



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX
UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS Y SU RESPUESTA A
LOS TRATAMIENTOS APLICADOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD
ONCOLÓGICA SOLCA AMBATO EN EL PERÍODO ENERO –
DICIEMBRE DEL AÑO 2006”**

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Laboratorio Clínico

Autora: Gómez Domínguez, Rosa María

Tutora: Dra. Lozada Núñez, Janeth Pride

Ambato – Ecuador

Marzo 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS Y SU RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS APLICADOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA AMBATO EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2006” de Rosa María Gómez Domínguez estudiante de la Carrera de Laboratorio Clínico, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2009

LA TUTORA

.....
Dra. Janeth Lozada

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS Y SU RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS APLICADOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA AMBATO EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2006”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2009

LA AUTORA

.....
Rosa María Gómez Domínguez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2009

LA AUTORA

.....
Rosa María Gómez Domínguez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS Y SU RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS APLICADOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA AMBATO EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2006”** de Rosa María Gómez Domínguez, estudiante de la Carrera de Laboratorio Clínico.

Ambato, Marzo del 2014

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Cerrando un ciclo más de vida estudiantil, deseo dejar constancia que el presente trabajo que fue realizado con mucha dedicación y esmero, ante todo dando gracias a Dios, se lo dedico a mis queridos Leo Javier y Alejandra Isabel, a mi mamita con el mayor de los cariños y a mi amado padre que nunca se alejó de mi corazón y pensamiento.

Rosa María Gómez Domínguez

AGRADECIMIENTO

Con el mayor de los agradecimiento a DIOS; deseo agradecer de manera especial al Dr. Walter Martínez y la Dra. María Eufemia Heredia los cuales siempre me ofrecieron la mano amiga y son responsables en gran parte de mi culminación universitaria.

En un plano siguiente y no menos especial a las autoridades y docentes profesionales de la Universidad Técnica de Ambato, por todos los conocimientos impartidos, a mi tutora la Dra. Janet Lozada y la Dra. Aída Aguilar por el tiempo la paciencia y dedicación que me prestaron en mi afán de lograr realizar de la mejor manera, veraz y eficiente mi proyecto de investigación.

Rosa María Gómez Domínguez

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
SUMMARY	XI
INTODUCCIÓN	XIII
CAPÍTULO I	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Tema de Investigación.....	1
1.2. Contextualización.....	1
1.2.1. Contextualización Macro.....	1
1.2.2. Contextualización Meso	4
1.2.3. Contextualización Micro	5
1.3. Análisis Crítico	6
1.4. Prognosis.....	7
1.5. Formulación del problema.....	7
1.6. Preguntas directrices	7
1.7. Delimitación del problema	8
1.8. Justificación	8
1.9.Objetivos.....	9
1.9.1 Objetivo General	9
1.9.2 Objetivo Específico	9
CAPÍTULO II	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes Investigativos	10
2.2. Fundamentación Legal	12
2.3. Fundamentación Teórica	13
2.4. Categorías Fundamentales.....	30

2.4.1. Categorización de Variable	30
2. 5. Hipótesis	31
2.6. Variables	31
2.6.1. Variable Independiente	31
2.6.2. Variables Dependiente	31
CAPÍTULO III	32
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. Modalidad de Investigación	32
3.2. Tipo de Investigación	32
3.3. Población o muestra de Estudio	32
3.4. Plan de Recolección de Datos	33
3.5. Plan de Análisis de Datos	33
3.6. Operacionalización de Variables	33
3.6.1. Variable Independiente	34
3.6.2. Variable Dependiente	35
CAPÍTULO IV	36
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	36
4.1. Análisis de Resultados	36
4.2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	37
4.3. Validación de Hipótesis	46
CAPÍTULO V	47
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1. Conclusiones	47
5.2. Recomendaciones.....	48
CAPÍTULO VI.....	49
6.1. Bibliografía	49
6.2. Anexos	50

ÍNDICE DE TABLAS O CUADROS

Tabla # 1 Tiempo de transición de la NIC.....	16
Tabla # 2 Guía Interna del NCI.....	21
Tabla #3 Resultados de la investigación Pre-tratamiento.....	36
Tabla # 4 Referencia de pacientes sin tratamiento.....	37
Tabla # 5 Resultados de la investigación Pos- tratamiento.....	4

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura # 1 Tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino.....	2
Figura # 2 Impacto de cáncer cervico uterino según la edad.....	4
Figura # 3 Progresión del cáncer.....	16
Figura # 4 Toma de muestra Pap- test.....	18
Figura # 5 Células normales de cérvix uterino.....	54
Figura # 6 Células cancerosas.....	54
Figura # 7 Placa de cáncer cervico uterino.....	54
Figura # 8 Células de lesión intraepitelial de bajo grado.....	54
Figura # 9 Células de lesión intraepitelial de alto grado.....	54
Figura # 10 Anatomía del aparato reproductor femenino.....	54
Gráfico 1 Pareto de lesiones.....	37
Gráfico 2 Nivel Educativo.....	38
Gráfico 3 Casos examinados periodo 2006.....	39
Gráfico 4 Tipos de lesiones cérvico uterinas.....	40
Gráfico 5 Tratamiento que siguieron las pacientes.....	41
Gráfico 6 Diagnostico de las pacientes pre- tratamiento.....	43
Gráfico 7 Diagnostico de las pacientes pos- tratamiento.....	44

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

“ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS Y SU RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS APLICADOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA AMBATO EN EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2006”

Autora: Rosa María Gómez Domínguez

Tutora: Dra. Janeth Lozada

Fecha: Agosto del 2009

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer la respuesta de los tratamientos en mujeres que padecieron lesiones premalignas y malignas de cérvix uterino mayores de 35 años, siendo una patología de tipo frecuente y causa principal de muerte dentro de la población femenina; un punto muy alarmante es que dicha patología no presenta síntomas por lo cual es necesario dar a conocer el (Paptest) que es una prueba de detección denominada citología con tinción de Papanicolaou y con esto conseguir el propósito que es llegar a disminuir la incidencia y mortalidad de Cáncer Cervicouterino en las mujeres. Fue de campo y descriptiva, se contó con la técnica de observación indirecta, ya que se realizó un estudio a través de la información escrita de 30 pacientes en SOLCA – AMBATO estableciéndose que la lesión con mayor incidencia es la LIE de alto grado que los tratamientos aplicados en estos casos fueron CONOLLETZ (conización) y la HISTERECTOMIA RADICAL (H.R) de las 30 pacientes, 20 lograron mantener una buena calidad de vida y las 10 restantes no tomaron un tratamiento oportuno, por causas de nivel personal, de ahí la importancia de realizarse un chequeo mediante la prueba antes mencionada.

PALABRAS CLAVES PAPTST, LESIONES CERVICOUTERINAS, CÁNCER_ CERVICOUTERINO, CONIZACION, HISTERECTOMIA _RADICAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL LABORATORY CAREER

“STUDY premalignant and MALIGNANT CERVICAL CANCER IN WOMEN OVER 35 YEARS AND RESPONSE TO TREATMENT APPLIED SERVED IN ONCOLOGY UNIT SOLCA AMBATO IN THE PERIOD JANUARY - DECEMBER OF 2006 ”

Author :Rosa María Gómez Domínguez

Tutor: Dr. Janeth Lozada

Date: August, 2009

ABSTRACT

This research work was to know the answer to the question of treatment in women who have had premalignant and malignant lesions of over 35 uterine cervix is a disease of common type and cause of death in the female population, a point very alarming is that this disease has no symptoms so it is necessary to disclose the (Paptest) is a screening test called Papanicolaou cytology and thereby achieve the purpose is to reduce the incidence and mortality of Cervical Cancer in women. It was field and descriptive , it had the indirect observation, since a study was conducted through written 30 patients SOLCA information - AMBATO establishing the injury with the highest incidence is HSIL treatments applied in these cases were CONOLLETZ (conization) and radical hysterectomy (RH) of the 30 patients, 20 were able to maintain a good quality of life and the remaining 10 did not take timely treatment for reasons of personal level , hence the importance of check performed by the above test.

KEYWORDS

PAPTEST, CERVICAL LESIONS, CERVICAL CANCER, CONIZATION, RADICALHYSTERECTOMY .

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo principal, disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino en las mujeres mediante una adecuada información logrando así acentuar el firme propósito de prevención, para que las mismas se realicen las pruebas necesarias para el diagnóstico adecuado, y de esta manera si lo amerita el caso, acceder a un tratamiento oportuno.

Esta investigación contiene 6 capítulos, que están dirigidos a dar solución y ayudar a la población femenina.

Se presenta el problema que contiene el tema de investigación, la contextualización, el análisis crítico, la prognosis, la formulación del problema, la delimitación del problema, la justificación, y los objetivos; siendo la base de la investigación.

Se planteó la fundamentación teórica y se realizó la formulación de la hipótesis y se adjuntas las variables.

También se detalla sobre la metodología de la investigación, la modalidad, el tipo, y el nivel de la investigación usados, y el plan de la recolección de datos.

Del mismo modo el análisis e interpretación de resultados estadísticos, la cantidad de mujeres que presentaron lesiones leves y severas de cérvix respectivamente y la respuesta con los tratamientos que se les aplicó, detallando las respectivas conclusiones y recomendaciones. Finalmente se adjuntó, la bibliografía y los anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema de Investigación

“ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS Y SU RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS APLICADOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA AMBATO EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2006”

1.2. Contextualización

1.2.1. Contextualización Macro

El cáncer de cuello de útero está estrechamente asociado con la pobreza, el escaso acceso a servicios de salud, la vida rural, el bajo nivel educativo. (Buenos Aires Argentina-Abril 2007).

A nivel mundial, el cáncer de cérvix sigue siendo el tumor más frecuente del tracto genital femenino. Cada año se diagnostican unos 440.000 casos nuevos de cáncer de cérvix en el mundo y, aproximadamente la mitad de las pacientes fallecen a consecuencia de la enfermedad. Estos datos a pesar de los programas de screening (citología cervicovaginal), que fundamentalmente en países en vías de desarrollo, no abarcan todos los sectores de la población.

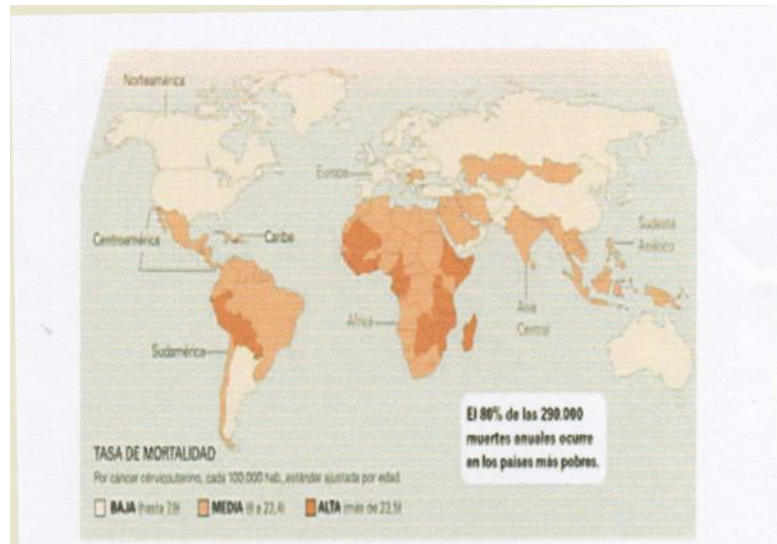


Figura 1: Tasa de mortalidad

En etapas más precoces de la enfermedad, carcinoma in situ y carcinoma microinvasivo, la paciente suele encontrarse asintomática, mientras que aproximadamente el 80% de las pacientes con cáncer invasor presentaran una hemorragia genital como primera manifestación de esta enfermedad. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, que representa alrededor del 60%-70% de todos los cánceres de cérvix. Clásicamente, la cirugía y la radioterapia han sido las dos armas terapéuticas más usadas y de probada eficacia en el cáncer cervical. Actualmente, la quimioterapia está demostrando ser una técnica útil en casos seleccionados.

