

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

INCIDENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y CARCINOMA INVASIVO EN MUJERES DE 15 A 60 AÑOS QUE SE REALIZARON CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE QUELEPA; SAN GERARDO Y MÓDULO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE CIUDAD MUJER SAN MIGUEL, EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2017.

PRESENTADO POR:

GABRIELA ALEJANDRA CRUZ TREJO

CARLOS LUIS GARCÍA CASTILLO

NÉSTOR IVÁN GONZÁLEZ CHÁVEZ

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTORA XENIA AIMÉE GARCÍA ORTIZ

DICIEMBRE 2018

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICERRECTOR ACADÉMICO

INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTORA XENIA AIMÉE GARCÍA ORTIZ.

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de El Salvador: Por la calidad de enseñanza y exigencia para hacernos mejores profesionales de la salud.

A nuestra Asesora Doctora Xenia Aimée García Ortiz: Por guiarnos en todo el proceso de nuestra tesis, la paciencia, y la dedicación, por cada uno de sus consejos, tiempo y dedicación para que se realizase nuestra investigación, por estar ahí en cada momento.

A la Maestra Elba Margarita Berríos: Por su dedicación y esfuerzo en el proceso de realización del trabajo de investigación.

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Gerardo, Quelepa y Ciudad Mujer de San Miguel: Por la confianza, apoyo y colaboración.

Gabriela Alejandra Cruz Trejo

Carlos Luis García castillo

Néstor Iván González Chávez

DEDICATORIA

A Dios:

Por Guiarme a lo largo de este camino, por darme fortaleza, fe perseverancia y permitirme llegar hasta hoy a pesar de los obstáculos

A mis padres:

Jose Arturo Cruz y Celia Marleny Trejo de Cruz por ser el pilar de mi vida, quienes me han dado su apoyo incondicional amor y comprensión, gracias a ellos soy lo que soy, por alentarme a seguir adelante a pesar de las adversidades

A mi abuela:

Ana Celia Paniagua por ser parte importante en esta etapa de mi vida, por su apoyo, cariño y comprensión, por sus consejos y guía espiritual

A mi hermano:

Arturo Alejandro Cruz Trejo por su amor y apoyo durante todos estos años

A mis compañeros de tesis:

Carlos Luis García castillo y Néstor Iván González Chávez, por haber superado juntos este reto, por la paciencia y comprensión

Gabriela Alejandra Cruz Trejo

DEDICATORIA

A Dios

Por permitirme la dicha de superarme cada día, por darme fuerza para seguir adelante, por brindarme sabiduría y fortaleza en los momentos difíciles

A mis padres

Ya que sin su ayuda no estaría donde estoy; por acompañarme en los momentos difíciles, por brindarme su amor y comprensión

A mi hermana

Que en muchas ocasiones me brindo su ayuda y su apoyo incondicional

A mis tíos

Luis Ernesto Mejía, Carlos Roberto Mejía QEPD, les agradezco todo su apoyo ya que siempre quisieron ver culminada mi carrera

A mis compañeros de tesis

Gabriela Alejandra Cruz Trejo y Néstor Iván González Chávez que juntos hemos trabajado para culminar esta etapa

Carlos Luis García Castillo

DEDICATORIA

A Dios:

Por estar siempre conmigo y darme la fortaleza, paciencia y sabiduría para aceptar tus decisiones en mi vida y llevarme hasta el final de este camino, cargándome cuando más lo necesite.

A mis padres:

Juan Francisco González y Mercedes Chávez de González por todo su amor, su apoyo y comprensión en todo momento. Por darme la fuerza necesaria en los momentos difíciles y ser el ejemplo que seguir

A mi hermano:

Francisco Josué González Chávez, por su apoyo y cariño, por estar a mi lado siempre que lo necesito

A mi tía y Prima:

Ercilia Alberto y Diana Aldana, por ser como una madre y una hermana para mi, por siempre acompañarme en esta lucha y apoyarme siempre

A mi hijo:

Ricardo Josué González, por ser el motor que me inspira a seguir adelante y luchar por mis metas

A mi familia:

A mis abuelitos Salvador y Alfredo QEPD y mis abuelitas Mercedes y Ana por sus sabios consejos, a mis tíos y tías por su apoyo incondicional y a mis primos por siempre estar cuando más les necesito

A una persona especial:

I.K.G.A. por llegar a mi vida cuando más lo necesite, ser un impulso muy importante al final de este camino y por todo el apoyo que me brindo en la etapa más difícil

A mis compañeros de tesis:

Gabriela Alejandra Cruz Trejo y Carlos Luis García Castillo por su esfuerzo y dedicación a la finalización de este trabajo

Néstor Iván González Chávez

TABLA DE CONTENIDO

Pág

LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2. OBJETIVOS	4
3. MARCO TEÓRICO	5
4. VARIABLES	19
5. DISEÑO METODOLÓGICO	22
6. RESULTADOS	25
7. DISCUSIÓN.....	40
8. CONCLUSIONES.....	42
9. RECOMENDACIONES	44
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
Tabla 2: Cantidad de mujeres que se realizaron citología cérvico vaginal en el periodo de enero a diciembre del año 2017 por cada UCSF y que cumplieron los criterios de inclusión.	23
Tabla 3: Distribución de la población según procedencia	25
Tabla 4: Distribución de la población por edad	26
Tabla 5: Estado familiar de las mujeres	27
Tabla 6: Sabe leer y escribir	28
Tabla 7: Grupo religioso al que pertenecen las mujeres	29
Tabla 8: Inicio de relaciones sexuales	31
Tabla 9: Número de parejas sexuales	32
Tabla 10: Paridad	33
Tabla 11: Toma de citología	34
Tabla 12: Uso de anticonceptivos	35
Tabla 13: Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual	36
Tabla 14: Tabaquismo	37
Tabla 15: Etilismo	38
Tabla 16: Incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo por UCSF en estudio	39

LISTA DE GRÁFICOS

Pág

Gráfico 1: Procedencia de las mujeres	25
Gráfico 2: Distribución de la población por edad	27
Gráfico 3: Estado familiar de las mujeres	28
Gráfico 4: Sabe leer y escribir	29
Gráfico 5: Grupo religioso al que pertenecen las mujeres	30
Gráfico 6: Inicio de relaciones sexuales	31
Gráfico 7: Número de parejas sexuales	32
Gráfico 8: Paridad	33
Gráfico 9: Toma de citología	34
Gráfico 10: Uso de anticonceptivos	35
Gráfico 11: Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual	36
Gráfico 12: Tabaquismo	37
Gráfico 13: Etilismo	38

LISTA DE ANEXOS

Pág

Anexo 1. GLOSARIO	47
Anexo 2. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	49
Anexo 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
Anexo 4. SISTEMA BETHESDA	52
Anexo 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	53
Anexo 6: FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO	54
Anexo 7: SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL	55
Anexo 8: HOJA DE HISTORIA CLÍNICA EN SALUD DE HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 59 AÑOS.....	56
Anexo 9: HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ADOLESCENTE (ANVERSO)	57
Anexo 10: HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ADOLESCENTE (REVERSO)	58

RESUMEN

Las neoplasias intraepiteliales cervicales son lesiones donde las células malignas toman el lugar de las células benignas, en diversos estratos del epitelio escamoso que recubren el cuello uterino. Hasta este punto las lesiones son curables en su totalidad, pero de no hacerse el diagnóstico a tiempo pueden convertirse en cáncer invasor. El **Objetivo** de ésta investigación es determinar la incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo en mujeres de 15 a 60 años de edad que se realizaron citología cérvico vaginal en las unidades comunitarias de salud familiar de Quelepa, San Gerardo y módulo de salud sexual y reproductiva de Ciudad Mujer San Miguel en el periodo de enero a diciembre de 2017, la **Metodología** del estudio es retrospectivo, porque se buscan los resultados de citologías positivas tomadas en el periodo de Enero a Diciembre del año 2017. cuantitativo, porque se estudiará la incidencia de las lesiones premalignas y cáncer invasivo en las mujeres de 15 a 60 años. Transversal, porque se determinará la incidencia de lesiones premalignas de las mujeres en estudio en el periodo de enero a diciembre del año 2017. Descriptivo, porque se busca determinar la incidencia de lesiones premalignas y cáncer invasivo en mujeres de 15 a 60 años en las unidades comunitarias de salud familiar de Quelepa, San Gerardo y módulo de salud sexual y reproductiva de Ciudad Mujer San Miguel en el periodo de enero a diciembre del año 2017. **Conclusiones:** Dentro del estudio que se realizó de enero a diciembre de 2017 en las UCSF de San Gerardo y Quelepa y módulo de salud sexual y reproductiva Ciudad Mujer San Miguel se encontró que la incidencia fue de 23%, además se encontraron los siguientes factores de riesgo asociados a dicho estudio: La procedencia, la edad, inicio de relaciones sexuales, paridad, uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y etilismo.

Palabras claves: lesiones premalignas, carcinoma invasivo, factores de riesgo, incidencia. Virus papiloma humano.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino crece lentamente a través de muchos años, pero también puede ocurrir en menos de un año. Antes que el cáncer se desarrolle aparecen células anormales en el cuello uterino llamadas displasias o premalignas. Estas células anormales pueden ser detectadas por medio de la toma de la citología para prevenir que se desarrolle el cáncer.

En nuestro país el cáncer del cuello uterino es la principal causa de muerte en la mujer salvadoreña, por lo que es necesario educar y orientar a la población femenina para la toma de citología para dar un tratamiento de forma precoz y oportuna.

El informe final de investigación se ha estructurado en científicamente 10 apartados que son un planteamiento del problema, antecedente del problema. Se formuló un enunciado del problema el cual se le dio respuesta y se presenta la justificación de este estudio como un problema de salud actual en las mujeres. Así mismo se elaboró un objetivo general y tres específicos que se ejecutarán en esta investigación.

El marco teórico está definido por la anatomía de tracto genital, generalidades del cáncer, epidemiología, factores de riesgo para el cáncer del cuello uterino, técnicas para la toma adecuada de la citología, obtención de una buena muestra, interpretación de resultados de la muestra, prevención y tratamiento.

Posteriormente se encuentra el diseño metodológico donde se definió el tipo de estudio, la población y muestra, se plantearon criterios de inclusión y exclusión, técnicas de recolección de información e instrumento y un plan de análisis, finalizando con la bibliografía consultada y anexos correspondientes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

El cáncer cervicouterino (CACU) es el cuarto cáncer más común en mujeres alrededor del mundo, y más del 80% de los casos se diagnostican en mujeres que residen en países en vías de desarrollo; el cáncer de cuello uterino causa el 15% de los cánceres en la mujer y ocupa la primera o segunda posición en cánceres en la mujer en 13 de las 23 regiones en el mundo. (1)

En Centro América ocupa el segundo lugar, siendo el cáncer de mama el más común. En El Salvador el cáncer invasivo de cuello uterino es el principal cáncer en la mujer con una incidencia de 35.4/100,000 por año y con un índice de mortalidad del 17.4/100,000 por año, representa la principal causa de muerte en mujeres por enfermedades neoplásicas. (2)

Existen lesiones premalignas de cáncer cervico-vaginal, que van clasificadas por grado de severidad; las cuales pueden ser detectadas en sus etapas iniciales y que a través de tratamiento pueden prevenir el avance de estas.

Así mismo existen factores de riesgo tales como: inicio precoz de relaciones sexuales, menarquia temprana, nuliparidad, Multiparidad, múltiples parejas sexuales, menopausia tardía, tabaquismo; que aumentan la incidencia de lesiones premalignas en cuello uterino y cáncer de cérvix.

En este estudio se intentó determinar e identificar la incidencia de las lesiones premalignas del cuello uterino y cáncer de cérvix en las mujeres de 15 a 60 años de edad en las UCSF de Quelepa, San Gerardo y el Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de Ciudad Mujer de San Miguel y su relación con los factores de riesgo antes mencionados.

1.2 Enunciado del problema

En base a lo anteriormente expresado, el problema que guía la investigación se enuncia de la manera siguiente:

¿Cuál es a la incidencia de las lesiones premalignas y carcinoma invasivo en mujeres de 15 a 60 años que se realizaron citología cervico-vaginal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Gerardo, Quelepa y Ciudad Mujer de San Miguel en el periodo de enero a diciembre de 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las lesiones intraepiteliales premalignas con frecuencia aparecen en el cuello uterino, la vagina y la vulva y pueden coexistir en estas zonas. Las bases etiológicas y epidemiológicas son frecuentes en éstas tres localizaciones. El diagnóstico y el tratamiento precoz y oportuno es esencial para no convertirse en cáncer invasor, debido a que el cáncer de cuello uterino es la tercera neoplasia ginecológica más frecuente.

El carcinoma de cuello uterino continúa siendo un importante problema de salud en el mundo entero, por lo cual es un tema de suma relevancia ya que cobra vidas de miles de mujeres alrededor del mundo. En los países en vías de desarrollo suele ocurrir en gran medida, dado a que los recursos sanitarios son limitados.

Dado que, en El Salvador, el cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte hospitalaria en mujeres de 20 a 50 años, el presente trabajo de investigación tiene como finalidad hacer consciencia en la población femenina de nuestro país, sobre la importancia de la realización de una citología cérvico vaginal pronta y oportuna. (2)

Por lo tanto, en el siguiente trabajo se abordará todo lo relacionado a los factores de riesgo al cual está expuesta la población femenina de nuestro país, para educar a las mujeres sobre todas aquellas causas que predisponen a la aparición de lesiones premalignas y cáncer en el cuello uterino, esto las beneficiará en el ámbito educativo ya que al reconocer dichos elementos tengan la capacidad de realizar medidas preventivas.

Además, con los resultados de la investigación se busca fortalecer las recomendaciones actuales dadas por el ministerio de salud, y así mejorar la atención brindada en los establecimientos de primer nivel, con lo que beneficiará a todas las mujeres salvadoreñas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Determinar la incidencia de las lesiones premalignas y carcinoma invasivo en mujeres de 15 a 60 años que se realizaron citología cervico-vaginal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Gerardo, Quelepa y Ciudad Mujer de San Miguel en el periodo de enero a diciembre de 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población de mujeres en estudio.
- Identificar los principales factores de riesgo que contribuyen a la incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo en mujeres en estudio.
- Determinar el rango de edad que se ve más afectado por las lesiones premalignas y carcinoma invasivo en las mujeres que forman parte de la investigación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Anatomía del tracto genital

El tracto genital interior femenino está formado por el cuello uterino, la vagina y la vulva.

