



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“LESIONES CERVICALES PREVALENTES DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA CERVICAL EN MUJERES CON EXAMEN CITOLÓGICO CERVICOVAGINAL ANORMAL, QUE ACUDIERON A UN CENTRO COLPOSCÓPICO EN EL CANTÓN SALCEDO EN EL PERÍODO AGOSTO 2011 A SEPTIEMBRE 2012”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Chimborazo Cambo, Amada Catalina

Tutor: Dr. Alarcón Fonseca, Edwin Aníbal

Ambato - Ecuador

Mayo, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación, sobre el tema: **“LESIONES CERVICALES PREVALENTES DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA CERVICAL EN MUJERES CON EXAMEN CITOLÓGICO CERVICOVAGINAL ANORMAL, QUE ACUDIERON A UN CENTRO COLPOSCÓPICO EN EL CANTÓN SALCEDO EN EL PERÍODO AGOSTO 2011 A SEPTIEMBRE 2012”**, de la estudiante Chimborazo Cambo, Amada Catalina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2013

EL TUTOR

Dr. Alarcón Fonseca Edwin Aníbal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**LESIONES CERVICALES PREVALENTES DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA CERVICAL EN MUJERES CON EXAMEN CITOLÓGICO CERVICOVAGINAL ANORMAL, QUE ACUDIERON A UN CENTRO COLPOSCÓPICO EN EL CANTÓN SALCEDO EN EL PERÍODO AGOSTO 2011 A SEPTIEMBRE 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2013

LA AUTORA

.....
Chimborazo Cambo Amada Catalina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta 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 ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Junio del 2013

LA AUTORA

.....
Chimborazo Cambo Amada Catalina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema, **“LESIONES CERVICALES PREVALENTES DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA CERVICAL EN MUJERES CON EXAMEN CITOLÓGICO CERVICOVAGINAL ANORMAL, QUE ACUDIERON A UN CENTRO COLPOSCÓPICO EN EL CANTÓN SALCEDO EN EL PERÍODO AGOSTO 2011 A SEPTIEMBRE 2012”**, de Amada Catalina Chimborazo Cambo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2014.

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, ser tan bueno con mi persona y darme la vida para culminar con esta linda carrera.

También dedico esta tesis a una persona especial que se encuentra en el cielo mi Papito Jorge que siempre se encontró a mi lado.

A mis padres Ángel y Leticia por su apoyo incondicional en todo momento de esta larga carrera y que me han dado fortaleza, fuerzas, valentía para los inconvenientes de mi vida, a mis dos hermanos Jenny por volverme a dar la vida, apoyarme en circunstancias muy difíciles y Christian que han sido mi mejor compañero y sobre todo mi amigo incondicional, a mi confidente mi abuelita Luz Amada que con su sabiduría supo guiarme en esta vida.

Y sobre todo este trabajo va dedicado a una personita que hace 4 años vino a dar sentido a mi vida mi hijo Jorge Alexander y que formo un pilar muy importante para la culminación de esta carrera.

Amada

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su infinita bondad, por permitirnos lograr tantas cosas hermosas en la vida.

Al Dr. Edwin Alarcón, por ser el asesor de tesis, por brindarme la oportunidad de elaborar esta tesis en conjunto a su experiencia científica fundamental para la elaboración de la misma.

A la Dra. Isabel Canchingre por su colaboración con los resultados de los informes de biopsia de colposcopia.

Al Centro Colposcopico de Salcedo, por abrirme sus puertas, regalarme su confianza y sobre todo los momentos que siempre guardaré por permitirme formarme como profesional y sobre todo persona.

A mi familia por siempre estar conmigo contribuyendo de alguna manera a la elaboración de este trabajo.

A todos ustedes GRACIAS.

Amada

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	I
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	II
DERECHOS DE AUTOR	III
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE CUADROS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2. ANALISIS CRÍTICO	5
1.2.3. PROGNOSIS	6
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	6
1.2.6. DELIMITACION	6
1.3. JUSTIFICACION	7
1.4. OBJETIVOS.....	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	8

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
CAPITULO II	9
MARCO TEORICO.....	9
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	9
2.1.1. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	10
2.1.2. FUNDAMENTACION LEGAL	11
2.2. CATEGORIAS FUNDAMENTALES.....	13
2.3. FUNDAMENTACION TEÓRICA	13
2.3.1. CANCER DE CERVIX.....	14
2.4.- HIPOTESIS	40
2.5. VARIABLES.....	40
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	40
2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	40
CAPÍTULO III.....	41
METODOLOGÍA	41
3.1 Enfoque.....	41
3.2 Modalidad básica de la investigación.....	41
3.2.1.- Investigación Bibliográfica Documental.....	41
3.2.2.- Investigación de Campo	41
3.3 Nivel o tipo de investigación.....	41
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	42
3.4.1 Criterios de Inclusión:	42
3.4.2. Criterios de Exclusión:	42
3.4.3 Criterios éticos	42
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
3.5.1. Variable Independiente:.....	43

3.5.2. Variable dependiente: Lesiones cervicales.....	44
3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	45
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	45
CAPÍTULO IV.....	46
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	46
4.1 CARACTERÍSTICAS DE POBLACION DE ESTUDIO	46
4.1.1.-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICOS	46
4.1.1.1. EDAD	46
4.1.1.2. PROCEDENCIA	47
4.1.1.3. ESCOLARIDAD	47
4.1.1.4 ESTADO CIVIL.....	48
4.1.2. RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA POBLACION DE ESTUDIO	49
4.1.2.1.- PARIDAD	49
4.1.2.2.- INICIO DE VIDA SEXUAL	50
4.1.2.3.- PAREJAS SEXUALES.....	52
4.2.- RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CITOLOGÍA Y BIOPSIA CERVICAL.....	53
4.2.1. RESULTADOS DEL EXAMEN CITOLOGICO CERVICOVAGINAL.....	53
4.2.2. RESULTADOS DE BIOPSIA CERVICAL	55
4.3. –VALIDACION DE LA HIPOTESIS	59
CAPÍTULO V	61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
5.1 CONCLUSIONES.....	61
5.2 RECOMENDACIONES	62
CAPÍTULO VI.....	63

PROPUESTA.....	63
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	63
6.1.1 Institución ejecutora	63
6.1.2 Beneficiarios	63
6.1.3 Ubicación.....	63
6.1.4 Tiempo estimado para la ejecución	63
6.1.5 Equipo técnico responsable	63
6.1.6 Costo.....	64
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	64
6.3 JUSTIFICACIÓN	65
6.4 OBJETIVOS.....	66
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	66
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	66
6.6 FUNDAMENTACIÓN	67
6.7 METODOLOGÍA. MODELO OPERATIVO.....	69
6.8 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN	72
6.9 ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA.....	72
6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACION DE LA PROPUESTA	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	75
LINKOGRAFÍA	77
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.....	77
ANEXOS.	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Categorías Fundamentales.....	13
Gráfico N° 2 ASC-US.....	21
Gráfico N° 3 ASC-H	21
Gráfico N° 4 Atipia de células glandulares	22
Gráfico N° 5 Distribución según la paridad y IVSA.....	51
Gráfico N° 6 Comparación entre grupo de edad y examen citológico cervicovaginal	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Grupo de edades de pacientes del Centro de Colposcopia de Salcedo 2011-2012	46
Tabla N° 2 Población de estudio según la procedencia en el centro de Colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.....	47
Tabla N° 3 Escolaridad en el centro de Colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.....	47
Tabla N° 4 Estado civil en del centro de colposcopia de Salcedo 2011-2012.....	48
Tabla N° 5 Distribución según edad y estado civil.....	49
Tabla N° 6 Distribución según paridad en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.....	49
Tabla N° 6 Distribución de la población según su inicio de la vida sexual en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.....	49
Tabla N° 7 Distribución de la población según su inicio de la vida sexual en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.....	50
Tabla N° 8 Distribución según el número de parejas sexuales en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 – 2012.....	52
Tabla N° 9 Distribución según número de parejas sexuales y la edad en el Centro Colposcópico de Salcedo 2011- 2012.....	53
Tabla N° 10 Resultados más frecuentes de citología del centro colposcópico de Salcedo 2011-2012.....	53
Tabla N° 11 Resultado de la biopsia cervical	55
Tabla N°12 Resultados según biopsia cervical y la edad en el Centro Colposcópico Salcedo 2012.....	58
Tabla N°13 Resultados según la biopsia cervical y el pap test en el Centro Colposcópico Salcedo 2012.....	58
Tabla N°14 Porcentaje de incidencia de lesiones cervicales	60

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Medias y seguimiento en los distintos hallazgos del papanicolau ...	23
Cuadro N° 2 Conducta según resultados de Citología y Colposcopia.....	21
Cuadro N° 3 ÍNDICE COLPOSCÓPICO MODIFICADO DE REID (RCI)...	31
Cuadro N° 4 Predicción colposcópica del diagnóstico histológico mediante el Índice colposcópico de Reid (RCI).....	32
Cuadro N° 5 Clasificación colposcópica de la IFPC. 2011.....	33
Cuadro N° 6 Variable independiente.....	43
Cuadro N° 7 Variable dependiente.....	44

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“LESIONES CERVICALES PREVALENTES DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA CERVICAL EN MUJERES CON EXAMEN CITOLÓGICO CERVICO VAGINAL ANORMAL, QUE ACUDIERON A UN CENTRO COLPOSCÓPICO EN EL CANTÓN SALCEDO EN EL PERÍODO AGOSTO 2011 A SEPTIEMBRE 2012”

Autora: Chimborazo Cambo, Amada Catalina

Tutor: Dr. Alarcón Fonseca, Edwin Aníbal

Fecha: Ambato, Junio del 2013

RESUMEN

El cáncer del cuello uterino es una de las neoplasias malignas de mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres de todas partes del mundo, hallazgo que resulta paradójico si se tiene en cuenta que el cuello uterino es de fácil acceso y existen estrategias debidamente probadas que permiten un diagnóstico y tratamiento precoz siendo la citología cérvico vaginal utilizada como método de pesquisa para las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Sin embargo, actualmente todavía existe un cierto grado de discordancia en la correlación cito-histológica lo que lleva en reiteradas oportunidades a errores diagnósticos, motivo por el cual es necesaria la adecuada evaluación de la lectura citológica por medio de la histopatología. En esta investigación se contó con una población de 181 pacientes, de los cuales fueron seleccionados 81 casos. La mayor frecuencia de las lesiones cervicales detectadas mediante la lectura citológica la obtuvo el ASCUS (56.7%), ASC-H (28.3%), SIL – L (14.8%). De acuerdo a los diagnósticos obtenidos según el estudio histopatológico la cervicitis crónica fue la más frecuente (51.8%), el resultado de menor prevalencia fue LIE de bajo grado (7.4%). Para hacer la correcta detección de lesiones cervicales, se debe realizar la concientizar a la población femenina sobre el diagnóstico y realizar de la citología como método de pesquisa y el estudio de la colposcopia como método diagnóstico.

PALABRAS CLAVES: CITOLÓGICO CERVICAL, LESIONES _
CERVICALES, COLPOSCOPIA, BIOPSIA _ CERVICAL, CÁNCER _
CERVICAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

"PREVALENCE FOR CERVICAL INJURIES DIAGNOSED IN WOMEN WITH CERVICAL BIOPSY CYTOLOGICAL FREAK REVIEW THAT ATTENDED COLPOSCOPIC SALCEDO CANTON CENTER FOR THE PERIOD AUGUST 2011 TO SEPTEMBER 2012"

Author: Chimborazo Cambo, Amada Catalina

Tutor: Dr. Alarcón Fonseca, Edwin Aníbal

Date: Ambato, June 2013

SUMMARY

Cancer of the cervix is one of the malignancies with the highest incidence and mortality among women from all over the world, finding that it is paradoxical if one considers that the cervix is easily accessible and there are strategies duly established that allow early diagnosis and treatment cervicovaginal cytology being used as a method of screening for premalignant and malignant cervical lesions . However, currently there is still some degree of discordance in cyto- histological correlation leading repeatedly to diagnostic errors , which is why proper evaluation of cytologic reading through histopathology is necessary. This research was counted with a population of 181 patients , of which 81 cases were selected . The increased frequency of cervical lesions detected by cytology obtained reading the ASCUS (56.7 %) , ASC -H (28.3 %) , SIL - L (14.8 %). According to the diagnoses obtained by the histopathological study of chronic cervicitis was the most frequent (51.8 %) were less frequent the LIE was low grade (7.4 %). To make the correct detection of cervical lesions should be performed to raise awareness among women about the diagnosis and perform cytology as a method of investigation and study of colposcopy as a diagnostic method.

KEYWORDS: CYTOLOGICAL CERVICAL, CERVICAL INJURY COLPOSCOPY, CERVICAL BIOPSY, CERVICAL CANCER.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero constituye uno de los tumores malignos ginecológicos más frecuentes que se encuentra entre las dos primeras localizaciones de cáncer en la mujer.

El pico de incidencia del cáncer de cérvix ocurre entre la cuarta y la quinta décadas de la vida y su incidencia se incrementa con la promiscuidad, tanto de la mujer como del hombre; así como con el inicio precoz de las relaciones sexuales.

La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) es el factor de riesgo más importante, por lo que se considera por muchos autores como una enfermedad de transmisión sexual. La distribución mundial de esta enfermedad demuestra una estrecha relación con el nivel de desarrollo socioeconómico, su incidencia tiende a disminuir en los países desarrollados y permanece alta en los subdesarrollados.

Es uno de los pocos cánceres para el que existe un método de diagnóstico precoz, técnicamente sencillo: la citología vaginal. Con él pueden detectarse y tratarse tempranamente tanto lesiones precancerosas y neoplasia. En cuanto a las variantes histológicas el carcinoma escamocelular comprende aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales, mientras que el adenocarcinoma comprende aproximadamente el 10% de los mismos. Los carcinomas adenoescamosos y carcinomas de células pequeñas son relativamente poco frecuentes.

En la actualidad el abordaje del tratamiento de esta enfermedad es multidisciplinario comprendiendo la cirugía.

Con el presente trabajo se procedió a la realización de un estudio de carácter descriptivo retrospectivo en base a las historias clínicas de los pacientes con examen citológico cervicovaginal anormal del centro colposcópico del cantón Salcedo, que aportaron datos clínicos y resultados de biopsia cervical sobre la prevalencia de las lesiones cervicales, las cuales se obtuvieron mediante el instrumento creado para esta investigación y que se aplicaron en las historias clínicas y resultados de biopsia cervical que llevaron al diagnóstico, sobre una

población base de aproximadamente 81 mujeres. Una vez establecidos los datos, se trató de agruparlos de acuerdo a las características sociodemográficas, sexo, lugar de procedencia y características biológicas. Los datos así obtenidos fueron analizados y tabulados mediante el uso de programas de computadora para establecer las respectivas importancia y prevalencias.

Gracias a la información recolectada, se trató de generar una estimación estadística real de la presencia o no de esta patología en las mujeres de nuestra población durante el periodo de Agosto 2011 a Septiembre 2012.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

“Lesiones cervicales prevalentes por biopsia cervical en mujeres con examen citológico cervicovaginal anormal, que acudieron a un Centro Colposcópico en el Cantón Salcedo en el periodo Agosto 2011 a Septiembre 2012”

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal de las células que al desarrollarse de forma incontrolada avanza entre los tejidos normales y los destruye. Según los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, el cáncer presenta una tendencia creciente dado que anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos y se espera cerca de 15 millones para el año 2020.

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer femenino más frecuente en la población mundial. En países desarrollados su incidencia y mortalidad decrecieron de manera significativa en el siglo anterior, atribuido en gran parte a la extensa realización periódica de la citología cervicovaginal. En países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso. América Latina y el Caribe se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia (Fox, 1973).

En Venezuela este cáncer es un problema nacional, siendo la primera causa de muerte en la mujer desde hace más de cuatro décadas, produciendo 2500 muertes anualmente (Caradero, 2004).

De acuerdo con los resultados obtenidos en diversos estudios epidemiológicos, los factores asociados en forma más consistente con el cáncer cérvico uterino son la infección por el virus del papiloma humano (VPH), sus hábitos sexuales y los factores de reproducción en la mujer.

En nuestro país, es uno de los más frecuentes en términos absolutos y el segundo en afectar a la población femenina, a pesar de que se trata del único tipo de cáncer al que se le han dedicado múltiples campañas de prevención y detección precoz desde hace 25 años. Se presentan alrededor de 1200 nuevos casos por año y mueren alrededor de 40, según los datos tomados del INEC y de los diferentes registros de cáncer publicados por los núcleos de SOLCA. Lo interesante es que hoy en día, aproximadamente de este número la mitad, son lesiones infiltrantes y la otra parte intraepiteliales y cuando se miran las curvas de tendencias, se observa que desde 1996 se produce una disminución progresiva de la incidencia de las lesiones infiltrantes y un incremento de registro de lesiones intraepiteliales de alto grado.

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 forma importante. (SOLCA 2004). Teniendo una sensibilidad de la colposcopia de 83% y el papanicolau es de 41% y especificidad de la colposcopia de 66% y del papanicolau es de 86%.

Debemos enfocar la lucha contra el cáncer de cérvix en dos aspectos: el primero, la educación a la población y a los profesionales de salud, ya que permitiría una mejor aplicación de los principios de prevención y diagnóstico temprano de la patología. Segundo, toda la organización de un sistema integrado que aproveche la infraestructura sanitaria ya existente, permitiendo un trabajo conjunto de las diferentes instituciones que trabajan en el tema.

