



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de
Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45
años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de
Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009**

**Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster en
Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva**

**Maestrante:
Obst. Mirella Consuelo Torres Vidal**

**Tutora:
Lcda. Janette Eras Carranza, Mgs.**

Santa Rosa – Ecuador

2012



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Esta tesis cuya autoría corresponde a **Obst. Mirella Consuelo Torres Vidal**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva**.

Dr. Wilson Maitta Mendoza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Abigail Carriel Ubilla
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Gonzalo Sierra Briones
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Antonio Viteri Larreta
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FAC. CIENCIAS MÉDICAS

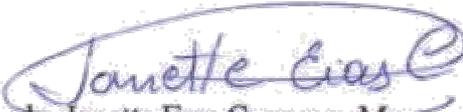
CERTIFICADO DE LA TUTORA

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación de tesis para optar por el Título de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado la Tesis de Grado presentada por la Obst. Mirella Consuelo Torres Vidal, con C.I. # 0701795031.

Cuyo Tema de Tesis es: Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad Fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009.

Revisada y corregida que fué la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:


Lda. Janette Eras Carranza, Mgs.
TUTORA

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Yo Ps. Clin José Fernando Apolo Morán Ms.C., con domicilio ubicado en la ciudad de Guayaquil; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR**: Que he revisado la tesis de grado elaborada por la Sra. Obst. **MIRELLA CONSUELO TORRES VIDAL**, con C.I.# 0701795031 , previo a la Obtención del título de **MAGISTER EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**.

TEMA DE TESIS: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE PAPANICOLAOU COMO INDICADOR DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE 20 A 45 AÑOS, QUE ACUDEN A CONSULTA EN EL SUB CENTRO DE SALUD “29 DE NOVIEMBRE DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, 2009.

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.



Ms.C. JOSÉ FERNANDO APOLO MORÁN

C.I. # 091 8748393

de registro 1006-07-660069

de teléfono celular 099319912

DEDICATORIA

De manera sublime dedico este trabajo a mis hijos: Francisco Xavier, Estefanía Mirella y Jesse Francisco Poma Torres, mi querido esposo Dr. Francisco Poma Laman, quienes con su amor y comprensión me permitieron continuar en esta preparación académica y con su apoyo moral me impulsaron a que culmine la maestría.

Además, dedico de manera fraterna y espiritual a mis padres: Sr Pedro Torres Telcán y Sra. Bernarda Vidal Rodríguez, quienes en todo momento han sido fuente de mi inspiración para poder luchar contra todas las adversidades que se presentaron en el camino, quienes con valentía sembraron en mí, valores morales, éticos y espirituales, dejando huellas y ejemplo ante el vivir del día a día, para poder transmitir y servir como profesional a la sociedad.

Quisiera expresar gratitud infinita hacia mis padres políticos: Sra. Rosita Laman Pizarro, quien con su apoyo, paciencia y dedicación ayudó al cuidado de mis hijos para que de esa forma pueda continuar en mi campo profesional y al Sr. Francisco Poma Sánchez, quien con su apoyo moral siempre ha estado pendiente impulsándome a continuar con mis estudios.

A mis hermanos, cuñados y demás familiares, quienes de una u otra forma siempre me han apoyado para seguirme superando

AGRADECIMIENTO

“El éxito consiste en obtener lo que se desea. La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene”. Ralph Waldo Emerson

Agradezco a Dios por darme vida, salud física y mental, por brindarme la oportunidad de seguir preparándome en mi vida profesional y así poder servir a la sociedad.

Además, agradezco a las personas que, de una u otra manera, me brindaron su apoyo desinteresado en la realización de esta tesis como son: a mi Tutora Lcda. Janette Eras Carranza, mis compañeros de trabajo del Sub-Centro “29 de Noviembre”, quienes colaboraron en todo momento y me apoyaron incondicionalmente.

A toda mi familia, quienes con su apoyo moral supieron darme esa fuerza de voluntad para seguir adelante y culminar con éxito esta maestría.

RESUMEN

En Santa Rosa, según informe de SOLCA, de El Oro, desde el año 1999 hasta el 2004, se han presentado cáncer in situ (inicial) 38 casos, cuello de útero con 58 casos, cuerpo de útero con 2 casos. El objetivo general de la investigación fué, realizar una evaluación de los resultados de las pruebas de Papanicolaou realizadas a mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, quienes acudieron a la consulta del Subcentro “29 de Noviembre”, ésta evaluación se la realizó revisando las historias clínicas únicas del año 2009 de dicho centro de salud. El estudio fué de carácter descriptivo, los objetos del estudio fueron los resultados de los exámenes de Papanicolaou, el tamaño muestral fueron las 190 historias clínicas con sus respectivos exámenes de Papanicolaou. Los resultados obtenidos fueron: la gran mayoría de pacientes en consulta externa, han ido una vez al subcentro de salud en un 85.7%, entregándosele el resultado de su prueba de PAP al 95.78%; las mujeres incluidas en ésta investigación, en su mayoría están en un rango de edad entre 20 y 45 años, han gestado entre 1 y 6 veces, con mínima presencia de abortos esporádicos. El 97,36% procedieron de Santa Rosa, del barrio 29 de Noviembre, su estado civil fué de unión libre en un 53,15% y han cursado solamente la primaria en su mayoría. El 30% de las mujeres de 20 a 35 años han demostrado inflamaciones moderadas. De los 190 casos estudiados el 51.57% no han presentado ITS y el 48.42% si las tuvieron, de las cuales el 40% de ellas fueron por vaginosis bacteriana y el 8,42% otras infecciones. El 83,15% el resultado fué negativo para cáncer uterino, el 12,63% dió un resultado indeterminado, mientras que el 3,15% fué una neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC 1) y el 1,02% NIC 1 + HPV.

PALABRAS CLAVE: PAP, Cáncer de Cuello Uterino, Incidencia, Informes Ginecológicos, Edad Fértil, Inflamaciones, Infecciones, Diagnóstico, Tratamiento, Medicación.

SUMMARY

In Santa Rosa, as reported by SOLCA, El Oro, from 1999 to 2004, there have been in situ cancer (initial) 38 cases, cervix with 58 cases of uterine body with 2 cases. The overall objective of the research was an evaluation of the results of Pap tests for women of childbearing age from 20-45 years, who attended the appointment of Sub-Center "November 29", this assessment was conducted by reviewing unique medical records of 2009 of the health center. The study was descriptive in nature, the objects of study were the results of Pap tests, the sample size were the 190 charts with their pap smears. The results were, the vast majority of patients in outpatient, have been once a health sub-center in a 85.7% entregándosele the test result of PAP to 95.78%, the women included in this investigation, most are in an age range between 20 and 45, have gestated between 1 and 6 times, with minimal presence of sporadic abortions. The 97.36% came from Santa Rosa, the district on November 29, marital status, cohabitation was a 53.15% and have completed only primary school mostly. 30% of women aged 20 to 35 years have demonstrated moderate inflammation. Of the 190 cases studied, 51.57% have not submitted STIs and 48.42% if they did, of which 40% of them were for bacterial vaginosis and other infections 8.42%. The 83.15% the result was negative for uterine cancer, was the 12.63% while an indeterminate result was a 3.15% grade I cervical intraepithelial neoplasia (CIN 1) and 1.02% CIN 1 + HPV.

WORDS KEY: PAP, Cancer of Uterine Neck, Incidence, Gynecological Reports, Fertile Age, Inflammations, Infections, Diagnosis, Treatment, Medication.

ÍNDICE

| | PÁGS. |
|---|-------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 3 |
| 1.1.1 Determinación del problema..... | 3 |
| 1.2. Objetivos..... | 4 |
| 1.2.1 Objetivo General..... | 4 |
| 1.2.2. Objetivo Específico..... | 4 |
| 1.3. Hipótesis..... | 5 |
| 1.4. Variables..... | 5 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1. CÁNCER DE CÉRVIX | 6 |
| 2.1.1. Cérvix..... | 6 |
| 2.1.2. El proceso del cáncer..... | 6 |
| 2.1.3. Factores de riesgo..... | 7 |
| 2.1.4. Síntomas..... | 9 |
| 2.1.5. Detección y diagnóstico..... | 9 |
| 2.1.6. Estatificación..... | 11 |
| 2.2. CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO O PAPANICOLAOU | 13 |
| 2.2.1. Antecedentes..... | 13 |
| 2.2.2. Sistemas de clasificación..... | 13 |
| 2.2.2.1. Comparación de los sistemas de clasificación..... | 13 |
| 2.2.2.1.1. El sistema bethesda..... | 14 |
| 2.2.3. Anormalidades escamosas..... | 18 |
| 2.2.4. Anormalidades glandulares..... | 18 |
| 2.3. PATOLOGÍAS DEL CÉRVIX | 18 |
| 2.3.1. Patología citológica del cérvix..... | 18 |
| 2.3.2. Estudio del frotis de células cervicales..... | 20 |
| 2.3.3. Cambios citológicos del cérvix..... | 21 |
| 2.3.4. Patología asociada al cérvix..... | 23 |
| 2.4. PATOLOGÍA ESPECIAL DEL CUELLO UTERINO | 24 |
| 2.4.1. Datos anatómicos e histológicos..... | 24 |
| 2.4.2. Ectropión y entropión..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.3. Metaplasia pavimentosa del epitelio endocervical..... | 25 |
| 2.4.4. Hiperplasia..... | 25 |
| 2.4.4.1. Pólipo endocervical..... | 25 |
| 2.4.4.2. Hiperplasia microglandular..... | 26 |
| 2.4.4.3. Carcinoma..... | 26 |
| 2.4.4.3.1. Carcinomapavimentoso (75%)..... | 26 |
| 2.4.4.3.2. Adenocarcinoma y carcinoma adenoescamoso..... | 26 |
| 2.4.5. Macroscopía..... | 27 |
| 2.4.6. Diseminación..... | 27 |
| 2.4.7. Metástasis hematógenas. Poco frecuentes..... | 27 |
| 2.4.8. Carcinoma microinvasor..... | 28 |
| 2.4.8.1. Lesiones precursoras del carcinoma del cuello uterino..... | 28 |
| 2.4.8.2. Infección por virus papiloma..... | 29 |
| DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE..... | 31 |
| 3. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 33 |
| 3.1. Materiales..... | 33 |
| 3.1.1. Lugar de la investigación..... | 33 |
| 3.1.2. Periodo de la investigación..... | 33 |
| 3.1.3. Recursos empleados..... | 33 |
| 3.1.4. Universo..... | 34 |
| 3.1.5. Muestra..... | 34 |
| 3.1.6. Selección de la muestra..... | 34 |
| 3.2. MÉTODOS..... | 35 |
| 3.2.1. Tipo de Investigación..... | 35 |
| 3.2.2. Diseño de Investigación..... | 35 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 36 |
| 4.1. PROPUESTA..... | 50 |
| 4.1.1. Protocolo para educar sobre la prevención de cáncer de cuello uterino..... | 50 |
| 4.1.1.1. Antecedentes..... | 50 |
| 4.1.1.2. Objetivo..... | 51 |
| 4.1.1.3. Campo de aplicación..... | 51 |
| 4.1.1.4. Responsabilidades..... | 51 |
| 4.1.1.5. Beneficiarias..... | 51 |
| 4.1.1.6. Temas a tratarse..... | 51 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1.1.7. Persona que dicta las charlas..... | 52 |
| 4.1.1.8. Lugar de charlas..... | 52 |
| 4.1.1.9. Resultados esperados..... | 52 |
| 4.1.1.10. Evaluación y monitoreo..... | 52 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 53 |
| 5.1. Conclusiones..... | 53 |
| 5.2. Recomendaciones..... | 54 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA..... | 55 |
| 7. ANEXOS..... | 57 |



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad Fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud 29 de Noviembre de la Ciudad de Santa Rosa, 2009.

AUTOR/ES:

Obst. Mirella Consuelo Torres Vidal

REVISORES:

Lcda. Janette Esther Eras Carranza

FACULTAD:

Ciencias Médicas

CARRERA: Maestría en Salud Sexual y Reproductiva

FECHA DE PUBLICACIÓN: 16 de Octubre del 2011

No. DE PÁGS:
57

ÁREAS TEMÁTICAS: Salud

PALABRAS CLAVE:

PAP, Cáncer de Cuello Uterino, Incidencia, Informes Ginecológicos, Edad Fértil, Inflamaciones, Infecciones, Diagnóstico, Tratamiento, Medicación.

RESUMEN:

El Objetivo General de la investigación fué realizar una evaluación de los resultados del Papanicolaou a mujeres de edad fértil entre 20 a 45 años, quienes acudieron a la consulta Gineco-Obstetra en el año 2009, en el Subcentro de Salud 29 de Noviembre. La mayoría de pacientes ha ido una vez al Subcentro de Salud en un 85.7%; se les ha entregado el resultado del examen del Papanicolaou al 95.78%

De las 190 historias clínicas revisadas, el 83,15% el resultado fué negativo para cáncer uterino, el 12,63% fué un resultado indeterminado mientras que el 3,15% fué una neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC 1) y el 1,02% NIC 1 + HPV. El 51.57% de la totalidad no presentaron ningún tipo de ITS y el 48.42% sí las tuvieron. Del total de 92 mujeres positivas, el 40% de ellas han presentaron vaginosis bacteriana, el 8.42% otras infecciones.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

**CONTACTO CON
AUTOR/ES:**

Teléfono: 095956387

E-mail: micotivo@yahoo.es

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre:

Teléfono:

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 493.000 nuevos casos y 274.000 muertes cada año, de los cuales el 83% ocurre en países en vías de desarrollo (11). Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en América Latina son de 28,6 y 12,9 x 100.000 mujeres respectivamente en el año 2002. (8)

Según las estadísticas “en Ecuador, el cáncer de cuello de útero es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 35 años” (2). Para prevenir el cáncer uterino y mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública se encuentra motivando constantemente a través de diferentes Programas a la realización periódica del examen de Papanicolaou. Según estudios de mortalidad, en el Ecuador mueren diariamente de 1 a 2 mujeres por cáncer al cuello del útero.

La prueba de Papanicolaou permite detectar el cáncer del útero desde sus etapas iniciales; y gracias a esta prueba, este tipo de enfermedad es casi siempre curable. La mejor forma de evitar estas complicaciones es realizándose un chequeo rutinario y con regularidad, el cual incluye el test de Papanicolaou y el examen pélvico.

La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces enfocados a pesquisar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen a un cáncer invasor; en comparación con los países desarrollados, son muy pocas las mujeres en las comunidades en desarrollo que tienen acceso a exámenes para detectar lesiones cervicales pre cancerosas. El cáncer invasivo del cuello uterino se presenta en todas las edades, no es común que acontezca antes de los 35 años, su riesgo aumenta progresivamente hasta los 60 años de edad; 95% de los cánceres invasivos ocurren en múltíparas.

La incidencia de cáncer invasivo aumenta considerablemente con la edad, con un índice máximo entre los 45 y los 60 años; el 25% de las mujeres son mayores de 65 años en el momento del diagnóstico. En las lesiones pre cancerosas, la máxima incidencia se observa de 10 a 20 años antes, y es a los 38 años de media en el carcinoma in situ y a los 34 en la

displasia. Entre el 40 y el 50% de las muertes por carcinoma de cuello de útero ocurren en mujeres mayores de 65 años.

Es muy difícil actuar preventivamente en los factores de riesgo pues eso implica modificar los hábitos sociales, culturales y sexuales de la población.

Al actuar preventivamente sobre las lesiones del cuello uterino es importante observar tres aspectos:

1. Tratar a tiempo los diferentes tipos de lesiones cervicales.
2. Tratar todos los procesos inflamatorios e infecciones vaginales a tiempo.
3. Hacer periódicamente un método de rastreo (citología cervical o Papanicolaou) que identifique las lesiones intraepiteliales e invasoras iniciales o subclínicas.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública, especialmente cuando se pretende mejorar la salud materna como uno de los objetivos de desarrollo para el milenio en Ecuador. Es el tercer cáncer más frecuente en el mundo y el segundo en las mujeres de los países en vías de desarrollo. Una de las principales causas de muerte en las mujeres del Ecuador es el cáncer de cuello uterino. Esta enfermedad en sus inicios no presenta síntomas, sino que avanza sigilosamente sin que, quien la padece pueda darse cuenta. Cuando la enfermedad está avanzada, recién empiezan a aparecer los síntomas.

La historia natural de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino ha mostrado que éstas tienen el potencial de progresar a lesión invasiva si no son tratadas. Hay suficiente evidencia que relaciona el DNA del virus del papiloma humano (VPH) de los tipos oncogénicos con proliferación celular no regulada, la que, ligada a otros cofactores, aumenta el riesgo de progresión a enfermedad preneoplásica y neoplásica, situación que está fuertemente relacionada a patrones de comportamiento sexual, características que confieren a estas mujeres un riesgo mayor de contraer la infección y desarrollar la neoplasia, exigiendo una estrategia de tamizaje diferente, tal vez más rigurosa.

Las mujeres en general, corren riesgo de adquirir este mal, sin embargo se presentan con más frecuencia en: mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad (menores de 20 años), mujeres con múltiples compañeros sexuales y mujeres mayores de 45 años de edad. Ante esta situación deben realizarse el Examen de Papanicolaou una vez al año si el resultado es normal; si llegase a presentar alguna anomalía, el médico indicará cuándo debe volver a hacerse. Si hay dos Papanicolaou con resultados negativos, durante dos años consecutivos, el siguiente se lo puede realizar a los tres o cinco años.

El presente trabajo fue un estudio descriptivo-retrospectivo sobre los resultados de Papanicolaou realizados en la Subcentro de Salud del Barrio “29 de Noviembre” del Cantón Santa Rosa, cuyo propósito principal fue realizar un mapeo epidemiológico de los resultados de citología cervical a nivel local y así poder beneficiar a la población objeto de estudio con criterios de prevención y disminución de este tipo de alteración citológica.

