



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Tesis de Grado Previa a la Obtención del Título de Licenciatura en Enfermería

**“HALLAZGOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGIA CERVICAL Y
FACTORES RELACIONADOS CON LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE
LA MUJER EN USUARIAS ATENDIDAS EN SOLCA NÚCLEO IBARRA
PERIODO ENERO A JUNIO 2012.”**

Autoras:

Liz Anabel Cevallos Boada

Yomaira Alejandra Recalde Chuquizán

Director de tesis:

Dr. Darío Salgado

Ibarra – Ecuador

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme sabiduría y fortaleza para vencer todos los obstáculos que se presenten.

A mi madre Marianita y mi padre Raúl, por todo el esfuerzo, constancia y amor incondicional que me han brindado en cada momento de mi vida, gracias por dármelo todo, gracias por todos los valores que me han inculcado y hacer de mi una mujer de bien.

A mis hermanos Santiago y Katy por su cariño y apoyo constantes.

A mi esposo Sebastián que con su amor y consejos me dio la fuerza para seguir adelante y buscar el camino de la superación.

A mi compañera de tesis y mi mejor amiga Yomi, por su paciencia y comprensión incluso en los momentos más difíciles que tuve que pasar.

A la Lcda. Teresita Reyes por el tiempo brindado para la realización de ésta investigación, a través de su experiencia y conocimientos.

Al Dr. Darío Salgado por su desinteresada ayuda y haber creído en nosotros para realizar este trabajo.

Liz Cevallos

AGRADECIMIENTO

A mis padres Hilda y Wilson por confiar siempre en mí, por su apoyo permanente en todas mis decisiones y su constante esfuerzo para alcanzar mis anheladas metas.

A mis hermanos y abuelitos por su cariño, comprensión y apoyo incondicional.

A mi mejor amiga, cómplice y hermana del alma Liz por acompañarme, aconsejarme y ser un ejemplo de mujer luchadora me faltara vida para darte las gracias te quiero mucho

A mi tutor de tesis Dr. Darío Salgado y de manera muy especial a Lic. Teresita Reyes que en forma desinteresada nos apoyaron en la realización de este trabajo investigativo.

A todos mis maestros que con abnegación, sacrificio y empeño han hecho de estos seres entes útiles para la sociedad.

Yomaira Recalde

DEDICATORIA

Al pequeño bebé que llevo en mi vientre, que ha sido la fuente de inspiración y además por mostrarme una nueva forma de amor único e indescriptible, el mismo amor que me brindó toda la fuerza necesaria para superar los días tan difíciles que se han presentado.

Y a usted mi padre, Raúl, que aunque ya no esté físicamente a mi lado, sé que siempre me estará cuidando y dándome sus bendiciones desde allá, usted mi ejemplo de valentía un guerrero de la vida, que lo dejó todo por su familia. Lo amo papito, siempre lo extrañaré.

Liz Cevallos

El trabajo es dedicado sobre todas las cosas a Dios Padre Todo Poderoso quien con su bendición supo guiarme y fortalecer mi sabiduría, por ser guía en mí caminar y por permitirme ser instrumento de bien.

A mis papitos quienes han sido mi ejemplo a seguir y el pilar fundamental en mi vida por su sacrificio y entrega, me inculcaron principios morales y humanistas, me brindaron todo su apoyo incondicional para ser una profesional de bien y cumplir este grandioso sueño que ahora ya es una realidad.

Yomaira Recalde

INDICE

AGRADECIMIENTO	2
AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIA	4
INDICE	5
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	8
RESUMEN.....	9
SUMMARY	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	14
1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3. OBJETIVOS	19
1.3.1. Objetivo General:	19
1.3.2. Objetivo Específico:	19
1.5. JUSTIFICACIÓN	21
1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.7 . VIABILIDAD	23
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. ANTECEDENTES	24
2.2. CITOLOGIA CERVICO VAGINAL. (CCV)	27
2.3. SISTEMA BETHESDA.....	28
2.3.1. ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES.....	29
2.3.1.1 ASC. Células escamosas atípicas	29
2.3.1.2. Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado.....	33
2.3.1.3. Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado.....	33
2.3.1.4. Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC I, II, III)	34
2.3.1.5. Sistema Displasia-Carcinoma In Situ	34
2.4. FACTORES DE RIESGO.....	35
2.4.1. Características de la Conducta Sexual.....	36
2.4.2. Enfermedades de transmisión sexual.....	37

2.4.3. Coinfecciones	40
2.4.4. Factores relacionados con la reproducción	42
2.4.5. Métodos Anticonceptivos	43
2.4.6. Factores Psicosociales.....	45
2.4.7. Factores Asociados con la Calidad de la Atención.....	46
2.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS	50
2.7. TRANSMISIÓN	51
2.8 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD	51
2.8.1 Exploración Clínica	52
2.8.2 Citología Cervicovaginal.....	52
2.8.3 Colposcopia.....	54
2.8.4. Biopsia de Cervix:	57
2.8.5 Biología molecular (HPV-DNA)	59
2.9 TRATAMIENTO DE LAS LESIONES EXO-ENDOCERVICALES	60
2.10 PREVENCIÓN	64
2.10.1 Prevención primaria.....	64
2.10.2 Prevención secundaria.....	66
CAPÍTULOIII: METODOLOGÍA	67
3.1. TIPO DE ESTUDIO	67
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	67
3.3. VARIABLES DE ESTUDIO	67
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	68
3.5. METODOS.....	68
3.5.1. Método de la observación científica.....	68
3.5.2. Método descriptivo	69
3.5.6. Método Prospectivo	69
3.6. ESTRATEGIAS TÉCNICAS.....	69
3.7. INSTRUMENTOS.....	70
3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	71
3.9. PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA DEL PROBLEMA.	75
3.10. PROCEDIMIENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA PROPUESTA.....	75

3.11. TRANSCENDENCIA CIENTÍFICA DEL ESTUDIO	75
3.12. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	77
CAPITULO IV:.....	78
ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	78
CAPITULO V: MARCO ADMINISTRATIVO.....	90
5.1. TALENTO HUMANO	90
5.2. RECURSOS MATERIALES.....	90
5.3. RECURSOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS	90
5.4. PRESUPUESTO.....	90
5.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD	92
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFÍA.....	131

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1 Edad – Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	82
TABLA Y GRÁFICO N° 2: Área–Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	83
TABLA Y GRÁFICO N° 3: Estado Civil – Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	84
TABLA Y GRÁFICO N° 4: Ocupación - Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	85
TABLA Y GRÁFICO N° 5: Instrucción- Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	86
TABLA Y GRÁFICO N° 6: Menarquia- Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	87
TABLA Y GRÁFICO N° 7: Gestas-Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	88
TABLA Y GRÁFICO N° 8: Partos - Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	89
TABLA Y GRÁFICO N° 9: Abortos- Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	90
TABLA Y GRÁFICO N° 10: Anticoncepción-Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	91
TABLA Y GRÁFICO N° 11: Edad de Inicio Vida Sexual-Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	92
TABLA Y GRÁFICO N° 12: Pareja Sexual-Diagnóstico Usuarías Atendidas SOLCA.....	93

RESUMEN

El cáncer de cervix, es una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, el cual se perfila como un problema de salud pública; que gracias a la introducción de la toma de Papanicolaou como prueba diagnóstica, para detección temprana de cáncer, ha venido en descenso. Muchos investigadores, afirman que la mayor parte se originan a partir de las lesiones intraepiteliales.

En el presente estudio se analizan los hallazgos anormales de la citología cervical y los factores relacionados a la historia reproductiva de las usuarias. Se realizó un estudio descriptivo, propositivo y retrospectivo, en SOLCA Ibarra, cuya población fueron todas las pacientes que se realizaron citologías cervicales en el periodo de enero a junio del 2012; de la cual se tomó una muestra de 69 mujeres, las mismas que contaban con Historia Clínica y fueron diagnosticadas con algún tipo de lesión intraepitelial. Se encontró un porcentaje significativo de lesiones intraepiteliales incluido el Carcinoma (14%), lo cual es un dato de preocupación, ya que se puede evidenciar que en la población no se está realizando un adecuado examen ya que a través de este medio diagnóstico se hace posible la detección temprana estadios precancerosos; y así disminuir la morbi-mortalidad por cáncer cervical. Entre otros hallazgos se evidenció que factores como la aparición temprana de la menstruación que conlleva también a un inicio de la vida sexual precoz, el número considerable de gestas; partos, así como también el uso de anticonceptivos orales y el número de parejas sexuales, las hacen más propensas a la aparición de anomalías de las células cervicales. La baja escolaridad, la desocupación y la condición de no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud así como también las mujeres encargadas del quehacer doméstico; las pertenecientes a una zona rural son condiciones sociales asociadas a la población desplazada, tal como lo ha demostrado y pueden convertirse en barrera para acceder a los servicios de salud.

SUMMARY

The cervix cancer is one of the principal reasons of morbidity and mortality worldwide which is outlined as a problem of public health; that thanks to the introduction of Papanicolaou's capture in diagnostic proof, for early detection of cancer, has come in decrease. Many investigators, affirm that most they originate from the intra-epithelial lesions. In the present study there are analyzed the abnormal findings of the cervical cytology and the factors related to the reproductive history of the users.

A descriptive study was realized, propositive and retrospectively, in SOLCA Ibarra, whose population they were all the patients who carried out cervical cytologies in the period from January to June, 2012; of which there took a sample of 69 women, the same ones who were possessing Clinical History and they were diagnosed by some type of intra-epithelial lesions. A significant percentage, included the Carcinoma (14 %), which is an information of worry, since it is possible to demonstrate that in the population a suitable exam is not realized since across this diagnostic way one makes possible the early detection of, stadiums precancerosos; and this way to diminish the morbidity and mortality for cervical cancer. Between other findings there were demonstrated that factors as the early appearance of the menstruation that he carries also to a beginning of the sexual precocious life, the considerable number of gesses and childbirths, as well as also the use of oral contraceptives and the number of sexual pairs, make more inclined to the appearance of abnormalities of the cervical cells.

The low education, the dispossession and the condition of not affiliated to the General System of National Health as also the women in charge of the domestic occupation; the belonging ones to a rural zone are social conditions associated with the displaced population, as it has demonstrated it and they can turn into barrier to accede to the services of health.

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que, tanto los cánceres invasores como las lesiones precursoras, están asociadas en un alto porcentaje de casos con la presencia de virus del papiloma humano (VPH). La mayor parte de estas infecciones se resuelve de forma espontánea y sin consecuencias. La persistencia del VPH ocurre en un 5 % de las mujeres después de los 35 - 40 años.

Este subgrupo constituye el de mayor riesgo para desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIE Ag) y cáncer cervical.¹

En 1989 se propuso el Sistema Bethesda para describir las alteraciones citológicas y se incluyen nuevos conceptos sobre infección por el VPH, además se asocian los simples cambios producidos por el VPH con el NIC I. Se introduce el término lesión escamosa intraepitelial (LIE), con dos categorías: bajo grado y alto grado, en donde hay un crecimiento anormal mínimo (bajo grado), y progresa en espesor hasta llegar a la capa más superficial del epitelio (alto grado).²

Muchos investigadores, afirman que la mayor parte de los cánceres escamosos del cérvix se originan a partir de las lesiones intraepiteliales.

La infección persistente por uno o más de los subtipos oncógenos de papiloma virus humanos (VPH) se asocia a neoplasia cervical, representando una de los problemas más frecuentes en la consulta ginecológica en nuestro medio. La mayoría de las anomalías cervicales causadas por la infección por VPH tienen escasa probabilidad de progresar a cáncer cervico uterino. Dentro de un programa de prevención de del

¹ Gaitán H, Rubio J, Eslava J. Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva. Rev Salud Pública, Bogotá. 2007;6:3.

² Conferencia de Consenso de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical para determinar el tratamiento óptimo de la paciente con neoplasia intraepitelial cervical. ASCCP Bethesda, 2001.

cáncer de cérvix, el tratamiento de la LIEBG ocupa un lugar importante: una vez detectada la lesión precancerosa, ésta debe ser tratada para evitar su evolución a cáncer cervical invasor. La NIC de más bajo grado vuelve a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresa a formas de alto grado, mucho más probable es que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor, por medio de lesiones precursoras originadas del epitelio cilíndrico que se denomina adenocarcinoma in situ (AIS), que puede asociarse a NIC entre uno y dos tercios de los casos.

Además no se puede desligar los diferentes factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del cáncer cervical como son el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, uso de anticonceptivos orales, promiscuidad, entre otros. De estos se pretende resaltar los diferentes cambios citológicos en el epitelio cervical y son un gran inductor del cáncer del cuello uterino.²

La prueba de citología Papanicolaou (PAP) es, en nuestro entorno, el mejor test para determinar la presencia de ciertas anormalidades en el cérvix que más tarde podrían convertirse en un cáncer. En la toma de tejido cervical y endocervical se encuentran anormalidades comunes de lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) como las células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS), células atípicas glandulares (AGUS), neoplasia intra-epitelial cervical grado 1 (NIC 1); y las lesiones intra-epiteliales de alto grado (LIEAG) variado por el espesor epitelial que presenta las células maduras y diferenciadas. La NIC se clasifica en grados 1, 2 y 3 según la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas, siendo mayor dicha proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas en NIC 2 Y 3.³

³ Organización Mundial de la Salud. 26. Programa nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. OMS, Washington, D.C., 2006.

Es importante resaltar que la citología cervical es un examen de bajo costo, sencillo y asequible a toda la población femenina y que además tiene gran especificidad en el diagnóstico de las displasias y diversos microorganismos patógenos vaginales, lo cual la convierte como una gran prueba de tamizaje.³

En la presente investigación se ha desarrollado por medio de diversos capítulos con la finalidad de proporcionar una información más clara y concisa que facilite la comprensión del estudio realizado así tenemos su estructura:

Capítulo I hace referencia al Problema con respectivo Planteamiento, Formulación del problema, Objetivo General y Específicos, Justificación e Importancia.

Capítulo II desarrolla el Marco Teórico, la Fundamentación teórica y la Idea a defender.

Capítulo III comprende la estructura del Marco metodológico, Modalidad de la investigación, Tipo de Investigación, Población y Muestra, Métodos, Técnicas e Instrumentos, Interpretación de resultados, Verificación de la idea a defender.

Capítulo IV contiene Conclusiones, Recomendaciones, Anexos y Bibliografía.

Con ánimo de contribuir en la comprensión de esta problemática surge la idea de observar el comportamiento de las lesiones intraepiteliales precursoras del cáncer y sus factores relacionados a la historia reproductiva de las usuarias de SOLCA Ibarra, con lo cual permita generar información de importancia a los diferentes programas de promoción y prevención del Cáncer Cervicouterino (CaCu).

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina que atañe no sólo a los clínicos, investigadores y médicos generales, sino también a la población en general. Por lo tanto, es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una ayuda en la lucha contra esta enfermedad. El cáncer de cérvix persiste como un problema de salud no resuelto al nivel mundial. Después del cáncer de mama, es el más frecuente en el sexo femenino y ocupa el séptimo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan a ambos sexos, destacando el hecho de que su mayor incidencia ocurre en las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 50 años. Cada año son diagnosticados 437 000 casos nuevos al nivel mundial y aproximadamente la mitad muere. ⁴

El Cáncer del Cuello Uterino es una enfermedad muy común en las mujeres; es conocida también como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino, este virus suele crecer muy lentamente durante un periodo de tiempo.

Es una neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso y glandular.⁵

El cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muertes nuestro país, las mujeres más afectadas fluctúan entre los 30 a 54 años sin embargo también se presentan casos en menor rango en las mujeres de 20 a 24 años. Sus factores más frecuentes son el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, tener antecedentes familiares.

⁴ Análisis de la situación del Cáncer Cervico-Uterino en América latina y el Carrib(2004), Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

⁵ Libreros L, Carvallo R, Peraza L, Perez F. Ramirez R. Infecciones vaginales reportadas por citología en pacientes de 20 a 50 años de edad. Revista Informe Medico 2007. 9[3]: 21-23.

Este cáncer en su primera fase no presenta síntomas pero conforme avanza presenta sangrado vaginal anormal, flujo anormal de olor fétido, pérdida de peso. Para poder diagnosticar este cáncer se debe realizar la Prueba de Papanicolaou, la cual consiste en tomar células de la superficie del cuello uterino; se va a utilizar un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y estas células van a ser examinadas a través del microscopio para determinar si son anormales.

Se considera que la afectación se debe a la poca información relacionada con la salud sexual. Pues ella es imprescindible para el buen desarrollo del ser humano. Es de resaltar que poseer una información, es tan importante porque estimula, promueve estilos de pensamientos, así como posibles cambios de conductas, que a su vez es la base para generar conocimiento. En este aspecto Marullo (2009), asegura que: "los adolescentes requieren tener una panorámica clara sobre la salud sexual que les permita comprender las complicaciones que acarrea una vida sexual activa sin precauciones"

La prueba de la citología cérvico-uterina aplicada en forma masiva y regular ha probado ser exitosa en detectar estados tempranos de la enfermedad, y en prevenir hasta en un 90% los estados invasivos y la muerte. Pese a existir programas específicos de control del cáncer cervical teniendo como base de tamizaje la citología vaginal, las coberturas de toma son bajas en la mayoría de la población rural y variables por estratos en la zona urbana.

"La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja. La citología cervical o cérvico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de

cáncer cervicouterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención"⁶.

1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal de las células que al desarrollarse en forma anormal avanza a los tejidos normales y los destruye. Según los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud, el cáncer presenta una tendencia creciente dado que anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos y se espera de cerca de 15 millones para el año 2020.⁷

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de morbilidad y mortalidad por cáncer en la mujer y representa el 15% de todos los tipos de cáncer, el 80% se diagnostica en países en desarrollo. Además cada año mueren aproximadamente 233.000 mujeres por este tipo de malignidad y se estima que anualmente se presenten 500.000 casos nuevos y 200.000 muertes por esta causa.

En varios países en vía de desarrollo se han implementado políticas y programas de salud dirigidos a la disminución de la mortalidad y morbilidad del cáncer uterino, destacándose la gran utilidad de la citología.

Examen que es de bajo costo, sencillo y asequible a toda población femenina y que además tiene gran especificidad en el diagnóstico de las displasias y diversos microorganismos patógenos vaginales, lo cual la convierte como una gran prueba de tamizaje.⁸

⁶ Martínez, Silvana Revista Medica Hondureña, 2005.

⁷ PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Bogota: Ed. PROFAMILIA; 2005. Cuadro 15.1.1, p. 384. Disponible en: www.profamilia.org.co.

⁸ OPS. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino.

El cáncer de cérvix uterino es prevenible y tiene en un 95% el agente causal, el Virus Papiloma Humano (HPV). Este virus es la clave para entender la historia natural de esta enfermedad y su relación con el sistema inmune; los factores de riesgo clásicos son el comienzo temprano en las relaciones sexuales, muchas parejas sexuales, multiparidad, la raza y el bajo nivel socioeconómico. Los programas de Salud pública no alcanzan a cubrir todas las necesidades de la población ni a contar con la infraestructura necesaria como para llenar las expectativas, en cuanto a una patología maligna como es el cáncer cervico uterino.⁹

En el Ecuador, el cáncer uterino ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las mujeres; en el año 1995 la tasa de mortalidad fue de 8/100.000 mujeres. La tasa de incidencia del carcinoma invasor del cuello uterino aumenta considerablemente a partir de los 40-44 años, llegando a tener cifras tan altas como 18/100.000 mujeres a la edad de los 65 años, de acuerdo al Registro Nacional de Tumores de Quito. Según el Ministerio de Salud Pública las estadísticas realizadas en el 2006 son de 17/100.000 mujeres, en el año fueron 724, al mes sería 60, semanal 15 por lo tanto serían 2 mujeres diarias que fallecen por cáncer de útero, es un dato alarmante, razón importante para continuar con la prevención primaria y secundaria.¹⁰

Cabe recalcar que en la zona rural donde viven la mayoría de indígenas, las mujeres son renuentes a acceder a los servicios de salud porque no sienten cómodas con el conocimiento médico moderno que se ha ido introduciendo en sus comunidades, además las creencias culturales de la mujer indígena

⁹ Connor D. El Sustrato histológico de los hallazgos colposcópicos. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008; 35: 565–582.

¹⁰ Centro de Estudios en Población y Desarrollo (CEPAR), Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Quito: varios años. Disponible en: www.cepar.org.ec.

acerca de la modestia, pudor y sexualidad previene de los servidores de salud especialmente hombres de examinarlas.

El no realizarse el Paptest connota descubrir tardíamente patologías, que pudieron haberse encontrado con anterioridad para realizar un tratamiento adecuado. Evidenciando que la cobertura de la práctica de la citología del cuello uterino, en las mujeres es susceptible de conductas culturales, individuales, condiciones sociales y deficiencias de información con respecto a la gravedad de esta patología.

El mecanismo para abatir las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia, radica en la detección precoz a través de un buen examen de citología cervical. A pesar de que en el país se realiza la prueba de papanicolaou desde hace aproximadamente 30 años, las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia no han disminuido significativamente por lo cual es necesario aplicar nuevas estrategias para que el país logre un impacto sobre esta neoplasia.¹¹

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre los hallazgos anormales mediante citología cervical y factores asociados con la historia reproductiva de la mujer en usuarias atendidas en SOLCA Núcleo Ibarra periodo enero a junio 2012.

1.3.2. Objetivo Específico:

- 1.3.2.1. Caracterizar el papel socio-demográfico de la población en estudio mediante la revisión de las historias clínicas de las usuarias.
- 1.3.2.2. Establecer los factores predisponentes para encontrar hallazgos patológicos en la citología vaginal, mediante el análisis de la historia reproductiva de las usuarias de SOLCA Núcleo Ibarra.
- 1.3.2.3. Determinar la incidencia de mujeres con alteraciones en citología cervical, en la población femenina que acude a SOLCA Núcleo Ibarra.
- 1.3.2.4. Implementar una “GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE LESIONES INTRAEPITELIALES” a SOLCA Ibarra.

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES

- 1.4.1. Se logrará caracterizar el papel socio-demográfico de la población en estudio mediante la revisión de las historias clínicas de las usuarias.
- 1.4.2. Será posible establecer cuáles son los factores más predisponentes para encontrar hallazgos patológicos de las citologías vaginales, mediante el análisis de las historias reproductivas de las usuarias de SOLCA Núcleo Ibarra.
- 1.4.3. Se podrá determinar la incidencia de mujeres con alteraciones en citología cervical, en la población femenina que acude a SOLCA Núcleo Ibarra.
- 1.4.4. Será factible implementar una “GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE LESIONES INTRAEPITELIALES” a SOLCA Ibarra.

1.5. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervico uterino es un problema de Salud Pública en América Latina. En Ecuador ocupa el Segundo lugar después del cáncer de mama.

El Carcinoma Cervical es el período terminal de una gama continua de cambios progresivamente más atípica en la cual una etapa se confunde imperceptible; el primer cambio y al parecer el más temprano consiste en la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio escamoso, cambios en el núcleo, citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de las imágenes mitóticas y pleomorfismo. La mayor parte de las neoplasias tienen un ciclo gradual, es decir, sus precursores, displasias pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad.¹¹

La citología cérvico-vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos.

Estudios epidemiológicos han establecido la existencia de una asociación entre el cáncer del cuello uterino y múltiples factores sociales interdependientes.

Actualmente se conocen muchos factores relacionados con el cáncer de cuello uterino, hoy en día la opinión general es que la mayoría de los cánceres de cuello debe considerarse como una enfermedad de transmisión sexual.¹²

Factores adicionales probables de progresión son la utilización prolongada de anticonceptivos orales y quizás de otros tratamientos esteroidales

¹¹ Instituto Nacional de Cancerología INC. Recomendaciones para el tratamiento de las pacientes con citología reportada con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en Colombia. INC Guías prácticas no1. 2007.

¹² Oncología Volumen No. 2 Abril/Junio 9 "Tema: Cáncer de Cuello localizado"

prolongados (estrógenos de reemplazo o tamoxifen). En este sentido se considera que es de vital importancia que las poblaciones y/o comunidades reciban la información debida, en este caso específico, sobre el Virus de Papiloma Humano.¹³

En vista de que el número de casos de personas afectadas con HPV, se ha incrementado a través de los últimos años, y siendo el Cáncer de Cuello Uterino la Segunda causa de muerte de las mujeres, en Ecuador, surge la inquietud para la realización de esta investigación. ¹⁰

El presente estudio, permitirá disponer de información actual y real sobre la problemática del Cáncer Cervico-uterino en la población femenina de Ibarra, tomando en cuenta que en esta investigación no se tratará solamente de dilucidar cuales son los factores reproductivos que se relacionan con la aparición de esta patología, sino que también se pretende que los resultados pueda aportar datos claves para futuras investigaciones y/o estudios en la promoción y fomento de las medidas preventivas, así como campañas, jornadas entre otras acciones para la informar y educar en la lucha contra el VPH y el Carcinoma.

1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se desconoce los factores reproductivos relacionados a los hallazgos patológicos mediante citología cervical, en usuarias atendidas en SOLCA núcleo Ibarra, periodo Enero a Junio 2012.

¹³ Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchener H. Cirugía para la neoplasia intraepitelial cervical (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, número 2; Oxford: Update Software Ltd; 2006.

1.7. VIABILIDAD

1.7.1 Social:

El presente estudio es viable ya que se cuenta con la autorización del Dr. Ferdinand Loza, Director Médico, el apoyo de la Lcda. Patricia Rodríguez y del personal de salud de SOLCA Núcleo Ibarra, así como también del consentimiento de las usuarias que cuentan con historia clínica en ésta unidad durante el periodo de enero a junio del 2012.

1.7.2. Técnica:

Para esta investigación se utilizara una metodología descriptiva y prospectiva, la cual se realizará mediante la recopilación de datos de las historias clínicas y el análisis de los resultados del Test Papanicolaou y Colposcopia a las usuarias que solicitan estos exámenes; y que se realizarán con la respectiva autorización de todo el personal involucrado en el estudio.

1.7.3. Económica:

Para la revisión de bibliografía necesaria para el estudio y la recolección de datos pertinentes se contará con el presupuesto suficiente, que se destinará a cubrir con los costos que demanda la compra del material necesario, consultas en internet así como los respectivos pasajes que la realización del estudio lo demande.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

El cáncer cervico uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres mundialmente. Actualmente en Estados Unidos (EU) la incidencia de cáncer cervical ha disminuido a diferencia de países en desarrollo donde ha aumentado.

En EU esto se debe mayormente a la implementación años atrás del tamizaje masivo a través de la prueba de Papanicolaou (PAP) o citología cervical.

La prueba de PAP fue introducida en 1943 por el Dr. George Papanicolaou como un examen de detección temprana para el cáncer cervical. Esta prueba está diseñada para la detección de lesiones del epitelio escamoso aunque ha demostrado efectividad variable en la detección de otras malignidades que afectan el tracto genital femenino. Debido a que el cervix es fácilmente accesible durante examen ginecológico y a que las lesiones cervicales se desarrollan lentamente en un periodo de aproximadamente 10 años la prueba de detección de PAP ha demostrado ser muy efectiva.