En la actualidad, el gobierno ha impulsado la campaña de detección oportuna del cáncer cervicouterino, para todas las mujeres que reciben el bono solidario, invitándoles que se realicen el examen ginecológico anual,

conjuntamente con la realización de un examen citológico cérvico-vaginal, como requisito para seguir siendo beneficiaria del mencionado bono. Se ha podido ver que la cobertura de este examen en los 4 meses que van del año 2010 ha tenido una alta cobertura de un 10% más comparado, con los años anteriores. (SOLCA 2004)

Al momento, no se cuenta con datos oficiales que nos acerquen a la realidad local sobre esta patología, sin embargo contamos con los registros de las pacientes que se realizaron el examen citológico cérvico vaginal y colposcopia en el centro colposcópico del cantón Salcedo, que es una unidad privada que atiende a pacientes de libre demanda y otras remitidas por el hospital Yerovi Maquart. La caracterización de las lesiones cervicales se hace indispensable para tomar medidas preventivas en las pacientes y en el propio personal de salud.

1.2.2. ANALISIS CRÍTICO

Las lesiones cervicales constituyen un problema de salud pública, ya que su incidencia ha ido incrementando, en los hospitales y centros de salud del país, además se ha convertido en una seria preocupación por la mayor incidencia de resultados desfavorables en el examen citológico cervicovaginal.

La mayoría de casos de las pacientes que presentan lesiones premalignas y malignas diagnosticadas por colposcopia traen, situaciones de estrés para la paciente, pareja y familia, con una repercusión psicológica negativa para la paciente.

Además, es difícil para los servidores de salud traducir la teoría en recomendaciones prácticas, cotidianas y accesibles ante este problema.

El propósito fundamental radica en identificar la población con mayor riesgo para realizar una detección precoz de esta patología y brindar un adecuado manejo, para esto es necesario conocer el papel que juega esta patología en nuestro medio y así lograr una intervención oportuna; sin embargo no se cuenta

con datos estadísticos actualizados, que nos aproximen a una realidad local para establecer las respectivas medidas de atención.

1.2.3. PROGNOSIS

La adecuada información y la interpretación sobre los resultados del examen citológico cérvico vaginal, la colposcopia y la biopsia cervical de gran importancia para el diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino.

Si no se toma en cuenta y no se actúa en esta población vulnerable, podría seguir aumentando la incidencia del cáncer de cérvix en las mujeres ecuatorianas, que no cuentan con un adecuado acceso a los servicios de salud.

Es por ello que nuestros esfuerzos deben ser encaminados a descubrir la realidad local, mediante la obtención de datos reales y actuales para ejercer verdaderas estrategias de salud, en cuanto a las lesiones cervicales en donde identificares su indecencia y sus factores socio demográficos para poderlos prevenirlos; de esta forma disminuirémos los resultado desfavorables.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las lesiones cervicales prevalentes diagnosticadas por biopsia cervical en mujeres con examen citológico cervicovaginal anormal que acudieron a un centro colposcópico en el periodo Agosto 2011 a Septiembre 2012?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué características socio demográficas y biológicas presentan las pacientes?
- ¿Cuáles fueron los resultados del examen citológico cervicovaginal?
- ¿Qué tipos de lesiones se identificaron en la colposcopia y biopsia?

1.2.6. DELIMITACION

Delimitación espacial:

Provincia: Cotopaxi

Cantón: Salcedo

Zona: Centro Colposcópico.

Delimitación temporal:

El problema fue estudiado en el período Agosto 2011 a Septiembre 2012.

Delimitación de contenido:

Campo: Ginecología

Área: Patología cervical

Aspectos: Lesiones cervicales prevalentes diagnosticadas por biopsia cervical en mujeres con examen citológico cervicovaginal anormal.

1.3. JUSTIFICACION

La citología cervical 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 del cérvix, y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cérvico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Esto nos permite conocer la sensibilidad especificidad y valor predictivo de resultados citológicos positivos en los distintos grados de lesión intraepitelial escamosa así como determinar sub diagnósticos y sobre diagnósticos; para de esta forma ayudar a la población en riesgo o afectada con la aplicación de un tratamiento acorde y sobre todo oportuno que permita disminuir la morbi-mortalidad de población femenina con esta patología.

La presente investigación tiene gran interés para el sistema de salud tanto público como privado, ya que dichas instituciones tienen como objetivo el bienestar y la salud de la mujer mediante controles y las pruebas de tamizaje y diagnóstico, en las cuales se puedan detectar diferentes lesiones premalignas que

cuyo tratamiento impida su progresión a cáncer de cérvix y a la vez repercutirá en la disminución de la morbimortalidad por esta enfermedad.

. Para la Universidad Técnica de Ambato ya que permitirá a los docentes y los estudiantes mejorar su aprendizaje y sus conocimientos sobre la aplicación de las pruebas de tamizaje y un diagnósticas de detección precoz del cáncer de cérvix.

Sabemos que beneficiara a las pacientes, ya que el diagnóstico y el tratamiento oportuno darán una mejor calidad de vida para las pacientes y su familia.

La investigación es ejecutable debido a que se cuenta con el suficiente recurso humano y con el apoyo del personal de salud involucrado, por lo tanto, no demandaría gastos económicos importantes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Investigar las lesiones cervicales prevalentes en las pacientes con examen citológico cérvico vaginal anormal que acudieron a un centro colposcópico del cantón Salcedo.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas y biológicas que presentan las pacientes.
- Determinar el examen citología cérvico vaginal anormal más frecuente.
- Identificar los tipos de lesión cervical prevalentes en la colposcopia y la biopsia cervical.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

El objetivo de este artículo es proporcionar información actualizada de los métodos diagnósticos utilizados para el diagnóstico del CaCu y el papel que cada uno de ellos desempeña en la lucha contra esta neoplasia, que continúa siendo un flagelo para las mujeres del siglo XXI. Hoy por hoy la citología exfoliativa con tinción de papanicolaou se sigue considerando la prueba idónea para el tamizaje de detección de CaCu. Claramente se ha establecido que el frotis de papanicolaou no es un método diagnóstico definitivo por sí solo, pues su función principal es identificar a aquellas pacientes que requieren de procedimientos diagnósticos adicionales.

La colposcopia, como método de apoyo diagnóstico, representa un paso fundamental en el estudio de toda paciente con reporte de citología anormal. El diagnóstico definitivo y requisito indispensable para establecer un tratamiento, es el estudio histopatológico. La determinación del ADN del PVH no puede suplir a un buen programa de detección oportuna de Ca Cu. Sin embargo, es una prueba complementaria en casos específicos. La disminución de la mortalidad por Ca Cu solamente se puede lograr si se cuenta con un programa de DOC en el cual todas las partes que lo conforman funcionen adecuadamente y con la mayor eficiencia.

Es necesario hacer una honesta evaluación de todos y cada uno de los elementos que conforman el programa, para poder detectar las debilidades e iniciar acciones que lleven a convertirlas en fortalezas y a ciertos. Solamente así, el PNDOC cumplirá su objetivo y el Ca Cu dejará de ser un flagelo para las mujeres mexicanas. (*Rev Biomed 2004*)

El Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia realizaron un estudio de corte transversal, para establecer las características operativas de la citología cervical en pacientes de la consulta de colposcopia de la Clínica Piloto Profamilia de Bogotá, entre Enero de 1999 y Diciembre de 2003. Se compararon pacientes que presentaron patología de LIE con quienes presentaron patología benigna del cérvix. Se evaluó la sensibilidad y especificidad de la citología en diferentes puntos de corte, al compararla con la biopsia como patrón de oro.

Resultados la prevalencia de LIE de bajo grado fue del 48,7 % y la prevalencia de LIE de alto grado fue del 9,7 %. La citología mostró mejor desempeño al considerar la citología atipia epitelial de significado indeterminado-AESI como anormal. La citología inflamatoria severa mostró similar asociación a la LIE que a la AESI. (Rev. Salud pública. 2004)

2.1.1. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación tendrá un enfoque axiológico y epistemológico porque el impacto de un examen citológico cervicovaginal anormal repercute sobre el bienestar de la paciente, pues de ahí la importante de evaluar a las pacientes con sospechas citológicas de patología cervical, además identificar los factores de riesgo como son la falta de información sobre las infecciones ginecológicas, el examen citológico cervicovaginal preventivo y el acceso de salud, entre otras, ya que estos factores aumenta el riesgo de complicaciones para la mujer.

El deber del médico es procurar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno con aplicaciones en avances científicos. Además el manejo de pacientes en donde se debe considerar los derechos de las pacientes y su confidencialidad resguardando siempre su información y el manejo reservado del mismo ,para resguardar la protección de las pacientes y su familia.

Esta investigación ayudará a mejorar el conocimiento sobre la verdadera importancia del control ginecológico y de las pruebas de tamizaje y diagnóstico de lesiones cervicales premalignas y malignas en las mujeres, y así, establecer tratamientos oportunos para evitar su progresión y mejorar su calidad de vida.

2.1.2. FUNDAMENTACION LEGAL

El presente trabajo de investigación, tomo como apoyo legislativo a la constitución del Ecuador, que corresponde a los derechos del buen vivir y la salud:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Ecuador, cuya realización se vincula al ejercicio de todos los derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generalidad.

Derechos sexuales y reproductivos: La libertad sexual es el derecho a la libertad de elección sexual del individuo. Según la OMS, supone el respeto hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, el reconocimiento a la posibilidad de obtener placer y tener experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. La libertad sexual viene limitada por el límite de edad de consentimiento sexual. La violación de la libertad sexual e indemnidad sexual del individuo es considerada un delito.

El derecho a la libertad sexual se refiere al derecho del individuo y aunque pueda estar indirectamente relacionado, no debe confundirse con el amor libre ni la liberación sexual o revolución sexual de la segunda mitad del siglo XX ni tampoco con la práctica de relaciones sexuales libres, la promiscuidad, las relaciones sexuales prematrimoniales o extramatrimoniales, las relaciones sexuales entre homosexuales o cualquier otra práctica sexual.(Constitución política del Ecuador ,2009)

Art. 75.- Las enfermedades venéreas son de notificación o denuncia obligatoria. Los enfermos, contactos y fuentes de contagio estarán sometidos a la vigilancia de la autoridad de salud, para su atención y control.

Art. 76.- Toda persona sospechosa está obligada a someterse a exámenes. Quien padeciendo un mal venéreo no se tratare o abandonare el tratamiento, será sancionado, sin perjuicio de su internación compulsiva.

Art. 77.- Prohíbese el ejercicio clandestino de la prostitución. La prostitución es tolerada en locales cerrados, y quienes la ejerzan deben someterse periódicamente a los exámenes profilácticos

Art. 78.- Los prostíbulos, casas de cita, casas de tolerancia y otros locales de función similar, cualquiera que sea el nombre que ostenten, necesitarán permiso sanitario y estarán sujetos a la respectiva reglamentación. (Código penal del Ecuador, 2009.)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es el acto jurídico mediante el cual una persona acorde a su capacidad de comprensión, entendimiento y voluntariamente decide aceptar o rechazar, un procedimiento médico basado en la información dada, dicha información debe ser clara, real y completa sobre los procedimientos, riesgos y efectos para la salud y la vida, respetándose por ende, la inviolabilidad de la persona.

La ley orgánica de la salud, y en el código de ética médica del Ecuador, detalla en forma clara sobre el consentimiento informado a las personas que se sometan a una intervención quirúrgica. (Galán Cortes, 1997)

En el centro de colposcopia del cantón Salcedo las pacientes son informadas sobre el proceso que van a realizar y respectivamente firman el documento de consentimiento informado. (A, B, C, D)

2.2. CATEGORIAS FUNDAMENTALES

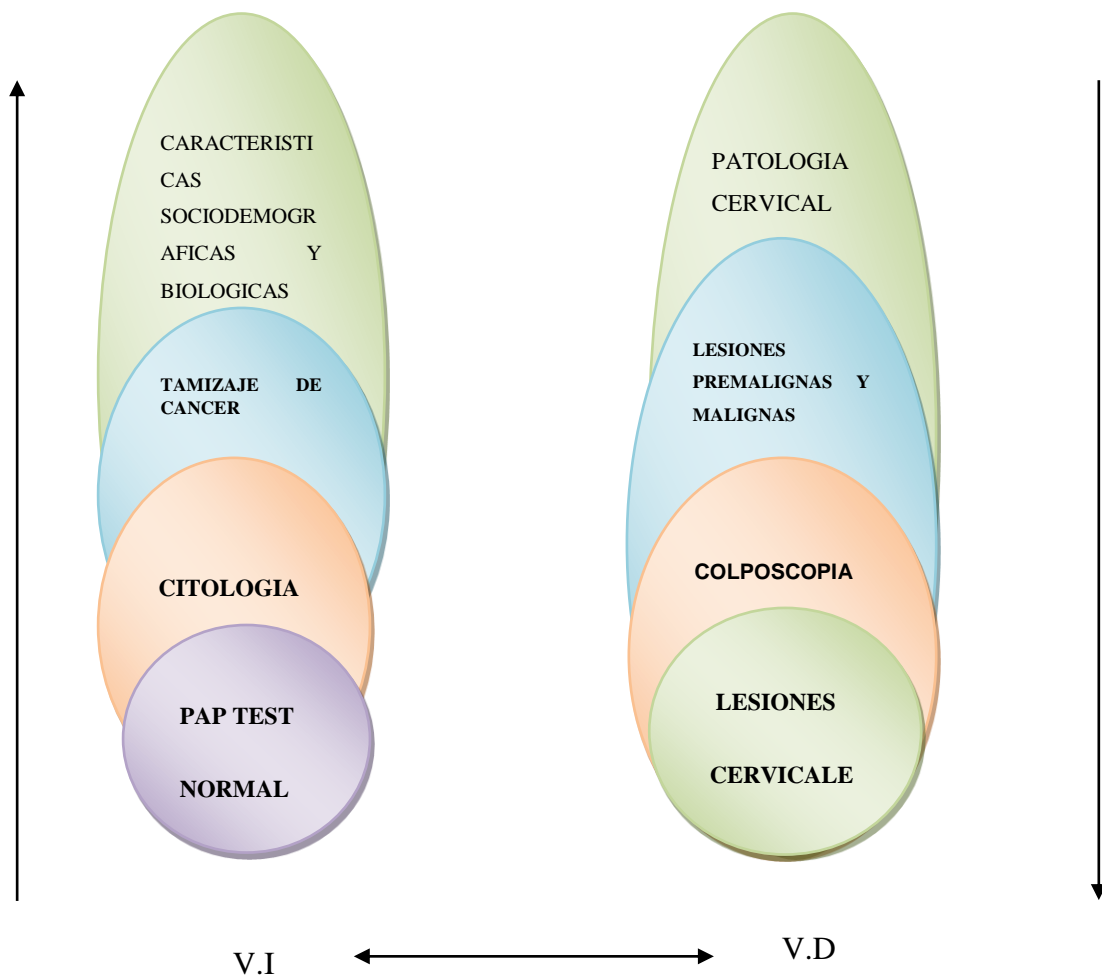


Gráfico N°1

2.3. FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.3.1. CANCER DE CERVIX

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por neoplasia en mujeres de países en vías de desarrollo. Los carcinomas cervicales son el estadio final de un espectro continuo de alteraciones epiteliales, en las que un estadio da lugar al siguiente de manera imperceptible. La evolución a cáncer invasor, a partir de la lesión inicial, puede durar hasta 20 años y no todas las mujeres que presentan las lesiones precursoras desarrollan la forma invasora de esta enfermedad. La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio permiten tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente. (Bonilla F, 2002)

Uno de los avances más importantes en el tratamiento de la neoplasia de cérvix ha sido la identificación de las lesiones precursoras, las cuales han sido objeto de diferentes clasificaciones.

En 1968 se acuñó el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), con diferentes grados: NIC I, NIC II, NIC III o carcinoma in situ. En estas dos últimas clasificaciones el porcentaje de epitelio involucrado en la lesión define el grado de la misma, correspondiendo la displasia leve al NIC I, la moderada al NIC II y la severa al NIC III. (Eluf Neto J, 2001)

La clasificación más reciente es la desarrollada en 1988 y se conoce como el Sistema Bethesda. Con ella se originó el concepto de lesiones escamosas intraepiteliales, subdividiéndose en lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG) y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEGA).

En las LEIBG quedan incluidas las infecciones por papilomavirus humano (PVH) y la displasia leve o NIC I. Las displasias moderada y severa o NIC III quedan agrupadas en las LEIAG. (Organización Mundial de Salud, 2007)

El Sistema Bethesda 2001 contempla una nueva categoría, las células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Estas células no satisfacen los criterios de las LEIBG; sin embargo, presentan anomalías menores que anteriormente se clasificaban como atípicas. El significado que estas células tienen en el desarrollo de la patología cervical, aún no es claro.

Detección de ADN de Papilomavirus humanos (PVH).

Actualmente existe evidencia de que la infección por ciertos genotipos de PVH es una causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cérvix, por lo que el diagnóstico de estos virus está siendo valorado como una posible herramienta más en la prevención de esta enfermedad.

En las dos últimas décadas, el desarrollo de la biología molecular ha sido explosivo, implementándose técnicas de gran utilidad para la investigación y el diagnóstico clínico. En el caso específico de los PVH, solamente existe una prueba avalada por la Food and Drug Administration de E.U.A. (FDA) para uso clínico: la captura de híbridos.

El fundamento de esta prueba es la formación de híbridos de ARN-ADN, que se cuantifican por medio de quimioluminiscencia. Se toman células del endo y ecto cérvix con un cepillo y se depositan en un medio de transporte especial que conserva la muestra a temperatura ambiente, al mismo tiempo que lisa las células.

El diagnóstico se realiza mezclando la muestra biológica con dos soluciones que contienen ARN de PVH. Si la muestra tiene ADN de PVH, se formará un híbrido ARN-ADN, complejo que es capturado en la superficie de una placa que contiene anticuerpos contra esta molécula híbrida. Posteriormente se añade un segundo anticuerpo conjugado con fosfatasa alcalina dirigido al complejo ARN-ADN. Para poner de manifiesto el complejo, se añade un substrato quimioluminisciente de la fosfatasa alcalina (dioxetane).