No se debe olvidar que la citología cérvico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo.

Esta actividad debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, con el fin de obtener una muestra para estudio de las células de la unión escamocelular (exocervical) o también llamada zona de transición y del endocérvix, para identificar posibles alteraciones preneoplásicas o neoplásicas.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar una evaluación de los resultados de Papanicolaou como indicador de cáncer, realizada a mujeres de edad fértil de 20 a 45 años que acuden a consulta en el Subcentro “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características de las mujeres que se realizan el Papanicolaou (antecedentes Gineco obstétricos y uso de anticonceptivos).
2. Estratificar en niveles de diagnóstico a las mujeres sometidas al examen citológico de cérvix o cuello uterino, según el resultado del examen.
3. Determinar la prevalencia de lesiones inflamatorias, infecciosas, precancerosas y cancerosas de las pacientes en estudio.
4. Estratificar según resultados, los promedios de edad con mayor incidencia de riesgo a padecer el cáncer de cérvix o cuello uterino.
5. Realizar una propuesta de intervención en las mujeres en edad fértil de la prevención del cáncer cérvico uterino.

1.3. HIPÓTESIS

La población femenina presenta, en su mayoría, inflamaciones entre leves, moderadas y severas, existiendo un porcentaje de diagnóstico de cáncer o lesiones, lo que se atribuye a un control periódico a través de la prueba de Papanicolaou, por tanto evaluar los resultados de Papanicolaou permite una detección oportuna.

1.4. VARIABLES

Variable dependiente

- Cáncer cérvico uterino

Variable independiente

- Evaluación de resultados de PAP

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CÁNCER DE CÉRVIX

2.1.1 CÉRVIX

“El cérvix es parte del sistema reproductor de la mujer. Está ubicado en la pelvis. El cérvix es la parte inferior, estrecha, del útero (matriz)” (2).

El cérvix es un canal:

- El cérvix conecta el útero con la vagina. Durante la menstruación, la sangre corre desde el útero por el cérvix hacia la vagina. La vagina conduce al exterior del cuerpo.
- El cérvix produce mucosidad. Durante la relación sexual, la mucosidad ayuda a los espermatozoides a moverse desde la vagina por el cérvix hacia el interior del útero.
- Durante el embarazo, el cérvix se encuentra fuertemente cerrado para ayudar a mantener al bebé dentro del útero. Durante el parto, el cérvix se abre para permitir el paso del bebé por la vagina.

2.1.2 EL PROCESO DEL CÁNCER

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

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

“Algunas veces, este proceso se descontrola. Nuevas células se forman cuando el cuerpo no las necesita y células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. La acumulación de células adicionales forma con frecuencia una masa de tejido que es lo que se llama tumor” (4).

Los tumores en el cérvix pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos. No son tan dañinos como los tumores malignos (cancerosos).

Tumores benignos (pólipos, quistes o verrugas genitales):

- Rara vez son una amenaza para la vida
- No invaden los tejidos de su alrededor

Tumores malignos (cáncer cervical):

- Algunas veces pueden poner la vida en peligro
- Pueden invadir los tejidos y órganos cercanos
- Pueden diseminarse a otras partes del cuerpo

El cáncer de cérvix empieza en las células de la superficie del cérvix o cuello uterino.

Con el tiempo, el cáncer cervical puede invadir más profundamente dentro del cérvix y los tejidos cercanos. “Las células cancerosas pueden diseminarse al desprenderse del tumor original (primario). Entran en los vasos sanguíneos o en los vasos linfáticos, los cuales se ramifican en todos los tejidos del cuerpo. Las células cancerosas pueden adherirse a otros tejidos y crecer para formar nuevos tumores que pueden dañar esos tejidos. La diseminación del cáncer se llama metástasis” (5).

2.1.3 FACTORES DE RIESGO

Cuando le diagnostican a una persona cáncer, es natural preguntarse qué pudo haber causado la enfermedad. Los médicos no siempre pueden explicar por qué el cáncer de cérvix se presenta en una mujer, pero no en otra. Sin embargo, sí sabemos que la mujer que tiene ciertos factores de riesgo puede tener más posibilidad que otras mujeres de padecer cáncer de cérvix. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de que una enfermedad se presente.

“Los estudios han encontrado varios factores que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cérvix” (10). Por ejemplo, la infección con el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer cervical. La infección del VPH y otros factores de riesgo pueden actuar en conjunto para aumentar aún más el riesgo:

- Infección de VPH: Los VPH son un grupo de virus que pueden infectar el cérvix. Una infección de VPH que no se cura puede causar cáncer de cérvix en algunas mujeres. El VPH es la causa de casi todos los cánceres cervicales.
- Las infecciones por VPH son muy comunes. Estos virus se pasan de una persona a otra por contacto sexual. La mayoría de los adultos han sido infectados con VPH en algún momento de su vida, aunque la mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas.

Algunos tipos de VPH pueden producir cambios en las células del cérvix. Si dichos cambios se detectan temprano, se puede prevenir el cáncer cervical al extraer o destruir las células alteradas antes de que puedan convertirse en células cancerosas. La hoja informativa del NCI (6) Los virus del papiloma humano y el cáncer tiene más información.

Una vacuna para las mujeres de 9 a 26 años las protege contra dos tipos de infección por VPH que causan cáncer de cérvix. La hoja informativa del NCI Las vacunas contra los virus del papiloma humano tiene más información al respecto (6).

- Irregularidad en hacerse pruebas de Papanicolaou: El cáncer cervical es más común entre las mujeres que no se hacen pruebas regulares de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou ayuda a que los médicos encuentren células alteradas. Al eliminar o destruir estas células anormales se impide generalmente el cáncer cervical.
- Tabaquismo: En las mujeres que están infectadas con VPH, el fumar aumenta levemente el riesgo de padecer cáncer de cérvix.
- Sistema inmunitario debilitado (el sistema natural de defensa del cuerpo): La infección con VIH (el virus que causa el sida) o el tomar medicamentos que inhiben el sistema inmunitario aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.
- Antecedentes sexuales: Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de padecer cáncer cervical. También, una mujer que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales puede tener un riesgo mayor de padecer cáncer de cérvix. En ambos casos, el riesgo de padecer cáncer cervical es mayor porque estas mujeres tienen un riesgo más elevado de infección por VPH.
- Uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo: El uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo (5 años o más) puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usar dichas píldoras.
- Tener muchos hijos: los estudios sugieren que tener muchos hijos (5 o más) puede elevar ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por VPH.
- DES(dietilestilbestrol): Puede incrementar el riesgo de un tipo raro de cáncer cervical en mujeres que estuvieron expuestas a este fármaco antes de nacer. Éste se suministró

a algunas mujeres embarazadas en los Estados Unidos de 1940 a 1971. (Ya no se suministra a mujeres embarazadas).

“El tener una infección de VPH u otro factor de riesgo no significa que la mujer va a padecer cáncer de cérvix. La mayoría de las mujeres que tienen factores de riesgo de cáncer cervical nunca llegan a presentar dicho cáncer” (13).

2.1.4 SÍNTOMAS

“Los cánceres cervicales en etapas iniciales generalmente no causan síntomas. Cuando el cáncer se agranda, las mujeres pueden notar uno o varios de estos síntomas:

- Sangrado vaginal anormal
 - ✓ Sangrado que ocurre entre los períodos menstruales regulares
 - ✓ Sangrado después de relaciones sexuales, de un lavado vaginal o del examen pélvico
 - ✓ Períodos menstruales más prolongados y más abundantes que antes
 - ✓ Sangrado después de la menopausia
- Mayor secreción vaginal
- Dolor pélvico
- Dolor durante las relaciones sexuales

Estos síntomas pueden ser causados por infecciones u otros problemas de salud. Sólo un médico puede determinarlo con seguridad. La mujer que tenga alguno de estos síntomas deberá decirlo al médico para que el problema pueda ser diagnosticado y tratado lo antes posible” (15).

2.1.5 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Los médicos recomiendan que las mujeres se realicen pruebas de Papanicolaou con regularidad a fin de ayudarse a reducir su riesgo de padecer cáncer cervical. Una prueba de Papanicolaou (a veces llamada prueba de PAP o citología) es una prueba sencilla que se usa para examinar las células cervicales. Las pruebas de PAP pueden encontrar cáncer cervical o células anormales que pueden resultar en cáncer cervical.

El detectar y tratar las células anormales puede prevenir la mayoría de los cánceres cervicales. Además, la prueba de PAP puede detectar el cáncer que empieza, cuando hay más posibilidad de que el tratamiento sea eficaz.

Para la mayoría de las mujeres, la prueba de PAP no es dolorosa. Ésta se hace en el consultorio médico o en una clínica de salud durante un examen pélvico. El médico o la obstetrix toman una muestra de células del cérvix o cuello uterino. Un laboratorio examina las células al microscopio para buscar cambios celulares. La mayoría de las veces, las células anormales que se encuentran por medio de una prueba de PAP no son cancerosas. La misma muestra puede utilizarse para analizarla si existe infección de VPH.

Si usted tiene resultados anormales de la prueba de PAP o de VPH, su médico le sugerirá que se haga otras pruebas para hacer un diagnóstico:

1. **Colposcopia:** El médico usa un colposcopio para examinar el cuello del útero o cérvix. El colposcopio combina una luz brillante con una lente de aumento para ver el tejido con más facilidad. El colposcopio no se introduce en la vagina. Por lo general, este procedimiento puede hacerse en el consultorio médico o en una clínica.
2. **Biopsia:** A la mayoría de las mujeres les extraen tejido en el consultorio médico con anestesia local. Un patólogo examina el tejido al microscopio para ver si hay células anormales.
 - 2.1. **Biopsia con sacabocados:** El médico utiliza un instrumento afilado para obtener muestras pequeñas de tejido cervical.
 - 2.2. **Escisión electro quirúrgica con asa:** El médico usa un aro de alambre eléctrico y rebana pedazos de tejido cervical.
 - 2.3. **Legrado o curetaje endocervical:** El médico usa un raspador (un instrumento pequeño en forma de cuchara) para raspar una pequeña muestra de tejido del cérvix. Algunos médicos pueden usar un cepillo delgado y suave en lugar de un raspador.
 - 2.4. **Conización:** El médico extrae una muestra de tejido en forma de cono. Una conización o biopsia de cono permite que el patólogo vea si las células anormales han invadido el tejido bajo la superficie del cérvix.

Al extraer tejido del cérvix se puede causar algo de sangrado u otro tipo de secreción.

El sitio sana pronto, generalmente. Algunas mujeres experimentan algo de dolor semejante a los calambres menstruales. Su médico puede recomendarle algún medicamento que le ayudará a aliviar el dolor.

2.1.6 ESTADIFICACIÓN

“Si la biopsia muestra que hay cáncer presente, su médico necesita saber la extensión (estadio o etapa) de la enfermedad para ayudarle a planear el mejor tratamiento. La estadificación es un intento cuidadoso para saber si el tumor ha invadido los tejidos cercanos, si el cáncer se ha diseminado y, si es así, a qué partes del cuerpo se diseminó. El cáncer cervical suele diseminarse con más frecuencia a los tejidos cercanos en la pelvis, a los ganglios linfáticos o a los pulmones. También puede diseminarse al hígado o a los huesos” (15).

Cuando el cáncer se disemina desde su lugar original a otra parte del cuerpo, el nuevo tumor tiene el mismo tipo de células cancerosas y el mismo nombre que el tumor original. Por ejemplo, si el cáncer cervical se disemina a los pulmones, las células cancerosas en los pulmones son en realidad células cancerosas del cérvix. La enfermedad es cáncer cervical metastático, no cáncer de pulmón. Por ese motivo, se trata como cáncer cervical y no como cáncer de pulmón. Los médicos llaman al nuevo tumor enfermedad "distante" o metastática.

Su médico hará un examen pélvico, un tacto para ver si hay ganglios linfáticos inflamados y puede extraer un poco más de tejido. Para conocer la extensión de la enfermedad, el médico puede pedir algunas de las siguientes pruebas:

- **Radiografías del tórax:** Las radiografías pueden mostrar con frecuencia si el cáncer se ha diseminado a los pulmones.
- **Tomografía computarizada (TC):** Una máquina de rayos X conectada a una computadora toma una serie de imágenes detalladas de sus órganos. Las tomografías computarizadas pueden mostrar un tumor en el hígado, en los pulmones o en cualquier otro lugar del cuerpo. Es posible que le administren material de contraste por vía oral o por una inyección en el brazo o mano, o por un enema. El material de contraste ayuda a que las áreas anormales se vean más fácilmente.
- **Resonancia magnética:** Un imán muy potente conectado a una computadora produce imágenes detalladas de la pelvis y abdomen. El médico puede ver estas imágenes en una pantalla e imprimirlas en una lámina. Una imagen de resonancia magnética (IRM) puede mostrar si el cáncer se diseminó. En ocasiones, el material de contraste hace que las áreas anormales se vean más claramente en la imagen.
- **Tomografía por emisión de positrones:** Para este procedimiento, se le inyecta una pequeña cantidad de azúccarradiactiva. Una máquina genera imágenes computarizadas de esa azúcar que usan las células de su cuerpo. Las células cancerosas usan azúcar

con más rapidez que las células normales y las áreas con cáncer se ven más brillantes en las imágenes.

El estadio o etapa se determina según el lugar en donde se encuentra el cáncer. Estos son los estadios del cáncer cervical invasor:

- **Estadio I:** El tumor ha invadido el cérvix debajo de la capa superior de células. Las células cancerosas solo se encuentran en el cérvix.
- **Estadio II:** El tumor se extiende a la parte superior de la vagina. Puede extenderse más allá del cérvix dentro de los tejidos cercanos en dirección a la pared pélvica (el recubrimiento de la parte del cuerpo ubicada entre las caderas). El tumor no invade la tercera parte inferior de la vagina o la pared pélvica.
- **Estadio III:** El tumor se extiende a la parte inferior de la vagina. Puede haber invadido también la pared pélvica. Si el tumor obstruye el flujo urinario, es posible que uno de los riñones o ninguno de los dos funcione bien.
- **Estadio IV:** El tumor invade la vejiga o el recto, o el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
- **Cáncer recurrente:** El cáncer ha sido tratado, pero ha regresado después de un período en el que no podía ser detectado. La enfermedad puede regresar al cérvix o a otra parte del cuerpo.

CUADRO DE EQUIVALENCIAS

| BETHESDA | OMS | NIC | PAPANICOLAOU |
|---|--------------------|-----|---------------|
| Negativo | Negativo | | Clase I-II |
| Ascus – Agus (1) | | | |
| Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L.I.E.B.) e infección por HPV | Displasia leve | I | Clase IIIA |
| Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (L.I.E.A.) | Displasia moderada | II | Clase IIIB |
| | Displasia severa | | Clase IIIC |
| | Carcinoma in situ | | Clase IV |
| Carcinoma invasor | Carcinoma invasor | III | Clase V A - B |

2.2. CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO O PAPANICOLAU

2.2.1. ANTECEDENTES

El cáncer de cuello uterino (CCU) mundialmente, es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres. Actualmente, en Estados Unidos (EU) la incidencia de cáncer cervical ha disminuido a diferencia de países en desarrollo donde ha aumentado. En EU esto se debe mayormente a la implementación, años atrás, del tamizaje masivo a través de la prueba de Papanicolaou (PAP) o citología cervical.

“La prueba de PAP fue introducida en 1943 por el Dr. George Papanicolaou como un examen de detección temprana para el cáncer cervical” (17). Esta prueba está diseñada para la detección de lesiones del epitelio escamoso, aunque ha demostrado efectividad variable en la detección de otras malignidades que afectan el tracto genital femenino. Debido a que el cérvix es fácilmente accesible durante el examen ginecológico y a que las lesiones cervicales se desarrollan lentamente en un periodo de aproximadamente 10 años, la prueba de detección de PAP ha demostrado ser muy efectiva.

“Las muertes por cáncer de cérvix han disminuido en un 70% en las últimas 5 décadas como resultado de la introducción de la prueba de citología cervical en la década de los 40, pasando de ser una de las principales causas de muerte a un lugar 13. Sin embargo, a escala mundial, el CCU sigue siendo el segundo cáncer más común después del cáncer de mama. En Estados Unidos, aproximadamente 10,370 casos nuevos de cáncer de cuello son diagnosticados cada año. Internacionalmente se detectan cerca de 500,000 nuevos casos anuales por lo que esta enfermedad continua siendo un problema de salud pública mundial” (18).

El CCU se caracteriza por una etapa pre maligna (displasias) bien definida, la cual puede ser detectada mediante la examinación citológica. Debido al impacto positivo de la prueba de PAP, como método de tamizaje, es importante tanto para el patólogo como para el ginecólogo o médico primario, conocer los aspectos más importantes relacionados con este examen desde el momento de colección hasta su interpretación y seguimiento.

2.2.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:

2.2.2.1. COMPARACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:

Varios esquemas de clasificación se han desarrollado sobre los años para caracterizar los resultados de la prueba de PAP. “El sistema de Clase desarrollado originalmente por Papanicolaou ha sido substituido por el sistema de NIC (neoplasia intracervical) y el sistema

de Bethesda que clasifica las displasias en bajo y alto grado. En la mayoría de los casos, éstas son lesiones precancerosas que pueden ser tratadas fácilmente con curación del casi 100%” (15). El sistema de clasificación de NIC y el sistema de Bethesda son los más usados actualmente. La tabla más adelante compara las diferentes nomenclaturas usadas para clasificar las pruebas de PAP.

2.2.2.1.1. EL SISTEMA BETHESDA

Adecuación de la muestra: Este apartado incluye la presencia de células endocervicales (se requieren por lo menos 10 células endocervicales o escamosas metaplásicas.) La ausencia de componente endocervical no hace una muestra insatisfactoria.

