

UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



**Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en pacientes de edad fértil,
en la consulta ginecológica de primer nivel de atención.**

**Unidad comunitaria de salud familiar intermedia “San Antonio Abad”, enero -
diciembre 2021.**

INTEGRANTES

Durán Quintanilla, Gloria Guadalupe

Espinal Ayala, Claudia Concepción

Novellino Alvarado, Melissa María

ASESOR

Dra. Andrea Vallecampo

San Salvador, 20 de abril 2022

INDICE

	Página
INTRODUCCION.....	3
Capítulo I: Planteamiento del problema	5
A. Situación Problemática	5
B. Enunciado del problema	7
C. Objetivos.....	7
D. Contexto	8
E. Justificación.....	9
F. Viabilidad y factibilidad.....	11
Capitulo II: Marco Teórico	12
A. Estado actual.....	12
1. Anatomía de cuello uterino	12
2. Cuidados preventivos.....	13
3. Generalidades de lesión escamosa intraepitelial (LEI).....	14
4. Clasificación de lesión escamosa intraepitelial (LEI de bajo y alto grado)	15
8.2 Infecciones de transmisión sexual.....	19
8.3 Inicio de relaciones sexuales a temprana edad	19
8.4 Tabaquismo	20
8.5 Multiparidad.....	20
9. Manifestaciones clínicas	20
10. Incidencia.....	21
11. Riesgos	22
12. Fisiopatología.....	22
13. Tipos Histologicos	23
13.1 Cáncer epidermoide.....	23
13.2 Adenocarcinomas.....	23
13.3 Carcinomas cervicales mixtos.....	24

13.4 Tumores neuroendocrinos del cuello uterino	24
14. Diagnostico	24
14.1 Síntomas.....	24
14.2 Exploración física.....	25
14.3 Frotis de Papanicolaou	25
14.4 Estadificación.....	25
15. Tratamiento	26
Capítulo III. Metodología de la investigación	27
A. Enfoque y tipo de investigación	27
B. Sujetos y objeto de estudio	28
Unidades de análisis.....	28
C. Variables e indicadores	29
D. Técnicas, materiales e instrumentos.....	30
E. Procesamiento de datos	31
F. Aspectos Éticos	31
I. Estrategias de utilización de resultados.....	32
Capitulo IV. Análisis de la información	33
A. Análisis de datos	33
B. Discusión de resultados	52
Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones	56
ANEXOS	58
Referencias bibliográficas.....	68

INTRODUCCION

La salud reproductiva de la mujer es un tema de gran importancia a nivel mundial, y adquiere mayor relevancia en países en vías de desarrollo, ya que el ámbito socioeconómico y cultural no favorecen el desarrollo de la prevención y promoción de la salud reproductiva de la mujer. El término neoplasia intraepitelial denota las lesiones del epitelio escamoso de la porción inferior del aparato genital femenino, las cuales son precursoras del cáncer invasor. Las lesiones se diagnostican por medio de biopsia y valoración histológica. (1)

Las neoplasias intraepiteliales cervicouterina (CIN), neoplasias intraepiteliales vaginales (VaIN), neoplasias intraepiteliales vulvares (VIN), neoplasias intraepiteliales perianales (PAIN) y neoplasias intraepiteliales anales (AIN), presentan una gran diversidad que va desde cambios levemente displásicos en el citoplasma y núcleo hasta los de la displasia profunda. La lesión no invade más allá de la membrana basal, pues si lo hiciera, definiría al cáncer invasor. (1)

La gravedad de la lesión intraepitelial se clasifica con arreglo a la proporción del epitelio afectado desde la membrana basal en sentido ascendente hacia la superficie. En el caso de CIN (neoplasia intraepitelial cervicouterina), se conocen como displasia leve o CIN 1 a las células anormales confinadas al tercio inferior del epitelio escamoso; si se extienden al tercio medio se denomina como displasia moderada o CIN 2; al tercio superior, se le califica como displasia grave o CIN 3, y si la afectación abarca todos los tres tercios mencionados, se conoce a la lesión como carcinoma in situ (CIS, carcinoma in situ). (1)

La necesidad de plantear este tema surgió del interés por investigar la prevalencia de lesiones precancerosas por medio de la toma de citología en mujeres en edad fértil del que consultan en la Unidad comunitaria de salud familiar intermedia UCSFI “San Antonio Abad”, durante enero a diciembre del 2021. Esto para orientar la promoción

de la salud y las acciones preventivas, y la detección precoz y oportuna de cualquier lesión potencialmente cancerosa.

El documento está estructurado en cinco capítulos, que se distribuyen de la siguiente manera: en el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, el enunciado y los objetivos de la investigación, el contexto en donde se ejecutó la investigación, y los elementos que motivaron al desarrollo de la investigación.

En el capítulo II se realizó la fundamentación teórica, que da sustento al planteamiento y al diseño metodológico. En el capítulo III se expone la metodología a utilizar, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación.

En los capítulos IV y V consiste en el análisis de la información obtenida de las encuestas pasadas a la población de estudio adamas aquí se desarrollaron las gráficas con sus discusiones procediendo a realizarse las recomendaciones y conclusiones de la investigación. El documento finaliza con el listado de referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I: Planteamiento del problema

A. Situación Problemática

El cáncer cérvico uterino es una entidad de importancia epidemiológica a nivel nacional. Un estudio de diagnóstico situacional de cáncer realizado en El Salvador entre 2009 a 2013, permitió reconocer al cáncer de cérvix o cérvico uterino como la primera causa de cáncer en las mujeres, convirtiéndose en un problema de salud pública (2).

Según las estimaciones del Global Cancer Observatory (Globocan), El Salvador esperaba para el año 2021 un total de 770 casos nuevos. En el año 2019, de un total de 58,718 consultas por cáncer, el 73% (42,955 consultas) correspondieron al sexo femenino, y de estas el 15% (6,464 consultas) correspondieron a cáncer de cérvix (2).

Para el mismo año, la mortalidad reportada en Estadísticas Vitales de SIMMOW fue de 4 por 100,000 habitantes. El 87.7% de mortalidad se agrupó entre las edades de 30 a 79 años, en mujeres procedentes de los departamentos de San Salvador, La Libertad, La Paz, Sonsonate, Cuscatlán y Cabañas. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el año 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas (2).

Actualmente se realiza un tamizaje poblacional con prueba VPH a mujeres entre 30 a 59 años, el cual tiene una cobertura poblacional anual total de 160 mil mujeres, para lo que se realiza una inversión anual de 1.5 millones de dólares (3). Además de esto, fue creada “La Estrategia Regional y Plan de Acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino” la cual fue desarrollada en 2008 por la OPS para dar respuesta a la elevada carga de enfermedad y al limitado impacto de los actuales programas de tamizaje en América Latina (4).

La estrategia mundial hacia la eliminación del cáncer cérvico uterino estima que para el 2030 todos los países alcancen menos de 4 casos por 100,000 habitantes y se

reduzca en un 30% la mortalidad por dicha patología, sin embargo, si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030. El gobierno de El Salvador se ha planteado como objetivo para el año 2030 reducir a su mínima expresión el cáncer cervicouterino y completar el esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en el 90% de la población vacunada para la edad de 15 años (3).

El cáncer cérvico uterino es causado por tipos de VPH de alto riesgo; 16 y 18, que juntos son responsables de aproximadamente un 70% de los casos de dicha enfermedad en todos los países del mundo. Dentro de los tipos de VPH con una mayor prevalencia en las lesiones precancerosas se encuentran 31, 33, 35, 45, 52 y 58 (3).

La mayoría de las mujeres no tienen signos ni síntomas en estados pre cancerígenos. En mujeres con cáncer avanzado y metastásico, los síntomas pueden ser más graves dependiendo de los tejidos y órganos a los que se ha diseminado la enfermedad. La causa de un síntoma puede ser una afección médica diferente al cáncer, por lo que las mujeres deben buscar atención médica si presentan un nuevo síntoma que no desaparece.

Cualquiera de los siguientes podría ser un signo o síntoma de cáncer de cuello uterino:

- Manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación.
- Sangrado menstrual que es más prolongado y abundante que lo habitual.
- Sangrado después del coito, el lavado genital o el examen pélvico.
- Mayor secreción vaginal.
- Dispareunia o dolor de espalda, pélvico.
- Sangrado después de la menopausia.
- Dolor de espalda y/o pélvico persistente y sin razón aparente (5).

El cáncer cervicouterino es una enfermedad con una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, así como un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, incluyendo el acceso a cuidados paliativos. Actualmente, la patología anual estimada relacionada con el VPH a nivel mundial corresponde al 4.5% de todos los tipos de cáncer; a 630,000 mil casos nuevos de cáncer, el 90% en la población femenina; 23 millones de lesiones precancerosas y 29 millones de verrugas genitales. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud (3).