El Cáncer Cervico uterino, constituye un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo. El Carcinoma de Cuello Uterino es el más frecuente de los Carcinoma del Aparato Genital Femenino, aparece en cualquier época de la vida; pero de preferencia en la madurez sexual, con predominio en la cuarta y sexta década.

En los países occidentales desarrollados, su mortalidad se ha reducido a un tercio de la observada hace 35 o 40 años, debido a los éxitos conseguidos

en el Diagnóstico precoz y pre clínico y a los mejores programas de Educación Sanitaria.

En nuestro país, así como en Colombia y China, el Carcinoma de Cuello Uterino, presenta más de la mitad de todos los Carcinomas en el sexo femenino, es todavía hoy una importante causa de muerte; ocupando en la actualidad el Primer lugar en las estadísticas de carcinoma en la población femenina.²⁰

Por muchos años se asoció el comportamiento sexual; promiscuidad propia o de la pareja, sexo a edad temprana, presencia de enfermedades de transmisión sexual; con la aparición de cáncer cervico uterino. Ahora se sabe que todos estos factores convergen en la transmisión de un virus que ha sido posible detectar gracias a los avances en la biología molecular. El virus del papiloma humano (VPH) se ha asociado con más del 90% de las lesiones escamosas intraepiteliales (LSI) y cánceres invasivos. Las lesiones intraepiteliales se observan mayormente en mujeres jóvenes mientras las invasivas en mujeres de mediana edad indicando una lenta progresión del cáncer.¹⁴

El Cáncer del cuello uterino, sigue en nuestro país el más frecuente en términos absolutos y pos supuesto lo es ampliamente entre mujeres, a pesar de que se trata de único tipo de cáncer al que se le han dedicado múltiples campañas de prevención y detección precoz desde más de 25 años.

Según la OMS en el mundo se presentan alrededor de 500.000 nuevos casos por año y se producen alrededor de 250.000 muertes por esta causa. En el Ecuador se presentan alrededor de 1200 nuevos casos por año y

¹⁴ Instituto Nacional de Cancerología INC. Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical en Colombia. INC; Guías prácticas no 2. 2007.

mueren alrededor de 400 según los datos tomados del INEC y de los diferentes registros de cáncer publicados por los núcleos de SOLCA.¹⁵

Lo interesante de notar es que hoy en día aproximadamente de este número la mitad son infiltrantes y la otra mitad intra epiteliales, y cuando se miran las curvas de tendencias se observa que desde alrededor del año 1996 se produce una disminución progresiva de la incidencia de las lesiones infiltrantes y un incremento de registro de lesiones intra epiteliales de alto grado. Se asume que de alguna forma se ven los resultados de los años de campaña preventiva y de que ha mejorado nuestra capacidad de diagnosticarlo tempranamente. La protocolización del trabajo en nuestros hospitales y la incorporación de la Colposcopia como un elemento clave en el algoritmo de diagnóstico seguro influyeron de manera importante.¹⁶

A pesar de lo anterior seguimos viendo un importante número de casos avanzados y la mortalidad aún es alta, lo que significa que hay un importante grupo de mujeres a las que no hemos llegado con nuestras campañas y que la terapéutica actual a pesar de su sofisticación en estos casos no es totalmente efectiva.

Por otro lado la aparición en el mercado de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (HPV) introduce un nuevo elemento en la lucha contra el CA CU que debemos usar juiciosamente.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Población y Tasas de Crecimiento, Censo 1950-2001. Quito: INEC. 2005. Disponible en: www.inec.gov.ec.

¹⁶ Corral F, Cueva P, Yépez J, editores. Epidemiología del Cáncer en Quito y en otras regiones del Ecuador. Registro Nacional de Tumores. Quito: SOLCA; varios años

2.2. CITOLOGIA CERVICO VAGINAL. (CCV)

El tamizaje de cáncer de cuello uterino, ha mostrado un gran éxito a nivel mundial. El objetivo de esta prueba de tamizaje, es identificar las lesiones pre invasivas y estadios iniciales de las lesiones invasoras.

El estudio citológico cervico vaginal se basa en la exfoliación espontanea o inducida de células normales o patológicas del cuello del útero.

La obtención de la muestra citológica endocervical y exocervical deberá ser efectuada en la mujer en la fase inter menstrual que no haya realizado, en las 24 horas anteriores, lavados vaginales, terapia intra vaginal ni haya mantenido relaciones sexuales.

A pesar de que el cáncer en cuello uterino es raro en mujeres jóvenes, menores de 21 años de edad, la Sociedad Americana de Cáncer, y “*The American College Of Obstetricians and Gynecologist*” ACOG 2009 sugiere el inicio del tamizaje con citología cervico vaginal a esta edad (21 años) o 3 años posterior al inicio de las relaciones sexuales, y considera un manejo conservador en la población joven, por la tasa alta de depuración del virus.

ACOG recomienda discontinuar el uso de la prueba de tamizaje CCV en:

- Mujeres de 70 años de edad que ha tenido 3 o más reportes citológicos normales y sin ninguna anormalidad en los últimos 10 años.
- Mujeres con Histerectomía abdominal total por etiología benigna.
- Paciente con antecedente de NIC 2, 3 con manejo quirúrgico deberán seguir tamizaje anual por lo menos por 20 años. ²²

La citología convencional reporta una sensibilidad del 30 al 87% para displasias. Se realiza una meta análisis donde la sensibilidad de dicha

prueba es del 58% cuando se usa como prueba de tamizaje. Como se encuentra un rango tan amplio de sensibilidad en los resultados de la ccv, toda ccv anormal deberá ser evaluada, con estudios complementarios (como colposcopia, y toma de biopsia de cervix), a pesar de que la mayoría de los resultados no se asocien con lesiones de alto grado.¹⁷

Para reportar los resultados de la citología cervico vaginal, se ha empleado la terminología del sistema de Bethesda 2001, el cual es utilizado a nivel mundial; busca mejorar la comunicación de los resultados de la citología cervical, desde el laboratorio hacia los médicos tratantes, estandarizar y unificar la terminología del reporte de la citología cervico vaginal. Basado en este sistema de clasificación de Bethesda, se han creado unas guías de manejo por la Sociedad Americana de Colposcopia y patología cervical (ASCCP).

2.3. SISTEMA BETHESDA

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones posteriores, este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso, (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos 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 muestras de la vagina.¹⁸

¹⁷ Waxman A MD. Cribado del Cáncer cervicouterino a comienzos de la era posvacunal. *Obstet Gynecol clin N Am* 2008; 35: 537-548.

¹⁸ Solomon D, Nayar R. El Sistema de Bethesda para informar la citología cervical. Primera edición. Buenos Aires, Journal, 2005.pp. V- XXV

Los objetivos fundamentales de dicha nomenclatura son:

- Utilizar una terminología que refleje la historia natural de la neoplasia cervical con una perfecta correlación cito-histológica.
- Una terminología uniforme y flexible con alta reproducibilidad interobservador.
- Aportar la mayor información posible para ser utilizada en protocolos de manejo de la paciente a través de un informe descriptivo que incluya todos los aspectos citológicos necesarios para una mejor comunicación con el clínico, seguimiento y tratamiento idóneo para la paciente.¹⁹

2.3.1. ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES.

2.3.1.1 ASC. Células escamosas atípicas

Una de las modificaciones más importantes fue con respecto al diagnóstico de ASCUS con el fin de facilitar el manejo y seguimiento de las pacientes.

El término ASC causó confusión y poca reproducibilidad, de acuerdo a SB 2001 el término ASC significa la incapacidad del patólogo para interpretar estos especímenes de forma exacta y reproducible, debido a que los cambios citológicos no son cuantitativa ni cualitativamente suficientes para hacer un diagnóstico exacto.²⁵

2.3.1.1.1. ASC – US (de significado indeterminado)

ASC-US son las siglas de «*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*» ó células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto. Es la anomalía citológica más frecuente, reportando un 4,4% de

¹⁹ Estrada L. Sistema Bethesda, diez años después. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. Número 6, Abril 2012

todas las ccv. El término fue introducido para intentar acotar con más precisión la «zona gris» entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial, por lo que la catalogación de un proceso como ASCUS se realiza por exclusión.

Es decir: los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave; por lo tanto, y debido a que no pueden ser inequívocamente clasificados, son interpretados como de significado indeterminado o incierto. Desde el punto de vista morfológico, estos cambios deben ser más acusados que los de un proceso reactivo pero, bien cuantitativamente o cualitativamente, insuficientes para clasificarlos con seguridad como SIL.

Como se puede deducir de la definición, esta categoría no es reproducible y algunos autores piensan que es una invención norteamericana como parte de una práctica citológica a la defensiva para evitar, en la medida de lo posible, falsos negativos que puedan conllevar acciones legales. No obstante, se ha comprobado que un 10/20% de casos de ASCUS corresponden realmente a una lesión intraepitelial, incluso de alto grado, que no se ha puesto en evidencia en el extendido citológico, por lo que eliminar el término no parece prudente.

Todos estos datos han sido contemplados en la versión 2001 de Bethesda en la que el término ASCUS pasa a ser definido como «alteraciones citológicas sugestivas de una LIP pero cuantitativamente y/o cualitativamente insuficientes para una interpretación definitiva».

Es decir, se elimina el ASCUS- probablemente reactivo, reservándose el término únicamente para cuando exista sospecha de lesión intraepitelial. Como consecuencia, no debe malograrse el interés práctico del mismo siendo exageradamente utilizado.

Como guía de frecuencia, se recomienda que no debiera exceder en 2-3 veces la tasa de SIL de un laboratorio determinado.²⁰

2.3.1.1.2. ASC - H (no se puede excluir lesión de alto grado)

Este término sustituye al previo «ASCUS posible SIL». En él se recogen aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastante acusadas pero, bien por las características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc.) o bien por la escasez de estas células, no pueden considerarse totalmente conclusivas.

Como se comprueba también en el apartado de «anomalías celulares epiteliales», el término «AGUS» (células glandulares atípicas de significado indeterminado) de la versión anterior, ha sido sustituido en la de 2001 por el de «*células glandulares atípicas*» solamente, con ello desaparece esta sigla de sonido gutural no demasiado eufónico, lo cual es un motivo de satisfacción, evitándose su confusión con ASCUS. Por último, es preciso comentar que aparte de la elaboración de este sistema de nomenclatura, la opinión unánime de los expertos reunidos en Bethesda fue indicar que el informe citológico es un acto médico cuyo responsable final es el especialista citopatólogo.

En esta evolución histórica de las clasificaciones podemos comprobar la tendencia marcadamente reduccionista y simplificatoria de la misma, ya que de los cuatro grados de la primera se ha llegado a las dos categorías del Sistema Bethesda pasando por los tres grados de Richardt, con una duración media de unos 20 años para cada una de ellas (ver cuadro). También podemos intuir que la tercera modificación de dicho Sistema

²⁰ Instituto Nacional de Cancerología INC. Recomendaciones para el tratamiento de las pacientes con citología reportada con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en Colombia. INC Guías prácticas no1. 2007.

Bethesda no va a ser probablemente la última, abriéndonos el camino a la especulación sobre su evolución en el futuro.

Como es sabido, las lesiones intraepiteliales son clasificadas como de «alto o bajo grado» atendiendo al potencial relativo de las mismas para desarrollar una lesión infiltrante. En dos recientes trabajos publicados en esta Revista en los que se utiliza material biopsico de dos regiones distintas de nuestro País, Ciudad Real y Madrid (17,18), se comprueba que los tipos de PVH más frecuentemente implicados en todo tipo de lesiones cervicales, tanto de alto como de bajo grado, son los denominados de alto riesgo oncogénico, por lo que sugeríamos la conveniencia de incluir la tipificación de PVH a los estudios de rutina (18). Esto estaría especialmente indicado en lesiones de potencial evolutivo incierto como pueden ser las de bajo grado y las etiquetadas como «ASCUS». Por lo tanto y volviendo a la evolución histórica de las Clasificaciones, no sería descabellado pensar que en el futuro estas puedan ser de tipo mixto o »morfológico- molecular» especificandose, junto al grado de la lesión, el tipo de PVH implicado en ella, la carga viral e, idealmente, la presencia de ARNm de los genes E6 y E7 y/o de las oncoproteínas virales, inhibidoras de los genes celulares P53 y Rb, expresadas por ellos.

La presencia de uno y otras indicarían que la maquinaria oncogénica ya se ha puesto en marcha. De esta forma, aunque existan otros factores no objetivables en el material cito-histológico (sobreinfecciones, estado inmunitario de la paciente, cocarcinógenos) que pueden influir en su evolución, se podría acotar con más precisión el riesgo potencial de una lesión determinada.

Estudios reporta que un 68% de las pacientes con ASC-H, desarrollan NIC 2,3.

Las tasas de las atipias de células escamosas del total del tamizaje CCV, no excede el 5%. Datos recientes obtenidos del laboratorio del Colegio Americano de patólogos – Bethesda, demostró que en la práctica, el reporte de ASC-H representa un 4,5% de todos los ASC y el 0,2% o menos de todos los resultados de la prueba de Papanicolaou.

2.3.1.2. Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado.

La lesión epitelial de bajo grado comprende los cambios celulares debidos al **VPH** y la **displasia leve o NICI**, ambas son la misma lesión con distinta morfología, las anomalías asociadas con VPH pueden ser de dos tipos, transitoria y regresiva y la persistente causara displasia y cáncer.

La tasa de presentación de esta alteración en las citologías varía desde un 7 – 8% en poblaciones de alto riesgo y en general su presentación está en un 2%. Es la segunda anomalía citológica más frecuente. Aproximadamente 15% - 30% progresan a NIC 2,3. Una gran diferencia entre el ASCUS y LSIL, es que en esta última, se presentan resultados positivos para VPH.²¹

2.3.1.3. Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado.

Comprende **NIC2 Y NIC3** de la clasificación de Richardt, el separarlas causa importantes discrepancias interobservador, por lo que se sugiere tan solo la interpretación como lesión de alto grado.

Esta lesión se caracteriza por tener características de sospecha de invasión, donde pueden estar involucradas las glándulas endocervicales. Mujeres con

²¹ Alejo M, Sardá M, Verdaguer M, Llongueras S, Autonell J. Evolución de las lesiones escamosas de bajo grado del cérvix uterino. Revista Española de Patología. 2006;37:4.

reporte de HSIL tiene un 70 – 75% de presentar NIC 2,3 confirmado por biopsia de cuello uterino, y un 1 – 2% de cáncer invasivo cervical.²²

2.3.1.4. Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC I, II, III)

Para solventar estos problemas Richart (Nueva York), en 1967, propuso el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN) con tres grados progresivos, incluyéndose en el grado 3 la displasia grave y el CIS de la clasificación anterior.

La ventaja principal, sobre esta, es el reconocimiento de la unidad del proceso patológico lo cual conlleva una relación con las técnicas terapéuticas. Esta clasificación ha sido considerada bastante adecuada durante más de 20 años y por lo tanto la más utilizada internacionalmente. No obstante, un número crecientemente de publicaciones señalaron el hecho de la sorprendentemente baja seguridad diagnóstica, tanto en material cito como histológico, en la parte menos severa del espectro. Se sugirió, por lo tanto, que este sistema de gradación debía ser modificado y sustituido por un sistema binario que segregara los procesos con atípia celular muy discreta de aquellos con atípia franca.³⁶

2.3.1.5. Sistema Displasia-Carcinoma In Situ

Con la progresiva introducción de la citología y biopsia sistemáticas se vio con claridad que el espectro de anomalías del epitelio cervical era mucho más amplio, siendo frecuentes otros cambios epiteliales menos severos que el CIS. En 1949, Papanicolaou introduce los términos de «displasia» en histopatología y «discariosis» en citología para designar dichos cambios.

²² Zsemlye M, Displasia cervicouterina de grado alto: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008; 35: 615.-622.

Posteriormente, en 1953, Reagan (Cleveland) consagra el término en histopatología cervical al denominar a estas lesiones, menos severas que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, señalando que la mayoría de ellas, dejadas a su evolución, regresan o permanecen inalteradas por mucho tiempo. Así pues, contrariamente a lo que se piensa y como bien señala Peluffo en su revisión del tema, es Papanicolaou y no Reagan el que introduce por primera vez el término «displasia» en patología cervical.

En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma in situ y displasia. Esta última fue graduada como leve, moderada, y severa o grave, a las que habría que añadir el CIS ya definido. La clasificación, utilizada tanto en material histológico como citológico, tuvo dos problemas fundamentales; por un lado, el gran desacuerdo respecto a cuándo una lesión debía ser considerada displasia grave o CIS, y por otro, el que muchos clínicos asumían que el CIS y la displasia eran dos lesiones biológicamente distintas e independientes, con distinto potencial maligno, no requiriendo tratamiento las lesiones displásicas.

2.4. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como lo es el cáncer de cuello uterino, mismo que junto a las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

Varios factores de riesgo aumentan sus probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores raramente padecen dicha enfermedad.

2.4.1. Características de la Conducta Sexual

2.4.1.1. Número de compañeros sexuales.

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales.

Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.³ Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.

2.4.1.2. Edad de inicio de la vida sexual activa.

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

2.4.1.3. Características del compañero sexual.

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas.

Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón.

2.4.2. Enfermedades de transmisión sexual

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por Chlamydia trachomatis o herpes simplex.

En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y C. trachomatis en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus.

Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de

cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.²³

2.4.2.1. Infección por VPH

El virus de papiloma humano, o papilomavirus humano (VPH) es un grupo de más de 80 tipos de virus. Se llaman papilomavirus porque ciertos tipos pueden causar verrugas o papilomas, que son tumores benignos (no cancerosos). Diferentes tipos de virus de papiloma humano causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies y aquéllas que se desarrollan en la boca y en el área genital.

De estos 80 tipos, existen más de 40 que son capaces de infectar el tracto genital. Estos virus de papiloma humano genitales pueden pasarse de una persona a otra a través de contacto sexual. Algunos virus de papiloma humano pueden causar verrugas que aparecen en o alrededor de los genitales y el ano, tanto de los hombres como de las mujeres. Las verrugas genitales son técnicamente conocidas como condilomas acuminadas y están generalmente asociadas con dos tipos de virus de papiloma humano, el número 6 y número 16. El virus de papiloma humano también puede causar crecimientos planos anormales en el área genital y en el cuello del útero.²⁴

El virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico. Los estudios epidemiológicos de las lesiones premalignas del cuello uterino han demostrado una fuerte asociación entre la práctica sexual y la aparición de tumores malignos. Se indica que las

²³ Faro S, Soper D. Enfermedades infecciosas en la mujer. Editorial McGraw Hill. 2006.

²⁴ Lacruz C, Di Martino B y Álvarez E. Incidencia de los diferentes tipos de HPV en las lesiones escamosas de cérvix uterino. Rev Esp Patol, (en prensa).

mujeres con múltiples patrones sexuales, embarazos e interrupciones a temprana edad e historias de infecciones, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad.

Los VPH comprenden un grupo de virus no envueltos, de ADN pequeño, con simetría icosaédrica, que inducen verrugas o papillomas en una gran variedad de vertebrados superiores, incluyendo al hombre. Cada tipo es asociado preferentemente con una lesión clínica específica y con un sitio anatómico preferencial por cada epitelio escamoso, mucosal o cutáneo.

2.4.2.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el sida (AIDS), ocasiona daño al sistema inmunológico del cuerpo y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto puede explicar el riesgo aumentado de cáncer de cuello uterino en las mujeres con AIDS. Además, los científicos opinan que el sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal.

Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquellas que han tenido un trasplante de órgano.

2.4.3. Coinfecciones

Las infecciones cervico vaginales: Son causadas por hongos que se encuentran habitualmente en la vagina, las tres más comunes son la tricomoniasis, la Vaginosis bacteriana y candidiasis. Todas estas son factibles de diagnosticar mediante una muestra en fresco tomada en el mismo consultorio médico. Si la paciente refiere síntomas de infección vaginal no se debe administrar medicamentos prescritos, se deberá de investigar la presencia del VPH.

Es indispensable tener presente que muchas infecciones por estos microorganismos producen cambios inflamatorios y en algunos momentos del ciclo algunos de ellos como el Bacilos de Döderlein responsable de la conservación de la acidez vaginal (pH normal entre 3.8 a 4.5) puede producir una marcada lisis de las membranas celulares (citólisis), observándose núcleos sueltos que pueden dificultar la interpretación citológica. Por tanto para hacer un diagnóstico acertado se debe tener en cuenta ciertas consideraciones previas como la existencia de una flora vaginal que incluye: tanto Bacilos de Doderlein como Streptococcusviridans, Staphilococcusalbus, difteroides y bacterias anaerobias en proporción de 5:1 con respecto a las aerobias.

Por otro lado, existen secreciones normales originadas principalmente a partir del cérvix y del transudado vaginal, constituidas por agua, moco células exfoliativas, leucocitos, hematíes y bacterias. Estas secreciones suelen ser escasas, mucoides y filantes en la fase estrogénica, pero cuando se presentan infecciones de diferentes microorganismos se observan anomalías que implican la presencia e flujo con mayor volumen, diferente consistencia, color, olor, pH, además se presenta sintomatología como prurito, ardor, dispareunia, disuria.

Existen diferentes agentes biológicos capaces de infectar el tracto genital, los de mayor incidencia ginecológica son:²⁵

- ✓ **Candidiasis Vulvovaginal:** Es una infección de la mucosa vaginal y piel vulvar producida por especies de Cándidas, organismo comensal dimórfico del tracto genital y gastrointestinal. Se estima que 2/3 de las mujeres adultas sufrirán un episodio de candidiasis vulvovaginal durante su vida. Los síntomas que presentan son prurito intenso, hay eritema vulvar y excoriaciones por rascado.

Al examen se observa flujo de color blanco, grumosos, sin olor, en “copos” o natas adheridas a la mucosa del cuello y la vagina que dejan pequeñas superficies sangrantes al ser desprendidas. Se asocia con eritema vaginal.²⁶

- ✓ **Vaginosis Bacteriana:** Es el disturbio de la flora vaginal más frecuente en la mujer con vida sexual activa. En general nunca se observa edema de la vulva o de la mucosa vaginal y la pareja sexual es asintomática.

Esta entidad está relacionada con parto prematuro, morbilidad infecciosa puerperal y neonatal. Al examen se presenta flujo de mal olor con un cambio de pH vaginal de 4.0 a 6.0, se observan células epiteliales con bordes difuminados por la cantidad de bacterias adheridas denominadas, citológicamente como células guía y se puede identificar el género Mobiluncus.

- ✓ **Tricomoniasis Vaginal:** Enfermedad causada por un protozoo, es de alta incidencia en mujeres promiscuas pero también es transmitida por

²⁵ Pérez A, Echevarria L. Exudado vaginal. Indicación. Aplicación del examen directo a la atención primaria de salud. Rev. Obstet. Ginecol. Cuba. 2006. 17[2]:132-9.

²⁶ Buitron G, Figueroa R, Bonifaz A, Chassin A, Basurto O, Kuba E, Santibañez J, Cabello R. Correlación clínico-micológica de la candidiasis vulvovaginal. Ginecol Obstet Méx 2007; 75(2): 68-72.

mecanismos no venéreos. El cuadro clínico es muy variable, puede ser asintomática o referir prurito vulvovaginal, flujo de mal olor, disuria, dispareunia. Al examen la paciente puede presentar vulvitis, y descarga vaginal amarillo verdosa abundante por genitales externos, inflamación de pared vaginal, cervicitis mucopurulenta.

- ✓ **Sífilis:** A todos los pacientes con condilomatosis se les deberá practicar exámenes de sífilis para establecer el diagnóstico diferencial.

- ✓ **Infección por Herpes Genital:** El agente es el virus del herpes simple algunas investigaciones sugieren que el virus herpes actúa como un cofactor con el VPH causando cáncer genital. Si se llega a demostrar válida esta hipótesis, entonces los pacientes con virus herpes y VPH serán los de mayor riesgo en el desarrollo de cáncer genital.

- ✓ **Clamidia:** Se asocia al VPH por su presentación de ciertos síntomas semejantes, como el ardor de la vulva.

- ✓ **Diabetes:** a pesar de que no es una enfermedad de transmisión sexual, por tener un sistema inmunológico débil, es más fácil de contraer una infección.

2.4.4. Factores relacionados con la reproducción

2.4.4.1. Paridad

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos (múltiparas) tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces.

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH.

2.4.4.2. Edad del primer parto.

Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.²⁷

2.4.4.3. Partos vaginales.

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido.

2.4.5. Métodos Anticonceptivos

2.4.5.1. Anticonceptivos orales.

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

²⁷ Peláez Mendoza J. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su doctor deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan este muy ligero riesgo potencial. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.²⁸

2.4.5.2. Uso de un dispositivo intrauterino

Un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos.

El uso de un dispositivo intrauterino también reduce el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los riesgos y beneficios potenciales.

2.4.5.3. Métodos de barrera.

Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

²⁸ Madeleine MM, DalingJR, Schwartz SM. Virus del papilloma humano y el consumo de anticonceptivos orales que incrementan el riesgo de adenocarcinoma. *Prev.* 2009;10(3):171-7.

2.4.6. Factores Psicosociales

2.4.6.1. Condición socioeconómica y cultural.

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa.

Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren.

La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna. Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.

En varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas.

2.4.6.2. Educación en salud

Lindau y cols. Encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria para mujeres que aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud.

Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado. De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, además de las propiamente administrativas, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y planteen que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias.

2.4.6.3. Rol que percibe la mujer de su feminidad.

Uno de los aspectos que cada vez se identifican como críticos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer del cuello uterino es el de la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones autónomas. Se plantea que en la sociedad latinoamericana se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja mientras que los hombres muchas, comportamiento que aunado a un rol de feminidad pasivo en donde el papel de la mujer es tener hijos, criarlos bien, cuidar la casa y servir al marido, implica un riesgo alto de infección y diagnóstico tardío.²⁹

2.4.7. Factores Asociados con la Calidad de la Atención

²⁹ Schiffman M, Castle PE (2005). «La promesa de prevención global del cáncer cervical». N. Engl. J. Med.353 (20): pp. 2101-4. doi:10.1056/NEJMp058171. PMID16291978.

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, y en las mujeres que acuden para detección tardíamente; es de resaltar que en ese país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales. Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros.

2.4.7.1. Acceso.

Se define como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y Ministerio de Salud Pública. Se ha demostrado que las mujeres que se encuentran incluidas en los programa de control prenatal, de planificación

familiar y las que en general utilizan los servicios de salud son la población mayormente cautiva para la toma de la citología cervicovaginal; lo mismo que en usuarias que padecen enfermedades crónicas, o como el caso donde la demanda está condicionada por la motivación de un profesional de la salud. Esto está en consonancia con el hecho de que la mortalidad por cáncer de cuello uterino es más elevada en las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado.

2.4.7.2. Demanda inducida.

Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Por esta razón se debe sensibilizar al personal de salud que el tamizaje para la detección temprana de cáncer de cuello uterino se realice de manera oportunista y no espontánea, es decir, que la mayor prevalencia de utilización de los servicios de salud se observe en pacientes que utilizan ciertos servicios de salud y en quienes se debe aprovechar el momento para su realización. Dentro del manejo del programa es importante incentivar y orientar a la población hacia el servicio, por esto es fundamental que los profesionales que intervienen frente a la norma técnica dispongan de un alto grado de pertinencia científica.⁵⁸

2.4.7.3. Pertinencia técnica y científica.

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Dentro del conocimiento de los profesionales que intervienen en la norma técnica se destacan la actualización, la capacitación y la educación médica continuada.