Los criterios de adecuación varían según el tipo de muestra. En citologías convencionales se requieren entre 8000-12000 células como mínimo. En el caso de ThinPrep, el mínimo es de 5000 células escamosas.

Existen otros factores a reportar como la presencia de inflamación, sangre etc. Cuando éstos cubren el 75% o más de las células, la muestra se considera no satisfactoria. En el caso de un 50-75% se considera limitada.

Cuando una muestra se considera no satisfactoria, la razón debe ser incluida en el diagnóstico final, por ejemplo, celularidad baja, inflamación, muestra rechazada debido a que se recibió sin identificar o la laminilla estaba rota.

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad: No evidencia citológica de neoplasia.

✓ **Microorganismos:**

- Tricomonas vaginales.
- Hongos morfológicamente consistentes con Cándida.
- Desviación en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana.
- Bacteria morfológicamente consistente con Actinomicetes.
- Cambios celulares consistentes con Herpes.

✓ **Otros cambios no-neoplásicos:**

- Cambios reactivos asociados con:
 - Inflamación (reparación).
 - Radiación.
 - Dispositivo intrauterino (DIU.)
 - Células glandulares después de histerectomía.
 - Atrofia.

- Otros: Presencia de células endometriales en mujeres mayores de 40 años.

Cambios de radiación: Este apartado merece especial atención. El tamaño celular está marcadamente aumentado sin aumento en la relación núcleo/citoplasma. Puede haber binucleación y multinucleación con hipercromasia leve. También vacuolización citoplásmica.

Algunas veces se aprecian formas aberrantes que pueden ser sospechosas de malignidad. En estos casos es siempre importante saber si hay historial de radiación para evitar diagnosticar estos cambios como malignos.

DIU: Las células pueden estar solitarias o en grupos de 5 a 15 células. La cantidad de citoplasma varía y éste frecuentemente presenta vacuolas de gran tamaño que pueden inclusive, desplazar el núcleo. Existe degeneración nuclear y puede haber nucleolo prominente. En algunos casos pueden observarse cuerpos de psamoma.

Células endometriales en mujeres mayores de 40 años: Simsir et al, demostraron en su estudio que la presencia de células endometriales en mujeres premenopáusicas mayores de 40 años no tiene importancia clínica, pero sí es importante en mujeres posmenopáusicas mayores de 40 años. Sin embargo, muchas veces, el estatus menstrual y los factores de riesgo individuales de cada paciente, síntomas clínicos, uso de hormonas etc. no están al alcance del patólogo para tomar la decisión acerca del significado de éstas. La significancia de las células endometriales, después de los 40 años, debe ser interpretada por el médico primario o ginecólogo.

✓ **Anormalidades del epitelio escamoso**

Células escamosas atípicas: (ASC-US / ASC-H): Esta categoría implica cambios que son sugestivos de displasia, pero que cuantitativa o cualitativamente son insuficientes para este diagnóstico.

ASC-US: El núcleo es aproximadamente 2 ½ a 3 veces más grande que el núcleo de una célula intermedia. La relación núcleo/citoplasma está levemente aumentada con hipercromasia e irregularidad leve. Paraqueratosis atípica se incluye en este grupo (son cambios sospechosos de displasia de bajo grado o displasia no clasificable).

ASC-H: Las células en esta categoría se pueden encontrar solitarias o en grupos. Tienen el tamaño de las células metaplásicas con un núcleo entre 1 ½ a 2 ½ veces mayor de lo normal. La relación núcleo/citoplasma es parecida a las células de displasia de alto grado.

La cromatina nuclear es irregular e hipercromática. También se observan irregularidades en la membrana nuclear. Estas células son sospechosas, pero no definitivas para el diagnóstico de displasia de alto grado.

Displasia de bajo grado (L-LIE): Aquí se incluyen dos categorías: los cambios celulares atribuibles a efecto citopático de VPH (coilocitosis) y la displasia leve, NIC I.

Morfológicamente, estos cambios ocurren en células maduras (superficiales.) Las células son grandes con citoplasma abundante. El núcleo también está aumentado de tamaño (más de 3 veces el área del núcleo de una célula intermedia), sin embargo la relación núcleo/citoplasma se mantiene. Existe hipercromasia variable, formas nucleares anormales, binucleación, membrana nuclear irregular etc.

Halos perinucleares son frecuentes, pero su sola presencia no es suficiente para el diagnóstico de displasia.

Displasia de alto grado (H-LIE): Esta categoría incluye NIC II y III, displasia moderada y severa/ carcinoma in situ. Los cambios afectan células menos maduras que la displasia de bajo grado. Estas pueden estar solas o en grupos, presentan hipercromasia, relación núcleo/citoplasma aumentada. La membrana nuclear es irregular con indentaciones prominentes en muchos casos. El citoplasma es inmaduro, delicado o denso metaplástico, en algunos casos hay queratinización prominente.

Se debe prestar mucha atención en casos problemáticos con la presencia de células atípicas aisladas. En estos casos, si la sospecha es alta se recomienda el diagnóstico de ASC-H. En algunas ocasiones, células benignas pueden simular displasia de alto grado.

Carcinoma invasivo de células escamosas: La mayoría de los cánceres escamosos de cuello son “queratinizados”, sin embargo, según el sistema de Bethesda, no es necesario separar estas dos categorías. En estos casos se presentan las características de displasia de alto grado (células solitarias o en grupos) además de diátesis tumoral (sangre y debris celular).

✓ **Anormalidades del epitelio glandular:**

Células endocervicales atípicas/ no especificadas: Células organizadas en grupos con desorganización, irregularidad, aumento de tamaño nuclear (3 a 4 veces en comparación con el núcleo de una célula endocervical normal), hipercromasia leve, puede apreciarse nucleolo, raramente mitosis, aumento en la relación núcleo/citoplasma. Los cambios no son suficientes para el diagnóstico de malignidad.

Células endometriales atípicas/ no especificadas: Células organizadas en grupos de 5 a 10 células con aumento de tamaño nuclear, hipercromasia leve, citoplasma escaso y frecuentemente vacuolado, bordes celulares poco definidos. Puede haber un nucleolo pequeño. En el caso del epitelio endometrial, no existe una categoría “probablemente

neoplásica”, la mayoría de las veces las células endometriales muestran signos de degeneración y es muy difícil hacer esta distinción.

Células endocervicales atípicas probablemente neoplásicas: Todas las características anteriores además de irregularidad nuclear, hipercromasia, agrupamiento y desorganización más acentuada.

Células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas: No hay criterio suficiente para decidir si las células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas son de origen endometrial o endocervical.

Adenocarcinoma endocervical in situ: Se observan grupos glandulares con atipia de alto grado, estratificación nuclear, presencia de mitosis. Los grupos celulares tienen apariencia de palizada con núcleos que parecen protruir en la periferia.

No hay diátesis tumoral.

Adenocarcinoma:

Endocervical: Características citológicas del adenocarcinoma endocervical in situ, además de grupos tridimensionales compactos con mayor irregularidad nuclear y pleomorfismo y signos de invasión (diátesis tumoral.)

Endometrial: Células en grupos o solitarias. El tamaño celular aumenta conforme aumenta el grado del tumor. Características citológicas indiscutibles de malignidad y diátesis tumoral.

Extrauterino: Cuando se observan células diagnósticas de adenocarcinoma pero no hay diátesis tumoral o la morfología es inusual para un tumor de origen uterino.

No especificado.

✓ **Seguimiento en caso de resultados anormales: (ver anexo 1)**

Existen algoritmos designados para el seguimiento de cada una de las lesiones descritas anteriormente. La descripción detallada de estos no es el objetivo de esta revisión, por lo que solamente se mencionan formas de seguimiento en general. Para más detalles referirse a Las Guías de Consenso de la Sociedad Americana para Colposcopia y Patología cervical (ASCCP) o las normas individuales de cada país.

2.2.3. ANORMALIDADES ESCAMOSAS

A. ASC-US

Tres opciones:

1. Tipificación para VPH.
2. Repetir la prueba en 4-6 meses.
3. Colposcopia.

En casos de atrofia se recomienda tratamiento con estrógeno vaginal y repetir la prueba después de terminar la terapia.

B. ASC-H

Colposcopia. Si hay lesión visible toma de biopsia sino se debe revisar la citología. Si no hay cambio de diagnóstico se debe repetir PAP en 6-12 meses o tipificación para VPH en 12 meses.

C. L-LIE

Colposcopia, (biopsia y endocervicalcuretaje en dependencia del caso y los hallazgos colposcópicos.)

D. H-LIE/ Carcinoma

Colposcopia/ biopsia para confirmación.

2.2.4. ANORMALIDADES GLANDULARES

1. Glandulares atípicas (cualquier clase)

Colposcopia/ Biopsia, curetajeendocervical o biopsia de endometrio según tipo y edad.

2. Adenocarcinoma endocervical in situ/ Adenocarcinoma

Colposcopia.

2.3. PATOLOGÍAS DEL CÉRVIX

2.3.1. PATOLOGÍA CITOLÓGICA DEL CÉRVIX

Las células del cérvix son muy activas en la vida reproductiva, por lo que la actividad constante promueve el crecimiento anormal de las células, cuando se conjugan factores de riesgo para el desarrollo de patología cervical. Esto se ha establecido como causa de la displasia cervical que evoluciona al cáncer cérvico-uterino, cuando se asocia al virus de papiloma humano.

“Las neoplasias del cérvix constituyen 21.4% del total de neoplasias malignas y 85% de las ginecológicas. La prevención del CaCu se puede realizar por medio de la detección oportuna, orientada a evitar o disminuir factores de riesgo, por lo que utilizar preservativo, posponer el inicio de la vida sexual y limitar el número de parejas, son medidas que debe conocer la población general”(7). Se debe tener presente que el número de gestas y la edad de inicio de la vida sexual, son factores de riesgo asociados a los factores de riesgo ya establecidos para lesión cervical.

La detección precoz de este cáncer es una medida costo-efectiva, importante para salvar muchas vidas. Por lo tanto, los programas deben cimentarse en una comprensión clara de la historia natural del CaCu.

“Así, los tumores genitales femeninos constituyen aproximadamente una cuarta parte de todos los tipos de cáncer que padecen las mujeres. El CaCu representa 15% de todas las variantes de cáncer diagnosticadas en mujeres; y ocupa el segundo lugar dentro de las muertes por cáncer y es responsable aproximadamente de 35% de todos los que se presentan en el sexo femenino, particularmente en el grupo de 20 a 45 años de edad” (13). Por lo tanto, el CaCu es uno de los principales problemas de Salud Pública en El Ecuador, esto lo convierte en una de las enfermedades neoplásicas más frecuentes.

Tabla 1

Factores de riesgo reportados que influyen en el desarrollo de cáncer cervicouterino

Herencia genética familiar.

Edad cronológica de la paciente.

Tabaquismo y número de cigarrillos al día.

Ambiente laboral y del hogar.

Multiparidad.

Infección cervical por virus del papiloma humano.

Vida sexual con múltiples parejas.

Inicio de vida sexual antes de los 18 años.

Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E en la dieta.

Uso de anticonceptivos orales por más de cinco años.

Infecciones de transmisión sexual (Clamydiatrachomatis).

Analfabetismo o baja escolaridad.

Mujeres de 25 a 64 años que nunca se hayan practicado citología cervical.

Tabla 2

| Signos y síntomas de sospecha para cáncer cervicouterino |
|---|
| Sangrado vaginal |
| Después del acto sexual |
| Entre periodos de menstruación |
| Después de la menopausia |
| Flujo vaginal líquido con sangrado |
| Pudiera ser excesivo |
| Olor desagradable |
| Dolor |
| Área de la pelvis |
| Durante el acto sexual |
| Lesiones cervicales |
| Apariencia benigna |
| Resistentes al tratamiento (cauterizaciones, antibióticos). |
| Zonas de leucoplasia |
| Tumoraciones |

Esto demuestra que las tasas de mortalidad por cáncer tienen una marcada tendencia creciente en las últimas décadas, ya que el estilo de vida actual tiene muchos factores de riesgo que influyen en su aparición (Tabla 1). A pesar de que las actividades de prevención y control del cáncer cervical se iniciaron en 1975, en nuestro país las tasas de mortalidad por esta neoplasia persisten, ya que un análisis de la mortalidad en México demostró que ese aumento se ha dado principalmente en los grupos de mujeres de mayor edad.

Es difícil detectar el CaCu en las primeras etapas de desarrollo. Sin embargo, conforme avanza la lesión, se pueden observar algunos signos y síntomas que, aunque son poco específicos, pueden ayudarnos a sospechar en este padecimiento (Tabla 2).

2.3.2. ESTUDIO DEL FROTIS DE CÉLULAS CERVICALES

El Papanicolau (Pap) es un análisis que se usa para detectar el cáncer cervical y que se hace durante un examen pélvico.

“El PAP tiene una alta sensibilidad (75%) y especificidad (95%). Con una tasa de resultados falsos negativos, señalados en la literatura mundial que varía de 5 a 50%, pero al repetir el estudio, esta tasa disminuye de 1 a 2%” (7). Por lo anterior, se debe practicar el PAP

de acuerdo a varias recomendaciones (Tabla 3). Es importante tener en cuenta la historia natural de cáncer cervical para decidir cuándo iniciar las pruebas de detección, la frecuencia con que éstas deben efectuarse y cuándo recomendar un tratamiento y/o seguimiento.

Tabla 3

Recomendaciones para realizar el Papanicolaou (Pap), en mujeres con vida sexual activa

Mujeres con dos Pap anuales consecutivos negativos.

Mujeres que tengan el VPH, displasias o cáncer

Seguimiento en clínica de displasias.

Al egreso reiniciar la toma de Pap anual.

Mujeres con procesos inflamatorios inespecíficos o hallazgos

Imagen del virus del herpes, tricomonas, bacterias, hongos, otras alteraciones.

Recibir tratamiento médico y continuar con Pap

Continuar hasta que presenten dos resultados consecutivos negativos.

El PAP consiste en obtener células del cuello del útero con una espátula o un cepillo muy pequeño llamado “cytobrush”. Para luego fijarlas y colorearlas sobre un portaobjetos en el laboratorio y ser estudiadas por un citólogo. El PAP es un buen análisis ya estandarizado, pero puede que en algunas ocasiones no encuentre la displasia. Por lo que es conveniente que la calidad del PAP tradicional sea mejorada en su sensibilidad y especificidad, lo que actualmente ha hecho que existan estudios de investigación en varios centros de estudio, con tendencia a solucionar estas inconsistencias. A pesar de esto, se ha establecido que las mujeres que previamente hayan tenido al menos un frotis cervical negativo presentan bajas tasas de cáncer invasor por diez o más años.

2.3.3. CAMBIOS CITOLÓGICOS DEL CÉRVIX

“Se llama displasia cervical al desarrollo anormal de células en el cuello del útero. Las células del cuello del útero están muy activas durante los años en que las mujeres menstrúan” (17).

La actividad constante promueve el crecimiento anormal de las células cuando ciertas condiciones están presentes. La displasia no es cáncer.

Sin embargo, las células anormales pueden convertirse en cáncer si no se tratan. De acuerdo con los resultados obtenidos en diversos estudios epidemiológicos, el factor asociado en forma más consistente con el CaCu, es la infección por el virus de papiloma humano (VPH) transmitido por el hombre. La presencia del virus entre los hombres es dos o tres veces mayor comparado con las mujeres, por lo tanto, de cada cinco varones, según sus conductas sexuales, dos o tres están infectados. “Al inicio de las relaciones sexuales, se dice que 20% de las mujeres contraen este padecimiento, pero la mayor incidencia se presenta entre quienes tienen de 35 a 40 años de edad. El VPH (tipos 16,18, 31,33 y 35) puede causar un crecimiento verrugoso en la piel, los pies, los genitales o el ano” (13). El VPH en general es sintomático y fácilmente transmisible.

En algunas personas, el virus puede permanecer activo durante años y existir en casi toda el área ano-genital. (9,10) Los expertos en esto piensan que la evolución de la infección por el VPH es un proceso gradual y con imposibilidad de calcular el tiempo en meses o años de duración, desde la fecha del contagio de la infección hasta la displasia, y posteriormente que ésta avance, para que se desarrolle finalmente un cáncer invasor; ya que algunas veces la evolución es muy rápida (pocos meses) y se saltan algunas etapas, en otras ocasiones pasan varios años sin que nunca progrese a cáncer. Sin embargo, la persistencia del virus tipo 16, por más de cuatro años, se asocia con gran frecuencia al desarrollo de lesiones de alto grado y por lo tanto a un cáncer de cérvix.

Existen dos sistemas formales para la clasificación citológica de las condiciones precursoras de cáncer cervical. El primero, “de acuerdo con el sistema de neoplasia cervical intraepitelial (NIC), clasifica a la displasia cervical leve como NIC I; a la displasia moderada como NIC II; y a la displasia severa (incluyendo el carcinoma in situ [CIS] como NIC III)” (13).

El otro sistema es el conocido como “clasificación de Bethesda, que incluye las células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS, *atypical squamous cells of undetermined significance*); las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL, *low grade squamous intraepithelial lesions*), que incluyen al NIC I; y las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL, *high-grade squamous intraepithelial lesions*) que incluyen al NIC II y NIC III” (12), lo cual se especifica de acuerdo con el reporte citológico (Tabla 4).

Tabla 4

Secuencia del reporte citológico del Papanicolaou

- Negativo a cáncer.
 - Negativo con proceso inflamatorio.
 - Cáncer in situ.
 - Cáncer microinvasor e invasor.
 - Adenocarcinoma.
 - Maligno no especificado.
 - Hallazgos adicionales:
 - a) Imagen del virus del papiloma humano.
 - b) Imagen del virus del herpes.
 - c) Tricomonas.
 - d) Bacterias.
 - e) Hongos.
 - f) Otras alteraciones.
-

2.3.4. PATOLOGÍA ASOCIADA AL CÉRVIX

Dentro de las principales enfermedades del cuello uterino, la eritroplasia o erosión cervical en la mayoría de las ocasiones son asintomáticas.