B. Enunciado del problema

Por lo anterior, en esta investigación se buscó dar respuesta al siguiente enunciado:

¿Cuál es la prevalencia de las Lesiones intraepiteliales de bajo y alto riesgo en la UCSF San Antonio Abad, en las mujeres que se realizaron Papanicolaou en el período de enero 2021 a diciembre 2021?

C. Objetivos

Objetivo general

Establecer la prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes de edad fértil en la consulta ginecológica de la UCSF SAN ANTONIO ABAD, en el periodo comprendido enero 2021 – diciembre 2021.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de las lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en la UCFS San Antonio Abad, en el periodo de enero 2021- diciembre 2021.
- Caracterizar a las pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.
- Identificar los principales síntomas y manifestaciones clínicas de las pacientes con lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino.

- Enlistar los principales factores que intervienen en el desarrollo de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.

D. Contexto

La investigación se realizó en la Unidad Comunitaria De Salud Familiar “San Antonio Abad” ubicada en final calle el algodón, paseo Miralvalle; San Salvador. El área geográfica de influencia de la Unidad de Salud de San Antonio Abad esta tiene como límites:

NORTE: Con la calle al volcán de San Ramón, la finca Las Margaritas, la calle principal de la comunidad San Miguel, así como con la avenida Izalco y la escuela Miguel Pinto.

SUR: Con la calle El Carmen de la colonia Escalón norponiente. Con la alameda Juan Pablo II, con la calle principal de la colonia Centroamérica y con la calle San Antonio Abad.

ESTE: Con la Avenida Izalco de la colonia San Luís.

OESTE: Con la comunidad las lajas.

La Unidad de Salud de San Antonio Abad pertenece a la región metropolitana de salud ubicada en el departamento de San Salvador, el área se encuentra gobernada políticamente en un 10 % por la alcaldía municipal de Mejicanos, y en un 90% por la alcaldía municipal de San Salvador la cual pertenece al Distrito II.

Para el 2007 se obtuvo una población de 45,118 habitantes de los cuales 16,179 son de sexo femenino. De los pacientes atendidos en el establecimiento el 90% procedían de los municipios de San Salvador y Mejicanos y el 10% a personas de otros municipios fuera del AGI. (6)

En el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2021 se atendieron un total de 27,333 consultas médicas, siendo estas 14,872 de primera vez y 9,074 subsecuentes. En el área especializada de Ginecología se atendió un total de 1,536

consultas, de las cuales, 952 fueron de primera vez y 584 subsecuentes, al mismo tiempo se realizaron 918 tomas de PAP. (7)

Entre los servicios que presta dicho establecimiento se encuentran: Consulta Médica General. Consulta Odontológica general. Consulta pediátrica por Médico especialista. Consulta Ginecológica por Médico especialista. Atención infantil en niños de riesgo. Atención prenatal de embarazos de riesgo. Atención de emergencias. Vacunación. Curaciones e inyecciones. Terapias respiratorias. Visitas domiciliarias por enfermería, médicos y personal de saneamiento de acuerdo a programas. Despacho de medicamentos. Atención de programas materno infantiles por médico general y enfermera. Programa de Prevención y Diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Programa de atención al adulto mayor. Programa de atención al adolescente Programa de Escuela Saludable Brigadas de Atención comunitaria Programa de educación intra y extramural. Atención de programas epidemiológicos: Tuberculosis, dengue, etc. Despacho de medicamentos. Toma de exámenes generales de laboratorio. Atención Psicológica. Programa de control de vectores Programas de Saneamiento Ambiental (Control de Vectores, Programa de alimentos, yodación de Sal, Calidad de Agua, etc.) Laboratorio Clínico Atención Nutricional (En coordinación con diferentes Universidades) Asistencia Psicológica (En coordinación con diferentes Universidades). (6)

E. Justificación

El cáncer cervicouterino es una enfermedad con una larga historia natural, lo que permite múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer, mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, junto a un adecuado manejo, diagnóstico, y tratamiento terapéutico de los casos, incluyendo el acceso a cuidados paliativos. A pesar de lo anterior, sigue siendo uno de los principales problemas de salud para las mujeres en edad fértil, ya que en los últimos años se ha observado un aumento significativo con antecedentes del VPH, infecciones de transmisión sexual y el inicio tardío de prueba de tamizaje. (8)

Este estudio se consideró de suma importancia para el campo de la salud de la mujer, ya que el cáncer cervicouterino se encuentra entre las neoplasias más frecuentes, pues según la OPS, un 80% de los casos se han encontrado en países menos desarrollados, como en El Salvador, por lo que esta investigación resulta de interés nacional, porque la incidencia del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil, se ha convertido en una problemática de salud pública. (9)

Actualmente las lesiones escamosas intraepiteliales, constituyen una de las mayores causas de morbilidad en la mujer, y si no son detectadas y tratadas a tiempo, pueden progresar y convertirse en un cáncer cervicouterino, en la mayoría de los casos no presentan síntomas, por lo que contribuye a acrecentar la situación, ya que la mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas, por lo que es necesario ejecutar acciones integrales para abordar estos desafíos, reduciendo de esta manera las tasas de morbi-mortalidad de la mujer. (8)

De igual forma, con esta investigación se buscó dar a conocer los factores que intervienen en el desarrollo de LEI, de manera que se pudieran abordar de forma preventiva. Asimismo, es importante que las mujeres en edad fértil, conozcan los signos y síntomas que puede generar una lesión escamosa intraepitelial, y la importancia de practicar estilos de vida saludables, para disminuir la incidencia de casos, y, por lo tanto, disminuir la prevalencia de cáncer cérvico uterino a futuro.

Se buscó que los resultados de esta investigación se convirtieran en un insumo para la planificación y ejecución de estrategias de intervención, que permitan beneficiar a las usuarias que consultan en la UCSF San Antonio Abad, para mejorar la educación sobre factores gineco obstétricos.

Además, se pretendía concientizar al personal que labora en el establecimiento de salud, a fin de trabajar en favor de la disminución de casos de paciente con LEI al incrementar la promoción de la salud por medio de procesos educativos, y buscar como fin común el descenso de la tasa de morbimortalidad y los costos asociados al manejo e intervención de usuarias con estas lesiones.

F. Viabilidad y factibilidad

El Proyecto de investigación se consideró viable, debido a que se contó con el apoyo de la dirección de las UCSF de San Antonio Abad, y de la escuela de medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador. Se solicitó el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad Evangélica de El Salvador para garantizar la protección de los participantes de este estudio. Además, se contó con el tiempo, recurso humano y los recursos materiales necesarios para llevar a cabo la investigación. Es decir que se contó con una viabilidad técnica, temporal, económica y ética.

Capítulo II: Marco Teórico

A. Estado actual

En la actualidad, el cáncer es visto como un problema de salud pública que tiene un impacto a nivel mundial, que afecta tanto a los países de bajos, medianos y altos ingresos; según estimaciones realizadas por la International Agency for Research on Cancer (IARC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2012 se indicaba una ocurrencia de 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, 8.2 millones de muertes y 32.6 millones de personas viviendo con cáncer en todo el mundo (8).

Estimaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que el cáncer corresponde a las principales causas de mortalidad en la región Latinoamericana y El Caribe. Específicamente en los países centroamericanos se identifica un estimado de 176,000 casos nuevos al año, ocurriendo un aproximado de 108,000 muertes anuales por esta causa, siendo los tipos de cáncer más frecuentes: mama, próstata, cérvix uterino, estómago, colon-recto y pulmón (8).

Según estimaciones realizadas por el observatorio mundial de cáncer (GLOBOCAN), El Salvador esperaba para el año 2021 un total de 770 casos nuevos. Durante el año 2019, de un total de 58,718 consultas por cáncer, el 73% (42,955 consultas) correspondieron al sexo femenino, y de estas el 15% (6,464 consultas) correspondieron a cáncer de cérvix (2).

1. Anatomía de cuello uterino

Fisiológicamente el exocérvix está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizado que contiene glucógeno. Este epitelio puede corresponder al de origen desde la vida embrionaria, o ser una neoformación metaplásica. En las mujeres premenopáusicas el epitelio escamoso original es rosado, mientras que el de nueva formación presenta un aspecto rosado blanquecino a la exploración física (10).

El conducto cervical está recubierto de epitelio cilíndrico, compuesto por una única capa de células altas, con núcleos oscuros, cerca de la membrana basal. Al examen físico, a la inspección visual, su color es rojizo, pues una capa celular permite que aparezca la coloración de la vascularización subyacente del estroma. En su límite distal o superior se fusiona con el epitelio endometrial en la parte inferior del cuerpo del útero. En su límite proximal o inferior se fusiona con el epitelio escamoso en la unión escamoso-cilíndrica. Según la edad, el número de partos y el momento hormonal de la mujer, fecunda o menopáusica puede cubrir cierta parte del exocérnix (10).