Es importante además que los programas de educación concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y programas nacionales de salud. Actualmente en Colombia se encuentra definida la competencia del recurso humano para el manejo de la norma técnica de detección temprana de cáncer de cuello uterino; existe además documentación que la mayoría de los especímenes mal tomados se relacionan con la intervención de médicos recién graduados o con más de 25 años de experiencia sin educación continuada.

Otro aspecto es la falta de sensibilidad de los médicos para enfocarse en que el servicio se debe orientar hacia la búsqueda activa de los casos donde es fundamental definir la competencia laboral relacionada con el conocimiento, la actitud y las habilidades de realización que todo profesional debe tener frente a la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino, ello permitiría un alto grado de flexibilidad y réplica en el proceso educativo según los participantes y su campo de acción.

2.4.7.4. Oportunidad.

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Estudios realizados muestran que las mujeres incrementan la utilización de la prueba en presencia de algún síntoma ginecológico como infección. Un estudio adelantado por el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto

Nacional de Salud Pública de México, encontró mayor satisfacción en las mujeres que se habían practicado el examen en instituciones privadas frente a las entidades públicas.

Una de las características que definitivamente más impacta en la percepción de las usuarias frente a la calidad de algún servicio de salud es el tiempo que tienen que esperar para recibirlo. En un estudio se encontró el caso que la oportunidad o tiempo de espera para la toma de la citología en la institución pública fue de quince minutos a dos horas y el tiempo para la entrega de los resultados de dos a tres meses, mientras que en la privada fue de 5 a 40 minutos, con tiempo para la entrega de los resultados de ocho a quince días. Es tan importante la oportunidad como atributo de la calidad, que da argumentos al cliente como para no recomendar el servicio, pasando por encima de otros como la amabilidad y la misma pertinencia científica o competencia profesional.

2.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Un gran número de infecciones de las células epiteliales que pueden llegar a un carcinoma se presenta de forma subclínica, es decir no presenta signos ni síntomas.

Cuando no es subclínica se presentan ciertos síntomas que sugieren la presencia de virus del papiloma humano son:

- Irritaciones constantes en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia)
- Pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra (en mujeres) y pene, uretra y escroto (en varones).³⁰

Sin embargo, con frecuencia no hay síntomas.

³⁰ Concha Marcela. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. Revista chilena de infectología. v.24 n.3 Santiago jun. 2007

2.7. TRANSMISIÓN

Las formas de transmisión son múltiples y variadas. En algunos estudios es posible demostrar su transmisión desde el momento del nacimiento inclusive, es decir se puede transmitir de la madre al hijo o hija durante el parto en los casos en que existan verrugas genitales en el canal vaginal y no es posible detectarlo clínicamente; otra forma puede ser el intercambio de ropa íntima ya que se han detectado cadenas virales en ropa íntima.

La más frecuente es el contacto sexual; uno de los factores que más incluye en este aspecto es que el varón es portador asintomático y que por medio de la inspección general es poco probable que se le encuentren alteraciones compatibles con el virus. El porcentaje de riesgo de infección es muy alto si alguno de la pareja es portador de este virus. El uso de condón no garantiza que no se va a adquirir.³¹

2.8 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD

- ✓ Clínica del paciente
- ✓ Citología
- ✓ Colposcopia
- ✓ Biopsias
- ✓ Biología molecular (HPV-DNA)

³¹ Attila T. Lorinez- Richard Reid. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Virus de Papiloma humano. Parte I y II. 2006.

2.8.1 Exploración Clínica

Deberá incluir en la mujer una inspección minuciosa con buena iluminación de toda la vulva y región perineoanal y un examen detallado con espéculo del cuello uterino y la vagina, dada la frecuente multicentricidad de la infección.

Es importante destacar la exploración ginecológica, no solo cuando se nos refiera sintomatología exclusivamente.

Inspección: Debe ser el primer paso, utilizar a ser posible un lupa o un colposcopio de pequeño aumento para identificar mejor las lesiones.

Palpación: Se procede a palpación de labios mayores y menores para identificar lesiones palpables no visibles.

Identificación: Al identificar una lesión habrá que describirla, medirla, localizarla y utilizar pruebas complementarias.

2.8.2 Citología Cervicovaginal

2.8.2.1. Test Papanicolaou.

La técnica de Papanicolaou (Pap) o citología cervical se introdujo hace más de 70 años, como método de tamización en cáncer de cérvix; su sensibilidad varía entre el 30-87% y su especificidad entre el 86-100%, aunque no hay publicaciones de alta calidad metodológica que hayan demostrado su efectividad, si hay estudios observacionales en donde su implementación en programas de tamización mostró descenso de la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix, es por eso que su uso sigue siendo ampliamente difundido y en los últimos años se han empezado a implementar otras técnicas de detección más novedosas, como la citología cervical de medio líquido,

aunque esta última no ha mostrado superioridad respecto al estudio convencional; además de técnicas de detección del PVH, con el objetivo de detectar pacientes con más alto riesgo de desarrollar cáncer de cérvix en caso de tener serotipos oncogénicos.

Es un método 70% a 80% efectivo para detectar anomalías celulares causadas por VPH. La edad recomendada para iniciar el cribado citológico es a los 3 años del primer coito vaginal, o a los 25 años. La frecuencia más aceptada para la repetición es a los 3 ó 5 años, tras 2 exámenes anuales con resultados normales, en pacientes que no tengan factores que incrementen el riesgo.

La muestra de citología debe ser tomada de la zona de transformación, la unión entre el ecto y endocervix, que es el sitio donde más frecuentemente se originan la displasia y las neoplasias. Su reporte debe ser detallando, teniendo en cuenta la técnica utilizada, si la muestra fue adecuada, diagnóstico citológico y/o interpretación de resultados (según la clasificación de Bethesda 2001), además de manera opcional notas educativas y sugerencias.

2.8.2.2. Obtención Óptima del PAP

Es necesario cumplir simples lineamientos. Se recomienda a las pacientes no tener actividades vaginales (duchas, tampones, espermicidas o relaciones) en las 48 horas previas a la prueba, el PAP no debe ser obtenido durante el periodo menstrual de la mujer o menos de una semana después de cesar antibióticos intravaginales o agentes antimicóticos con el fin de facilitar la interpretación de análisis.³²

³² Instituto Nacional de Cancerología (2007) estrategia optima para la tamización de cáncer de cuello uterino en Colombia. Revista colombiana de Cancerología

Si el resultado arroja que la muestra es insatisfactoria para la evaluación, la citología debe repetirse en 2 a 4 meses.

Durante la fase de desarrollo, las células precancerosas pueden ser detectadas por una citología anual o semianual de papanicolaou. El test papanicolaou involucra tomar tejido del cérvix, colocarlo en una platina de vidrio, y examinar bajo microscopio para detectar células anormales.

No hay evidencia suficiente para recomendar que la tamización se prolongue más allá de los 65-70 años, según ACOG y USPSTF, en pacientes con citologías negativas en los últimos 10 años y de bajo riesgo para malignidad. Adicionalmente pacientes que tengan antecedente de histerectomía (sin preservación del cérvix) por causas benignas no requieren tamización, si previamente han tenido tres citologías negativas consecutivas.

2.8.2.3. Test de tipificación de VPH

Este test se está introduciendo como sustituto o complemento de la citología cervicovaginal. La sensibilidad de la prueba es sistemáticamente superior a la de la citología para la detección de lesiones de alto grado (mejoría de la detección de un 28%).

La homogeneidad de los resultados es significativamente superior a la de la citología. Sin embargo, la especificidad de la citología es superior en un 7%.

2.8.3 Colposcopia

La colposcopia es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos. Es el método

indispensable para el diagnóstico de infección subclínica del cuello uterino. Este examen, además de ser útil para el diagnóstico, es indispensable para evaluar la extensión de lesión y guiar la biopsia.

La colposcopia nació por obra de Hans Hinselman, quien estaba convencido que la observación a simple vista y la palpación eran suficientes para diagnosticar el carcinoma del cuello uterino en su fase inicial. Una de las indicaciones para la colposcopia es un resultado anormal de la citología cervico vaginal.

Uno de los estudios más grandes ha sido el de *Jerónimo and Schiffman*, los cuales expresan ciertas preocupaciones respecto a la colposcopia y precisión de esta prueba con el fin de mejorar la sensibilidad de la prueba de tamizaje para cáncer de cuello uterino, en pacientes con anomalías citológicas.

El colposcopio es un microscopio con fuente de luz propia especial con el que se observa directamente el cérvix en vivo y permite tomar muestras del tejido (biopsia) que este dañado por el virus (displasia o lesión de alto o bajo grado) o que se sospeche que tiene cáncer en las etapas mas tempranas cuando aún el papanicolau no las detecta (carcinoma insitu de pequeñas dimensiones).

Se realiza la aplicación de ácido acético al 3-5%, para limpieza y mejorar la visualización del tejido cervical en la colposcopia. El Test Schiller (lugol), se recomienda su uso, en colposcopias satisfactorias y negativas, pero con alta sospecha de lesiones pre invasoras del cuello uterino. Se han realizado estudios para valorar la correlación entre las lesiones de alto grado y el epitelio acetoblanco, reportando por Yang et al, que no siempre existe esta correlación, pero la toma de biopsia de cérvix es de gran importancia para valorar los cambios histológicos. Estos estudios han llevado a explicar la

baja sensibilidad en la colposcopia en detectar lesiones avanzadas. El uso de lugol vs ácido acético, depende del especialista, aunque estudios han mostrado que la utilización de los dos, ácido acético, seguido con el Test de Schiller (lugol), se prefiere para la detección de NIC II y III.

La precisión para determinar el sitio de la toma de biopsia de cérvix, está estrechamente relacionada con la impresión colposcópica. Se ha venido utilizando el Índice Colposcópico de Reid (RCI), dando una valoración un poco más precisa, la cual consisten en determinar 4 signos (márgenes, color, vasos y el lugol) y asignarles un puntaje (entre 0 y 2) clasificando la lesión según la sumatoria que tengamos, entre más grande sea el número, sugiere una displasia mayor. Aunque se ha venido modificando recientemente, eliminando el último signo “uso de lugol”, ya que estudios han reportado Sensibilidad 37,3% y Especificidad 89,7% VPP 30,8% VPN 92,1% relacionados con NIC 3.

Estudios reportan que no hay una correlación significativa, entre índice de Reid con la histología de la muestra (29). Frente a estos resultados, se ha venido estudiando la manera de mejorar la calidad del Índice Colposcópico de Reid. Mousavi et al (22) usan ácido acético + biopsia en los 4 cuadrantes + RCI mostrando: Sensibilidad: 74% Especificidad: 90,7% VPP 92% VPN 70,5% y sin el uso de RCI se obtiene: Sensibilidad: 63,8% Especificidad 88,8% VPP 89,3% VPN 62,5% (29) (ANEXO 2 y 4). El uso del Índice Colposcópico de Reids no es frecuentemente usado entre los colposcopistas, y posiblemente se debería incrementar su uso durante el entrenamiento.³³

³³ Puig-Tintoré L, Castellsagué X, de Sanjosé S, Cortés X, Torné A, Roura E y cols. Cobertura y factores asociados del cribado del cáncer de cuello de útero en España: resultados de una encuesta poblacional en 17 comunidades autónomas. Bilbao 2005.

2.8.4. Biopsia de Cervix:

El control histológico de la patología cervical se efectúa mediante la obtención de la muestra para biopsia de cérvix: el diagnóstico final de malignidad o benignidad depende, en consecuencia, del examen histológico.

Toda lesión colposcópica sospechosa debe ser biopsiada. Básicamente, las verrugas genitales en muy pocas ocasiones precisan una confirmación histológica, dado su escaso porcentaje de asociación con lesiones pre-neoplásicas. No obstante, se recomienda biopsia en todos los condilomas cervicales localizados en la conjunción escamoso cilíndrica y, en el resto, sólo en casos de duda, cuando la lesión no responde al tratamiento o incluso empeora durante el mismo, en pacientes inmuno deprimidos o cuando son pigmentados, fijos y ulcerados, y en todo caso de condiloma gigante o de lesiones papulares o maculares, por la posible patología neoplásica o pre-neoplásica añadida. La biopsia a partir de la lesión sospechosa es una forma rutinaria y establecida de confirmar el diagnóstico histopatológico y permite un diagnóstico de gran precisión sobre el grado de lesión precursora o malignidad.

Curetaje endocervical (CEC): Esta indicado en aquellas pacientes donde la colposcopia es insatisfactoria y en pacientes con reporte de citología cervical: ASC-H, HSIL, AGUS o AIS.

Es de hacer notar que las expectativas diagnósticas son tanto más elevadas cuanto más se pueda observar la muestra obtenida. La biopsia de cérvix guiada por colposcopia permite biopsiar zonas con sospecha colposcópica de alguna alteración, respetando las zonas no sospechosas durante el método.

La clasificación de la Neoplasia intraepitelial cervical, se realiza finalmente por histología, posterior a la toma de biopsia guiada por colposcopia. Valoran tanto el comportamiento a nivel nuclear y citológico, lo cual hace la

clasificación que se conoce como: lesión intraepitelial de bajo grado LIEBG (VPH - NIC 1) y lesión intraepitelial de alto grado LEIAG (NIC2, y 3).

LIEBG (VPH-NIC 1): hace referencia a displasia leves. Las células indiferenciadas, se encuentran en el tercio inferior del epitelio. Se pueden observar, cambios citopáticos por el VPH. La tasa de regresión es del 57%. La persistencia de la lesión es del 32%; progresión a NIC 3 11% y progresión a cáncer invasor es del 1%.

LIEAG (NIC 2, 3): hacen referencia a las lesiones que anteriormente se les decía displasia moderada, severa y Ca. In situ. Estas abarcan el tercio medio y superior del epitelio.

Se tomaron varias razones para poder unificar estas dos lesiones en un solo grupo; como lesiones de alto grado NIC 2,3. Son más propensas a persistir o progresar que a regresar. La tasa de regresión del NIC2 sin tratamiento es del 43%, mientras que el 35% persisten y el 22% progresan a carcinoma in situ. (3,4) Respecto al NIC 3, la tasa de regresión 32%, persistencia 56% y progresión a cáncer invasor 12%. (15,32).

El NIC 2 y NIC 3, comparten un número de características biológicas asociadas con el precursor del cáncer cervical, son monoclonales y presentan inestabilidad genética. Según los tipos de VPH que se encuentran en las paciente con NIC 2 Y 3 son los de alto grado VPH 16,18,31,33 y 58 en un 75%.

2.8.4.1. Recomendaciones Especiales

1. Mujeres embarazadas, se realiza colposcopia y se aplaza biopsia en el puerperio.

2. Mujeres postmenopáusicas, recomiendan la prueba del ADN del VPH o la citología seriada en aquellas con anomalías citológicas leves. No se aconseja la administración de una pauta de estrógenos intra-vaginales sin la realización colposcópica y biopsia.

3. En las adolescentes, el tratamiento de las ASC-US y las LSIL es conservador, prescinde de la colposcopia inmediata y se basa en el seguimiento mediante la CCV. La prueba de tipificación del VPH-DNA, carece de utilidad en el tratamiento de estas pacientes.

4. Mujeres inmuno deprimidas ha de ser semejante al de la población general.

Actualmente se han propuesto diferentes esquemas y algoritmos de manejo en pacientes con alteración citológica (control citológico periódico, colposcopia, biopsias : exocervix y/o curetaje endocervical), como también en las alteración histológicas (*métodos ablativos*, que se caracteriza por destruir el tejido cervical afectado: crioterapia, ablación por láser, electrofulguración, coagulación fría – *métodos escisionales*: que se caracteriza por proporcionar tejido cervical afectado como espécimen para enviar y estudiar por patología: cono frío, LEEP, LLETZ, conización laser y conización con aguja electro quirúrgica).

2.8.5 Biología molecular (HPV-DNA)

Es un método auxiliar cuando se ha tomado una biopsia dirigida bajo colposcopia, también puede tomarse la muestra por cepillado exo-endo cervical y enviarla a laboratorios en un medio de transporte específico.³⁴

³⁴ **MANUAL DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS.** Detección y Control de Cáncer de cuello uterino. Instl. Nacional Cancerología. 2005

Por técnicas de Hibridización se pueden identificar tanto la infección viral como tipificar el virus y clasificarlo como de alto o bajo riesgo.

2.9 TRATAMIENTO DE LAS LESIONES EXO-ENDOCERVICALES

Cuando se le diagnostica a una mujer infección genital, hay que comenzar el tratamiento con prontitud siguiendo las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si bien puede ser preferible tener el diagnóstico de NIC firmemente establecido antes de iniciar el tratamiento, en muchos entornos de bajos recursos puede comenzarse a tratar en función de los resultados de la primera colposcopia, para maximizar la cobertura de tratamiento, con crioterapia, cauterización o la observación de la lesión cada seis meses. Todas las mujeres con lesiones NIC 2 y NIC 3 deben tratarse con escisión electroquirúrgica por asa (LEEP). Las que son diagnosticadas de carcinoma invasor deben recibir tratamiento con prontitud. Puede volverse a explorar a las embarazadas diagnosticadas de NIC de alto grado alrededor de las 28 semanas de gestación. Si la enfermedad está estabilizada, se puede examinar a la mujer 2 ó 3 meses después del parto, para establecer el diagnóstico definitivo por biopsia y tratar las lesiones como convenga. Es conveniente citar a las mujeres tratadas por NIC entre 9 y 12 meses después del tratamiento ya que muchas de las LIEBG desaparecen en un lapso de 24 o 36 meses.

Los términos de anomalías en la prueba de Pap y los tratamientos adecuados se comparan como se determinan en el siguiente cuadro:

Resultado de la prueba de Papanicolaou	Abreviatura	Conocido como	Pruebas y tratamiento
Células escamosas	ASC-US		<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de HPV

atípicas e significado indeterminado.			<ul style="list-style-type: none"> • Repetir la prueba de Papanicolaou • Colposcopia y biopsia • Crema con estrógeno.
Células escamosas atípicas no pueden excluirse las lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto.	ASC-H		<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y biopsia
Células glandulares atípicas	AGC		<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y biopsia o raspado endocervical.
Adenocarcinoma endocervical in situ	AIS		<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y biopsia o raspado endocervical.
Lesión intraepitelial escamosa del grado bajo	L-SIL	<ul style="list-style-type: none"> • Displasia leve • Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y biopsia
Lesión intraepitelial escamosa del grado alto	H-SIL	<ul style="list-style-type: none"> • Displasia moderada • Displasia 	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y biopsia o raspado endocervical.

		grave <ul style="list-style-type: none"> • NIC II • NIC III 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento adicional: • LEEP, crioterapia, terapia con laser, conización o histerectomía.
--	--	---	---

Las lesiones intraepiteliales escamosas y las verrugas causadas por estos virus son tratados con varios métodos:

2.9.1. Crioterapia o Criocirugías: Es un método de tratamiento efectivo en las lesiones intraepiteliales que consiste en el congelamiento de tejido lesionado con el fin de destruirlo. Los criódos destruyen los tejidos a causa de la expansión relacionada con el congelamiento del agua intra y extracelular, dañando a la membrana y superficie celular.

2.9.2. Cirugía con rayo láser: Consiste en el uso e un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

2.9.3. La conización: Consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.

2.9.4. La escisión electroquirúrgica por asa: (LEEP siglas en inglés) procedimiento que consiste en extirpar el tejido usando un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla. Con este procedimiento se obtiene un

informe histopatológico de la lesión que se extirpa. La LEEP es el tratamiento preferido si la lesión afecta el conducto cervical.

2.9.5. Histerectomía: Es una operación en la cual se extraen todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer.

Pueden usarse tratamientos para las verrugas de menor intensidad como la podofilina, el ácido bórico y el ácido tricloroacético pueden destruir las verrugas cuando se aplican directamente en ellas .

- 1) **Histerectomía vaginal:** El útero se extrae a través de la vagina
- 2) **Histerectomía abdominal:** El útero se extrae mediante una incisión en el abdomen. Puede ser necesario extraer también los ovarios y las trompas de Falopio. (Salpingectomía Bilateral)
- 3) **Histerectomía radical:** Es una cirugía en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina.

Los procedimientos quirúrgicos se llevan a cabo teniendo en cuenta el riesgo quirúrgico, la edad, el deseo o no de fertilidad, fácil o imposible seguimiento de la paciente, etc

La estrategia de lucha contra esta enfermedad se ha basado hasta el momento en el diagnóstico precoz de lesiones epiteliales precursoras a través del cribado mediante citología y la técnica de Papanicolaou. En los lugares donde los programas de cribado han alcanzado altas tasas de cobertura se ha constatado una notable disminución de la incidencia de cáncer de cérvix avanzado. Sin embargo, en nuestro país, estos programas muestran coberturas no óptimas en algunos grupos de población (mujeres con menor nivel social, hacinamientos, adolescentes, multiparidad, promiscuidad entre otras.³⁵

35 OMS Salud Ginecológica en Washington D:C (2006)

2.10 PREVENCIÓN

La prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino es una prioridad en el país, por cuanto es uno de los principales problemas de Salud Pública.

Constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años de edad.

La mayor parte de las neoplasias tienen un ciclo gradual, es decir, sus precursores, displasias pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad.

La citología cérvico-vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos.

2.10.1 Prevención primaria.

La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical; y la protección específica a través de la vacunación profiláctica contra el VPH.

En la prevención primaria del cáncer de cuello de uterino se ha dado énfasis al control de la infección con VPH. Si este virus es transmitido por contacto sexual las acciones deben dirigirse a la modificación de conductas sexuales como por ejemplo la abstinencia, la práctica de la monogamia, la circuncisión y el uso de preservativo; sin embargo estas acciones solo confieren un cierto

grado de protección, ya que dentro de los factores de riesgo se incluyen el número de contactos sexuales y el estado de inmunidad celular.⁴⁸³⁶

El uso de preservativo protege de la infección por HPV en un 70% de los casos. El 30% restante donde no protege se debe a la existencia de lesiones en zonas no cubiertas por el preservativo y el mal uso del mismo.⁶⁵ Como en todas las ETS, la abstinencia sexual también es un método aplicable aunque poco realista.

Con respecto a la transmisión no sexual de HPV, se ha demostrado que los pacientes tenían la misma especie de HPV en las lesiones genitales y en las manos. Estos hallazgos demuestran la posibilidad de transmisión de HPV por contacto dedos-genitales.

Es por esta razón que en la prevención primaria de cáncer se ha optado por el desarrollo de vacunas profilácticas orientadas a evitar la infección con los tipos de alto riesgo del virus.

Es por esta razón que en la prevención primaria de cáncer se ha optado por el desarrollo de vacunas profilácticas orientadas a evitar la infección con los tipos de alto riesgo del virus.

Los estudios clínicos han demostrado que tales vacunas tienen una eficacia de entre un 90 y un 100% en prevenir, no sólo la infección cervical persistente por los tipos de VPH incluidos en la vacuna, sino también las lesiones precancerosas de cuello de útero como son NIC I; III y III y el carcinoma in situ. Se propone que las mujeres sean vacunadas antes de estar en contacto con los tipos de VPH de alto riesgo.

³⁶ Marzo M, Bellas B, Nuin M, Cierco P, Moreno M, y Rubio L (2005). Prevención de cáncer. Atención Primaria, 36, 47-65.

2.10.2 Prevención secundaria.

La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anormalidades. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical. .

Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de lesiones pre cancerosas. El abordaje preventivo del cáncer de cérvix debe tener en cuenta además las implicaciones diagnósticas que se derivan del descubrimiento de la relación causal entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cérvix.

Los requerimientos para que un programa organizado de detección temprana de cáncer cervicouterino sea eficiente; han sido descritos ampliamente por diversos autores. Todos ellos señalan la necesidad de alcanzar una elevada cobertura entre las mujeres en riesgo, así como la de introducir un control de calidad en cada uno de los elementos de dicho programa.⁴⁵ Aspectos necesarios son la disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y atención subsiguiente rápida, fiable y asequible. También se requieren los demás elementos de una infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas. En este contexto, se han descrito diversas estrategias para promover la participación de las mujeres en riesgo dentro del tamizaje en cáncer cervicouterino.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

3.1.1. Descriptivo: Porque se realizó una descripción sobre las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la especificación de las actividades, antecedentes, procesos y personas.

3.1.2. Propositivo: Porque se elaboró una propuesta que contiene las alternativas de solución que fortalezca las debilidades existentes en la aplicación de la técnica de control.

3.1.3. Retrospectivo: Porque tuvo como objetivo determinar la relación entre variables que ya se presentaron, definiendo el efecto e intentando identificar el factor que lo ocasionó.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio tiene un diseño cuali-cuantitativo, en el que se medirán datos objetivos, extraídos de la historia reproductiva de las usuarias, que acuden a SOLCA Núcleo de Ibarra.

3.3. VARIABLES DE ESTUDIO

3.3.1. DEPENDIENTE

Hallazgos patológicos de la Citología Cervical

3.3.2. INDEPENDIENTE

-Factores Predisponentes

- ✓ Área geográfica
- ✓ Ocupación
- ✓ Instrucción
- ✓ Edad
- ✓ Estado Civil
- ✓ Vida sexual activa
- ✓ Planificación Familiar
- ✓ Antecedentes Gineco-obstetrico

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fue la de todas las pacientes (214) que asistieron a SOLCA Núcleo Ibarra en el periodo de Enero a Junio 2012 con hallazgos anormales en la citología cervical; la muestra tomada fue la de 69 mujeres que contaban con historia clínica de la que se extrajo información necesaria para la ejecución del estudio.

3.5. METODOS

3.5.1. Método de la observación científica

La observación científica como método consiste en la percepción directa del objeto de investigación. La observación investigativa es el instrumento universal del científico. La observación permite conocer la realidad mediante la percepción directa de los objetos y fenómenos.

La observación, como procedimiento, puede utilizarse en distintos momentos de una investigación más compleja: en su etapa inicial se usa en el diagnóstico del problema a investigar y es de gran utilidad en el diseño de la investigación.

3.5.2. Método descriptivo

La investigación cuya finalidad es: el análisis o experimentación de situaciones para el descubrimiento de nuevos hechos, la revisión o establecimiento de teorías y las aplicaciones prácticas de las mismas, se basa en los principios de Observación y Razonamiento y necesita en su carácter científico el análisis técnico de Datos para obtener de ellos información confiable y oportuna.

3.5.6. Método Prospectivo

Trata de moverse dentro de parámetros científicos. Su premisa básica dice que es posible comprender los mecanismos que provocan la ocurrencia de ciertos hechos y evitan la de otros abriendo así la posibilidad de conocer el futuro.

3.6. ESTRATEGIAS TÉCNICAS

Para la realización de la investigación se tomaron los expedientes de las usuarias que asistieron a SOLCA Núcleo de Ibarra en el periodo de estudio, se observó la historia reproductiva de las usuarias de las cuales se tomó lo necesario para nuestra investigación y además se la realizara a partir de la operacionalización de variables específica para el estudio.