La ectopía del cuello uterino se origina por prolapso de la mucosa endocervical, producido por estímulo hormonal. La mayoría de los desgarros del cuello uterino son asintomáticos, aunque en alguna ocasión pueden producir insuficiencia ístmica y comprometer la fertilidad. Los pólipos del cuello uterino constituyen, sin duda, la forma más frecuente del tumor benigno del cuello uterino, comprenden 3-10% de las mujeres que consultan en ginecología.

“La transformación maligna del pólipo es rara y se calcula que es inferior a 1%. Una característica importante de los pólipos cervicales, es la intensa vascularización del estroma. Es relativamente frecuente la existencia de un pólipo asociado a un proceso responsable de la hemorragia del aparato genital (carcinoma genital, mioma, hiperplasia endometrial, entre otros)” (7).

“La patología benigna del cuerpo uterino más común, son los miomas y la hiperplasia endometrial. El síntoma más frecuente del mioma es el trastorno de la menstruación, que cuando se trata de un mioma submucoso, con frecuencia se presenta en forma de metrorragia.

La necrosis del mioma se produce habitualmente por una irrigación sanguínea deficiente, debido al crecimiento acelerado del mioma. Todo crecimiento rápido del mioma, particularmente en la edad posmenopáusica, sugiere la posibilidad de su transformación maligna. La incidencia del mioma es relativamente elevada y se calcula que en la clínica ginecológica, alcanza entre 2.5 y 5%” (7).

2.4. PATOLOGÍA ESPECIAL DEL CUELLO UTERINO

2.4.1. DATOS ANATÓMICOS E HISTOLÓGICOS

Las dos partes anatómicas están delimitadas por el orificio cervical externo: el exocérvis anatómico o porción vaginal del cuello y el endocérvis anatómico o canal cervical.

La mucosa del exocérvis consta de un estroma fibromuscular de superficie lisa y de un revestimiento de epitelio pavimentoso estratificado no cornificado. Éste posee un estrato basal, de células con núcleos alargados, perpendiculares a la membrana basal y escaso citoplasma; un estrato parabasal, de células poligonales y mayor cantidad de citoplasma; un estrato intermedio, con células de núcleos ovalados y abundante citoplasma y un estrato superficial, de células dispuestas horizontalmente y núcleos pequeños, hipercromáticos. Esta variación de los caracteres celulares al ascender hacia la superficie, corresponde a una maduración celular.

La mucosa del endocérvis tiene un estroma conjuntivo revestido por epitelio cilíndrico simple, mucoide. La superficie es muy irregular, con pliegues y repliegues que en un corte histológico aparecen como glándulas.

No siempre hay estricta correspondencia entre las partes anatómicas y la estructura histológica.

2.4.2. ECTROPIÓN Y ENTROPIÓN

Es la eversión de la mucosa endocervical hacia el exocérvis anatómico. Macroscópicamente se ve como una zona circular rojiza por fuera del orificio externo que parece una erosión debido a la transparencia del epitelio cilíndrico y la hiperemia por leve inflamación. El ectropión es muy frecuente en la mujer en edad fértil y en embarazadas a causa de un aumento de volumen del cuello y de la acción de estrógenos.

Entropión: después de la menopausia, por ortoatrofia, el cuello disminuye de volumen, la mucosa endocervical vuelve al canal e incluso más adentro del orificio externo, por el que se introduce mucosa exocervical.

2.4.3. METAPLASIA PAVIMENTOSA DEL EPITELIO ENDOCERVICAL

En el ectropión, el epitelio cilíndrico es reemplazado por epitelio pavimentoso (metaplasia), lo que se realiza en varias fases: aparición en el microscopio de luz, de células subcilíndricas (basales o de reserva), hiperplasia de células subcilíndricas, metaplasia inmadura y metaplasia madura. Las células basales son pequeñas, isomorfas, de escaso citoplasma y núcleos redondeados: su origen no está aclarado.

En la metaplasia inmadura hay mayor estratificación epitelial y las células de los estratos superiores tienen más citoplasma que las células basales; no se reconocen aún todos los estratos del epitelio escamoso maduro. En la metaplasia madura el epitelio es similar al del exocérnix histológico. El proceso de metaplasia puede ocurrir en la superficie y en los pliegues o predominantemente en la superficie con oclusión de los repliegues y formación de quistes mucinosos (huevos de Naboth).

El reemplazo del epitelio cilíndrico endocervical por epitelio pavimentoso estratificado (metaplasia escamosa) puede ocurrir por otro mecanismo: la epidermización ascendente. En este caso, una erosión o úlcera en la zona de unión del endocérnix y exocérnix histológico se reepiteliza directamente con epitelio escamoso estratificado, desde el exocérnix, en forma ascendente.

La mucosa de transición (zona de transición o de transformación), situada entre la mucosa exocervical y la endocervical, es una mucosa con arquitectura de mucosa endocervical (pliegues y repliegues), pero revestida por un epitelio en cualquiera de las fases de metaplasia pavimentosa. La mucosa de transición en la mujer postmenopáusica generalmente se encuentra en el canal cervical.

2.4.4. HIPERPLASIA

2.4.4.1. Pólipo Endocervical

Es una hiperplasia focal de la mucosa. El pólipo es generalmente pediculado, con mayor frecuencia se halla en el canal. Generalmente tiene un eje conjuntivo vascularizado e inflamado. Es frecuente.

2.4.4.2. Hiperplasia Microglandular

Es una proliferación circunscrita del epitelio cilíndrico con formación de estructuras tubulares pequeñas. Se presenta como pólipo sésil en mujeres que toman anticonceptivos orales.

2.4.4.3. CARCINOMA

“El carcinoma cérvico uterino ocupa el 4º lugar en tasas de mortalidad por cáncer (después del cáncer vesicular, pulmonar y mamario). Es la causa más frecuente de mortalidad por cáncer en mujeres entre 35 y 54 años. Es el cáncer ginecológico más frecuente. En países desarrollados, es el cáncer del endometrio” (2).

El carcinoma del cuello uterino nace en la zona de transformación.

2.4.4.3.1. Carcinomavimentoso (75%).

Se distinguen los siguientes grados:

- **Moderadamente diferenciado.** Es la variedad más frecuente. Se lo clasifica también como carcinoma sólido de células grandes sin diferenciación córnea. Parénquima tumoral de células con abundante citoplasma, moderado pleomorfismo celular, 2-4 mitosis por campo y escasa queratinización, limitada a células aisladas.
- **Bien diferenciado.** También es de células grandes, pero con evidente diferenciación córnea. Las células tumorales presentan menor pleomorfismo, se encuentran menos de 2 mitosis por campo. Abundantes perlas córneas (con disposición celular en tela de cebolla).
- **Poco diferenciado.** Es de células pequeñas, sin diferenciación córnea. Las células son de escaso citoplasma, generalmente se encuentran más de 4 mitosis por campo. Tendría un comportamiento más agresivo.

2.4.4.3.2. Adenocarcinoma y carcinoma adenoescamoso

Ha habido un aumento absoluto del adenocarcinoma del cuello uterino que, según algunos autores, sobrepasa el 30% de los carcinomas cérvicouterinos. Ha disminuido el promedio de edad de las mujeres con este tipo de carcinoma: hoy, menos de 50 años. Hay estrecha asociación con virus papiloma, en particular, con el tipo 18. Se han descrito lesiones intraglandulares atípicas como precursoras de este adenocarcinoma. El pólipo y la hiperplasia

microglandular aparentemente carecen de potencial maligno, a menos que tengan atipias celulares.

El carcinoma adenoescamoso (adenocarcinoma con componente sólido escamoso) es poco frecuente en el cuello uterino.

2.4.5. Macroscopía

El carcinoma cérvicouterino puede presentarse con las siguientes formas macroscópicas:

- **Solevado** (exofítico). Se proyecta como una masa poliposa al exocérvix. Es poco frecuente.
- **Ulcerado**. Es más frecuente. La lesión es deprimida, rojiza, mal delimitada, se halla en la zona de transformación.
- **Infiltrante** (endofítico). La lesión infiltra el estroma cervical, generalmente hacia el canal. El exocérvix anatómico puede verse normal, pero el cuello está abombado y aumentado de consistencia. La lesión puede comprometer toda la circunferencia cervical, el labio anterior y el posterior (en barrilete).

2.4.6. Diseminación

- **Local**. Es la más frecuente. Se produce hacia abajo (vagina) y arriba (útero), generalmente por la pared profunda, no por la mucosa; hacia adelante (vejiga y ureteres), hacia atrás (recto), hacia los lados (en los parametrios).
- **Metástasis linfáticas**. A los ganglios pelvianos, ilíacos internos y externos, más raramente, en los sacros, parametriales, ilíacos comunes y paraaórticos.

2.4.7. Metástasis hematógenas. Poco frecuentes.

Factores de riesgo

1. Relaciones sexuales a temprana edad.
2. Compañeros sexuales múltiples.
3. Compañeros sexuales de alto riesgo (promiscuos, condilomas peneanos, relaciones sexuales con otra mujer con carcinoma cérvico uterino).

Factores anatomopatológicos pronósticos

1. Profundidad de la infiltración en la pared cervical: a mayor profundidad, más frecuentes las metástasis ganglionares.
2. Extensión a los parametrios (menor tiempo de supervivencia).
3. Grado de diferenciación. No es un factor claramente demostrado.
4. Permeaciones vasculares tumorales. Peor pronóstico.
5. Bordes del tumor: expansivos o infiltrativos.
6. Reacción inflamatoria peritumoral: a mayor reacción, mejor pronóstico.

Los más importantes son: si el tumor está confinado en el cuello o hay extensión a órganos vecinos o metástasis; si hay compromiso de bordes (vaginal, profundo pericervical) en las resecciones quirúrgicas.

2.4.8. Carcinoma microinvasor

Es un carcinoma que, a pesar de invadir el estroma de la mucosa, tiene una probabilidad casi nula de originar metástasis. Esto rige cuando:

- a) la invasión es de menos de 3 mm de profundidad,
- b) la extensión en superficie es menor de 7 mm y
- c) no hay permeaciones vasculares tumorales.

2.4.8.1. Lesiones precursoras del carcinoma del cuello uterino

Son lesiones puramente intraepiteliales, es decir, se encuentran por encima de la membrana basal que separa el epitelio escamoso del estroma. Se localizan en la zona de transformación, esto es, en la mucosa endocervical (pliegues glandulares), pero con metaplasia pavimentosa del epitelio de revestimiento. En este epitelio metaplástico se producen las lesiones.

“Histológicamente se caracterizan por: hiperplasia epitelial (que se manifiesta en aumento del número de capas del epitelio), anaplasia (desdiferenciación celular) y atipias celulares: el conjunto de estas alteraciones constituyen la displasia epitelial. Existen desorden celular (no se reconocen las capas propias del epitelio escamoso), aumento de la relación núcleo-citoplasma, anisocariosis (diferentes tamaños nucleares), hiper Cromasia nuclear y mitosis” (9).

Cuando estas alteraciones se encuentran predominantemente en el tercio basal del epitelio, son poco acentuadas y se produce maduración de las células, más allá del tercio inferior del epitelio: la lesión corresponde a una displasia leve. Cuando son más acentuadas y abarcan hasta los dos tercios basales del epitelio, se trata de una displasia moderada. Cuando son aun más acentuadas y comprometen más allá de los dos tercios inferiores del epitelio, la lesión corresponde a una displasia avanzada; y cuando compromete el 100% del espesor sin ningún signo de maduración de las células hacia los estratos superiores, se trata de un carcinoma in situ. Existe una segunda nomenclatura para estas lesiones precursoras, neoplasias intraepiteliales (NIE): a la displasia leve NIE I; a la moderada, NIE II; a la avanzada y al carcinoma in situ, NIE III.

Las lesiones precursoras del carcinoma invasor del cuello uterino se localizan en la zona de transición (debido a que es más frecuente en edad fértil, de 20/40 años). El promedio de edad para NIE I está entre 25/28 años; para NIE II y III en conjunto, entre 31 y 33 años. Para el carcinoma invasor está por sobre los 50 años. Las lesiones no se reconocen a ojo desnudo. Pueden comprometer tanto la superficie como tener extensión "glandular" que no constituye invasión. En estos casos, el contorno de los brotes epiteliales es redondeado, sin interrupción de la membrana basal. Son signos de invasión del estroma el contorno irregular de los brotes epiteliales y la reacción desmoplástica e inflamatoria.

“La terminología de neoplasia intraepitelial sugiere que se trata desde un comienzo de procesos neoplásicos y que progresan en un continuo desde el grado I al III y posteriormente, al carcinoma invasor. Sin embargo, es posible que se produzca la invasión a partir de lesiones menos avanzadas que el carcinoma in situ” (3).

2.4.8.2. Infección por virus papiloma (Human Papilloma Virus: HPV)

Se piensa que este virus es el factor etiológico principal del carcinoma cérvico uterino (también se lo ha asociado con el virus herpes y el cigarrillo). Con técnicas de detección de ácido desoxirribonucleico viral en tejidos se ha demostrado que el virus está presente en más del 95% de los carcinomas invasores del cuello uterino y de las lesiones precursoras.

La lesión morfológica típica producida por el virus es el condiloma acuminado (condiloma, etimológicamente: nodulillo). Son lesiones solevantadas, blanquecinas, como coliflor, ubicadas en los genitales externos y zona perineal.

“En la actualidad son frecuentes las lesiones por virus papiloma en el epitelio pavimentoso de la vagina y, especialmente, del cuello uterino, donde pueden pasar

inadvertidas cuando son pequeñas y sin forma de papilomas típicos. En el cuello uterino es más frecuente la lesión plana o la que compromete pliegues o "glándulas" (papiloma invertido). Aunque no sea solevantada y esferoidea se le sigue llamando condiloma del cuello uterino" (2).

La lesión por virus papiloma consiste en hiperplasia del epitelio con papilomatosis, acantosis, queratinización de células aisladas, células binucleadas y una forma característica de citolisis parcelar en las células intermedias: la coilocitosis (de koi'lo" (kóilos): hueco). Las células presentan citoplasma de aspecto vacío y núcleo retraído, oscuro, a menudo excéntrico, sin aumento de la relación núcleo-citoplasma; frecuentemente hay células binucleadas. En esta fase, el ADN viral flota en el núcleo constituyendo el episoma y hace que la actividad metabólica de la célula epitelial produzca gran cantidad de viriones (partículas virales completas), lo que se manifiesta histológicamente sobre todo por coilocitosis. Es la fase productiva de infección viral.

El ADN viral también puede integrarse al genoma de la célula epitelial: fase de virus integrado. En esta condición no se producen partículas virales, ni la citolisis parcelar; el ADN viral interactúa con oncogenes de la célula huésped, que estimulando genes que activan la proliferación celular e inhibiendo genes que suprimen la proliferación. Histológicamente se manifiesta como displasia epitelial. Al ir aumentando la intensidad de la displasia, se va haciendo menos frecuente el hallazgo de coilocitos.

“Existen más de 70 tipos de virus papiloma y 22 afectan el tracto genital. Se clasifican en tipos de baja oncogenicidad (no oncogénicos según algunos): 6, 11; de oncogenicidad intermedia: 31, 33, 35, 51, y de alta oncogenicidad: 16, 18” (13). Todos los tipos virales tienen primero una fase productiva de infección. Los tipos virales oncogénicos pasan de esta fase a la de integración viral. Así, se produciría una displasia que tiende a progresar. La displasia leve frecuentemente regresa, las de mayor intensidad rara vez lo hacen. Se reconocen así dos tipos de lesiones intraepiteliales: a) de bajo grado: condiloma y displasia leve (fase productiva de infección viral, virus episomal), producida por cualquier tipo viral, aunque frecuentemente por virus de baja oncogenicidad; con frecuencia hay regresión; b) de alto grado: displasia moderada, avanzada o carcinoma in situ (fase de integración viral, sin producción de partículas virales, virus oncogénicos), tendencia a la progresión.

DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE

PAP.- la prueba de PAP fue introducida en 1943 por el Dr. George Papanicolaou como un examen de detección temprana para el Cáncer Cervical. Es un análisis que se usa para detectar células cancerosas; el mismo que consiste en obtener células del cuello uterino; para luego fijarlas y coloréalas sobre un porta objetos en el laboratorio y ser estudiadas por un citólogo

Cáncer de cuello uterino.-

El Cáncer del Cuello Uterino es una enfermedad muy común en las mujeres; es conocida también como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino.

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

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

Incidencia: Es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un periodo determinado. Una proporción es el cociente de dos frecuencias absolutas en el que el numerador está incluido en el denominador. La incidencia acumulada proporciona una estimación de la probabilidad o el riesgo de que un individuo libre de una determinada enfermedad la desarrolle durante un período especificado de tiempo. Como cualquier proporción, suele venir dada en términos de porcentaje. No es una tasa porque el denominador no incluye unidad de tiempo, aunque es preciso indicar cuál ha sido el periodo en el que se han producido esos nuevos casos de enfermedad, es decir, el periodo de observación, para poder ser interpretada.

Informes Ginecológicos: Es un texto escrito en prosa científica, conteniendo argumentos ginecológicos, el objetivo de comunicar información dirigida, generalmente a personas o entidades capacitadas para tomar decisiones. En ellos se presentan hechos Obtenidos o verificados por el autor. Pueden contener la solución a un problema, los métodos y procedimientos mediante los cuales hemos obtenido los datos para hallar esa solución y las

recomendaciones que juzguemos hacer con respecto al problema que nos ocupa. El contenido de un informe también puede ser la respuesta a una consulta técnica.

Edad Fértil: Es la edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 50 años (según cada mujer). Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años. Después de esta edad las posibilidades de conseguir el embarazo disminuyen considerablemente.