El pronóstico debido a su diagnóstico en estadios iniciales, no es malo, en general. La tasa de recurrencias oscila entre un 10 y un 20%, de las cuales el 85% suceden en los dos primeros años.

Entre los factores pronósticos confirmados del cáncer de cérvix, se encuentran el estadio clínico (probablemente el más significativo), la afectación ganglionar, la permeación linfocelular, el tamaño tumoral y la profundidad de penetración del estroma. Los factores moleculares están en plena fase de investigación y podrían seleccionar a aquellas pacientes susceptibles de beneficiarse de un tratamiento inicial más agresivo por contar con un peor pronóstico.

El tratamiento quirúrgico Standard por ahora sigue siendo la histerectomía radical a si bien es posible que a tenor del auge que va adquiriendo la linfadenectomía laparoscópica, la operación por vía vaginal resurja con fuerza, porque aunque con series pequeñas los resultados son buenos, similares a los obtenidos en la clásica vía laparotómica.

La histerectomía radical laparoscópica es de desarrollo reciente, y está pendiente de demostrar su utilidad a medida que se lleven a cabo ensayos clínicos amplios y bien diseñados.

La importancia y utilidad de la linfadenectomía en el cáncer de cérvix, es hoy por hoy una evidencia, cumpliendo una función diagnóstica, pronóstica y curativa, según Rock CL, Michael CW, Reynolds RK, Ruffin MT. Prevention of cervix cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2000; 33:169-85.

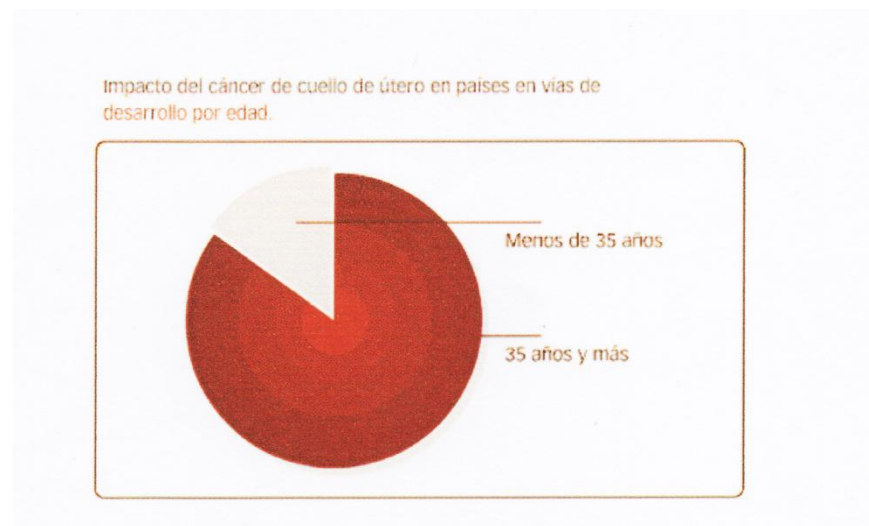
La otra gran arma terapéutica de demostrada eficacia es la radioterapia, mostrando índices de supervivencia semejantes a la cirugía radical en estadios precoces. Sigue constituyendo el tratamiento primario en etapas más avanzadas de la enfermedad Es útil además como complemento postoperatorio en casos de tumores mayores de 4 cm, con afectación parametrial, linfovascular, ganglionar o márgenes afectos y como indicación paliativa hemostática, descompresiva y antiálgica. Actualmente la radioterapia ha disminuido de forma llamativa la tasa de complicaciones debido a los ajustes individuales de dosis y volumen.

La quimioterapia puede ser empleada como uso paliativo (para mejorar la supervivencia en estadios avanzados en casos de recidiva o de metástasis) y, en un intento curativo neoadyuvante o coadyuvante, asociado a otras terapias.

Finalmente, concluimos que en nuestra área se cumplen de forma general las características del cáncer de cérvix recogidas en la literatura para países desarrollados. Constituye una de las entidades en la que el screening se ha demostrado más eficaz, siendo este hecho fundamental para el diagnóstico precoz.

La cirugía se mantiene como tratamiento primario principal, y las tasas de supervivencia, en la actualidad son elevadas. Borrás JM, Borrás J, Vüadiu P, Bosch FX. La epidemiología y la Prevención del Cáncer en Catalunya: 1975-1992. Institut CATALA d'Oncologia (ed). Barcelona, 1997:1-435.

1.2.2. Contextualización Meso



BUENOS AIRES, ARGENTINA (ABRIL 2007)

Figura 2: Impacto de cáncer según la edad

El cáncer de cérvix presenta elevadas tasas de incidencia y mortalidad en América Latina y El Caribe, afecta a los estratos sociales más pobres, en donde ocurren el 80% de los casos.

Perú que participó con dos centros de investigación que releva también el rol de la investigación científica en el Perú, en el desarrollo de nuevas medicinas y nuevas vacunas, señala el reconocido infectólogo Dr. Eduardo Gotuzzo, director del Instituto de Enfermedades Tropicales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú).

El cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud en el país, con una de las tasas de incidencia más altas del mundo. Su incidencia es de 39 casos por cada 100,000 mujeres. El 60% de casos de cáncer de cuello uterino se presenta a mediana edad, entre las edades de 35 a 55 años y un 20% cuando pasan los 65 años. Mientras que de los 20 a 35 años de edad se presenta un 20% de casos de cáncer de cuello uterino.

Es indispensable un cambio de actitud y de objetivo; los especialistas y las autoridades sanitarias tenemos por delante un desafío y una tarea ineludible para beneficio de la sociedad. Y no debiera seguirse repitiendo que "las pacientes consultan tardíamente" y que por eso el 85% de ellas tiene cáncer invasor cuando llega al hospital. Habría que informar y educar a las mujeres sexualmente activas; habría que crear las condiciones para brindar servicios de despistaje en los establecimientos de salud, indica el Dr. Eduardo Gotuzzo, integrante del Comité Ciudadano de Prevención de Enfermedades Transmisibles(Perú).

En Colombia se diagnostican aproximadamente 6.900 casos nuevos de Cáncer de Cérvix cada año y se presentan alrededor de 9 muertes al día por esta enfermedad.

- http://www.rpp.com.pe/portada/salud_y_belleza/56055_1.php
- <http://encolombia.com/anticonceptivos-combinados-riesgos.htm>

1.2.3. Contextualización Micro

En Ecuador, la incidencia reportada por los registros de cáncer de Guayaquil, Cuenca, Manabí, Loja, Máchala y Tungurahua, lo ubican en primer lugar en mujeres. Solo en el registro de Tumores de Quito ocupa el tercer lugar entre 1985-2002, con una tasa estandarizada de 20,3 x 100.000 mujeres.

Los cantones de Baños y Patate presentan tasas de incidencia superiores a 30 x 100.000 mujeres. Baños presenta tasas de incidencia elevadas de cáncer invasor e in situ.

El cáncer de cérvix invasor presenta tasas más elevadas en mujeres sin ninguna instrucción (103) x 100.000 y primaria (24,2 x 100.000 en el período 1996-1999, entre el 2000 y 2003 la tasa en mujeres sin instrucción es 67,4 x 100.000 y primaria 23,9 x 100.000; tasas bajas se observa en mujeres con educación superior. <http://www.radioIaluna.com/eselblog/>

En estos últimos años se ha hecho un profundo análisis de los problemas por los que ha atravesado la lucha contra el cáncer del cuello del útero en el Ecuador y se han conocido importantes aportes de la epidemiología y las ciencias biológicas que obligan a reorientar las actividades de control de cáncer del cuello del útero a fin de conseguir resultados.

Uno de los problemas que tenemos que abordar es el mejoramiento de la calidad en la toma y lectura de citologías cérvico -uterina. Hoy se conoce que las muestras inadecuadas son responsables de hasta el 50% de los resultados falsos negativos, lo que repercute no solo en el aspecto económico, sino que se pone en riesgo la vida misma de la mujer (el laboratorio de SOLCA- Quito ha detectado que alrededor del 12% de las muestras enviadas por los servicios de salud son inadecuadas). • Manual de Capacitación de SOLCA - Ambato año 2.000.

1.3. Análisis Crítico

Dado que el cáncer cérvicouterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres y es la causa principal de mortalidad en ellas, es claro que genera alarma cuando se observa la incidencia y mortalidad que este tiene dentro de la población femenina. Se debe tomar en cuenta que las mujeres que lo presentan no están en una edad determinada, siendo esta razón clave para que la población femenina tome conciencia y desde el inicio de sus relaciones sexuales acuda a los centros médicos a realizarse la prueba de detección para así lograr evitar no solo a las lesiones invasoras como lo es cáncer sino también a las lesiones preinvasoras como lo son las LIES de bajo y alto grado.

Es importante señalar que en general no existen síntomas asociados que nos indique presencia de lesiones a nivel del cuello uterino, motivo por el cual es necesaria la prueba de detección denominada citología con tinción de Papanicolaou.

Este examen consiste en el análisis de las células de la mucosa cervical a fin de identificar oportunamente las anomalías del epitelio, es altamente sensible para la detección de lesiones del cuello uterino.

1.4. Prognosis

El propósito es llegar a disminuir la incidencia y mortalidad de Cáncer Cérvicouterino en las mujeres, mediante una adecuada información en los medios de comunicación así como también en todos los centros educativos, hospitales, SOLCA, e instituciones médicas, sean estas Gubernamentales como no gubernamentales. Lograr acentuar el propósito de prevención en las mujeres que ellas se realicen las pruebas necesarias para diagnóstico cervical y así poder evitar a lesiones premalignas y más aún malignas del cérvix uterino.

1.5. Formulación del problema

¿Cómo responden al tratamiento las pacientes que presentan Lesiones Premalignas y Malignas a nivel de Cérvix Uterino?

1.6. Preguntas directrices

- ¿Qué tipos de Lesiones en el cuello uterino se identifican?
- ¿Qué tratamiento se aplicó?
- ¿Cuál es la respuesta al tratamiento aplicado?
- ¿Qué diferencias hay según la edad de las pacientes en cuanto a la respuesta al tratamiento?

1.7. Delimitación del problema

Delimitación de Contenido:

CAMPO: Salud

AREA: Laboratorio de Citología

ASPECTO: Detección de Lesiones del Cérvix Uterino y Tratamiento.

Delimitación Espacial:

Esta investigación se realiza en el laboratorio de citología de SOLCA - Ambato.

Delimitación Temporal:

Esta investigación se realiza en el área de citología con los datos del periodo entre Enero - Diciembre del 2006.

1.8. Justificación

Este problema se debe investigar porque en el país, al igual que otros en vía de desarrollo, y como no es la excepción la ciudad de Ambato, el cáncer cérvicouterino constituyen un grave problema de salud, por su incidencia. Es importante dar a conocer a la población femenina que el presentar una lesión preinvasora, no quiere decir que está en condiciones de gravedad, más si que requiere atención inmediata para evitar el progreso de la enfermedad, entonces lo que deben saber es que existen tratamientos a seguir y que está al alcance de sus posibilidades económicas, con ello acentuar la importancia que lleva consigo el realizarse una prueba de detección, que se realiza en un corto espacio de tiempo, que no es dolorosa y además de bajo costo.

Con el fin de disminuir el índice de mujeres que presentan esta patología se necesita del apoyo y del trabajo conjunto de todas las Instituciones Médicas, así como también del personal capacitado que labora en las ellas. El cáncer cérvicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se

encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia).

Si se encuentran células anormales, el médico realizará una colposcopia y posteriormente tendrá que extraer una muestra de tejido (este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia) del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para ver si hay células cancerosas.