El cuello uterino

Es la parte fibromuscular interior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm de diámetro. Lo sostienen el ligamento redondo, los ligamentos uterosacos, el ligamento ancho y el ligamento cardinal. La mitad inferior del cuello uterino, llamada porción vaginal, penetra en la vagina por su pared anterior, mientras la mitad superior queda por encima de la vagina. El conducto cervical desemboca en la vagina por el llamado orificio cervical externo. (3)

El exocérvix: es la parte más fácilmente visualizable del cuello uterino, está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizado que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares (de 15 a 20) es de color rosado pálido. Este epitelio puede corresponder al de origen formado durante la vida embrionaria, o ser una neoformación metaplasica en los primeros años adultos. En las mujeres premenopáusicas el epitelio escamoso original es rosado, mientras que el de nueva formación presenta un aspecto rosado blanquecino a la exploración. (3)

El endocérvix: en gran parte no visualizable, se encuentra en el centro del cérvix formando el canal endocervical que une el orificio cervical externo (exocérvix) con la cavidad uterina. Está recubierto por un epitelio cilíndrico rojizo con única capa celular. (3)

Orificio cervical externo: Comunica el canal cervical del cuello uterino con el orificio cervical interno. Varía de acuerdo con el número de partos. En nulíparas es una apertura circular de poco diámetro, mientras que en la múltipara el aspecto cambia debido a los desgarros del parto, por lo que adquiere un aspecto de hendidura transversal y estrellada, lo que puede llegar a deformar el cérvix trayendo como consecuencia el ectropión o eversión del epitelio endocervical. (3)

Orificio cervical interno: no es observable a simple vista, pero si con ecografía transvaginal. No suele medir más de 10 mm y delimita el canal endocervical con el útero con una estructura conocida como istmo. (3)

Unión escamosa cilíndrica. También conocida como unión escamo columnar, exo-endo- cervical, cilindro-epidermoide. Es la unión del epitelio cilíndrico con el escamoso y se suele localizar en el orificio cervical externo pero varia también con la edad, el momento del ciclo menstrual, el embarazo, la toma de anticonceptivos orales. Esta zona de transición de epitelios es más importante, ya que en ella tienden a asentarse numerosas enfermedades del cuello uterino, empezando por ejemplo con una metaplasia debido al cambio de epitelios. (4)

Además de la detección de lesiones premalignas y malignas, la citología vaginal proporciona información sobre el estado hormonal de la paciente la presencia de microorganismos. La fortaleza del método se basa en décadas de experiencia en su uso, bajo costo, alta especificidad y que las lesiones identificadas pueden ser fácilmente tratables.

Entre las limitaciones del test se encuentra que la toma de la muestra es un proceso potencialmente embarazoso para la paciente, por lo cual en ciertas culturas es difícil de implementar, se considera un método invasivo que requiere personal entrenado y tiene moderada sensibilidad.

3.2 Generalidades sobre el Cáncer.

De acuerdo con la información aportada a nivel mundial por la International Agency for Researchon Cáncer (ARC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2012 hubieron 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, 8.2 millones de muertes por cáncer y 32.6 millones de personas viviendo con cáncer (el cual ha sido diagnosticado en un periodo menor o igual a 5 años). El 57% (8 millones) de los casos nuevos de cáncer, así como el 65% (5.3 millones) de las muertes ocurrieron en las regiones de los países en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud, estima que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el continente americano, causando para 2012, 1.3 millones de muertes, ocurriendo el 47% de estas en Latinoamérica y el Caribe. Se espera que la mortalidad por cáncer en la región aumente hasta 2.1 millones en el 2030. (1)

3.3 Epidemiología

Incidencia global ha aumentado en una tasa anual de 6% entre 1980-2015 a expensas de los casos de países en vías de desarrollo. Es una enfermedad que se considera casi de transmisión sexual. Es muy importante que se sepa cuáles son los serotipos de VPH que con más frecuencia producen la enfermedad. Las mayores tasas de incidencia las reporta América Central, América del Sur, África oriental y Asia meridional. (1)

Los Carcinomas se originan en la unión del epitelio columnar del endocérvix y el epitelio del exocérvix, por lo que podemos tener no solo carcinomas epidermoides, sino también adenoescamosos y adenocarcinomas que son la porción interna del cérvix. Se producen constantes cambios metaplasicos a ese nivel.

Existe una diferencia de 10 a 15 años entre lo que son enfermedades premalignas y la enfermedad invasora, por lo que no es común verlo en jovencitas, pero si es común verlo en las pacientes que empiezan relaciones sexuales a una edad temprana.

El salvador es el país con la tasa más alta de cáncer de cuello uterino a nivel centroamericano. Anualmente por cada 100 mil mujeres se registra una incidencia de 1,213 casos de cáncer uterino. Y de estos, un aproximado de 600 salvadoreñas fallece

al año. Mientras que, a nivel latinoamericano, El Salvador se ubica con un 45.6% como el quinto país con mayor incidencia o riesgo de cáncer de cérvix. Según las estadísticas, en El salvador todas las mujeres con edades entre los 25 y 44 años son quienes más riesgo poseen de padecer cáncer de cuello uterino. (2)

En nuestro país, según la base de datos de egresos hospitalarios por cáncer en los hospitales del ministerio de salud, muestran que la principal causa de cáncer es el cáncer de cuello uterino, así mismo esta es la segunda causa de muerte más frecuente en el país.

3.4 Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino

El factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca la enfermedad, en este caso, aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. (5)

Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen no los padecen.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección del virus del papiloma Humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas.

Alguno de los factores que están altamente relacionados con el desarrollo de lesiones premalignas de cérvix son:

3.4.1 Infección por VPH

El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario, pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por las pruebas de Papanicolaou. (5)

La mayoría de las infecciones genitales son transmitidas por contacto directo donde hay evidencia de lesiones.

El hombre cursa como portador asintomático.

3.4.2 Tabaquismo.

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que lo rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones.

Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer de cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. (6)

Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz de combatir las infecciones por VPH.

3.4.3 Numero de compañeros sexuales

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Según datos de la OMS, el tener más de 4 parejas sexuales a lo largo de la vida, aumenta en un porcentaje significativo el poder desarrollar anomalías celulares a nivel de cérvix. (6)

3.4.4. Edad del primer coito

El inicio temprano de las relaciones sexuales implica un aumento significativo en el número de compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estos.

3.4.5 Antecedentes de ITS

se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis blenorragia o la coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana facilita el desarrollo de la neoplasia, hay un aumento de riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta tres veces mayor que las mujeres sin VIH.

3.4.6 Multiparidad

Las mujeres que han tenido 4 o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado expuestas a VPH.

Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección por VPH o crecimiento tumoral.

También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. (6)

3.4.7 Condición socioeconómica y cultural

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre el cáncer de cuello uterino y condición socioeconómica cultural o educativa, lo cual tiene implicaciones críticas, pues en la medida que en la mujer no sepa o comprenda las razones por las cuales se requiere la toma periódica de citología, hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles.

3.5 Citología cervico-vaginal o Papanicolaou para detección de cáncer de cérvix

La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que producen de la descamación de células epiteliales, de líquidos corporales que se obtienen por aspiración por aguja.

La citología cervical o cervico-vaginal constituye una parte importante del cuidado médico regular de la mujer. Además, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer, ampliamente conocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Ya que por medio de la citología se pueden detectar células del cérvix anormales, incluso lesiones precancerosas del cérvix, así como también cáncer cervical en etapas tempranas.

Según la normativa del Ministerio de Salud de El Salvador la citología cervico- vaginal, debe de realizarse 6 meses posterior al inicio de relaciones sexo coitales; después de la primera citología cervico-vaginal, se recomienda realizar la citología cada año, salvo excepciones como el hallazgo de alguna anomalía en la celularidad del cérvix, tales como displasias o lesiones premalignas o malignas; si en dos reportes anuales de citología, no se encuentran anomalías, se recomienda a la paciente realizarse la citología cervico- vaginal cada dos años. (2)

El propósito principal de hacer la prueba de Papanicolaou es detectar células anormales que puedan convertirse en cáncer si no son tratados. La prueba de Papanicolaou puede también encontrar estados no cancerosos, como infecciones o inflamación. Puede también encontrar células cancerosas. Sin embargo, en las poblaciones que se hacen exámenes regulares de detección, la prueba de Papanicolaou identifica la mayoría de las células anormales antes que se conviertan en cáncer, es por esto que varios datos indican programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta un 70% (2)

3.6 Técnica para la toma adecuada de la citología cervico-vaginal.

Antes de realizar el procedimiento, es sumamente importante informar a la paciente, la importancia de dicho examen, además de informar de la forma más clara y sencilla posible el procedimiento para tomar la muestra ya que puede ocasionar cierta molestia,

sobre todo a la hora de introducir el espejulo. Además, es importante realizar un adecuado interrogatorio para detectar factores predisponentes en las pacientes. También se debe explicar a la paciente que para realizarse dicho examen, no debe de estar menstruando, debe evitar relaciones sexuales y duchas vaginales 48 horas previas, además debe suspender el uso de medicamentos vaginales 24 horas previas; de cumplir con alguna de las contraindicaciones, se deberá agendar una cita para que la paciente acuda al establecimiento para realizarse la citología. (6)

Lo primero es cerciorarse de brindar privacidad a la paciente, que la paciente tenga vacía la vejiga antes de realizar el procedimiento y que tengamos los materiales o el equipo completo para realizar dicho procedimiento; sin olvidar las medidas de bioseguridad.

Entre el material a utilizarse se encuentran: la hoja de solicitud y reporte de citología cervico-vaginal, debidamente llena (datos personales y clínicos completos) porta objetos limpios y debidamente identificados; espátula de aire, cepillo o citobrush, hisopo limpio, espejulo estéril, guantes, medio de fijación adecuado, mesa ginecológica ideal, fuente de luz adecuada.

Con la paciente en litotomía, se dirige la fuente de luz hacia los genitales externos, los cuales deben examinarse para detectar anormalidades, tales como verrugas, abscesos, quistes, flujo, prolapso, manchas discromías, lesiones exofíticas, etc. Posteriormente se debe introducir el espejulo estéril con las valvas cerradas, sin colocar lubricante, porque esto puede alterar la muestra; si la paciente tiene demasiada resejuedad se puede utilizar solución fisiológica. Se toma el espejulo de manera lateral formando un ángulo de 45 grados, una vez se ha introducido se debe rotar de manera que el mango quede en posición vertical; luego se debe abrir la valva y fijar el espejulo de tal manera que no dificulte la visualización del cérvix. Se debe inspeccionar el cérvix para descartar pólipos, sangrados, laceraciones, coloración, aspecto del orificio cervical externo, flujo, etc. Posterior a la inspección, se debe tomar la muestra del exocérvix modificada, se introduce el extremo bifurcado, y se da un giro de 360° hacia la derecha, luego se debe extender la muestra de manera rápida en un solo sentido de que se seque y dañe las células, sobre las dos superficies de la espátula, en la mitad superior de la lámina o porta objeto. El extendido no debe quedar ni muy grueso ni muy fino. La extensión no se hace en zigzag ni en espiral ni en remolino. Posteriormente con el otro extremo de la espátula se procede a tomar la muestra del endocérvix, introducimos ese extremo por el orificio cervical y de igual manera, se da un giro de 360° y se extiende en la parte inferior de la lámina. Se puede usar citobrush o hisopo cuando la paciente se encuentre en el climaterio, postmenopáusica o en pacientes post tratamiento. Luego extender la muestra previamente descrita solo que en la mitad inferior de la lámina.

Una vez extendido la muestra se debe de fijar, es muy importante que el tiempo transcurrido entre la recogida de la muestra y su fijación sea el menor posible, a fin de

evitar de que se seque el material objeto de estudio. La lámina se debe colocar inmediatamente en un frasco de boca ancha que contiene el líquido fijador. Este puede ser una mezcla de alcohol éter a partes iguales, o alcohol de 45° solo, si no se dispone de éter. La fijación también puede hacerse utilizando cito spray la sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación; si se utiliza citospray debe colocarse el frasco a más o menos 20 cm de distancia de la lámina y aplicar dos veces moviendo la mano en ambos sentidos. El tiempo que media entre la fijación de las láminas y su fijación en el laboratorio no debe ser superior a los 10 días por lo que el envío de las láminas desde los sitios donde son tomados debe tener una periodicidad semanal.

Una vez se finaliza el procedimiento, se deben cerrar las valvas del especulo y retirar de manera cuidadosa y se descarta el material utilizado. De espacio a la paciente para que se cambie de ropa y durante ese lapso, anote en la hoja de solicitud los hallazgos encontrados. Posteriormente, informe a la paciente sobre sus hallazgos y en cuanto tiempo tendrá acceso a reporte citológico.

3.7 Reporte citológico

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

- a) calidad de la muestra
- b) categorización de los resultados
- c) interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.

a) calidad de la muestra

Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología que 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 muestra. Las categorías que se han utilizado son: satisfactoria, insatisfactoria y una categoría intermedia denominada como satisfactoria pero limitada pero ya no está vigente.

Satisfactoria: cuando la boleta de solicitud se consiga todos los requisitos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas y existe representación de la zona de transformación y estima con la presencia de células de metaplasia escamosa o 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 que deterioran la muestra, tales como la hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias, leucorrea abundante; los antes mencionados también impiden dar cierto valor de veracidad en el extendido. Cuando la muestra es insatisfactoria se debe

consignar si el laboratorio proceso y evaluó la muestra y por qué causa se considera insatisfactoria. (2)

b) categoría de los resultados

Siguiendo las recomendaciones del manual de normas y procedimientos para la prevención de cáncer de cérvix uterino del MINSAL del año 2015 los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:

- **No útil o frotis inadecuado:** cuando la muestra es insatisfactoria.
- **Negativo para malignidad:** el frotis no presenta alteraciones morfológicas como neoplasia maligna o lesión premaligna (displasia)
- **Sospecha por 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 1 (NIC1) (Displasia leve), neoplasia intraepitelial cervical grado 2 (NIC2) (Displasia moderada), neoplasia intraepitelial cervical grado3 (NIC3) (Displasia severa/ carcinoma in situ), carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma.

c) interpretación de resultados

3.8 Sistema Bethesda

El sistema Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollada por un grupo de expertos en citología, histopatología y ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones anteriores, 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 la nomenclatura que ha estado en uso, (NIC o displasia) introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos y emplea el término “citología cervical” en vez de “citología cervico-vaginal” debido a que la mayoría de métodos de obtención de la muestra no tiene como propósito la toma de muestra de la vagina. El sistema Bethesda define una clasificación general (opcional) y la interpretación de resultados. (2)

La clasificación general incluye:

1. negativo para lesión intraepitelial: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales
2. anomalías de células epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. En esta se incluye únicamente 2 categorías para las lesiones

intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de detección terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad de observadores en la interpretación de resultados.

Las dos categorías son:

- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG): que incluye infección por VPH y NIC1 (displasia leve)
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG): que incluye NIC2 y NIC3 (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ)
- Células escamosas atípicas: que con significado indeterminado (ASC-US): 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.

También se refiere de identificación de células anormales en el tejido que cubre la parte exterior del cuello uterino.

Las ASC-US son el hallazgo anormal más común en el Papanicolaou. Pueden ser un signo de infección por ciertos tipos de virus del VPH. También pueden ser signos de un crecimiento benigno (no canceroso) como un quiste o un pólipo, o de concentraciones bajas de hormonas en mujeres menopaúsicas. Puede ser necesario realizar más exámenes como una prueba de VPH.