Inflamaciones: Son las forma de manifestarse de muchas enfermedades. Se trata de una respuesta inespecífica frente a las agresiones del medio, y está generada por los agentes inflamatorios. La respuesta inflamatoria ocurre sólo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado. Se considera por tanto un mecanismo de inmunidad innata, estereotipado, en contraste con la reacción inmune adaptativa, específica para cada tipo de agente infeccioso.

Infecciones: Son las **acciones y efectos de infectar o infectarse**. Este concepto clínico se refiere a la **colonización de un organismo por parte de especies exteriores**. Dichas especies colonizadoras resultan perjudiciales para el funcionamiento normal del organismo huésped.

Diagnóstico: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).

Tratamiento: Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos, cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo.

Medicación: Es la acción de utilizar uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará en el Subcentro “29 de Noviembre”, se encuentra ubicada en el norte del cantón Santa Rosa, en el barrio “29 de Noviembre”, lugar estratégico y céntrico, de tal manera que pueda dar cobertura a barrios aledaños a la ubicación del mismo. El Subcentro brinda atención a personas provenientes de los barrios como Miguel Concha Álvarez, Puerto Pital, 15 de Octubre, Cdla. Santa Rosa, Cdla. Reina del Cisne, Cristo del Consuelo e incluso personas provenientes de poblaciones correspondientes de la carretera Vía a Machala, Recintos Estero Medina y Birón; además de las familias de los trabajadores de las haciendas bananeras y camaroneras de los alrededores en la zona antes mencionada.

La unidad operativa fue fundada en el año 1988 y desde entonces presta atención médica, odontológica, de enfermería y obstetricia, de tal manera que cuenta con áreas físicas designadas a contribuir con el orden y normal desarrollo de las actividades de salud elaboradas por los profesionales designados al subcentro.

El equipo de salud está comprendido por:

- 1 Médico general
- 1 Enfermera
- 1 Odontólogo
- 1 Obstetra

3.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Informes ginecológicos del año 2009.

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

- Recursos Humanos
 - ✓ Investigadora
 - ✓ Tutor
- Recursos Físicos
 - ✓ Computador Pentium IV

- ✓ Impresora Hp
- ✓ Encuesta
- ✓ Hojas de papel bond
- ✓ Cinta de Impresora
- ✓ Bolígrafos

3.1.4. UNIVERSO

La población objeto del estudio fueron 190 resultados de exámenes de Papanicolaou de pacientes que asistieron al Subcentro de Salud, “ 29 de Noviembre” durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2.009.

3.1.5. MUESTRA

Se trabajó con el 100% de universo, es decir, la muestra fue de 190 resultados de Papanicolaou de pacientes en edades comprendidas entre los 20 a 45 años, de Enero a Diciembre del 2009 que acudieron al Subcentro “29 de noviembre” a realizarse pruebas de Papanicolaou.

3.1.6. Selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres mayores de 20 y menores de 45 años que asistieron al Subcentro “29 de Noviembre”
- ✓ Mujeres que aceptan ser parte del estudio
- ✓ Mujeres cuya última atención médica es en el servicio de Gineco obstetricia
- ✓ Mujeres que se han realizado por lo menos un examen de Papanicolaou en su vida

Criterios de exclusión:

Se excluyen del estudio:

- ✓ Mujeres con trastornos psicológicos.
- ✓ Mujeres menores de 20 años y mayores de 45 años
- ✓ Mujeres que no precisan un examen de Papanicolaou.

3.2. MÉTODOS

3.2.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación fue Descriptivo-Correlacional. Para conocer la distribución y características de los problemas ginecológicos que afectan a las mujeres en edad fértil y saber cuándo hay un fenómeno endémico, la citología de cérvix ayuda con sus métodos y técnicas para conocer cómo las anormalidades afectan al sistema reproductor femenino.

Esta investigación permitió estudiar situaciones que ocurren en condiciones naturales, más no aquellas que se basan en situaciones experimentales.

3.2.2. Diseño de Investigación

El diseño de Investigación fue No experimental-Transversal.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 1: EDAD DE LAS MUJERES QUE SE REALIZARON CITOLOGÍA DE CÉRVIX Y QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTON SANTA ROSA, 2009.

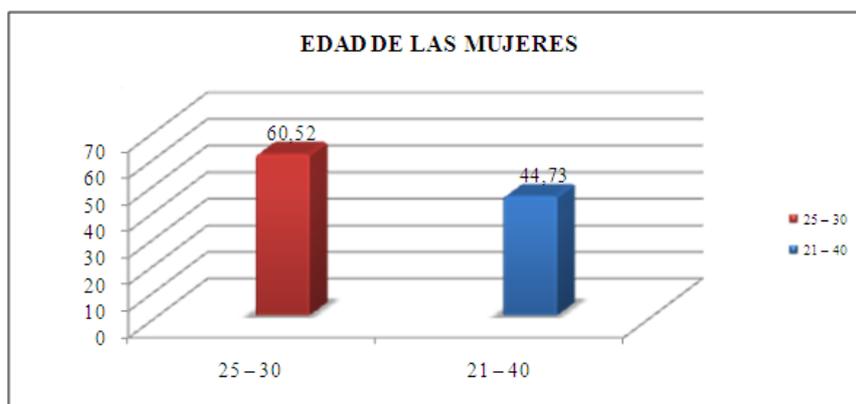
| GRUPOS DE EDAD | f | % |
|----------------|-----|-------|
| 20 – 35 | 115 | 60.52 |
| 36 – 45 | 85 | 44.73 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN : Del total de las historias clínicas que se revisaron sobre los exámenes de PAP, a la gran mayoría de ellas se las ubicó dentro del grupo de mujeres jóvenes en plena edad fértil y reproductiva, el 58.94% del total, están comprendidas entre las edades de 20 a 35 años, a pesar de que la Norma Ginecológica afirma que la mujer, a partir de los 35 años, debe obligatoriamente realizarse un PAP, este hecho es muy importante, considerando que, durante esta etapa de la vida de una mujer, es donde mayor incidencia de riesgo existe para el desarrollo de lesiones del cuello del útero.

GRÁFICO N°.1:



CUADRO N° 2: CIUDAD DE LA QUE PROCEDEN LAS MUJERES QUE ACUDENAL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

| PROCEDENCIA | f | % |
|--------------------|----------|----------|
| Santa Rosa | 185 | 97.36 |
| Machala | 3 | 1.57 |
| Pasaje | 1 | 0.52 |
| Perú | 1 | 0.52 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: La casi totalidad de las historias clínicas revisadas, el 97.36%, proceden de la ciudad de Santa Rosa, siendo muy pocas las pacientes que vienen a este centro de atención de la salud de lugares aledaños o rurales, se nota en el gran porcentaje de mujeres que acuden al centro médico y específicamente al área de obstetricia son las mujeres de las áreas urbanas y rurales del Cantón Santa Rosa, con un mínimo porcentaje de pacientes que acuden de otras ciudades.

GRÁFICO N°.2:



CUADRO N° 3: ANTECEDENTES DE GESTACIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

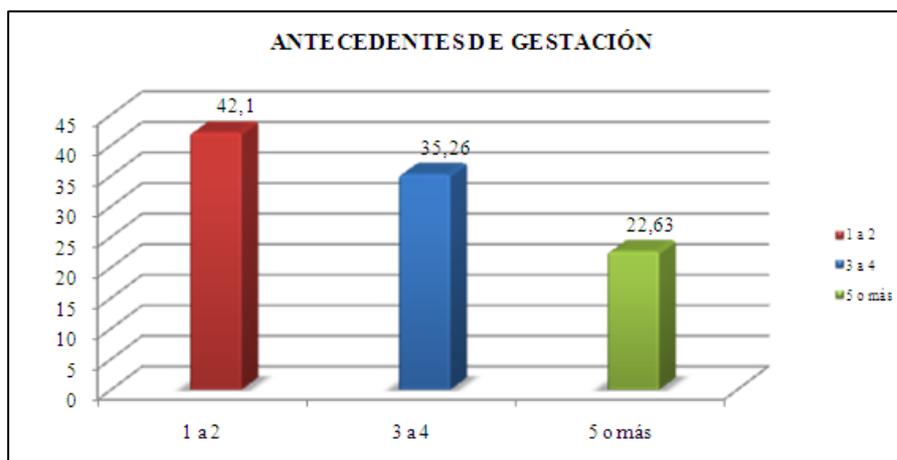
| GESTACIONES | f | % |
|--------------|-----|-------|
| 1 a 2 | 80 | 42.10 |
| 3 a 4 | 67 | 35.26 |
| 5 o más | 43 | 22.63 |
| TOTAL | 190 | 100% |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De las historias clínicas revisadas, de 190 pacientes, el número de gestas se pudo determinar en igual número. El 42.10% del total de estas refirieron haber tenido de 1 a 2 gestaciones, mientras que el 35.26% habían tenido de 3 – 4 embarazos, y tan solo el 22.63% de las historias clínicas mostraron que las pacientes han tenido de 5 embarazos o más. Estos resultados dejan en claro que en la investigación, la gran cantidad de pacientes, son multigestas y múltiparas, lo cual las convierte en población de riesgo para el desarrollo de lesiones del cuello uterino.

GRÁFICO N° 3:



CUADRO N°4: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

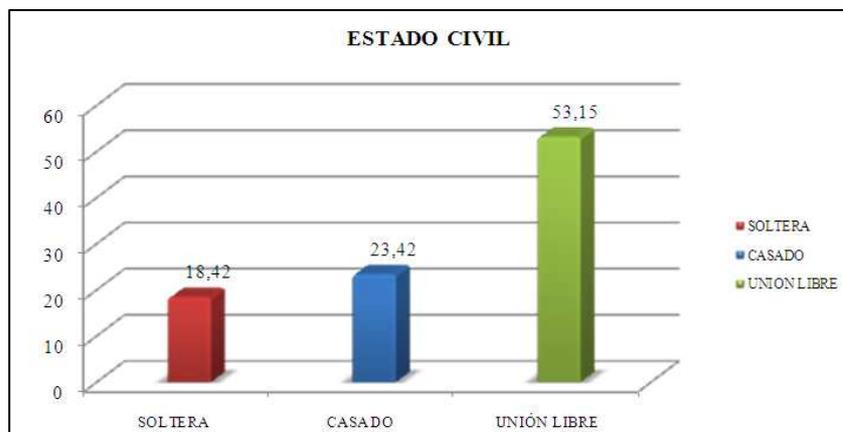
| ESTADO CIVIL | f | % |
|--------------|-----|-------|
| Soltera | 35 | 18.42 |
| Casado | 54 | 23.42 |
| Unión libre | 101 | 53.15 |
| Viuda | | |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: La mayoría de historias clínicas revisadas dejan saber que, de las pacientes que mantienen una vida sexual y reproductiva activa, el 53.15% tiene estado de Unión libre, el 23.42% están casadas y el 18.42% están solteras. La importancia de estos datos es sumamente relevante, pues a pesar del estado civil en el que se encuentre la mujer, su actividad sexual la convierte en mujer con alto riesgo de padecer algún tipo de lesión o anomalía en el cuello uterino, por lo que es muy aconsejable exámenes periódicos y PAP, para descartar cualquier posibilidad de cáncer.

GRÁFICO N°.4:



CUADRO N° 5: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

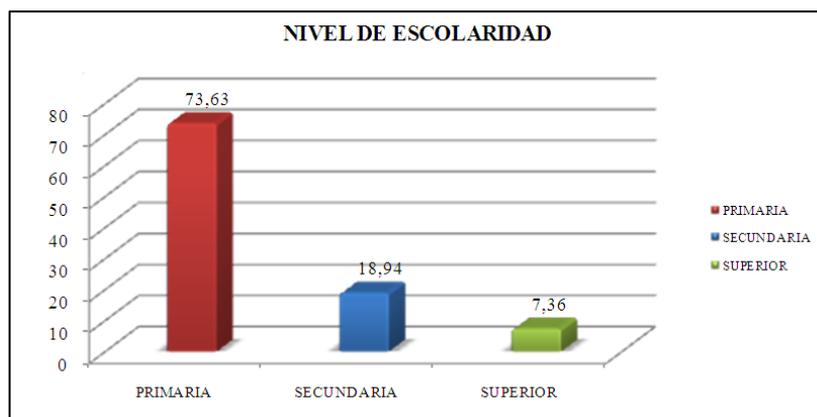
| ESCOLARIDAD | f | % |
|--------------------|----------|----------|
| Primaria | 140 | 73.63 |
| Secundaria | 36 | 18.94 |
| Superior | 14 | 7.36 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: El bajo índice de preparación académica que presentan las historias clínicas revisadas, ya que tan sólo el 7.36% de ellas poseen Educación Superior, y el 73.63% han cumplido con su educación primaria, se puede deducir que el poco acceso a la información sobre métodos de diagnóstico y prevención de cáncer de cérvix es la principal causa para la presencia de lesiones o anomalías en mujeres de edad fértil y reproductiva.

GRÁFICO N°.5:



CUADRO N°6: PRESENCIA DE ITS EN RESULTADOS DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

| PRESENCIA DE ITS | f | % |
|------------------|-----|-------|
| Sí | 92 | 48.42 |
| No | 98 | 51.57 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De las 190 historias clínicas revisadas, el 51.57% de la totalidad no presentaron ningún tipo de ITS, el 48.42% sí las tuvieron. Del total de 92 mujeres positivas, el 40% de ellas han presentado algún tipo de vaginosis bacteriana, el 8.69% Atipia Escamosa, quedando tan sólo 2.17% que han presentado infección por el VPH. Se puede hacer mención también de otros microorganismos que causan infecciones vaginales como candidas, trichomonas, en un 6.52%.

GRÁFICO N°.6:



CUADRO N° 7: BARRIOS DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

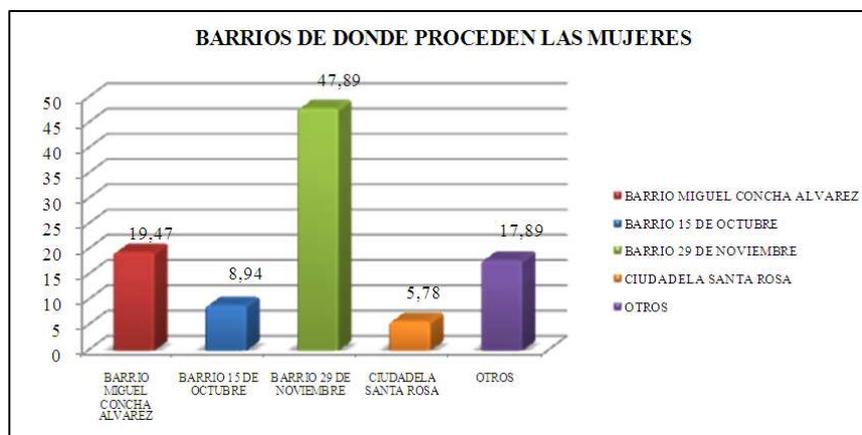
| BARRIO | f | % |
|-----------------------|------------|-------------|
| Miguel Concha Álvarez | 37 | 19.47 |
| 15 de Octubre | 17 | 8.94 |
| 29 De Noviembre | 91 | 47.89 |
| Ciudadela Santa Rosa | 11 | 5.78 |
| Otros | 34 | 17.89 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Con respecto a la comunidad de mujeres en edad fértil y reproductiva del entorno al Subcentro de salud, la que en su gran mayoría hace uso de los servicios de salud que presta la unidad ginecológica de este Centro, vive en el Barrio “29 de Noviembre”, pues el 47.89% de los resultados revisados así lo han hecho saber, mientras que el 19.47% acuden desde el barrio Miguel Concha Álvarez, y el 17.89% provienen de otros lugares aledaños.

GRÁFICO N°7:



CUADRO N° 8: ZONA DE LA QUE ACUDEN LAS MUJERES AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

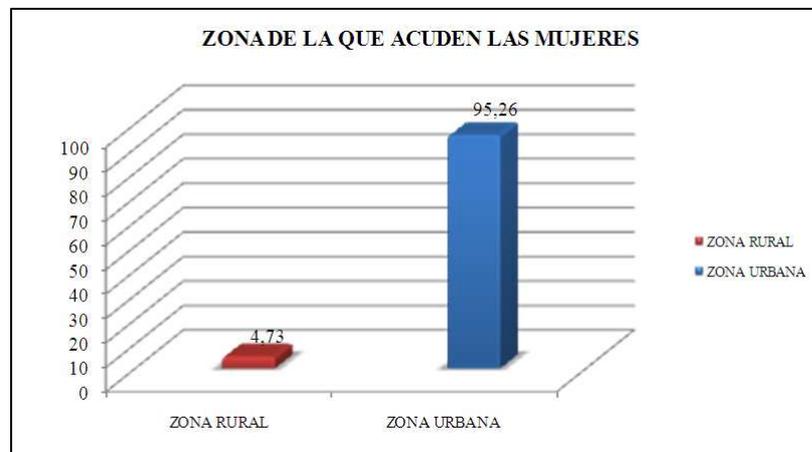
| ZONA | f | % |
|--------------|-----|-------|
| Zona rural | 9 | 4.73 |
| Zona urbana | 181 | 95.26 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: El 95.26% de las pacientes mujeres que acuden a consulta externa de este Subcentro de salud son provenientes de la zona urbana y tan solo el 4.73% acuden desde la zona rural, entendiéndose que la prestación de los servicios del área de salud de esta casa asistencial está beneficiando a gran cantidad de mujeres que se encuentran en edad sexual activa y reproductiva.

GRÁFICO N°.8:



CUADRO N° 9: DIAGNÓSTICOS INDICADORES DE PRESENCIA DE LESIONES EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTON SANTA ROSA, 2009.