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

Uno de los logros de la medicina preventiva se puede decir que es la detección temprana del cáncer uterino. En la actualidad se acepta que el diagnóstico precoz de esta entidad pertenece a los problemas de importancia práctica que permiten lograr el mantenimiento de la salud y la capacidad de trabajo de la mujer.

El cáncer de cuello de útero es, después del cáncer de mama, el que con más frecuencia afecta a la mujer, y su curabilidad depende fundamentalmente de su diagnóstico precoz.

1.9. Objetivos

1.9.1 Objetivo General

- Determinar la respuesta al tratamiento en las pacientes con Lesiones Premalignas y Malignas de Cérvix.

1.9.2 Objetivo Específico

- Identificar el tipo de Lesión que presentan las pacientes.
- Establecer los tratamientos aplicados.
- Valorar la respuesta al tratamiento según el tipo de lesión y la edad de las pacientes.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

El cáncer de cérvix era una de las causas más comunes de muerte de cáncer en las mujeres de los EUA. Sin embargo, entre 1955 y 1992, el número de muertes por cáncer del cérvix se redujo en un 74 por ciento. La razón principal para esta caída se debe a la introducción y uso de la prueba del Pap que descubre las células del cérvix anormales para encontrar el cáncer del cérvix temprano.

Ahora la proporción de supervivencia para mujeres con cáncer agresivo temprano del cérvix es 92 por ciento. La proporción de supervivencia de cinco años global (para todas las fases combinadas) es aproximadamente 70 por ciento. Para el cáncer del cérvix no-agresivo, la proporción de supervivencia de cinco años es casi 100 por ciento.

Un factor de riesgo importante para el cáncer del cérvix es la infección con ciertos tipos del virus del Papiloma humano (VPH), la familia del virus que causa las verrugas. Los investigadores han encontrado un riesgo más alto de cáncer del cérvix entre mujeres que comienzan a ser sexualmente activas a una edad temprana y entre aquellas que han tenido muchos compañeros sexuales.

Estas conductas aumentan el riesgo porque contribuyen a una probabilidad mayor de infección por los microorganismos sexualmente transmitidos, incluido el VPH. El riesgo de cáncer del cérvix también es más alto entre las fumadoras y mujeres con sistemas inmunológicos debilitados. Las mujeres que no se realizan las pruebas del Pap regularmente tienen un mayor riesgo. Se cree actualmente que, en muchos casos, el cáncer del cérvix se desarrolla cuando dos o más factores de riesgo actúan juntos.

Estudio del Centro de Investigaciones Hutchinson. Los estudios en colaboración entre los doctores James McDougall, Janet Daling, Steve Schwartz, Peggy Porter, y Denise Galloway, investigadores del Centro Hutchinson, fueron los primeros en demostrar que el material genético del Virus del Papiloma Humano (VPH) se encuentra de forma consistente en los tumores del cérvix, y verificaron la relación entre la infección de VPH y el desarrollo de cáncer. Más recientemente, investigadores del Centro encontraron que una versión específica del Virus, llamada VPH 18, que se encuentra en 30 por ciento de mujeres con cáncer del cérvix, parece estar asociado con una mortalidad del doble de otros cánceres del cérvix.

Nuestros investigadores están investigando ahora por qué ciertas formas de VPH contribuyen al crecimiento celular anormal que puede llevar finalmente al cáncer del cérvix. Por medio de la investigación molecular, los investigadores están determinando qué sectores de las células del cérvix se regulan inadecuadamente en la infección del virus.

Además de estudiar la relación del VPH con el cáncer del cérvix, los investigadores están estudiando los cambios genéticos causados por el virus, para entender bien la sucesión de mutaciones del gen que causa la división celular desenfrenada. Ellos también están trabajando para caracterizar la reacción inmunológica del cuerpo al virus e identificar cómo los anticuerpos al virus se desarrollan en el organismo. Esta investigación podría ayudar en el desarrollo de una vacuna.

En 1997, los investigadores del Centro Hutchinson jugaron un papel importante en el primer logro mayor para la comprensión del cáncer del cérvix en 40 años. Cinco estudios, incluyendo uno coordinado por el Centro Estadístico del Grupo de Oncología de Suroeste (SWOG) mostraron que el tratamiento combinado con quimioterapia y radiación puede reducir a la mitad la frecuencia del cáncer del cérvix y los fallecimientos provocados por la enfermedad, en comparación con la

radiación sola. Los estudios animaron al Instituto Nacional del Cáncer a recomendar que los médicos traten a las pacientes con la terapia de combinación.

Los investigadores también están trabajando para desarrollar opciones de tratamiento para las mujeres con cáncer del cérvix avanzado. Una opción actualmente en estudio es el trasplante de células "nonmyeloablative", también conocido como un mini-trasplante. Este tratamiento es similar a un trasplante de la médula ósea, pero involucra dosis muy bajas de radiación combinadas con drogas inmuno supresoras y el trasplante de células. La meta del procedimiento es establecer un efecto inhibitor del injerto en contra del tumor por el que las células trasplantadas den fuerza al propio sistema inmunológico del paciente y destruyan el tumor.

Mientras el éxito de la prueba del Pap ha aumentado drásticamente la proporción de supervivencia al cáncer del cérvix en los Estados Unidos, no ha sido ampliamente adoptado en muchos países en el mundo donde las muertes del cáncer del cérvix permanecen altas. El Centro apoya activamente proyectos que animan a las mujeres, sobre todo aquéllas de culturas diferentes, a realizarse la prueba del Pap regularmente y exámenes pélvicos para lograr el descubrimiento temprano de la enfermedad. Una muestra de esto es el proyecto Control del Cáncer del Cérvix de las mujeres chinas norteamericanas. El propósito de este proyecto es el aumentar el uso de la prueba del Pap entre las mujeres chino-americanas en Seattle y las mujeres chino-canadienses en Vancouver, Canadá.
<http://www.fhcrc.org/portal/es/enfermedad/cervical.html>

2.2. Fundamentación Legal

La Ley de Maternidad Gratuita: Un adelanto de importancia crucial para la salud reproductiva y los derechos reproductivos

En 1998, el Parlamento del Ecuador aprobó una disposición legislativa memorable, conocida como Ley de Maternidad Gratuita, que garantiza atención

sin cargo de la salud de la maternidad para las embarazadas y sus recién nacidos, acceso a servicios de planificación de la familia para las mujeres en edad de procrear y atención de la salud de los niños hasta los cinco años de edad.

"La Ley consta de unas 43 disposiciones diferentes que cubren todos los aspectos de la atención médica durante el embarazo y después del parto", dijo Soledad Puente,

Directora Ejecutiva del Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU), organismo gubernamental. "La Ley se aplica a todas las mujeres en edad de procrear, entre 15 y 49 años de edad. También prevé la provisión gratuita de anticonceptivos y de asesoramiento sobre planificación de la familia, entre otros servicios".

www.conasa.gov.ee/Ley%20de%20Maternidad%20Gratuita.pdf

2.3. Fundamentación Teórica

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERNO

La historia natural de la NIC precoz es importante por su relación con el tratamiento. Una revisión de la literatura de los últimos 40 años sugiere una mayor probabilidad de persistir o de progresar entre las lesiones más avanzadas (NIC III) que el NIC 1. Se ha apreciado que la NIC III puede regresar espontáneamente; pero, lo que es más importante, parece que en más del 15% de las ocasiones la lesión progresa a cáncer, mientras que la NIC 1 progresa a cáncer sólo en un 1 % de las ocasiones. Parece que la regresión y la persistencia de la NIC 1 y II son similares. Si pudiera predecirse, la evolución final de una paciente determinada que se presenta con un frotis de Papanicolaou anómalo, el problema del tratamiento se vería enormemente simplificado. Es evidente que no todas las pacientes con células cervicales anormales desarrollan cáncer del cuello uterino, ni siquiera progresan a NIC. Por tanto, debe hacerse un seguimiento de toda paciente con cualquier grado de displasia.

Desgraciadamente, la mayor parte de los estudios realizados sobre la historia natural de esta enfermedad se llevaron a cabo cuando todavía no existían las técnicas diagnósticas de que se dispone hoy día y, concretamente, de la colposcopia. En la mayor parte de los estudios se empleaban pruebas citológicas o biopsias como medios de diagnóstico, lo que daba lugar a índices de progresión/regresión cambiantes. Kessler revisó muchos de los estudios sobre el comportamiento biológico de la displasia cervical.

La incidencia de progresión de las lesiones de NIC hacia formas más graves o cáncer invasor varía del 1,4 al 60%. Resulta interesante que en los dos estudios con mayor variabilidad se empleasen exclusivamente pruebas citológicas en el seguimiento de las pacientes. Se han estudiado con detalle los problemas que plantea la realización de un diagnóstico definitivo empleando esta técnica, apreciándose considerable variación incluso en las mejores manos.

Cuando se realizan biopsias, especialmente si la lesión es pequeña, la historia natural de la enfermedad puede verse alterada, complicando aún más la valoración de esta entidad. Incluso los estudios realizados sobre el comportamiento biológico del carcinoma cervical in situ presentan diversos resultados, informándose de progresión a cáncer invasor hasta en un 50% de los casos. Las diferencias existentes entre estos hallazgos pudieran muy bien deberse a la duración del seguimiento una vez establecido el diagnóstico de carcinoma in situ. Algunas pacientes con NIC desarrollan cáncer invasor, mientras que otras, incluso después de muchos años de seguimiento, no progresan a formas más graves de NIC o a cáncer invasor.

Parece deducirse de estudios recientes que la NIC está diagnosticándose a edades mucho más tempranas. En nuestro material la edad media de carcinoma in situ del cuello uterino ha descendido de aproximadamente los 40 años a los 28. Puede que esto refleje sólo el hecho de que la detección selectiva de pacientes de alto riesgo se hace antes, lo que se deriva en el diagnóstico en pacientes más jóvenes. Puesto que la mayoría de estas mujeres desea tener hijos y en muchos casos no han

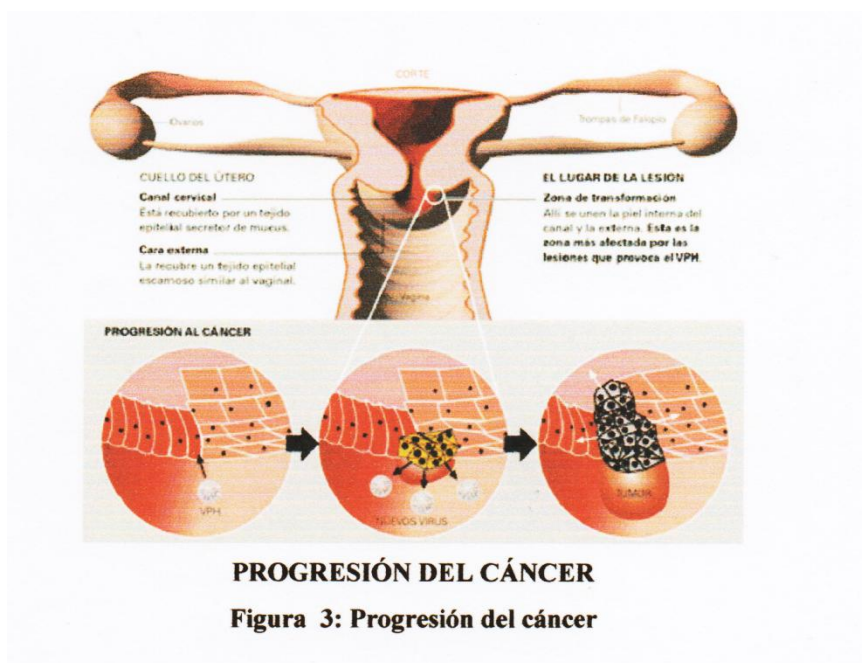
formado todavía una familia, la conservación de la integridad del cuello y el útero resulta de suma importancia. En un análisis de aproximadamente 800 pacientes con NIC, realizado en el DukeUniversity Medical Center, se apreció que un 30% de las enfermas tenía 20 años o menos cuando se estableció el diagnóstico. Se encontró nuliparidad en aproximadamente una cuarta parte de la población, teniendo un 60% de las pacientes un hijo o ninguno. Más del 95% de ellas habían tenido relaciones sexuales a los 20 años, y la mitad eran sexualmente activas a los 16 años. Más de la mitad de estas pacientes tenían tres compañeros sexuales o más. En aproximadamente la mitad de las pacientes el diagnóstico de NIC se estableció en los 5 años posteriores al inicio de su actividad sexual. La realización precoz de pruebas selectivas en estas pacientes, cuando acuden a solicitar algún método anticonceptivo o atención médica por alguna otra causa, es muy importante y debe hacerse de forma rutinaria. Esto explicaría por qué el diagnóstico se hace a mucha menor edad.