3.7. INSTRUMENTOS

3.7.1. Observación directa

La observación sirvió como medio de investigación ya que permitió obtener información verídica y actualizada, de la realidad de lesiones intraepiteliales, infección por el HPV y cáncer así como sus factores reproductivos relacionados, por lo que se podrá conseguir resultados necesarios para nuestra investigación.

3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Hallazgos patológicos de la Citología Vaginal</p>	<p>Citología Vaginal: Es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anormalidades morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja</p>	<p>Sistema Bethesda</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ASCUS -AGUS -Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) - Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II (displasia moderada) - Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC III (displasia severa) - Carcinoma

Área Geográfica	Lugar de procedencia de una persona.	Rural o Urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Trabajo, empleo, oficio. Actividad, entretenimiento.	Rama de ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada doméstica. • Empleada pública. • Comerciante • Costurera. • Obrera. • Estudiante • QQ.DD
Instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Niveles Aprobados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Superior ✓ Ninguna
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Duración de vida.	Años	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 23 - 33 ➤ 34 - 44 ➤ 45 - 55 ➤ 56 - 66 ➤ 67 - 77

Estado Civil	<p>Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.</p> <p>La familia basada en un matrimonio confiere a sus componentes un <i>status familiae</i> que difiere según la posición que cada uno de ellos —padres, hijos— ocupan en la misma y, según los casos, puede originar limitaciones de la capacidad de obrar, derechos, deberes, potestades y cargas.</p>	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Viuda • Divorciada • Unión Libre
Vida sexual activa	Proceso en el cual la persona mantiene contactos sexuales de manera activa	Inicio y vida sexual activa	<ul style="list-style-type: none"> • 12 – 15 • 16 – 19 • 20 – 23 • 24 – 27
Planificación Familiar	Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos	Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos Orales • Inyecciones. • Preservativos • DIU • Implantes Subdérmicos • Ninguno

Antecedentes Gineco- obstétricos	Es la representación de la información más relevante y directamente relacionada con la historia reproductiva de la mujer.	- Edad de la primera menstruación espontánea (<i>menarquia</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 11 – 12 ❖ 13 – 14 ❖ 15 - 16
		-Gestas	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 2 • 3 – 5 • 6 – 8 • 9 - 11
		-Partos	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 ○ 1 ○ 2
		-Abortos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 2 • 3 – 5 • 6 – 8 • 9 - 11

3.9. PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA DEL PROBLEMA.

Dentro del procedimiento que será seguido para la investigación es:

- Colaboración del personal de estadística y de salud encargado del manejo de la toma del Papanicolaou.
- Identificación de la muestra de las usuarias que asistieron a SOLCA Núcleo Ibarra por medio de la revisión de la historia clínica.
- Extracción de información necesaria para el trabajo investigativo a partir del formulario de admisión y anamnesis.

3.10. PROCEDIMIENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA PROPUESTA.

La propuesta fue construida de acuerdo a los resultados que se obtuvo de la investigación.

Además la propuesta está enfocada en las intervenciones humanistas que deben tener las personas ante la problemática que aqueja a las mujeres.

3.11. TRANSCENDENCIA CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

El Cáncer Cervico-uterino y sus diferentes estadíos se presentan como un problema de relevante importancia en la salud pública, es de resaltar que en este recae la responsabilidad en un porcentaje significativo el nivel económico.

Asimismo los jóvenes y adultos que no posean una madurez biológica, fisiológica y psicológica, y por falta de información y conocimiento apropiado,

asumen conductas sexuales de alto riesgo, donde el ejercicio de la función sexual no llena los requisitos con respecto a de una sexualidad sana.

En este sentido se considera que es de vital importancia que las poblaciones y/o comunidades reciban la información debida, en este caso específico, sobre el Carcinoma Cervico-uterino y el Virus de Papiloma Humano. En vista de que el número de casos de personas afectadas con enfermedades de transmisión sexual, se ha incrementado a través de los últimos años.

Este trabajo de investigación constituye un aporte con el cual se pudiese educar y estimular a los entes oficiales en materia de salud, educación entre otras áreas, que pueda corresponder; tanto a nivel local, regional y/o nacional para proyectar investigaciones similares relacionadas con la generación, organización y producción de la información con respecto al Cáncer Cervico-uterino, Virus de Papiloma Humano y demás infecciones de transmisión sexual.

El mecanismo para abatir las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia, radica en la detección precoz a través de un buen examen de citología cervical.

A pesar de que en el país se realiza la prueba de papanicolaou desde hace aproximadamente 30 años, las altas tasas de incidencia y mortalidad por estas patologías no han disminuido significativamente por lo cual es necesario aplicar nuevas estrategias para que el país logre un impacto sobre estas neoplasias y con el advenimiento de la vacuna contra el agente causal que es el HPV.

3.12. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

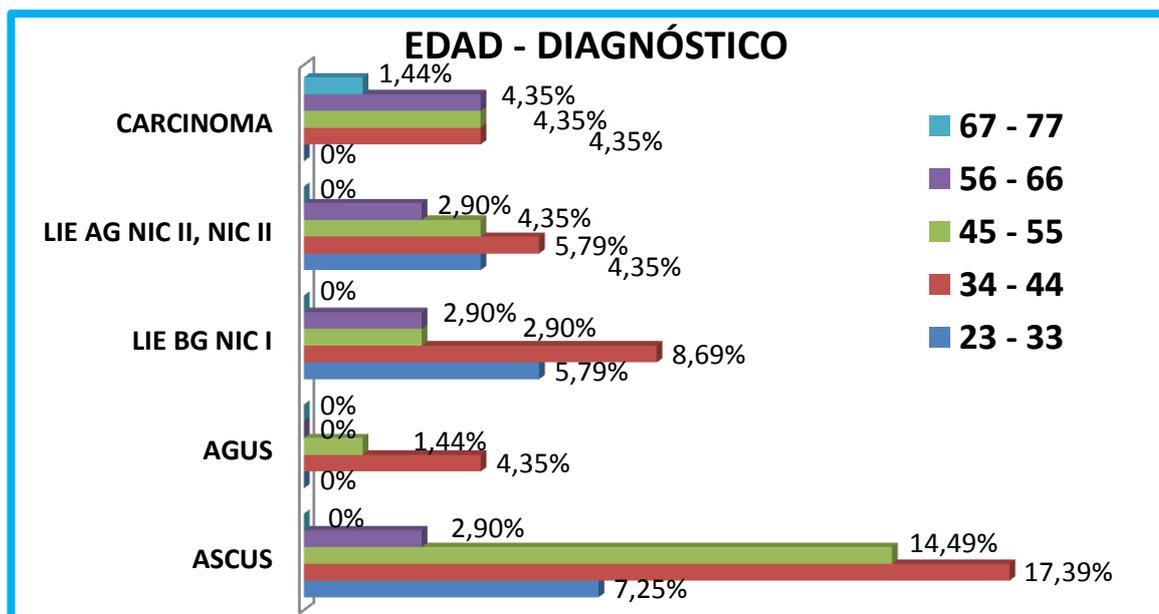
Una vez levantada la información se procederá a codificación y validación de la información, para posteriormente sistematizar utilizando el software Excel y paquete electrónico EPI-Info.

El análisis de la información se apoyará en las revisiones bibliográficas de investigaciones realizadas por otros investigadores, las mismas que serán presentadas en tablas y gráficas.

CAPITULO IV:
ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS
TABLA Y GRÁFICO Nº 1

Edad de las Usuaris Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

EDAD	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC II	CARCINOMA	TOTAL
23 - 33	7,25%	0%	5,79%	4,35%	0%	17,39%
34 - 44	17,39%	4,35%	8,69%	5,79%	4,35%	40,58%
45 - 55	14,49%	1,44%	2,90%	4,35%	4,35%	27,54%
56 - 66	2,90%	0%	2,90%	2,90%	4,35%	13,05%
67 - 77	0%	0%	0%	0%	1,44%	1,44%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17%	14%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

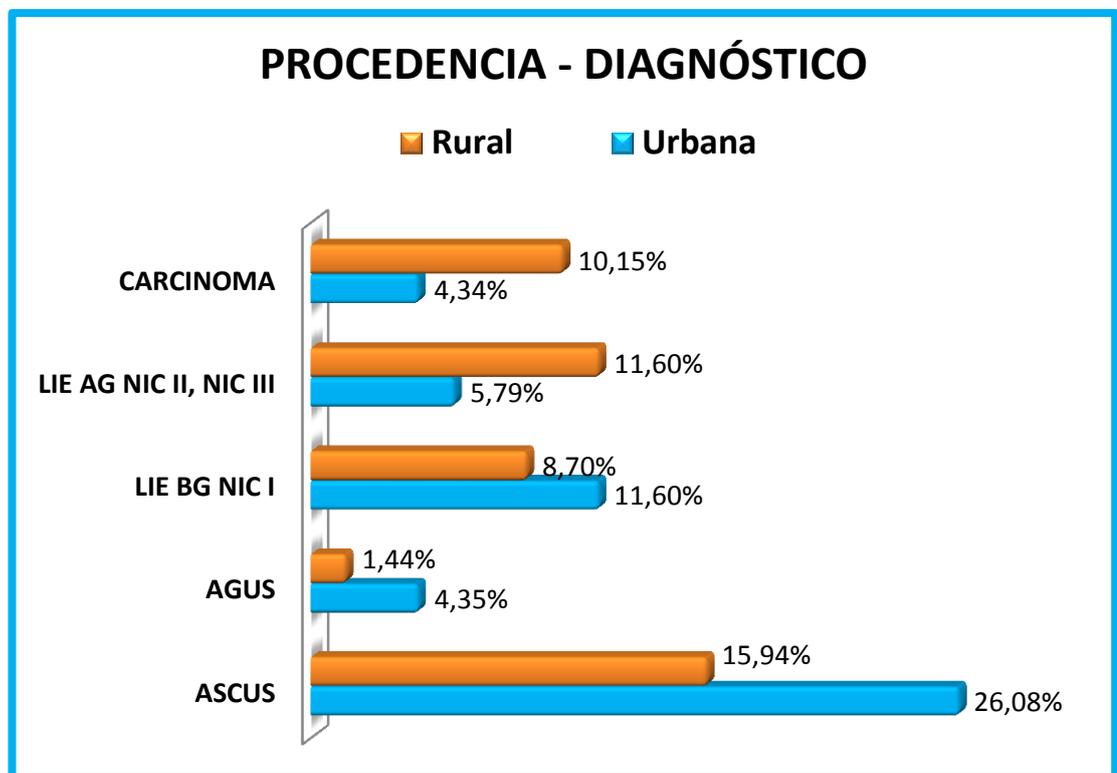
ANÁLISIS:

Se puede evidenciar que las usuarias comprendidas entre 34-44 años es el rango en el que se presenta un porcentaje significativo de lesiones cervicales debido a que son mujeres que han cursado la mayor parte de su vida sexual activa y las cuales comienzan una nueva etapa como es la menopausia, presentándose así en ASCUS el 17,39%; LIE BG NIC I con el 8,69%; LIE AG NIC I y NIC II con el 5,79; AGUS y CARCINOMA con el 4,35%. Sin dejar de mencionar a la edad entre 45-55 años con el 14,49% respecto a ASCUS.

TABLA Y GRÁFICO Nº 2

Área Geográfica de las Usuaris Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

ÁREA	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
Urbana	26,08%	4,35%	11,60%	5,79%	4,34%	52,17%
Rural	15,94%	1,44%	8,70%	11,60%	10,15%	47,83%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

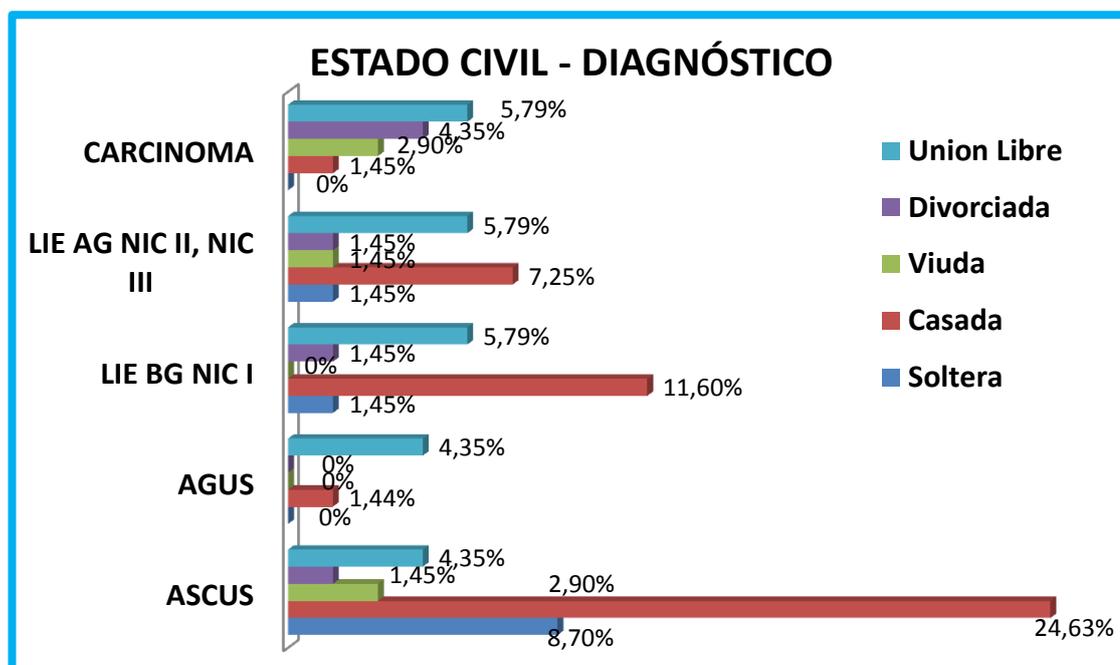
ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

ANÁLISIS: Referente a la procedencia de las usuarias se observa que la mayor parte de ellas acuden de zonas urbanas a la realización de citología cervical, por lo que es preocupante que las mujeres de zonas rurales acuden con menor frecuencia debido a diferentes factores socio-culturales que limitan el acceso a la salud preventiva, el cual indica en ASCUS el 26,08% en zona urbana, el 15,94% en zona rural; LIE BG NIC I el 11,60% zona urbana, mientras que LIE AG NIC II-NIC III y Carcinoma el mayor porcentaje es en la zona rural con el 11,60% y 10,15% respectivamente.

TABLA Y GRÁFICO N° 3

Estado Civil de las Usuarias Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero-Junio 2012

ESTADO CIVIL	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
Soltera	8,70%	0%	1,45%	1,45%	0%	11,60%
Casada	24,63%	1,44%	11,60%	7,25%	1,45%	46,37%
Viuda	2,90%	0%	0%	1,45%	2,90%	7,25%
Divorciada	1,45%	0%	1,45%	1,45%	4,35%	8,70%
U. Libre	4,35%	4,35%	5,79%	5,79%	5,79%	26,08%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

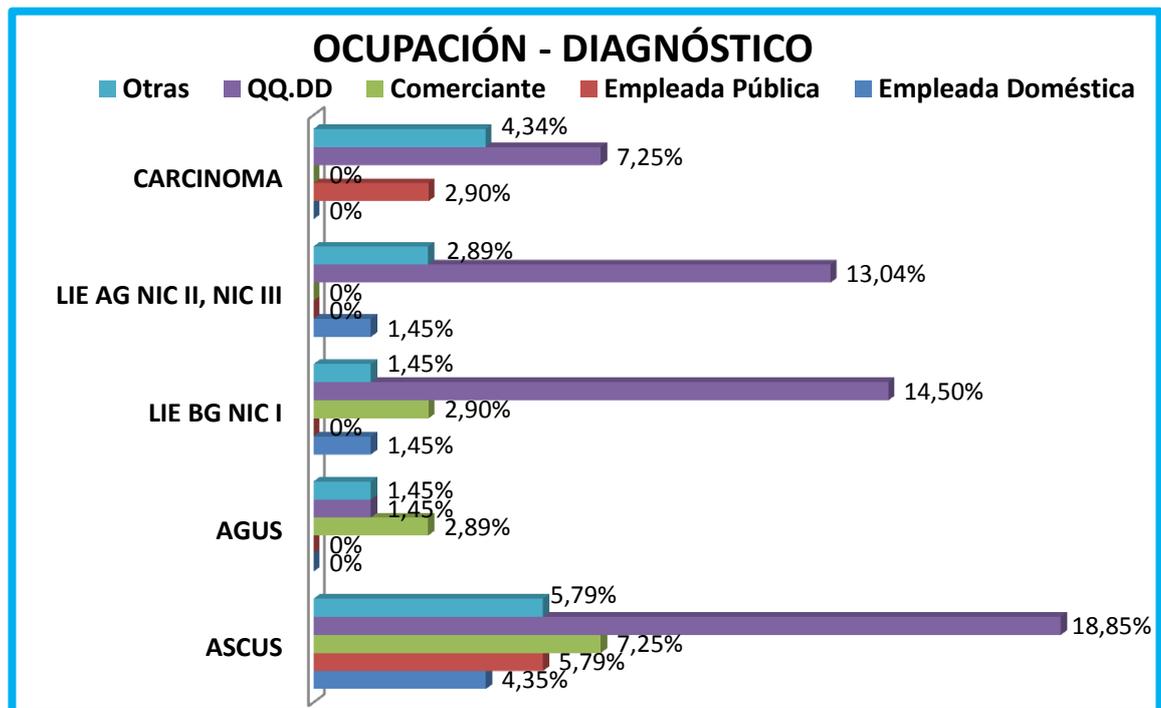
ANÁLISIS:

Acerca del estado civil de las usuarias en estudio se encontró que las mujeres casadas presentan el mayor porcentaje de hallazgos anormales en la citología cervical presentando el 24,63% en ASCUS, 11,60% LIE BG NIC I y LIE AG NIC II-NIC III con el 7,25%. Además las mujeres en unión libre muestran un porcentaje significativo en las distintas lesiones. Lo que demuestra que son mujeres que a pesar de tener una pareja estable padecen estas alteraciones cervicales, lo que puede deberse a la promiscuidad de su pareja sexual.

TABLA Y GRÁFICO Nº 4

Ocupación de las Usuaris Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

OCUPACION	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
Empl. Doméstica	4,35%	0%	1,45%	1,45%	0%	7,25%
Empl. Pública	5,79%	0%	0%	0%	2,90%	8,69%
Comerciante	7,25%	2,89%	2,90%	0%	0%	13,04%
QQ.DD	18,85%	1,45%	14,50%	13,04%	7,25%	55,08%
Otras	5,79%	1,45%	1,45%	2,89%	4,34%	15,94%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

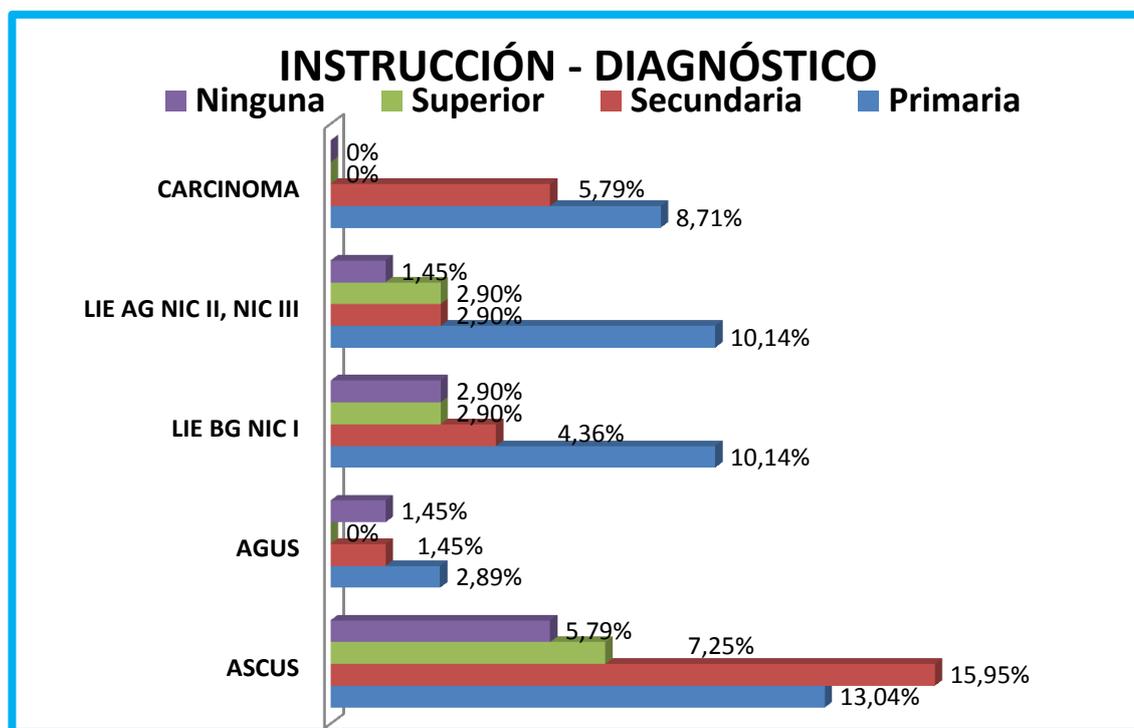
ANÁLISIS:

Con respecto a la ocupación de las pacientes evidenciamos que el grupo más afectado es el de mujeres encargadas del quehacer doméstico y a la vez son las que con mayor frecuencia se realizan citologías cervicales a pesar de que lo hacen por la aparición de síntomas iniciales de estas lesiones; y no como medio de prevención. Así tenemos en ASCUS 18,85%, LIE AG NIC I 14,50%; LIE AG NIC II- NIC III 13,04% y finalmente CARCINOMA con el 7,25%

TABLA Y GRÁFICO Nº 5

Instrucción de las Usuaris Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

INSTRUCCIÓN	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
Primaria	13,04%	2,89%	10,14%	10,14%	8,71%	44,92%
Secundaria	15,95%	1,45%	4,36%	2,90%	5,79%	30,44%
Superior	7,25%	0%	2,90%	2,90%	0%	13,05%
Ninguna	5,79%	1,45%	2,90%	1,45%	0%	11,59%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

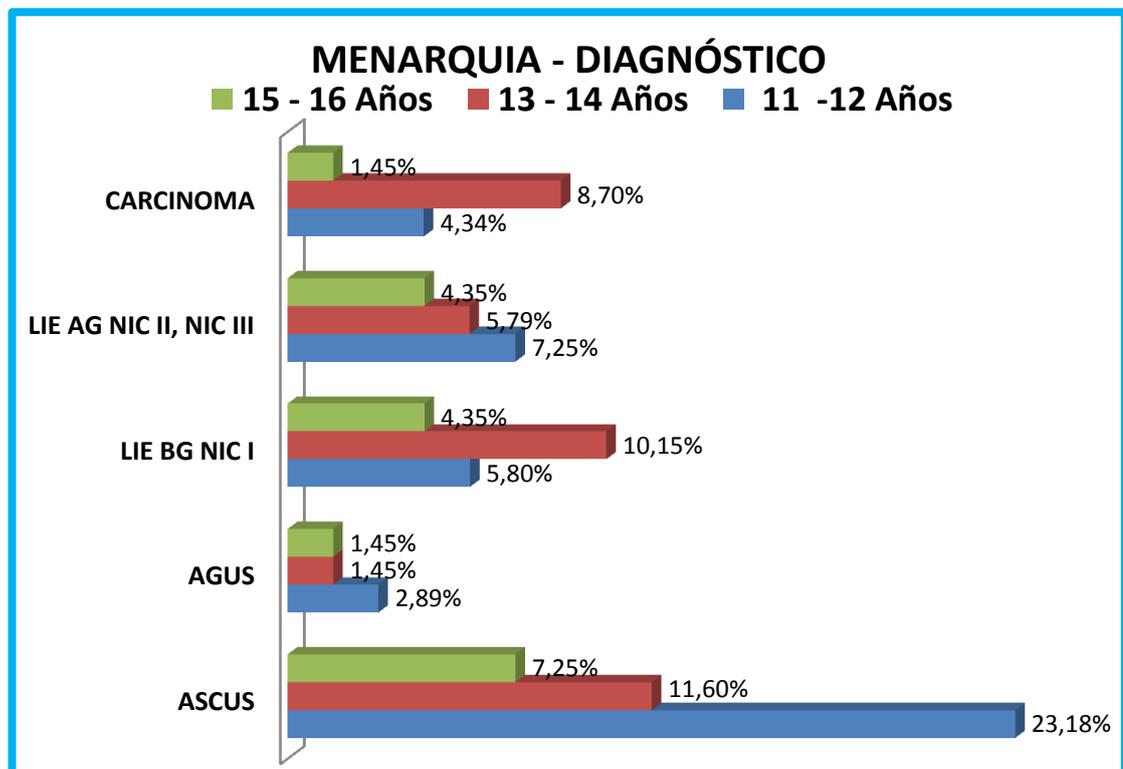
ANÁLISIS:

En este gráfico perteneciente a la instrucción de las mujeres atendidas en SOLCA observamos que la mayor parte de ellas solo cursaron el nivel de primaria y además se presenta en alto porcentaje en los distintos hallazgos anormales de citología vaginal; teniendo así ASCUS 13,04% en primaria y cabe mencionar que un 15,95% pertenece al nivel secundario; LIE NIC I y LIE NIC II-NIC III con el 10,14% ; CARCINOMA con el 8,71% lo que nos indica que las usuarias con un menor nivel de instrucción son más propensas a padecer alguna patología cervical.

TABLA Y GRÁFICO Nº 6

Menarquía de las Usuarías Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

MENARQUIA	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
11 -12 Años	23,18%	2,89%	5,80%	7,25%	4,34%	43,46%
13 - 14 Años	11,60%	1,45%	10,15%	5,79%	8,70%	37,69%
15 - 16 Años	7,25%	1,45%	4,35%	4,35%	1,45%	18,85%
TOTAL	43,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Rescalde Yomaira

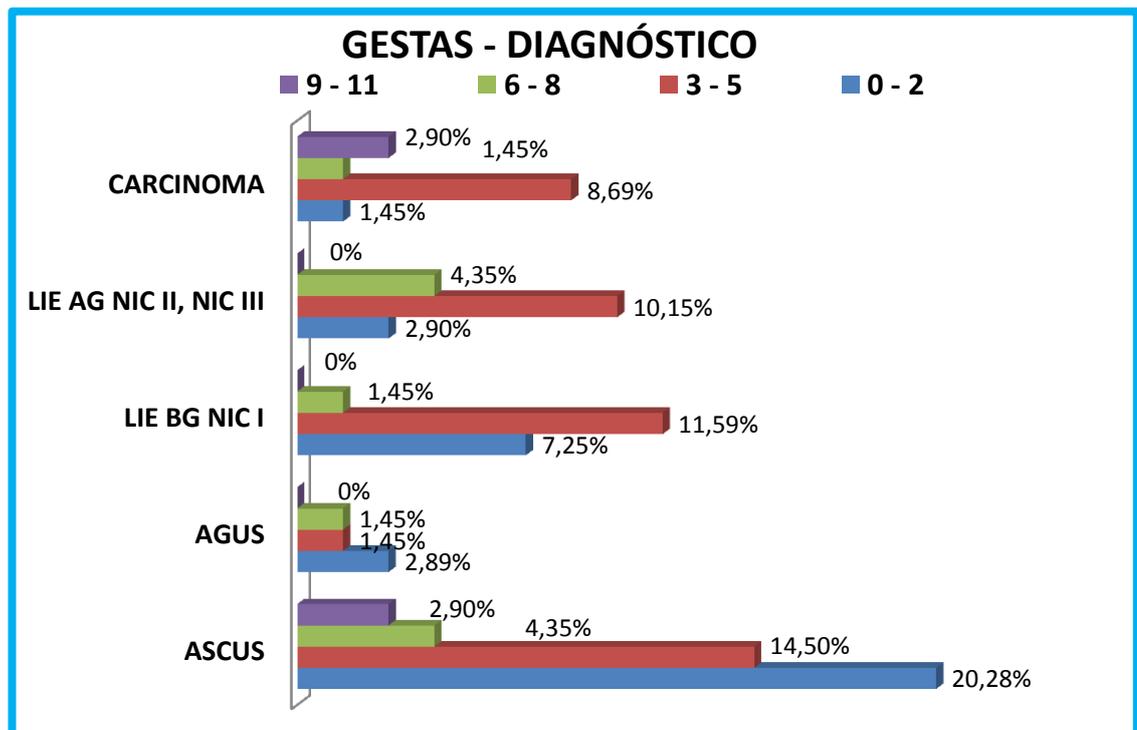
ANÁLISIS

La edad que comprende entre 11-12 años se muestra un mayor porcentaje en ASCUS con el 23,18%, LIE AG NIC II-NIC III el 7,25%; seguido por la edad comprendida entre 13-14 años, representados por el 11,60% en ASCUS, 10,15% en LIE AG NIC I y Carcinoma (8,70%), como los resultados más significativos. Por lo observado se puede decir que la aparición temprana de la menstruación, conlleva también a un inicio de la vida sexual precoz; y por ende son más propensas a la aparición de anomalías de las células cervicales.