La reacción química entre la fosfatasa alcalina y el dioxetane produce luz, la cual es medida como unidades relativas de luz en un luminómetro, cuya intensidad es proporcional a la cantidad de ADN de PVH que hay en la muestra.

Esta técnica se realiza por medio de un estuche comercial que contiene dos mezclas de ARN. Una de ellas que detecta de una manera genérica genotipos de bajo riesgo y otra de genotipos de alto riesgo; no proporciona información sobre el genotipo específico presente en la muestra. Actualmente, la captura de híbridos es considerada la prueba ideal para la detección de PVH en muestras clínicas.

Las ventajas de esta prueba son: rapidez, alta sensibilidad, excelente valor predictivo negativo, la posibilidad de poder analizar muchas muestras simultáneamente.

Su desventaja sería la inespecificidad en cuanto al tipo de lesión y de PVH, ya que una prueba positiva no indica el genotipo específico de PVH ni el tipo de lesión. La principal aplicación de esta prueba, es en mujeres con resultados de ASCUS o LEIBG. La determinación de PVH por medio de captura de híbridos, podría evitar procedimientos terapéuticos innecesarios en las mujeres que tienen lesiones asociadas a virus de bajo riesgo.

Mucho se ha escrito sobre el valor que pudiera tener el añadir pruebas moleculares de identificación de PVH de alto riesgo, a la citología, como método de tamizaje. En aquellos países en los cuales existe un programa de detección oportuna de cáncer efectivo, con un buen control de calidad, bien organizado y con cobertura amplia, el añadir pruebas de PVH a la toma de citología, debe basarse en el costo-beneficio y en el aumento del valor predictivo al programa ya existente. En contraste, cuando nos encontramos en un país donde no existen programas efectivos de DOC, o éste es de baja calidad y/o de poca cobertura, mejorar la calidad del programa es una prioridad. (*Rev Biomed 2005*)

2.5.2.- EXAMEN CITOLOGICO CERVICOVAGINAL

La citología es el estudio de las células individuales que tiene el propósito detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que proviene de la descamación de superficiales epiteliales, es el principal método de búsqueda de cáncer cérvico uterino.

Además de la detección de lesiones premalignas y malignas, la citología vaginal proporciona información sobre el estado hormonal de la paciente y la presencia de microorganismos. Las limitaciones del test se encuentra en la toma de la muestra, ya que es un proceso potencialmente embarazoso para la paciente, por lo cual en ciertas culturas es difícil de implementar. (Lacruz Pelea, 2004)

PROCEDIMIENTO

1.-Solicitud del examen

2.-Toma de la muestra se debe hacer una serie de procedimientos los cuales son:

a) Rotulación de la lamina

b) Visualización del cuello uterino

c) recolección de la muestra

d) realización de la extensión

e) enviar a laboratorio

INFORME DE RESULTADO

En términos generales el resultado de una citología cervical debe brindar información sobre diferentes componentes. (Martínez, 2005)

Calidad de la muestra
Adecuada
1. Presencia de células de la zona de transformación.
2. Ausencia de células de la zona de transformación.
3. 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios.
Inadecuada
1. Por artificios, inflamación, hemorragia y/o necrosis en más del 75% del extendido.
2. Información clínica insuficiente.
3. Laminillas rotas o mal identificadas, otros.
Interpretación/Resultados
Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno
1. Organismos:
a) <i>Trichomonas vaginalis</i> .
b) Microorganismos micóticos, morfológicamente compatibles con <i>Candida sp.</i>
c) Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana.
d) Microorganismos morfológicamente compatibles con <i>Actinomyces sp.</i>
e) Cambios celulares compatibles con infección por virus del herpes simple.
2. Cambios celulares reactivos asociados a:
a) Inflamación (incluye reparación atípica).
b) Radioterapia.
c) Dispositivo intrauterino.
d) Células glandulares post- histerectomía.
e) Atrofia.
Anormalidades en epitelio plano/escamoso
1. Anormalidades en el epitelio plano (ASC)
1.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
1.2 Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
2. Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I).
3. Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma <i>in situ</i> , NIC2, NIC3).
4. Carcinoma epidermoide.
Anormalidades en epitelio glandular
1. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC).
2. Células glandulares endometriales atípicas.
3. Células glandulares atípicas.
4. Adenocarcinoma <i>in situ</i> .
5. Adenocarcinoma .
Otros
1. Presencia de células endometriales (no atípicas) en mujeres de 40 años o mayores.

CLASIFICACIÓN PAP 1943

Clase I: Normal

Clase II: Atipias celulares benignas causadas por inflamación, infección viral, regeneración o procesos metaplásicos. Infección HPV leve y atipias glandulares leves.

Clase III: Hallazgo borderline, leve sospecha de malignidad, atipias epiteliales pre malignas tempranas (displasia leve y moderada) normalmente informada como clase III.

Clase IV: La muestra contiene células con alta sospecha de malignidad, displasia severa o carcinoma in situ.

Clase V: Alta probabilidad de cáncer.

SISTEMA BETHESDA 2001

Sistema para informar la citología cervical. (BrosoPR, 2011)

Define la clasificación general que incluye:

- ✓ Negativo para lesión intraepitelial o malignidad: no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.
- ✓ Anomalías de células epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en células escamosas o células glandulares.

Las dos categorías son:

- ✓ Lesión intraepitelial escamoso de bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve)

Criterios citológicos: las células aparecen agrupadas o aisladas, las anomalías nucleares se observan en las células superficiales y maduras; hay agrandamiento nuclear y un incremento de la relación núcleo/citoplasma; la membrana nuclear muestra leve irregularidades.

- ✓ Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ).

Criterios citológicos: las células epiteliales se agrupan en forma de mantos, o aislada; marcada agrandamiento nuclear con disminución del área citoplasmática; hay marcada hiperchromasia; bordes nucleares irregulares.

La clasificación de Bethesda introduce la categoría de células atípicas que utiliza el término:

ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad.

Criterios citológicos

- ✓ Agrandamiento nuclear dos y media a tres veces el tamaño del núcleo de una célula escamosa intermedia, con un ligero incremento en la relación núcleo/citoplasma.
- ✓ Variación del tamaño de los núcleos, con eventual binucleación
- ✓ Leve hiperchromasia, aunque la cromatina es uniforme y granular.
- ✓ Los bordes nucleares usualmente son lisos o regulares, aunque pueden observarse irregulares.

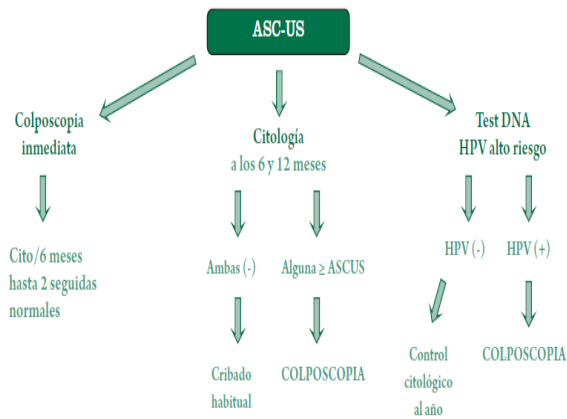


Figura 3. Algoritmo de ASCUS

Gráfico N° 2.

Fuente Patología tumoral benigna del cérvix y lesiones cervicales intraepiteliales de j, zapardiel i, benavides 2010

ASC-H: cambios histológicos que llevan hacia H –SIL, pero que carecen de criterios para una interpretación definitiva, se debe realizar una colposcopia.



Figura 5. Algoritmo de un caso de ASC-H

Gráfico N°3

Fuente Patología tumoral benigna del cérvix y lesiones cervicales intraepiteliales de j, zapardiel i, benavides 2010

GUS: células glandulares anormales que se eliminado y se a reemplazado por los términos células glandulares

Criterios citológicos

- ✓ Células que se agrupan de cinco a diez
- ✓ Hay escaso agrandamiento nuclear
- ✓ Hay escaso hiperchromia
 - los nucléolos pueden estar presentes y son pequeños
 - los bordes celulares están bien definidos

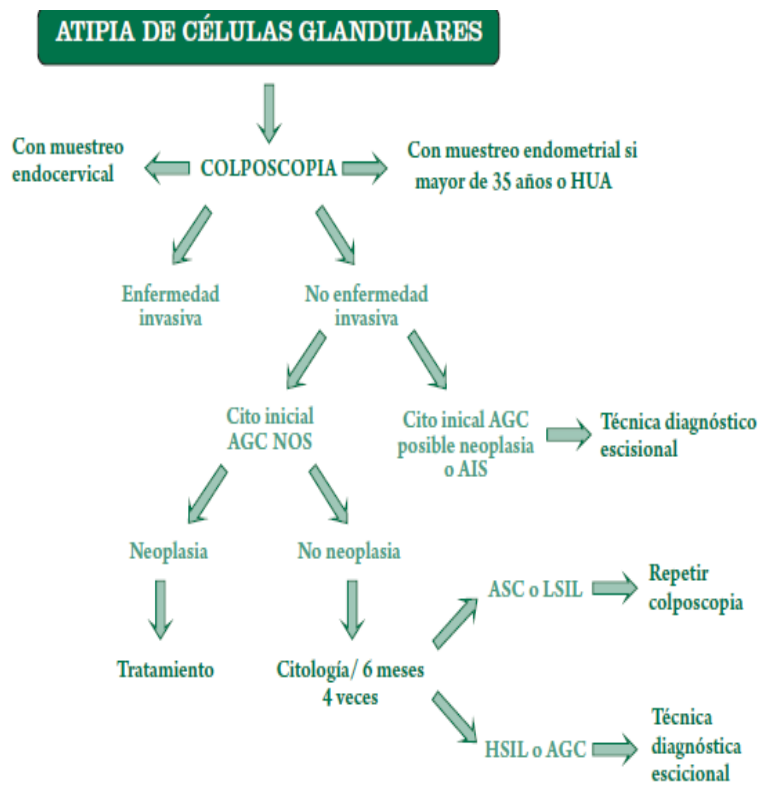


Figura 8. Seguimiento en caso de Atipia de Células Glandulares

Gráfico N°4.

Fuente Patología tumoral benigna del cérvix y lesiones cervicales intraepiteliales de j, zapardiel i, benavides 2010

Cuadro N°1

Medias y seguimiento en los distintos hallazgos del papanicolau		
Hallazgos:	Medidas:	Seguimiento:
Satisfactorio para evaluación, Sin células glandulares	Considerar una nueva toma de muestra.	Evaluación de resultados
Evaluación no confiable	Considerar una nueva toma de muestra.	Evaluación de resultados
Insatisfactoria para Evaluación	Tomar una nueva muestra.	Evaluación de resultados
Negativa para lesión intraepitelial		
Infección	Si es necesario terapia microbiana específica y repetir la muestra en 1 a 6 meses.	Evaluación de resultados
Regeneración	Repetir la muestra luego de 1 a 3 meses;	Evaluación de resultados
Vaginitis atrófica	Terapia estrogénica local y repetir toma durante el tratamiento. Seguir el tratamiento de acuerdo a los hallazgos.	Evaluación de resultados
Cambios causados por radiación	Repetir la muestra luego de 4 a 12 meses; Colposcopia si el cambio es significativo.	Papanicolau anual
Anomalías de las células epiteliales		
ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado)	Repetir la muestra luego de 6 a 12 meses. Colposcopia si el cambio recurre 3 veces en 24 meses. Agregar tratamiento según	Papanicolau anual
ASC-H (células escamosas atípicas que no puede excluir lesión escamosa de alto grado)	Colposcopia dentro de los 6 meses. Tratamiento si se detecta displasia. En otros casos repetir la muestra por intervalos de 6 meses hasta que el hallazgo sea normal.	Papanicolau anual

FUENTE: Kurman , Solomon: sistema bethesda para el relato de diagnostico de la citología cervico- vaginal
2009

Medias y seguimiento en los distintos hallazgos del papanicolau		
Hallazgos:	Medidas:	Seguimiento:
SIL BG (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado)	Colposcopia dentro de los 6 meses. Tratamiento si se detecta displasia. En otros casos repetir la muestra por intervalos de 6 meses hasta que el hallazgo sea normal.	Papanicolau anual
SIL AG (lesión escamosa intraepitelial de alto grado)	Colposcopia dentro del mes. Tratamiento si se detecta displasia, en otros casos repetir Colposcopias cada 6 meses y tomar muestras a intervalos de 6 meses hasta que la muestra de normal.	Papanicolau anual
Carcinoma de células escamosas	Colposcopia, excisión con ansa y tratamiento del cáncer de acuerdo al grado de invasión.	Seguimiento con el Oncólogo clínico.
Células glandulares atípicas de origen endocervical	Sospecha de neoplasia. Colposcopia dentro del mes. Significado indeterminado: repetir la muestra dentro de los 6 meses.	Papanicolau anual
Células glandulares atípicas de origen endometrial	Ecografía tranvaginal y biopsia de endometrio	Seguimiento endometrial postmenopáusico.
Adenocarcinoma	Colposcopia y muestras histológicas.	Seguimiento con el Oncólogo clínico
Estado hormonal inconsistente con la edad e historia	Dependiendo del caso (tumor secretor de estrógenos luego de la menopausia)	

Cuadro N° 2

Conducta Según Resultados de Citología y Colposcopia

RESULTADO DE CITOLOGÍA	COLPOSCOPIA NEGATIVA	COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA	Colposcopia Positiva			
			Cambios Menores		Cambios Mayores	
			Bien Delimitados	No Delimitados	Bien Delimitados	No Delimitados
ACSI O ASCUS VPH, LIE-BG	Citología en 6 -12 meses	Biopsia endocervical	Citología en 6 -12 meses	Biopsia endocervical	Biopsia exo y endocervix	Conización diagnóstica
LIE-AG	Lgrado endocervical Cono diagnóstico	Lgrado endocervical Cono diagnóstico	Biopsia exo y endocervix	Biopsia exo y endocervix Cono Diagnostico	Biopsia exo y endocervix Ver y Tratar	Biopsia exo y endocervix Cono Diagnostico
Ca INFILTRANTE AGSI, AGUS ADENOCARCINOMA	Lgrado endocervical y de endometrio Cono diagnóstico	Lgrado endocervical y de endometrio Cono diagnóstico	Biopsia de exo y endocervix Clasificación clínica	Biopsia de exo y endocervix Clasificación clínica	Biopsia de exo y endocervix Clasificación clínica	Biopsia de exo y endocervix Clasificación clínica

Fuente República de Colombia. MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y Guía de Atención de Lesiones Preneoplásicas de Cuello Uterino.

2.5.3.- COLPOSCOPIA

En 1923, frente a un congreso, se le encarga al Dr. Hans Hinselmann, ginecólogo, dedicado en especial a la maniobra de extraer pequeños fragmentos biopsicos, de lesiones aparentemente sospechosas del cuello uterino para ser estudiadas por el patólogo la misión indicada, de que describa, con detalles, la imagen del “Carcinoma In Situ”- que fuera descrito en 1901, por un patólogo con microscopio monocular, como un cáncer cervical que caminaba sobre el cérvix, sin penetrarlo.

Para este desafío: Hinselmann crea con colegas especializados en óptica, un aparato que permite visualizar el cuello del útero, a través de dos valvas de metal, las que realizan la apertura de la vagina. Hoy denominadas especulo siendo al momento de plásticos y descartables.

El colposcopio estaba en marcha y con un colorante vital, de los numerosos probados, el ácido acético, las imágenes fueron visualizadas y es presentado en 1925, por el autor, el colposcopio que hoy lleva su nombre y una clasificación de las imágenes en plantillas con su correlación histopatológica. (Apgar 2003)

En 1928 Walter Shiller agrega a esta técnica, el lugol yodo, observándose con el colposcopio, que en las estructuras normales el yodo no tomaba a nivel del endocervix epitelio cilíndrico de una sola capa mucinoso. Mientras que si lo hacía a nivel del epitelio pavimentoso de varias capas, que mientras la mujer posee hormonas, se acumula en el mismo glucógeno, el yodo toma un color caoba. También se comprueba que en los epitelios anómalos, y en las lesiones con atípías de menor o mayor grado, que no acumulan glucógeno, el yodo al igual que el epitelio cilíndrico normal no tomaba el color caoba, siendo su expresión yodo negativa, color amarillento. Este test es tomado por Hinselmann, utilizándose ambos colorantes vitales, en las colposcopias de rutina.

El estudio colposcópico permite la identificación de características sutiles de los epitelios, inapreciables a simple vista, que son la expresión de cambios

patológicos. La colposcopia se ha consolidado como parte fundamental del protocolo para el diagnóstico de las lesiones intraepitelial y el cáncer inicialmente invasivo del tracto genital inferior. (Apgar 2003.)

INDICACIONES CITOLOGICAS PARA COLPOSCOPIA

- Citología ASC-US repetido
- Citología ASC-US con test HPV positivo
- Citología LSIL, repetida 2 veces en mujeres menores de 25a
- Citología LSIL en mujeres mayores de 25 a., ASC-H, HSIL o cáncer
- Citología AGC, AGC-N, AIS o adenocarcinoma
- Citología repetidamente inflamatorio

EQUIPO PARA COLPOSCOPIA

Un colposcopio es un microscopio de campo estereoscópico, binocular, de baja resolución, con una fuente de iluminación potente de intensidad variable que ilumina el área bajo examen (grafico 3).

El cabezal del colposcopio, que alberga los elementos ópticos, contiene la lente objetivo, los lentes oculares que emplea el colposcopista para observar el cuello uterino, una fuente de iluminación, filtros verde, azul o ambos para interponer entre la fuente de iluminación y el objetivo, una perilla para introducir el filtro, una perilla para cambiar el aumento del objetivo y una perilla para enfoque fino. El filtro sirve para eliminar la luz roja y así facilitar la visualización de los vasos sanguíneos, que se ven oscuros.

El colposcopio tiene un mando que permite inclinar el cabezal hacia arriba y abajo, para facilitar la exploración del cuello uterino.