La unión escamoso-cilíndrica o escamo-columnar se presenta como una línea bien trazada, por la diferente altura del epitelio escamoso y cilíndrico. La ubicación de la unión escamo-columnar con relación al orificio cervical externo varía en la vida de una mujer y depende de factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo. La zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado con el epitelio metaplásico es llamado zona de transformación. Corresponde al área del cuello uterino limitada distalmente por la UEC original y proximalmente por el límite más lejano del epitelio metaplásico, definido por la nueva UEC (ver anexo 1) (10).

Por metaplasia se entiende el cambio o reemplazo de un tipo de epitelio por otro. El proceso metaplásico suele comenzar en la unión escamo-columnar, o también llamado UEC, y suele desplazarse centripetamente hacia el orificio externo durante el período reproductivo hasta la perimenopausia. De este modo se forma una nueva UEC entre el epitelio escamoso metaplásico neoformado y el epitelio cilíndrico persistente en el exocérnix. El reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico evertido por un epitelio escamoso neoformado se denomina metaplasia escamosa (10).

2. Cuidados preventivos

Como personal de atención de salud de la mujer, el ginecólogo tiene la oportunidad de valorar la búsqueda de las causas principales de morbimortalidad femenina y de esta manera asesorarlas de la manera correspondiente. En cuanto al virus de

papiloma humano (VPH), la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos ha aprobado dos vacunas para las mujeres de 9 a 26 años de edad. La edad recomendada para vacunar es de 11 o 12 años, pero los médicos deben analizar los beneficios de esta vacuna y promoverla en pacientes entre las edades de 13-26 años. Así mismo, se recomienda conversar sobre los factores de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual y la profilaxis de las mismas con métodos de barrera y selección de la pareja en toda adolescente con vida sexual activa y mujeres con riesgo de padecer tales enfermedades (1).

La valoración sistemática periódica, para la detección del cáncer cervicouterino, está indicada a los 21 años de edad. Se repiten cada dos años en las mujeres <30 años de edad y en las ≥30 de vida se realizan cada tres años cuando no existe antecedente de neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC), no hay inmunodepresión ni contacto intrauterino con dietilestilbestrol. La citología vaginal se interrumpe en las mujeres de 65 a 70 años de edad con tres resultados negativos en los 10 años anteriores. Asimismo, esta prueba se suspende después de una histerectomía y en las pacientes sometidas a intervención quirúrgica por alguna indicación benigna y sin antecedente de displasia previa de alto grado (1).

Bibliográficamente está descrito que, en los casos de pacientes con riesgo promedio, no se recomienda realizar una detección sistemática de cáncer endometrial con biopsia o ecografía. Sin embargo, el médico debe ser un buen educador de sus pacientes, sobre todo de aquellas que poseen factores de riesgo, sobre los síntomas típicos del cáncer. Las mujeres con varios miembros de la familia con cáncer de colon pueden padecer cáncer de colon hereditario sin poliposis, también conocido como síndrome de Lynch. En estas mujeres o las que tienen un riesgo genético elevado de padecer este síndrome, es recomendado la detección sistemática anual de cáncer endometrial con biopsia desde los 35 años de edad (1).

3. Generalidades de lesión escamosa intraepitelial (LEI)

El término neoplasia intraepitelial corresponde a todas aquellas lesiones del epitelio escamoso de la porción inferior del aparato genital femenino, las cuales son

precursoras del cáncer invasor. La lesión no invade más allá de la membrana basal, pues si lo hiciera, definiría al cáncer invasor. Estas lesiones son diagnosticadas por medio de biopsia y valoración histológica. Las neoplasias intraepiteliales cervicouterinas presentan una gran diversidad que va desde cambios levemente displásicos en el citoplasma y núcleo hasta los de la displasia profunda (1).

La gravedad de la lesión intraepitelial se clasifica en base a la proporción del epitelio afectado desde la membrana basal en sentido ascendente hacia la superficie. En el caso de la neoplasia intraepitelial cervicouterina, también conocido como CIN, se describe como displasia leve o CIN 1 a aquellas células anormales confinadas al tercio inferior del epitelio escamoso; si estas se extienden o abarcan al tercio medio se denomina como displasia moderada o CIN 2; si estas afectan al tercio superior, se le califica como displasia grave o CIN 3, y por último si la afectación abarca los tres tercios mencionados, la lesión se denomina carcinoma in situ (CIS) (1).

4. Clasificación de lesión escamosa intraepitelial (LEI de bajo y alto grado)

En el año de 1989, fue presentada la nueva terminología sobre citología cervicouterina y desde esa fecha se ha utilizado indistintamente el término lesión intraepitelial escamosa (LEI) con el de neoplasia intraepitelial y también se utiliza para la notificación de diagnósticos histopatológicos (1).

Los cambios histológicos causador por la infección del virus de papiloma humano (VPH) y CIN 1 son semejantes y prácticamente no es posible diferenciarlos con certeza, razón por la cual se les señala con una expresión más general como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (LEI de bajo grado). De esta forma, se pueden clasificar a CIN 2 y a CIN 3/CIS como LEI de alta malignidad (LEI de alto grado) (1).

La expresión LEI de bajo grado no puede utilizarse como sinónimo de diagnóstico citológico o histológico porque se les observa con muy diversos tipos de virus de papiloma y por lo común es sinónimo de una evolución clínica benigna. En cuanto al LEI de alto grado, este posee mayor certeza y es de carácter fidedigno en el

diagnóstico, porque es producto de la intervención de algunos tipos más precisos de virus carcinógenos y existe mayor posibilidad de que sean precursoras del cáncer (1).

Sea cual sea la terminología usada, la expresión citológica cervicouterina es el instrumento de “cribado” que orienta hacia la necesidad de más estudios y es importante no confundirla con el diagnóstico histológico. Los resultados citológicos simplemente orientan al profesional en salud hacia la siguiente fase en la valoración de la paciente. El término histológico que por lo común se obtiene de la biopsia, con material obtenido bajo orientación colposcópica se utiliza para diagnosticar la presencia e intensidad de neoplasias en la porción inferior del aparato genital femenino. Estos resultados histológicos son los que se utilizan para orientar la enfermedad en las fases adecuadas del tratamiento (1).

5. Epidemiología

La evidencia epidemiológica plantea que desde hace varios años, las lesiones intraepiteliales actúan como una enfermedad de transmisión sexual y sus factores de riesgo suelen ser similares a los de este grupo de enfermedades, por lo tanto, el inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad, nivel socioeconómico bajo, paridad, edad del primer parto, inmunosupresión, uso de anticonceptivos orales (ACO), déficit nutricional, tabaquismo y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) suelen ser aspectos tomados en cuenta. (11)

6. Etiología

“Parece existir una asociación entre un agente infeccioso transmitido sexualmente que actúa sobre el epitelio metaplásico o zona de transformación, produciendo alteración en la madurez celular del epitelio, la mujer desde su vida intrauterina presenta constantes modificaciones del epitelio cérvico-vaginal el cual está conformado por epitelio escamoso y epitelio cilíndrico o columnar; el sitio de unión de estos epitelios es conocido como Unión Escamo-Columnar o Escamo-Cilíndrica. Es en esta unión y en la zona de transformación donde presumiblemente actúan los

agentes con potencial carcinogénico dando origen a la metaplasia atípica, Lesiones Intraepiteliales Cervicales y carcinomas invasivos”.

En la etapa gestacional, antes del quinto mes, la vagina y el exocervix están cubiertos por epitelio cilíndrico, posteriormente el epitelio escamoso sustituye al epitelio cilíndrico en la vagina y el exocervix. A lo largo de la adolescencia como en el primer embarazo el epitelio escamoso reemplaza al epitelio cilíndrico, dándose una metaplasia formándose una nueva unión escamo-columnar, la cual está más próxima al orificio cervical externo, esta nueva unión escamocolumnar es llamada zona de transformación, y es más susceptible a agentes carcinogénicos transmitidos sexualmente. Los agentes que se encuentran relacionados son VPH, trichomonas, clamidia, y ADN del espermatozoide. (12)

En varios estudios se ha encontrado que posterior a una infección por VPH muchos individuos guardan el virus por períodos variables y estos no desarrollan signos clínicos o síntomas. Los cambios morfológicos que se producen en las células epiteliales durante la infección por el VPH están relacionados con la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC-1). Muchas de estas lesiones realizaran regresión espontanea, pero una pequeña proporción progresará a NIC de alto grado, es decir, NIC II y NIC III, y estas eventualmente desarrollaran un cáncer invasivo. Se estima que se requieren 4 a 5 años para la transición NIC-1 a NIC III, 9 a 10 años de NIC -III a carcinoma invasivo subclínico y 4 a 5 años de invasivo subclínico a cáncer invasivo sintomático. (12)