TABLA Y GRÁFICO N° 7

Gestas de las Usuarias Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero-Junio 2012

GESTAS	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
0 - 2	20,28%	2,89%	7,25%	2,90%	1,45%	34,77%
3 - 5	14,50%	1,45%	11,59%	10,15%	8,69%	46,37%
6 - 8	4,35%	1,45%	1,45%	4,35%	1,45%	13,06%
9 - 11	2,90%	0%	0%	0%	2,90%	5,80%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

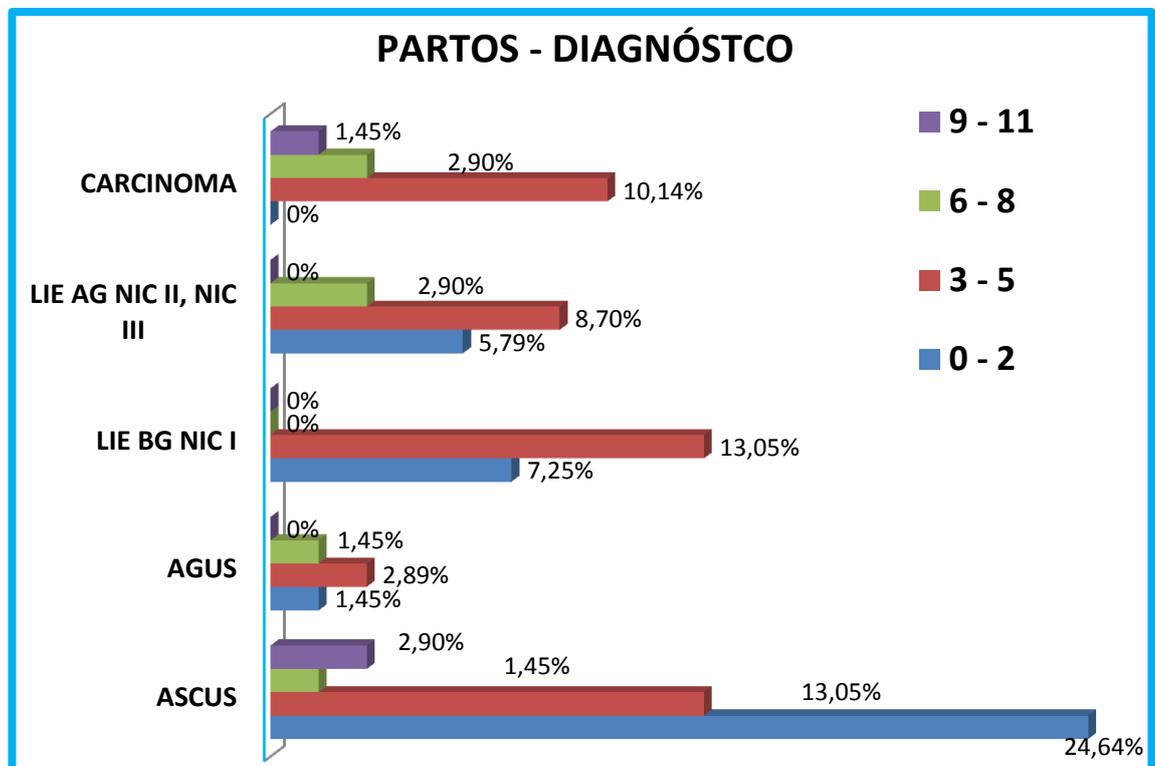
ANÁLISIS:

En lo que concierne al número de gestas podemos distinguir que existe una cifra considerable en todos los hallazgos anormales de 3-5 gestas teniendo como resultado en ASCUS 14,50%; LIE BG NIC I 11,59%; LIE AG NIC II y NIC III 10,15%; CARCINOMA 8,69%. Sin dejar de mencionar que un 20,28% perteneciente a ASCUS comprende de 0-2 gestas. Con lo cual deducimos que mujeres con un número de gestas considerable tienen mayor riesgo de presentar lesiones cervicales.

TABLA Y GRÁFICO N° 8

Partos de las Usuarias Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

PARTOS	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
0 - 2	24,64%	1,45%	7,25%	5,79%	0%	39,13%
3 - 5	13,05%	2,89%	13,05%	8,70%	10,14%	47,82%
6 - 8	1,45%	1,45%	0%	2,90%	2,90%	8,70%
9 - 11	2,90%	0%	0%	0%	1,45%	4,35%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

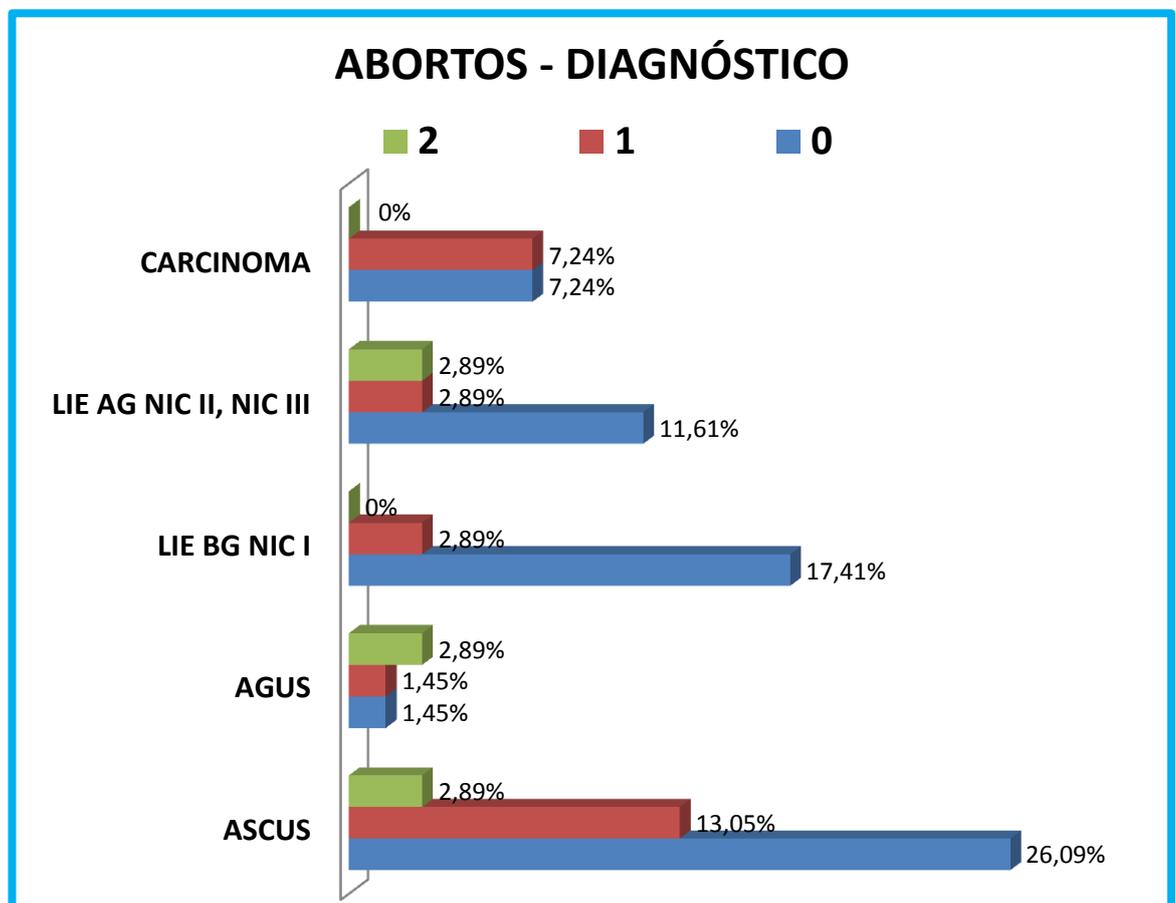
ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

ANÁLISIS:

Con lo que corresponde al número de partos evidenciamos que se presenta un porcentaje mayor en las mujeres que han presentado de 3-5 partos en ASCUS y LIE BG NIC I con el 13,04%; CARCINOMA el 10,14%; LIE AG NIC II-NICIII con el 8,70%. Además se debe tomar en cuenta que el resultado significativo compete solo a ASCUS con el 24,64% perteneciente a un número de partos entre 0-2. Esto implica que las mujeres con mas partos vaginales debido al traumatismo del cuello uterino en el momento del parto.

TABLA Y GRÁFICO N° 9
Abortos de las Usuarias Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra
Enero- Junio 2012

ABORTOS	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
0	26,09%	1,45%	17,41%	11,61%	7,24%	63,80%
1	13,05%	1,45%	2,89%	2,89%	7,24%	27,53%
2	2,89%	2,89%	0%	2,89%	0%	8,67%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.
 ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

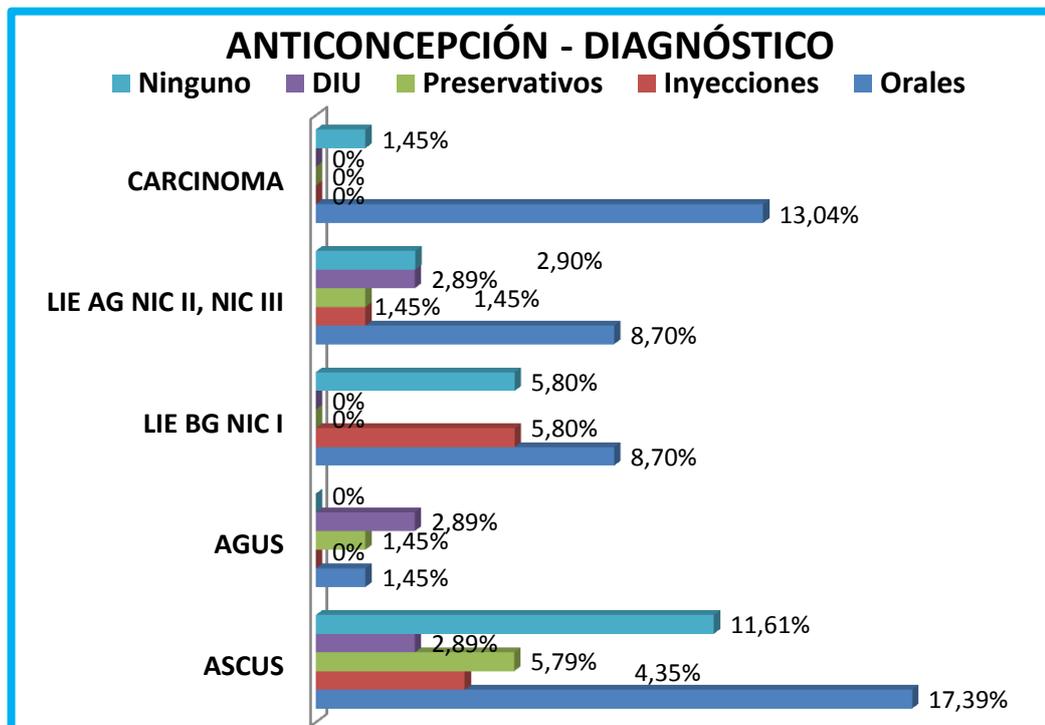
ANÁLISIS:

En lo que compete la cantidad de abortos de las mujeres en estudio podemos distinguir que en la mayoría no tuvieron ningún caso de aborto, pero cabe mencionar que un 13,05% perteneciente a ASCUS presentaron un aborto. Con lo que podemos argumentar que el aborto no es un factor asociado a las lesiones intraepiteliales.

TABLA Y GRÁFICO N° 10

Anticoncepción de las Usuarias Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

ANTICONCEP.	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
Orales	17,39%	1,45%	8,70%	8,70%	13,04%	49,48%
Inyecciones	4,35%	0%	5,80%	1,45%	0%	11,60%
Preservativos	5,79%	1,45%	0%	1,45%	0%	8,69%
DIU	2,89%	2,89%	0%	2,89%	0%	8,67%
Ninguno	11,61%	0%	5,80%	2,90%	1,45%	21,76%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

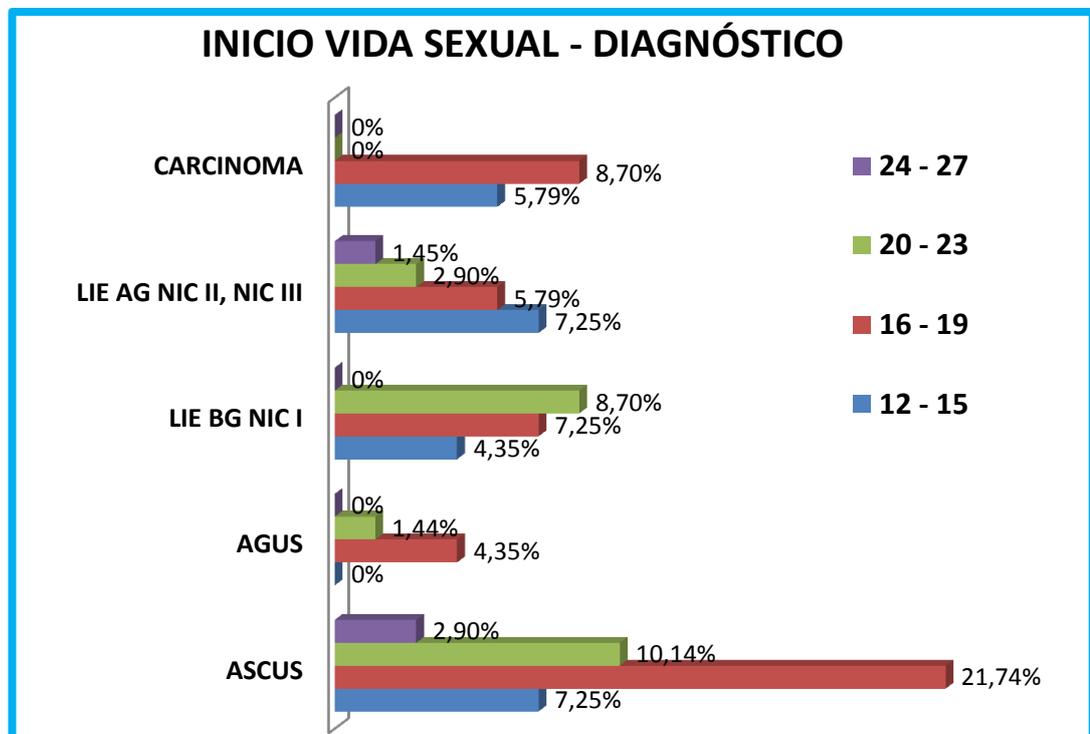
ANÁLISIS:

Referente a métodos anticonceptivos se representa un porcentaje mayor a lo que respecta anticonceptivos orales con un 17,39% en ASCUS; 13,04 de CARCINOMA; LIE BG NIC, LIE AG NIC II-III con el 8,70%. Existe evidencia que el uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de cáncer uterino y demás lesiones. Sin embargo cantidad considerable de las mujeres en estudio no han usado ningún contraceptivo tomando en cuenta ellas corresponden a un grupo de edad avanzada y con mayor número de hijos.

TABLA Y GRÁFICO N° 11

Edad de Inicio Vida Sexual de las Usuaris Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

INICIO VIDA SEXUAL	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
12 - 15	7,25%	0%	4,35%	7,25%	5,79%	24,64%
16 - 19	21,74%	4,35%	7,25%	5,79%	8,70%	47,83%
20 - 23	10,14%	1,44%	8,70%	2,90%	0%	23,18%
24 - 27	2,90%	0%	0%	1,45%	0%	4,35%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

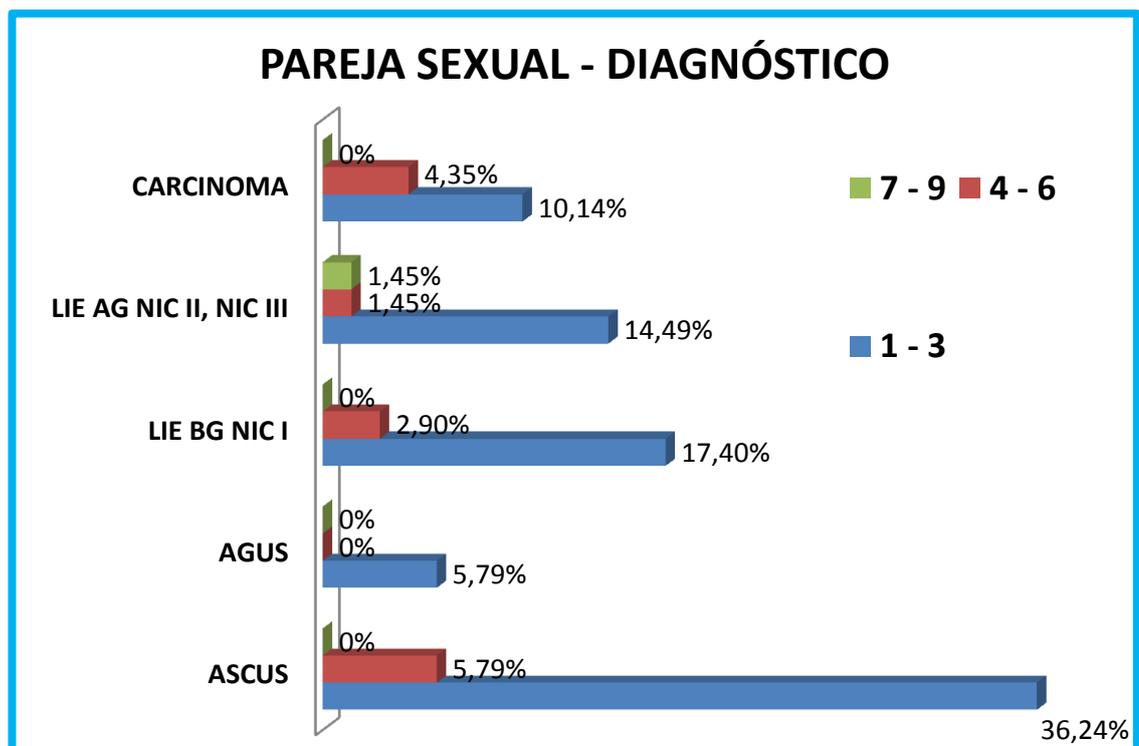
ANÁLISIS:

Se evidencia que existe un porcentaje mayor entre 16-19 años con respecto al inicio de vida sexual teniendo así en ASCUS 21,74% seguido CARCINOMA con el 8,70%, LIE BG NIC I con el 7,25%; LIE AG NIC II-NIC III. Resultados que son preocupantes debido a que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el coito se tiene antes de los 17 años es mayor que cuando este se tiene a partir de los 21.

TABLA Y GRÁFICO N° 12

Pareja Sexual de las Usuarias Atendidas SOLCA Núcleo de Ibarra Enero- Junio 2012

PAREJA SEXUAL	ASCUS	AGUS	LIE BG NIC I	LIE AG NIC II, NIC III	CARCINOMA	TOTAL
1 - 3	36,24%	5,79%	17,40%	14,49%	10,14%	83,78%
4 - 6	5,79%	0%	2,90%	1,45%	4,35%	14,50%
7 - 9	0%	0%	0%	1,45%	0%	1,45%
TOTAL	42,03%	5,79%	20,30%	17,39%	14,49%	100%



FUENTE: Historias Clínicas SOLCA.

ELABORADO POR: Cevallos Liz, Recalde Yomaira

ANÁLISIS:

En el presente grafico correspondiente al número de parejas sexuales que han tenido las usuarias durante su vida sexual el rango que mas sobresale es el de 1-3 con las siguientes interpretaciones ASCUS 36,24%; LIE BG NIC I 17,40%; LIE AG NIC II-NIC III 14,49%; CARCINOMA 10,14%. La aparición de múltiples compañeros sexuales y el desconocimiento de las características de la vida sexual de estos conlleva a adquirir un alto riesgo de lesiones intraepiteliales; por lo que las mujeres con más de una pareja sexual deberían realizarse controles frecuentes como medida de prevención.

CAPITULO V: MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. TALENTO HUMANO

Para la presente investigación se contó con la autorización del Dr. Ferdinand Loza, Director Médico, el apoyo de la Ing. Patricia Rodríguez y del personal de salud de SOLCA Núcleo Ibarra, en el periodo de enero a junio del 2012.

5.2. RECURSOS MATERIALES

- Hojas de papel.
- Material de escritorio
- Cd's
- Libros
- Vehículo

5.3. RECURSOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS

- Software
- Computadora
- Cámara digital
- Internet

5.4. PRESUPUESTO

La investigación se la realizó con un presupuesto aproximado que fue costado por las investigadoras, con los detalles que se describen a continuación:

DETALLE	CANTIDAD	VALOR
Hojas de papel.	1000	10.00
Material de escritorio	10	10.00
Computadora	1	600.00
Cámara digital	1	150.00
Internet	150	100.00
Cd's	10	5.00
Software	2	15.00
Copias	600	20.00
Impresiones	600	40.00
Anillados	4	10.00
Empastado	2	50.00
SUBTOTAL		1010
Imprevistos	10%	101
TOTAL		1111

5.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

TIEMPO ACTIVIDADES	NOV	DIC	ENE	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
	Diseño de Anteproyecto	X	X	X											
Presentación de Anteproyecto				X	X	X									
Aprobación del Anteproyecto							X								
Revisión Bibliográfica								X	X						
Construcción del Marco Teórico									X	X					
Diseño e Instrumentos de Validación										X	X				
Recolección de datos											X	X			
Procesamiento de la información												X	X		
Análisis e Interpretación resultados encontrados													X		
Realización Conclusiones y Recomendaciones													X		
Elaboración de Informe Final													X		
Presentación de Tesis														X	
Defensa de tesis															X

CONCLUSIONES

- En el estudio realizado en las usuarias de SOLCA Ibarra se encontró un porcentaje significativo de lesiones intraepiteliales incluido el Carcinoma (14%), lo cual es un dato de preocupación para la Salud Pública, ya que se puede evidenciar que en la población no se está realizando un adecuado tamizaje ya que a través de este medio diagnóstico se hace posible la detección temprana de lesiones intraepiteliales, estadios precancerosos; y así disminuir la morbimortalidad por cáncer cervical.
- Con respecto a los factores relacionados a la historia reproductiva de las mujeres en estudio se obtuvo una significancia estadística sobre la menarquía, en la que la edad comprendida entre 11-12 años se muestra un mayor porcentaje en ASCUS. Por lo que se puede decir que la aparición temprana de la menstruación, conlleva también a un inicio de la vida sexual precoz; y por ende son más propensas a la aparición de anomalías de las células cervicales.
- En lo que concierne al número de gestas y partos podemos distinguir que existe una cifra considerable en todos los hallazgos anormales de 3-5 gestas al igual que partos teniendo como resultado un alto porcentaje en ASCUS. Con lo cual deducimos que mujeres con un número de hijos considerable tienen mayor riesgo respecto a las mujeres nulíparas de presentar lesiones intraepiteliales. Según estudios realizados se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumenta la susceptibilidad a infecciones cervicouterinas. Agregando que luego de cuatro partos el riesgo se triplica después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces.

- Por otra parte no se encontró evidencia suficiente para afirmar que la cantidad de abortos de las mujeres en estudio sea un factor asociado a las lesiones intraepiteliales debido a que la mayoría de ellas no presentaron abortos.
- Referente a métodos anticonceptivos se representa un porcentaje mayor a lo que respecta anticonceptivos orales con un 17,39% en ASCUS; 13,04 de CARCINOMA; LIE BG NIC, LIE AG NIC II-III con el 8,70%. Existe evidencia que el uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de cáncer uterino y demás lesiones. Sin embargo cantidad considerable de las mujeres en estudio no han usado ningún contraceptivo tomando en cuenta ellas corresponden a un grupo de edad avanzada y con mayor número de hijos. Cabe mencionar que una mujer con múltiple parejas sexuales independientemente del anticonceptivo que use, debe utilizar preservativos para reducir el riesgo de infecciones que conllevan a la aparición de alteraciones cervicouterinas.
- Se evidencia que existe un porcentaje mayor entre 16-19 años con respecto al inicio de vida sexual teniendo así en ASCUS 21,74% seguido CARCINOMA con el 8,70%, LIE BG NIC I con el 7,25%; LIE AG NIC II-NIC III. Resultados que son preocupantes debido a que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el coito se tiene antes de los 17 años es mayor que cuando este se tiene a partir de los 21.
- En lo que compete al número de parejas sexuales que han tenido las usuarias durante su vida sexual el rango que mas sobresale es el de 1-3 con las siguientes interpretaciones ASCUS 36,24%; LIE BG NIC I 17,40%; LIE AG NIC II-NIC III 14,49%; CARCINOMA 10,14%. Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y

el número de parejas sexuales. La aparición de múltiples compañeros sexuales y el desconocimiento de las características de la vida sexual de estos conlleva a adquirir un alto riesgo de lesiones intraepiteliales; por lo que es necesario tomar en cuenta la historia sexual de su compañero ya que es tan importante como la propia; además las mujeres con más de una pareja sexual deberían realizarse controles frecuentes como medida de prevención.