La distancia entre las dos lentes oculares puede ajustarse a la distancia interpupilar del explorador, a fin de lograr una visión estereoscópica. Cada lente

ocular tiene escalas de dioptrías grabadas que permiten la corrección visual de cada colposcopista. La altura del cabezal al piso puede ajustarse con la perilla correspondiente, de modo que la colposcopia pueda efectuarse con el explorador sentado cómodamente y sin tensión en la espalda. (Apgar, 2003.)

Los colposcopios modernos por lo general permiten graduar el aumento, comúnmente entre 6x y 40x, con aumentos intermedios, por ejemplo, 9x, 15x, 22x. Algunos equipos más avanzados y costosos pueden contar con un zoom eléctrico para modificar el aumento.

Los colposcopios más sencillos tienen un nivel único fijo de aumento, como 6x, 9x, 10x, 12x ó 15x. Casi todo el trabajo con el colposcopio puede realizarse dentro del intervalo de 6x a 15x. Un menor aumento ofrece una vista más amplia y mayor profundidad de campo para la exploración del cuello uterino. Más aumento no necesariamente es mejor, ya que a cambio se pierden otras cosas: el campo de visión se estrecha, la distancia focal se acorta y se requiere más iluminación. Sin embargo, un mayor aumento puede revelar características más finas, como vasos sanguíneos anormales. (Apgar, 2003.)

La ubicación de la lámpara en el colposcopio debe ser accesible para facilitar su cambio cuando sea necesario.

Las lámparas de los colposcopios pueden ser halógenas, de xenón, de tungsteno o incandescentes. Generalmente se prefieren las halógenas, ya que producen una luz intensa luz blanca. La intensidad de la fuente de iluminación puede ajustarse con un potenciómetro.

Para enfocar el colposcopio, se ajusta la distancia entre el objetivo y la paciente, colocando el instrumento a una distancia de trabajo correcta. Los colposcopios suelen tener un ajuste de enfoque fino de modo que, si la distancia entre la base del aparato y la mujer se mantiene fija, puede modificarse ligeramente el enfoque del aparato usando la manilla de enfoque fino.

La distancia de trabajo (distancia focal) entre el objetivo y la paciente es muy importante; si es excesiva (mayor de 300 mm), es difícil para el colposcopista alcanzar a la paciente y si es demasiado corta (menos de 200 mm), puede ser difícil usar instrumentos tales como la pinza de biopsia al tiempo que se mantiene el campo bajo visión con el aparato. Suele ser adecuada una distancia focal de 250 a 300 mm. Cambiar los objetivos modifica el aumento y la distancia de trabajo. (Apgar, 2003.)

INSTRUMENTAL

El instrumental necesario para la colposcopia es escaso y debe colocarse en una bandeja para instrumentos a un lado de la mesa de exploración. (grafico 4)

PROCEDIMIENTO

Técnica de realización de colposcopia en el centro de colposcopia del cantón Salcedo (Apgar, 2003.)

- 1) Antes de iniciar el examen se revisa el instrumental y el equipo
- 2) Los formularios de documentación apropiados se marca con la tarjeta de identificación de la paciente y, si es el caso, se obtiene el consentimiento informado.
- 3) Se coloca en posición dorsal de litotomía y se cubre de manera adecuada
- 4) El colposcopista se siente cómodo ante el colposcopia, ajusta la distancia interpupilar de los binoculares y enciende el aparato.

- 5) Se inspecciona la vulva con el colposcopio. Suele utilizarse ácido acético al 3 a 5 % o vinagre para realzar los detalles epiteliales, Si se identifica una zona anormal, se obtiene en ese momento una muestra de biopsia de la vulva.
- 6) Se coloca en la vagina el espejito intravaginal del tamaño mayor que tolere la paciente
- 7) Si se requiere, se retrae las paredes laterales de la vagina con un separador vaginal colocado dentro del espejito o mediante un condón o dedo de guante de látex aplicado sobre las hojas del espejito.
- 8) Es necesario observar adecuadamente el cuello uterino. Quizás se requiera limpiar con suavidad el moco; si el cérvix no se encuentra en posición correcta y es imposible observarlo, con pinzas de anillos pueden colocarse cojines de gasas húmedas, arrollados, en el fórnix.
- 9) Cuando es pertinente se hace muestreo citológico- si continúa la hemorragia, suele detenerla un aplicador con la punta de algodón colocado con suavidad en el conducto endocervix. No se debe aplicar en ese momento solución de Monsel.
- 10) Se observa el cuello uterino con luz blanca (solución salina si está seco) a bajo aumento (x4 a x8). Se señalan los datos a simple vista y la presencia de leucoplaquia.
- 11) Se examina el patrón vascular con el filtro verde. Los vasos se observan a bajo y gran aumento. No debe aplicarse ácido acético al 3 a 5 % hasta después de valorar el patrón vascular.
- 12) Se aplica una cantidad abundante de ácido acético al 3 a 5 % (o vinagre) al cuello uterino con escobillones de algodón saturado, gasa, torundas de algodón en una pinza de anillos o con un frasco

pulverizado. Es necesario evitar frotar o golpear en exceso el cuello uterino. Después de la primera aplicación, se aplica por segunda vez ácido acético a fin de asegurar una reacción acetoblanca apropiada.

- 13) Después de aplicar el ácido acético se valora el cuello uterino en busca de alteración epitelial con aumento bajo, intermedio y alto. La reacción acetoblanca comenzará a disminuir con lentitud o rapidez según la gravedad de la anomalía epitelial. A medida que palidece la reacción acetoblanca.
- 14) Es necesario “mapear” mentalmente los patrones epiteliales y vasos sanguíneos normales y anormales, porque será necesario recordar los datos cuando se requiera llenar los formularios de documentación.
- 15) Si la paciente no es alérgica al yodo, puede teñirse el cuello uterino con la solución de lugol diluido. La valoración de los patrones epiteliales depende de la interacción entre el glucógeno celular y el yodo.
- 16) Si es pertinente, se obtiene una muestra endocervical con una legra o un cito cepillado endocervical. Es necesario tener cuidado para no contaminar la muestra con lesiones ectocervicales.
- 17) Cuando es pertinente, se hace biopsia dirigida colposcópicamente. Se elige el centro de biopsia y se obtiene la muestra con el sacabocados para biopsia cervical.
- 18) Después de obtener todas las muestras se aplica solución de Monsel, para obtener hemostasia. En ocasiones solo se requiere presión.
- 19) A medida que se extrae el espéculo, se inspecciona la vagina. Es útil aplicar solución de lugol para delinear el epitelio anormal.

- 20) Si es pertinente, se obtiene en ese momento una muestra de biopsia vulvar
- 21) Se comenta a la paciente la impresión colposcópica preliminar. Asimismo se le indica el mecanismo y el tiempo y el tiempo necesario para el informe de los resultados.
- 22) Se revisa las muestras para comprobar que se aplicó de manera apropiada la identificación de la paciente.
- 23) Se terminan las formulaciones de documentación. El diagrama cervical debe indicar una colposcopia satisfactoria.
- 24) Se prepara el material para esterilizar. (Apgar, 2003.)

EL ÍNDICE COLPOSCÓPICO MODIFICADO DE REID (RCI)

Cuadro N° 3

Signos colposcópicos	Cero puntos	Un punto	Dos puntos
Color	Epitelio acetoblanco tenue; indiferenciado; transparente o translúcido Área acetoblanca más allá del borde de la zona de transformación Color blanco nieve e intenso brillo superficial	Coloración intermedia blanquecina y superficie brillante (la mayoría de las lesiones deben clasificarse en esta categoría)	Denso, opaco, de densidad blanco ostra; gris
Bordes y superficie de la lesión	Contorno microcondilomatoso o micropapilar Lesiones planas con bordes indefinidos Bordes en forma de pluma o finamente dentados Lesiones anguladas, melladas ³ Lesiones satélites más allá del borde de la zona de transformación	Lesiones regulares, simétricas, de contornos netos y rectilíneos	Bordes dehiscentes, enrollados Demarcaciones internas entre zonas de apariencia colposcópica dispar: una central de cambios mayores y otra periférica de cambios menores
Angioarquitectura	Capilares finos, cercanos, de calibre y disposición uniforme ⁴ Patrones vasculares mal formados de punteado o mosaico finos Vasos más allá del borde de la zona de transformación Capilares finos en lesiones microcondilomatosas o micropapilares ⁶	Ausencia de vasos	Punteado o mosaico grueso bien definido, nítidamente delineado ⁵ y dispuesto amplia y aleatoriamente
Captación de yodo	Captación positiva de yodo que confiere al tejido un color castaño-caoba Lesión insignificante que no capta la tinción con yodo, es decir, tinción amarilla de una lesión con tres o menos puntos en los tres primeros criterios Zonas más allá del borde de la zona de transformación, que resaltan en la colposcopia por ser yodo negativas (suelen deberse a paraqueratosis)	Captación parcial de yodo; aspecto moteado, jaspeado	Lesión significativa que no capta la tinción con yodo, es decir, tinción amarilla de una lesión con cuatro o más puntos en los tres primeros criterios

La clasificación colposcópica se realiza con una solución acuosa yodo yodurada de lugol y ácido acético al 5%:

1.-No se incluye aquí el contorno superficial microexofítico indicativo del cáncer evidenciable por colposcopia.

2.-Los bordes epiteliales se despegan con facilidad del estroma subyacente y se enrollan

3.-Otórguele un cero aunque parte del borde periférico sea recto.

4.-A veces, los patrones de mosaico vascularizados en el centro son característicos de anomalías histológicas de bajo grado. Estos patrones capilares lesionales de bajo grado pueden ser muy pronunciados.

5.-No se incluye aquí la angioarquitectura atípica indicativa del cáncer evidenciable por colposcopia.

6.-En general, cuanto más microcondilomatosa es la lesión, más baja es la puntuación. Sin embargo, el cáncer también puede presentarse como un condiloma, aunque raramente.

7.-Paraqueratosis: aumento del grosor de la capa epitelial superficial, con persistencia de núcleos picnóticos.

Predicción colposcópica del diagnóstico histológico mediante el Índice colposcópico de Reid (RCI)

Cuadro N° 4

RCI (puntuación general)	Histología
0 – 2	Probablemente NIC 1
3 – 4	Lesión superpuesta: Probablemente NIC 1 o NIC 2
5 – 8	Probablemente NIC 2-3

CLASIFICACIÓN COLPOSCÓPICA DE LA IFPC. 2011

Cuadro N°5

TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA DEL CUELLO UTERINO DE IFPC 2011 ¹			
EVALUACIÓN GENERAL		<ul style="list-style-type: none"> Adecuada/inadecuada a causa de ...(por ej.: cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz) Visibilidad de la unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, no visible. Tipos de zona de transformación 1,2,3	
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES		Epitelio escamoso original: <ul style="list-style-type: none"> Maduro Atrófico Epitelio columnar <ul style="list-style-type: none"> Ectopía Epitelio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> Quistes de Naboth Aberturas glandulares y/o criptas glandulares Deciduosis en el embarazo	
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES	Principios generales	Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de Transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión Número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.	
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado. Borde irregular	Mosaico fino, Puntillado fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso. Aparición rápida de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, Puntillado grueso. Bordes delimitados, Signo del límite del borde interno, Signo de cresta o sobreelevado.
	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), Erosión Solución de Lugol (Test de Schiller): positivo/negativo	
SOSPECHA DE INVASIÓN		Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.	
HALLAZGOS VARIOS		Zona de transformación congénita, Condiloma, Pólipo (exocervical /endocervical) Inflamación,	Estenosis, Anomalía congénita, Anomalías post tratamiento, Endometriosis

Fuente Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior Año III, No. 7, Octubre 2012 Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

CAMBIOS MAYORES

Las imágenes colposcópicas anormales se producen por los cambios en la maduración del epitelio que implica la modificación en el contenido de glucógeno y proteínas de las células, los cambios en el grosor del epitelio y cambios en la morfología de la vascularización del tejido conectivo subyacente. Todos estos cambios están producidos por la alteración que produce la presencia del VPH en la célula; es decir, las imágenes morfológicas detectadas en la colposcopia no son más que el efecto citopático producido por la infección del VPH en el tracto genital inferior. (Apgar, 2003.)

Los parámetros colposcópicos más importantes que nos permiten valorar dichas anomalías son: la superficie de la lesión, la reacción al acético, la reacción a la solución de lugol, los bordes de la lesión y el patrón vascular.

La agrupación en cambios menores y mayores permite establecer el grado de la lesión, ya que las lesiones de alto grado y los cánceres se asocian con los cambios mayores y las lesiones de bajo grado o metaplasias lo hacen con los menores. Siguiendo las recomendaciones de la IFCPC las imágenes colposcópicas anormales son:

- Epitelio acetoblanco: se define así a aquel que aparece sólo tras la aplicación de ácido acético como una formación blanquecina más o menos transparente. Cuando el epitelio aparece blanco intenso, nacarado y persistente se habla de epitelio acetoblanco denso y equivale a un cambio mayor.
- Mosaico: la base histológica del mosaico corresponde un epitelio que produce prolongaciones que penetran en el corion dejando pequeñas porciones de epitelio delgado entre éstas. Tras la aplicación de acético el epitelio patológico toma un color blanquecino mientras que la parte más

adelgazada permite que el corion dibuje una estructura reticular a modo de mosaico.

El mosaico grosero presenta losetas irregulares de tamaño variable y frecuentemente sobre elevadas que se encuentran separadas por ribetes rojizos que contienen vasos irregulares y ectásicos. Al lugol son yodos negativos. Esta estructura se asocia con frecuencia a lesiones de alto grado. (Apgar, 2003.)

- **Punteado:** se debe a engrosamientos del epitelio escamoso y a su relación con el estroma. En el punteado, el crecimiento del epitelio alterado produce que se generen unos ejes conjuntivo-vasculares desde el corion que se dirigen en forma de dedos de guante hacia la superficie. El extremo de cada eje conjuntivo-vascular se transparenta bajo la forma de un punto rojo al examen colposcópico.

El punteado grueso contiene ejes vasculares con capilares sinuosos, dilatados, sobre elevado y ampliamente espaciados (por el epitelio engrosado interpuesto), de forma y tamaño variables. El área de punteado tiene una apariencia global más eritematosa debido a la congestión localizada del tejido conjuntivo. La lesión es ligeramente sobre elevada con la superficie irregular debida la presencia de vasos dilatados que le dan un aspecto micropapilar. Al lugol son yodo negativas. Histológicamente, se responde con lesiones de alto grado y con lesiones microinvasivas. (Apgar, 2003.)

- **Vasos Atípicos:** Es una característica catalogada como cambios mayores, ya que sugiere lesión de alto grado y carcinoma microinvasivo. Se caracteriza por la presencia de vasos irregulares, dilatados, de curso abrupto, en sacacorchos, tirabuzón u horquilla, con interrupciones bruscas. Es común encontrar áreas hemorrágicas por la fragilidad de los mismos.

- Cambios sugerentes de invasión/cáncer: Son lesiones más abigarradas que las anteriores y son sugerentes de invasión o microinvasión la presencia de vasos atípicos, distancia intercapilar aumentada (con áreas groseras de epitelio patológico intermedias), áreas erosivas, superficie irregular y sobre elevada y que imagen abigarrada extensa y compleja.

Según la clasificación de la IFCPC, existen otros cambios considerados como misceláneos por su naturaleza variable, de ellos interesan como cambios anormales las queratosis o leucoplasias y la erosión ya que su presencia puede estar asociada a lesiones de alto grado.

La queratosis corresponde a un área epitelial de color blanco que se ve sin aplicación del acético. Suelen tener una superficie irregular y sobre elevada. Debido a la capa gruesa de queratina que las caracteriza no se permite ver el corion subyacente. Se corresponden histológicamente a hiperqueratosis, acantosis y paraqueratosis; pero en ocasiones pueden esconder una lesión de alto grado subyacente. Debe sospecharse esta última si la leucoplasia se acompaña de alguna característica de cambio mayor.

La erosión es una lesión que acompaña a procesos benignos como atrofia e inflamación del epitelio escamosa; pero a veces es producto de la fragilidad propia de las lesiones de alto grado. Sebe sospecharse que una erosión está asociada a una lesión de alto gado si junto a esta se pueden observar alguna característica de cambio mayor dentro o circundante a la misma. (Apgar, 2003.)

El uso de la clasificación propuesta es muy reproducible, lo cual garantiza su uso extendido. Por otro lado, la diferenciación entre lesión de bajo grado y alto grado/carcinoma mediante la detección de cambios colposcópicos menores y mayores presentó una alta especificidad (94%), teniendo la aparición de cambios mayores un alto valor predictivo positivo en cuanto a la identificación de lesiones de alto grado o carcinomas. En general, las características colposcópicas que más se asociaron a la presencia histológica de lesiones de alto grado/carcinoma.

En general el epitelio acetoblanco denso, el punteado (más que el mosaico) grosero y la presencia de vasos atípicos son las imágenes que más se relacionaron con la lesión de más grado. Las lesiones predictivas independientes de lesión de alto grado o carcinoma fueron la presencia de un grupo de diferentes hallazgos colposcópicos que afectan >75% del cérvix visible y que la lesión esté dentro de la unión escamo cilíndrica (UEC). (Apgar, 2003.)

BIOPSIA

Es un procedimiento que se realiza para extraer tejido del cuello uterino con el fin de detectar condiciones anormales o precancerosas, o cáncer de cuello uterino.

Tipos de biopsia de cuello uterino:

Existen varios tipos de biopsias de cuello uterino: además de extraer tejido para su análisis, algunos de estos procedimientos pueden utilizarse para extirpar por completo zonas de tejido anormal y también se pueden utilizar para el tratamiento de lesiones precancerosas.

Los tipos de biopsia de cuello uterino incluyen:

- ✓ **Biopsia por sacabocados:** procedimiento quirúrgico para extraer una pequeña cantidad de tejido del cuello uterino. Se pueden realizar una o más biopsias por sacabocados en diferentes zonas del cuello uterino.