- Carcinoma escamoso: es definida como un tumor maligno invasor o que presenta diferenciación escamosa de las células. En cuanto a anomalías de células glandulares el sistema Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células, tomando en cuenta los hallazgos glandulares atípicos, involucrando aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada, por lo que deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de células glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento de tratamiento (6)

3.9 Prevención

La manera más eficaz de prevenir el cáncer de cuello uterino es a través de las pruebas de Papanicolaou periódicas, que permiten diagnosticar las lesiones precancerosas. También se recomienda tener un control, sobre los factores de riesgo relacionados a través de las siguientes medidas:

- Retrasar el inicio de la actividad sexual hasta el fin de la adolescencia o después.
- Limitar el número de compañeros sexuales
- Evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchos compañeros sexuales

- Evitar las relaciones sexuales con personas que obviamente presentan verrugas genitales u otros síntomas de enfermedades venéreas
- Tener relaciones sexuales usando preservativos reducirá el riesgo de infección por VPH (2)

Además, en junio del 2006 la FDA aprobó la vacuna contra algunos serotipos del VPH, como uno de los principales causantes del cáncer de cérvix; hay dos tipos de vacuna: cuadrivalente (contra serotipos 6, 11, 16 y 18) y bivalente (contra serotipos 16 y 18). Los conocidamente cancerígenos son el 16 y 18 y el 6 y 11 se relacionan más con lo que son verrugas. La vacuna es más efectiva cuando se administra en mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales. En la mayoría de los países del mundo, esta vacuna está incluida en su esquema básico de inmunizaciones y se aplica a la edad de los 9-12 años. (7)

Actualmente el Ministerio de Salud de El Salvador no contempla en el esquema de vacunación el uso de la vacuna bivalente o tetravalente para combatir el VPH, sin embargo, esta vacuna está disponible en la práctica médica privada.

3.10 Virus de papiloma humano

En los tardíos 70, basados en consideraciones teóricas, el Dr. Harald Zur Hausen sugirió que podría haber una asociación entre VPH y cáncer cervical, un logro por el que recibió el Premio Nobel de Medicina en 2008. Un gran número de estudios epidemiológicos, clínico patológicos y moleculares posteriormente vincularon la presencia de tipos específicos de VPH al desarrollo de cáncer ano genital y sus precursores y ahora se acepta que los VPH de riesgo elevado juegan un papel crítico en la patogénesis de la mayoría de los cánceres cervicales y sus lesiones precursoras. (6)

3.10.1 Clasificación de VPH y asociación con tipos específicos de lesiones ano genitales

Los virus papilomas son clasificados como miembros de la familia papillomaviridae. Ellos son virus tumorales de ADN de doble estándar que tienen un genoma de ADN de doble cadena de aproximadamente 8000 de bases de longitud, un virión sin envoltura que mide a 45 a 55 nm de diámetro y una capsídeoicosahédrica de 72 capsómeros. Ellos están ampliamente distribuidos en toda la naturaleza. Existen virus papilomas bovinos, caninos, aviar, conejo, ciervo y humano. Ellos son virus altamente específicos para las especies que infectan solo su especie. Dentro de una especie específica, pueden existir muchos tipos y subtipos de virus de papiloma. A diferencia de muchos otros virus en que aislados virales específicos tienen proteínas de la cápside con diferentes estructuras antigénicas, las proteínas de la cápside de los virus papilomas son altamente conservadas y los anticuerpos dirigidos contra las proteínas de la cápside del VPB reaccionan de manera cruzada con virus papiloma humano. Por lo tanto, la secuencia de ADN es utilizada para clasificar diferentes tipos virales (genotipos). La clasificación de los virus papiloma está

basada en algoritmos filo genéticos que comparan la secuencia genómica viral completa o segmentos subgenómicos específicos. A la fecha, la clasificación filogenética de los virus papilomas incluye 118 tipos distintos. Los virus papiloma humano están incluidos en el género virus papiloma alfa y consiste en un número de agrupaciones estrechamente relacionadas referidas como especies o clados. Los más importantes de estas son: clado A9 que incluye VPH 18 y 45. La secuencia genética de virus papiloma es bastante estable y los cambios en la secuencia molecular ya sea a través de mutación o recombinación parece ser bastante rara. Por ejemplo, existen tres linajes distintos de variante VPH 18 y estas parecen haber divergido acerca del momento Homo Sapiens comenzó a establecer residencia en diferentes continentes. Más de 118 tipos de virus papiloma han sido molecularmente clonados y secuenciados y más de 120 tipos putativos han sido parcialmente caracterizados. Aunque los diferentes tipos de VPH son bastantes similares estructuralmente ellos tienen especificidad significativa con respecto a la localización anatómica de los epitelios que ellos infectan y el tipo de lesión que ellos producen en el sitio de infección. (6)

Existen también subtipos de variantes de tipos específicos tales como VPH 16 que ha mostrado tener diferente potencial biológico y las variantes específicas parecen más probablemente asociadas con cánceres cervicales invasivos.

Los virus papiloma epiteliotrófico que infectan predominantemente piel y membrana mucosa y producen proliferaciones epiteliales características de los sitios de infección. Estas proliferaciones epiteliales específicas o papilomas tienen la capacidad de sufrir transformaciones malignas bajo ciertas circunstancias las infecciones bajo el virus de papiloma humano ocurren en la piel, membranas mucosas, conjuntiva, cavidad oral, laringe, árbol traqueobronqueal, esófago, vejiga, ano y tracto genital.

Basado en sus asociaciones con cánceres cervicales y ano genital, 13 VPH han sido clasificados por la agencia internacional para la investigación del cáncer como oncogénicos, estos son los VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66.

Otros también consideran los tipos de VPH 68 y 82 como oncogénicos; los tipos 6 y 11 de VPH que son los tipos más comúnmente encontrados en asociación con el condiloma acuminado no están implicados en el desarrollo de cáncer cervical. Pero si son asociados con carcinoma de células escamosas de laringe y varios carcinomas de vulva, pene y ano. (6)

Más del 80% de las lesiones LEI son encontradas asociadas con VPH cuando se utilizan métodos moleculares sensibles para detectar VPH.

3.10. 2 organización genómica del VPH

El genoma viral puede ser dividido en 3 regiones: región reguladora contracorriente (RCL), región temprana y región tardía.

La RCL es una región no codificada del genoma viral que es importante en la regulación de la replicación y transcripción viral de secuencias cadena abajo en la región temprana; la región temprana se transcribe temprano en el ciclo de vida real y codifica predominantemente proteínas que son importantes en la replicación viral mientras que la región tardía codifica proteínas estructurales virales que son producidas tarde en el ciclo de vida viral. (6)

3.10.3 Ciclo de vida del VPH

El sitio inicial de infección se cree que son las células basales o las células primitivas “tipo basal” del epitelio escamoso maduro que el VPH alcanza presumiblemente a través de defectos en el epitelio. La localización de la capa basal puede ser debido a la presencia de receptores específicos para VPH en las células basales. Una vez que el VPH entra en las células basales puede existir dentro de las células en dos estados biológicos distintos; uno es una infección no productiva en la que el ADN VPH continúa residiendo en las células basales, pero no se producen viriones infecciosos. Las infecciones no productivas por VPH han sido referidas frecuentemente por infecciones latentes.

La otra forma de infección por VPH es una infección viral productiva, la replicación del ADN viral ocurre independientemente de la síntesis de ADN cromosómico del huésped. Esta replicación independientemente del ADN viral produce grandes cantidades de ADN viral y resulta en viriones infecciosos. La replicación del ADN viral tiene lugar predominantemente en las capas de células intermedias y superficiales del epitelio escamoso estratificado. En la medida que las células epiteliales infectadas maduras y se mueven hacia la superficie epitelial, factores transcripcionales de diferenciación específica, derivados de la célula, producidos por el epitelio estimulan la producción de proteínas de la cápside viral. Esto permite que grandes cantidades de viriones intactos sean formados y producen los característicos efectos viralmente asociados del VPH que pueden ser detectados citológicamente e histológicamente que incluyen: acantosis, vacuolización citoplasmática, coilocitosis, multinucleación y atipia nuclear (6)

3.11 Modalidades de tratamiento

Crioterapia

La crioterapia destruye el epitelio superficial del cuello uterino, al cristalizar el agua intracelular, lo que provoca la posterior destrucción de la célula. La temperatura necesaria para una destrucción eficaz tiene que estar en el intervalo de -20°C a -30°C. El óxido nítrico (-89°C) y el dióxido de carbono (-65°C) producen temperaturas por debajo de este intervalo y, por lo tanto, son los gases que se usan con más frecuencia para esta intervención. (3)

La técnica que se cree más eficaz es la congelación-descongelación-congelación con la que se consigue una bola de hielo que llega a 5mm por fuera del borde de la sonda. El tiempo requerido para esta intervención está relacionado con la presión del gas; cuanto

más alta sea la presión, más rápido se conseguirá la bola de hielo. La crioterapia ha demostrado ser un método eficaz para el tratamiento del NIC, con índices de fracaso, bajo ciertas condiciones, muy aceptables. Es una intervención relativamente segura, con pocas complicaciones, excepto la estenosis cervical, que es rara, pero puede producirse. El sangrado post tratamiento es poco frecuente y en general, está relacionado con infección

El índice de curación dependerá del grado de la lesión: la NIC 3 tiene una mayor probabilidad

Townsend ha mostrado que las curaciones también están relacionadas con el tamaño de la lesión: las que recubren la mayor parte del ectocérvix uterino tiene índices de fracaso de hasta 42%, comparado con el 7% en lesiones de menos de un cm de diámetro. Hallazgos positivos en el legrado endocervical también pueden reducir de manera significativa el índice de curación. Es importante la implicación de las glándulas endocervicales, puesto que el índice de fracaso en mujeres con implicación glandular era del 27%, comparado con el 9% en aquellas en las que no había implicación.

La crioterapia debe considerarse un tratamiento aceptable cuando se cumplen los siguientes criterios:

1. NIC1 que ha persistido por 24 meses o NIC 2
2. Pequeña lesión
3. Localización solo ectocervical
4. Muestra endocervical negativa
5. No existe implicación de las glándulas endocervicales en la biopsia.

Ablación con laser

Aunque rara vez se usa en la práctica, la ablación con láser se ha utilizado de forma eficaz para el tratamiento de la NIC. Debido a que el equipo es caro y a la necesidad de un entrenamiento especial, su uso se ha limitado. Además, muchas de las NIC se tratan precozmente de forma conservadora, por lo que está disminuyendo la necesidad de realizar cualquier tipo de ablación. (3)

Conización con asa de diatermia

La conización de asa don diatermia es una herramienta útil en el diagnóstico y el tratamiento de la NIC. Ofrece la ventaja de realizar una operación que a la vez es diagnóstica y terapéutica de forma ambulatoria.

El efecto de la electricidad sobre el tejido depende de la concentración de electrones (tamaño del alambre), de la potencia (Vatios) y del contenido de agua en el tejido. Si se utiliza una baja potencia o un alambre con diámetro grande, el efecto será la

electrocauterización, y la lesión térmica causada por el tejido será extensa. Si la potencia es alta (35-55 vatios) y el asa es pequeña (0.5mm), el efecto será electroquirúrgico y el tejido sufrirá poca lesión térmica. El corte provocado es la consecuencia de una envoltura de vapor que se desarrolla en la interfase entre el asa y el tejido con agua. Esta envoltura va empujando a través del tejido, y la combinación del flujo de electrones y de efectos acústicos disecciona el tejido. Este proceso se llama electrofulguración y el resultado es una lesión térmica que provoca hemostasia. Si hay mucha fulguración la paciente desarrollará una escara, tendrá más secreción, y el riesgo posterior de infección y sangrado será mayor.

La escisión con asa no debe utilizarse, antes de identificar una lesión intraepitelial con histopatología. Aunque el “ver y tratar” puede ser apropiado en ciertas circunstancias y poblaciones en quienes el seguimiento no es posible, la potencial escisión de toda la zona de transformación junto con una porción variable del canal endocervical puede comprometer los resultados. Esto es particularmente importante en mujeres jóvenes que tendrán una zona de transformación grande, inmadura, con zonas acético-blancas extensas. Las complicaciones después del asa de diatermia son muy pocas, y comparables a aquellas que se producen después de la ablación con láser y la conización. (3)

Conización

La conización de cuello uterino desempeña una importante función en el tratamiento de la NIC. Antes de disponer de la colposcopia, la conización fue el método estándar para estudiar un resultado citológico anómalo. Es un método diagnóstico o terapéutico, y tiene la ventaja, sobre las técnicas ablativas de aportar tejido para un estudio posterior que descarte el cáncer invasor.

La conización está indicada para el diagnóstico de mujeres con lesión intraepitelial escamosa de alto grado o adenocarcinoma de células glandulares atípicas in situ bajo las siguientes condiciones:

1. los límites de la lesión no pueden visualizarse con colposcopia
2. la unión escamo cilíndrica no se ve en la colposcopia
3. los hallazgos histológicos en el legrado endocervical para NIC2 y NIC3
4. hay una falta sustancial de correlación entre los resultados de la citología, la biopsia y la colposcopia
5. se sospecha microinvasión con los resultados de la biopsia, la colposcopia y la citología
6. el colposcopista es incapaz de descartar un cáncer invasor

es más probable que las lesiones con márgenes positivos recurran después de la conización. También es un valor pronóstico de recurrencias la implicación de las

glándulas endocervicales (un 23.6% con glándulas implicadas, comparado con el 11.3% cuando no lo está). Cuando se compara con la conización, la conización con asa de diatermia es la técnica más simple y los resultados a corto plazo son similares a los obtenidos con la escisión por conización o por láser. (3)

Histerectomía

La histerectomía se considera el último recurso de tratamiento para la NIC recurrente de alto grado.

Hay algunas situaciones en las que la histerectomía sigue siendo un tratamiento válido y apropiado (aunque no obligatorio) para el tratamiento de la NIC:

1. Microinvasión
2. NIC 3 en los bordes quirúrgicos del cono, en pacientes seleccionadas
3. Poco cumplimiento con las revisiones
4. Otros problemas ginecológicos que requieran histerectomía, como miomas, prolapso, y enfermedad inflamatoria pélvica
5. NIC recurrente de alto grado, con confirmación histológica. (3)

4. VARIABLES

V1: Incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo.

V2: Factores de riesgo.

Tabla 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>V1. Incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo.</p>	<p>Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o daño ocurrido a una población, lugar y tiempo determinados.</p> <p>Lesiones premalignas: son las precursoras del cáncer cervical y la infección por el virus del Papiloma humano (VPH) es el factor de riesgo más importante para su desarrollo</p> <p>Cáncer invasivo: cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo desde aquellos diagnosticados solo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes</p>	<p>Características sociodemográficas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Estado Familiar - Procedencia - Alfabetismo - Religión
<p>V2. Factores de Riesgo</p>	<p>Factor de Riesgo: Es la condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología</p>	<p>Factores de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Edad de Inicio de relaciones sexuales. -Número de parejas sexuales. -Paridad -Toma de citología

			<ul style="list-style-type: none">- Uso de anticonceptivos - Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual -Tabaquismo. - Etilismo
--	--	--	--

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

Según el tipo de estudio es cuantitativo porque es una investigación descriptiva en la cual nos permite observar las características, factores de riesgo y la incidencia de las lesiones premalignas y carcinoma invasivo en mujeres de 15 a 60 años en el periodo de enero a diciembre de 2017.