- Añadido a esto los factores socio demográficos han sido parte fundamental para el estudio realizado como el estado civil de las usuarias en el que se encontró que las mujeres casadas presentan el mayor porcentaje de hallazgos anormales en la citología cervical presentando el 24,63% en ASCUS, 11,60% LIE BG NIC I y LIE AG NIC II-NIC III con el 7,25%. Además las mujeres en unión libre muestran un porcentaje significativo en las distintas lesiones. Lo que demuestra que son ellas las que a pesar de tener una pareja estable padecen estas alteraciones cervicales, lo que puede deberse a la promiscuidad de su pareja sexual.
- La baja escolaridad, la desocupación y la condición de no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud como mujeres encargadas del quehacer doméstico; las pertenecientes a una zona rural son condiciones sociales asociadas a la población desplazada, tal como lo ha demostrado y pueden convertirse en barrera para acceder a los servicios de salud.
- Finalmente concluimos que ha sido una investigación de suma importancia ya que se logró demostrar que existe una relación entre los hallazgos anormales de la citología y los factores de la historia reproductiva de la mujer y de esta manera con esta investigación se pueda prevenir las lesiones intraepiteliales

RECOMENDACIONES

- Fortalecer mas los programas educativos que logren sensibilizar a las mujeres sobre el autocuidado y la importancia de un diagnóstico temprano para evitar las lesiones intraepiteliales progresen y lleguen a complicaciones mayores con cáncer uterino.
- Proporcionar información completa y necesaria referente a datos socio-demográficos y principalmente los antecedentes gineco-obstétricos ya que esta sirve como instrumento principal para detectar las causas que pueden desencadenar las distintas lesiones intraepiteliales y al mismo tiempo que sirva como pauta para futuras investigaciones.
- Implementar una estrategia de manera en que se logre dar seguimiento a todos los casos que se han realizado citologías cervicales en los cuales se ha encontrado hallazgos anormales evitando así la existencia de patologías sin ser tratadas. Ya que evidenciamos un alto porcentaje de resultados, que las mismas usuarias no han brindado el debido interés para su salud.
- Estructurar un cronograma de actividades intramurales y extramurales sobre temas preventivos como el Papanicolaou, independiente de los horarios de turno del personal de salud, en conjunto con directores/as de las Unidades Operativas del Ministerio de salud.
- Realizar campañas de promoción y prevención acerca de los servicios que brinda a la población como el Papanicolaou, Colposcopia, Biopsia como métodos diagnósticos los cuales son de un costo accesible y además tendrán un corto tiempo de espera de resultados brindando así

la oportunidad de un tratamiento oportuno en caso de encontrar un hallazgo anormal.

- Establecer un protocolo de normas que permitan al profesional de salud un control de los procesos y el mejoramiento de los mismos con el fin de responder en forma oportuna y eficaz a los usuarios del servicio.

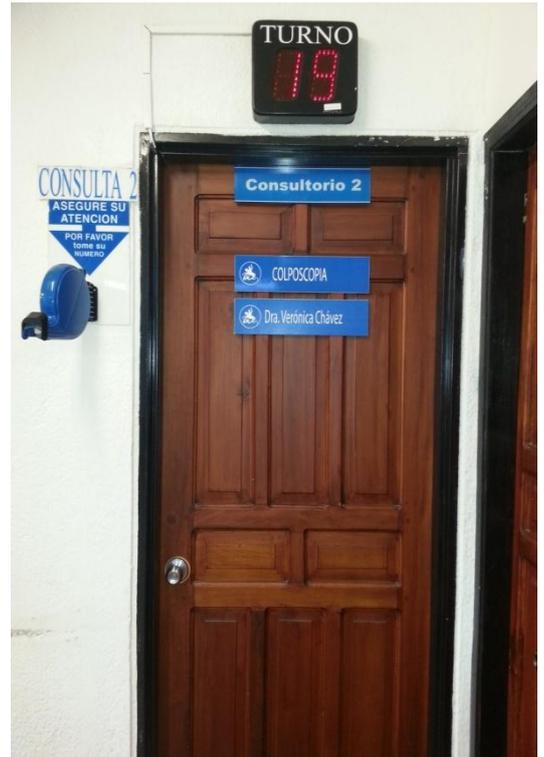
ANEXOS



Estructura de la Unidad Oncológica Provincial SOLCA Ibarra



Dr. Ferdinand Loza Director General de SOLCA Ibarra



Instalaciones para la realización de Citologías Cervicales, Biopsias, Colposcopia, Ecografía, Laboratorio Clínico.

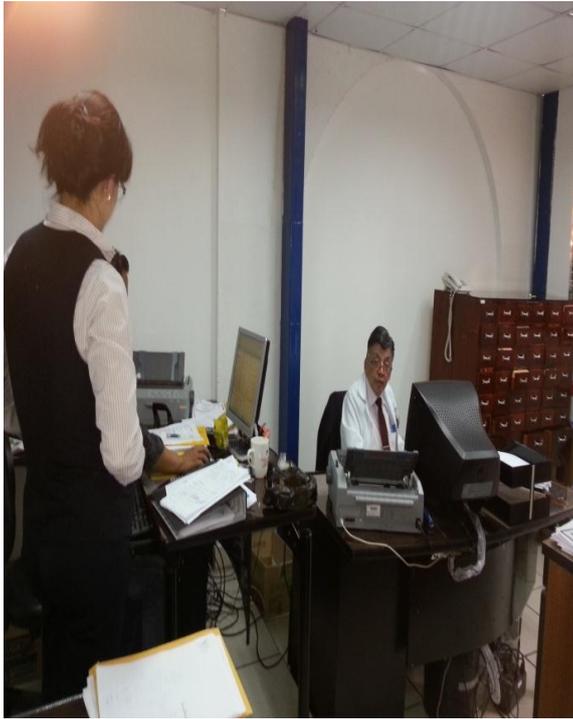




Lugar donde se realizan el Papanicolaou mujeres que acuden a SOLCA Ibarra.



Materiales e insumos necesarios para la toma de muestra para citología cervical.



Personal que labora en Estadística y el cual colaboró con el trabajo investigativo.



Búsqueda y revisión de historias clínicas de pacientes con lesiones intra-epiteiliales



Búsqueda y revisión de historias clínicas de pacientes con lesiones intra-epitealiales



Extracción y recolección de datos necesarios para el presente estudio.



NÚCLEO DE QUITO
UNIDAD ONCOLÓGICA
SOLCA IMBABURA

HISTORIA CLÍNICA CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Importante: Favor llenar todos los Datos Solicitados

<p>1. APELLIDOS Y NOMBRES</p> <p>_____ / _____ Apellido Paterno Apellido Materno</p> <p>_____ / _____ 1 er. Nombre 2 do. Nombre</p> <p>2. CÉDULA DE IDENTIDAD</p> <p>Nº _____</p> <p>3. LUGAR DE NACIMIENTO</p> <p>Provincia: _____</p> <p>Cantón: _____</p> <p>Ciudad o Localidad _____</p> <p>o País _____</p> <p>4. FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>_____ / _____ / _____ DÍA MES AÑO</p> <p>5. EDAD DEL PACIENTE _____ (en años cumplidos)</p>	<p>6. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL</p> <p>Provincia: _____</p> <p>Cantón: _____</p> <p>Parroquia: _____</p> <p>Ciudad o Localidad: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>_____</p> <p>7. OCUPACIÓN (Labor que desempeña en su trabajo) _____</p> <p>_____</p> <p>10. INSTRUCCIÓN (Nivel)</p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>Primaria <input type="checkbox"/></p> <p>Secundaria <input type="checkbox"/></p> <p>Superior <input type="checkbox"/></p> <p>11. REPRESENTANTE</p> <p>Nombre: _____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>_____</p>
---	---

FECHA	HISTORIA CLÍNICA

CODGRAF 2606 416 / 086620105 Ibarra - Ecuador

Formulario para admisión y anamnesis de pacientes que presentaron lesiones precancerosas y cáncer cervico-uterino. (página anterior)

FECHA	HISTORIA CLINICA	
	CONSULTA EXTERNA	
	<p style="text-align: center;">IDENTIFICACION DEL PACIENTE Importante: Favor llenar todos los Datos Solicitados</p> <p>A. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL</p> <p> <input type="text"/> Calle <input type="text"/> No. <input type="text"/> Colonia y Localidad <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Estado </p> <p>B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE</p> <p> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Sexo <input type="text"/> Estado Civil <input type="text"/> Ocupación <input type="text"/> Escolaridad </p> <p>C. IDENTIFICACION DEL MEDICO</p> <p> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/> Especialidad <input type="text"/> Institución </p> <p>D. IDENTIFICACION DEL CENTRO</p> <p> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Dirección </p> <p>E. IDENTIFICACION DEL PACIENTE</p> <p> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Sexo <input type="text"/> Estado Civil <input type="text"/> Ocupación <input type="text"/> Escolaridad </p> <p>F. IDENTIFICACION DEL PACIENTE</p> <p> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Sexo <input type="text"/> Estado Civil <input type="text"/> Ocupación <input type="text"/> Escolaridad </p>	
	HISTORIA CLINICA	

Formulario para anamnesis de pacientes que presentaron lesiones precancerosas y cáncer cervico-uterino. (página posterior)

Dr. 2020.
Realiza B...
14/11/20

CONSULTA EXTERNA

N° **7.641**

NOMBRES:

GUBINO **PUGA** **ANA LUCIA**
AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES



NÚCLEO DE QUITO
UNIDAD ONCOLÓGICA
SOLCA IMBABURA

IMPORTANTE: Favor llenar Datos Completos.

Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobias Mena
(Antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
Tel: 295-9760 / 260-1303 / 261-0737
Ibarra - Ecuador

FORMA M - 101

Historia Clínica SOLCA Ibarra

	NÚCLEO DE QUITO	PLAN VIDA: PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVIX		Informe	2010054749
		RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL		Tarjeta No.	0570100
Datos de identificación:					
Establecimiento donde se tomó la muestra: Area:1001 - 3797A COMAMIG/IMBABURA					
Fecha de la toma: 26/Abr/2010		Cédula de Identidad: 1001528508		No. H.Cl.:	H.Cl.Est.
Nombre: RUIZ ROCHA INES GEORGINA		Edad: 46 años		Teléfonos:	
Dirección: IMBABURA/ OTAVALO		ATUNTAQUI			
Antecedentes citológicos:					
Diag. anterior: BETHESDA		NIC		Inf.No.: ()	
Diag. más severo:				Inf.No.: ()	
Valoración de la muestra:					
Muestra Adecuada		Endocervicales: INFLAMADA5		Metaplasias: INFLAMADA5	
Alteraciones		Frotis: INFLAMAT. MODERADO			
Germenes:		Vaginosis Bac: XXX			
Resultado:					
BETHESDA		NIC		Negativo	
RECOMENDACION: Nueva toma en 3 años					
OBSERVACIONES:					
Fecha de Emisión: 25/May/2010		Citotecnólogo: <i>Yolanda Alvarez</i> YOLANDA ALVAREZ		Citopatólogo:	

SOLCA ES VIDA



Resultados de Citología Cervico Vaginal



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA
DE LA CITOLOGÍA CERVICAL Y MEDIDAS DE**

PREVENCIÓN ANTE LESIONES INTRAEPITELIALES



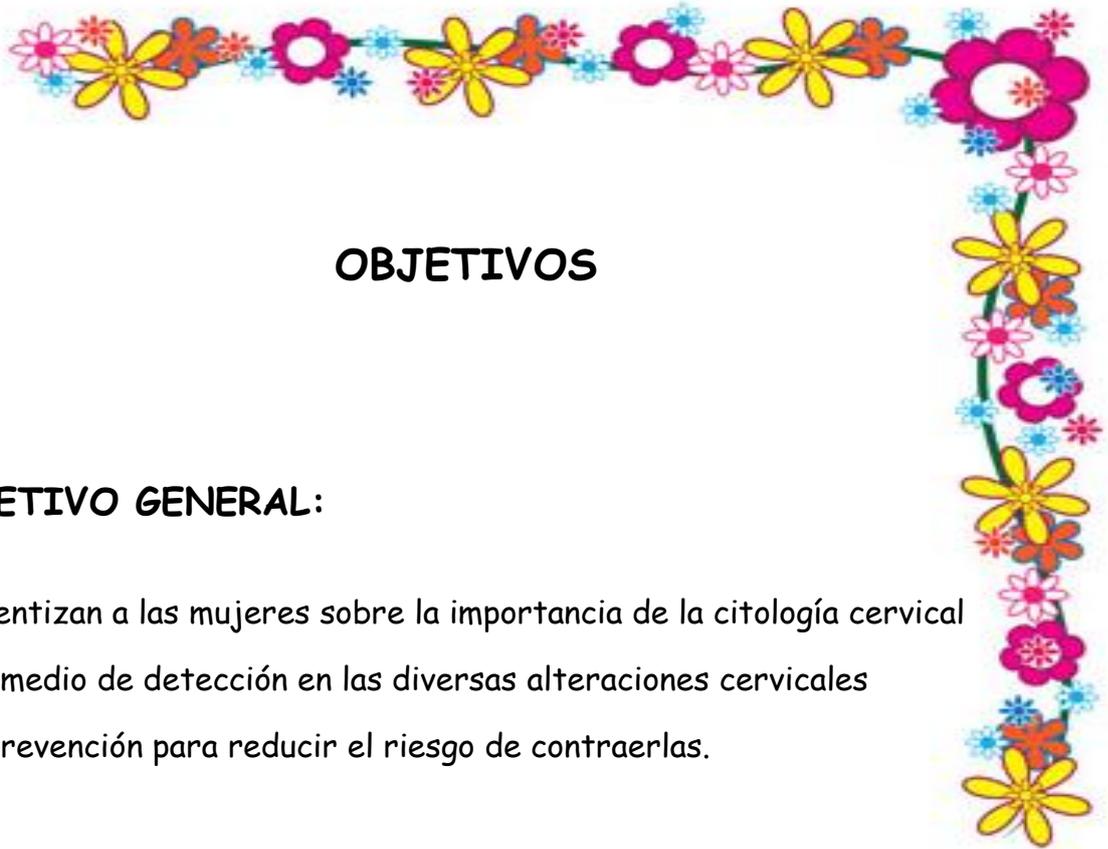
INTRODUCCIÓN

Esta guía informativa trata sobre lesiones intraepiteliales, cáncer cervico-uterino, factores de riesgo, síntomas, las formas de prevención, las pruebas de detección precoz y las ventajas de las mismas.

Esta información está dirigida a todas las mujeres que acudan a SOLCA por diversos motivos.

Las recomendaciones de los profesionales en salud no deben ser sustituidas por las sugerencias que se describen en la presente guía ya que solo son pautas generales que ayuden a la mujer a despejar sus dudas y conocer un poco más, acerca de estas enfermedades.

La prueba de citología Papanicolaou (PAP) es, en nuestro entorno, el mejor test para determinar la presencia de ciertas anomalías en el cérvix que más tarde podrían convertirse en un cáncer.



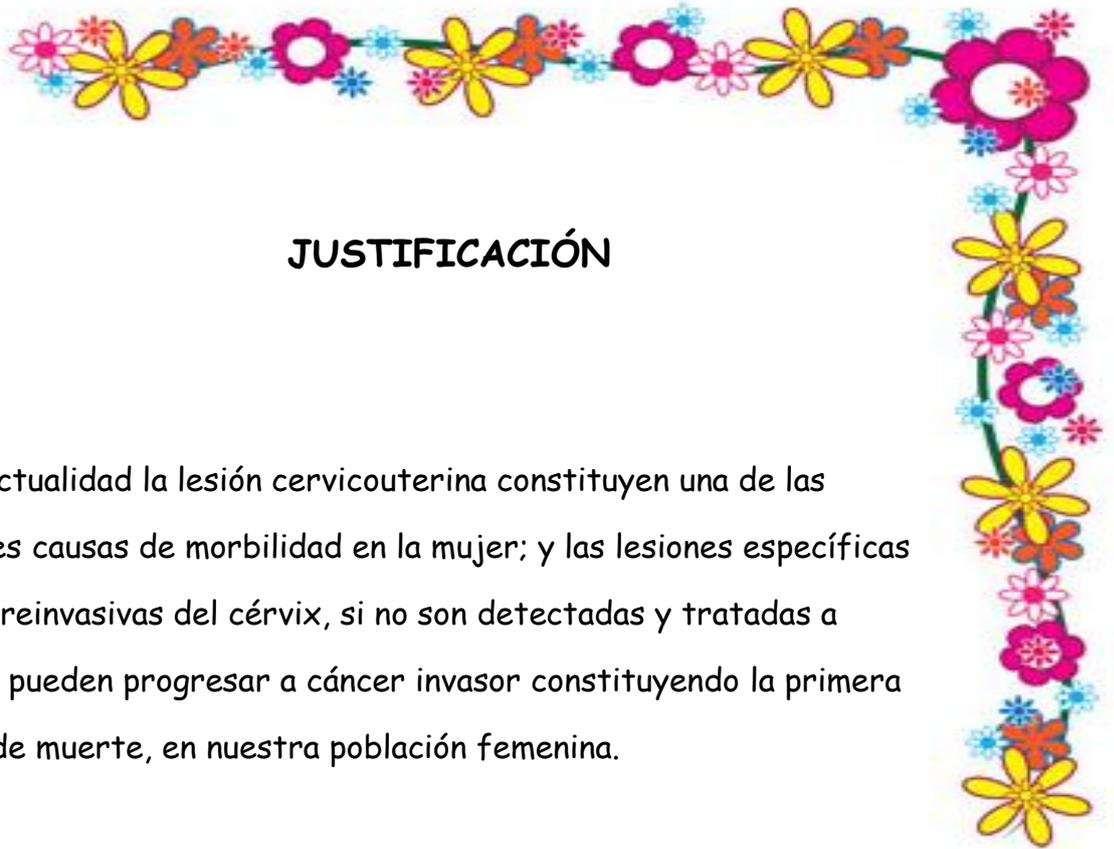
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Concientizan a las mujeres sobre la importancia de la citología cervical como medio de detección en las diversas alteraciones cervicales y su prevención para reducir el riesgo de contraerlas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ② Educar a las usuarias de SOLCA sobre las ventajas del Papanicolaou, al igual que medidas preventivas.
- ② Incentivar a las mujeres a que se realicen la citología vaginal para detectar lesiones precancerosas.
- ② Promover la práctica de estilos de vida saludables a través de acciones de educación.

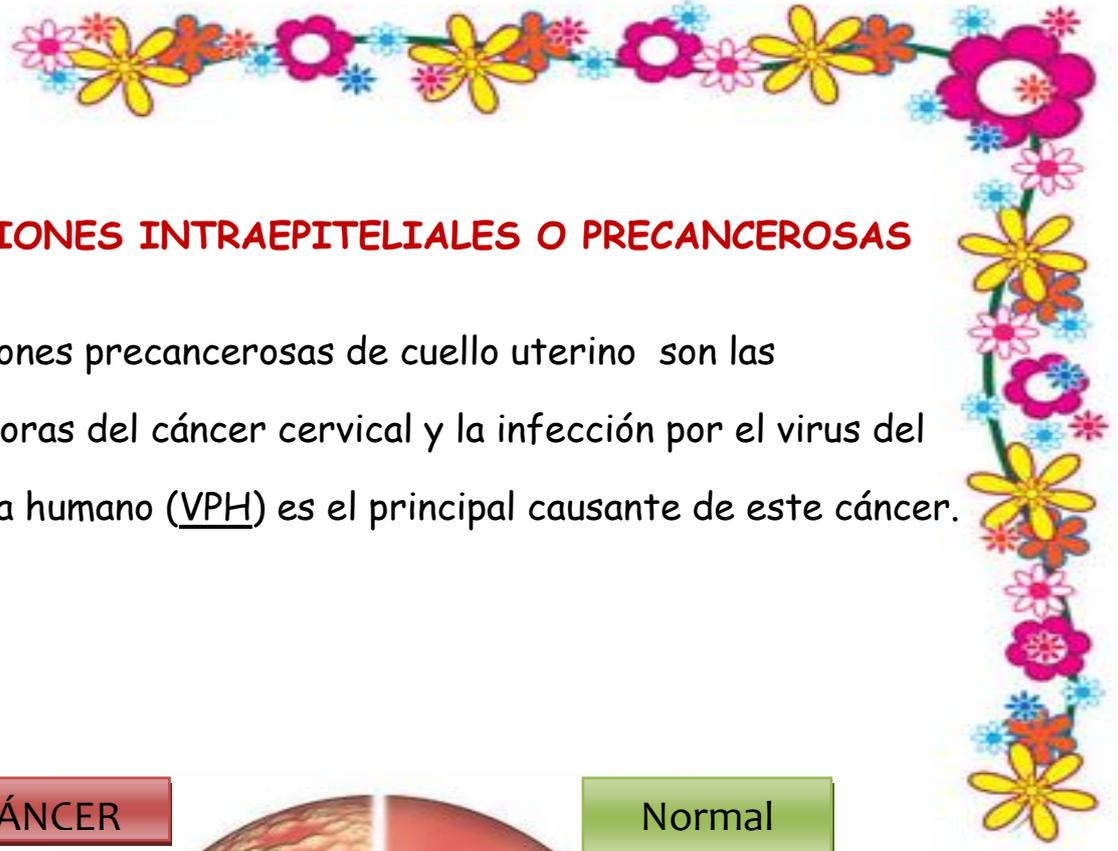


JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la lesión cervicouterina constituyen una de las mayores causas de morbilidad en la mujer; y las lesiones específicas como preinvasivas del cérvix, si no son detectadas y tratadas a tiempo pueden progresar a cáncer invasor constituyendo la primera causa de muerte, en nuestra población femenina.

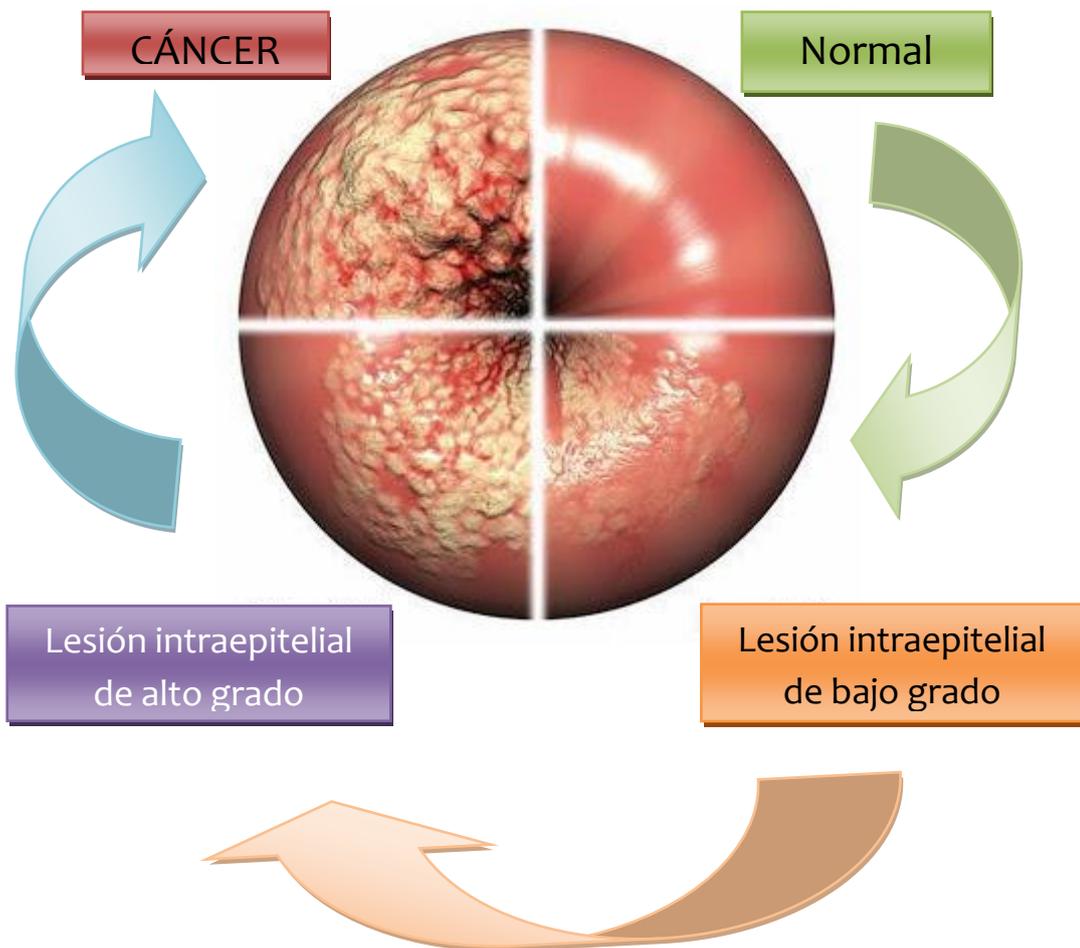
Como medida preventiva y herramienta diagnostica la citología ofrece una oportunidad de detección temprana de lesiones cervicouterinas, las cuales sí se descubren a tiempo, ofrecen al facultativo la ventaja de prevenir o curar lesiones que pueden complicarse o resultar fatales.

Todo lo anterior resultó motivante para la confección de esta guía informativa para modificar varias actitudes de las pacientes y promover la salud a través de cambios positivos y con ello ayudar a combatir estas alteraciones en el cérvix que conllevan muchas veces hasta la muerte.



LESIONES INTRAEPITELIALES O PRECANCEROSAS

Las lesiones precancerosas de cuello uterino son las precursoras del cáncer cervical y la infección por el virus del Papiloma humano (VPH) es el principal causante de este cáncer.