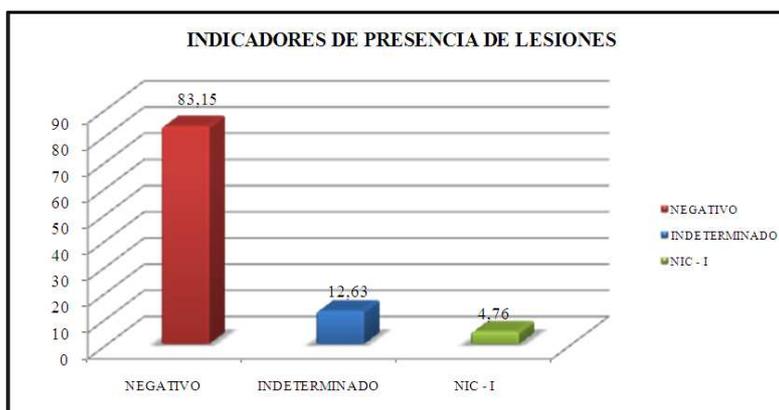
| DIAGNÓSTICO | f | % |
|--|----------|----------|
| NEGATIVO | 158 | 83.15 |
| INDETERMINADO | 24 | 12.63 |
| NIC – I (Neoplasia Intracervical) | 8 | 4.76 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: El diagnóstico que mayor frecuencia se cuantificó, es el de negativo para cáncer 83.15%, con presencia mayoritaria de una inflamación o inflamación más infección asociada que fue la de vaginosis bacteriana y otros gérmenes, con un porcentaje inferior en los resultados de PAP, se reportó tan solo el 4.76%, de lesiones superficiales o moderadas en el cuello uterino. La sospecha de cáncer, en consecuencia, tuvo muy baja prevalencia y se pudo determinar nuevamente que los grupos etáreos más jóvenes fueron los más afectados.

GRÁFICO N°9:



CUADRO N°10: CORRELACIÓN EDAD DE LAS PACIENTES Y RESULTADOS DE PAP EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 20 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN SANTA ROSA, 2009

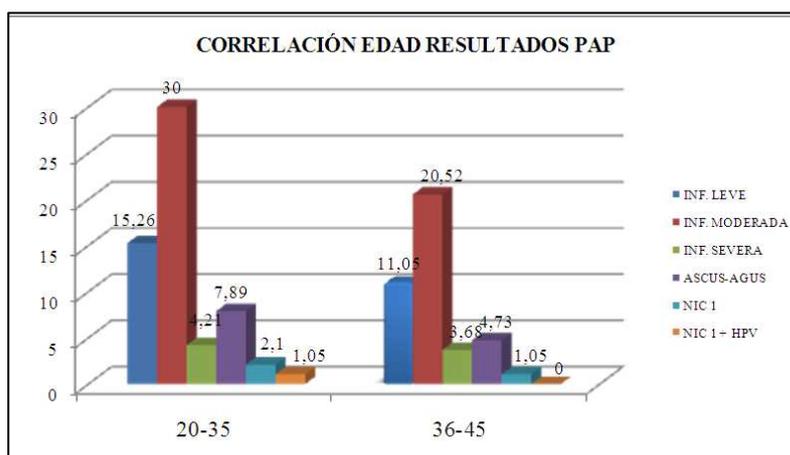
| GRUPOS DE EDAD | NEGATIVO | | | | | | | INDETERMIN | | | NIC 1 | | | TOTAL | |
|----------------|--------------|-------|------------------|-------|----------------|------|-------|------------|-------|-------|-------|------|-------------|-------|---|
| | INFLAM. LEVE | | INFLAM. MODERADA | | INFLAM. SEVERA | | TOTAL | ASCUS-AGUS | | TOTAL | NIC 1 | | NIC 1 + HPV | | |
| 20 – 35 | 29 | 15.26 | 54 | 30.00 | 8 | 4.21 | 94 | 15 | 7.89 | 15 | 4 | 2.10 | 2 | 1.05 | 6 |
| 36 – 45 | 21 | 11.05 | 39 | 20.52 | 7 | 3.68 | 67 | 9 | 4.73 | 9 | 2 | 1.05 | 0 | 0.00 | 2 |
| TOTAL | 50 | 26.31 | 93 | 48.94 | 15 | 7.89 | 161 | 24 | 12.63 | 24 | 6 | 3.15 | 2 | 1.05 | 8 |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: El comportamiento por grupo de edad es similar, ya que la curva tiene la misma forma, aunque en el grupo poblacional tiene menor porcentaje. Se observa que en el grupo de mujeres de 20 a 35 años de edad se ha presentado un mayor porcentaje (30%) las inflamaciones moderadas, siguiéndole las inflamaciones leves con el 15.26%, mientras que la presencia de lesiones cervicales están en el 2.10% en NIC 1, el NIC 1 + HPV 1.05%. En el grupo poblacional de mujeres de 36 a 45 años de edad tienen un similar comportamiento pero en menor proporción que el anterior.

GRÁFICO N°.10:



CUADRO N° 11: TRATAMIENTO GINECOLÓGICO REALIZADO A LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

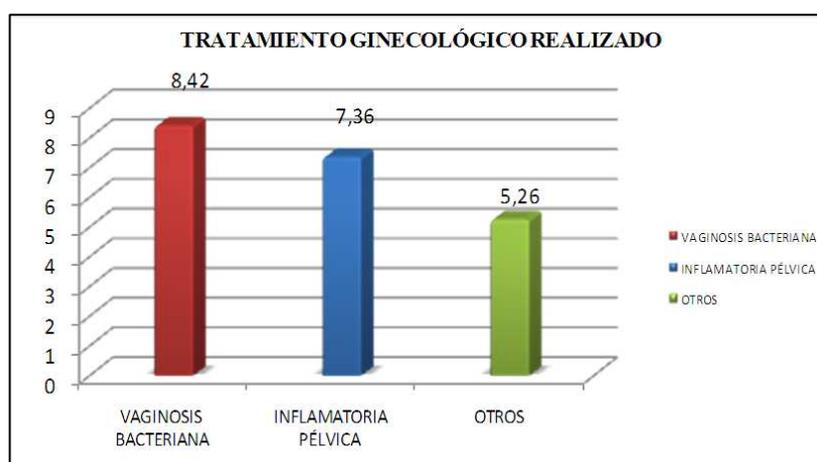
| TRATAMIENTO GINECOLÓGICO | f | % |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Vaginosis bacteriana | 16 | 40.00 |
| Inflamatoria pélvica | 14 | 35.00 |
| Otros | 10 | 25.00 |
| TOTAL | 40 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: El tratamiento de las diferentes anomalías que se han encontrado ha sido de carácter farmacéutico y medicinal, pues se han tratado solo infecciones inflamatorias y bacterianas que no han requerido tratamientos de mayor complejidad.

GRÁFICO N°.11:



CUADRO N° 12: DIAGNÓSTICOS OBTENIDOS SEGÚN RESULTADOS DE PAP, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 20 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN SANTA ROSA, 2009

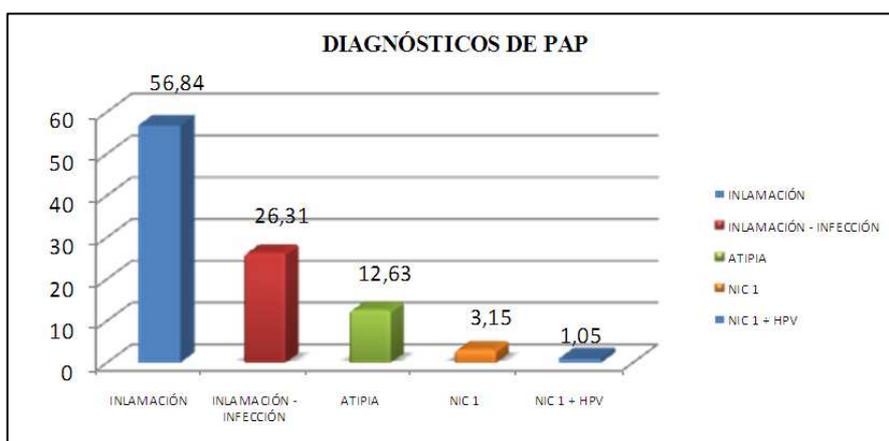
| RESULTADOS | CATEGORÍAS | | TOTAL |
|---|-------------|---------------------------|-------|
| | INFLAMACIÓN | INFLAMACIÓN- INFECCIÓN | |
| NEGATIVO | f | 108 | 158 |
| | % | 56.84 | 83.15 |
| INDETERMINADO | ASCUS-AGUS | | |
| | f | 24 | 24 |
| | % | 12.63 | 12.63 |
| NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 1 | NIC 1 | | |
| | f | 6 | 8 |
| | % | 3.15 | 4.21 |
| | NIC 1 + HPV | | |
| | | 2 | |
| | | 1.05 | |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Se puede evidenciar que este grupo poblacional de mujeres en edad fértil existe el 83.15% con inflamaciones, ya sea simple o acompañadas de infección, mientras que el 4.2% tienen algún grado de Neoplasia Grado 1, ya sea NIC 1, solo o acompañado con el papiloma virus humano.

GRÁFICO N°.12:



CUADRO N° 13: NÚMERO DE VECES QUE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009. SE REALIZA EL PAPANICOLAOU EN EL AÑO

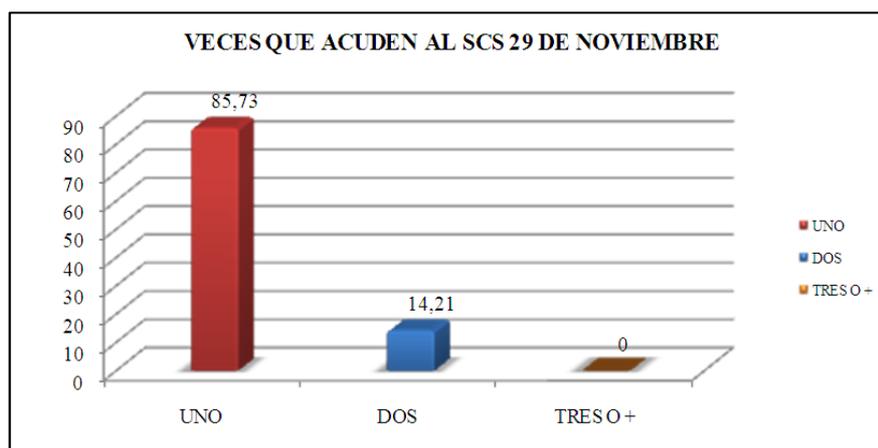
| # DE VECES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO | f | % |
|------------------------------------|-----|-------|
| Uno | 163 | 85.73 |
| Dos | 27 | 14.21 |
| Tres o más | 0 | --- |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Del total de historias clínicas revisadas, el 85.73% se realizan el PAP, por lo menos una vez al año; mientras que el 14.21% restante, lo hacen dos veces por año. Este indicador hace conocer que las pacientes que acuden a la consulta ginecológica del Subcentro de salud del barrio 29 de noviembre, están conscientes de su etapa reproductiva y posibilidades de contraer serios problemas como el cáncer de cérvix.

GRÁFICO N°.13:



CUADRO N° 14: ENTREGA DE RESULTADOS DEL PAP EN TIEMPO ADECUADO A MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD 29 DE NOVIEMBRE EN EL CANTÓN SANTA ROSA, 2009.

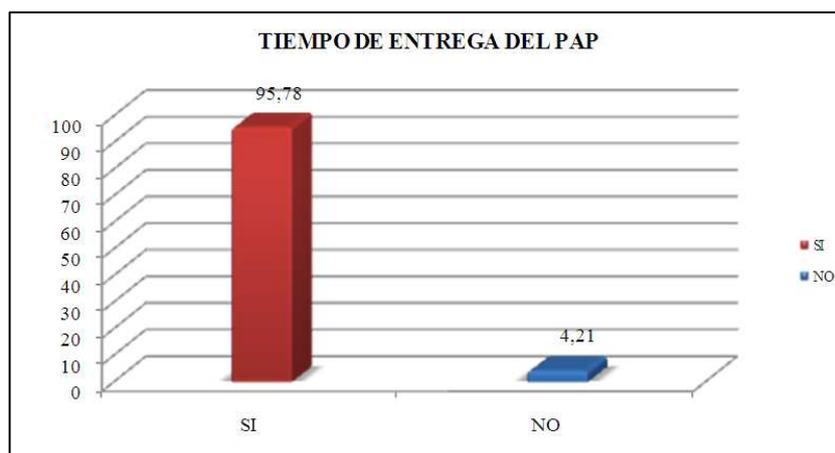
| ENTREGA DE RESULTADOS | f | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Sí | 182 | 95.78 |
| No | 8 | 4.21 |
| TOTAL | 190 | 100% |

AUTOR: Obst. Mirella Torres

FUENTE: Historias Clínicas Sub Centro de salud Barrio 29 de Noviembre.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: En este aspecto hay poco que anotar, el 95.78% de las pacientes dijeron que se les hace entrega de sus resultados a tiempo, mientras que el 4.21% dijeron que no.

GRÁFICO N°.14:



4.1. PROPUESTA

4.1.1. PROTOCOLO PARA EDUCAR SOBRE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

4.1.1.1. ANTECEDENTES

Como parte de la práctica médica integral que el obstetra brinda a la mujer en cada una de las etapas de su ciclo, la Ginecología en la Atención Primaria de Salud ha permitido desarrollar aspectos médicos de tipo epidemiológico y preventivo relacionados con la salud ginecológica, conjuntamente con la presencia tutorial e interactiva del especialista de ginecología del Grupo Básico de Trabajo.

La especialidad se implementa en la Atención Primaria de Salud con un enfoque integral, en el que relacionan sus actividades con la calidad de vida de la mujer, su pareja y familia. En este sentido se tienen en cuenta los factores psicológicos y sociales y el enfoque de género, además de la sostenibilidad del medio ambiente, que pueden influir sobre su salud general y, en especial, sobre la salud sexual y reproductiva.

Entre las enfermedades más frecuentes se encuentran: leucorreas, dolor pélvico, infecciones e inflamaciones del tracto genitourinario, trastornos menstruales, hemorragias, afecciones ginecológicas durante las dos edades extremas de la vida reproductiva, como son la ginecología infanto-juvenil y el climaterio y la menopausia, entre otras.

Dentro de este ámbito el SCS del Barrio 29 de Noviembre del cantón Santa Rosa, en su calidad de centro hospitalario que presta atención médica y de salud a las mujeres del cantón y la provincia de El Oro, desde su creación ha venido atendiendo las diferentes necesidades en salud sexual y reproductiva, con responsabilidad, calidad y calidez, sin embargo y a pesar de sus esfuerzos, se continúan presentando problemas de carácter ginecológico y obstétricos, cuya presencia no se ha podido reducir. Por tales motivos se hace necesario aportar con la planificación de un taller de charlas educativas con el fin de concientizar la importancia del Papanicolaou y de esta manera prevenir el cáncer de cuello uterino.

4.1.1.2. OBJETIVO

Desarrollar una serie de talleres en los cuales se dicten charlas interactivas sobre conocimientos de CCU (cáncer de cuello uterino) y la importancia del PAP (Papanicolaou) en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer, como forma de promover la elevación del perfil en la calidad de vida de las pacientes que acuden al SCS del Barrio 29 de Noviembre de la ciudad de Santa Rosa.

4.1.1.3. CAMPO DE APLICACIÓN

Comprende el área de obstetricia del Sub Centro de Salud del Barrio 29 de Noviembre del Cantón Santa Rosa y las mujeres que acuden a este centro de salud que se encuentran en plena vida sexual y reproductiva.

4.1.1.4. RESPONSABILIDADES

El Sub Centro de Salud del barrio “29 de Noviembre” es el ente encargado de ejecutar, coordinar, y dar cumplimiento de las actividades descritas en el presente manual.

El personal responsable de la obtención de muestras y llenado de solicitudes de examen citológico debe cumplir las especificaciones establecidas en el presente manual.

El personal responsable del procesamiento, diagnóstico y emisión de resultados debe conocer, aplicar y seguir las indicaciones contenidas en el presente manual.

4.1.1.5. BENEFICIARIAS

Las pacientes que asisten al Sub Centro de Salud del barrio 29 de Noviembre de la ciudad de Santa Rosa.

4.1.1.6. TEMAS A TRATARSE

- Importancia de conocer lo que es el cáncer de cérvix
- Programas de diagnóstico precoz.
- Etiología del cáncer de cérvix.
- Factores de riesgo implicados.
- Síntomas destacados que ayuda a hacer el diagnóstico.
- Métodos de diagnóstico.
- Prevención primaria.
- Test de Papanicolaou.

4.1.1.7. PERSONA QUE DICTA LAS CHARLAS

- Obst. Mirella Torres Vidal

4.1.1.8. LUGAR DE CHARLAS

Sala de espera del Sub Centro de Salud del barrio “29 de Noviembre”, de la ciudad de Santa Rosa.

4.1.1.9. RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la incidencia del CCU

- Otorgar conocimientos de prevención de las enfermedades del aparato reproductor femenino en las pacientes que acuden al SCS del Barrio 29 de Noviembre.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres del cantón Santa Rosa.
- Mejorar la calidad de atención obstétrica en el SCS del Barrio 29 de Noviembre de la Ciudad de Santa Rosa.
- Elevar el perfil de la prestación de servicios de atención para la salud en el SCS del Barrio 29 de Noviembre.