7. Virus del papiloma humano (VPH)

En los lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y mama, del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), se encuentra que “el VPH es un ADN virus, que infecta tejidos específicos, es de alta prevalencia y fácil transmisión”. Se estima que entre un 50% a un 80% de las mujeres sexualmente activas se infectan con el VPH al menos una vez en la vida. Existen cerca de 30 tipos de VPH y, se transmiten por medio del contacto sexual. Cada tipo tiene un número

por "nombre", según el orden en el que se descubrieron, y están divididos en dos grupos. (2)

7.1 VPH de bajo riesgo

Existen, unos 12 tipos del VPH llamados de "bajo riesgo" porque no pueden causar cáncer cervical. No obstante, pueden causar verrugas genitales o cambios diminutos en el cuello uterino. A estos tipos de bajo riesgo se les conoce por los números 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73 y 81. Los tipos 6 y 11 (a los que se asocia con cerca del 90% de las verrugas genitales) son los más comunes. (4)

7.2 VPH de alto riesgo

Hay más de una docena de tipos de VPH de "alto riesgo" que pueden causar que se formen células anormales en el cuello uterino. Estos cambios celulares anormales se pueden convertir paulatinamente en cáncer cervical si no se remueven. A los 13 tipos de VPH de alto grado que causan la mayor preocupación se les conoce por los números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, ya que causan el 70% de los cánceres cervicales. (13)

En un estudio del Instituto Nacional del Cáncer se halló que cerca del 10 por ciento de las mujeres con el tipo 16 o 18 del VPH desarrolló la enfermedad cervical precancerosa avanzada (NIC 3) en un lapso de 3 años (comparado al 4% de mujeres con cualquier tipo de VPH), y un 20% lo desarrolló en 10 años (comparado con 7%).

8. Factores de riesgo gineco obstétricos

Son una condición o alteración genética y biológica que aumenta la posibilidad, de la mujer de desarrollar una enfermedad o cambio anormal del útero y cérvix provocando lesiones en los tejidos; siendo los más frecuentes los siguientes.

8.1 Edad

La prevalencia de lesiones intraepiteliales ocurre en el grupo de edad entre los 20-40 años con una máxima incidencia a los 30 años de edad. El tiempo para que una lesión pre invasiva pase a invasiva se ha calculado entre 3 a 10 años. El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 40 años de edad ya que concuerda con el tiempo en el que la mujer es sexualmente activa. (11)

8.2 Infecciones de transmisión sexual

Las ITS son un grupo heterogéneo de patologías transmisibles las cuales el principal elemento en común es la relación sexual-genital o prácticas sexuales vaginales, anales y orales, receptivas e insertivas como mecanismo de transmisión. El VPH es considerado de transmisión sexual.

se ha demostrado que la infección por el papiloma virus humano es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cérvico uterino. Las mujeres con infección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (VHS-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones. (11)

8.3 Inicio de relaciones sexuales a temprana edad

Actualmente, se acepta como factor de riesgo elevado de padecer lesiones pre malignas, y cáncer de cuello uterino, el inicio de relaciones sexuales en adolescentes por la susceptibilidad del epitelio de metaplasia escamosa inmadura, por ser más delgado y frágil. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión Intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. (14)

8.4 Tabaquismo

Las mujeres que fuman tienen el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de sufrir cáncer cérvico uterino. Algunos de los productos del tabaco se acumulan en la mucosidad cervical, dañando el sistema inmunológico, haciendo que este sea menos eficiente en combatir las infecciones como el VPH y perjudicando el ADN de las células del cuello uterino, pudiendo contribuir al origen del cáncer cervical. (2)

8.5 Multiparidad

Existe una asociación positiva entre la persistencia del VPH y los niveles altos de estrógenos que se observan durante los embarazos, se pueden desarrollar más las lesiones intraepiteliales debido a los múltiples partos. Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de la nulípara de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. (2)

9. Manifestaciones clínicas

Por lo general las manifestaciones clínicas de las lesiones intraepiteliales no se presentan, pero dentro de las más comunes se encuentran: secreciones vaginales anormales, dispareunia, hemorragia uterina anormal (HUA). y se caracteriza por hacerse diagnóstico por medio de examen físico ginecológico. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) o NIC I se observan lesiones en las cuales hasta un tercio del epitelio está ocupada por células displásicas. Estas lesiones frecuentemente son visibles a la inspección visual con ácido acético. (15)

Las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG) ó NIC II y III, se identifican cuando las cuales las células displásicas ocupan más de una tercera parte de la profundidad del epitelio cervical. Cuando se aplica el ácido acético al cérvix se

absorbe más que las lesiones de bajo grado, lo cual resulta en lesiones acetoblancas claramente visibles. (15)

El cáncer cervicouterino es la neoplasia maligna más frecuente en la rama de la ginecología. La mayoría de estas neoplasias provienen de la infección por el virus del papiloma humano, además hay más factores propios de cada paciente que influyen en la progresión de la neoplasia después de la infección inicial. En comparación con otras neoplasias malignas ginecológicas, el cáncer cervicouterino evoluciona en una población de mujeres más jóvenes. Por tanto, su detección con pruebas de Papanicolaou casi siempre empieza en la adolescencia o en la juventud. (1)

inicialmente, la mayoría de los cánceres son asintomáticos, aunque los síntomas del cáncer cervicouterino avanzado incluyen hemorragia, secreción acuosa y signos de compresión venosa, linfática neural o ureteral relacionada. El diagnóstico de cáncer cervicouterino la mayoría de veces se establece después de la evaluación histológica de las muestras que se obtienen durante una colposcopia o biopsia de un cuello uterino anormal macroscópicamente. (1)

El tratamiento varía y casi siempre depende de la estadificación. En general, la enfermedad en etapas tempranas se erradica de manera eficaz por métodos quirúrgicos, ya sea conización o histerectomía radical. Sin embargo, en la enfermedad avanzada, la primera opción es quimioterapia y radiación. Como es de esperar, la progresión de la enfermedad difiere con la etapa tumoral y ésta es el indicador más importante de supervivencia a largo plazo. Las mujeres con enfermedad en etapa I casi siempre tienen índices altos de supervivencia y bajos de recurrencia, mientras que aquellas con enfermedad avanzada tienen un pronóstico más pobre a largo plazo. (1)

10. Incidencia

A nivel mundial es frecuente el cáncer cervicouterino; ocupa el tercer lugar entre todas las neoplasias malignas en las mujeres. Se estima que en 2008 se identificaron 529 000 casos nuevos en todo el mundo y se registraron 275 000 muertes. En

general, las incidencias más altas se encuentran en países en vías de desarrollo, y estas naciones contribuyen con 85% a los casos reportados cada año. Los países con ventajas económicas tienen índices mucho menores de cáncer cervicouterino y sólo contribuyen con 3.6% de los casos nuevos. Esta disparidad en la incidencia resalta los éxitos alcanzados con los programas para detección del cáncer cervicouterino en los que se realizan frotis de Papanicolaou en forma regular. (1)

En Estados Unidos, dicha neoplasia representa el tercer tipo cáncer ginecológico más frecuente y la onceava neoplasia maligna sólida en las mujeres. En ese país, el riesgo es de uno en 147 durante toda la vida de desarrollar dicho tumor. (1)

11. Riesgos

Entre estos tenemos los riesgos demográficos y los riesgos de comportamiento que también se vinculan con la neoplasia cervicouterina maligna. La mayor parte de los cánceres cervicouterinos se originan de células infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), que se transmite por contacto sexual. Como sucede con la neoplasia intraepitelial cervical, el primer coito a edad temprana, las múltiples parejas sexuales y la paridad elevada se relacionan con incidencia mucho mayor de esta neoplasia. Las fumadoras tienen mayor riesgo, aunque no se conoce el mecanismo en el que este actúa. El mayor riesgo para el cáncer cervicouterino es la falta de detección regular con frotis de Papanicolaou. (1)

12. Fisiopatología

El cáncer epidermoide cervicouterino mayormente se origina en la unión escamocolumnar a partir de una lesión displásica previa, que en la mayor parte de los casos sigue a la infección con VPH. Aunque la mayoría de las jóvenes elimina pronto este virus, aquellas con infección persistente pueden desarrollar enfermedad cervicouterina displásica preinvasora. En general, la progresión de displasia a cáncer invasor requiere varios años, pero existen variaciones amplias. Las alteraciones moleculares implicadas en la carcinogénesis cervicouterina son complejas y no se comprenden por completo. Ha sido difícil descubrir estos fenómenos moleculares

comunes adicionales y los estudios demuestran una gran heterogeneidad. Por consiguiente, se sospecha que la oncogénesis se debe a efectos interactivos entre agresiones ambientales, inmunidad del hospedador y variaciones genómicas en las células somáticas. (1)