- ✓ **Biopsia en cono o conización:** procedimiento quirúrgico que utiliza un láser o bisturí para extraer una gran porción de tejido en forma de cono del cuello uterino

✓ **Curetaje endocervical (ECC):** procedimiento quirúrgico en el que se utiliza un instrumento estrecho cureta, para raspar el revestimiento del canal endocervical, una zona que no puede verse desde afuera del cuello uterino.

Neoplasia intraepitelial cervical grado 1

NIC 1 es la lesión precursora de cáncer de cuello uterino con la mayor tasa de regresión espontánea y la más baja tasa de progresión hacia una neoplasia maligna. Normalmente, la maduración del epitelio escamoso se valora de manera horizontal por estratos, las lesiones inducidas por HPV muestran una interrupción de dicho proceso. Este cambio puede ser visto en bajo aumento y debe alertar al patólogo de la posible presencia de NIC 1. La confirmación de dicha lesión depende del diagnóstico de alteraciones morfológicas celulares.

En la infección por HPV las células infectadas demuestran el efecto citopático que incluye ampliación nuclear, atipia y retracción citoplasmática perinuclear con engrosamiento de la membrana celular. Su diagnóstico está concentrado en la porción inferior del epitelio con anormalidades nucleares que son más obvias en el tercio basal, las figuras mitóticas son pocas en número y están confinadas al tercio basal.

Las características displásicas en la porción superior del epitelio incluyen núcleos individuales con un menor grado de pleomorfismo en relación a los de la basal, membrana nuclear arrugada, varios grados de hiperchromasia, binucleación, citoplasma vacío y núcleo excéntrico. Ocasionalmente las células pueden presentar queratinización individual (Wiedner, Cote, Suster & Wiess, 2009).

Neoplasia intraepitelial cervical grado 2

Microscópicamente, NIC 2 se caracteriza por la presencia de células inmaduras en los dos tercios inferiores. En la gran mayoría de las lesiones NIC 2,

la relación núcleo-citoplasma se incrementa, pero sigue siendo inferior al 50%. Las células con frecuencia muestran una variabilidad significativa en el tamaño y forma nuclear (anisonucleosis), pérdida de la polaridad y variable aumento de mitosis (Wiedner, Cote, Suster & Wiess, 2009). Metaplasia escamosa inmadura puede distinguirse de NIC 2 por su arquitectura más ordenada, falta de anisonucleosis y escasez de actividad mitótica.

Neoplasia intraepitelial cervical grado 3

NIC 3 es la lesión precursora que es más probablemente avanza a carcinoma. También es el menos propenso a regresar. En un análisis prospectivo, el 71% de las mujeres con carcinoma in situ han desarrollado un carcinoma invasivo en un mínimo periodo de seguimiento de 12 años (Wiedner, Cote, Suster & Wiess, 2009). El diagnóstico de NIC 3 se establece cuando las células atípicas parabasales ocupan más de dos tercios del espesor epitelial total. Las células parabasales en NIC 3 tienen alta atipia nuclear; la actividad mitótica es generalmente elevada y la apoptosis es también frecuente.

Algunos autores han sugerido que la apoptosis es una característica de este diagnóstico y puede ser un marcador de progresión a carcinoma. Los núcleos de NIC 3 tienen distribución irregular de la cromatina, hipercromasia e irregularidades de la membrana nuclear. En varios metaanálisis se ha estudiado la historia natural de la neoplasia cervical intraepitelial existiendo un 80% de regresión y 0% de progresión a carcinoma invasor en infecciones por HPV sin neoplasia cervical, en tanto la regresión es de 32% con progresión a la invasión mayor del 12% de los casos reportados como NIC 3 (Kurman, Hedrick & Ronnett, 2011).

Carcinoma escamoso

La apariencia microscópica del carcinoma escamoso es variada, manifestándose como nidos sólidos de células escamosas de distinto tamaño con

marcada irregularidad de los bordes, pleomorfismo nuclear, mitosis que invaden el estroma en patrones confluentes, pseudoreticulares y pseudoglandulares. Clásicamente puede ser dividido en queratinizante y no queratinizante, en el primero de estos tipos las células producen queratina extracelular que forma perlas corneas acompañadas de frecuentes puentes intercelulares.

La variante no queratinizante puede conservar características citológicas similares a la anterior pero sin la producción de queratina. Esta clasificación puede ser acompañada de la propuesta por Broder que la divide en bien, moderada o pobremente diferenciada. Existe una consideración a ser tomada en cuenta en esta patología que constituye el carcinoma escamoso microinvasor definido como la invasión del estroma subyacente en no más de 3mm de profundidad y 7mm de extensión con ausencia de invasión linfovascular.

2.4.- HIPOTESIS

Las lesiones cervicales prevalentes son de características inflamatorias en las mujeres que se realizan biopsia cervical?

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Examen citológico cervicovaginal anormal

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Lesiones cervicales

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

El enfoque del tema de investigación fue cuali – cuantitativo, porque se realizara una investigación documental de historias clínicas y de informes de colposcopia donde se determinó, el grado de lesión mediante la biopsia cervical, los aspectos socio demográfico y riesgos biológicos.

Lo que permitió obtener los indicadores para las variables de este estudio.

3.2 Modalidad básica de la investigación

3.2.1.- Investigación Bibliográfica Documental

Esta investigación es documental, en la que se revisó datos disponibles en las historias clínicas y en informes del servicio de ginecología de mujeres que acudieron a un centro colposcopico en el cantón Salcedo en el periodo de Agosto 2011 a Septiembre 2012.

3.2.2.- Investigación de Campo

El trabajo de investigación se realizó en el centro colposcopico del cantón Salcedo en el periodo de Agosto 2011 a Septiembre 2012.

3.3 Nivel o tipo de investigación

Es un estudio descriptivo - retrospectivo, en el período comprendido desde Agosto 2011 a Septiembre 2012, recogiendo los datos de historias clínicas en los

que se verifica los resultados y el estado de salud de las pacientes entre su diagnóstico y tratamiento, para poder correlacionar dichos hechos.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio fueron las pacientes que acudieron al servicio de ginecología de un centro colposcópico en el cantón Salcedo en el periodo de Agosto 2011 a Septiembre 2012, que en valores absolutos corresponde a N= 81 pacientes.

3.4.1 Criterios de Inclusión:

Se incluyeron las pacientes de edad reproductiva, que acudieron con un examen citológico cervico vaginal anormal de la misma institución y en un menor porcentaje referidas de otra institución, para la obtención de biopsia cervical por colposcopia, en el centro de colposcopia en el cantón Salcedo en el periodo de estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión:

Se excluyeron las historias clínicas y los informes de colposcopia que no disponían de información completa, cuyos formularios no contenía, información de papanicolau, instrucción, edad, estado civil, instrucción, procedencia, número de parejas sexuales, inicio de su vida sexual.

3.4.3 Criterios éticos

Con el fin de mantener la privacidad de las pacientes se utilizaron códigos, número de historia clínica, para procesar la información, al mismo tiempo proteger y resguardar la información para que no sea utilizada o manipulada por personas extrañas a la investigación

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1. Variable Independiente: Examen citológico cervicovaginal anormal

<i>Contextualización</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems Básicos</i>	<i>Técnicas Instrumentos</i>
<p>La citología cervical o cervicovaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cervico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.</p>	<p>Examen citológico cervicovaginal</p>	<p>ASCUS</p> <p>ASC H</p> <p>AGC</p> <p>L-SIL</p> <p>H-SIL</p>	<p>¿Qué resultados reportaron la citología?</p> <p>Atipia de células escamosa de significado indeterminado</p> <p>Atipia de células escamosa no se descarta lesión de alto grado</p> <p>Atipia de células glandulares (endocervicales/endometrio)</p> <p>Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado</p> <p>Lesión escamosa intraepitelial de alto grado</p>	<p>Revisión de historias clínicas y formulario de recolección de información.</p> <p>Revisión de historias clínicas y formulario de recolección de información</p>

Cuadro N°6: Variable independiente

Fuente: Investigadora

Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

3.5.2. Variable dependiente: **Lesiones cervicales**

<i>Contextualización</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems Básicos</i>	<i>Técnicas Instrumentos</i>
<i>Cambios en su estructura y morfología de las células epideliales del cérvix produciendo alteraciones en función de la adaptación celular.</i>	Biopsia cervical por colposcopia	Resultados de la biopsia cervical. <i>Cervicitis</i> <i>Infecciones por HPV</i> <i>Metaplasia escamosa</i> <i>Displasia escamosa</i>	<i>NIC 1</i> <i>NIC 2</i> <i>NIC 3</i> <i>Ca in situ</i> <i>Ca invasor</i>	Revisión de historias clínicas resultados de colposcopia. Instrumento: Formulario de recolección de información <i>Técnica:</i> Revisión de historias clínicas resultados de colposcopia.

Cuadro N°2: Variable dependiente

Fuente: Investigadora

Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó, en base a los archivos de registro interno del centro de colposcopia del cantón Salcedo, además de las historias clínicas y de los informes de biopsia cervical de las pacientes con examen citológico cervico vaginal anormal que acudieron, en el periodo de Agosto 2011- Septiembre 2012, posteriormente el ingreso en un formulario de recolección de datos; donde se obtuvo las variable del estudio, para dar cumplimiento a los objetivos descritos.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Una vez finalizado el período de recolección de los datos la información se transformara siguiendo ciertos procedimientos:

- Se revisó y analizó la información recogida, eliminando la información defectuosa, contradictoria, incompleta y en algunos casos no pertinentes.
- Se tabularon los datos y luego se elaboraron cuadros y gráficos según las variables y según la hipótesis que se propuso.
- Mediante los resultados estadísticos descriptivos y no se realizó pruebas de significación, para establecer la hipótesis.
- Se interpretó los resultados con el apoyo del marco teórico.
- Se comprobó y se verificó la hipótesis.
- Se estableció las respectivas conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo para determinar las lesiones cervicales prevalentes diagnosticadas por biopsia cervical en mujeres con examen citológico cervico vaginal anormal. La investigación se hizo en el centro de colposcopia en el cantón Salcedo en el período comprendido desde Agosto 2011 a Septiembre 2012.

4.1 CARACTERISTICAS DE POBLACION DE ESTUDIO

4.1.1.-CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS

4.1.1.1. EDAD

Entre las pacientes estudiadas la edad varía entre 15 a 65 años de edad, con una media de 33 años y una desviación estándar de 4.4

Tabla N°1 Grupo de edades de pacientes del Centro de Colposcopia de Salcedo 2011-2012

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 19 años	10	12.3 %
20 a 34 años	53	65.4 %
35 a 65 años	18	22.2 %
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcopico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Según los grupos de edad el 65.4% (53 pctes) se presenta en edades y comprendidas entre 20 a 34 años (Tabla N°1)

4.1.1.2. PROCEDENCIA

En la presente investigación las pacientes estudiadas que predominaron son mujeres de procedencia del sector rural (67%) (Tabla N°2), así se puede observar que este indicador prevalece en otras investigaciones, y que forma parte de un factor de riesgo para desarrollar lesiones cervicales como lo encontró Parsons y Col. en su investigación observaron que mujeres de reducida condición económica y que viven en zona rurales y tienen 3 veces más alta prevalencia de neoplasia maligna del cuello uterino

Tabla N° 2 Población de estudio según la procedencia en el centro de Colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	54	67%
URBANO	27	33%
TOTAL	81	100

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

4.1.1.3. ESCOLARIDAD

Se puede apreciar que el nivel de escolaridad de la población de estudio es primaria con el 55.5%, en la educación superior solo se observó un 9.9%.

Tabla N° 3 Escolaridad en el centro de Colposcopia de Salcedo 2011 - 2012.

INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	10	12.3%
PRIMARIA	45	55.5%
SECUNDARIA	18	22.2%
SUPERIOR	8	9.9%
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Así mismo se observa que existe un 12.3% de pacientes son analfabetas, lo cual puede influir en sus conocimientos y adherencia a la prueba de diagnóstico del cáncer de cérvix como es el papanicolau. (Tabla N°3).

En el INEC 2010 en el área rural del cantón, se encuentra concentrado el 80,7% de su población, y 53% es femenina, mientras que la masculina el 47%.

El analfabetismo en mujeres se presenta en 21,02%, mientras que en varones en 9,98%.

4.1.1.4 ESTADO CIVIL

El estado civil predominante del grupo de estudio corresponde a las pacientes casadas que abarcan un 43.2 %de la población, seguido de las pacientes de unión libre con un 29.6% de la muestra de estudio.(Tabla N°4)

Tabla N° 4 Estado civil en del centro de colposcopia de Salcedo 2011-2012

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	2	15%
CASADAS	35	43.2%
U. LIBRE	24	29.6%
VIUDA	10	12.2%
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Se comparó la edad y el estado civil (tabla N° 5), en donde que se evidencia que las mujeres adultas predominan en el estado civil casadas (57.12%), lo que no es determinante para haber tenido una vida sexual activa.

Tabla N° 5 Distribución según edad y estado civil

E. CIVIL \ EDAD	15 -19años		20 a 34 años		35 -65 años		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
SOLTERAS	10	83.3	2	16.7	-	-	12
CASADAS	5	14.2	10	28.5	20	57.1	35
UNION LIBRE	7	29.1	13	54.2	4	16.7	24
VIUDAS	-	-	-	-	10	100	10
TOTAL	22	27.2	25	30.9	34	41.9	81

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Adicionalmente se encontró un 29.1% de pacientes adolescentes tienen un estado civil de unión libre, lo que es preocupante ya que están iniciando su vida sexual a temprana edad, lo que constituye un factor de riesgo para desarrollar lesiones cervicales a temprana edad.(tabla N°5)

4.1.2. RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA POBLACION DE ESTUDIO

4.1.2.1.- PARIDAD

En la tabla N°6 se observa que 55.5% las pacientes que se realizaron colposcopia presentaron mas 3 gestas, lo que indica que este factor señalado por múltiples autores están presentes en la mitad de las pacientes investigada.(Richard RM.)

Tabla N°6 Distribución según paridad en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 - 2012

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARA	15	18.5%
1 A 2 GESTAS	21	26%
+3 GESTAS	45	55.5%
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Runge, sus estudios histológicos del epitelio uterino en mujeres de 23.8 años promedio, arrojó prevalencia de displasia e in situ 36/1000 en nulípara, 128/1000 con un aborto del primer trimestre o un embarazo a término y 165/1000 con dos o más fetos viables; se halló displasia y carcinoma in situ 5 veces más en multípara que en primíparas y que la frecuencia aumentaba con el número de hijos hasta el punto de ser el doble en la multípara que en la primíparas.

Si bien a la multiparidad lo relacionan con el cáncer del cuello uterino, no se debería a la lesión o infección de cérvix por los partos, sino a la actividad sexual que da como resultados aquellos embarazos.

4.1.2.2.- INICIO DE VIDA SEXUAL

Se identificó que en la población de estudio una de cada tres mujeres iniciaron su vida sexual en la adolescencia temprana (32.1%), lo que implica mayor riesgo a la exposición a HPV ya que en esta etapa los tejidos uterinos son inmaduros. (Tabla N°7) (SISTEMA BETHESDA 2001)

Tabla N° 7 Distribución de la población según su inicio de la vida sexual en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 - 2012

IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 -14 AÑOS	26	32.1%
15 -19 AÑOS	41	50.7%
20-25 AÑOS	14	17.2%
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcopico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

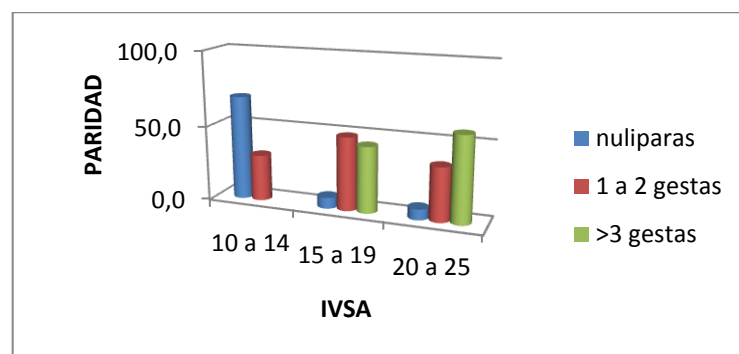
Como se observó en la investigación de Wynder y Col. sólo 14 % de carcinoma cervical en mujeres que iniciaron el coito después de los 25 años y 67 % en las que iniciaron antes de los 20 años. Se reporta que el 50 % con carcinoma del cervix, iniciaron el coito antes de los 25 años.

La incidencia del carcinoma del cuello uterino es reducida en mujeres que inician el acto sexual después de los 25 años. En la India donde las mujeres se casan antes de los 15 años, esta patología se diagnostica 10 años antes que en el grupo control; Las mujeres que inician el coito entre los 15 a 20 años son más susceptibles de desarrollar esta neoplasia.

En resumen las pacientes estudiadas presentan un riesgo elevado de presentar lesiones cervicales que en presencia del HPV pueden evolucionar lesiones premalignas y malignas, esta condición debe ser tomada en cuentas por el propio servicio en donde se realizó la investigación a fin de diseñar propuestas de prevención en mujeres adolescentes sobre el cáncer de cérvix, que bien se puede desarrollar mediante estrategias de cooperación y alianzas estratégicas con la unidad del MSP.