5.1.2 Tipo de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es:

Retrospectivo

Porque se buscaron los resultados de citologías positivas tomadas en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

Según la secuencia y periodo el estudio fue de corte:

Transversal

Porque se determinó la incidencia y los factores de riesgo de lesiones premalignas de las mujeres en estudio en el periodo de enero a diciembre del año 2017

Según análisis y alcance de los resultados el estudio es:

Descriptivo.

Porque se buscó determinar la incidencia de lesiones premalignas y cáncer invasivo en mujeres de 15 a 60 años en las unidades comunitarias de salud familiar de Quelepa, San Gerardo y módulo de salud sexual y reproductiva de Ciudad Mujer San Miguel en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

Según la fuente de información el estudio es:

Bibliográfico o Documental

Porque se obtuvo acceso a una recopilación de información de libros médicos, revistas, trabajos de investigación.

5.2 Población

Tabla 2: Cantidad de mujeres que se realizaron citología cérvico vaginal en el periodo de enero a diciembre del año 2017 por cada UCSF y que cumplieron los criterios de inclusión.

Unidad comunitaria de salud familiar	Población Total	Muestras (+)	Muestras (-)
UCSF Quelepa	236	3	59
UCSF San Gerardo	61	2	59
UCSF Ciudad Mujer	3,526	73	220
Total	3,821	78	338

Fuente: Libro de reporte citológico de las UCSF Quelepa, San Gerardo y Modulo de salud sexual y reproductiva de ciudad mujer San Miguel y expedientes clínicos de las mujeres en estudio.

5.3 Muestra

Seleccionando para la UCSF San Gerardo por ser una cantidad pequeña el total de citologías realizadas en el periodo de estudio que fueron 61, para la UCSF de Quelepa se eligió 1 citología de cada 4 para hacer un total de 59 y para la UCSF de Ciudad Mujer debido a la cantidad de citologías realizadas que es un número grande, se eligió 1 de cada 16, dando un total de 220.

5.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

5.3.1.1 Criterios de inclusión

- 1- Sexo femenino
- 2- Entre 15 y 60 años
- 3- Habitantes y pacientes que se realizaron la citología cervico vaginal en la UCSF Quelepa, San Gerardo y módulo de salud sexual y reproductiva Ciudad mujer San Miguel.
- 4- Periodo comprendido de enero a diciembre de 2017

5.3.1.2 Criterios de exclusión

- 1- Mujeres entre 15 y 60 años que fueron reportadas con anomalías en la citología cervico-vaginal previo al periodo de estudio y que ya se encuentran en tratamiento.
- 2- Mujeres en estado de embarazo que se realizaron citología cervico-vaginal en el periodo de estudio

5.4 Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia, bajo condición de elección sistemática.

Debido a que solo tomamos en cuenta como población a todas aquellas mujeres que se realizaron citología cérvico vaginal en cada unidad comunitaria de salud en el periodo establecido y tomamos como muestra exclusivamente los resultados positivos a lesiones premalignas y cáncer invasivo.

5.5 Técnica de recolección de información

Para la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas

5.5.1 Documentos bibliográficos

Se obtuvo información por medio de libros, revistas, artículos y trabajos de investigación relacionada con la problemática.

5.5.2 Documental escrita

La fuente de información fueron los expedientes clínicos de donde se revisó la ficha de identificación del expediente clínico (Anexo 6), Hoja de Historia clínica en salud de hombres y mujeres de 20 a 59 años (Anexo 8), Hoja de inscripción de adolescente (Anexo 9) y los reportes citológicos positivos de las mujeres en estudio (Anexo 7).

5.6 Instrumento

Se elaboro una ficha de recolección de datos (Anexo 3)

5.7. Procedimiento

5.7.1 Planificación de la investigación

Durante las primeras semanas de febrero nos reunimos con nuestra docente asesora y licenciada coordinadora de grupo de investigación para la selección de tema.

Posteriormente llevamos a cabo la búsqueda de información por medio de fuentes confiables y de validez para la recolección de datos durante febrero y marzo para la elaboración del primer avance del protocolo de investigación para ser supervisado por la coordinadora de grupo

5.7.2 Ejecución

La información se recopiló en el periodo comprendido entre la tercera semana de mayo y la segunda semana de julio de 2018.

5.8 Plan de análisis

En base a los datos obtenidos en el resultado citológico y complementando información con la entrevista clínica descrita en el expediente, podemos tabular la información sociodemográfica y factores de riesgo característica de cada mujer con lesión premaligna o carcinoma invasivo evaluada en este estudio.

6. RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas de la población en estudio

Tabla 3: Distribución de la población según procedencia

Procedencia	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rural	44	56%	158	61%
Urbana	34	44%	102	39%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

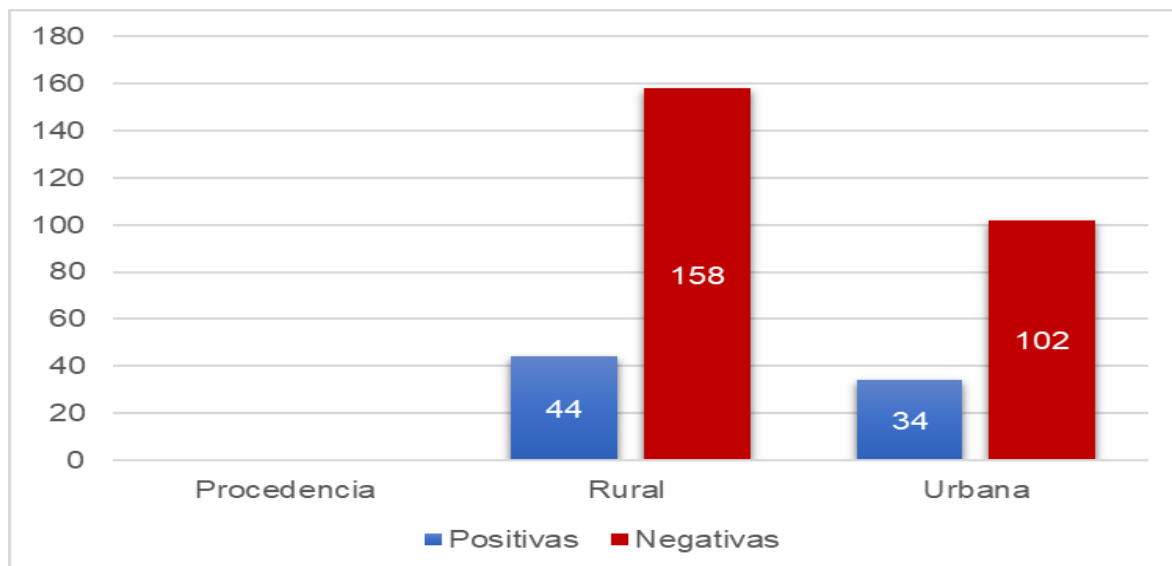
ANÁLISIS:

En la presente tabla se describe la procedencia de las mujeres en estudio, donde se observa el área rural con un 56% de muestras positivas y un 61% de muestras negativas y el área urbana con 44% de muestras positivas con un 39% de muestras negativas.

INTERPRETACIÓN:

La falta de educación sexual, el estatus socioeconómico bajo son factores asociados a que las mujeres del área rural tengan un mayor porcentaje de citologías positivas en el estudio, además que en el estudio se puede observar que la incidencia es mayor en el área rural que en la urbana.

Gráfico 1: Procedencia de las mujeres



Fuente: Tabla 3

Tabla 4: Distribución de la población por edad

Edades	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	9	12%	26	10%
21 a 25	10	13%	32	12%
26 a 30	8	10%	22	8%
31 a 35	7	9%	26	10%
36 a 40	7	9%	27	10%
41 a 45	7	9%	28	11%
46 a 50	12	15%	35	13%
51 a 55	5	6%	21	8%
56 a 60	13	17%	42	16%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

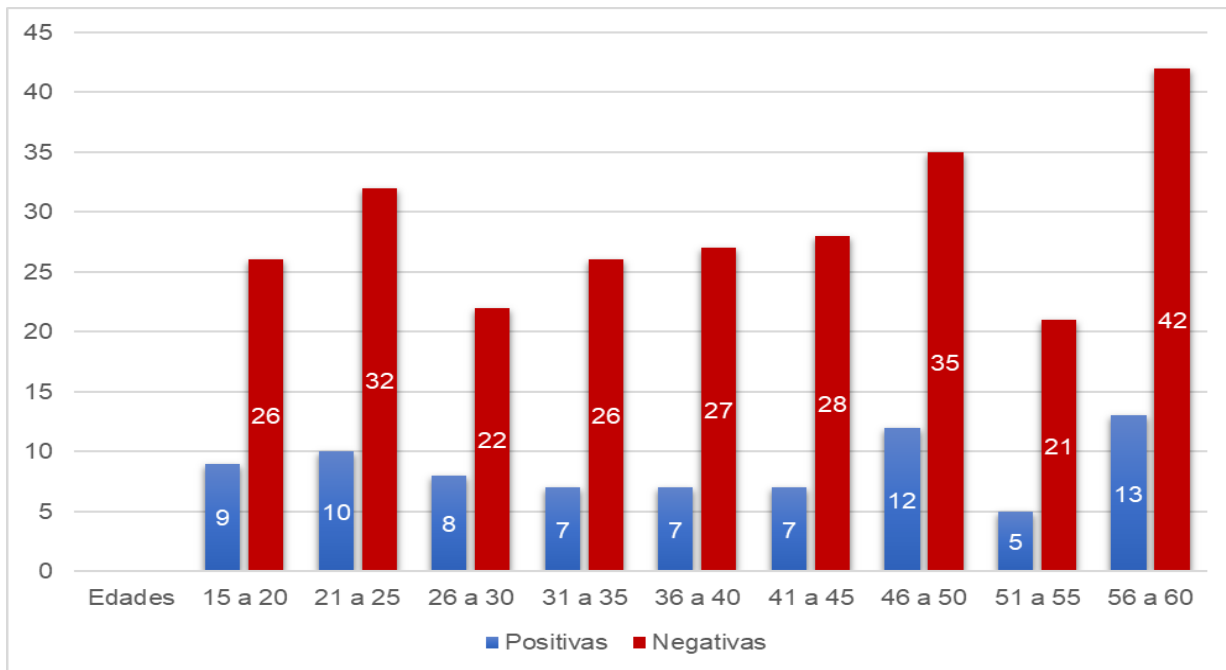
ANÁLISIS:

En la presente tabla se refleja las edades más frecuentes de las pacientes en este estudio, siendo el 12% de muestras positivas con un 10% de muestras negativas de 15 a 20 años, un 13% de muestras positivas con un 12% de muestras negativas de 21 a 25 años, un 10% de muestras positivas con un 8% de muestras negativas de 26 a 30 años, 9% de muestras positivas con un 10% de muestras negativas para las edades de 31 a 35 años y de 36 a 40 años, 9% de muestras positivas con un 11% de muestras negativas para las edades de 41 a 45 años, 15% de muestras positivas con un 13% de muestra negativa para las edades de 46 a 50 años, 6% de muestra positiva con un 8% de muestra negativa para 51 a 55 años, y 17% de muestra positiva con un 16% de muestra negativa para 56 a 60 años.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos encontrados en la investigación se observa que el mayor porcentaje por rango de edad es de 56 a 60 años tanto para la población positiva como para la negativa entonces podemos decir que la incidencia en este estudio se encuentra entre los rangos de edad de 46 a 50 años y 56 a 60 años. Se toma como rango en nuestro estudio las edades de 46 a 50 años debido a que es una muestra lo suficiente alta para que influya en la incidencia de nuestra patología en estudio.

Gráfico 2: Distribución de la población por edad



Fuente: Tabla 4

Tabla 5: Estado familiar de las mujeres

Estado Familiar	Positiva		Negativa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	17	21%	40	15%
Casada	21	26%	98	38%
Viuda	3	4%	20	8%
Acompañada	39	49%	102	39%
Total	80	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

ANÁLISIS:

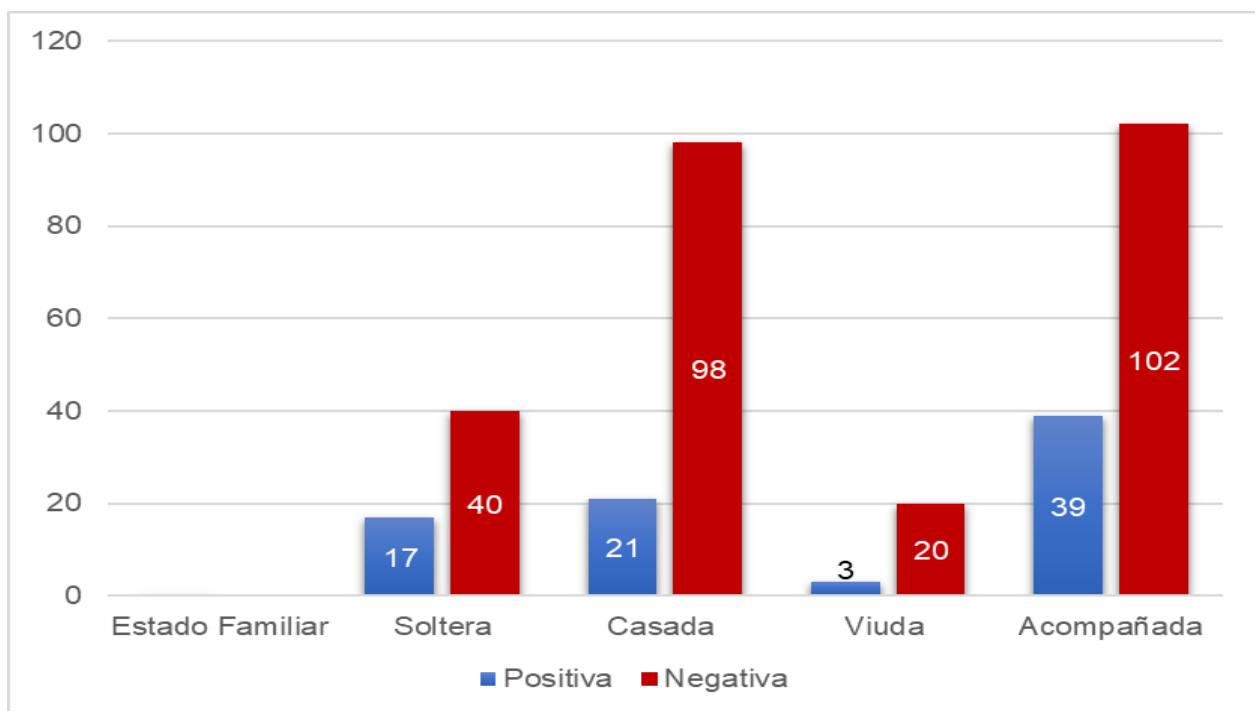
En la presente tabla se ve reflejado el estado civil de las mujeres en estudio dando como resultado un 21% de muestras positivas con un 15% de muestra negativa que al momento de su consulta estaban solteras, 26% positivas con un 38% negativa estaban casadas,

un 4% positiva con un 8% negativas estaban viudas y 49% positiva con un 39% negativa estaban acompañadas.