El virus del papiloma humano tiene una función importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Hay más evidencia sugestiva de que las oncoproteínas de HPV pueden ser un componente crucial de la proliferación cancerosa continua. A diferencia de los serotipos de bajo riesgo, los serotipos oncógenos de HPV pueden integrarse en el genoma humano. Como resultado, con la infección, las proteínas de replicación temprana del HPV oncógeno, E1 y E2, permiten al virus replicarse dentro de las células del cuello uterino. Tales proteínas se expresan en concentraciones altas en etapas tempranas de la infección. Pueden inducir cambios citológicos que se detectan como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad en las pruebas de Papanicolaou. (1)

13. Tipos Histológicos

13.1 Cáncer epidermoide

Este es el tipo de cancer más predominante, comprende 75% de todos los cánceres cervicouterinos y se origina en el ectocérvix. En los últimos 30 años ha habido un descenso en la incidencia de cánceres epidermoides y aumento en la de adenocarcinomas cervicouterinos. Tales cambios se atribuyen a un mejor método de detección para lesiones escamosas tempranas del cuello uterino y al aumento en la prevalencia de VPH. (1)

13.2 Adenocarcinomas

Los adenocarcinomas comprenden 20 a 25% de los cánceres de cuello uterino y se originan en las células glandulares endocervicales productoras de moco. Por su origen dentro del endocérvix, los adenocarcinomas a menudo permanecen ocultos y

es posible que estén avanzados antes de que haya evidencia clínica de su presencia. Durante la exploración física a menudo confieren al cuello uterino forma de barril palpable. (1)

13.3 Carcinomas cervicales mixtos

Estas neoplasias cervicouterinas malignas son raras. Los adenocarcinomas adenoescamosos no difieren mucho de los del cuello uterino. El componente escamoso está poco diferenciado y poco queratinizado. El carcinoma de células vidriosas describe una forma de carcinoma adenoescamoso poco diferenciado en el que las células tienen citoplasma con apariencia de vidrio molido y un núcleo prominente con nucléolos redondeados. (1)

13.4 Tumores neuroendocrinos del cuello uterino

Estas neoplasias malignas son raras e incluyen tumores de células grandes y células pequeñas del cuello uterino. Los tumores neuroendocrinos son muy agresivos e incluso los cánceres en etapa temprana tienen un índice relativamente bajo de supervivencia libre de enfermedad a pesar del tratamiento con histerectomía radical y quimioterapia adyuvante. (1)

14. Diagnostico

14.1 Síntomas

La mayoría de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino son asintomáticas. Sin embargo, para aquellas con síntomas, el cáncer cervicouterino en etapa temprana puede causar secreción vaginal acuosa teñida con sangre. También puede haber hemorragia vaginal intermitente después del coito o duchas. Conforme crece el tumor maligno, la hemorragia casi siempre se intensifica y en ocasiones la paciente se presenta a la sala de urgencias con hemorragia incontrolable en el lecho tumoral. (1)

14.2 Exploración física

La mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino tiene resultados normales en la exploración física general. Sin embargo, en caso de enfermedad avanzada, el crecimiento de ganglios supraclaviculares o inguinales, edema de extremidades inferiores, ascitis o disminución de ruidos respiratorios en la auscultación pulmonar podrían indicar metástasis. (1)

14.3 Frotis de Papanicolaou

La valoración histológica de la biopsia cervicouterina es la herramienta más utilizada para diagnosticar cáncer cervicouterino. Aunque los frotis de Papanicolaou se realizan muy a menudo para detectar la presencia de este tumor, éstos no siempre detectan el cáncer. En particular, dicha prueba tuvo sólo una sensibilidad de 55 a 80% para detectar lesiones de alta malignidad en cualquier prueba determinada. Por tanto, el poder preventivo del frotis de Papanicolaou radica en la detección en serie. Además, en mujeres con cáncer cervicouterino en etapa I, sólo 30 a 50% de los frotis citológicos individuales obtenidos se leen como positivos para cáncer. Siempre que sea posible se deben obtener biopsias de la periferia del tumor incluido el estroma subyacente para poder diagnosticar invasión en caso de que exista. (1)

14.4 Estadificación

La estadificación de los cánceres cervicouterinos es clínica. Los componentes permitidos para la estadificación son la conización con crio bisturí, la exploración pélvica bajo anestesia, cistoscopia, proctoscopia, pielografía intravenosa (se puede utilizar esta porción de la tomografía computarizada [CT]) y radiografía de tórax. El edema ampoloso no basta para el diagnóstico de cáncer vesical; para esto se necesita una biopsia. La extensión hacia los ganglios linfáticos no modifica el estadio. El sistema de estadificación que se utiliza ampliamente para el cáncer cervicouterino es el que diseñó la Federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Union Against Cancer (IUAC). (1) La estadificación del cáncer cervicouterino diseñada por el FIGO se detalla en Anexo 2.

15. Tratamiento

Las opciones de tratamiento del cáncer invasivo son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Estos tratamientos también pueden ser usados en conjunto. La cirugía consiste en retirar diversas cantidades de tejido del área con cáncer y sus alrededores. Esta sería una opción para las mujeres en etapas iniciales de cáncer cervicouterino (16).

Existen tres tipos de cirugía para el cáncer invasivo:

- La biopsia de cono: quitar un área del cérvix en forma de cono
- La histerectomía simple: quitar el útero, removiendo menos tejido
- La histerectomía radical: quitar tejido en los bordes del útero y, a menudo, nódulos linfáticos en la pelvis y los alrededores.

Los tubos y ovarios usualmente no se quitan a menos que parezcan anormales. La histerectomía no es en general un modo apropiado para tratar el pre-cáncer. Después de una histerectomía, sea simple o radical, la mujer ya no tendrá períodos menstruales y no podrá embarazarse. Es común que la mujer se sienta cansada o débil, o que sienta dolor y malestar durante los primeros días después de la cirugía. La mayoría de las mujeres regresan a sus actividades normales después de 4 a 8 semanas después de la cirugía (16).

La radioterapia usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Es una opción para mujeres en cualquier etapa de cáncer cervicouterino. Esta terapia puede usarse también después de cirugía para destruir cualquier célula cancerosa que pudiera haber quedado en el área (16).

Las mujeres con cáncer que se extiende más allá del cérvix pueden recibir radioterapia y quimioterapia. La radioterapia no causa dolor, pero sí puede causar efectos secundarios que se pueden tratar o controlar. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen cuando termina el tratamiento (16).

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Generalmente, se combina con radioterapia. Cuando el cáncer se ha extendido a

otros órganos, la quimioterapia puede usarse sola. La mayoría de los fármacos para el cáncer cervicouterino se inyectan en la vena (16).

Algunos fármacos pueden tomarse oralmente. Casi todas las mujeres reciben la quimioterapia en una clínica o en el consultorio del médico. Algunas mujeres pueden necesitar permanecer en el hospital para el tratamiento. Los efectos secundarios dependen principalmente de los fármacos que se usen y de la dosis. Muchos de estos pueden ser controlados. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen cuando termina el tratamiento (16). El tratamiento se adecua dependiendo la etapa en la que se encuentra el cáncer cervicouterino, este tratamiento puede incluir métodos quirúrgicos y no quirúrgicos, el tratamiento según su etapa de evolución se detalla en Anexo 3. (1)

Capítulo III. Metodología de la investigación

A. Enfoque y tipo de investigación

La investigación se realizó con enfoque cuantitativo, observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva. Se clasifico como **cuantitativa** ya que consiste en la recolección de datos para su medición numérica y análisis estadístico, que permitio definir, limitar y conocer las variables. Por consiguiente, se explicaron los resultados de las variables e indicadores a fin de compararlas con la teoría.

Se clasifico como **observacional**, ya que los investigadores recabaron los datos de los fenómenos que se estudiaron, pero sin llevar a cabo maniobras que modificaran alguna variable (17), y sin intervenciones que influyan en alguna de ellas.

Se clasifico como **descriptivo**, debido a que este tipo de estudios busca especificar propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (18). Su finalidad fue la recolección de datos para describir la situación bajo el estudio de investigación, sin manipulación de variables.

Transversal, debido a que se estudió a una población en un momento establecido previamente, y no hubo seguimiento de estos (18). La medición de todas las variables se realizó en un periodo único y determinado de tiempo.

De igual forma, fue de tipo **Retrospectivo**, ya que los investigadores abordaron un grupo de sujetos en quienes ya sucedió el desenlace y analizaron las variables que lo rodean. Son estudios que van del efecto a la causa, ya que el estudio se llevó a cabo en un tiempo posterior a los hechos (17).

Es por lo que en esta investigación se seleccionó como población a mujeres que fueron diagnosticadas con lesión escamosa intraepitelial, en el periodo de enero a diciembre del año 2021, por lo tanto, el diagnóstico fue realizado antes de iniciar el estudio, y se indagó si estuvieron expuestas a los factores de riesgo.