Se observa (Grafico N°1) que de cada 3 mujeres de 10 a 14 años presentan 1 a 2 gestas (30.8%), y que de 6 mujeres de edades entre 20 a 25 años presentan más de tres gestas, lo que se puede tomar como un factor de riesgo para desarrollar lesiones cervicales por su inicio temprano de su vida sexual, lo que no es estadísticamente significativo, ($\chi^2 = >0.05$)

Grafico N°5 Distribución según la paridad y IVSA



Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

4.1.2.3.- PAREJAS SEXUALES

Al establecer el número de parejas sexuales se observó que el 74% de las pacientes han tenido más de 3 parejas sexuales, lo que contribuye como factor de riesgo para desarrollar lesiones cervicales. (SISTEMA BETHESDA 2001)

Tabla N°8 Distribución según el número de parejas sexuales en el centro de colposcopia de Salcedo 2011 - 2012

PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2	21	26%
3 a +	60	74%
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Al comparar la edad y el número de parejas sexuales se observó que en mujeres de 20 a 34 años tuvieron más de 3 parejas sexuales (74%); al respecto Reid y luego Coppleson han afirmado que el agente cancerígeno estaría en el ADN del espermatozoide; millones de espermatozoides permanecen hasta 60 horas en el canal cervical donde son fagocitados y por su gran movilidad y penetración se introducirían al interior de la células epiteliales; esta penetración según estudios in vivo e in vitro sólo ocurriría en fases de la metaplasia, de mayor actividad metabólica.

De aquí la importancia de la edad del inicio del coito. Estos agentes pueden ser virus, espermatozoides que acompañados con los cofactores el epitelio traumatizado por los coitos repetidos o la exposición frecuente del plasma seminal del varón al tracto genital femenino, produciría alteraciones del sistema inmunológico local predisponiendo al cáncer.

TABLA N°9 Distribución según número de parejas sexuales y la edad en el Centro Colposcópico de Salcedo 2011- 2012

# parejas sexual edad	1 -2		3 y +		TOTAL
	N	%	N	%	
15-19 AÑOS	4	40	6	60	10
20- 34 AÑOS	33	62.3	20	37.7	53
35 - 65 AÑOS	15	83.3	3	16.6	18
TOTAL	52	64.2	29	35.8	81

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Es preocupante la propagación de adolescentes que han tenido más de 3 parejas sexuales, pues ellas tienen una alta exposición de HPV y otras infecciones de transmisión sexual que favorecen el desarrollo de lesiones premalignas y al cáncer de cérvix, lo que no es estadísticamente significativo, ($\chi^2 = >0.05$)

4.2.- RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CITOLOGIA Y BIOPSIA CERVICAL

4.2.1. RESULTADOS DEL EXAMEN CITOLOGICO CERVICOVAGINAL

La población total que fue atendida en el servicio durante el periodo de investigación fue de 181 mujeres, de ellas 100 mujeres debieron realizarse una biopsia cervical más colposcopia sin embargo, 19 pacientes no cumplieron los criterios de inclusión, por lo tanto la población de estudio está conformada por 81 pacientes.

Tabla N°10 Resultados más frecuentes de citología del centro colposcópico de Salcedo 2011-2012

Pap test	Frecuencia	Porcentaje
ASCUS	46	56.7%
ASC-H	23	28.3%
SIL-L	12	14.2%
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Según los resultados del examen citológico cervicovaginal, que sirve como tamizaje del cáncer de cérvix, se observó lesión tipo ASCUS en 46 pacientes (56.7%) y en menor número SIL- L.

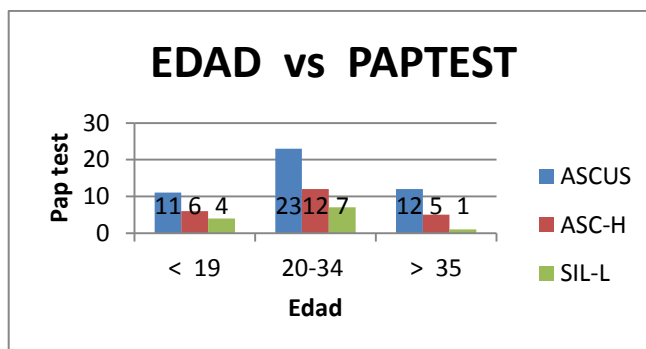
La limitación del estudio fue que no se ha encontrado información de imágenes y diagnósticos colposcopicos de las pacientes del estudio para un mejor desarrollo de la investigación, por lo que se recomienda que en este tipo de servicio existan archivos que serán útiles para nuevas investigaciones.

Según los algoritmos de manejo, se sabe que las pacientes con alteraciones de papanicolau sugestivas de infección por HPV deben someterse a la determinación de HPV, que permita determinar los tipos de ADN y saber si dicha infección tiene algún tipo de riesgo, en base de tomar decisiones del manejo al futuro, sin embargo, no se han sometidos a dichas pruebas por los costos del mismo que no pueden ser pagados por la pacientes.

Haddad y Bonilla existen evidencias de que el carcinoma in situ está incrementándose señalando que las mujeres de menos de 19 años; en 117 de estas mujeres, en 88 (75.2%) encontraron carcinoma in situ; en otra investigación de 1000 mujeres menores de 19 años, halló en el 4.6 % anormalidad citológica y en este grupo halló 33 % con carcinoma in situ. Por tanto las pruebas para identificar HPV son mandatorios.

En esta investigación al comparar los resultados del examen citológico cérvico vaginal y la edad se observa que la lesión tipo ASCUS, el 50% se presentaron en mujeres de 20 a 34 años, quienes además presentaron los porcentajes más altos, de todas las lesiones detectadas en esta investigación.(Grafico N° 2) (SISTEMA BETHESDA 2001), lo que no es estadísticamente significativo, ($\chi^2= 0.4415132$).

Grafico N°6 Comparación entre grupo de edad y examen citológico cervicovaginal



Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

Una de cada 3 SIL L, se presentaron en pacientes adolescentes (tabla N°12), lo que debería motivar para un control más riguroso de este grupo de población, pues es claro que al haber iniciado una vida sexual tempranamente presentan mayor riesgo de contraer HPV, lo cual presenta mayor riesgo de presentar cáncer de cérvix.

En la investigación se consideramos que es necesario fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en la prevención de las adolescentes en las enfermedades de transmisión sexual, particularmente en las infecciones por HPV y otras de tipo ulcerativas cuyas presencia favorece el ingreso del virus en el cérvix.

4.2.2. RESULTADOS DE BIOPSIA CERVICAL

En la investigación se observó que 49 pacientes presentaron lesiones cervicales benignas (60.4%), en la que predomina la cervicitis crónica (51.8%).

Tabla N°11 Resultado de la biopsia cervical

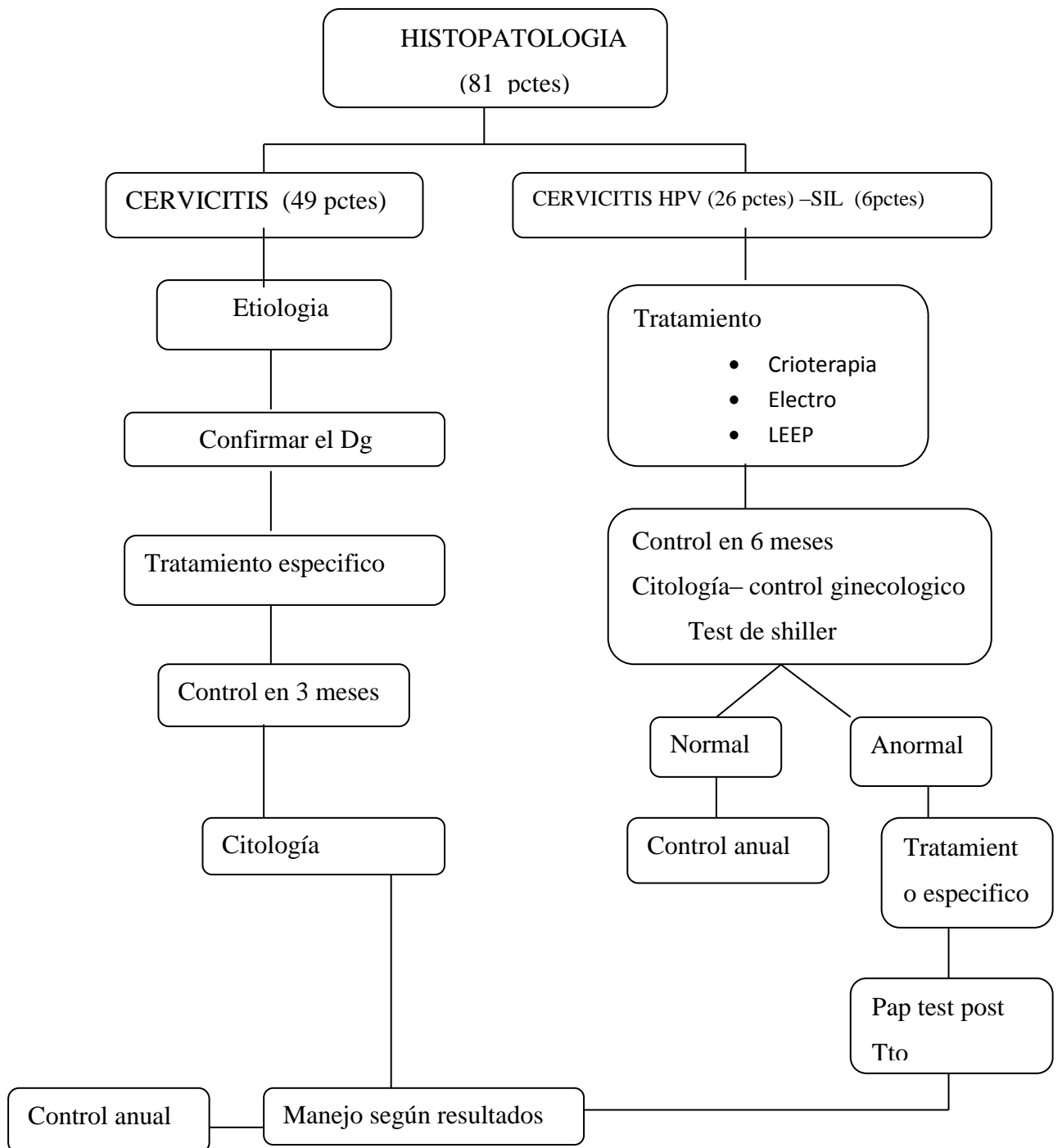
DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cervicitis crónica	42	51.8%
Hiperplasia reactiva mixta	3	3.6%
Hiperplasia microglandular endocervix	4	4.9%
Cervicitis por HPV	26	32.1%
Lesiones intraepiteliales escamosa de bajo grado	6	7.4
TOTAL	81	100%

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

De todos los casos investigados la cervicitis por HPV y LIE BG representan (39.5%), este es un grupo que debe ser seguido en forma estrecha y rigurosa no solo mediante el examen citológico cervico vaginal y colposcopia, sino también mediante pruebas de identificación del tipo de HPV que presentaron Según el algoritmo de manejo de los diagnósticos histopatológico, las 49 pacientes que presentaron lesiones cervicales benignas, debieron someterse a tratamientos específicos y según su respuesta debieron asistir a control citológico en 3 meses, posterior al resultado de la citología se establecerá los intervalos de control y tratamiento específico si la citología no evidencia cambios. (Zapardiel i, Benavides 2010)

Además, las 26 pacientes con cervicitis por HPV y las 6 pacientes LIE BG tuvieron un tratamiento específico de especialidad como crioterapia, electro y LEEP, su control en 6 meses mediante la citología y el test de shiller.

El grafico siguiente esquematizado de los procesos óptimos de seguimiento y control que se deben aplicar en las pacientes de la investigación.



Al comparar el grupo de edad y los resultados de la biopsia cervical (tabla N°12), en donde se observó que el porcentaje más alto de este indicados se presenta en mujeres de 20 a 34 años (48.1%), con predominio de la cervicitis crónica (52.3%); lo que no es estadísticamente significativo, ($\chi^2 = >0.05$).

Tabla N°12 Resultados según biopsia cervical y la edad en el Centro Colposcopico Salcedo 2012

Dg B. .C	EDAD						TOTAL
	15-19AÑOS		20-34AÑOS		35-65AÑOS		
	N	%	N	%	N	%	
CERVICITIS							
CRONICA	10	32.8	22	52.3	10	32.8	42
CERVICITIS HPV	14	53.8	10	38.4	2	7.6	26
NIC I	2	33.3	3	50	1	16.6	6
HIPERPLASIA							
REACTIVA MIXTA	1	33.3	2	66.7	-----	----	3
HIPERPLASIA							
MICROGLANDULA	1	25	2	50	1	25	4
R ENDOCERVIX							
TOTAL	28	4.6	39	48.1	14	17.3	81

Fuente: Revisión documental del centro colposcopico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

La correlación entre la biopsia cervical y los resultados de la citología se observó que la lesión de tipo ASCUS se presentaba en 46 pacientes lo que corresponde al 100% de la cervicitis crónica.

Tabla N°13 Resultados según la biopsia cervical y el pap test en el Centro Colposcopico Salcedo 2012

PAP TEST \ B.C	CERVICITIS CRONICA		CERVICITIS HPV		LIE BG		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
ASCUS	46	100	--	----	---	----	46
ASC-H	20	87	3	13	---	----	23
SIL – L	----	----	8	66.7	4	33.3	12
TOTAL	66	81.5	11	13.6	4	4.9	81

Fuente: Revisión documental del centro colposcopico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

De 12 paciente que presentaron SIL – L (14.8%) del total de casos, 8 (66.7%) mujeres presentaron cervicitis por HPV y las 4 pacientes restantes presentaron LIE de bajo grado (33.3%)(tabla N° 13), lo que no es estadísticamente significativo, ($\chi^2 = >0.05$).

En la investigación de Coitiño, Tirapegui, Torres & cols Los resultados de los informes citológicos e informes histopatológicos de biopsias evidencio una coincidencia cito-histológica de 41,9% cuando el informe citológico dio como resultado una lesión intraepitelial de bajo grado, lo cual concuerda con las investigaciones de donde queda evidenciado que la citología cervico-vaginal ha demostrado ser útil en el screening de las lesiones intraepiteliales de bajo grado.

Salgado, 2003, en cuanto a los resultados citológicos de lesión intraepitelial de alto grado, observamos una correlación cito-histológica de 7,6%, en donde la correlación cito-histopatológica fue mayor en las lesiones con displasia de alto grado. Consideramos importante resaltar que en los casos en que se comparó informe citológico frente a biopsia, se observó que en los LIE de alto grado hay un sub-diagnóstico citológico en un 3,2% de los informes.

En esta investigación la coincidencia entre el diagnóstico citológico y los histo-patológicos fue 33%, ligeramente menos en la reportada por Coitiño y Cols.

4.3. –VALIDACION DE LA HIPOTESIS

Para la investigación se planteó la siguiente hipótesis: Las lesiones cervicales prevalente son de características inflamatorias en pacientes que se realizan biopsia cervical.

En la tabla N° 14 se detalla la frecuencia de prevalencia de las lesiones cervicales diagnosticadas por biopsia en citologías alteradas, en donde se encontró 49 pacientes (60.4%) presentan lesiones cervicales inflamatorias, y 32 pacientes presentan lesiones intraepiteliales de bajo grado (39.5%).

TABLA N° 14 Porcentaje de incidencia de lesiones cervicales.

DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cervicitis crónicas	42	51.8%
Cervicitis por HPV	26	32.1 %
Hiperplasia reactiva mixta	3	3.6 %
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	6	7.4 %
Hiperplasia microglandular del endocervix	4	4.9 %
TOTAL	81	100 %

Fuente: Revisión documental del centro colposcópico de Salcedo
Elaborado por: Chimborazo Cambo Amada Catalina

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Concluida la recopilación de los datos mediante la revisión documental de las historias clínicas y los informes de colposcopia de las pacientes con biopsia cervical que asistieron al centro de colposcopia del cantón Salcedo en el periodo Agosto 2011 a Septiembre 2012 y efectuando el procedimiento de los mismos, se estableció una alta incidencia de cervicitis crónica y seguidas de cervicitis por HPV en un mejor porcentaje, sin embargo dichos datos varían de acuerdo a la región.

- a. La falta de educación en todo nivel de las condiciones y pasos ideales para tomar una buena muestra de examen citológico; es de proporción baja en los institutos de salud.
- b. De acuerdo con la procedencia se estableció que hay mayor incidencia en la población del área rural, lo que se justifica el desconocimiento de la sintomatología ginecológica y al acceso de los servicios de salud especializados para la realización de un examen citológico cervico-vaginal.
- c. En relación a los riesgos biológicos, en la población de estudio se encontró que el inicio de su vida sexual activa fue en edades de 16 a 20 años y presentaban más de tres parejas sexuales, lo que tiene relación con la realidad.
- d. El mayor porcentaje de pacientes evaluadas en el estudio se encontró que las lesiones cervicales prevalentes son de características inflamatorias como la

cervicitis crónica, debido a la influencia de muchos factores en los que se pueden describir: sociales, psicológicas y económicos.

- e. El estudio de colposcopia es de gran utilidad para el diagnóstico de lesiones cervicales inflamatorias y también de lesiones pre malignas, malignas después de un examen citológico positivo.

5.2 RECOMENDACIONES

- a. Actualización al personal de salud sobre la forma correcta de una toma de la muestra y envío del Papanicolaou de cada paciente
- b. Educar a la paciente sobre el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual y el tamizaje del cáncer de cuello uterino.
- c. Fomentar la asistencia al control adecuado a pacientes con sintomatología ginecológica, con la finalidad de detección temprana de cáncer de cuello uterino y brindar tratamiento adecuado.
- d. El personal de salud deberá realizar evoluciones bio-psicosocial para cada paciente, que presente un examen colposcopico positivo
- e. Desarrollar un folleto básico sobre la interpretación de los resultados del examen citológico cervico-vaginal, colposcopia y resultados de biopsia cervical para mayor comprensión sobre diagnóstico del cáncer de cérvix.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Título:

Implementación de folletos didácticos sobre los beneficios del examen citológico cérvico-vaginal periódico y la interpretación de los resultados del examen, que es muy importante para el tamizaje del cáncer de cérvix.

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Institución ejecutora

Centro de colposcopia de Salcedo.

6.1.2 Beneficiarios

Servidores de salud y las pacientes.