De hecho, no es en absoluto raro encontrar pacientes al final de la adolescencia o al comienzo de la tercera década de la vida con carcinoma in situ del cuello uterino. Por tanto, la lesión puede identificarse pronto en el espectro de la enfermedad, y una paciente determinada puede continuar con una NIC durante un período prolongado, incluso después de haber alcanzado el nivel de lesión NIC III. En la tabla 1 -2 se muestra el tiempo de transición de la NIC en nuestras pacientes (DukeUniversity Medical Center).

Las que progresan a carcinoma in situ lo hacen en un intervalo muy corto, Una vez alcanzado dicho nivel de anormalidad, en muchas de esas pacientes puede observarse estabilización. Hasta la fecha no hay forma alguna de predecir qué paciente se mantendrá dentro de la misma categoría de NIC, cuál progresará a alguna otra forma más grave de NIC o cáncer invasor y cuánto tardará en ocurrir dicha transición.

Tabla 1 Tiempo de transición de la NIC	
Estadios	Media de años
Normal a displasia leve – moderada	1.62
Normal a displasia moderada – grave	2.20
Normal a carcionom <i>in situ</i>	4.51

Fuente: Tomado De Oncología Ginecología Clínica Philip J. Disocia, M.D. William T. Creasman



El cáncer de cuello de útero no se forma repentinamente. En sus inicios, algunas células pasan de ser normales a ser células precancerosas, y luego cancerosas. Este proceso de cambio puede tomar varios años. Las lesiones precancerosas de bajo grado se llaman neoplasia intraepitelial leve o neoplasia intraepitelial cervical 1 (CIN 1, por sus siglas en inglés). Son cambios precoces en el tamaño, forma y número de células que forman la superficie del cuello del útero.

<http://www.msd.com.ar/msdar/corporate/press/hpv/noticial.html>

Citología

Como ya se ha señalado, la citología genital ha tenido un impacto fundamental sobre la incidencia y el índice de mortalidad del cáncer cervical.

Una de las mayores fuentes de preocupación para los médicos la constituye la variable terminología empleada, que ha dado como resultado la falta de significado en cuanto a su repercusión clínica. Muchos citólogos pasaron a emplear términos descriptivos (displasia o, más reciente, NIC) para indicar su impresión diagnóstica del frotis. En la mayor parte de los casos esta terminología resultó clínicamente útil. En un intento de aclarar la variada terminología, se desarrolló en 1988 el BethesdaSystem. Aunque este nuevo sistema se ha empleado posteriormente en un número cada vez mayor de laboratorios citológicos, fundamentalmente debido a órdenes federales, muchos han preguntado si supone una mejoría real sobre el antiguo sistema descriptivo. Varias de las recomendaciones del BethesdaSystem tienen un impacto fundamental sobre el tratamiento clínico:

1. Valoración de la idoneidad de la muestra para su estudio diagnóstico. En general, esta información resulta nueva y positiva. Si hay falta de células (escasez celular) o material extraño en el frotis que lo hagan poco satisfactorio para su interpretación, debe informarse al médico de ello.
2. Infecciones. El BethesdaSystem enumera las infecciones cuya presencia puede sugerirse a partir del examen citológico. Aparentemente éste es un aspecto fundamental del informe citológico requerido por la legislación federal.
3. Anomalías de las células epiteliales. El BethesdaSystem ha desarrollado nuevas directrices en relación con estos criterios.
 - a. **Atipias.** Esta denominación, empleada adecuadamente, será de gran utilidad para los médicos. El término atípico se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada (ASCUS). Esta terminología no debe emplearse como diagnóstico de entidades definidas. En el informe se debe incluir una recomendación

sobre las acciones que pudieran ayudar a determinar el significado de las células atípicas (p. ej., atrofia debida a privación hormonal).

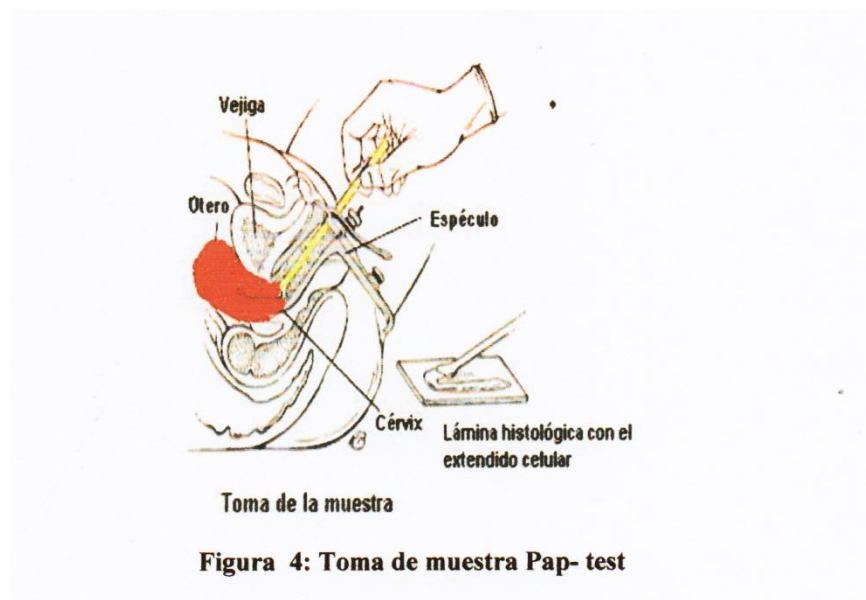
b. Lesiones intraepiteliales escamosas (LIE). El Bethesda System ha designado dos nuevos términos diagnósticos dentro de esta categoría.

1) LIE de bajo grado incluye los casos con cambios celulares asociados con VPH y los asociados con displasia leve (NIC I)

2) LIE de alto grado incluye los casos con cambios celulares que sugieren displasia moderada o grave, así como carcinoma in situ (NIC II y III)

- **Ginecología de Bernard Blanc - León Boubli (2da. Edición)**
- **Oncología Ginecología Clínica Philip J. DiSaia, M.D. Willian T. Creasman, M.D. (5ta. Edición)**

Valoración de un frotis cervical anormal



En la actualidad la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está proponiendo la utilización de otra prueba, para América Latina, que afirman que es más segura que el Papanicolaou y menos costosa, se denomina "Tamizaje y tratamiento" y utiliza la inspección visual con ácido acético, para detectar células anormales en el cuello del útero y luego suministra tratamiento inmediato con crioterapia, para los pacientes que tienen células precancerosas. Los estudios fueron realizados por la

Alianza para la Prevención del Cáncer Cérvicouterino, del cual es miembro la OPS, con apoyo de otras organizaciones.

- Dra. CM Irene de la C. Rodríguez Pérez Departamento de Histología. ICBP "Victoria de Girón"
- Dra. Mirta Ríos Pérez. Especialista de primer grado en Histología

Para comprender totalmente nuestras recomendaciones de tratamiento ante un frotis cervical anormal, deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

1. El frotis citológico cervical de Papanicolaou, o prueba de Papanicolau, no es un elemento diagnóstico, sino un mecanismo de detección selectiva. El diagnóstico depende de una biopsia tisular.
2. La prueba de Papanicolaou sólo es válida para la detección selectiva de la NIC. Las afecciones neoplásicas del cuerpo, las trompas o los ovarios rara vez están asociadas con hallazgos citológicos cervicales positivos.
3. La prueba de Papanicolaou debe llevarse a cabo con cuidado si se pretende una máxima exactitud. Deben tomarse las muestras de la zona de transformación del cérvix, en la que aparentemente se originan la mayor parte de las lesiones. En la mujer posmenopáusica esta zona puede hallarse en las porciones más superiores del canal endocervical. La toma de muestras para todo frotis cervical debe permitir evaluar tanto el epitelio del cuello uterino mediante raspado (generalmente empleando una espátula de madera o plástico) y el epitelio del endocérvix situando un cepillo o un dispositivo similar de muestreo celular en el interior del canal o aspirando el contenido del canal mediante una pipeta. Ambas muestras pueden situarse en el mismo portaobjetos, minimizando de este modo los cortes del proceso.
4. Deben considerarse todas las explicaciones posibles que justifiquen los hallazgos citológicos anormales.

ASCUS: Este término no debería sustituir la categoría previa de Clase II o atipia. Está limitado a las anomalías epiteliales que son de significado incierto. Un diagnóstico de ASCUS no debería darse en más del 5% de los frotis. La

frecuencia de ASCUS en la población estudiada puede tener una proporción de 2 a 3 veces mayor que la LIE. A menos que el estudio se realice sobre población de alto riesgo, una proporción mayor de ASCUS puede representar un sobreabuso de este diagnóstico. La posibilidad de identificar pacientes con LIE que tienen un frotis de ASCUS depende del número (porcentaje) de ASCUS diagnosticados por el laboratorio y, por tanto, puede determinar el esquema de tratamiento. En un estudio se identificó LIE de alto grado en el 13% de los diagnósticos de ASCUS cuando el porcentaje de frotis era el 5%. Cuando la proporción de ASCUS subía hasta el 10%, sólo el 4% tenían LIE de alto grado.

- Las pacientes con ASCUS en el frotis pueden seguirse sin colposcopia. Los frotis se repiten cada 4-6 meses durante dos años hasta que haya habido tres frotis consecutivos negativos. A partir de ese momento, la paciente puede ser monitorizada rutinariamente. Si aparece un segundo resultado de ASCUS durante los dos años, se debe considerar la colposcopia.
- Los frotis con ASCUS con inflamación grave deben reevaluarse en 2-3 meses. Si se identifican infecciones específicas se deben tratar y se debe realizar reevaluación con frotis. En ausencia de un diagnóstico específico, un tratamiento empírico vaginal no está indicado.
- En una mujer posmenopáusica con ASCUS y sin terapia hormonal sustitutiva, puede ser útil en el tratamiento un ciclo de tratamiento tópico con estrógenos. Si tras el tratamiento con estrógenos permanece el diagnóstico de ASCUS, se debe considerar la colposcopia.
- Si el citólogo cree que puede existir un proceso neoplásico bajo el diagnóstico de ASCUS, se debe considerar un estudio más detallado.
- El diagnóstico de ASCUS en una paciente de alto riesgo, como por ejemplo aquella con un frotis previo alterado, justifica considerar la colposcopia.
- Otras técnicas de clasificación, como el estudio de tipos de VPH y la cervicografía pueden ser útiles. Dado que la tecnología para el estudio de tipos de VPH cambia rápidamente, estas técnicas deben ser utilizadas solamente por médicos que conozcan sus limitaciones.