B. Sujetos y objeto de estudio

Unidades de análisis

En este apartado se describió las características propias del conglomerado de sujetos, objetos y/o grupos hacia los cuales se orientó la investigación; es decir a la totalidad de elementos que fueron objeto de estudio; de igual manera, se definieron los criterios de inclusión y exclusión demandados por la investigación. Cuando no sea factible investigar a toda la población, se puede hacer el estudio con una parte representativa de esta, denominada muestra, se explicó bajo qué criterios se determinó el tamaño de ésta, describiendo el procedimiento aplicado para la selección de cada uno de los sujetos u objetos que conformaron la muestra (18).

Población: pacientes femeninas en edad reproductiva, entre 18 a 45 años, a quienes se les brindó consulta ginecológica preventiva, entre enero a diciembre de 2021, con toma de citología cérvico- vaginal.

Unidades de análisis: mujeres en edad reproductiva atendidas en la UCSF de San Antonio Abad, que cumplieron los siguientes criterios de evaluación:

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad reproductiva, entre los 18 a 45 años.
- Mujeres que hayan iniciado actividad sexual.
- Con reporte de citología realizada entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.
- Resultado de citología con lesión escamosa intraepitelial (LEIBG y LEIAG).

Criterios de exclusión:

- Pacientes con datos incompletos en expediente o en libro de registro de citología vaginal.
- Pacientes con reporte normal, inflamación, atrofia, ASCUS, ASCH y carcinoma.
- Pacientes con diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales en años previos a este estudio.

Muestra y muestreo: Para el año 2021 se registró en el libro de censo diario de papanicolaou (PAP) un total de 1,231 citologías cérvico vaginales, con reporte de diversos diagnósticos citológicos. Para este estudio se recolectaron los datos de todas las pacientes que cumplían con los criterios de evaluación antes planteados, haciendo uso de la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que uno de los criterios principales de selección fue el diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial.

El procedimiento de elección de las pacientes se basó en los criterios de inclusión y exclusión, y se revisó el expediente médico de las pacientes para determinar si podían ser incluidas en esta investigación.

C. Variables e indicadores

Las variables e indicadores del presente estudio se detallan en el anexo 4.

D. Técnicas, materiales e instrumentos

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la observación, mediante la revisión de libro de censo diario de PAP y expediente clínico de cada paciente, en control en la UCSF San Antonio Abad.

El instrumento de recolección de datos fue una ficha de observación (Anexo 5), que se utilizó para el vaciado de los datos recabados durante el proceso de observación. Dicha ficha de observación consto de 25 ítems, que abordaba las variables e indicadores detalladas en la matriz de congruencia.

La ficha de observación se estructuro en los siguientes apartados:

1. Datos generales de la paciente
2. Reporte de PAP: Donde se capturó el diagnóstico reportado por el último PAP.
3. Características de las pacientes: incluía 14 ítems, que incluyó las características sociodemográficas y antecedentes.
4. Signos y síntomas: 4 ítems.
5. Factores de riesgo: con 7 ítems.

El proceso de recolección de datos se realizó implementando los siguientes:

1. Envío de anteproyecto al Comité de Ética de la Universidad Evangélica de El Salvador, para validación del cumplimiento de las normas éticas, protección de los datos y resguardo de la información.
2. Solicitud de autorización a director de UCSF San Antonio Abad y región metropolitana de salud, con el propósito de gestionar la autorización de revisión de expedientes clínicos y censo.
3. Al obtener las autorizaciones respectivas, se realizó la revisión del libro de censo diario de PAP, expedientes clínicos y registro de atenciones a las usuarias, con el propósito de filtrar los registros de mujeres quienes cumplieron con los criterios de evaluación.

4. Vaciado de datos en las fichas de observación.
5. Una vez recopilados los datos, se realizó la matriz o base de datos, que fue el insumo del análisis estadístico de la información.

E. Procesamiento de datos

La información recolectada se codificó y tabuló por medio de la elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Excel 2019. Posterior a esto, se realizó el análisis de la información haciendo uso de estadística descriptiva, haciendo uso de distribución de frecuencia y porcentajes, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de forma y de posición.

Luego del análisis estadístico univariado, se realizaron tablas y gráficas para presentar de una manera óptima la información, que permita comprender mejor el comportamiento de las variables. Las tablas y gráficas se elaboraron por medio del programa Microsoft Excel 2019.

F. Aspectos Éticos

Para garantizar la protección de los participantes de este estudio, la presente investigación se basó en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

La extracción de datos se dio bajo el aval de las autoridades de la Región metropolitana de salud y UCSF San Antonio Abad, el anteproyecto se presentó ante el comité de ética de la universidad y la información obtenida fue de carácter confidencial.

El equipo de investigación se comprometió a no revelar los datos personales de las pacientes seleccionadas para el estudio. Además, se cumplió de forma estricta todos los principios éticos desde el inicio, hasta la presentación de los resultados en el presente estudio.

La información obtenida no se utilizó para dañar o poner en riesgo la integridad física y emocional del encuestado, solamente se empleó con fines académicos, se

resguardo y se mantuvo el anonimato y confidencialidad. Los datos recolectados son resguardados por el equipo investigador durante dos años, y posteriormente serán eliminados tanto las fichas de observación completadas, bases de datos y documentos de tabulación de estos.

I. Estrategias de utilización de resultados

Los resultados obtenidos a partir de esta investigación han sido utilizados de la siguiente manera:

- Dar a conocer a las pacientes de la UCSF de San Antonio Abad los resultados de la investigación a fin de realizar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Se entregó una copia del informe final y artículo de investigación al director de la UCSF de San Antonio Abad, para que sea presentado también en la región del MINSAL.
- Se proporcionó a la biblioteca central de la UEES una copia del documento impreso y digital, para que esté disponible para la comunidad universitaria, e impulse el conocimiento científico en torno a la salud sexual y reproductiva de mujeres salvadoreñas.
- Se elaboró un artículo científico para ser publicado en algún medio de comunicación científica y/o académica.

Capítulo IV. Análisis de la información

A. Análisis de datos

En el capítulo IV se detallan los datos obtenidos a través de la ficha de observación, con la revisión del libro de censos diario de PAP y expedientes clínicos de cada control realizado. Los datos se procesaron haciendo uso del programa Microsoft Excel 2019, para posteriormente presentar la información haciendo uso de tablas y gráficas, de acuerdo con las variables de interés del presente estudio.

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de los datos recopilados de 44 pacientes, quienes cumplieron los criterios de inclusión detallados en el capítulo III:

1. Prevalencia de lesiones de alto y bajo grado de cuello uterino.

Durante el año 2021 se registró en el libro de censo diario de papanicolaou (PAP), de la Unidad de salud San Antonio Abad, un total de 1,231 citologías cérvico vaginales, cada una con reporte citológico de diversos diagnósticos.

El procedimiento de elección de las pacientes se basó en los criterios de inclusión y exclusión, mencionados anteriormente, y se revisó el expediente médico de las pacientes para determinar si podían ser incluidas en esta investigación.

Mediante el uso de la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, se recolectaron los datos de todas las pacientes que cumplieran con los criterios de evaluación antes planteados, de las cuales 44 cumplieron dichos criterios con diagnóstico de lesión intraepitelial cervical. 40 de ellas con diagnóstico de Lesión intraepitelial de bajo grado y 4 de ellas con diagnóstico de Lesión intraepitelial de alto grado.

Tabla 1. Prevalencia de lesiones en cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.

	Frecuencia	Prevalencia
Lesiones de bajo grado	40	3.25%
Lesiones de alto grado	4	0.32%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se observa la prevalencia de lesiones del cuello uterino. Se evidencia que el LEI de bajo grado es de mayor prevalencia dentro de la población estudiada con un 3.25% y solamente un 0.32% presento LEI de alto grado.

Tabla 2. Clasificación de LEI en pacientes de UCSF San Antonio Abad, 2021.