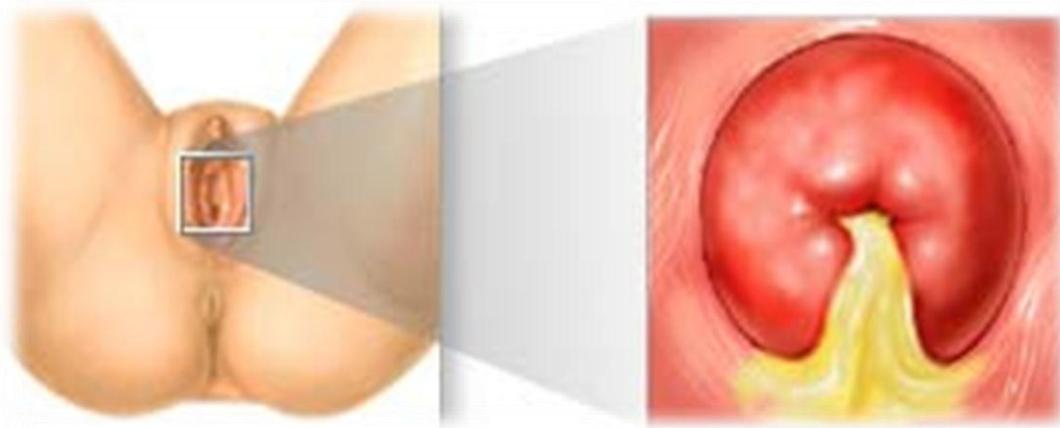


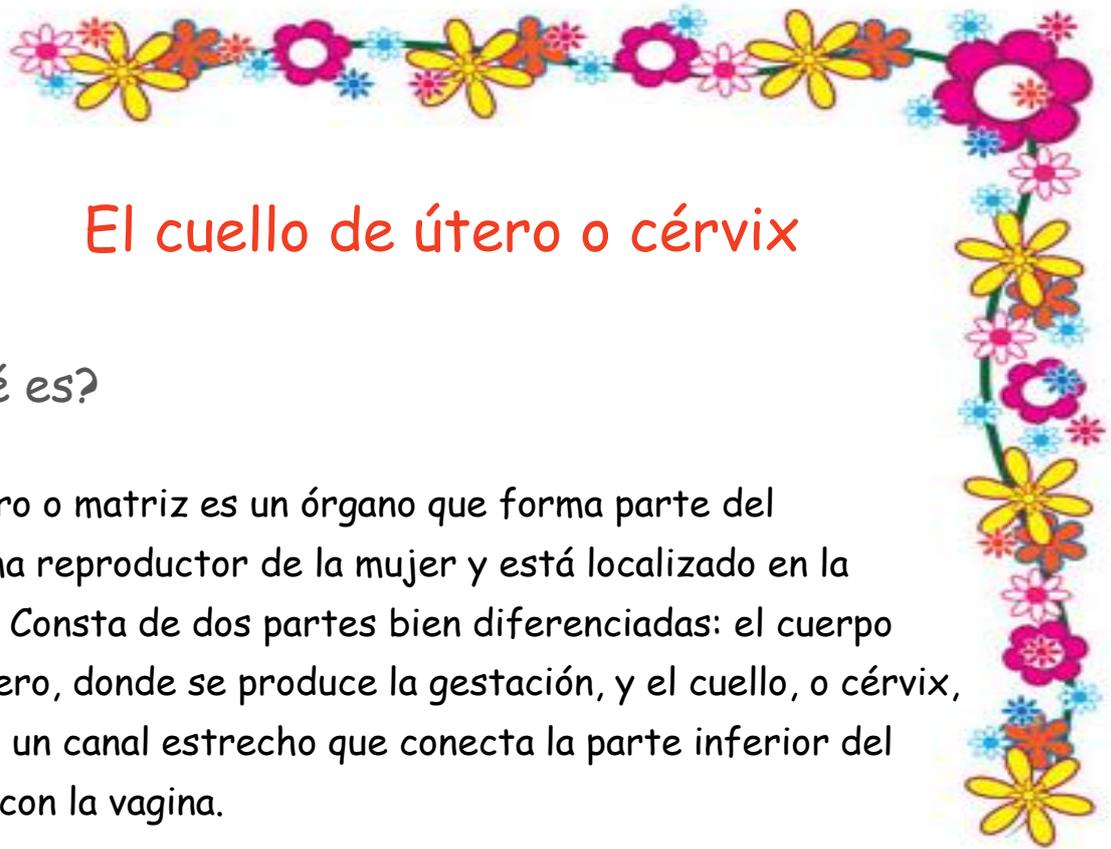
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LESIONES INTRAEPITELIALES

Si le a parece cualquier tipo de líquido ya sea trasparente o con sangre.

Irritaciones constantes en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales.

AVISE INMEDIATAMENTE AL MÉDICO





El cuello de útero o cérvix

¿Qué es?

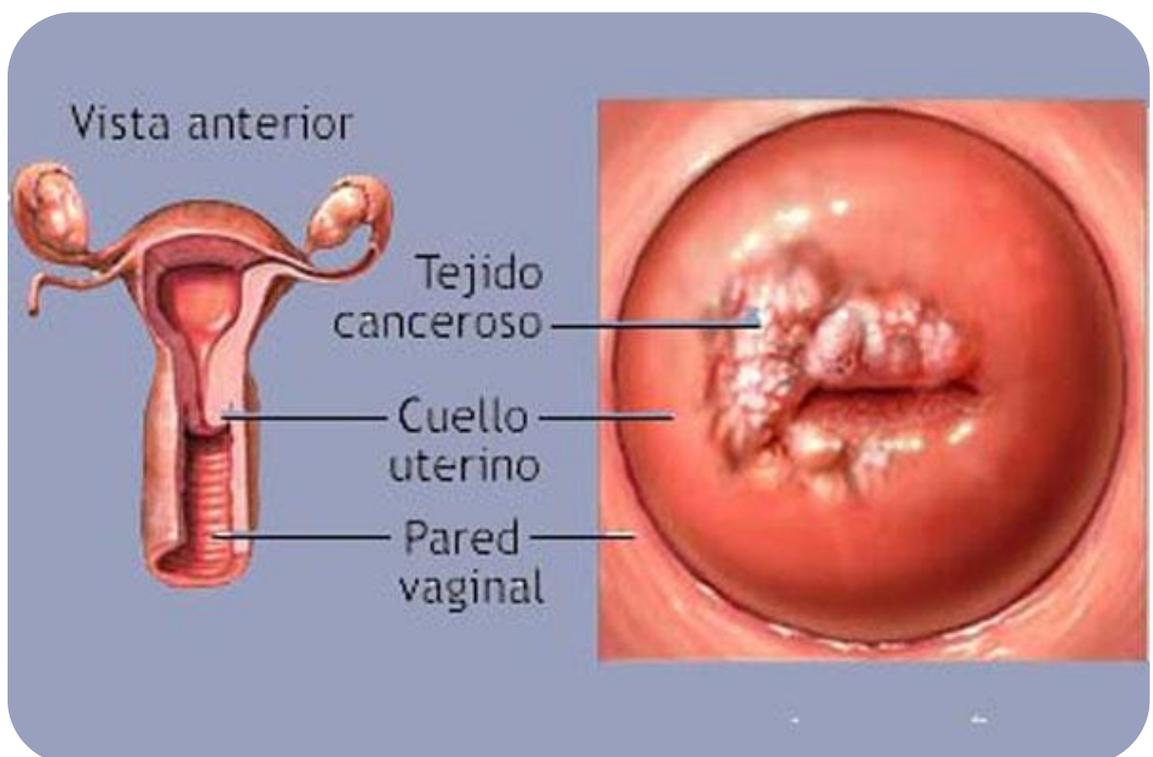
El útero o matriz es un órgano que forma parte del sistema reproductor de la mujer y está localizado en la pelvis. Consta de dos partes bien diferenciadas: el cuerpo del útero, donde se produce la gestación, y el cuello, o cérvix, que es un canal estrecho que conecta la parte inferior del útero con la vagina.



EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO O CÁNCER DE CÉRVIX

El cáncer de cuello útero se inicia en las células de la superficie del cuello uterino. Ocurre cuando las células del cuello del útero se vuelven anormales y empiezan a crecer de forma incontrolada. Normalmente tarda mucho tiempo en desarrollarse, más de 10 años.

Con el tiempo, el cáncer puede invadir más profundamente el cérvix y los tejidos cercanos, se habla entonces de tumores invasivos. Las células cancerosas pueden diseminarse e invadir otros tejidos en otras partes del cuerpo. Cuando el tumor se disemina hablamos de metástasis.



¿Qué causa el cáncer de cuello uterino?

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Actualmente está ampliamente probado que la causa principal del cáncer de cuello de útero es la infección persistente por el VPH. Esto quiere decir que todos los cánceres de cuello de útero presentan una infección previa por el VPH.

No se conoce todavía bien cómo el VPH produce el cáncer de cérvix, pero sí se sabe que sólo las infecciones que no desaparecen producen alteraciones en las células del cuello del útero, que tienen un riesgo de desarrollar, en el futuro, cáncer de cérvix. Este riesgo puede ser controlado y reducido mediante exámenes periódicos, ya que el cáncer, normalmente, tarda mucho tiempo en desarrollarse.



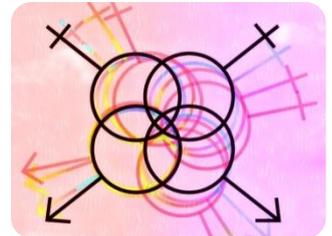
¿Cómo se transmite?

El VPH es un virus común que se puede transmitir de persona a persona durante las relaciones sexuales. No es necesario el coito para contagiarse, basta el contacto de las zonas genitales.

¿Tiene tratamiento?

No hay actualmente un tratamiento para la infección por el VPH; lo más frecuente es que desaparezca sin tratamiento. Si no desaparece espontáneamente y causa alteraciones en las células, el tratamiento de estas alteraciones celulares eliminará también el virus.

¿¿QUIENES PUEDEN CORRER RIESGO DE PADECER LESIONES INTRAEPITELIALES Y CÁNCER??



Se ha encontrado un mayor riesgo en mujeres que:

- Iniciaron a temprana edad sus relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Han tenido varios compañeros sexuales.
- Tener una pareja sexual que mantiene o ha mantenido relaciones con varias parejas.
- Han tenido muchos hijos.
- Han tenido mal atención después del parto.
- Han sufrido infecciones ginecológicas y tienen malas condiciones higiénicas.
- Tienen el hábito de fumar.
- Usar anticonceptivos orales durante mucho tiempo.



FINALMENTE... ¡El te mata!



CITOLOGÍA CERVICAL O PAPANICOLAOU

La citología es un examen rápido, de bajo costo, sencillo que no duele y el cual nos ayuda a descubrir lesiones pre-cancerosas y cáncer uterino o de la matriz antes de que aparezcan los síntomas, cuando aún es curable la enfermedad.

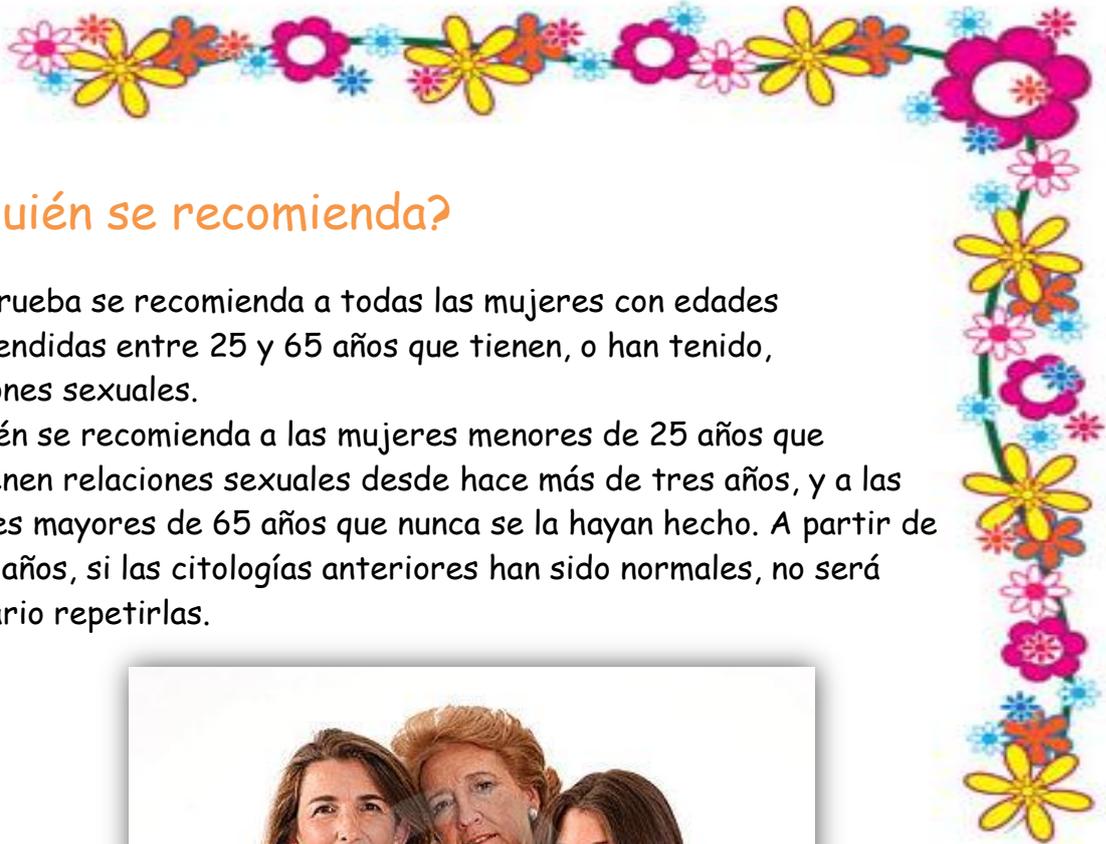


Se introduce un espejulo en la vagina, exponiendo el cuello uterino. Se introduce un cepillo endocervical en la región del canal cervical.



Se cepilla el cuello uterino para recolectar células y examinarlas en un microscopio.





¿A quién se recomienda?

Esta prueba se recomienda a todas las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que tienen, o han tenido, relaciones sexuales.

También se recomienda a las mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años, y a las mujeres mayores de 65 años que nunca se la hayan hecho. A partir de los 65 años, si las citologías anteriores han sido normales, no será necesario repetirlas.



¿Con qué frecuencia debe realizarse una citología?

Como recomendación general, después de dos citologías anuales consecutivas normales, las siguientes deben realizarse cada tres años. Aumentar la frecuencia en la realización de las citologías no mejora los resultados del cribado. La mayor parte de las mujeres a las que se les diagnostica un cáncer invasivo de cuello de útero no habían hecho nunca una citología o habían pasado más de cinco años desde que se habían hecho la última.





RECOMENDACIONES PARA REALIZARSE EL PAPANICOLAOU

Hágase un examen lo más pronto posible y tenga presente las siguientes recomendaciones:



- ✓ Acuda cuando no esté con la menstruación.
- ✓ No tenga relaciones sexuales 24 horas antes.
- ✓ No se haga duchas vaginales antes de la citología
- ✓ No colocarse medicamentos por vía vaginal 2 días antes de la citología



Seguir estas recomendaciones ayudará a evitar resultados no valorables que obligarían a repetir la prueba.

Mujeres mayores de 65 años

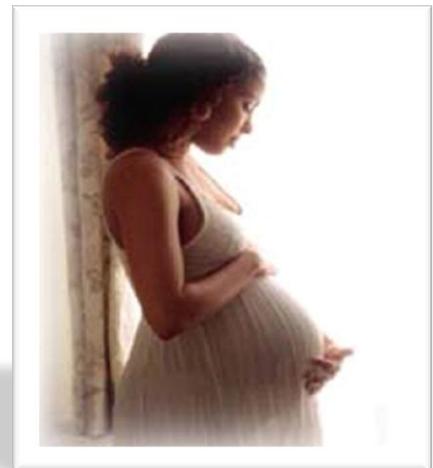
El riesgo de cáncer de cérvix aumenta con la edad, casi la mitad de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años, aunque muchas mujeres mayores piensan que ya no tienen riesgo de padecerlo.

A los 65 años, si las citologías anteriores han sido normales, no será necesario repetirlas. A partir de esta edad, si sus citologías anteriores son normales, el riesgo de desarrollar un cáncer de cérvix es bajo.



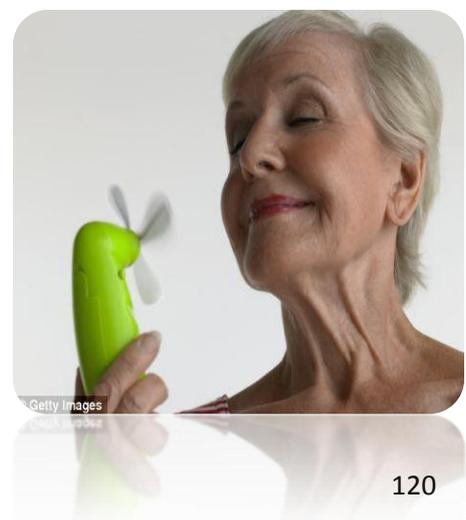
Mujeres embarazadas

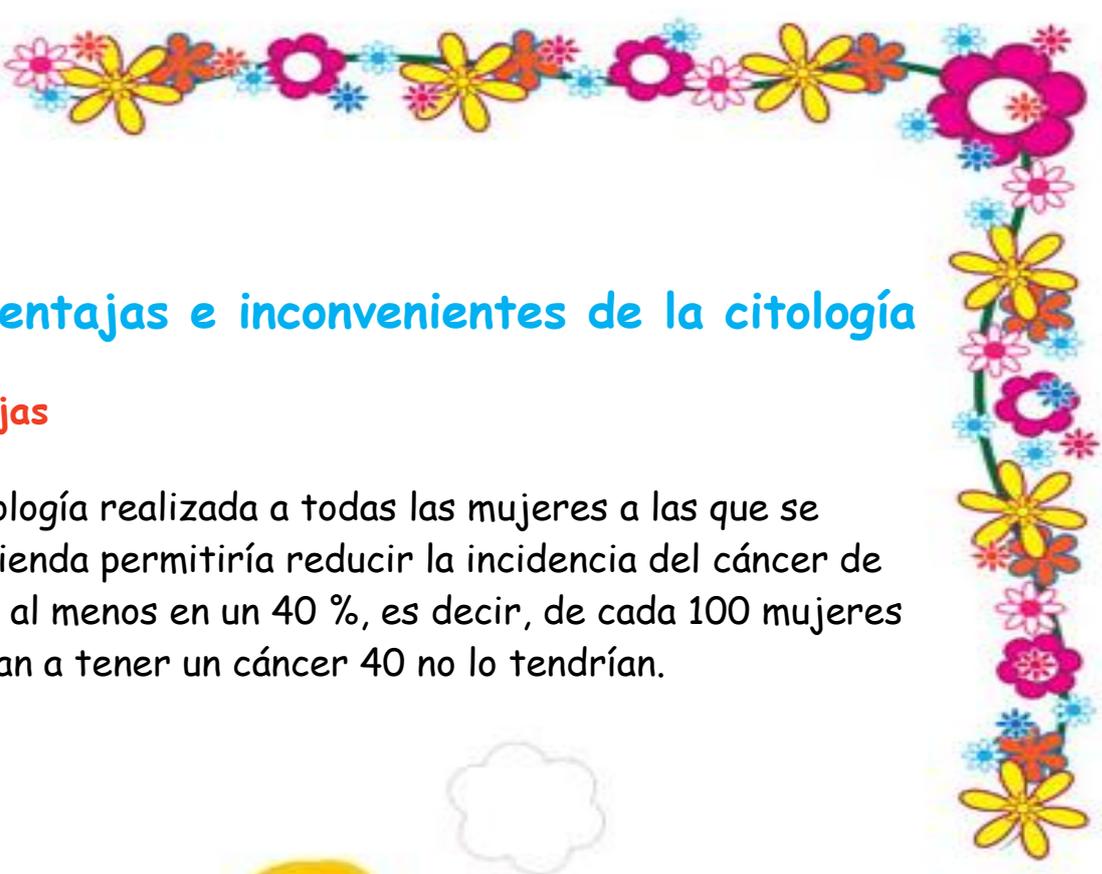
Si está embarazada y le corresponde hacerse la citología consulte con su médica/o si hace la prueba o espera hasta después del parto.



Mujeres que han tenido la menopausia

La menopausia no es motivo para dejar de hacerse citologías, las mujeres después de la menopausia también tienen riesgo.





Ventajas e inconvenientes de la citología

Ventajas

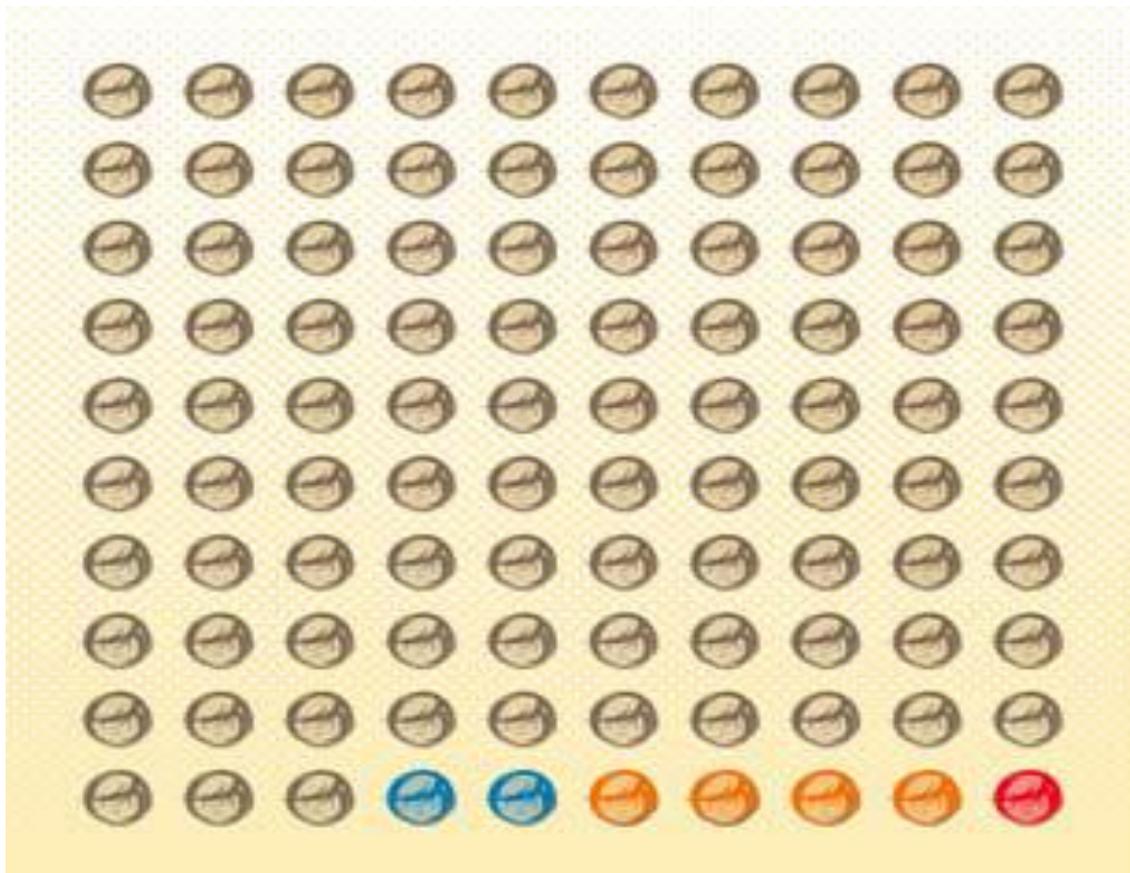
La citología realizada a todas las mujeres a las que se recomienda permitiría reducir la incidencia del cáncer de cérvix al menos en un 40 %, es decir, de cada 100 mujeres que iban a tener un cáncer 40 no lo tendrían.



Si todas las mujeres a las que se recomienda realizaran la citología sería posible reducir la mortalidad por cáncer de cérvix en un 70%, es decir, de cada 100 mujeres que morirían por un cáncer de cérvix 70 no morirían.

Resultados de la citología

De cada 100 mujeres que hacen una citología, 93 tendrán unos resultados normales, 2 requerirán repetir la prueba porque la muestra fue inadecuada, 4 necesitarán seguimiento y sólo 1 necesitará tratamiento.

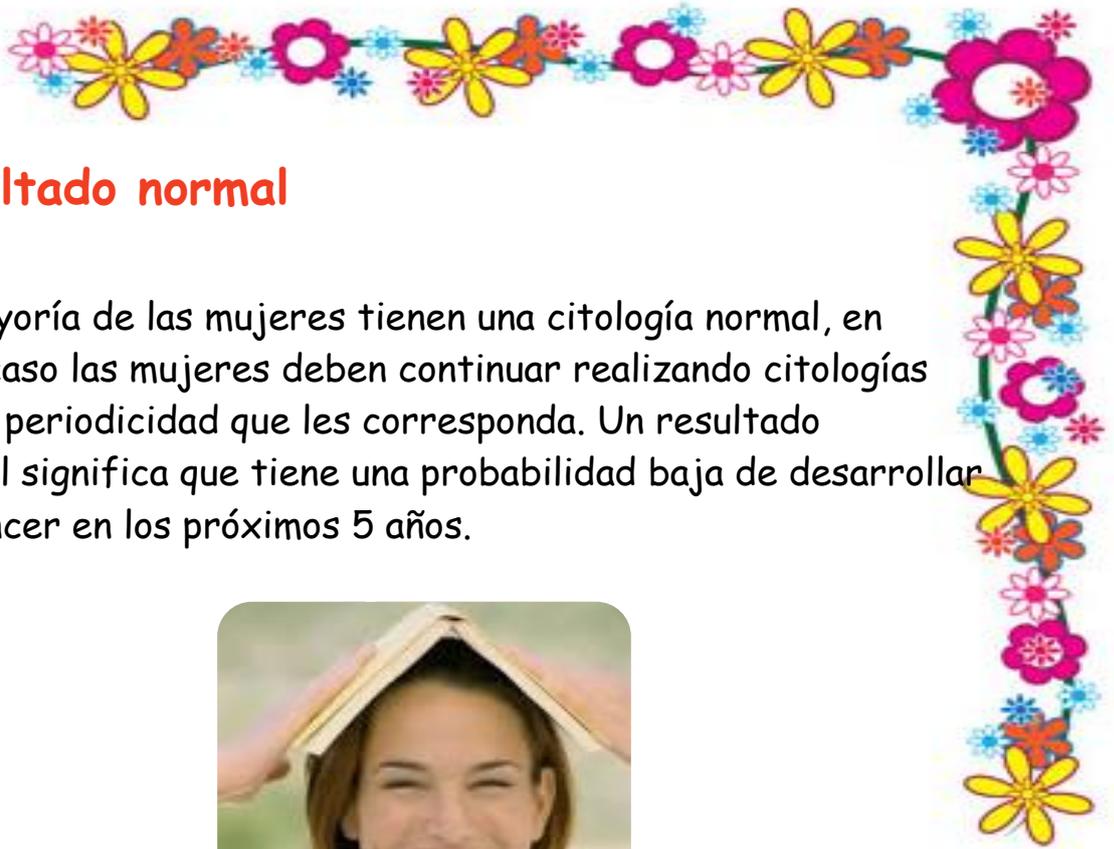


 resultado normal

 necesitará seguimiento

 necesitará repetir la prueba

 necesitará tratamiento



Resultado normal

La mayoría de las mujeres tienen una citología normal, en este caso las mujeres deben continuar realizando citologías con la periodicidad que les corresponda. Un resultado normal significa que tiene una probabilidad baja de desarrollar un cáncer en los próximos 5 años.



Resultado insatisfactorio

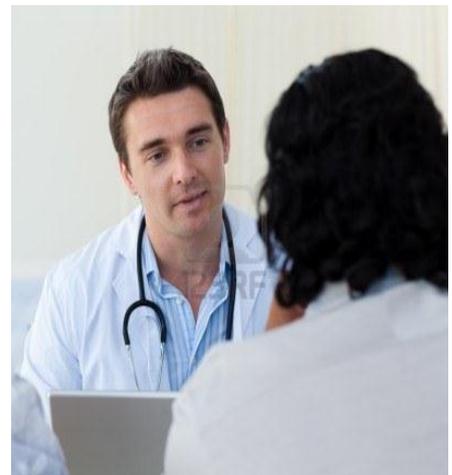
Algunas veces los resultados de la citología no son valorables y será necesario repetir la prueba.