6.1.3 Ubicación

24 de Mayo y Bolívar.

6.1.4 Tiempo estimado para la ejecución

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, se necesitara 30 días para la ejecución y capacitación del personal que intervendrá en el programa, luego de lo cual se pretende que el programa sea permanente.

6.1.5 Equipo técnico responsable

- ✓ Autora del trabajo de investigación: Chimborazo Cambo Amada
- ✓ Director del Centro de Colposcopia de Salcedo.

- ✓ Médicos residentes
- ✓ Psicólogo
- ✓ Enfermeras

6.1.6 Costo

La implementación del folleto didáctico no requiere de alta tecnología, ni de elevado presupuesto.

El gasto implicara materiales de escritorio necesarios, folletos didácticos para promocionar y charlas dirigidas al personal que participara en el programa que conlleva un valor de 500,00 dólares

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Las lesiones cervicales se han convertido en una enfermedad que presenta un gran impacto tanto a nivel mundial como local, así que en el centro de colposcopia del cantón Salcedo, se ubica en un lugar importante del diagnóstico de las pacientes que fueron atendidas en consulta externa de dicha institución de salud.

La cervicitis crónica, se encuentran en mayor prevalencia de lesiones cervicales en pacientes que presentan factores de riesgo, así también la inasistencia a los controles ginecológicos y realización del examen citológico cervicovaginal periódicas; de igual manera en todas las mujeres que no reciben información y orientación adecuada dentro del sistema educativo.

Otro factor que influye en la inasistencia a controles ginecológicos es que no cuentan con el suficiente apoyo por parte de familiares o de su pareja.

Todos estos factores personales y familiares, sumado a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, limitan la asistencia a los controles por parte de las mujeres; lo que representa problemas tanto para el bienestar de la mujer como de la familia, como se demostró en la investigación realizada donde: las mujeres de

edad 20 a 34 años con un 65.4 % y de estado civil casadas con un 43.2 % presentan cervicitis crónica con un porcentaje 51.8 % y en un 7.4 % se evidencia LIE BG.

Lo anteriormente expuesto muestra la importancia que tienen los controles y la realización de exámenes citológicos cervico vaginal anuales, el cual al ser considerado de alto riesgo requiere una intervención oportuna y eficaz de los servicios de salud; siendo necesario la implementación de programas que promuevan en este grupo la asistencia a controles y exámenes citológicos cervico vaginal anuales; brindando atención prioritaria, exclusiva y diferenciada; que abarque tanto el ámbito psicológico, social y biológico.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La aplicación de esta propuesta se justifica debido a que las mujeres son una población vulnerable, que necesita orientación y atención especializada dentro de la salud reproductiva.

Como es de conocimiento; de las mujeres con sintomatología ginecológica y enfermedades de transmisión sexual es una condición que, se encuentra en aumento presentándose cada vez más en edades precoces debido a que, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado por el inicio precoz de la actividad sexual, escasa información sobre el tema, desconocimiento del alto riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual que pueden conllevar al cáncer de cuello uterino.

Por lo tanto, es importante la implementación de charlas mediante un programa de atención integral a las mujeres en edad reproductiva, permitiendo que se tenga acceso a los servicios de salud de manera inmediata recibiendo: atención, orientación y apoyo, por parte de los profesionales de salud, logrando así: un mejor cuidado, identificación precoz de complicaciones.

Con esta charlas y entrega de folletos se pretende concientizar y reproducir información acerca de los cuidados para la buena desarrollo sexual, brindando una atención integral, diferenciada, multidisciplinaria y de fácil acceso para las

mujeres es decir, se tratará de disminuir al máximo las lesiones cervicales prevalentes que pueden conllevar a un cáncer de cuello uterino .

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 OBJETIVO GENERAL

Promover una nueva cultura de salud ginecológica y sexual basada en los derechos humanos, en el ejercicio libre, informado y placentero de las sexualidades, en la convivencia y diálogo de las diversidades, así como garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y calidez, y conocer más sobre la interpretación de los resultados de examen citológico cervico-vaginal, las lesiones cervicales y así disminuir su prevalencia.

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr que un número cada vez mayor de mujeres reciba oportunamente la información y los servicios médicos ginecológicos que requieran para tomar decisiones que garanticen su salud sexual, y la prevención de lesiones premalignas y malignas.
- Difundir la importancia del control y realización del examen citológico cervicovaginal adecuado desde su vida sexual activa, en las mujeres mediante charlas informativas.
- Educar a la adolescente, sobre su inicio de la vida sexual, sus riesgos.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible de llevar adelante porque está dentro de las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública, no hace distinción de raza ni de sexo, es poco costoso y fácil de conseguir los recursos tanto materiales, físicos y humanos; se cuenta con espacio suficiente y la colaboración del personal médico, de enfermería y demás.

Además es un tema de mucho interés para adolescentes, mujeres embarazadas, familias y la comunidad con el objeto de mejorar la calidad de salud de los mismos.

Se dará cabida a una amplia variedad de beneficiarios entre los que están comunidades rurales.

Prácticamente atiende a cualquier mujer interesado en obtener información y orientación para manejar su sexualidad y planear su vida.

6.6 FUNDAMENTACIÓN

Para la realización de la presente propuesta, deberá ser necesaria la participación de todas las personas involucradas en el tema, el Ministerio de Salud Pública, el Centro de colposcopia de Salcedo, las Enfermeras y auxiliares de enfermería, protocolos dados por el MSP que nos permitan realizar la intervención oportuna.

Esta propuesta se basa en programas de atención de salud integral para mujeres de vida sexual activa, implementados por instituciones médicas tanto a nivel mundial y latinoamericano.

“Cornella”, en su publicación sobre atención a la salud integral del adolescente desde los servicios de atención primaria, cita que; las adolescentes acuden poco a los centros de salud por lo que hay que enfocarse en buscar los factores que limitan o impiden su acceso al sistema sanitario.

La situación de las mujeres, es aún más compleja si se toma en cuenta la existencia de innumerables barreras de acceso geográficas, económicas, culturales y de género que impiden la intervención oportuna en la salud integral de las mujeres, en los aspectos de prevención y promoción, lo que incide directamente en las mujeres con vida sexual activa

Si pretendemos construir una sociedad en la que hombres y mujeres podamos convivir en igualdad y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar una educación afectiva y sexual de calidad, pues la ausencia de ésta no sólo influirá en posibles disfunciones sexuales sino que ayudará a prevenir enfermedades y/o en su defecto mejorará la detección de los problemas consecuentes.

No podemos olvidar que si bien la sexualidad humana está íntimamente ligada a lo privado también está regulada social y culturalmente.

6.7 METODOLOGÍA. MODELO OPERATIVO

Tema: Diseño del programa de atención para las mujeres

FASES	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS	RESPONSABLES	TIEMPO
ELABORACION Y DISEÑO DE LA PROPUESTA	Diseño del programa de atención para las mujeres	Enviar el documento con la información para análisis y aprobación	Director de la Institución Líder del servicio	Aprobación e implementación de un programa de atención integral para mujeres.	Investigadora	30 días
	Capacitación al personal de salud que atenderá a las pacientes	Plan de capacitación interno; poniendo en conocimiento el programa.	Material de oficina Personal que intervendrá: Psicólogo Médicos Enfermeras Computador	Personal de salud capacitado para la atención de mujeres con vida sexual activa		

FASES	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS	RESPONSABLES	TIEMPO
EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA	Difusión del programa y entrega de folletos en el centro colposcópico de Salcedo e instituciones educativas secundarias	Envío de solicitudes a las instituciones secundarias para que se autoricen las charlas y la entrega de folletos Charlas dirigidas a las adolescentes en las instituciones secundarias.	Director del Centro Colposcópico de Salcedo Médicos residentes de medicina	Docentes capacitados y conocedores del programa.	Investigadora	30 días
	Identificación y captación de las mujeres.	Identificar adolescentes con problemas ginecológicos y fomentar su asistencia a centro de salud.	Materiales para las charlas computador, proyector, carteles Médicos	Mujeres adolescentes identificadas dentro de las instituciones, y referidas al hospital.		

FASES	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS	RESPONSABLES	TIEMPO
EVALUCION DE LA PROPUESTA	Evaluación mensual del programa para la identificación de fortalezas y limitaciones del mismo	Revisión de registros de atención de mujeres en consulta externa.	Registros de atención de consulta externa	Identificación de fortalezas y limitaciones	Investigadora	Mensual desde ejecución de la propuesta
		Evaluar los registros.		Mejor cumplimiento de metas		
		Análisis de la encuesta realizada a las pacientes atendidas en consulta externa	Encuestas	Mejoramiento de la atención las mujeres	Líder del servicio	
		Elaboración de un informe de resultados	Computador	Implementación de métodos mejorados		
Entrega de informe al director del Centro	Materiales de oficina					

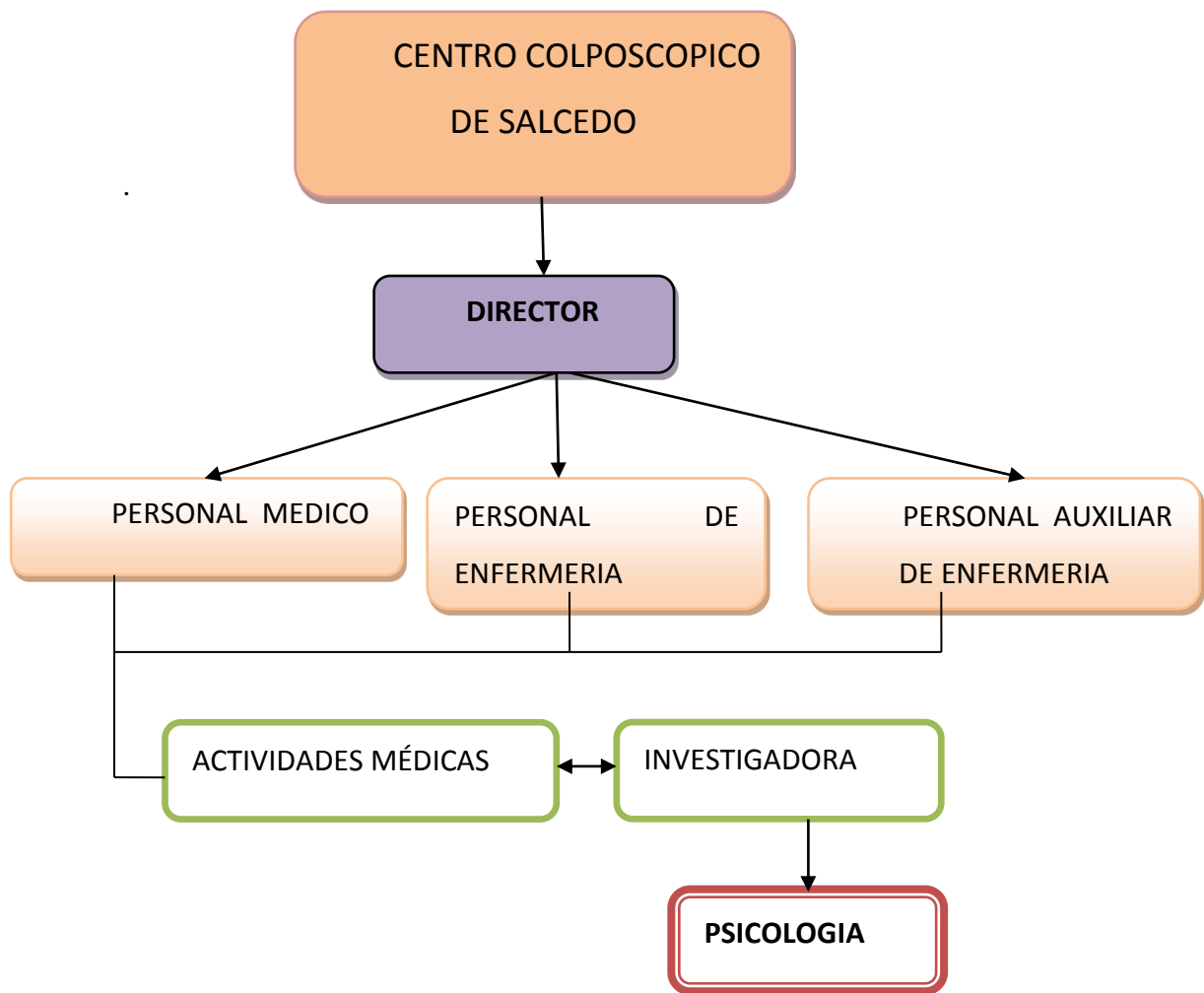
6.8 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



6.9 ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA

La propuesta se va a realizar en el centro de colposcopia de Salcedo, en el área de ginecología con la colaboración de los servicios de psicología que; brindarán su atención a las mujeres

La difusión del programa se llevará a cabo por los médicos residentes, los mismos que se encargarán también de identificar mujeres de riesgo para que acudan al servicio y de la capacitación de docentes de las instituciones para que actúen como colaboradores al estar en contacto con las adolescentes.



6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACION DE LA PROPUESTA

La evaluación, se realizará por parte del equipo responsable y el líder del servicio; lo cual tendrá como objetivo el cumplimiento de los objetivos planteados.

Los médicos que se encarguen de la entrega de los folletos y capacitación en las instituciones, deberán presentar un informe al líder del servicio, donde conste la institución donde entregaron los folletos con su respectiva información, los días en

que se realizó, número de asistentes, identificación de las mujeres con factores de riesgo.

Se realizará una revisión de los registros de atención en consulta externa de cada uno de los servicios implicados; para conocer el número de mujeres que asistieron.

Mientras se ejecute la propuesta se realizará una encuesta que llenará cada una de las mujeres que se realice examen citológico cervico vaginal y control ginecológico para conocer su opinión sobre el programa y den recomendaciones para su mejoramiento.

Todo esto servirá para mejorar la propuesta continuamente, mediante modificaciones y soluciones de los problemas presentes para lograr mejores resultados, acordes con los objetivos planteados. Esta evaluación se realizará al inicio de su ejecución y luego al finalizar el mes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Apgar, Brotzman, Spiter.(2003). Colposcopia, principios y prácticas, Editorial Interamericana.
2. Barber, HRK.,(1998). Cervical Cancer. I: Gynecology Oncology. L
3. Bonilla, F. (1978) Epidemiología del Carcinoma del Cerviz. En: El cuello Uterino y sus Enfermedades. Jims.
4. Eluf-Neto, J. Nascimento, CM. (2001) Cervical Cancer in Latin America. Sem Oncol.
5. G, Boncelli L. (1996) Discrepancy between histopathological diagnosis based on guided biopsy and cone biopsy of the cerviz uterine: análisis of 346 cases of laser conization. Minerva Ginecol.
6. Hargreave, TB. James, K. Kelly, R. (1993). Iminunosuppressive Factors in the Male Reproductive Tract. In. Local Immunity in Reproductive Tract Tissues. WHO.
7. Herrera, R., Brinton, LA., Reeves, WC., Cols. (1993).Variación Geográfica del Cáncer Invasor del Cuello Uterino en Costa Rica. Biol. Sanit. Panal.
8. Hidalgo-Martínez A.(2006). El cáncer cervicouterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Mexico.
9. Koss, LG. (2000). Cytologic and Histologic Manifestation of Papilloma Virus Infection of the Female Genital Tract and their Clinical Significance. Cancer.
10. Lazcano, EC., Rojas, MS., López, MP., (1993). Reproductive Risk Factors and Uterine Cerviz Cancer in Mexico City. Salud Public Mex.

11. Marshall, JR., Graham, S., Ryers, T., (1983). Diet and Cigarette Smoking and Cervical Cancer. JNCI.
12. Martinez Valera s. (2005) Citologia Cervica, Honduras.
13. McGowan.,Broso, PR., Buffetti, G., (1993).The Papanicolaou classification in the Bethesda System (National Cancer Institute, Bethesda, Maryland). Minerva Ginecol.
14. Meisels, A., Morin, C., (2001) Human Papilloma Virus and Cancer of the Uterine Cervix. Gynecol Oncology.
15. Novak, ER., Woodruff, JD., (1999) Carcinoma of the Cervix. In: Novak's Gynecology and Obstetrics Pathology with Clinical and Endocrine Relation.
16. Reid R, Greenberg M, Jensen AB., (1987) Sexually Transmitted Papilloma Virus Infection . The Anatomic Distribution and Pathology Grade of Neoplastic Lesions Associated with Different Viral Types. Am J Obstet Gynecol.
17. Reid, BL., (1995) The Causation of the Cervical Cancer. Clin Obstet Gynaecol.
18. Richard RM., (1987). Causes and Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia.
19. Sarduy M, Vasallo R., (2008). Correlación en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH. Paraguay.
20. Staff, A.,Mattingly, GF., (1990) Cervical Intraepithelial Neoplasia. In: Te Linde's Operative fifth edition Richard Mattingly Ed.
21. Thompson JD., (1992). Cancer of the Cervix. In. Te Linde's Operative Gynecology: sevent edition.

22. Wright VC, Riopelle MA., (1982) Age at the Time of Firth Intercourse. Chronologic Age a Bases for PAP Smear Screening.

LINKOGRAFÍA

1. Aguilar, José., (2003). Tamizaje en Cáncer Cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Tomado de www.fsp.usp.br/rsp
2. Alfonso, A., (2001). Grupos de expertos del Paps. Prevención del cáncer <http://www.papps.org/prevencion/cancer/p107.htm>.
3. Organización Mundial de la Salud.,(2007)Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino. Disponible en: http://ww.who.int/reproductivehealth/ublications/es/cervical_cancer_gep/index.html
4. Solomon, D., Nayar, R., (2005). El Sistema de Bethesda para informar la citología cervical. Primera edición. Buenos Aires, Journal.http://ww.who.int/cervical_cancer_gep/index.html

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

SCIELO: Benedet JL, Bender H, Jones H, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet. 2000;70(2):209-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.humpath.2010.04.017>.