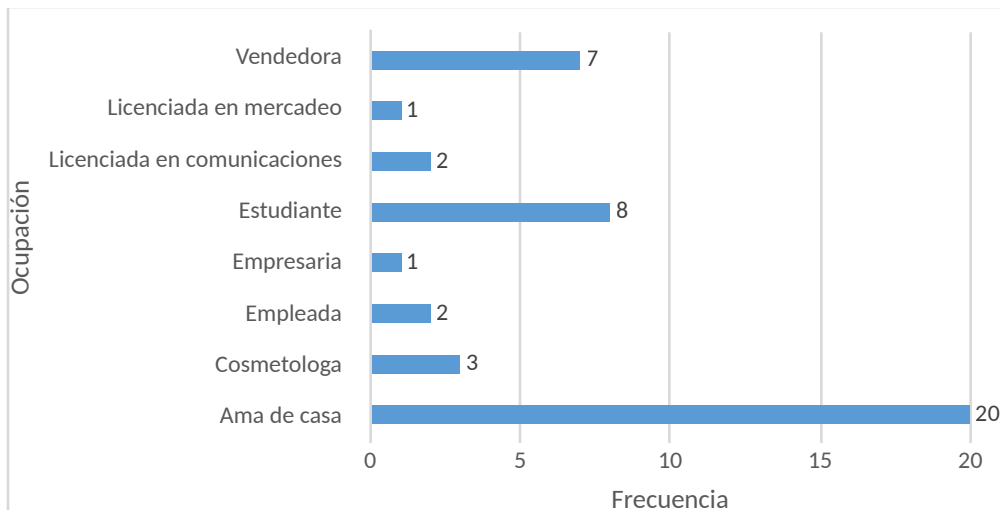
	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones de bajo grado	40	90.9%
Lesiones de alto grado	4	9.09%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se observa la clasificación de las lesiones intraepiteliales diagnosticadas en las pacientes de la unidad de salud San Antonio Abad, durante el 2021. Se evidencia que el LEI de bajo grado es de mayor frecuencia dentro de la población estudiada con un 90.9% y solamente un 9.09% presento LEI de alto grado.

2. Caracterización de la población en estudio

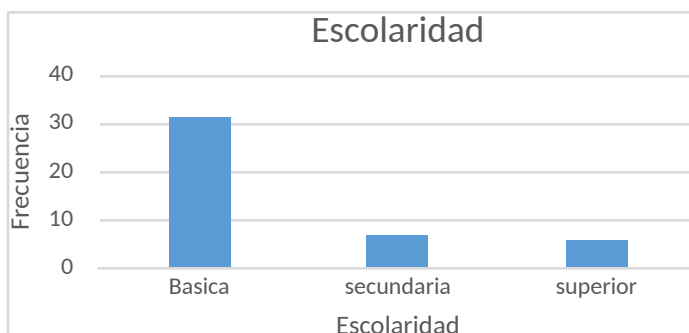
Grafica N°1. Ocupación de las pacientes con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 1 representa la ocupación de la muestra total de 44 mujeres. Se evidencia que la mayoría de ellas son ama de casa, seguido de estudiantes y vendedoras formales e informales.

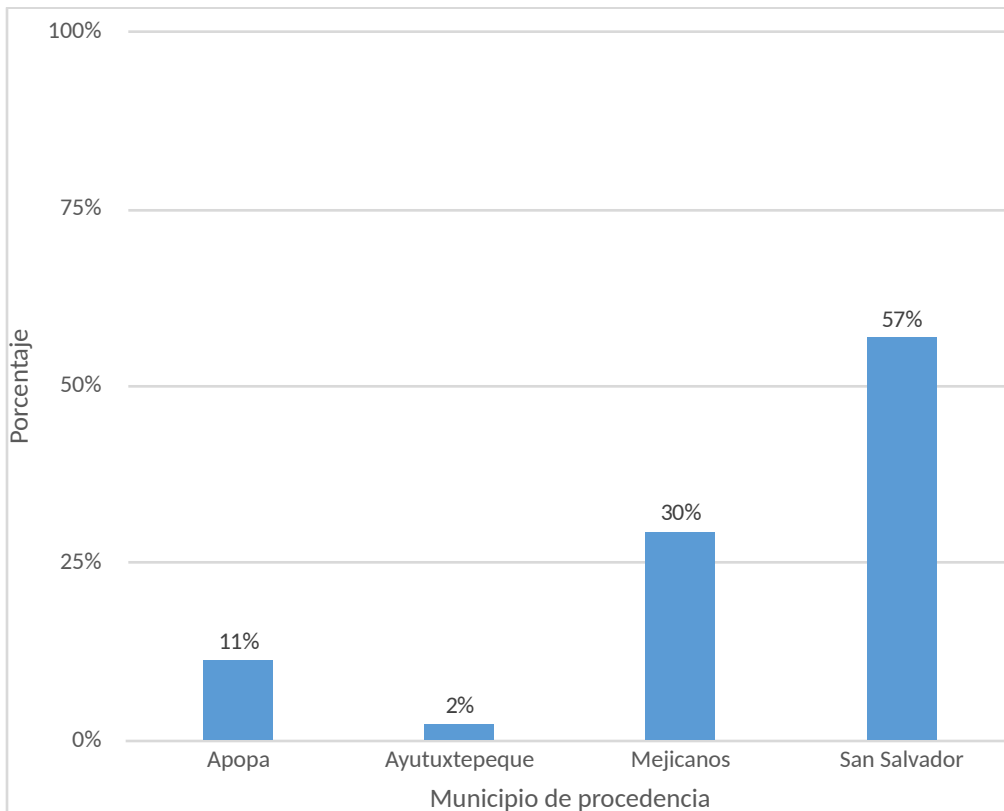
Grafica N°2. Escolaridad de mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 2 se muestra la escolaridad de las mujeres con lesiones cervicales. Se observa que 31 mujeres cursaron hasta el nivel básico, 6 hasta secundaria y 6 estudios universitarios. Solo una paciente contaba con estudios hasta la secundaria.

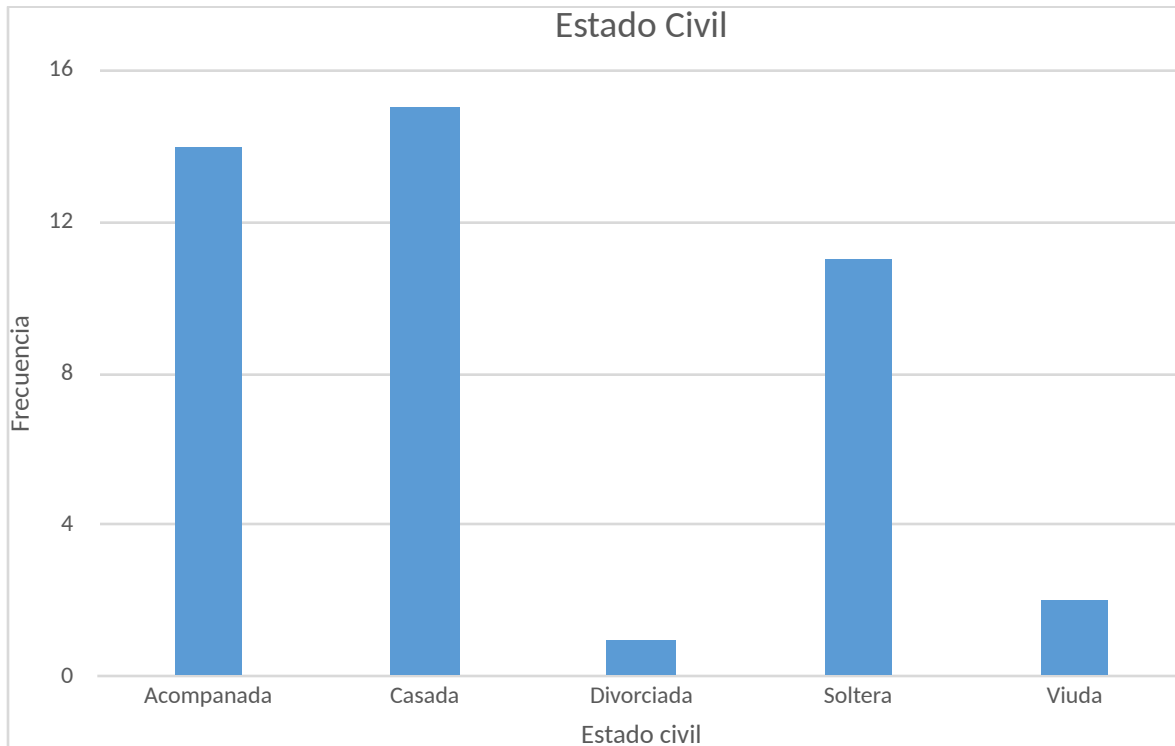
Grafica N°3. Procedencia de mujeres con lesión de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 3 se presenta la procedencia de la muestra total de 44 mujeres, donde se observa que la mayoría ellas son originarias de San Salvador (56.82%), seguido de Mejicanos (29.55%) y Apopa (11.36%).

Grafica N°4. Estado Civil de mujeres con lesión de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 4 se evidencia que la mayoría de las pacientes con lesión cervical están casadas o acompañadas, seguido de mujeres solteras. Solo un pequeño porcentaje de mujeres divorciadas o viudas presentó lesiones de cuello uterino durante 2021.

Grafica N°5. Esterilización quirúrgica en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 5 representa el antecedente de esterilización quirúrgica en mujeres con lesiones de cuello uterino, en la que se observa que el 31.36% de ellas no estaban esterilizadas y 38.64% de ellas si lo estaban al momento de la toma de PAP.

Tabla 3. Inspección con ácido acético en pacientes con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.