INTERPRETACIÓN:

Según la presente gráfica se refleja que alrededor de la mitad de las mujeres estudiadas se encontraron acompañadas; ya que en nuestro país la zona rural se caracteriza por uniones libres y siendo esta zona geográfica la de mayor porcentaje en el estudio. Por lo que se puede mencionar que el valor de mayor incidencia en nuestro estudio fue 49% y que este valor pertenecía al estado familiar de acompañada.

Gráfico 3: Estado familiar de las mujeres



Fuente: Tabla 5

Tabla 6: Sabe leer y escribir

Alfabetismo	Positivas		Negativa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	82%	227	87%
No	14	18%	33	13%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

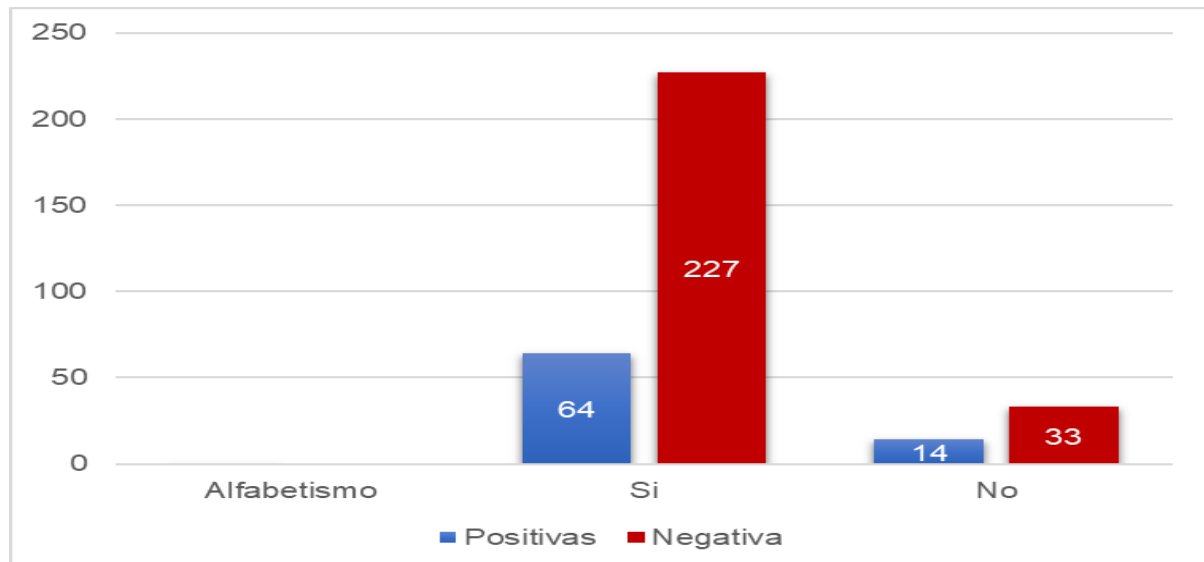
ANÁLISIS:

En la presente tabla se observa el Alfabetismo de la población estudiada en donde el 82% pertenece a las muestras positivas con un 87% de muestras negativas sabe leer y escribir y un 18% de muestras positivas con un 13% de muestras negativas no sabe leer ni escribir.

INTERPRETACIÓN:

Como podemos analizar en nuestra población estudiada el mayor porcentaje fueron mujeres que si podían leer y escribir, el cual podemos afirmar que el hecho de ser alfabeta no es un impedimento a esta problemática y que la incidencia de la población en estudio se refleja mayormente en la población alfabeta. Por lo tanto, no se considera como factor de riesgo si sabe leer o escribir.

Gráfico 4: Sabe leer y escribir



Fuente: Tabla 6

Tabla 7: Grupo religioso al que pertenecen las mujeres

Grupo religioso	Positivas		Negativa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Catolica	35	45%	132	51%
Evangelica	23	29%	78	30%
No aparece	6	8%	27	10%
Ninguna	14	18%	23	9%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

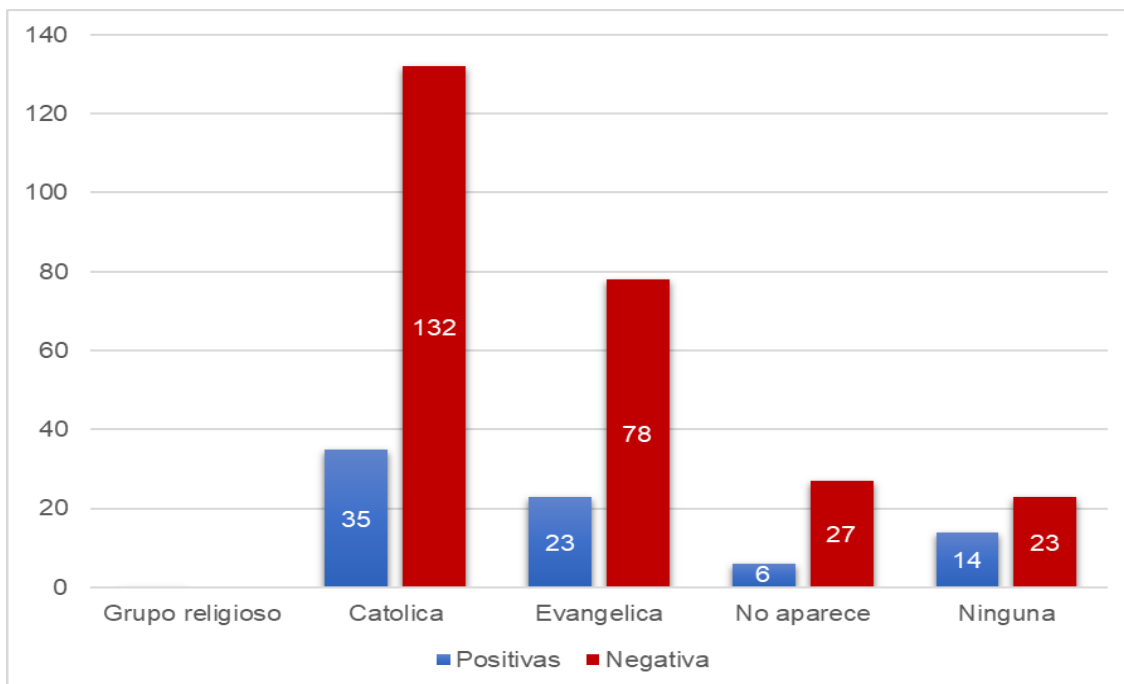
ANÁLISIS:

En la presente tabla se refleja el grupo religioso al que pertenecen las mujeres en estudio dando como resultado un 45% de muestras positivas con un 51% de muestras negativas pertenecen a la religión católica, un 29% de muestras positivas con un 30% de muestras negativas pertenecen a la religión evangélica, 8% de muestra positiva con un 10% negativa no aparecía reflejado en el expediente clínico y un 18% de muestra positiva con un 9% de muestra negativa no pertenece a ninguna religión.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las pacientes del estudio su religión es católica; ya que es la religión predominante en el país. La religión no es un factor de mayor relevancia. Podemos mencionar que no existe relación entre presentar determinada patología o pertenecer a determinada religión, solamente podemos decir que puede ser un factor que influye a la mujer a la hora de decidir si tomarse la citología o no.

Gráfico 5: Grupo religioso al que pertenecen las mujeres



Fuente: Tabla 7

6.2 Factores de Riesgo

Tabla 8: Inicio de relaciones sexuales

Rango de edades	Positivas		Negativa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14	11	14%	31	12%
15 a 20	64	82%	174	67%
21 a 25	3	4%	55	21%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

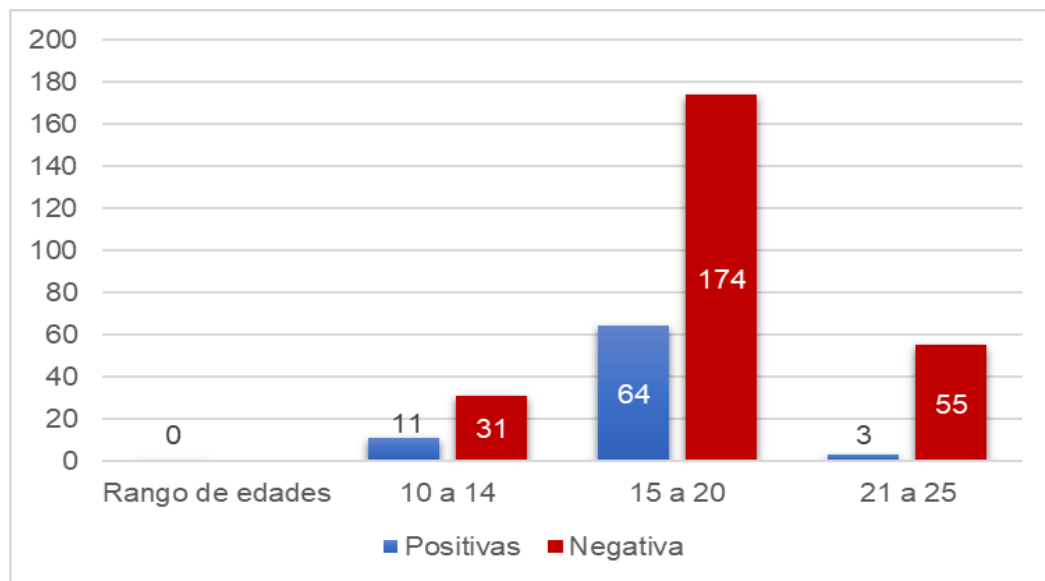
ANÁLISIS:

En la presente tabla se presenta la edad de inicio de relaciones sexuales de la población estudiada, de las cuales un 14% de la muestra positiva y 12% de la muestra negativa se encuentran en las edades de 10 a 14 años, un 82% de la muestra positiva con un 67% de la muestra negativa esta entre las edades de 15 a 20 años de edad y un 4% de la muestra positiva con un 21% de la muestra negativa esta entre la edad 21 a 25 años.

INTERPRETACIÓN:

Observamos que el mayor porcentaje según el rango de edad del inicio de las relaciones sexuales es 15 a 21 años con un 82%, además que en nuestro estudio mostro ser el valor que presenta más incidencia por lo que podríamos afirmar que si existe una relación entre el riesgo de una Sexarquia precoz y las lesiones premalignas y carcinomas

Gráfico 6: Inicio de relaciones sexuales



Fuente: Tabla 8

Tabla 9: Número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	Positivas		Negativa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	14	18%	44	17%
2	21	27%	68	26%
3	35	45%	96	37%
4	6	8%	36	14%
5	2	3%	16	6%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

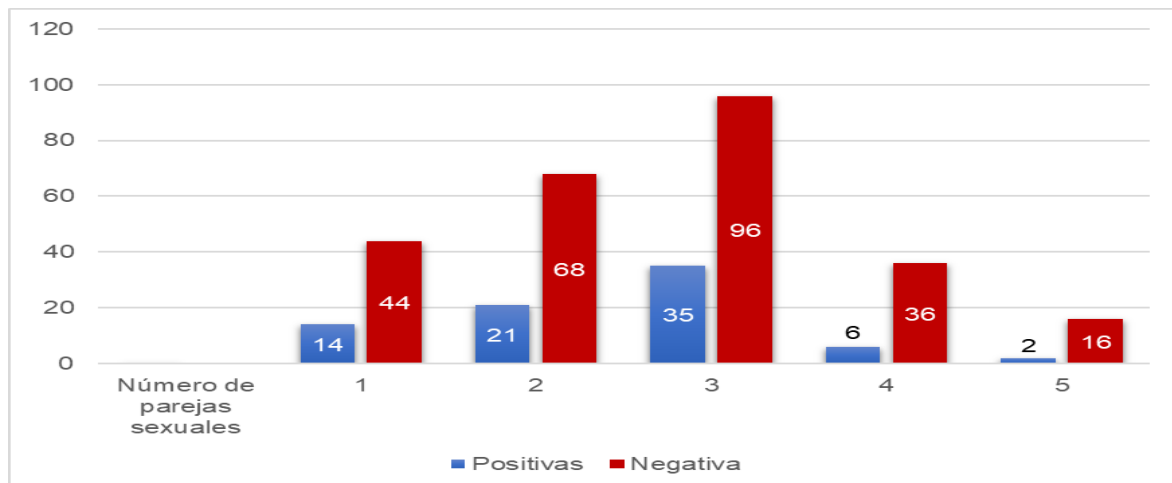
ANÁLISIS:

En la presente tabla se evidencia el porcentaje de parejas sexuales donde 18% de muestras positivas con un 17% de muestras negativas se encontró que habían tenido una pareja sexual, 27% de muestra positiva con un 26% de muestra negativa 2 parejas sexuales, 45% de muestra positiva con un 37% de muestra negativa 3 parejas sexuales, 8% de muestra positiva con 14% de muestra negativa 4 parejas sexuales, 3% de muestras positivas con un 6% de muestras negativas habían tenido 5 parejas sexuales.

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar la incidencia en este estudio nos muestra que se encuentra en 3 parejas sexuales con 45% seguido de 27% que se encontró que habían tenido 2 parejas sexuales, entonces podemos decir que la promiscuidad en nuestro estudio resulta ser un factor de riesgo debido a que el contacto con el VPH a mayor promiscuidad aumenta el riesgo de contagio.