SCIELO: Castells X, Sala M, Ascunce N, et al. coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Mèdiques de Catalunya, 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM 2006/01; 2007: 225-74. <http://www.saludcantabria.es>.

SCIELO: Cochrane Journal Club. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: individual patient data metanalysis [Clinical summary]. Available from: <http://www.cochranejournalclub.com/chemoradiotherapy-for-cervical-cancer-clinical/>. Accessed in 2010 (Jan 7).

SCIELO: Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 2/6/2012.) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.

SCIELO: Grupo de Trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Ponencia de cribado poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento aprobado por la 177a Comisión de Salud Pública celebrada el 15 de diciembre 2010. (Consultado el 2/5/2012.) Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf.

ANEXOS.

A.- INFORMACION SOBRE COLPOSCOPIA DEL CENTRO DE COLPOSCIPIA DE SALCEDO

¿Qué es colposcopia? Es la inspección del cuello uterino por medio de un microscopio especial llamado colposcopio.

¿Por qué la necesito? Ayudará a saber por qué su frotis de Papanicolaou salió anormal. Un examen de Papanicolaou anormal puede indicar trastornos cancerosos y precancerosos y también algunos trastornos relativamente inocuos. Sin embargo, el frotis de Papanicolaou no proporciona un diagnóstico definitivo por sí solo. Es necesario amplificar el cuello uterino muchas veces mediante el colposcopio para observar el origen de las células anormales. A continuación se obtiene un segmento pequeño de cada una de estas zonas para estudio por un anatomopatólogo; este procedimiento se llama biopsia.

¿Se requiere alguna preparación? No debe hacerse duchas, utilizar ninguna crema vaginal ni tener coito dos días antes del examen. Cuando se lleva a cabo el estudio, no debe estar menstruando. Es ideal practicar la colposcopia justamente después de concluir su periodo. A muchas mujeres les resulta útil tomar tres tabletas de ibuprofeno unas dos horas antes de su cita, a fin de reducir cualquier cólico relacionado con una biopsia.

¿En qué consiste el examen? Es como una exploración ginecológica común y corriente, excepto que en lugar de ver el cuello uterino a simple vista, el clínico lo verá

a través del colposcopio. Todo el examen requiere entre 20 y 30 min. Si se hace biopsia puede experimentarse una sensación de pellizco ligera. La etapa terminal consiste en raspar el interior del cuello uterino. Este procedimiento se llama legrado en-do cervical; esta parte del examen sólo dura alrededor de 15 s y suele acompañarse de cierto cólico.

¿Qué sucede después del examen? Se le proporcionará una toalla sanitaria que debe usar. No es necesario que falte al trabajo. Debe evitar el coito hasta que se detenga la hemorragia. No se requiere otra limitación de actividades. Los resultados de la biopsia se recibirán en el transcurso de dos semanas, y en ese momento su clínico se pondrá en contacto con usted para comentar los planes de tratamiento, si es necesario y, asimismo, el seguimiento que se requiere. Por favor llame a su clínico si no se ha puesto en contacto con usted en el transcurso de dos semanas de su cita. Si cambia su número telefónico o domicilio, por favor informe a _____ al _____, de modo que pueda actualizarse su expediente.

**B.-FORMULARIO DE COLPOSCOPIA DEL CENTRO DE
COLPOSCOPIA DE SALCEDO**

Núm. ID de la paciente: _____

Nombre(s) del examinador: _____ **Fecha:.** _____ **Médico** de
atención primaria: _____

Motivo(s) de la colposcopia: _____

Resultados colposcópicos: LK, leucoplaquia; WE, epitelio blanco; PN, punteado; MO, mosaico; AV, vaso atípico;

SCJ, unión escamo cilíndrica; X, sitios de biopsia

Se hizo frotis de Papanicolaou: Sí No

ECC Biopsia de Cuello uterino Vagina

Vulva

Prueba de HPV Preparación en húmedo Otras _____

Resultados colposcópicos

*Vulva, vagina, perineo, zona perianal normal: Sí

No

En caso contrario, describa: _____

*Se observó toda la SCJ: Sí No

*Se observaron los límites de la lesión: Sí

_____ No _____

*Se observó cáncer invasor: Sí No

Diagnóstico colposcópico:

Diagnóstico citológico:

Diagnóstico de biopsia:

Impresión final:

CIN de grado bajo

CIN de grado alto
Carcinoma invasor
Condiloma acuminado
Ectropión
Metaplasia escamosa
Pólipo endocervical _
Pólipo endometrial
Otros

Observaciones: _____

_____ -

Se comentaron con la paciente los resultados y el plan: ____ Sí No

por _____ Teléfono Carta Otros (.) _____ Fecha:

- Se comentaron las opciones de tratamiento, incluyendo:

_____ LEEP _____ LEEP en cono ____ Láser ____ Crio ____ CKC _____ TCA

Observación _____ Otros

Opción terapéutica elegida: _____

- Fecha de seguimiento: _____

- Nota enviada al médico de atención primaria: Sí _____ Fecha

Firma del colposcopista

Ligadura de trompas

Norplant

Fuma? Sí ____ No

Si la respuesta es afirmativa,

¿cuántas cajetillas al día?

¿Durante cuántos años?

¿Se ha tratado alguna vez de cualquiera de lo siguiente?:

Herpes	Clamidiasis	Tricomoniasis	Otros	
Gonorrea	Sífilis		Verrugas	No

¿Se ha tratado su pareja alguna vez de lo siguiente?:

Herpes	Clamidiasis	Tricomoniasis	Otros
Gonorrea	Sífilis	Verrugas	No

¿Se ha hecho alguna vez una prueba de SIDA? ____ Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿el resultado fue _ positivo o ____ negativo?

¿Usa drogas intravenosas en la actualidad? ____ Sí No

¿En el pasado? ____ Sí ____ No

**D.-. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CENTRO DE
COLPOSCOPIA DE SALCEDO PARA COLPOSCOPIA CON BIOPSIA DEL
CUELLO UTERINO, ENDOCERVIX, VAGINA, INTROITO, PERINEO O
ANO**

El _____ o su ayudante me explicaron el procedimiento y la anestesia local necesaria para diagnosticar mi estado o mi afección dependiente. Comprendo la naturaleza del procedimiento que se resume más adelante y autorizo a que se me realice una biopsia de cuello uterino, endocervix y posiblemente de la vagina, la vulva, el perineo y el ano.

He sido informada y comprendo que los siguientes son posibles riesgos relacionados con el procedimiento:

- Hemorragia ligera que quizá requiera una toalla sanitaria.
- Hemorragia intensa (rara) que puede requerir un punto u hospitalización.
- Dolor durante el procedimiento (por lo general leve).
- Infección del sitio de biopsia o el recubrimiento uterino.

Se me informaron los beneficios siguientes del procedimiento:

- Puede hacerse en el consultorio.
- Ayuda a diagnosticar la causa del frotis de Papanicolaou anormal.
- Ayuda a planear el tratamiento futuro.

Comprendo que el procedimiento que se efectuará se llevará a cabo bajo la guía de un colposcopio (un microscopio especial). Autorizo que se me administre anestesia local según se considere necesario. Comprendo que durante mi estudio puede utilizarse equipo de video o fotográfico con fines ulteriores de enseñanza.

Se me explicó el procedimiento de biopsia de cuello uterino, endocervix, vagina, vulva, perineo y ano. He leído y comprendo esta información y me han respondido a satisfacción todas mis preguntas. Acepto los procedimientos indicados en este formulario.

Paciente adulta:

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Hora: _____ Fecha: _____

(Paciente menor, acompañada de madre, padre o tutor):

Yo, madre, padre o tutor legal de la niña mencionada, una menor hija de familia, autorizo por la presente los procedimientos antes descritos.

Firma (madre, padre o tutor): _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Hora: _____ Fecha: j _____

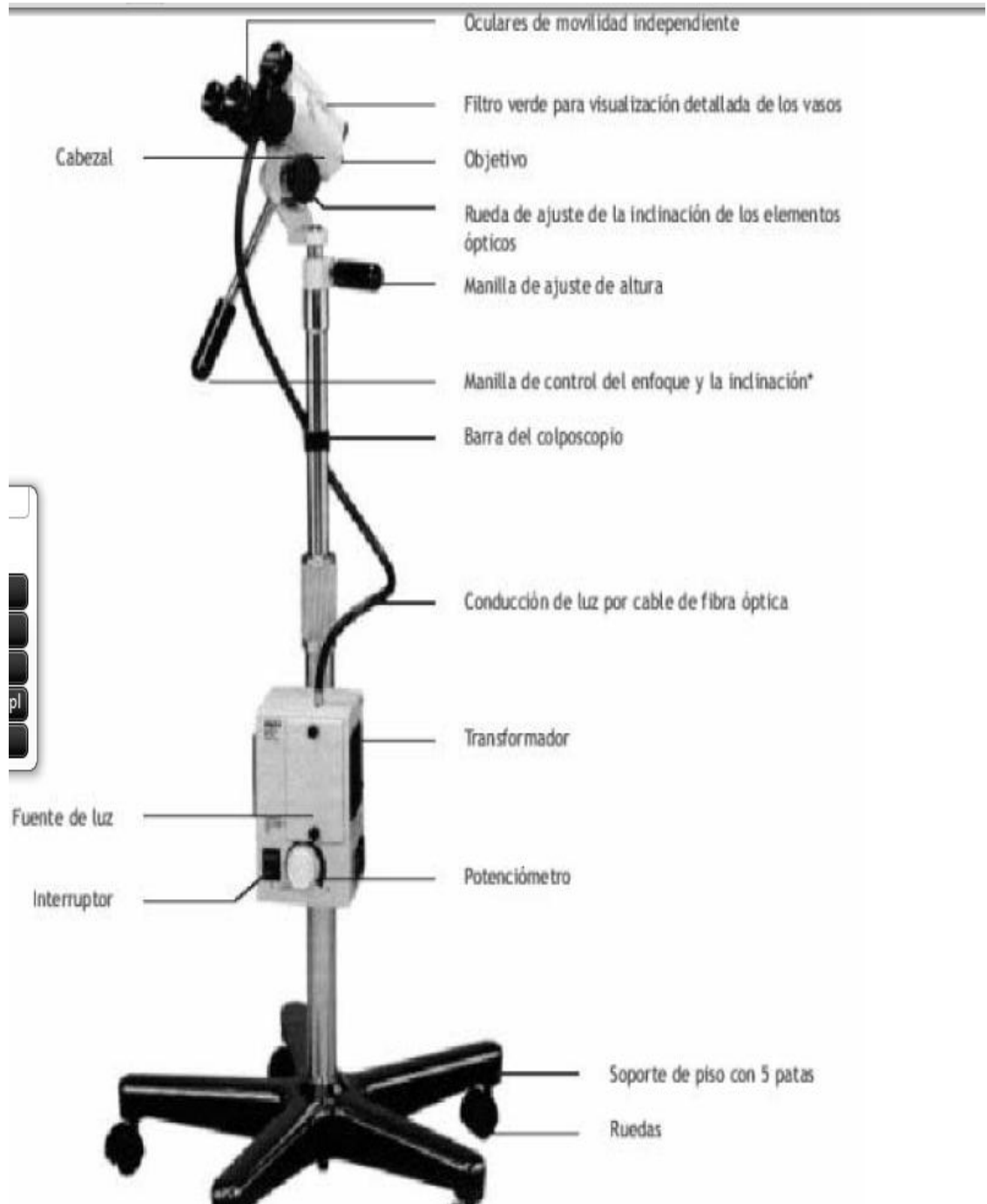
Autorización telefónica para menores no acompañadas:

Nombre de la madre, padre o tutor: _____ Teléfono: _____

Firma de quien llamó (clínico): _____ Fecha: _____

EQUIPO DE COLPOSCOPIA

COLPOSCOPIO



INSTRUMENTAL DE COLPOSCOPIA



Instrumentos

1. Colposcopio (Leisegang, Zeiss, etc) (Fig. 17)
2. Espéculos ("Graves") mediano o grande. Pueden ser de superficie mate o con forro de vinilo.
3. Pinzas de biopsia cervical
 - a. Pinza de Kevorkian younge
 - b. Pinza de Tischler, Morgan
4. Gancho para tracción cervical (Hook).
5. Cureta de Kevorkian para legrado endocervical.
6. Solución salina isotónica.
7. solución de ácido acético al 5%.
8. Solución Yodo yodurada de Lugol.
9. Solución de Monsel.
10. Frasquitos de formol al 10%.
11. Jeringa odontológica para anestesia local.

SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE UNA PAPANICOLAU

EN GENERAL, LOS TRATAMIENTOS NO AFECTAN A LA VIDA SEXUAL, NI A LA CAPACIDAD PARA QUEDAR EMBARAZADA.

El presente trabajo se realizó para lograr la reducción del cáncer de cuello uterino en el cantón Salcedo, promoviendo la concienciación de los medios de tamizaje y diagnóstico precoz de lesiones cervicales premalignas y malignas.

¿Qué es la papanicolau?

¿Papanicolau anormal?

¿Qué ocurre después?

¿Qué es una colposcopia?

¿Qué es una biopsia?

¿Qué ocurre después de una biopsia?

¿Cómo son los tratamientos?

¿Qué ocurre después del tratamiento?

Los Folletos

- Tamizaje del Cáncer de Cuello Uterino
- Virus Papiloma Humano (VPH) y Cáncer de cuello uterino
- Seguimiento y Tratamiento de una Citología

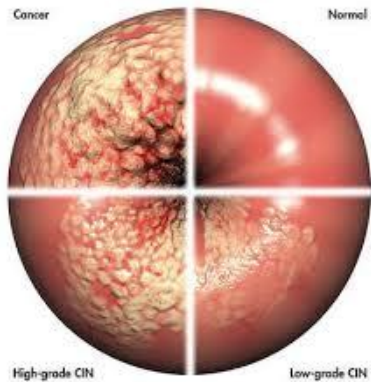
¿Qué es el papanicolau?

Es una prueba sencilla en donde se recoge una muestra de células del cuello del útero y del canal cervical para enviarlas al laboratorio

¿Papanicolau anormal?

Un resultado anormal simplemente significa que algunas células anormales han sido encontradas en el papanicolau.

Frecuentemente estos cambios son leves y no significan que usted tenga un cáncer.



Por lo tanto, la mayoría de las mujeres con una citología anormal no van a necesitar ningún tratamiento. Sin embargo, algunas sí lo van a necesitar, por lo que todas las

mujeres con resultados de papanicolau anormales necesitan ser controladas cuidadosamente para evitar el desarrollo de un cáncer.

¿Qué ocurre después?

Una citología puede tener varios resultados anormales:

Si presenta HPV (Papiloma virus humano) usted debe hacerse una prueba de ADN de HPV y tener un seguimiento ginecológico.

Que es la colposcopia?

Es un procedimiento en el que se emplea un microscopio de poco aumento llamado colposcopio para examinar el cuello de útero con mucha precisión. Su práctica no produce molestias adicionales a las que pueda ocasionar la toma de la citología es muy leve, ya que el colposcopio permanece fuera de la vagina.

En donde se puede extraer una muestra de tejido del cuello uterino para un estudio histológico llamado biopsia.

Resultado:	Significa que las células son:	¿Qué ocurre después?
ASC-US	No normal pero tampoco claramente anormal	Colposcopia
ASC-H	No claramente anormal, pero puede haber algunos signos de lesión de alto grado	Colposcopia
LIE.BG o L-SIL	Levemente anormal, indicando que puede haber una lesión de bajo grado	Colposcopia
LIEAG o H-SIL	Moderada o severamente anormal, indicando que puede haber una lesión de alto grado	Colposcopia

¿Qué es una biopsia?

Si durante la colposcopia se detecta alguna anomalía, el médico va a extirpar un pequeño trozo (biopsia) del área anormal encontrada. La biopsia es enviada al laboratorio donde será examinada con microscopio. Cualquier anomalía encontrada en la biopsia será debidamente clasificada para que el médico decida si es necesario o no hacer algún tratamiento.

¿Qué ocurre después de una biopsia?

A las anomalías encontradas en la biopsia se las denomina Neoplasia Intraepitelial de Cérvix (CIN) o displasias. Dependiendo de la severidad de las anomalías se las clasifica de CIN 1 o displasia leve, las más leves, a CIN 3, displasia severa las más graves.

Resultado:	Significa que:	¿Qué ocurre después?
Normal	No se ha encontrado anomalía	Normalmente, desaparecerá sin tratamiento de forma espontánea. Puede ser recomendado una nueva citología o una nueva colposcopia con biopsia en 6 meses
CIN 1	Anormalidad leve	Normalmente, desaparecerá sin tratamiento de forma espontánea. Puede ser recomendado una nueva citología o una nueva colposcopia con biopsia en 4 o 6 meses
CIN 2 o 3	Moderada o severa anomalía	Un tratamiento debe ser recomendado

¿Cómo son los tratamientos?

Los tratamientos son a veces necesarios para eliminar las células cervicales anormales y evitar así su progresión a cáncer. Normalmente se trata de un procedimiento muy simple que se lleva a cabo de forma ambulatoria en la consulta del ginecólogo.

Existen varios tipos de tratamiento, todos iguales de efectivos:

- Crioterapia – El área anormal es eliminada por congelación.
- Láser – El área anormal es eliminada por calor, evaporándola.
- LEEP – El área anormal es extirpada usando una pequeña asa con electricidad.
- Conización – El área anormal es extirpada cortando un fragmento de tejido del cuello del útero en forma de cono.

¿Qué ocurre después del tratamiento?

El tratamiento del CIN tiene éxito muy frecuentemente. La mayoría de las mujeres no van a tener más problemas.

Un pequeño número de mujeres necesitarán tratamientos posteriores. Por ello, es importante tener un control regular hasta que el médico lo dé por finalizado. Entonces usted puede pasar a controles anuales, a no ser que su doctor le haga otra recomendación especial.