Tabla 2

GUIA INTERNA DEL NCI PARA LAS CITOLOGIAS CERVICALES ANÓMALAS		
ASCUS Seguir cada 4-6 meses x 2 años		
<p><u>Frotis anormal</u> continuado</p> <p><u>frotis anormal</u> persiste</p> <p><u>frotis anormal paciente</u> o ir directamente a</p> <p><u>Considerar</u></p>	<p>1. Inflamación graves tratar infección específica y repetir</p> <p>2. Mujer PM sin tratamiento estrogénico tratar con estrógenos locales y repetir</p> <p>3. ASCUS definido como proceso neoplásico por el citólogo</p> <p>4. Paciente de alto riesgo (es decir, frotis previo anormal)</p> <p style="text-align: center;">LIE bajo grado repetir como en ASCUS o ir directamente</p>	<p><u>3 frotis normales consecutivos</u></p> <p><u>3 frotis normales consecutivos</u></p> <p><u>3 frotis normales consecutivos</u></p> <p><u>3 frotis normales consecutivos</u></p>

Fuente: Tomado de Oncología Ginecología Clínica Philip J. Disocia, M.D. William T. Creasman, M.D. 5ta (Edición)

LIE de bajo grado

1. La misma directriz que se ha pautado en el número 1 para el ASCUS puede ser una opción. Si los frotis repetidos muestran anomalías persistentes, están indicadas la colposcopia y la biopsia dirigida.
2. La colposcopia, el curetaje endocervical y la biopsia dirigida de cualquier anomalía en el ectocérvix son también opciones apropiadas.

«No se recomienda la electroescisión rutinaria del área que no tiñe como un método para evaluar un frotis positivo diagnosticado como LIE de bajo grado o ASCUS.»

3. El uso de técnicas de detección selectiva secundarias como se ha descrito en el punto 6 sobre el ASCUS también puede aplicarse a la LIE de bajo grado.

Las opciones terapéuticas tras el diagnóstico histológico de LIE de bajo grado incluyen las siguientes.

1. Escisión local.
2. No tratamiento para pacientes capaces de realizar el seguimiento, dado que el 60% de las LIE de bajo grado regresan espontáneamente.
3. «La extirpación sin confirmación histológica del diagnóstico es inapropiada e inaceptable».

LIE de alto grado

1. Colposcopia con biopsia dirigida.

Células glandulares atípicas de significado incierto

Estas células debe intentarse clasificadas en reactivas o neoplásicas.

Si existe sospecha de adenocarcinoma in situ, el endocérnix debe ser evaluado, probablemente con conización.

Como se puede ver en lo anterior, existen varias opciones, particularmente en los casos de ASCUS y LIE de bajo grado, lo que indica probablemente una falta de conocimiento de la historia natural y de la actividad biológica de las diversas lesiones precoces.

COLPOSCOPIA

Se debe someter a ella a toda paciente que presente anomalías en el frotis cérvicovaginal de detección precoz.

En la exploración sin preparación, el cuello puede no presentar anomalía. Suele haber una zona roja de importancia variable, casi siempre en situación periorificial. Esta zona enrojecida indica una congestión localizada lesional, lo cual permite diferenciarla de las congestiones difusas que se observan en las colpitis y en otras lesiones inflamatorias. Después de unos toques del cuello con ácido acético al 2%, el epitelio displásico se blanquea, ya que contiene abundantes proteínas en el citoplasma y los núcleos que sufren una coagulación transitoria. Esta reacción acidófila es variable, a veces muy intensa y otra más discreta. Sobreviene en 20-30 seg. y desaparece al cabo de 2 min. aproximadamente. La congestión del estroma sublesional reaparece entonces y se hace especialmente visible en el seno del epitelio displásico, que, ha conservado una cierta acidofilia. En función del espesor del epitelio acidófilo, de sus relaciones con las glándulas endocervicales y de la importancia de la congestión del estroma, pueden aparecer tipos diferentes de imágenes elementales, como zona blanca, plana, sobrealzada, zona puntiforme, aspecto de mosaico, orificios glandulares cercados.

Después de un baño con lugol, la zona displásica es lugolnegativa, ya que el epitelio que la recubre es pobre o carece de glucógeno. Las zonas periféricas suelen presentar límites borrosos, lo que indica el potencial evolutivo de la lesión. Se trata, pues, de una lesión de transformación atípica de grado 2 (TAG2) de la clasificación de la Sociedad Francesa de Colposcopia. Este tipo de lesión debe ser biopsiado para estudio histológico. Es indispensable precisar los límites de la zona displásica y, sobre todo, situar la zona de unión. Si ésta no es visible es necesario buscarla en el endocuello, separando los dos labios del orificio anatómico externo mediante una pinza o por aplicación de un espéculo cervical o un microcolposcopio.

La colposcopia permite obtener las biopsias de las zonas más sospechosas (zonas blancas congestivas, imágenes de cercos glandulares).

MICROCOLPOSCOPIA

La microcolposcopia realizada con el microcolpohisteroscopio de J. Hamou está indicada cuando la línea de unión entre los epitelios pavimentoso y cilíndrico permanece invisible en colposcopia. Permite observar esta unión sin riesgo de error sólo si la línea está a menos de 2 cm del endocuello; en casos de lesión sospechosa y extensa en colposcopia, permite además orientar las tomas biopsicas.

Los aspectos anatomopatológicos están caracterizados por la irregular disposición de las células superficiales y la existencia de anomalías nucleares (a gran aumento)

BIOPSIA

Las biopsias se realizarán:

- Con pinza sobre las lesiones poco extensas y poco profundas, visibles en colposcopia. Serán múltiples en caso de lesiones extensas;
- Con asa diatérmica en caso de lesiones extensas y profundas que invaden las glándulas;
- Mediante legrado del endocuello con legra de Kevorkian, que se debe realizar sistemáticamente para no omitir una lesión endocervical asociada.

El fragmento biopsico debe tener suficiente espesor para permitir un estudio histológico completo. El diagnóstico de displasia se consolida si existen trastornos de la diferenciación y de la maduración celular, coexistentes con la integridad de la membrana basal. Según la importancia topográfica de la lesión en el seno del epitelio pavimentoso, se distinguen:

- displasias leves, o CIN 1 o CIN de grado bajo, cuando las anomalías celulares se localizan en el tercio inferior de las capas celulares C4-C5;
- displasias moderadas, o CIN 2 o CIN de grado alto, cuando las anomalías asientan en los dos tercios profundos del epitelio (C3 a C5);
- displasias graves, o CIN 3 o CIN de grado alto, cuando las anomalías afectan todo el epitelio.

TIPIFICACIÓN VÍRICA

La identificación vírica no es necesaria en caso de displasia, ya que la demostración de un papilomavirus oncogénico no modifica la estrategia terapéutica.

La tipificación vírica parece necesaria en ciertas situaciones:

- recidiva de una displasia, a pesar de un tratamiento conservador aparentemente bien conducido;
- penetración endocervical profunda de una displasia de grado bajo (CIN 1 exocervical). En caso de papilomavirus oncogénico, se puede considerar la práctica de una conización.

Evolución

Las displasias del cuello pueden curar o estabilizarse, pero el riesgo mayor lo constituye la agravación a una displasia más grave o un cáncer in situ.

En el pasado, era clásico que una displasia leve evolucionara hacia el cáncer in situ en 6 años, una moderada en 3 y una grave en 1. En la actualidad, esta evolución parece ser más rápida, debido posiblemente a la influencia de varios factores:

- actividad sexual precoz, antes de los 17 años;
- parejas múltiples;

Evolución de las displasias

Displasias leves

10% agravación

40-50% estancamiento

40-50% regresión

Displasias moderadas

20% agravación

50-60% estancamiento

20-30% regresión

Displasias graves

40-50% agravación

50-60% estancamiento

10-20% regresión

TRATAMIENTO

Displasia leve

El tratamiento nunca es urgente, ya que la lesión puede desaparecer espontáneamente en algunos meses. Por tanto, es necesario control citológico y colposcópico. Si al cabo de 6-9 meses la lesión persiste, es preferible destruir la mediante láser CO₂, preferible a la crioterapia o a la electrocoagulación por la calidad de la cicatrización y la profundidad de la vaporización. Esta vaporización láser no necesita anestesia local. Es preciso destruir toda la lesión, rebasándola 5 mm sobre tejido sano, y destruyendo en una profundidad de unos 7mm, de forma que se aniquilen eventuales criptas glandulares displásicas, ya que el fondo de éstas no sobrepasa los 6 mm de profundidad. Las secuelas operatorias son escasas y la cicatrización se produce en unos 15 días.

En caso de lesión profundamente penetrante en el cuello, parece deseable la tipificación vírica a fin de concretar el carácter potencialmente oncogénico de la lesión.

Displasias moderadas

Se trata de una lesión más evolutiva y con actitud más agresiva. Esta lesión sí precisa tratamiento.

El tratamiento estará guiado por el aspecto colposcópico. En caso de lesión poco extensa, detectada en su integridad por colposcopia y que no invade las glándulas, estará indicado un tratamiento destructivo mediante láser C02 que llegue hasta el tejido sano. En caso de invasión glandular, es preferible realizar una resección profunda con asa diatérmica o una hemiconización en función de la situación de la zona displásica, para permitir un estudio histológico precisado por cortes seriados. Si una displasia moderada penetra en profundidad en el conducto cervical, es preferible realizar una conización diagnóstica para no omitir alguna lesión más grave del endocuello.

Displasia grave

Toda displasia grave debe tratarse mediante exéresis quirúrgica que rebase el tejido sano; estará guiada por los datos colposcópicos.

La conización estará indicada en caso de lesión bifocal extensa y de lesiones mal exploradas en colposcopia y penetrantes en el conducto endocervical. Será lo más económica posible, a efectos de no hipotecar el porvenir obstétrico de estas pacientes. Debe dejar un orificio externo ampliamente permeable que permita un control cito lógico y colposcópico ulterior adecuado. En caso de conización baja (cono inferior a 10 mm), nosotros ya no practicamos recubrimiento vaginal para lograr estos objetivos. En caso de conización media o alta (cono superior a 10 mm), practicamos dos semi puntos rebatidos con ercedex 4 xo, a título hemostático. No deben aplicarse ya los puntos de Sturmdorff, dado que incluyen la vagina demasiado profundamente en el conducto endocervical y dificultan el control citológico y colposcópico posterior.

La resección con asa diatérmica puede realizarse en caso de lesión poco extensa, enteramente visible en colposcopia y unifocal, llegando hasta el tejido sano. Algunos equipos, siguiendo los trabajos de MA. Bruhat, han propuesto en casos de lesiones CIN 3 enteramente visibles en colposcopia, la vaporización láser C02 de estas lesiones. Esta actitud puede entenderse si se ha establecido una

«cartografía colposcópica» irreprochable con biopsias múltiples, de forma que no pase inadvertida una micro invasión. La vaporización destruye toda la zona patológica, desbordando hasta unos 10 mm el tejido sano. En profundidad, hay que penetrar más de 7 mm en el tejido conjuntiva, de manera que se sobrepasen las criptas glandulares más profundas. Las indicaciones de una histerectomía deben ser excepcionales y reservarse a los casos en que existen lesiones asociadas que justifiquen una intervención quirúrgica.

Control tras la conización

Debe realizarse de forma rigurosa, siguiendo un protocolo estricto. Durante el primer año:

- frotis de diagnóstico 3 meses después de la conización;
- colposcopia al cabo de 6 meses;
- frotis al cabo de 9 meses.

Si estos resultados son normales, se alternarán un frotis y una colposcopia cada 6 meses durante 5 años.

Ginecología de Bernard Blanc - León Boubli(2da. Edición)

Oncología Ginecología Clínica Philip J. DiSaia, M.D. William T. Creasman, M.D. (5ta. Edición)

El VPH, virus del papiloma humano, es uno de los más temidos por las mujeres si de su salud ginecológica se trata. Es en realidad un virus que incluye más de 100 tipos o cepas diferentes, algunas de las cuales son consideradas de alto riesgo. Esto se debe a que años atrás se descubrió que estas cepas son responsables del 98 por ciento de los casos de cáncer de cuello uterino.

Como una de las vías de transmisión del VPH son las relaciones sexuales, tanto mujeres como hombres corren el riesgo de contraer alguna de las cepas malignas. Por eso, los especialistas estiman que además de dar origen al cáncer de cuello uterino, algunas de esas cepas malignas también desempeñan un papel importante en el cáncer de ano, vagina y pene.