4.1.1.10. EVALUACIÓN Y MONITOREO

- Se llevará un control diario de los procedimientos.
- Se realizarán informes mensuales de las actividades cumplidas.
- Se presentarán informes escritos de los resultados obtenidos en las charlas.
- Se planificará la elaboración de carteles y papelotes para monitorear los avances del conocimiento de las pacientes asistentes a las charlas.
- Se realizarán proyecciones acerca de: Toma de muestras y más información acerca del tema.
- Se elaborará un tríptico informativo que se entregará a las pacientes asistentes.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

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

- Las mujeres objeto de estudio, pertenecen al grupo poblacional de 20 a 35 años de edad que proceden de Santa Rosa, su estado civil es de unión libre en su mayoría, han cursado por la educación básica, han presentado de 1 a 2 gestas, no han presentado infecciones de transmisión sexual y el tratamiento recibido es por inflamaciones debido a vaginosis bacteriana.
- La estratificación de los resultados de Papanicolaou son el 83.15% el resultado fue negativo para cáncer uterino, el 3,15% Neoplasia intraepitelial (NIC 1), el 11.02 % fue NIC 1 + HPV, mientras que el 12,63% su resultado fue indeterminado.
- La prevalencia de la positividad de NIC 1 es del 4,76%
- La población de mujeres en edad fértil más afectado con el NIC 1 son las del grupo de mujeres de 20 a 35 años de edad con el 2,1%
- La mayoría de mujeres en edad fértil y reproductiva están conscientes del grado de riesgo que enfrentan, por tal motivo están dispuestas a acudir en forma periódica al Subcentro de Salud en búsqueda de orientación e información acerca del Papanicolaou por parte de los profesionales.

5.2. RECOMENDACIONES

- Que las mujeres objeto de estudio, asuman medidas de autocuidado para prevenir las inflamaciones e infecciones pélvicas, mediante la prevención tanto en las relaciones sexuales, higiene personal, y uso adecuado de anticonceptivos
- Que las mujeres en edad fértil asuman la responsabilidad de realización de Papanicolaou para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, y la aplicación de los protocolos de atención según sea el caso.
- Que las mujeres que resulten con resultados de Papanicolaou alterados o positivo para Cáncer cérvico –uterino, acudan a unidades de especialidad para continuar el tratamiento respectivo.
- Que el grupo poblacional de mujeres de edad fértil, de 20 a 35 años de edad disminuya los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino tomando las medidas correctas de prevención.
- Que todo Profesional de la salud debe concientizar a las pacientes acerca de la importancia del Papanicolaou, socializando el tema a través de charlas y talleres.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. **El Universo**, SOLCA: “**El cáncer de Cérvix en el Ecuador**”, sábado 16 de agosto de 2010.
2. **ESPINOZA P.**, Carolina Antonieta. Mapeo Epidemiológico de los resultados de la Citología Cervical, en el departamento de Zacapa, México, 2001.pág. 50.-pág. 66.
3. **FARÍAS**, Alburqueque C., Magnitud de la detención de Cáncer de Cuello Uterino a Nivel Nacional, Chile, 2004, pág. 9-10
4. **FINAN**, M. A. et al. Cáncer Cervical Microinvasivo. Rev. Mundo Médico. Uruguay, 2001 Vol. 17, pág. 12 – 20
5. **HERNÁNDEZ**, E. El Cáncer Cervical. Rev. C.A. Obstet. Ginecol. 2007 mayo-agosto. México, Vol. 7, pág. 38.
6. **INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER**. Hoja Informativa. Cáncer de cuello del útero o uterino. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
7. **JUNCEDA A.E.**, Cuello Uterino, Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología, Madrid, España, 2005, pág. 204-pág. 205-pág. 211-pág. 217
8. **LEWIS**, Merle J. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. WashingtonDC : OPS/OMS; 2004.
9. **LIRIA D.**, Epidemiología Descriptiva de Neoplasias Malignas, Lima, 2000, pág. 12
10. **ORTIZ**, J. F. et al. Evaluación de la estratificación clínica del cáncer cervical. REVCOG., Perú, 2,006. Pág. 98-101
11. **PARKIN DM**, Bray F, Ferlay J, Pisan P. Global cancer statistics 2002. CA Cancer J Clin, WashingtonDC 2005; 55:74-108.
12. **RAYMUNDO**, J. Conocimiento y Prácticas en Citología Cérvico-vaginal: Cáncer del Cuello Uterino 2,006 enero-abril. Uruguay, Vol. 6, pág.11
13. **RESTREPO H. E.**, Epidemiología y Control del cáncer del Cuello Uterino, Panamá, 2007, pág. 139-pág. 482-pág. 579-pág. 586-pág. 587
14. **SALINAS Q.**, Edwin Antonio. Mapeo epidemiológico de los resultados de citología cervical en el departamento de Escuintla; 2,000. Guatemala, 2,001. pág. 67
15. **SOLARES M.**, Balvina. Mapeo epidemiológico de los resultados de citología cervical en el departamento de Alta Verapaz; 2,000. Guatemala, 2,001. 103 p.
16. **SOLIDORO A.S.**, Cáncer del Cuello Uterino, Tratamiento Médico del Cáncer, El Salvador, 2003, pág. 140

17. **USANDIZAGA**, J. A. y P. De La Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología.
España: Mc Graw-Hill, 2,008 Vol. 1, pág. 623
18. **ZOMEÑO**, M. Avances Recientes en el Cáncer de Cérnix.
www.medspain.com/n5_jun99/cervix.htm

7. ANEXOS

ANEXO N° 1

Flujo grama de Diagnóstico citológico y seguimiento

Variables a estudiar:

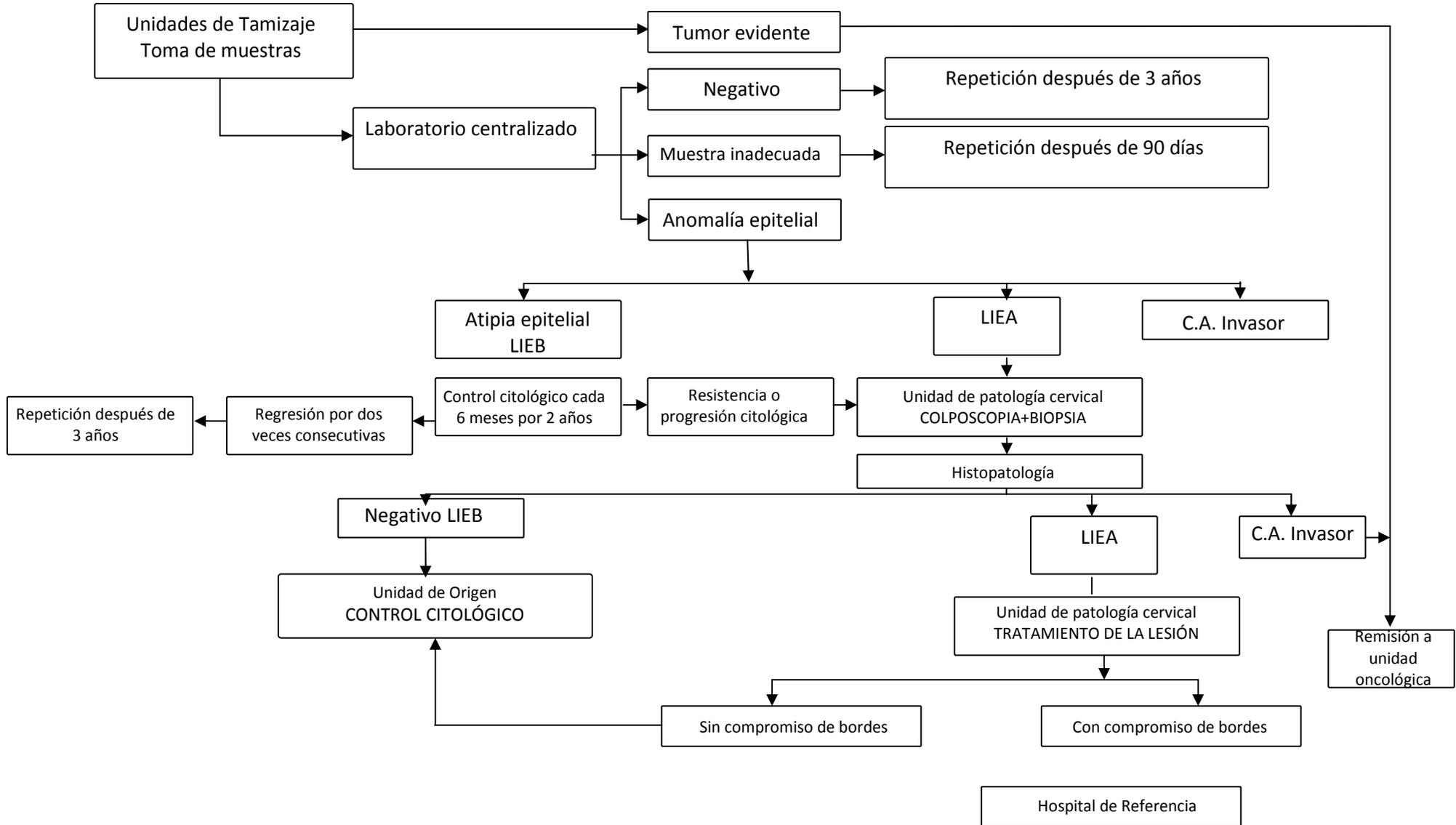
Las variables estudiadas en la presente investigación se especifican en el siguiente cuadro.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA |
|---|---|---|--|
| Características de mujeres Estudiadas: | Edad | # de años cumplidos | - |
| | Procedencia | Lugar donde pernocta la mujer | - |
| | Estado civil | Condición de la mujer en relación a la pareja | Soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre |
| | Escolaridad | Grado de escolaridad | Primaria Secundaria Superior |
| | Gestaciones | # de veces de embarazo | - |
| | Presencia de ITS | Padecimiento de ITS | Si No |
| | Tratamiento Ginecológico | Atención a dolencia ginecológica | Si No |
| Diagnostico Citológico | Examen de PAP Test | Resultado | Negativo Indeterminado Neoplasia intraepitelial cervical grado 1 |
| | | Categoría | Inflamación Inflamación + infección Ascus – Agus Níc 1 Níc 1 + HPV |
| Prevalencia de lesiones inflamatorias | Tasa de prevalencia | Casos de lesiones <u>inflamatorias</u> x 100 Población total | - |
| Riesgo de padecimiento por edad | Correlación de presencia de lesiones por edad | Diagnostico por grupos de edad | - |

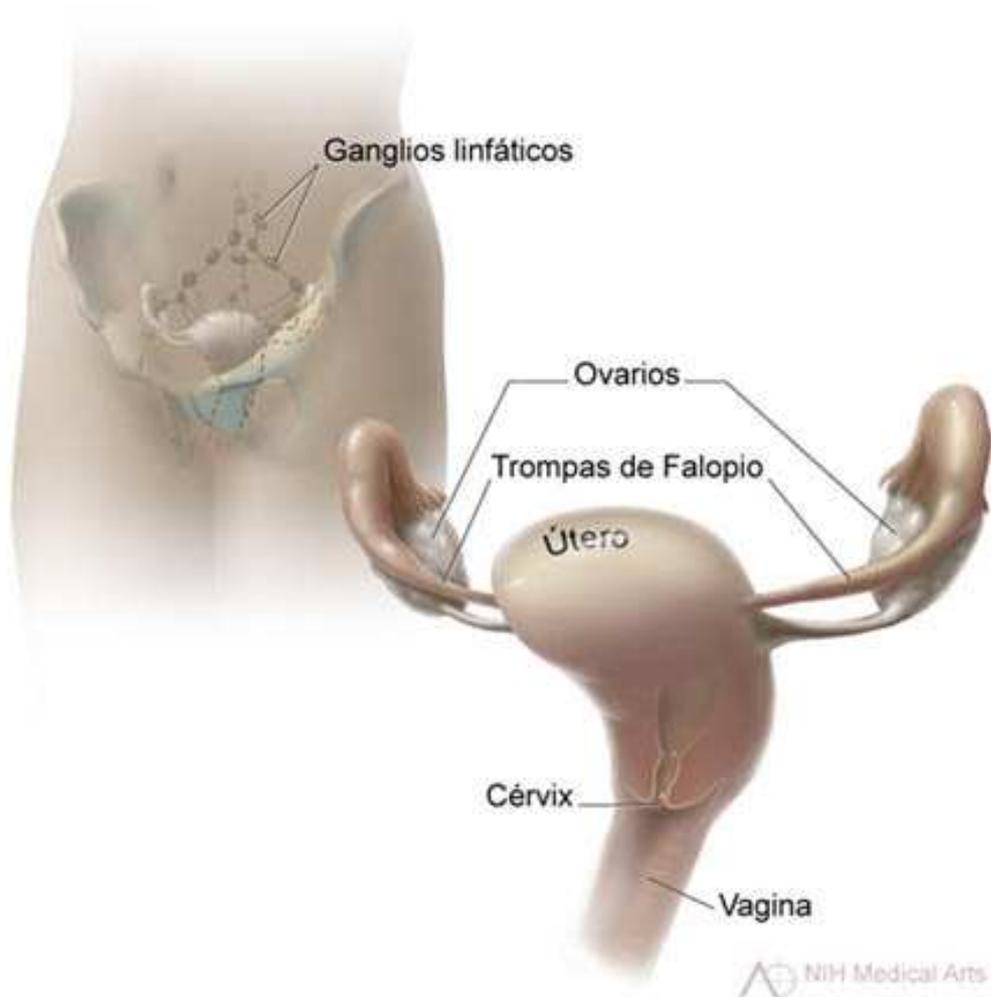
ANEXO N° 2

Flujograma de Diagnóstico citológico y seguimiento



ANEXO N° 3

Detectar el Cáncer de Cuello Uterino



El frotis vaginal consiste en extraer células del cuello uterino para analizarlas. Esto permitirá saber si las células son normales o anormales y si hay infección o inflamación.

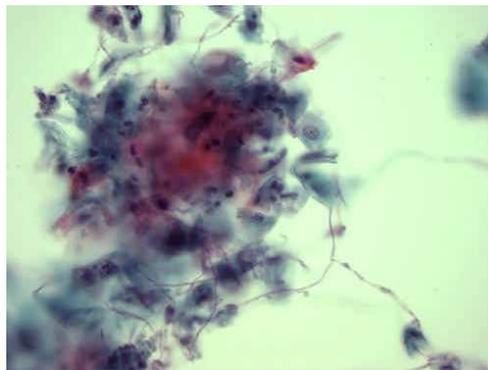
http://www.cepvi.com/medicina/enfermedades/cancer_cervix2.shtml

ANEXO N° 4
Tricomonas vaginales.

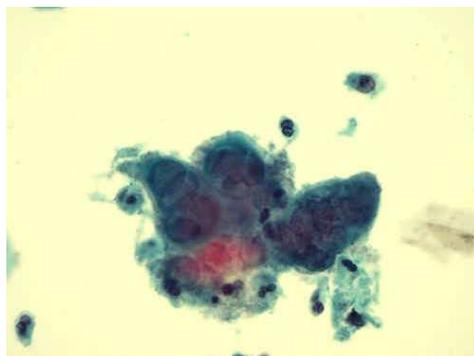
Organismo con forma de pera, núcleo excéntrico y gránulos rojizos en el citoplasma. El flagelo raramente puede observarse.



Candida Albicans. (40X)

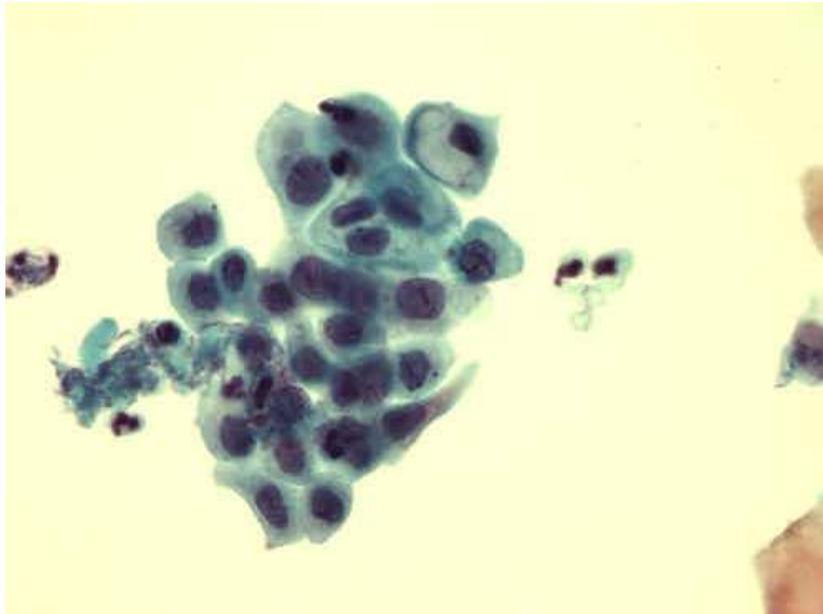


Inclusiones virales consistentes con Herpes. Se pueden observar las 3 Ms. Multinucleación, “molding”, marginación de la cromatina.