Gráfico 7: Número de parejas sexuales



Fuente: Tabla 9

Tabla 10: Paridad

Paridad	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0	8	10%	11	4%
1	10	13%	20	8%
2	17	22%	77	30%
3	14	18%	64	25%
4	21	27%	67	26%
5	6	8%	13	5%
6	2	3%	8	3%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

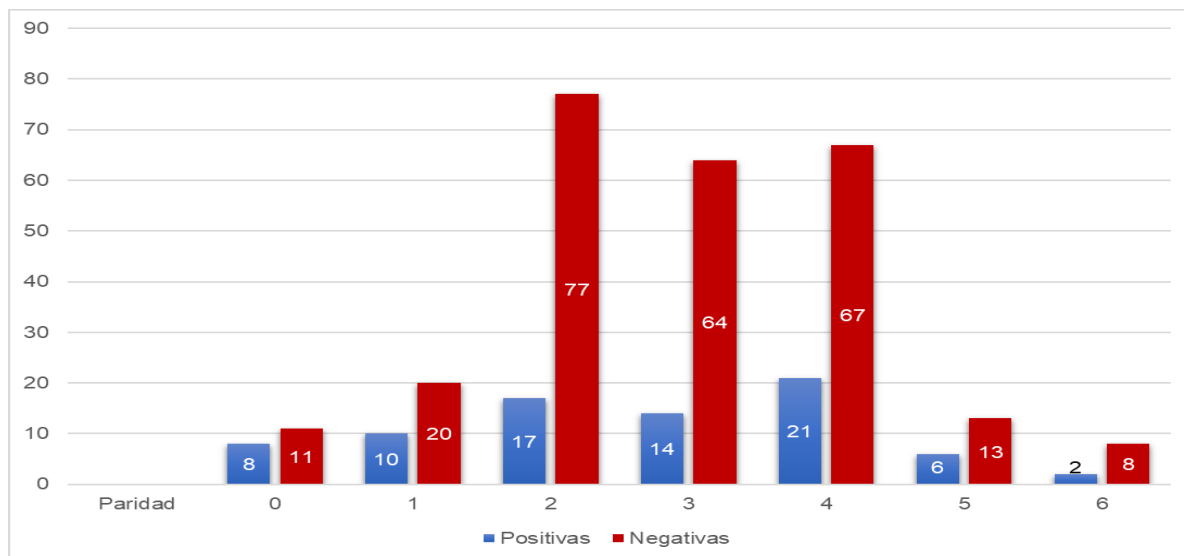
ANÁLISIS:

En la presente tabla se ve reflejada la paridad de las mujeres en estudio, donde un 10% de muestras positivas con un 4% de muestras negativas no habían tenido hijos, el 13% de muestra positiva con un 8% de muestra negativa tenían un hijo, el 22% positivas con 30% negativa tenían 2 hijos, el 18% positiva con 25% negativa 3 hijos, el 27% positiva con 26% negativa 4 hijos, 8% positiva con 5% negativa 5 hijos y el 3% positiva con 3% negativa tenía 6 hijos.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica podemos observar que un 27% de la población estudiada tienen 4 hijos por lo que podemos concluir que la multiparidad es un factor de riesgo en las mujeres en estudio. Y podemos decir que la incidencia de la población en estudio se encuentra entre 2 a 4 hijos.

Gráfico 8: Paridad



Fuente: Tabla 10

Tabla 11: Toma de citología

Toma de citología	Positivas		Negativa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primera Vez	5	6%	56	22%
Vigente	43	55%	113	43%
Atrasado	30	38%	91	35%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

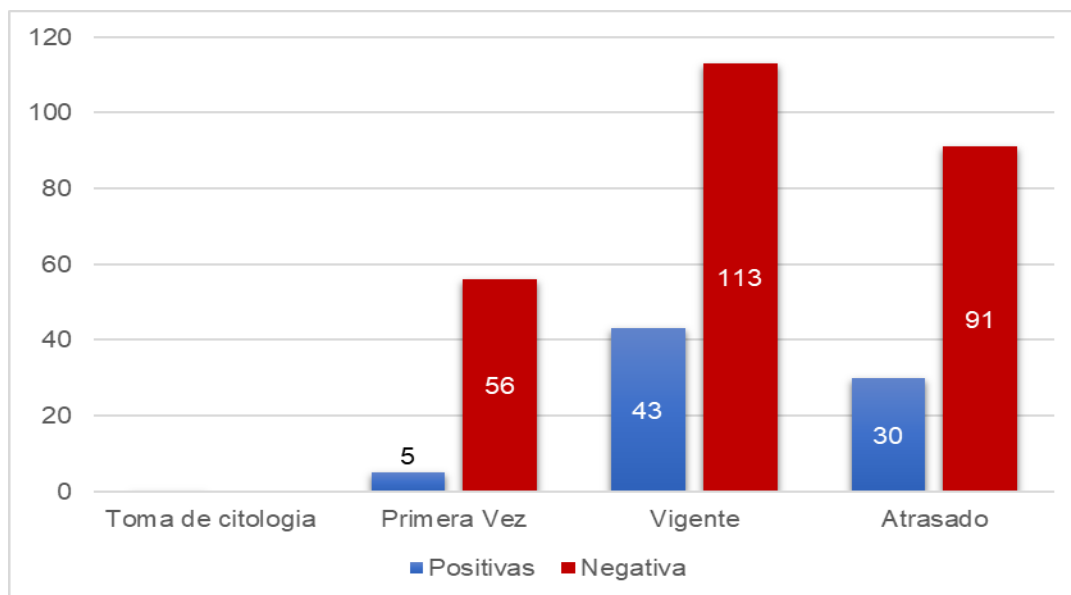
ANÁLISIS:

En la presente tabla se presenta el tipo de toma de citología donde un 6% de las muestras positivas con un 22% de muestra negativas se hicieron la citología por primera vez, un 55% de muestras positivas con un 43% de muestra negativa se realizaron citología subsecuente vigente y un 38% de muestra positiva con un 35% de muestra negativa subsecuente atrasado.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se observa que un 55% fue citología subsecuente vigente a comparación de 38% con citología subsecuente atrasado. A esto podemos analizar que el hecho de atrasarse en la toma de la citología no se tomaría en cuenta como un riesgo para aparición de lesiones premalignas y carcinomas.

Gráfico 9: Toma de citología



Fuente: Tabla 11

Tabla 12: Uso de anticonceptivos

Planificación Familiar	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oral	6	8%	19	7%
Inyectable	21	27%	78	30%
Barrera	6	8%	22	8%
Diu	6	8%	16	6%
Otros	22	28%	81	31%
Ninguno	17	22%	44	17%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

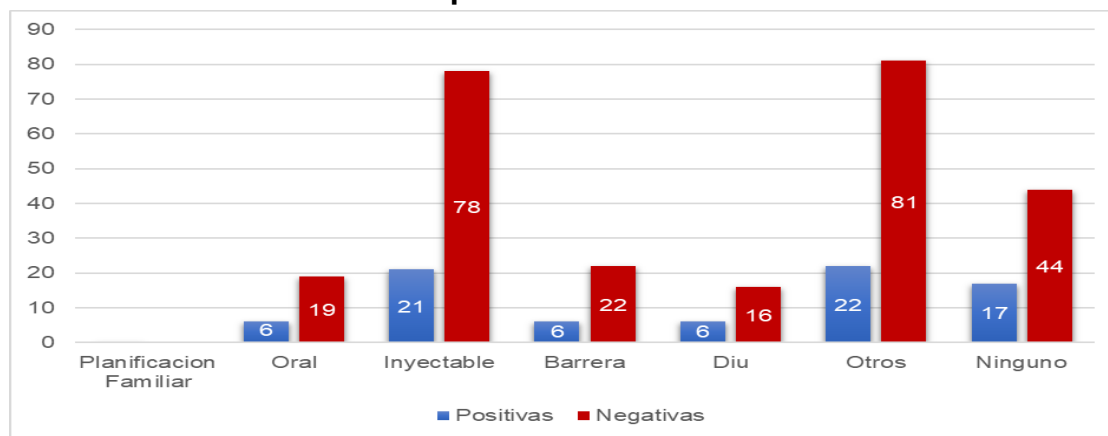
ANÁLISIS:

En la presente tabla se refleja el tipo de métodos anticonceptivos usados por las mujeres en estudio, en donde un 8% positivas con 7% negativas utilizaban Anticonceptivos Orales Combinados (ACO), un 27% positivas con 30% negativas utilizaban inyectables, un 8% positivas con 8% negativas métodos de barrera, 8% positivas con 6% negativas utilizaban Dispositivo Intrauterino (DIU), un 28% positivas con un 31% negativas utilizaban otro tipo de métodos anticonceptivos y 22% positivas con un 17% negativas no utilizaban ninguno.

INTERPRETACIÓN.

Se puede observar que los métodos anticonceptivos de mayor predominio son los inyectables, otros tipos de anticoncepción y ninguno, donde tuvieron mayor contacto con el virus de papiloma humano a través de relaciones sexuales sin protección. Entonces podemos decir que los anticonceptivos no ejercen protección contra las infecciones del virus del papiloma humano. A excepción de los métodos de barrera que mostraron una leve disminución pero que en base a los resultados y la cantidad de la muestra no es posible decir si el riesgo disminuye con el uso de métodos de barrera.

Gráfico 10: Uso de anticonceptivos



Fuente: Tabla 12

Tabla 13: Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual

Alternativa	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	18%	74	28%
No	64	82%	186	72%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

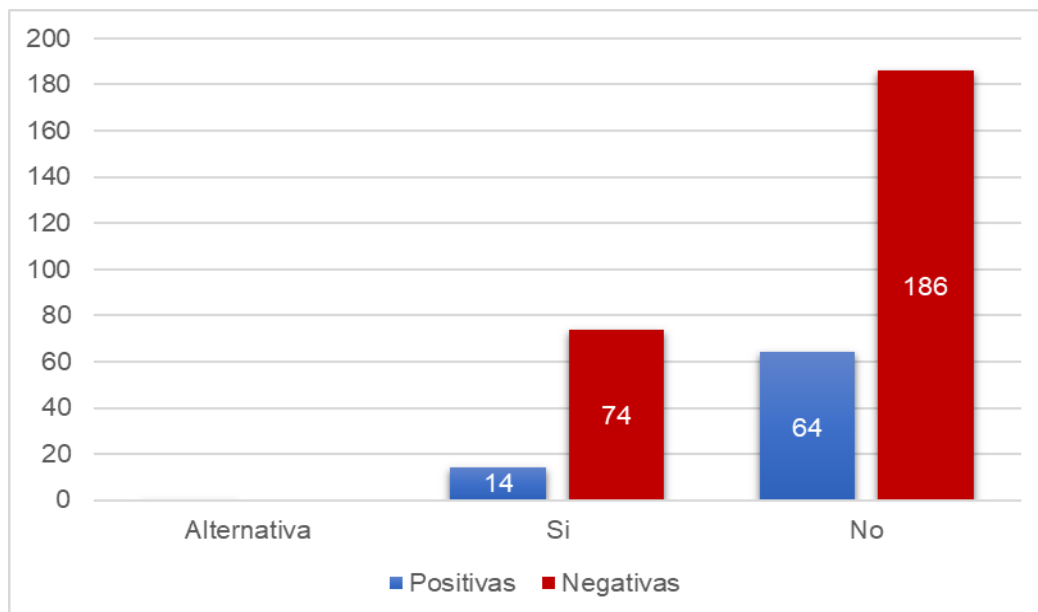
ANÁLISIS:

La tabla nos muestra que un 18% de muestras positivas con un 28% de muestras negativas de las mujeres en estudio han presentado alguna vez una infección de transmisión sexual, mientras que un 82% de muestras positivas con un 72% de muestras negativas nunca ha tenido una infección de transmisión sexual.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos la mayor parte de las mujeres en estudio manifestaron no haber tenido antecedentes de infecciones de transmisión sexual al momento de la toma de citología; por lo que según nuestros resultados los antecedentes de infección de transmisión sexual no tienen relación con las lesiones premalignas y el carcinoma invasivo.

Gráfico 11: Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual



Fuente: Tabla 13

Tabla 14: Tabaquismo

Alternativa	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	45%	97	37%
No	43	55%	163	63%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

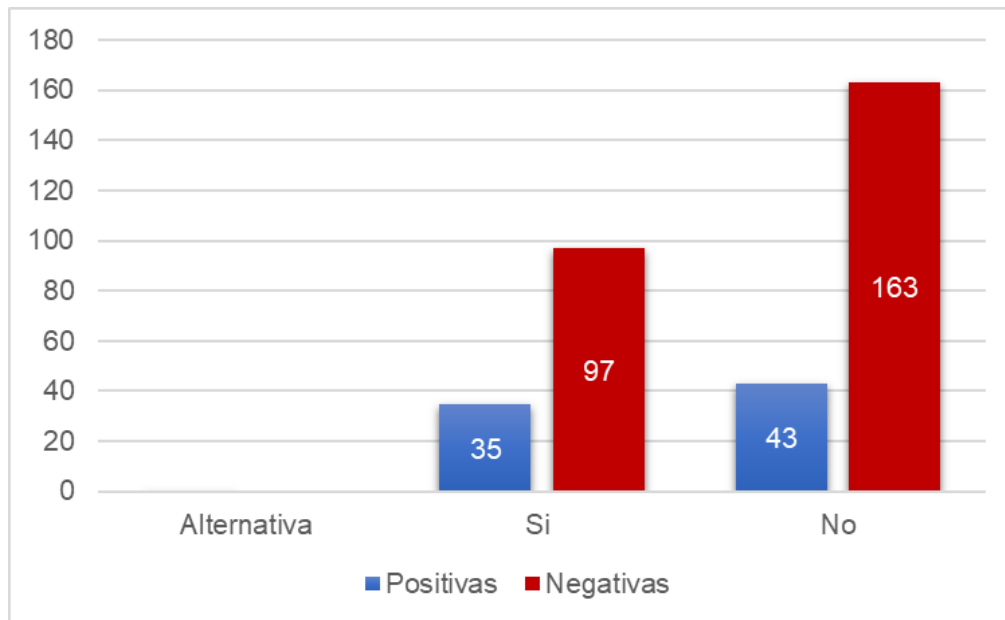
ANÁLISIS:

Al observar los resultados de la tabla anterior, un 45% positivas con un 37% negativas manifestó consumir tabaco, mientras que el 55% positivas con un 63% negativas no consumía tabaco.

INTERPRETACIÓN:

En la presente grafica se puede observar que un porcentaje de 45% de la población estudiada es tabaquista, y a pesar de ser un dato incidente es un dato para considerar como un posible factor de riesgo. Pero que en nuestro estudio no se toma como valor incidente de provocar dicha patología de manera directa.

Gráfico 12: Tabaquismo



Fuente: Tabla 14

Tabla 15: Etilismo

Alternativa	Positivas		Negativas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	47%	72	28%
No	41	53%	188	72%
Total	78	100%	260	100%

Fuente: Ficha de recolección de información

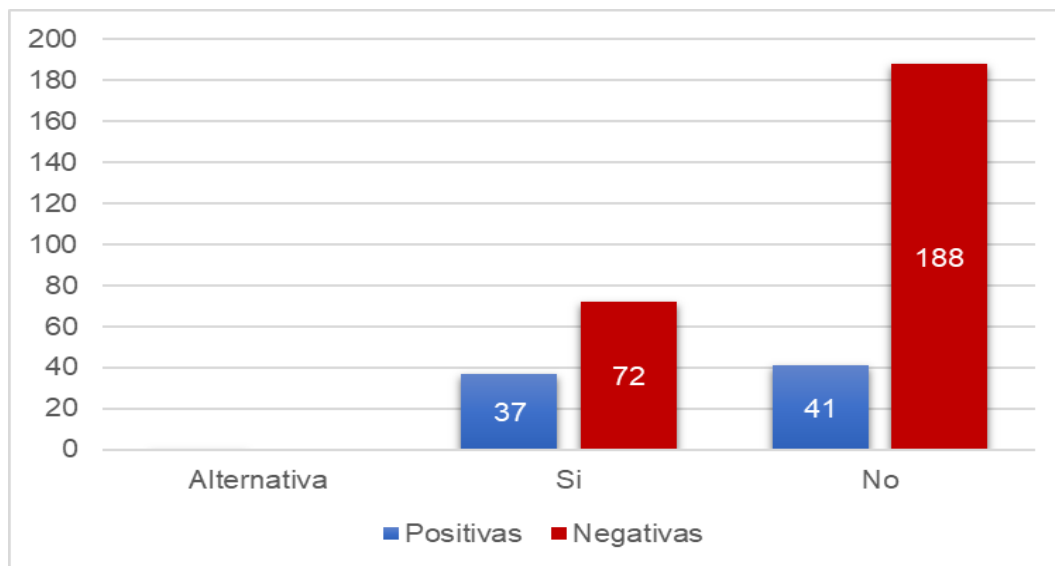
ANÁLISIS:

La tabla nos muestra que un 47% positivas con un 28% negativas de la población estudiada ingerían bebidas alcohólicas, mientras que el 41% positivas con un 72% negativas no consumían dichas sustancias.