Por eso, y con el objetivo de disminuir los casos de cáncer de cuello uterino, las organizaciones de salud de todo el mundo han elaborado una serie de

recomendaciones. La Asociación Médica Americana aconseja, por ejemplo, mantener relaciones sexuales con una pareja estable y hacerlo con preservativo

Otra medida fundamental que forma parte de numerosas campañas de salud consiste en la detección temprana de las lesiones que las cepas nocivas de este virus puedan causar en el cuello uterino. La OPS considera que si bien el cáncer cérvicouterino es una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, es la neoplasia que presenta el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. De hecho, considera que se trata de una enfermedad prevenible y curable con bajo costo y bajo riesgo, si los gobiernos garantizan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres asintomáticas. Si se logra que las mujeres concurren periódicamente al ginecólogo para realizar la prueba de Papanicolaou (que revela la presencia del virus), quienes obtengan un resultado positivo podrán ser tratadas en forma temprana y se evitará que la lesión se transforme en cáncer. Los especialistas creen que así disminuirá el número de mujeres que enferman, y por ende mueren, de cáncer de cuello uterino.

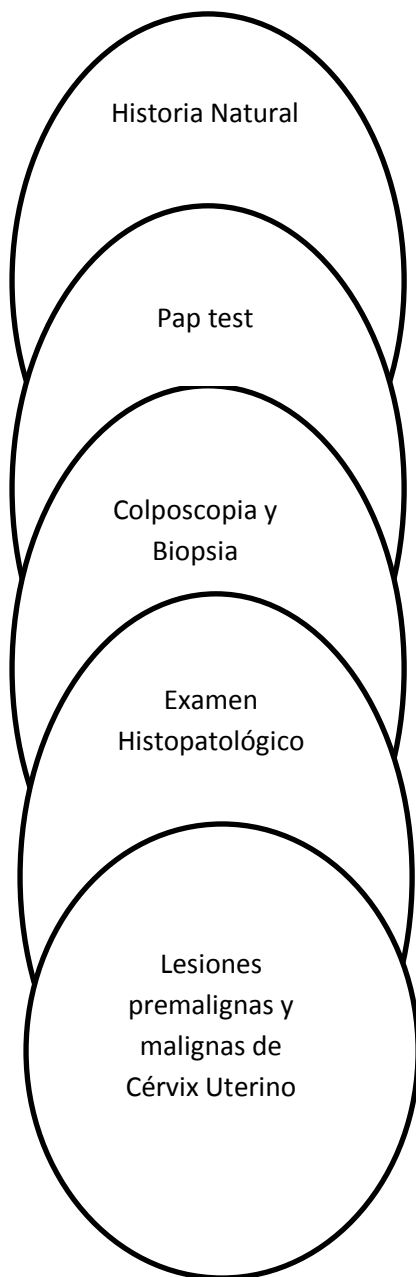
Además de esto, en poco tiempo las mujeres contarán con un arma más contra el cáncer de cuello uterino, una vacuna contra algunas de las cepas más dañinas del VPH. Esta vacuna se está desarrollando en dos laboratorios y está a la espera de la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos. Los científicos son optimistas y consideran que antes de fin de año puede estar en venta, ya que un estudio reciente dio como resultado la prevención del cien por ciento del precáncer cervical y del cáncer de este tipo no invasivo.

<http://www.eluniverso.com/2005/11/16/1100/94665e684ae244469389clbcOa468eb7.html> EUI D=

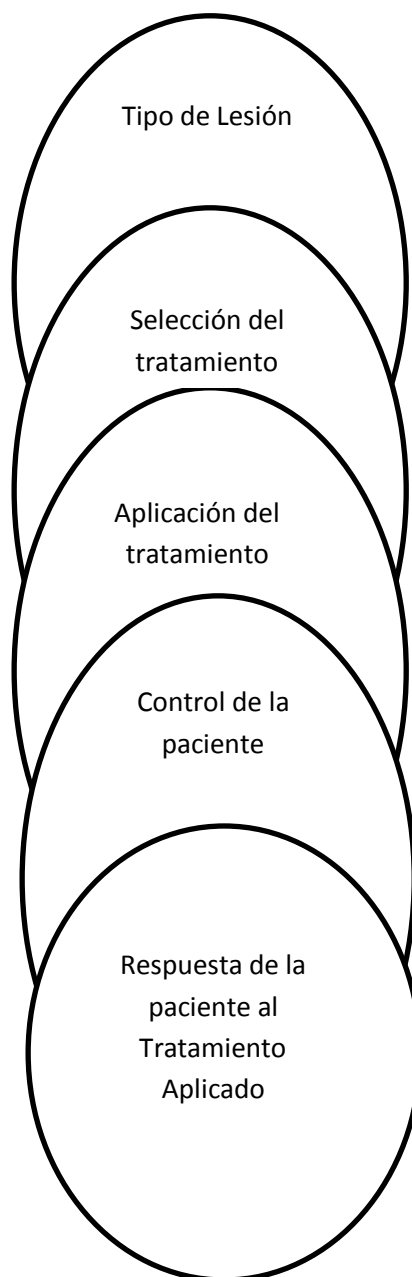
2.4. Categorías Fundamentales

2.4.1. Categorización de Variable

VARIABLE INDEPENDIENTE



VARIABLE DEPENDIENTE



2. 5. Hipótesis

Las pacientes con lesiones premalignas del cuello uterino que son sometidas a tratamiento de manera oportuna dan una respuesta óptima y logran su curación.

2.6. Variables

2.6.1. Variable Independiente

Lesiones Premalignas y Malignas de Cérvix Uterino.

2.6.2. Variables Dependiente

Respuesta de las pacientes al tratamiento aplicado.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Modalidad de Investigación

La modalidad de investigación que se toma en este estudio es la de Campo, ya que se realiza en el lugar donde se da atención a las pacientes en este caso la Unidad Provincial Oncológica SOLCA Ambato, mismo en donde constan los datos de diagnóstico y tratamiento que facilitan el análisis para lograr los objetivos planteados.

3.2. Tipo de Investigación

En este proyecto se alcanza, mediante comparaciones de parámetros dentro de la clasificación Bethesda el grado de lesión en el cuello uterino que presentan las mujeres que se realizan el Pap - Test, lo cual permite clasificar el estadio de la enfermedad y brindarle una alternativa, que sugiere un tratamiento para así lograr su curación.

Situación que orienta a un nivel de investigación Descriptiva, ya que se va observar el comportamiento de un fenómeno, que provoca cambios trascendentales dentro de la población femenina enmarcada en una sociedad donde el Ca. De Cuello Uterino es la segunda causa de mortalidad después del Ca. De Mama.

3.3. Población o muestra de Estudio

El trabajo de investigación se realiza en SOLCA Ambato, la población en estudio es tomada de todos los datos revisados en archivos del 2006, incluidos los de aquellas pacientes que no se han registrado en una Historia Clínica.

Constan 235 casos de pacientes que presentan lesiones preinvasoras e invasoras del cuello uterino, de las cuales solo han logrado seguir una alternativa en cuanto a tratamiento el número de 20 pacientes además vale mencionar que dentro de esta investigación se encontró datos de historia clínica de 10 pacientes que no han sido sometidas o no siguieron un tratamiento oportuno por causas de nivel personal, que sin embargo nos permite demostrar de mejor manera la importancia de realizarse una prueba de pap-test o detección de cáncer cervico uterina.

3.4. Plan de Recolección de Datos

Para realizar esta investigación, se contó con la técnica de Observación Indirecta ya que se hizo un estudio a través de la información escrita, tomada en SOLCA de los departamentos de Citología, Colposcopia y Registro de Tumores respectivamente.

3.5. Plan de Análisis de Datos

De manera estadística se tabulara la información recolectada. Se elaborara una tabla de resultados, se desarrollara el conteo respectivo de los datos.

3.6. Operacionalización de Variables

3.6.1. Variable Independiente

Lesiones premalignas y malignas de cérvix uterino

DEFINICION	CATEGORIA	INDICADOR	ITEMS	TECNICA E INSTRUMENTO
<p>Las lesiones premalignas son aquellas que pueden convertirse en cáncer. El cáncer es caracterizado por el crecimiento anormal y diseminación de células malignas que avanzan entre los tejidos normales y los destruye.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Displasia inicial - Displasia moderada - Displasia severa - Ca. In situ 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios celulares provocados por acción del HPV - Cambios en la morfología celular normal - Presencia de células anormales correspondientes a LIE A, LIE B, y Ca. Invasor 	<p>¿Qué tipo de lesión presenta la paciente? ¿Presenta cáncer en su diagnóstico? Que signos y que síntomas tiene la paciente? Que Exámenes Complementarios Sugiere El Citólogo Solicitar A La Paciente</p>	<p>Observación de resultados de Archivo de diagnóstico de Pap - Test</p>

3.6.2. Variable Dependiente

Respuesta de la paciente al Tratamiento Aplicado.

DEFINICION	CATEGORIA	INDICADOR	ITEM	TECNICA E INSTRUMENTO
El tratamiento es la alternativa Tienen las pacientes para lograr su curación.	<ul style="list-style-type: none"> - Tto. Ambulatorio - Tto Hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> - Electrocauterización - Criocirugía - Cirugía con láser - Coagulador frío - TEEA - Conización - Histerectomía 	<p>Que tratamiento se realizó la paciente?</p> <p>Logró su curación con el tratamiento al que se sometió?</p>	<p>Observación de resultados</p> <p>Archivo de diagnóstico de Colposcopia</p> <p>Historias Clínicas (Registro de Tumores)</p>

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultados

Resultados de la investigación pre-tratamiento

Tabla 3

Petes	Edad	Ascus agus	LIE B:	LIE A.GRADO	Ca. Invasor	NIVEL INSTRUCCIÓN
X	38			X		P
X	42			X		S
X	44	X				N
X	40	X				N
X	39			X		S
X	51			X		N
X	42			X		N
X	53		X			S
X	55			X		P
X	45			X		N
X	39			X		N
X	37			X		S
X	41	X				S
X	75			X		N
X	62			X		N
X	57			X		N
X	60			X		N
X	52			X		P
X	49			X		S
X	45				X	N

Referencias de pacientes que no tuvieron seguimiento de tratamiento

Tabla 4

Petes	Edad	AscusA gus	LIE B	LIE A	Ca. I.	NIVAL DE INSTRUCCIO N
X	52			X		N
X	49			X		N
X	39				X	N
X	75				X	N
X	62				X	P
X	45			X		P
X	39			X		N
X	60				X	P
X	57				X	N
X	37				X	N

4.2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA

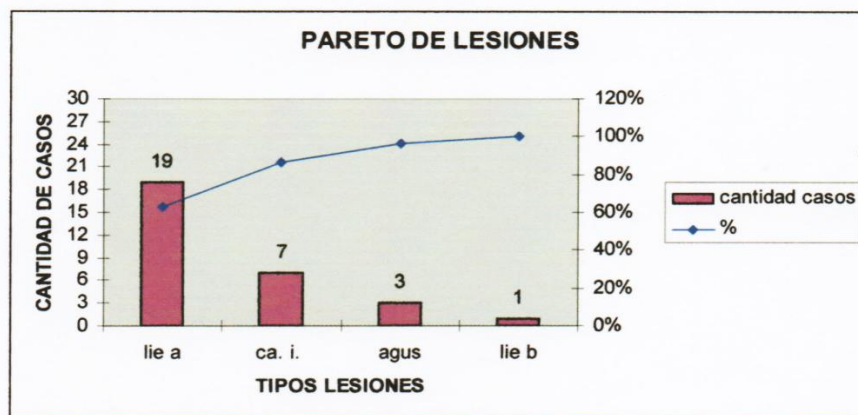


GRAFICO #1

Fuente: datos estadísticos (área de citología, colposcopia, registro de tumores)

Responsable: Investigador

- Instrucción de las pacientes que presentan lesiones Cervico – uterina

INSTRUCCION	PACIENTES	%
Ninguna	11	55%
Primaria	3	15%
Secundaria	6	30%

Análisis

Dado estos resultados nos damos cuenta que el 55 % de los pacientes no poseen educación primaria siquiera. El otro 45% a penas dividido entre primaria y secundaria, son indicativos de la falta y la necesidad de educación de alguna manera esto influye en dicha situación.