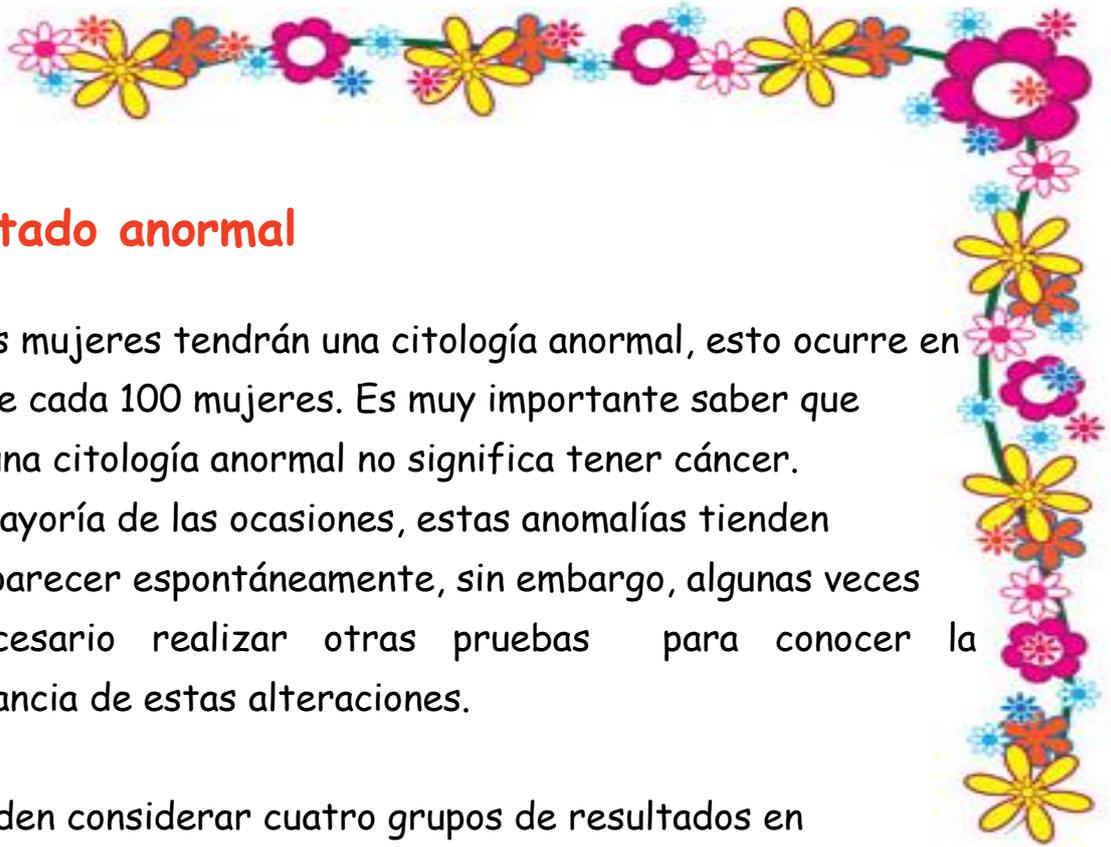
Los resultados insatisfactorios se deben fundamentalmente a:

- Las células pueden verse mal por sangre o inflamación
- La muestra puede no tener la preparación o conservación adecuada
- Puede no haber suficientes células en la muestra

Si el resultado es insatisfactorio deberá repetir la prueba pasadas dos o tres semanas.

Hay que esperar este tiempo para que las células del cuello puedan volver a crecer donde se tomó la muestra.



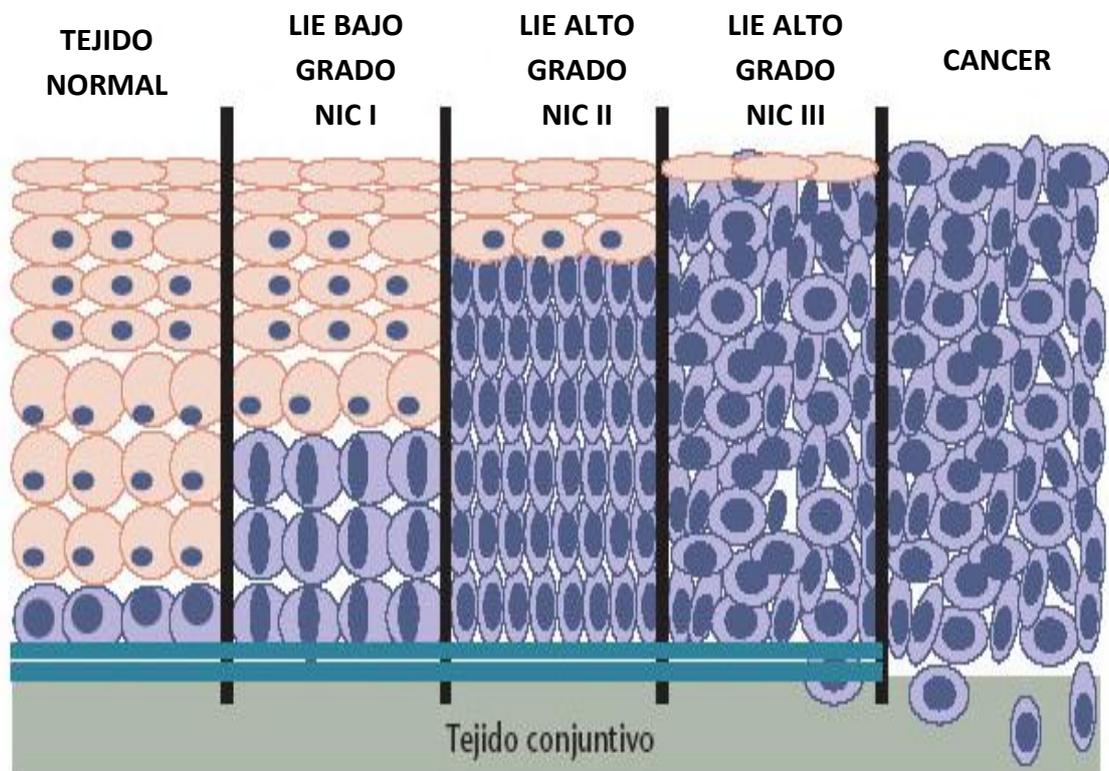


Resultado anormal

Algunas mujeres tendrán una citología anormal, esto ocurre en 4 o 5 de cada 100 mujeres. Es muy importante saber que tener una citología anormal no significa tener cáncer. En la mayoría de las ocasiones, estas anomalías tienden a desaparecer espontáneamente, sin embargo, algunas veces es necesario realizar otras pruebas para conocer la importancia de estas alteraciones.

Se pueden considerar cuatro grupos de resultados en una citología anormal:

1. Las **Células escamosas Atípicas de resultado indeterminado (ASCUS)**, son difíciles de distinguir de las células normales suele ser el diagnóstico más común.
2. **Lesión de bajo grado (LIE BG)** o displasia leve, son los primeros cambios en el tamaño, forma y número de células.
3. **Lesión de alto grado (LIE AG)** o displasia moderada o severa, son células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales.
4. Lesiones malignas: **Carcinoma In Situ y Carcinoma Invasivo**. Se habla de carcinoma in situ cuando sólo afecta a la capa de células de la superficie del cérvix y no se ha diseminado a tejidos cercanos, y de carcinoma invasivo cuando las células anormales se encuentran en capas más profundas del cérvix.



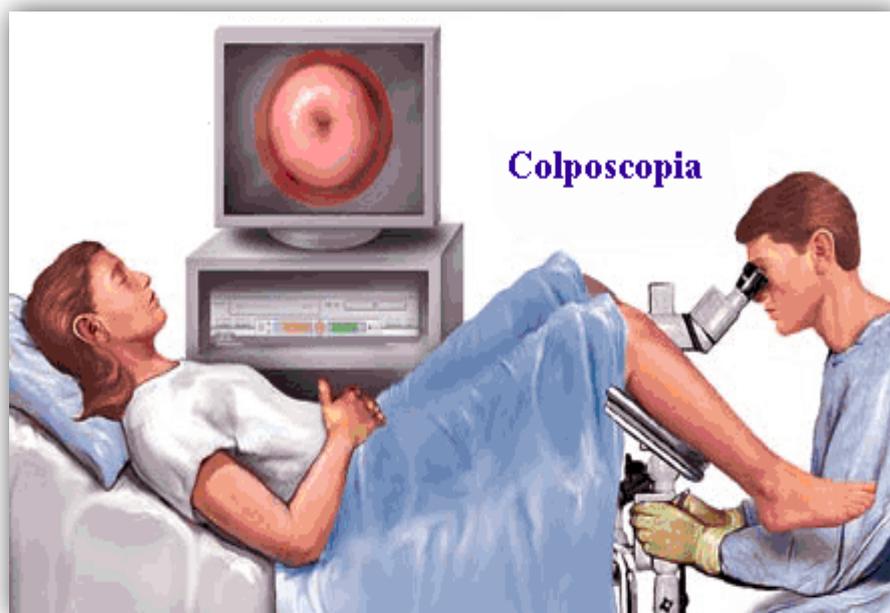
- Ⓢ ASCUS y LIE BG, que son las lesiones más frecuentes, generalmente no necesitan tratamiento, ya que la mayoría se curan espontáneamente, y solo es necesario continuar con los controles periódicos.
- Ⓢ LIE AG y lesiones malignas son menos frecuentes y requerirán un seguimiento más estrecho y generalmente tratamiento. Por esta razón es extremadamente importante que todos los resultados anormales sean seguidos de manera apropiada.

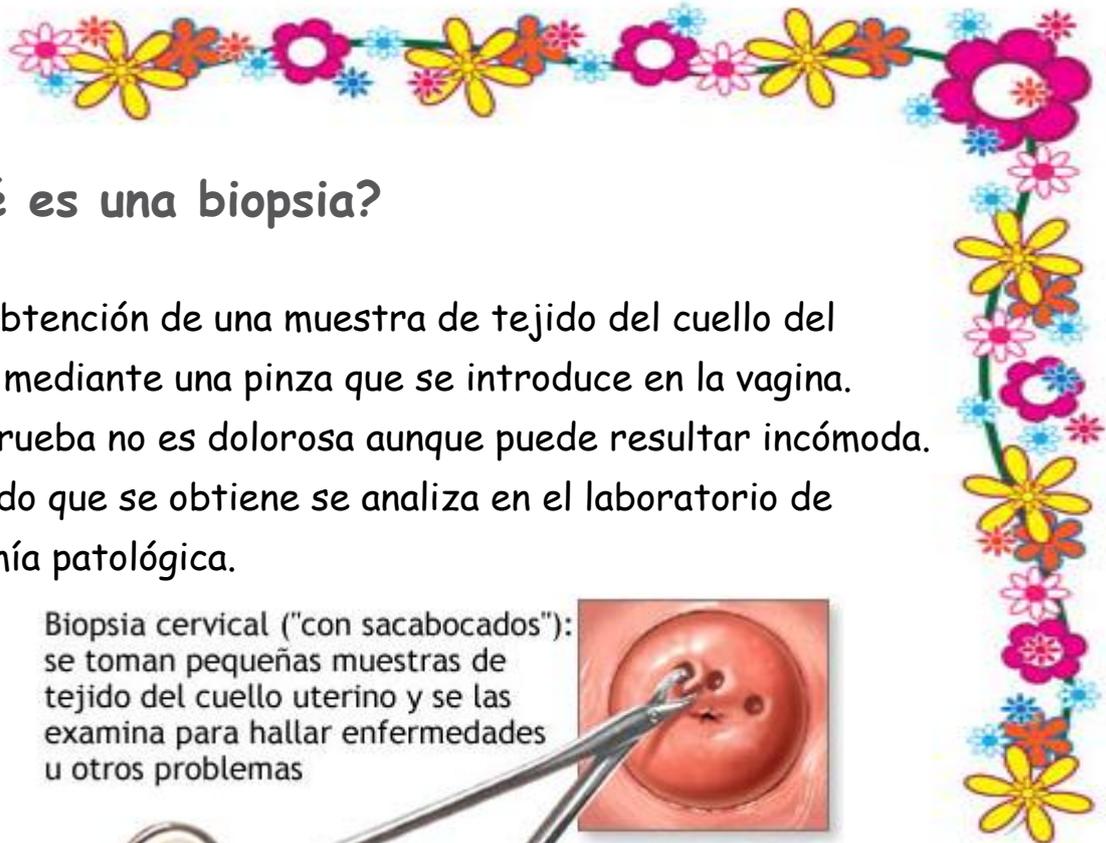
¿Qué otras pruebas se recomiendan cuando los resultados de las citologías no son normales?

¿Qué es una colposcopia?

Es un examen ginecológico, no doloroso, aunque puede resultar incómodo, que permite ver directamente el cuello del útero, mediante un aparato denominado colposcopio, que funciona como una lupa. Permite además poder localizar las lesiones y tomar muestras de tejido para estudiarlo.

Por lo general, este procedimiento puede hacerse en la consulta médica.





¿Qué es una biopsia?

Es la obtención de una muestra de tejido del cuello del útero, mediante una pinza que se introduce en la vagina. Esta prueba no es dolorosa aunque puede resultar incómoda. El tejido que se obtiene se analiza en el laboratorio de anatomía patológica.

Biopsia cervical ("con sacabocados"): se toman pequeñas muestras de tejido del cuello uterino y se las examina para hallar enfermedades u otros problemas



Cuello uterino visto a través del espéculo con la paciente en posición de litotomía

Es la prueba más segura para confirmar el diagnóstico de una citología anormal.

Tras la biopsia es frecuente que se produzca una pequeña pérdida de sangre los días posteriores. Se recomienda no utilizar tampones y evitar las relaciones sexuales con penetración vaginal durante unos días o mientras el sangrado continúe. Si el sangrado persiste deberá consultar con su médica/o.



MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Prevención primaria

El objetivo de la prevención primaria del cáncer de cuello de útero es evitar el contagio y la infección por VPH. Para ello es importante conocer:

- Los Factores de Riesgo y evitarlos (ya descritos anteriormente).
-
- **Cómo protegerse del contagio por el VPH**

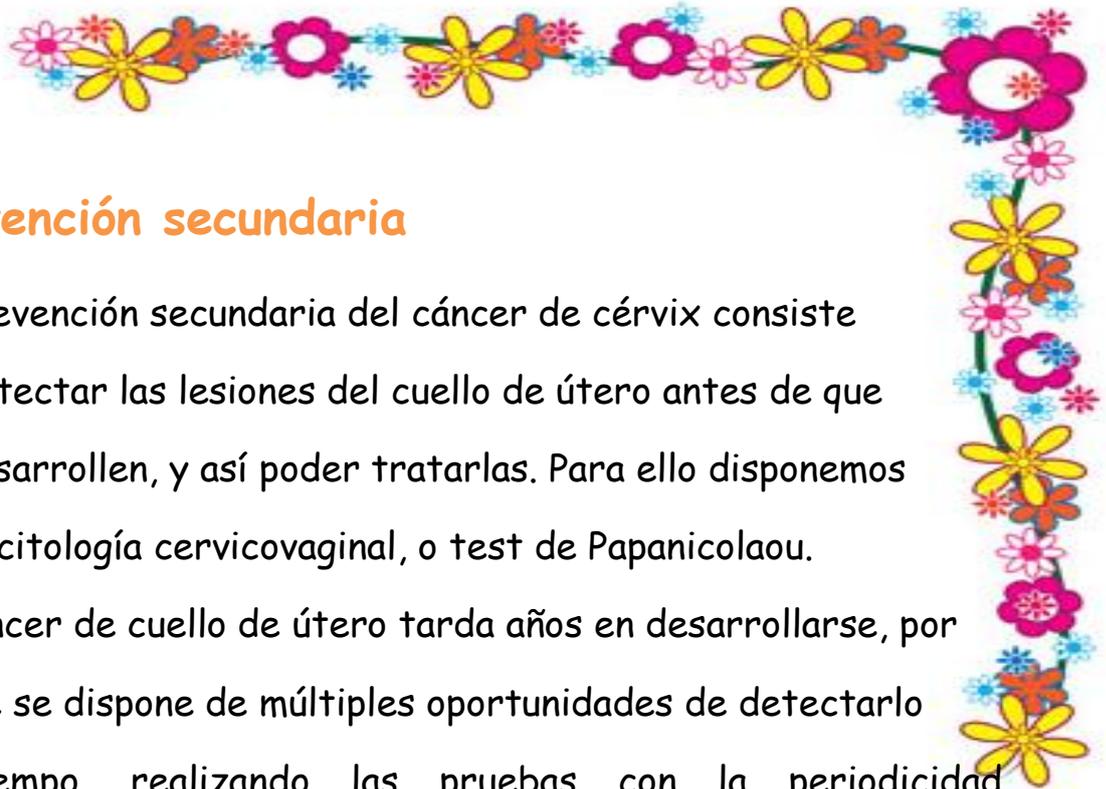
El uso correcto del preservativo, tanto masculino como femenino, y otros métodos de barrera, en las relaciones sexuales vaginales, anales o bucogenitales, reduce el riesgo de infección por VPH y de todas las infecciones de transmisión sexual.



Uso correcto del preservativo femenino



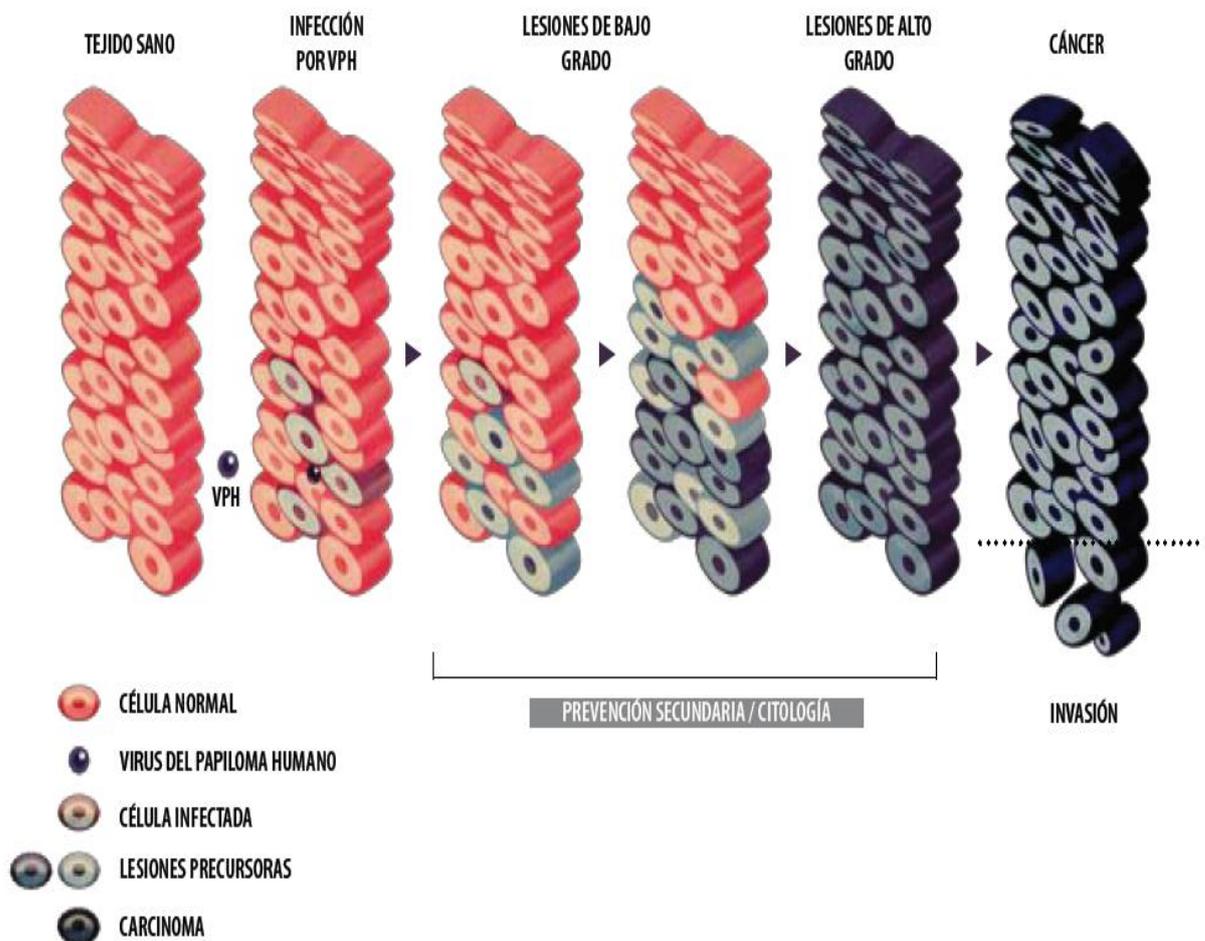
Uso correcto del preservativo masculino



Prevención secundaria

La prevención secundaria del cáncer de cérvix consiste en detectar las lesiones del cuello de útero antes de que se desarrollen, y así poder tratarlas. Para ello disponemos de la citología cervicovaginal, o test de Papanicolaou.

El cáncer de cuello de útero tarda años en desarrollarse, por lo que se dispone de múltiples oportunidades de detectarlo a tiempo, realizando las pruebas con la periodicidad recomendada.



Un Papanicolaou (PAP) a tiempo puede descubrir cualquier anomalía y permitir tratamientos oportunos.



EL PAPANICOLAO, CON LO CUAL HAY MÁS OPORTUNIDADES DE QUE TENGA ÉXITO EL TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE CUELLO UTERINO.

AUTORAS:

Liz Anabel Cevallos Boada

Yomaira Alejandra Recalde Chuquizán

BIBLIOGRAFÍA

1. Alejo M, Sardá M, Verdaguer M, Llongueras S, Autonell J. Evolución de las lesiones escamosas de bajo grado del cérvix uterino. *Revista Española de Patología*. 2006;37:4.
2. Análisis de la situación del Cáncer Cervico-Uterino en América latina y el Carrib(2005), Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
3. Attila T. Lorinez- Richard Reid. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Virus de Papiloma humano. Parte I y II*. 2006.
4. Buitron G, Figueroa R, Bonifaz A, Chassin A, Basurto O, Kuba E, Santibañez J, Cabello R. Correlación clínico-micológica de la candidiasis vulvovaginal. *Ginecol Obstet Méx* 2007; 75(2): 68-72.
5. Centro de Estudios en Población y Desarrollo (CEPAR), Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Quito: varios años.
6. Concha Marcela. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Revista chilena de infectología*. v.24 n.3 Santiago jun. 2007
7. Conferencia de Consenso de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical para determinar el tratamiento óptimo de la paciente con neoplasia intraepitelial cervical. ASCCP Bethesda, 2001.
8. Connor D. El Sustrato histológico de los hallazgos colposcópicos. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2008; 35: 565–582.

9. Corral F, Cueva P, Yépez J, editores. Epidemiología del Cáncer en Quito y en otras regiones del Ecuador. Registro Nacional de Tumores. Quito: SOLCA; varios años.
10. Estrada L. Sistema Bethesda, diez años después. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. Número 6, Abril 2012
11. Faro S, Soper D. Enfermedades infecciosas en la mujer. Editorial McGraw Hill. 2006.
12. Gaitán H, Rubio J, Eslava J. Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva. Rev Salud Pública, Bogotá. 2007;6:3.
13. Instituto Nacional de Cancerología (2007) estrategia optima para la tamización de cáncer de cuello uterino en Colombia. Revista colombiana de Cancerología
14. Instituto Nacional de Cancerología INC. Recomendaciones para el tratamiento de las pacientes con citología reportada con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en Colombia. INC Guías prácticas no1. 2007.
15. Instituto Nacional de Cancerología INC. Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical en Colombia. INC; Guías prácticas no 2. 2007.
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Población y Tasas de Crecimiento, Censo 1950-2001. Quito: INEC. 2005. Disponible en: www.inec.gov.ec

- 17.** Instituto Nacional de Cancerología INC. Recomendaciones para el tratamiento de las pacientes con citología reportada con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en Colombia. INC Guías prácticas no1. 2007.
- 18.** Lacruz C, Di Martino B y Álvarez E. Incidencia de los diferentes tipos de HPV en las lesiones escamosas de cérvix uterino. Rev Esp Patol, (en prensa).
- 19.** Lamadrid S. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. Cad Saúde Púb 1998;14 Sup 1:33-40.
- 20.** Libreros L, Carvallo R, Peraza L, Perez F. Ramirez R. Infecciones vaginales reportadas por citología en pacientes de 20 a 50 años de edad. Revista Informe Medico 2007. 9[3]: 21-23.
- 21.** Madeleine MM, DalingJR, Schwartz SM. Virus del papilloma humano y el consumo de anticonceptivos orales que incrementan el riesgo de adenocarcinoma. Prev. 2001;10(3):171-7.
- 22.** MANUAL DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS. Detección y Control de Cáncer de cuello uterino. Instl. Nacional Cancerología. 2001
- 23.** Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchener H. Cirugía para la neoplasia intraepitelial cervical (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, número 2; Oxford: Update Software Ltd; 2006.
- 24.** Martínez, Silvana Revista Medica Hondureña, 2005.
- 25.** Marzo M, Bellas B, Nuin M, Cierco P, Moreno M, y rubio L (2005). Prevención de cáncer. Atención Primaria, 36, 47-65.
- 26.** OMS Salud Ginecológica en Washington D:C (2006)

- 27.** Oncología Volumen No. 2 Abril/Junio 9 "Tema: Cáncer de Cuello localizado"
- 28.** OPS. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino.
- 29.** Organización Mundial de la Salud. 26. Programa nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. OMS, Washington, D.C., 2006.
- 30.** Pérez A, Echevarria L. Exudado vaginal. Indicación. Aplicación del examen directo a la atención primaria de salud. Rev. Obstet. Ginecol. Cuba. 2006. 17[2]:132-9.
- 31.** PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Bogota: Ed. PROFAMILIA; 2005. Cuadro 15.1.1, p. 384. Disponible en: www.profamilia.org.co.
- 32.** Puig-Tintoré L, Castellsagué X, de Sanjosé S, Cortés X, Torné A, Roura E y cols. Cobertura y factores asociados del cribado del cáncer de cuello de útero en España: resultados de una encuesta poblacional en 17 comunidades autónomas. Bilbao 2005.
- 33.** Puig-Tintore LM, Ordi J, Cararach M, Torne A, Palou Aymerich J. Atlas digital de enfermedades de la vulva. Correlación clínica-patológica y terapéutica. Barcelona: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia; 2005
- 34.** Schiffman M, Castle PE (2005). «La promesa de prevención global del cáncer cervical». N. Engl. J. Med. 353 (20): pp. 2101-4. doi:10.1056/NEJMp058171. PMID16291978.

- 35.** Solomon D, Nayar R. El Sistema de Bethesda para informar la citología cervical. Primera edición. Buenos Aires, Journal, 2005.pp. V- XXV
- 36.** Waxman A MD. Cribado del Cáncer cervicouterino a comienzos de la era posvacunal. *Obstet Gynecol clin N Am* 2008; 35: 537-548.
- 37.** Zsemlye M, Displasia cervicouterina de grado alto: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008; 35: 615.-622.

LINCOGRAFÍA

1. http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/eventosinen/14072009_1658_CA_CERVIX_INEN_2009.pdf
2. <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/documentos2010/DptoGin/ManualPatologiaCervical.pdf>
3. <http://www.slideshare.net/elianacordero/lesiones-pre-ca-cervix-nanitas-work-shop#btnNext>
4. <http://www.ladipap.com/docs/El-Sistema-Bethesda-2001.pdf>
5. http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/Guias_Protocolos/APOYO%20DIAGNOSTICO/MANUALES%20CITOCENTRO/MANUAL%20SISTEMA%20DE%20BETHESDA.pdf
6. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/786_MINSA1091.pdf
7. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.patologia_benigna_cervix.pdf
8. http://www.cervicalcanceraction.org/multimedia/webinar18april2012/CCA_webinar_slides_18April2012.pdf
9. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC071539.pdf>
10. http://gtt-vih.org/aprende/enfermedades_relacionadas/cancer_cervical