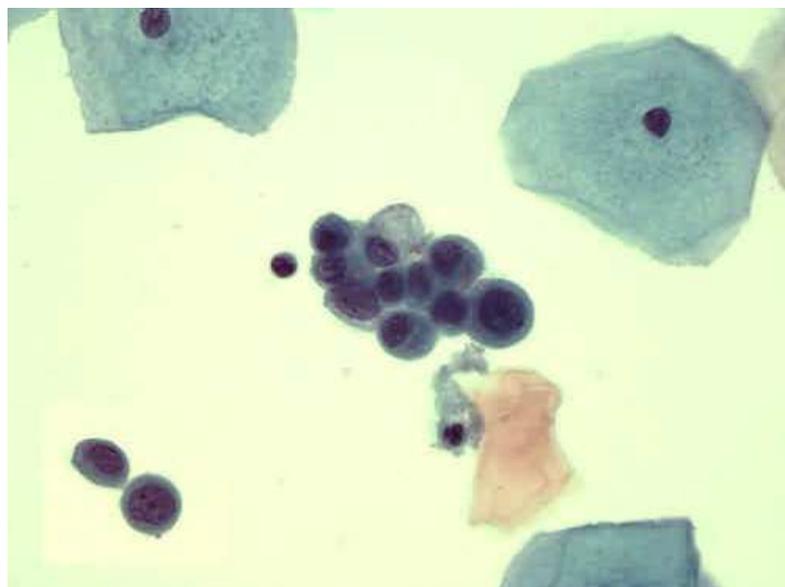


ANEXO N° 5

Tipos de Displasia



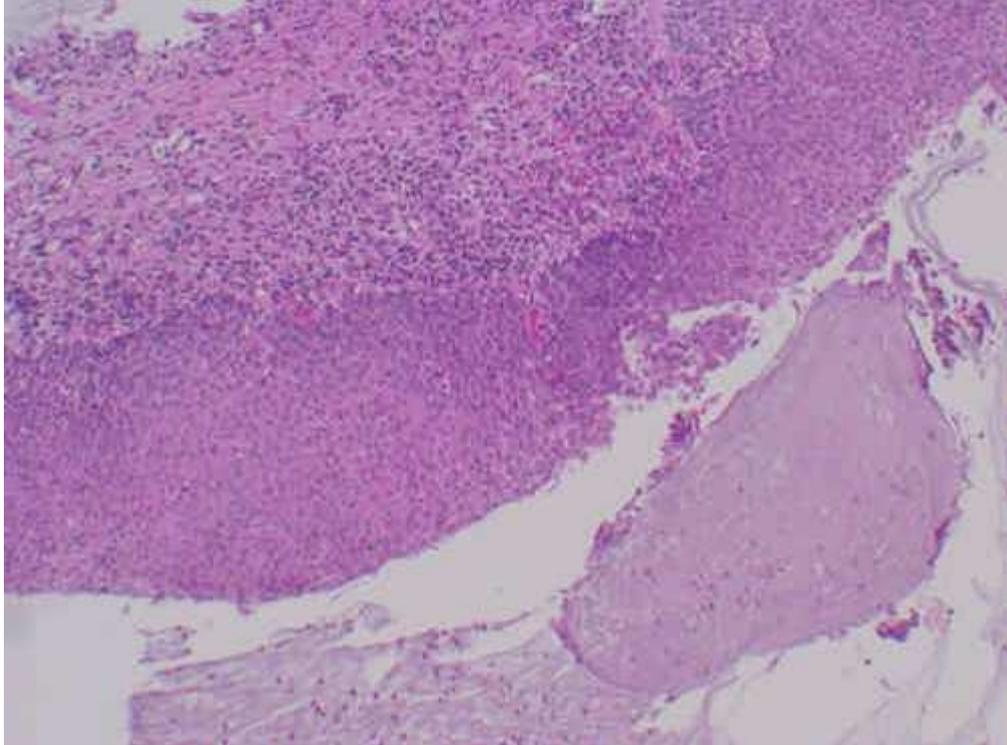
H-LIE. Displasia de alto grado/ NIC II. Se puede observar hiperchromasia con aumento de la relacion N/C.



Displasia de alto grado/NIC III.

ANEXO N° 6

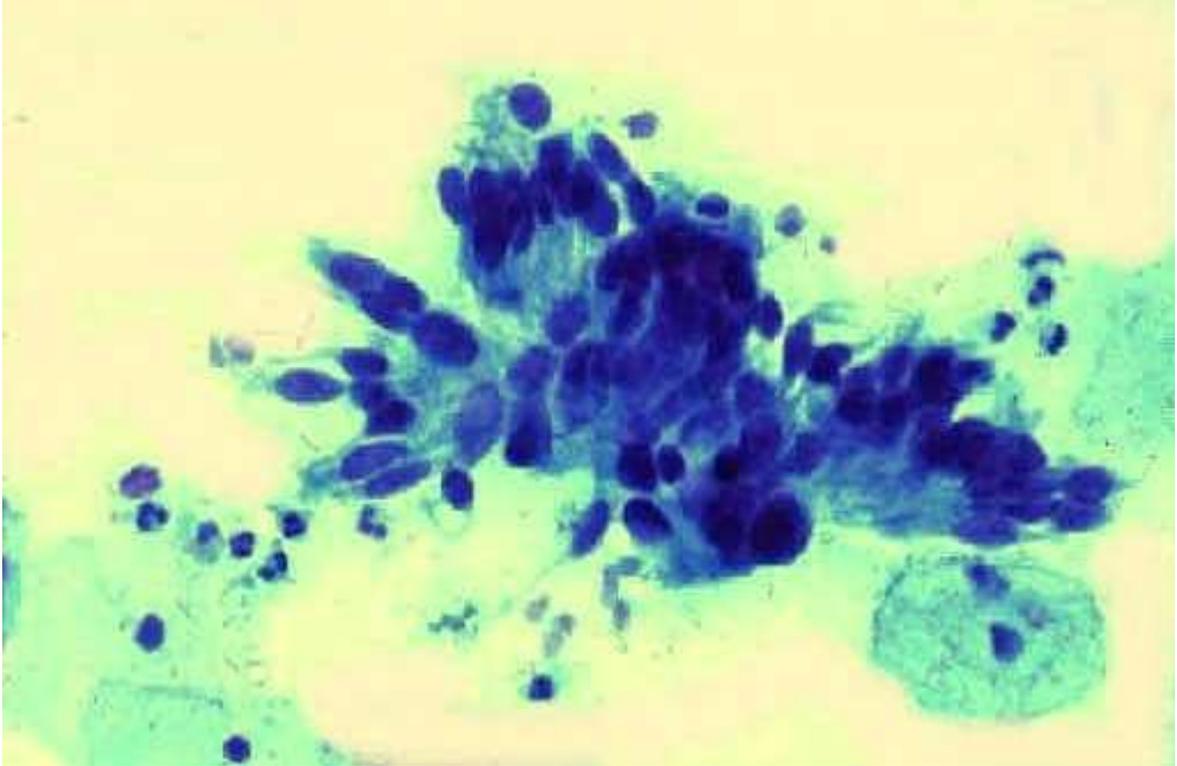
Histología



Histología del caso anterior mostrando ausencia de maduración del epitelio e hiperchromasia.

ANEXO N° 7

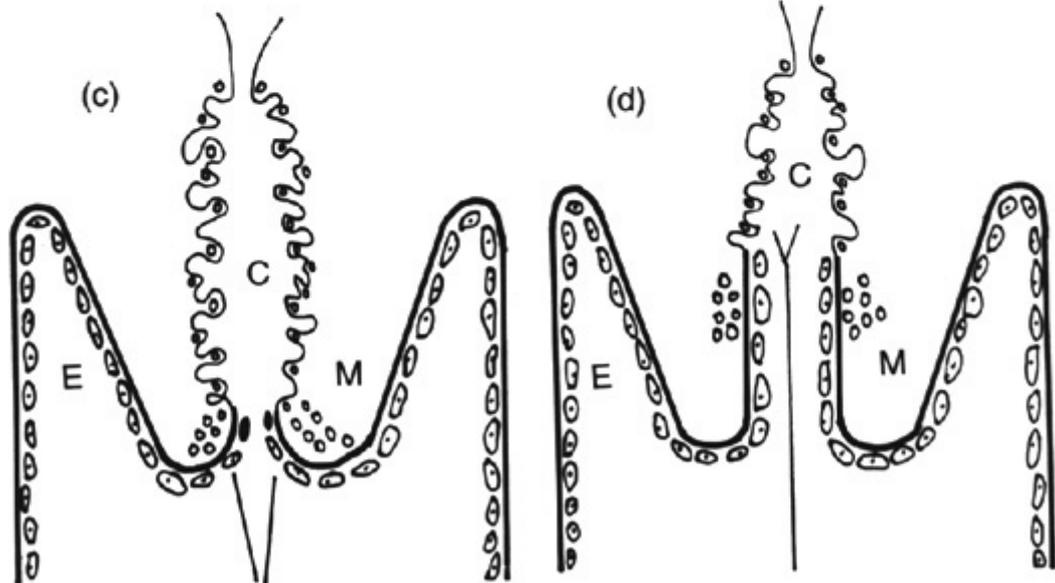
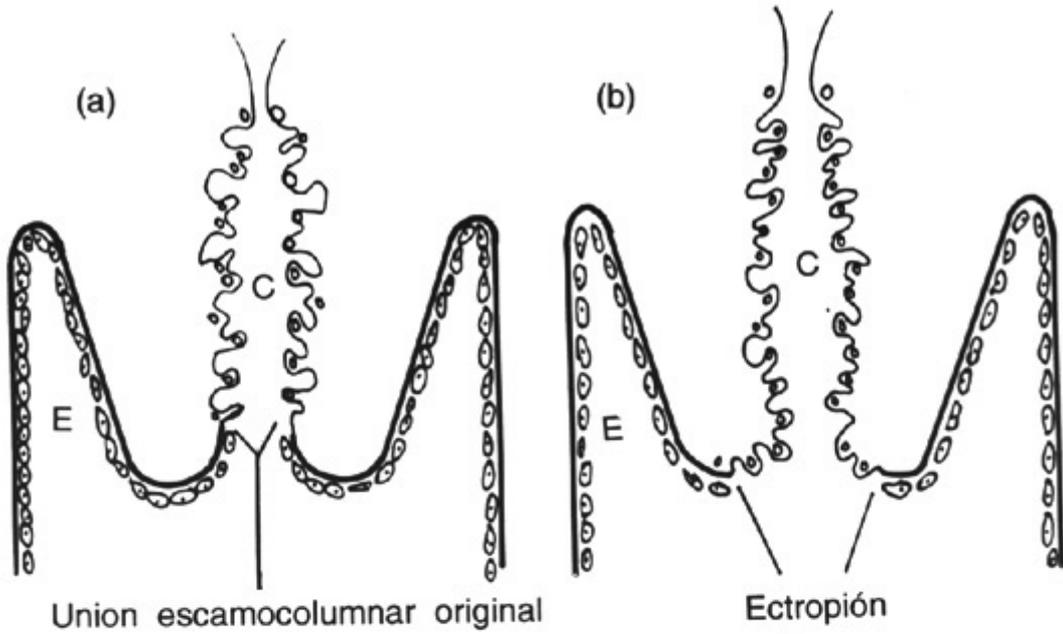
Examen Endocervical



Adenocarcinoma endocervical in situ.

ANEXO N° 8

Neoplasias

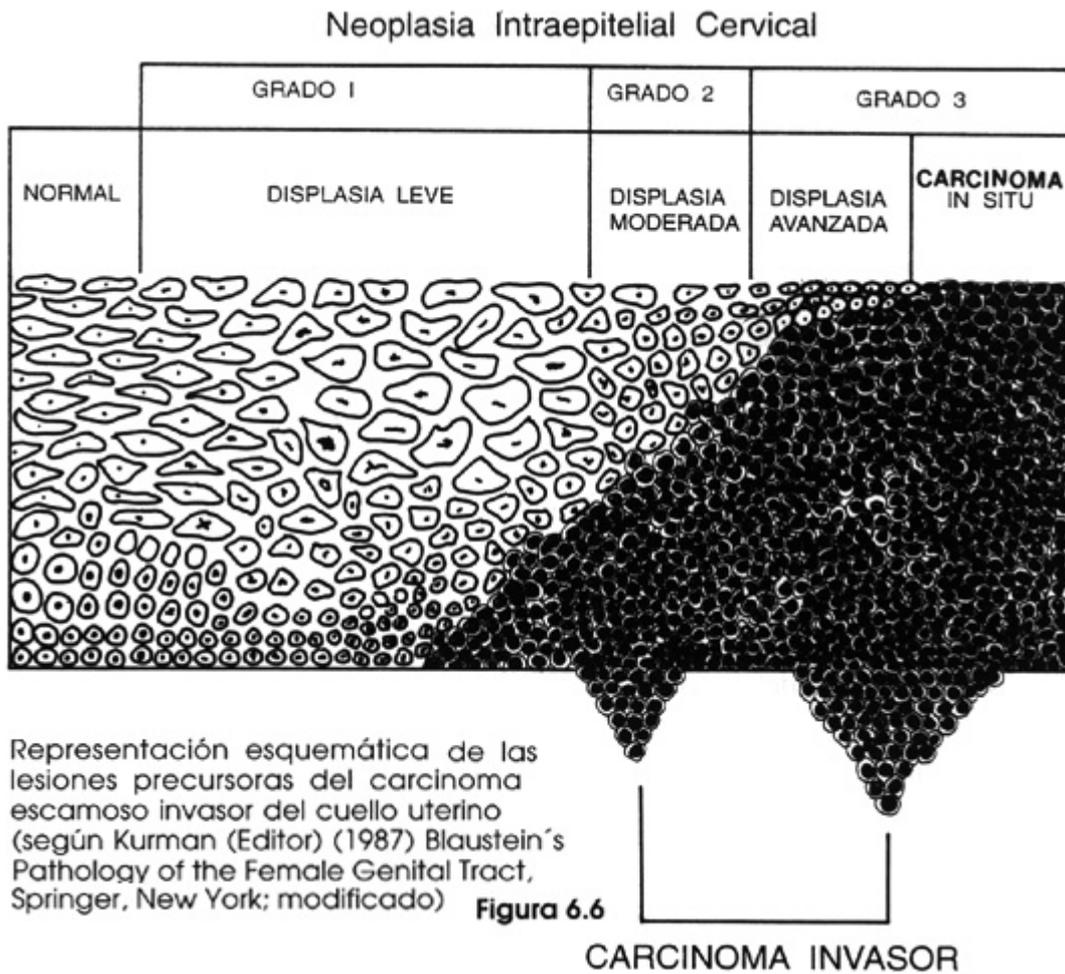


Ectropión con metaplasia en zona de transformación

E = Epitelio escamoso
C = Epitelio cilíndrico
M = Metaplasia pavimentosa en mucosa endocervical

ANEXO N° 9

Neoplasia Intraepitelial



ANEXO N° 10

Examen de condiloma humano

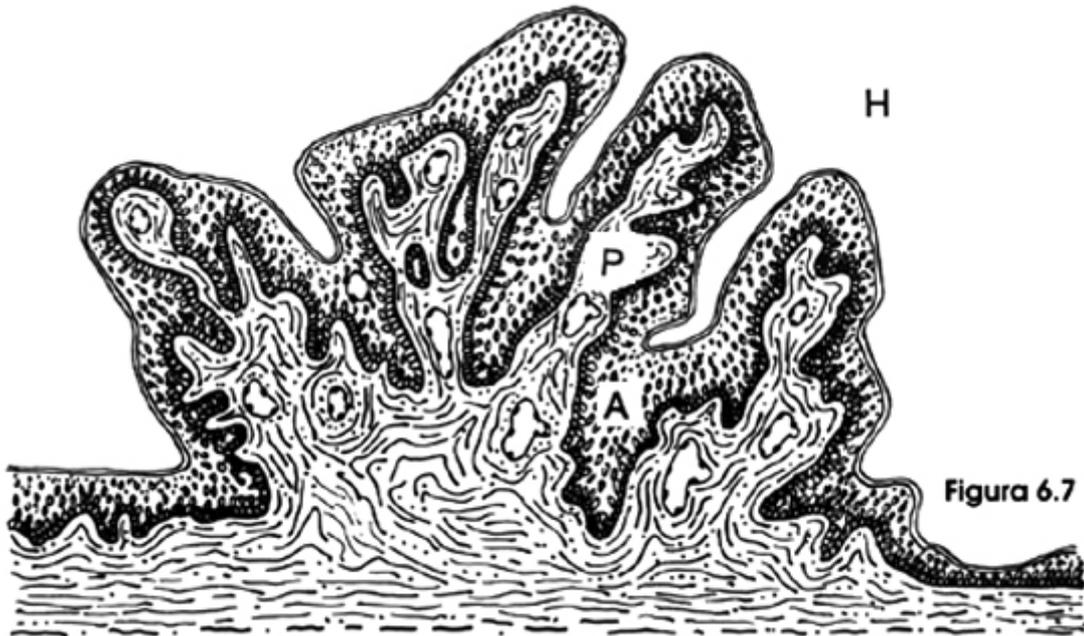


Figura 6.7

Condiloma acuminado. (P) Nótese papilomatosis, (A) acantosis e (H) hiperqueratosis

TEMA DE INVESTIGACIÓN: Evaluación de los resultados de Papanicolaou en mujeres de edad fértil de 20 a 45 años que acuden a consulta en el Sub Centro “29 de noviembre” de la ciudad de santa rosa. 2009.

UNIDAD EDUCATIVA: Universidad de Guayaquil.

ENCUESTA APLICADA A PACIENTES

Edad:.....

Fecha:.....

Conteste el siguiente cuestionario:

1. ¿Ha tenido diagnósticos que indiquen presencia de lesiones malignas o benignas?

Si () No ()

En caso de ser respuesta positiva indique qué tipo de lesiones:

Negativo () Indeterminado () NIC 1 ()

2. ¿De qué ciudad es procedente?

Santa Rosa () Otra ciudad ()

Si su respuesta es otra ciudad, indique de cuál:

3. ¿De qué Barrio es procedente? Indique la zona a la que pertenece:

Zona Rural () Zona Urbana ()

Nombre del barrio:.....

4. ¿Cuántos antecedentes de gestación ha tenido? Indique

1 – 2 () 3 – 4 () 5 o más ()

5. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera () Casada () Unión Libre ()

6. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?

Educación Básica ()

Bachillerato ()

Educación Superior ()

Especifique.....

7. ¿Ha tenido antecedentes de ITS?

Si ()

No ()

En caso de ser su respuesta positiva indique qué tipo de ITS:.....

.....

8. ¿Le entregan los resultados en un tiempo adecuado?

Si ()

No ()

Explique:.....

.....

9. ¿Cuántas veces se realiza un Papanicolaou en el año?

Si ()

No ()

Explique:.....

.....

10. ¿Se le ha diagnosticado algún tipo de cáncer?

Si ()

No ()

Explique:.....

11. ¿Qué tipo de tratamiento ginecológico se ha realizado últimamente?

.....

.....