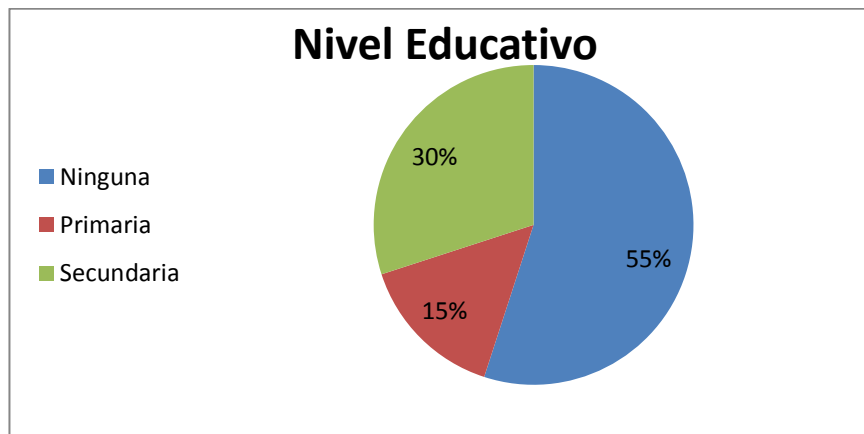


GRÁFICO N°2

Fuente: datos estadísticos (área de citología)

Responsable: Investigador

Interpretación

El nivel de instrucción que la población femenina posea es necesario para tener indicios de lo que es la vida reproductiva y sexual sanamente y sin exponerse a presentar algún tipo de patología a nivel de cérvix uterino.

- Número de casos examinados en el período 2006 (Citología)

CASOS	Pap-test	%
Positivos	235	4.7%
Negativos	4765	95.3%

Análisis

Dentro de un gran número de pacientes que acuden a su diagnóstico es apreciable la cantidad de mujeres que presentan una citología positiva para lesión cérvico -uterina.

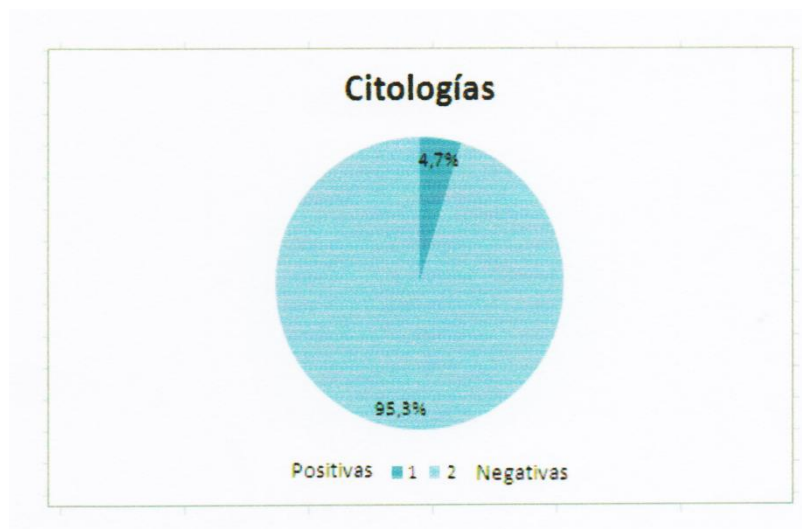


GRÁFICO N°3

Fuente: datos estadísticos (área de citología)

Responsable: Investigador

Interpretación

5000 Pap - Test realizados anualmente es un número grande con un porcentaje de 4.7% dentro del cual ubicamos los casos positivos y en un 95.3% a los casos negativos que serán comprobados con una colposcopia que es un examen inmediato a la citología positivas

- Tipos de lesión cérvico - uterina encontradas en los casos positivos de citología

LESIONES	CASOS	%
AGUS	3	15%
LIE B. GRADO	1	5%
Ca. Invasor	1	5%
LIE A. GRADO	15	75%

Análisis.

Las citologías realizadas en el año 2006, presentan 4 tipos de lesiones a nivel cuello uterino, dando a conocer que existen un número mayor de LIES ALTOS y que AGUS, LIES DE BAJO GRADO y Ca. INVASOR se dan en un menor número.

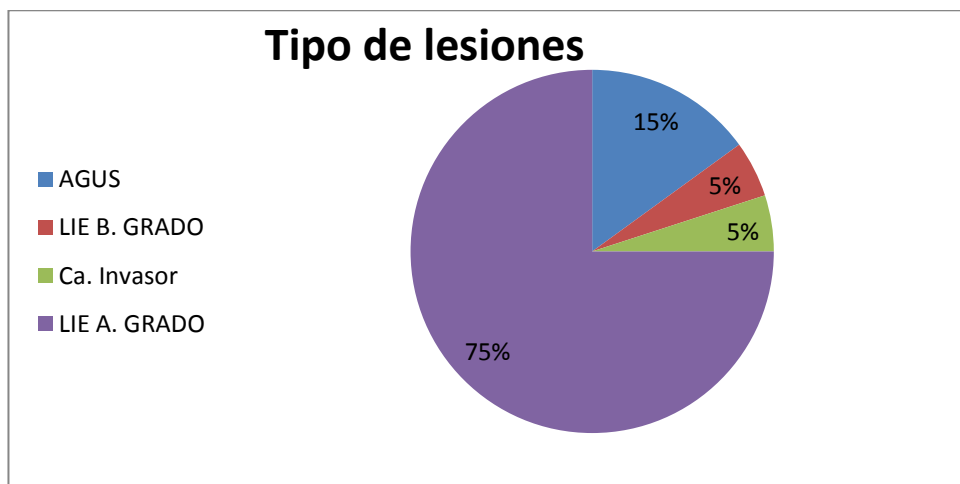


GRÁFICO N° 4

Fuente: datos estadísticos (área de citología)

Responsable: Investigador

Interpretación

El 75% de LIES DE ALTO GRADO nos muestra que es considerable el número de mujeres que la presentan y también nos indica que el resto de las pacientes presentan las otras lesiones respectivamente aunque en una proporción menor, y por ende necesitan un tratamiento específico.

- Tratamiento que pacientes siguieron para combatir la lesión a nivel de su cérvix.

TRATAMIENTO	TIPOS	%
H.R.	1	5%
CONO LLETZ	19	95%

Análisis

Dentro de la gama de tratamientos a seguir se exponen 2 que son los que a las pacientes se les han realizado mostrándonos una gran diferencia, ya que un mayor número ha requerido de una conización y una paciente de una histerectomía radical.

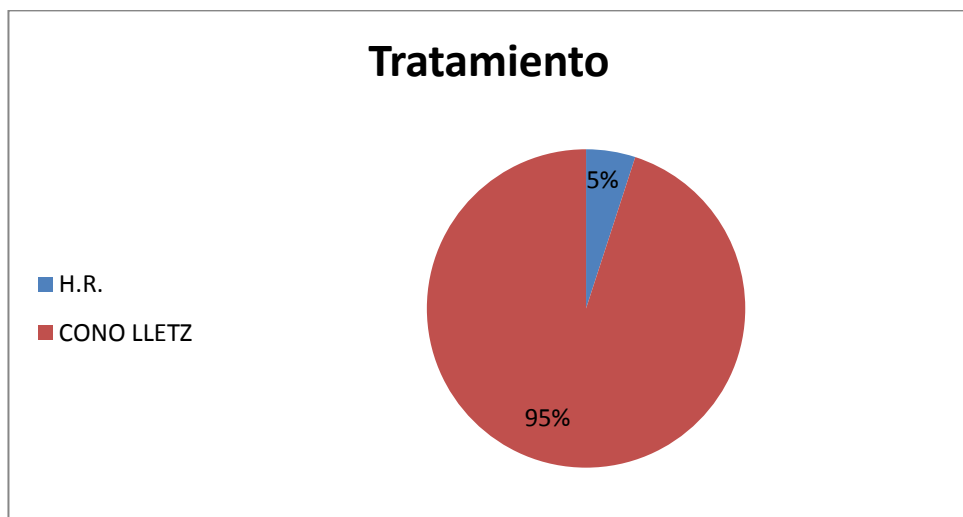


GRÁFICO N° 5

Fuente: datos estadísticos (área de colposcopia-registro de tumores) Responsable: Investigador

Interpretación

Nos muestra el gráfico que el 95 % de pacientes sometidas a un tratamiento se les ha realizado un conización y en 5% se ha sometido a una histerectomía radical debido al nivel de afectación de su cérvix uterino.

- Diagnóstico etapa-estadio de la enfermedad en paciente según la edad (pre-tratamiento)

N° Pacientes	Edad	Tipo de Lesión
2	37	LIE A - Ca. I
1	38	LIE A
4	39	LIE A - Ca. I
1	40	AGUS
1	41	AGUS
2	42	LIE A
1	44	AGUS
3	45	LIE A - Ca. I
2	49	LIE A
1	51	LIE A
2	52	LIE A
1	53	LIE B
1	55	LIE A
2	57	LIE A - Ca. I
2	60	LIE A - Ca. I
2	62	LIE A - Ca. I
2	71	LIE A - Ca. I

Incidencia de casos en pacientes

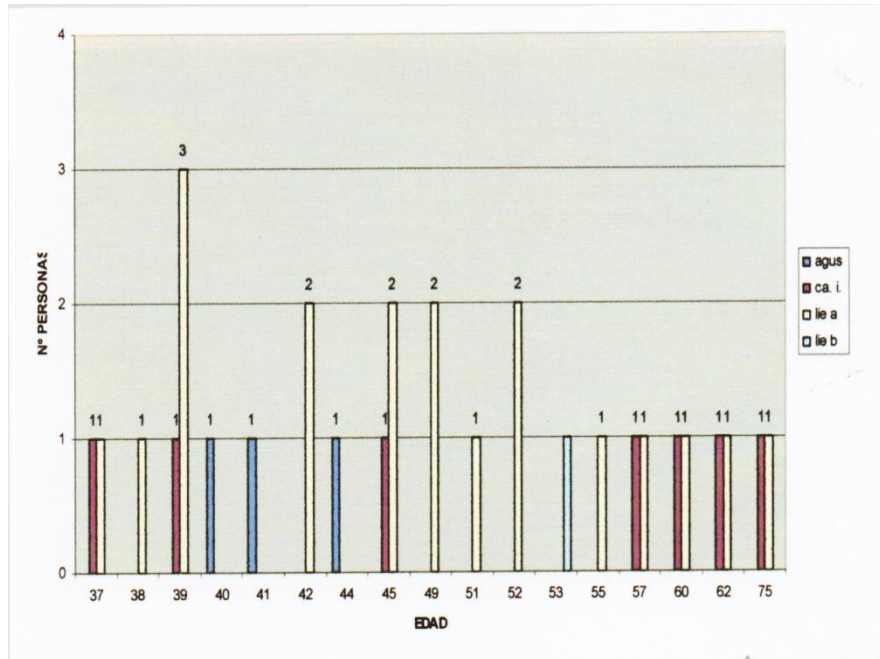


GRÁFICO N° 6

Fuente: datos estadísticos (área de citología)

Responsable: Investigador

Análisis

Como podemos apreciar en el gráfico observamos que existe una gran mayoría de casos de LIE A dentro de la muestra de estudio, aunque no todas estas se han sometido a un tratamiento y lo han seguido.

Interpretación

Los casos representados anteriormente indican cuál de las lesiones tiene mayor incidencia dentro de la población que se ha investigado y a su vez cual es la de menor incidencia.