INTERPRETACIÓN:

En base a los resultados en la presente grafica podemos afirmar que el etilismo no es un factor de riesgo para lesiones premalignas o carcinoma invasivo en la población en estudio, sin embargo, según los datos obtenidos presenta valores a tomar en cuenta como posible factor de riesgo.

Gráfico 13: Etilismo



Fuente: Tabla 15

Tabla 16: Incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo por UCSF en estudio

Incidencia			
Lugar	Positivas	Negativas	Incidencia
UCSF San Gerardo	2	59	1%
UCSF Quelepa	3	59	1%
UCSF Ciudad Mujer	73	220	22%
Total	78	338	23%

Fuente: Libro de reporte citológico de las UCSF Quelepa, San Gerardo y Modulo de salud sexual y reproductiva de ciudad mujer San Miguel y expedientes clínicos de las mujeres en estudio.

ANÁLISIS

Como se puede observar en la presente tabla donde se menciona la incidencia por unidades comunitarias de salud familiar, se encuentra una población con muestras positivas de 78, con una muestra de resultados negativos de 338.

Donde la UCSF San Gerardo se obtuvieron 2 muestras positivas con una muestra negativa de 59 con una incidencia del 1%; la UCSF Quelepa se obtuvieron muestras positivas de 3, con muestras negativas de 59 y una incidencia del 1% y UCSF Ciudad Mujer con una muestra positiva de 73; con una muestra negativa de 220 y una incidencia del 22%.

Entonces podemos decir que el porcentaje de incidencia de la muestra en estudio para enero a diciembre de 2017 de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio fue de: **23%**.

7. DISCUSIÓN

Durante esta investigación se determinó la incidencia, factores de riesgo y rango de edad más afectado por las lesiones premalignas y carcinoma invasivo en mujeres que se realizaron citología cérvico-vaginal en las unidades comunitarias de salud familiar de san Gerardo, Quelepa y módulo de salud sexual y reproductiva de Ciudad Mujer en el periodo de enero y diciembre de 2017.

En este estudio por medio de los resultados, la incidencia de lesiones premalignas y cáncer invasivo fue de 23%.

El etilismo, tabaquismo, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, no tuvieron influencia positiva en la incidencia de lesiones premalignas y carcinoma invasivo en las mujeres en estudio, en comparación con la procedencia, número de compañeros sexuales, la multiparidad, y el inicio de relaciones sexuales que si la tuvieron y que mostraron una significancia importante.

Al comparar con otros estudios como el de las Lesiones premalignas y malignas del cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes en la Clínica de maternidad Rafael Calvo, Cartagena. (8), de los resultados obtenidos se pudo deducir que el 80% de las mujeres afectadas pertenecían al área urbana en comparación a nuestro estudio donde el área rural fue de 56%, además encontraron que el 51.3% habían tenido 2 o más compañeros sexuales y en nuestro estudio con un 45 % habían tenido 3 parejas sexuales.

En el estudio de incidencia de lesiones de bajo grado en mujeres de 15 a 55 años que se hicieron citología en el ECO del Rosario del municipio de San Martín, San salvador de enero a junio del 2016 (9); según los resultados concluyeron que la sexarquia temprana antes de los 18 años fue un factor influyente con un 59% de los casos y en nuestro estudio con un 82% fue de 15 a 20 años, la toma tardía de la citología fue un factor influyente a comparación en nuestro estudio la toma de citología atrasado con un 38% no fue factor influyente y el no uso de anticonceptivos de barrera fue factor influyente en ambos estudios.

El nivel socioeconómico bajo es una limitante para acceder a los servicios de salud, además existe una baja concientización sobre los temas relacionados a la salud sexual de las mujeres, entre ellas una conducta preventiva como disminuir el número de parejas sexuales, ya que a mayor número mayor riesgo de contraer el virus de papiloma humano (VPH) y de contagiar a otras personas.

Así también el retrasar el inicio de relaciones sexuales ya que, a menor edad, más inmaduro el epitelio del cuello uterino y es mayor la probabilidad de contraer el virus de papiloma humano (VPH).

La multiparidad es uno de los factores encontrados en el estudio ya que hay una asociación positiva más entre la persistencia del virus de papiloma humano (VPH) y los niveles altos estrógenos que se observan durante los embarazos.

De los resultados obtenidos se encontró que:

LEIBG 64, LEIAG 9, Carcinoma Invasivo 5; de esta manera se evidencia que la mayor parte de pacientes diagnosticadas positivas se encontraron con lesiones premalignas, siendo en su mayor cantidad las que tenían lesiones de bajo grado, dato que es concordancia con los resultados obtenidos por la revista Cubana Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, ginecología y salud reproductiva (10), en el que estudiaron las Lesiones preinvasivas del cuello uterino, que demostró que tener mayor frecuencia las lesiones de bajo grado con relación al resto en la población estudiada.

8. CONCLUSIONES

Dentro del estudio de lesiones premalignas y carcinoma invasivo de las mujeres entre 15 a 60 años se identificaron en las UCSF de San Gerardo, Quelepa y módulo de salud sexual y reproductiva Ciudad Mujer San Miguel mostro que la incidencia del total de citologías positivas tomadas de enero a diciembre de 2017 fue de 23%. Donde la incidencia de cada lugar nos dio como valor que para UCSF san Gerardo fue del 1%, para UCSF Quelepa fue del 1% y para el módulo de salud sexual y reproductiva Ciudad Mujer fue del 22%.

Los principales factores de riesgo que se identificaron en el estudio son:

- Procedencia
- Edad
- Inicio de relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Paridad
- Uso de anticonceptivos
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Etilismo

La procedencia mostro que la mayor incidencia se encuentra en el área rural con un 56% de la población en estudio, por lo que el factor sociodemográfico juega un papel importante en la incidencia de la patología en estudio y que además podemos mencionar que debido a los diversos factores las mujeres tienen más dificultad para una toma de citología de rutina y al existir un menor control para identificar lesiones tempranas las probabilidades de un tratamiento adecuado y oportuno disminuyen.

Otro factor para considerar es la edad, que en la población estudiada se encontró mayor predominio de la patología en estudio las edades comprendidas de 40 a 60 años. Además, se identificó que la mayoría de consultas para toma de citología cervico-vaginal fue mayor a estas edades que en las mujeres de menor de edad.

Además, el inicio de relaciones sexuales demostró que, a inicio de temprana edad, aumenta considerablemente el riesgo de contraer infección por virus de papiloma humano debido a que el epitelio de metaplasia escamosa de una adolescente es inmaduro por ser más delegado y frágil. Lo que nuestro estudio identifico fue que el 82% de mujeres tuvieron el inicio de relaciones sexuales entre los 15 a 20 años,

También se identificó que el número de parejas sexuales influye en la incidencia, ya que el 45% de la población estudiada tuvo 3 parejas sexuales, esto refleja que la mujer esta mas expuesta al virus del papiloma humano, y existe mayor riesgo de contagio.

Otro factor identificado fue la paridad ya que nuestro estudio refleja que 77% de las mujeres tuvo 2 o más hijos, siendo de mayor porcentaje 27% que tuvieron 4 hijos, lo que demuestra que a mayor cantidad de partos mayor susceptibilidad de sufrir lesiones del epitelio y que esto contribuya de manera directa a contraer el virus del papiloma humano.

El no uso de métodos de barrera se considera dentro de nuestro estudio como un factor de riesgo importante, ya que en el momento de tener relaciones sexo-coitales aumenta la posibilidad de infección por virus de papiloma humano.

Es de notar que el tabaquismo y el etilismo no mostraron mayor incidencia en nuestro estudio, pero presentaron cifras a considerar como probables factores de riesgo que contribuyan de manera indirecta a la susceptibilidad a desarrollar esta patología. Dado que la mayor cantidad de mujeres en estudio no consumían tabaco ni alcohol.

9. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud:

Implementar estrategias que busquen causar impacto en la población femenina de la importancia que existe de la realización de la citología cervico-vaginal de manera oportuna y con la regularidad establecida según la normativa del MINSAL.

Efectuar gestiones necesarias para incluir en el esquema de vacunación nacional la aplicación de la vacuna para prevenir el virus del papiloma humano.

Agilizar la implementación del tamizaje del virus del papiloma humano a nivel nacional para la prevención de lesiones premalignas con la detección de los serotipos malignos de VPH.

Mejorar el sistema de referencia retorno a nivel nacional para las pacientes que reportan citologías cervicovaginales para mejoras en el tratamiento y agilización en su recuperación.

A las unidades comunitarias de salud familiar:

Impulsar capacitaciones periódicas dirigidas al personal de salud y a la población en general sobre los beneficios de la toma de citología cervico-vaginal oportuno y de las posibles patologías que con ella se pueden identificar.

Al ministerio de educación:

Promover programas de educación sexual en las instituciones de educación pública, que encaminen a retrasar el inicio de relaciones sexuales, y así poder disminuir el número de compañeros sexuales.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud OPdl. **Cáncer en las Américas. Perfiles de País 2013** Washington DC; 2013.
2. Social MdSPyA. **Norma Técnica de Prevención y Control de Cáncer de Cervicecix** San Salvador; 2006.
3. Novak By. **Ginecología**. 15th ed. Filadephia: Deborah L. Berek, M.A.; 2013.
4. Cunningham LBHRS. **Williams Ginecología**. 23rd ed. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2011.
5. Cotran Ry. **Patología Estructural y Funcional**. octava ed. San Carlos, Madrid España: Elsevier; 2008.
6. LRBK RH. **Patología del Tracto Genital Femenino de Blaustein**. Septima ed. España: Amolca; 2013.
7. **Publicación OPS: Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino..** 486th ed.; 2008.
8. Ivette Marina Romero Pérez M. **Lesiones premalignas y malignas de cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes**. Clinica Maternidad Rafael Calvo. Med UNAB. 2009; 12(1).
9. Sara Alberto VAEB. **Incidencia de LEI de Bajo Grado y ASC-US en mujeres de 15 a 55 años que se realizaron citología cérvico vaginal en el ECOS-F El Rosario, del municipio de San Martín, San Salvador, enero a junio 2016. Informe Final**. San Salvador: Universidad de El Salvador, San Salvador.A334.
10. Dra. Dalgis Lau Serrano I. **Lesiones preinvasivas del cuello uterino**. GINECOLOGÍA Y SALUD REPRODUCTIVA. 2012; 3(38).

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. GLOSARIO

Ácido acético: Es un ácido que se encuentra en el vinagre, siendo el principal responsable de su sabor y olor agrios. Este se utiliza para realizar la inspección visual de cérvix, el cual es positivo para lesiones de células cervicales al dar una coloración café oscuro.

ASC-US: Atipias en células escamosas de significado incierto.

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer invasor: Cualquier de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados solo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte del, muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Cáncer micro invasor: Invasión del estroma cervical con una medida máxima de profundidad de 5mm y una extensión horizontal máxima de 7mm

Carcinoma: Cáncer que origina en los tejidos epiteliales

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como prueba de Papanicolaou

Colposcopia: procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y el cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

Criocirugía: aplicación de bajas temperaturas a un tejido hasta alcanzar el punto de congelación del agua intracelular produciendo la muerte celular.

Displasia: pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteración en la morfología de sus componentes celulares.

Enfermedades Venéreas: son todas aquellas enfermedades infectocontagiosas que se transmiten a través de las relaciones sexuales

Factores de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.

Glucógeno: polisacárido formado por moléculas de glucosa que constituyen la forma principal de reserva de glucosa.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o daño ocurrido a una población, lugar y tiempo determinados.

Lesión escamosa intraepitelial de bajo Grado (LEIBG): incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus de papiloma humano (atipia coilocítica), restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluyen en estas lesiones a la displasia leve/ NIC 1

Lesión escamosa intraepitelial de alto Grado (LEIAG): cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3

Metaplasia: se denomina así a la transformación o remplazo de un tejido adulto en otro de la misma clase.

Múltipara: Que ha tenido más de un parto

Nulípara: mujer que nunca ha llevado a término un embarazo, mujer que nunca ha procreado o parido.

Sistema de Clasificación Bethesda: nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical.

Tamizaje: prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico.

Virus del Papiloma Humano: microorganismos pertenecientes a la familia *papillomaviridae*, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con estas lesiones y su potencial oncogénico

Zona de transformación: Es el área comprendida entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar del cérvix uterino, dentro de la cual pueden identificarse diversos grados de maduración del epitelio metaplasico. (6)

Anexo 2. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL			
Gasolina/galones	35	\$3.58	\$125.30
Saldo		\$20.00	\$20.00
EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMATICOS			
Memoria USB	1	\$8.00	\$8.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA			
Resma de papel bond tamaño carta	3	\$4.00	\$12.00
Tinta para impresora	2	\$20.00	\$40.00
Bolígrafos	6	\$0.15	\$0.90
Caja de folder tamaño carta	1	\$0.10	\$6.00
Anillados	4	\$2.50	\$10
Caja de fastener	1	\$0.10	\$2.00
Impresora	1	\$228	\$228
Laptop	1	\$810	\$810
Imprevistos			\$100
CD's	3	\$1	\$3
Empastado	1	\$10	\$10
Total			\$1,375.20

Anexo 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTA MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**

TEMA: Ficha de recolección de información.

N° _____

OBJETIVO: Recopilar información de los expedientes de las mujeres de 15 a 60 años de edad que se realizaron citología cervico vaginal en las unidades comunitarias de salud familiar de Quelepa, San Gerardo y Modulo de salud sexual y reproductiva de ciudad mujer san miguel en el periodo de enero a diciembre de 2017.

UCSF _____

N° de expediente: _____

Iniciales del nombre: _____

I. Características sociodemográficas

1. Área geográfica de vivienda (Procedencia)

Rural _____

Urbano _____

2. Edad de la paciente

15-20 _____ 21-25 _____ 26-30 _____ 31-35 _____ 36-40 _____ 41-45 _____ 46-50 _____ 51-55 _____ 56-60 _____

3. Estado familiar de la paciente

Soltera _____

Casada _____

Viuda _____

Acompañada _____

4. ¿Sabe leer y escribir?