- Diagnóstico etapa-estadio de la enfermedad en paciente según la edad (post-tratamiento)

Nº Paciente	Tipo de lesión	Tratamiento
3	AGUS	Cono Lletz
1	LIE B	Cono Lletz
15	LIE A	Cono Lletz
1	Ca. I	Histerectomía Radical

Análisis

Observamos que tratamiento han seguido las pacientes, cuantas lo han hecho y han tenido un seguimiento del mismo, además nos damos cuenta que existen 10 pacientes que no cuentan con el tratamiento.

Resultado Postratamiento

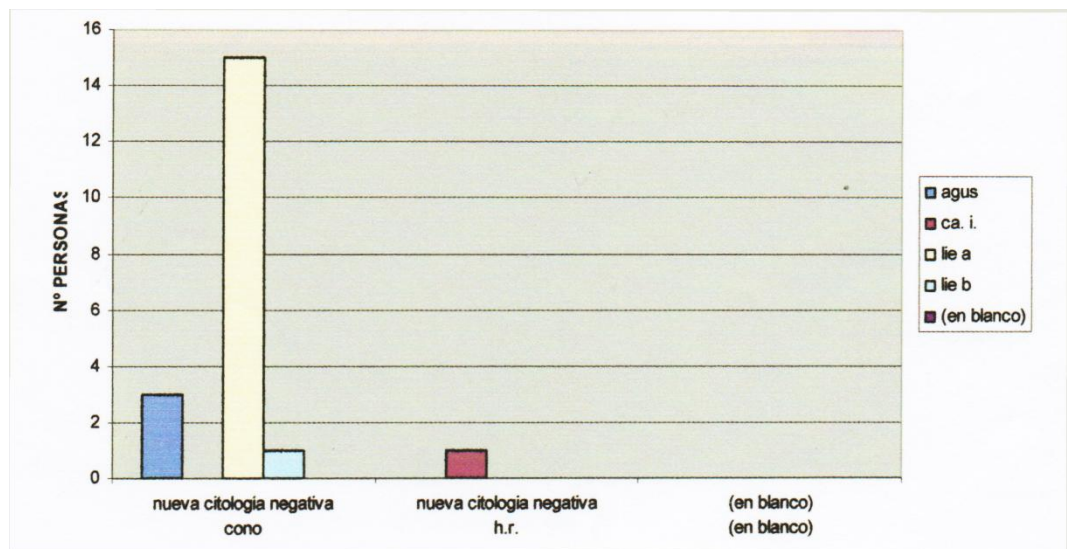


GRÁFICO N°7

Fuente: datos estadísticos (área de colposcopia-registro de tumores) Responsable: Investigador

Interpretación

Podemos apreciar cuantas pacientes han requerido de los tipos de tratamiento respectivamente, es claro que la mayoría se ha realizado una conización o también conocida como cono lletz y la paciente restante ha requerido además de la anterior mencionada una histerectomía radical o extirpación de útero por medio de una cirugía.

Resultados de la investigación pos-tratamiento

Tabla 5

Edad	Diagnostico Pre-tratamiento	Diagnostico Pos-tratamiento
38	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
42	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
44	AGUS	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
40	AGUS	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
39	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
51	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
42	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
53	LIE (Bajo grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
55	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
45	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
39	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
37	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
41	AGUS	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
75	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
62	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
57	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
60	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
52	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
49	LIE (Alto grado)	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)
54	Ca. Invasor	Citología en 6 meses (Negativo) -Citología de control 6 meses -1 año (Negativo)

4.3. Validación de Hipótesis

Las pacientes con lesiones preinvasoras del cuello uterino que son sometidas a un tratamiento adecuado de manera oportuna, dan una respuesta óptima y logran su curación.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La respuesta de los pacientes que presentan lesiones Cérvico - uterinas, es muy satisfactoria, las mujeres se encuentran muy bien y la prueba de detección de control lo hacen notar dando como resultado (negativo para lesión), demostrando que el tratamiento es muy bueno.
- Las lesiones que se manifiestan en las pacientes según el sistema Bethesda son AGUS (Atipia Glandular Endocervical) LIEB (Lesión Intraepitelial de bajo grado LIEA (lesión intraepitelial de alto grado) y Ca. invasor o carcinoma invasor; siendo las LIES A quienes se encontraron en un mayor número dentro de la población en estudio.
- Dentro de los tratamientos que se les ha brindado a las pacientes, se encuentra a la conización o (cono llets) y la histerectomía radical, siendo la primera alternativa la más utilizada como una opción rápida menos riesgosa, muy eficaz, en cuanto a la histerectomía radical es una muy buena opción cuando la lesión está más avanzada y comprometedora.
- La edad no marca mucha diferencia en cuanto a la respuesta al tratamiento más, si el tipo de lesión ya que en cuanto más rápido o temprano sea realizada la prueba de detección y muestre la lesión, mejor será la oportunidad para que el organismo de la paciente responda de manera óptima y se logre la curación de la misma

5.2. Recomendaciones

- La población femenina debe tener conocimiento de la importancia que tiene el hecho de acudir a realizarse la prueba de detección (Pap-test).
- Es importante y necesario que las mujeres conozcan de los factores de riesgo para contraer cáncer de cérvix, deben acudir y estar prestas a la información que dan las profesionales de salud encargados de dicha función.
- Todas las pautas para prevención y las alternativas de tratamiento deben ser sugeridas a las pacientes y estas deben aceptar y someterse a dichos tratamientos puesto que son muy satisfactorios los resultados que se han obtenido.
- Las entidades encargadas de realizar las campañas salubristas deben seguir con su función de la misma manera que hasta ahora ya que es muy alentable saber que se preocupan por la salud de la población en este caso la femenina.

CAPÍTULO VI

6.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borrás, J., Borrás, JM., Bosch, FX., Viladiu, P.(1975-1992).Epidemiología y Prevención del Cáncer en Catalunya.(ed) Barcelona.
- Boubli, L. Ginecología de Bernard Blan. (2da edición)
- Creasman,MD., Disaia, MD., Philip, J., Willian, T.OncologíaGinecologíaClínica. (5ta edición)
- Manual de Capacitación de SOLCA-Ambato. (2000)
- Michael, CW., Reynolds, RK., Rock, CL., Ruffin, MT.,(2000). Prevention of Cervixcancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology.(169-85)
- Ríos Pérez, M., Especialista de primer grado en Histología.
- Rodríguez Pérez, I de la C., Departamento de Histología ICBP “Victoria de Girón”

LINKOGRAFÍA

- http://www.rpp.com.pe/portada/salud_y_belleza/56055_1.php
- <http://encolombia.com/anticonceptivos-combinados-riesgos.htm>
- <http://www.radiolaluna.com/eselblog/>
- <http://www.fhcrc.org/portal/es/enfermedad/cervical.html>
- www.conasa.gov.ve/Ley%20de%20Maternidad%20Gratuita.pdf
- <http://www.msd.com.ar/msdar/corporate/press/hpv/noticial.html>
- <http://www.eluniverso.com/2005/11/16/1100/94665e684ae244469389clbcOa468eb7.html?EUID=>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

- **SPRINGER, M.**, Krieger, N., Austin, S., Haneuse, S., & Gottlieb, B. R. (2014). Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. *American Journal of Public Health*, 104(2), e68-e73 doi:10.2105/AJPH.2013.301548 Recuperado el 20 de febrero del 2014 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&sid=7e97c98b-7db0->

4a28-85e9-

273b4f9b35d5%40sessionmgr4001&hid=4209&bdata=Jmxhbm9c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=93721911

- **EBSCOHOST**, PATRIZZI, B, TAMBOURET, R., & ROBERTS, D. J. (2014). Screening for Cervical Cancer in Low-Resource Settings in 2011. *Archives Of Pathology & Laboratory Medicine*, 138(2), 156. doi:10.5858/arpa.2013-0438-LE Recuperado el 20 de febrerodel 2014 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&sid=7e97c98b-7db0-4a28-85e9-273b4f9b35d5%40sessionmgr4001&hid=4209&bdata=Jmxhbm9c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=94259233>
- **EBSCOHOST**, JANIJE, C., Jing L., Xiaoyan, P., & ...Shanling, R., He, W., Donghao, X., Xinlian, L. (2014). Expression of serum amyloid A in uterine cervical cancer. *Diagnostic Pathology*, 9(1), 1-18. doi:10.1186/1746-1596-9-16 Recuperado el 20 de febrero del 2014 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&sid=7e97c98b-7db0-4a28-85e9-273b4f9b35d5%40sessionmgr4001&hid=4209&bdata=Jmxhbm9c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=94442829>
- **ESCOHOST**, GARBETT, N. C., Merchant, M. L., Helm, C., Jenson, A. B., Klein, J. B., & Chaires, J. B. (2014). Detection of Cervical Cancer Biomarker Patterns in Blood Plasma and Urine by Differential Scanning Calorimetry and Mass Spectrometry. *Plos ONE*, 9(1), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0084710 Recuperado el 20 de febrerodel 2014 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&sid=7e97c98b-7db0-4a28-85e9-273b4f9b35d5%40sessionmgr4001&hid=4209&bdata=Jmxhbm9c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=94234018>
- **ESCOHOST**, LIU, X., Yang, W., Xu, R., Liu, J., & Zheng, P. (2014). Cervical Cancer Cells with Positive Sox2 Expression Exhibit the Properties of Cancer Stem Cells. *Plos ONE*, 9(1), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0087092 Recuperado el 20 de febrerodel 2014 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&sid=7e97c98b-7db0-4a28-85e9-273b4f9b35d5%40sessionmgr4001&hid=4209&bdata=Jmxhbm9c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=94235949>

6.2. Anexos

ANEXOS

RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO # 1

# INFORME	ASCUS/AGUS	E	LIE B GRADO	E	LIE A GRADO	E	CA INVASOR	E

--	--	--	--	--	--	--	--	--

CUADRO #2 DIAGNÓSTICO

H. CL.	NOMBRE	EDAD	PAP-TEST	COLPOSCOPIA	HISTOPATOLOGICO	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

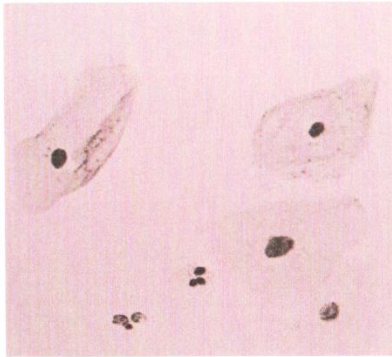


Figura 5
Células Normales Del Epitelio

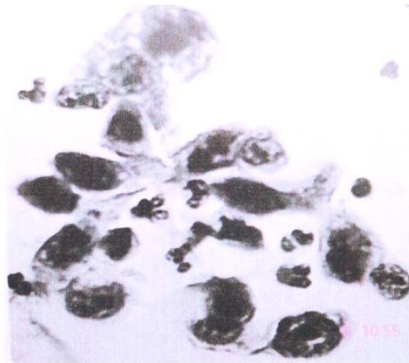


Figura 6
Células Cancerosas

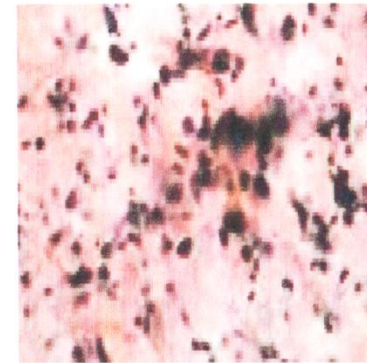


Figura 7
Placa de Cáncer



Figura 8
Célula de Lesión Bajo Grado

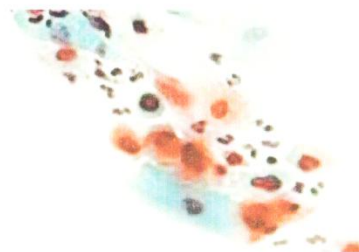


Figura 9
Células de Lesión Alto Grado



Figura 10
Anatomía A. R. Femenino