Si _____

No _____

5. Religión

Católica _____

Evangélica _____

Ninguna _____

No aparece _____

II. Factores de Riesgo

6. Edad de inicio de relaciones sexuales

10-14 _____ 15-20 _____ 20-25 _____

7. N° de parejas sexuales

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

8. Paridad

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

9. Citología

1° vez _____ Subsecuente _____

Atrasado _____

10. Uso de anticonceptivos

Oral _____ Inyectable _____ Barrera _____ DIU _____ Otros _____

11. Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual

Sí _____

No _____

12. Tabaquismo

Sí _____

No _____

13. Etilismo

Sí _____

No _____

Anexo 4. SISTEMA BETHESDA

CONDUCTA A SEGUIR EN BASE AL REPORTE CITOLOGICO

SISTEMA BETHESDA	CONDUCTA A SEGUIR
Insatisfactoria para evaluación por calidad de muestra	Repetir PAP inmediatamente*
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir PAP en dos años
Tres satisfactorias para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad en forma consecutiva	Repetir PAP en tres años
Satisfactoria para evaluación /Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a Inflamación	Dar tratamiento según el caso, repetir PAP en 1 año.
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos	Tratamiento específico según normas de ITS y repetir PAP en dos años
Células escamosas atípicas de significado No determinado(ASC-US)	Referir a Colposcopia
Células escamosas atípicas donde no se puede descartar lesión de alto grado.(ASC-H)	Referir a Colposcopia
Células glandulares atípicas de significado No determinado(Todas las categorías)	Colposcopia y legrado diagnóstico.
LEI de Bajo Grado	Referir a Colposcopia.
LEI de Alto Grado	Referir a Colposcopia
Carcinoma de células escamosas	Referir a Colposcopia
Adenocarcinoma (Todas las categorías)	Referir a colposcopia

*Si hay evidencia clínica de cervicitis o vaginitis dar tratamiento específico y repetir PAP en un mes.

Anexo 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses / Semanas	enero				febrero				marzo				abril				mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																																
Reuniones generales con la coordinacion del proceso de graduacion y asesorias					16	23			9	23																																						
Inscripcion del proceso de graduacion																																																
Aprobacion del tema de Investigacion																																																
Elaboracion del protocolo de Investigacion																																																
Presentacion escrita del protocolo de investigacion															11																																	
Ejecucion de la Investigacion																																																
Procesamiento de datos																																																
Elaboracion de la discusion y prueba de Hipotesis																																																
Elaboracion de conclusiones y recomendaciones																																																
Redaccion del informe final																																																
Entrega del informe final																																																
Exposicion de Resultados y defensa del informe final de investigacion																																																

Anexo 6: FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO



2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

Nombre del Establecimiento: _____

Nº de Expediente: _____

Depto.	Mpio.	Área	Código Cantón, Barrio o Colonia	Zona	Vivienda	Familia	Nº Correlativo de cada miembro de familia
--------	-------	------	---------------------------------	------	----------	---------	---

A) DEL PACIENTE

1. _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres
2. Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
3. Edad: Años: _____ meses: _____ Días: _____ Horas: _____
4. Estado Civil: Soltero(a) _____ Casado (a) _____ Divorciado (a) _____ Acompañado (a) _____ Viudo (a) _____
5. Documento Legal de identidad: _____ Nº _____
6. Ocupación: _____
7. Dirección habitual: _____
Departamento: _____ Municipio _____ Teléfono Nº _____

B) FAMILIA

1. Nombre del Padre: _____
2. Nombre de la Madre: _____
3. Nombre del Cónyuge: _____
4. Responsable del paciente: _____
5. Dirección del Responsable: _____
Departamento: _____ Municipio _____ Teléfono Nº _____

C) DE LA INFORMACIÓN

1. Proporcionó datos personales del paciente: _____ Parentesco _____
2. Documento Legal de Identidad: _____ Nº _____
3. Nombre del Cónyuge: _____
4. Tomó Información: _____ Fecha de Inscripción ____/____/____

Observaciones: _____

Anexo 7: SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL



Ministerio de Salud

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO
EL SALVADOR, C.A.
SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL



NIP _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

DUJ _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

URBANO RURAL OTRO _____

DIRECCION _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ No. EXPEDIENTE _____ No. CITOLOGIA _____ FECHA TOMA MUESTRA ____/____/____

DATOS CLINICOS

G ____ P ____ P ____ A ____ V ____ FUR ____/____/____ FUP ____/____/____

LACTANCIA SI NO ANTICONCEPTIVOS SI NO TIPO AOC INY
DIU OTRO

LEUCORREA SI NO SANGRADO SI NO CERVICITIS SI NO

Tto.: CRIO LEEP CONO HISTERECTOMIA RADIACION HORMONAL

FECHA ____/____/____

BIOPSIA SI NO FECHA ____/____/____

RESULTADO _____

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE TOMA PAP: _____

PAP PREVIO SI NO
NUMERO _____ FECHA ____/____/____

RESULTADO _____

PAP 1ª VEZ

PAP SUBSECUENTE VIGENTE

PAP SUBSECUENTE ATRASADO

CALIDAD DE LA MUESTRA <input type="checkbox"/> SATISFACTORIA PARA EVALUACION <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA PARA EVALUACION (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> PROCESADA <input type="checkbox"/> NO PROCESADA POR:	<input type="checkbox"/> CELULARIDAD ADECUADA <input type="checkbox"/> FIJACION O PRESERVACION INADECUADA <input type="checkbox"/> MATERIAL EXTRAÑO	<input type="checkbox"/> INFLAMACION <input type="checkbox"/> SANGRE <input type="checkbox"/> CITOLISIS	<input type="checkbox"/> AUSENCIA COMPONENTE ZONA DE TRANSFORMACION <input type="checkbox"/> LAMINA QUEBRADA <input type="checkbox"/> FALTA DE INFORMACION CLINICA <input type="checkbox"/> IDENTIFICACION INADECUADA
<input type="checkbox"/> NEGATIVA PARA LESION INTRAPITELIAL O MALIGNIDAD	ORGANISMOS <input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALES <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON TORULOPSIS SP <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA FLORA SUGESTIVOS DE VAGINOSIS BACTERIANA <input type="checkbox"/> CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A HERPES SIMPLEX <input type="checkbox"/> OTROS	CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A <input type="checkbox"/> RADIACION <input type="checkbox"/> INFLAMACION <input type="checkbox"/> DIU	OTROS <input type="checkbox"/> ATROFIA <input type="checkbox"/> CELULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> CELULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS

ANORMALIDADES DE LA CELULA ESCAMOSA <input type="checkbox"/> ASC - US <input type="checkbox"/> ASC - H <input type="checkbox"/> LEI DE BAJO GRADO <input type="checkbox"/> LEI DE ALTO GRADO <input type="checkbox"/> CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASION <input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	ANORMALIDADES DE LA CELULA GLANDULAR <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES <input type="checkbox"/> ENDOMETRIALES <input type="checkbox"/> ORIGEN NO DETERMINADO <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> GLANDULARES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/> EXTRAUTERINO <input type="checkbox"/> ENDOMETRIAL <input type="checkbox"/> SIN ESPECIFICAR
--	---

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO CITOTECNOLOGA _____
FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD _____
SELLO LABORATORIO _____

FECHA RECEPCION ____/____/____
FECHA REPORTE ____/____/____

Anexo 8: HOJA DE HISTORIA CLÍNICA EN SALUD DE HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 59 AÑOS



Ministerio de Salud
 Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria
 Unidad de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes



Hoja de historia clínica en salud de hombres y mujeres de 20 a 59 años

Datos generales			
Edad: _____	Estado civil: soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> acompañado/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/>		
Nombre: _____		Sexo: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>	
Ocupación actual: _____		Escolaridad: _____	
Peso en kilos: _____	Talla: _____	IMC: _____	
Factores de riesgo			
Consumo de tabaco: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Sobrepeso / obesidad: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Consumo de alcohol: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Desnutrición: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Sedentarismo: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Automedicación: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Historia de salud sexual y reproductiva			
Edad de inicio relaciones sexuales: _____		N.º de parejas sexuales: una <input type="checkbox"/> varias <input type="checkbox"/>	
Uso de preservativos: siempre <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/>			
Disfunciones sexuales: disfunción eréctil <input type="checkbox"/> eyaculación precoz <input type="checkbox"/>			
Padecimiento de ITS: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TX médico <input type="checkbox"/> Auto TX <input type="checkbox"/>			
N.º de hijos totales: _____		Está esterilizado/a: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Qué método de planificación familiar utilizan: _____			
Antecedentes de salud general y morbilidad			
Diabetes <input type="checkbox"/>	Dislipidemia <input type="checkbox"/>	Enfermedad ácido péptica <input type="checkbox"/>	Prostatitis <input type="checkbox"/>
HTA <input type="checkbox"/>	IVU <input type="checkbox"/>	Colon irritable <input type="checkbox"/>	CA de próstata <input type="checkbox"/>
Artritis <input type="checkbox"/>	Neumonía <input type="checkbox"/>	Híperp. prost. BEN <input type="checkbox"/>	CA de cervix / mama <input type="checkbox"/>
Participa en club de diabéticos: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Participa en club de hipertensos: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Examen de próstata: tacto rectal <input type="checkbox"/> antígenos prostáticos <input type="checkbox"/>			
Última vez que se lo realizó:		menos de 1 año <input type="checkbox"/>	más de 2 años <input type="checkbox"/>
Citología última vez:		menos de 1 año <input type="checkbox"/>	más de 2 años <input type="checkbox"/>
Refuerzo vacuna Td adulto:		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Caries: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Enfermedad periodontal: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Esta en TX: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Ha recibido profilaxis alguna vez:		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Anexo 9: HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ADOLESCENTE (ANVERSO)

CLAP/SMR-OPS/OMS		HISTORIA DEL ADOLESCENTE		ESTABLECIMIENTO		H.C. N°	
APELLIDOS Y NOMBRES _____						N° Identidad _____	
DOMICILIO _____						FECHA DE NACIMIENTO	
LOCALIDAD _____ Código _____						día mes año	
LUGAR DE NACIMIENTO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>						SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
COBERTURA Y/O PROTECCION SOCIAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> Celular: _____ Email _____							
CONSULTA PRINCIPAL		FECHA		EDAD		ESTADO CIVIL	
Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Referido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Acompañado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/>	
		día mes año		años meses		acompañado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>	
						rural <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/>	
						solo <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	
						pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/>	
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:			
1 _____				1 _____			
2 _____				2 _____			
3 _____				3 _____			
Descripción de motivo de consulta							
ANTECEDENTES PERSONALES		PERINATALES normales		CRECIMIENTO normal		DESARROLLO normal	
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
ACCIDENTES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		INTOXICACIONES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		CIRUGIA HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		USO DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Llamativamente frecuentes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						VACUNAS COMPLETAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						ENFERMEDADES CRONICAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Observaciones							
ANTECEDENTES FAMILIARES		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES	
DIABETES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		OBESIDAD <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						CANCER <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						PROBLEMAS PSICOLOGICOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						ALCOHOL DROGAS Y OTROS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						VIOLENCIA INTRAFAMILIAR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						JUDICIALES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
						OTROS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Observaciones							
FAMILIA		NIVEL DE INSTRUCCION				DIAGRAMA FAMILIAR	
VIVE solo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Padre o encargado <input type="checkbox"/> Madre o encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>				VIVIENDA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
FAMILIA en la casa <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> en instituc. <input type="checkbox"/> privado de libertad <input type="checkbox"/>		ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> univers. <input type="checkbox"/>				ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> en el hogar <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>	
CONVIVE CON madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>				AGUA <input type="checkbox"/> EXCRETAS <input type="checkbox"/>	
En la casa <input type="checkbox"/> en el cuarto <input type="checkbox"/> en la cama <input type="checkbox"/>		TRABAJO Padre o encargado <input type="checkbox"/> Madre o encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>				HACINAMIENTO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>				Observaciones	
		Ocupación Pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/>					
		Apoyo social o subsidio <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> tipo _____					
		PERCEPCION DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>					
Observaciones							

Este color significa ALERTA

Anexo 10: HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ADOLESCENTE (REVERSO)

EDUCACION		NIVEL	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROGRAMAS EN LA ESCUELA	AÑOS REPETIDOS	VIOLENCIA ESCOLAR	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN	EDUCACION NO FORMAL	
ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no		No escolariz. <input checked="" type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Centro al que asiste		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>							¿Cuál? _____	
Observaciones										
TRABAJO		ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJO	HORARIO DE TRABAJO	RAZON DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	PEORES FORMAS DE TRABAJO	TIPO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> busca 1a vez <input type="checkbox"/> no trabaja y <input type="checkbox"/> no estudia <input type="checkbox"/> no y no busca <input checked="" type="checkbox"/>		años	horas por semana	mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input checked="" type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input checked="" type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	<input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>			
Observaciones										
VIDA SOCIAL		ACEPTACION	PAREJA	AMIGOS	ACTIVIDAD GRUPAL	ACTIVIDAD FISICA	TV	COMPU-TADORA	JUEGOS Y REDES SOCIALES	OTRAS ACTIVIDADES
aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input checked="" type="checkbox"/> ignorado <input checked="" type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años meses	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	horas por semana	horas por día	horas por día		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
Observaciones										
HABITOS		ALIMENTACION ADECUADA	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA	TABACO	ALCOHOL	Frecuente	OTRA SUSTANCIA	Frecuente	CONDUCE VEHICULO	
SUENO NORMAL <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		Frecuente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Edad de inicio años meses	Edad de inicio años meses Episodios de intoxicaciones si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años meses	¿Cuál? _____ Edad de inicio años meses Episodios de intoxicaciones si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años meses	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
Observaciones										
GINECO-UROLOGO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	CICLOS REGULARES	DISMINORREA	FLUJO PATOLOGICO/SECRECION PENEANA	INFECCIONES	EMBARAZOS	HIJOS	ABORTOS	
MENARCA/ESPERMARCA años meses		<input checked="" type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresp.	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>			
Observaciones										
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL	EDAD INICIO REL. SEX	DIFICULTADES EN REL. SEX	ANTICONCEPCION	Inició MAC	Consejería	ACO de Emergencia		
RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> pareja única <input checked="" type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c		años	bajo coerción <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	condón <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	
Observaciones										
SITUACION PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL	ESTADO DE ANIMO	REFERENTE ADULTO	VIDA CON PROYECTO	REDES SOCIALES DE APOYO	REFERENTE ADULTO			
<input type="checkbox"/> conforme <input checked="" type="checkbox"/> crea preocupación <input checked="" type="checkbox"/> impide relación con demás		<input type="checkbox"/> alegre <input checked="" type="checkbox"/> triste <input checked="" type="checkbox"/> retraído	<input type="checkbox"/> ansioso <input checked="" type="checkbox"/> angustiado <input checked="" type="checkbox"/> hostil	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> fuera del hogar	<input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input checked="" type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	Cel.: _____ Tel.: _____			
Observaciones										
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)	IMC	PIEL FANERAS Y MUCOSAS	CABEZA	AGUDEZA VISUAL OJOS	OIDOS	BOCA Y DIENTES	CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal		TALLA (Mts)	Clasificación D N S O	normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	
TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal		CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	PRESION ARTERIAL <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	TANNER <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal	
Observaciones										
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL										
INDICACIONES E INTERCONSULTAS										
Responsable _____ Fecha Próxima visita _____										

Este color significa ALERTA