Inspección con ácido acético	Frecuencia
SI	0
NO	44

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 evidencia el hallazgo de la inspección con ácido acético en las pacientes que conformaron la muestra. Se observa que el 100% de las mujeres incluidas en el presente estudio no fueron evaluadas mediante esta técnica.

Tabla 4. Estado de gestación en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.

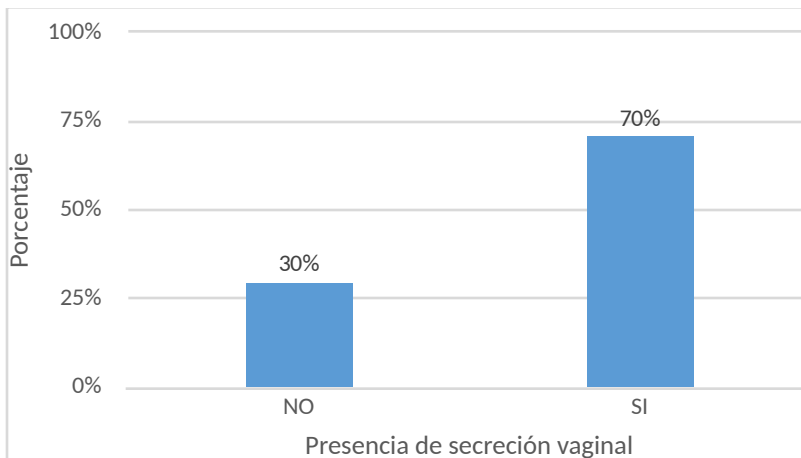
Mujeres gestantes	Frecuencia
SI	0
NO	44

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 muestra que ninguna de las pacientes que se incluyeron en esta investigación, se encontraban embarazadas al momento de la prueba de tamizaje.

3. Principales síntomas y manifestaciones clínicas de la población en estudio

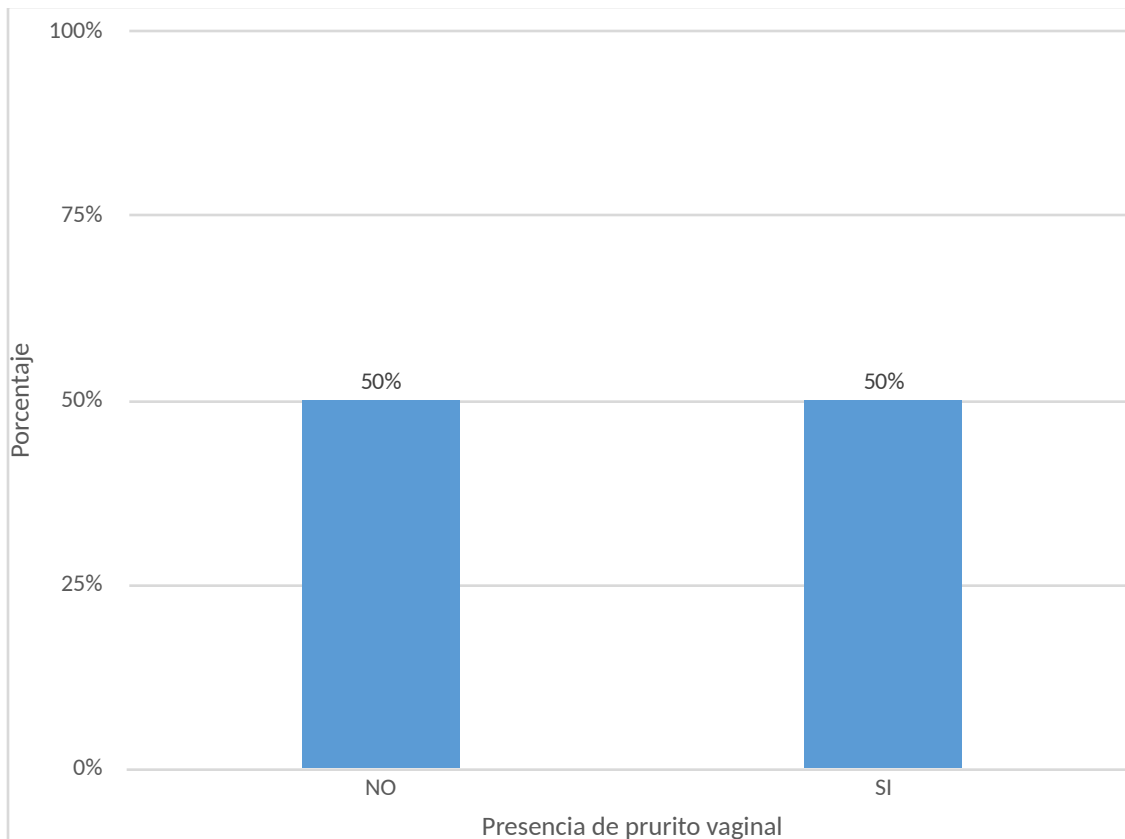
Grafica N°6. Presencia de secreción vaginal en pacientes con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021



Fuente: Elaboración propia

La grafica 6 representa la presencia o no del síntoma secreción vaginal, en el total de mujeres en estudio. Se observó que la mayoría de ellas presentó secreción vaginal al momento del PAP (70.45%) y que un porcentaje menor no lo presentó (29.55%).

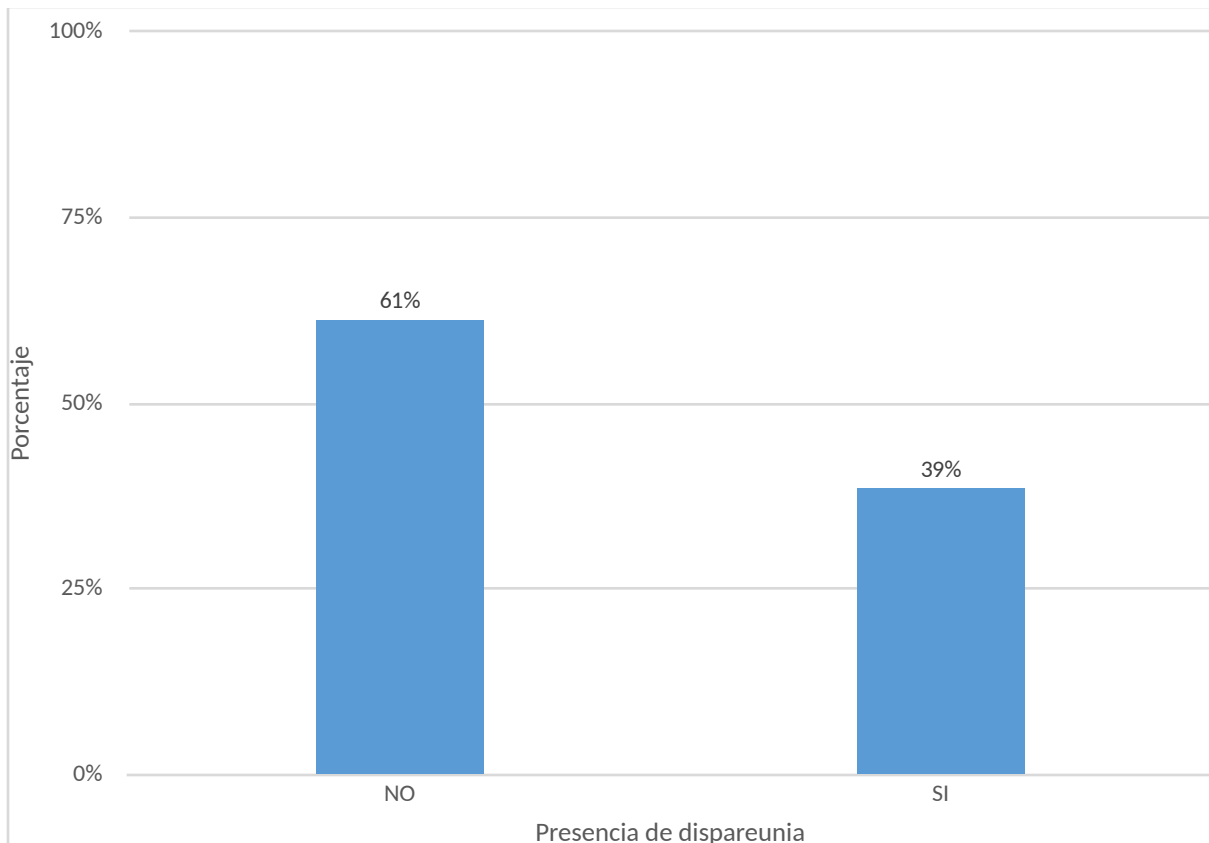
Grafica N°7. Prurito vaginal en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 7 se observa la presencia o no del síntoma “prurito vaginal” de la muestra total de 44 mujeres, donde se observa que para esta variable no se presentaron diferencias significativas. Igual cantidad de pacientes manifestaron durante su consulta presentar prurito vaginal o no (50%).

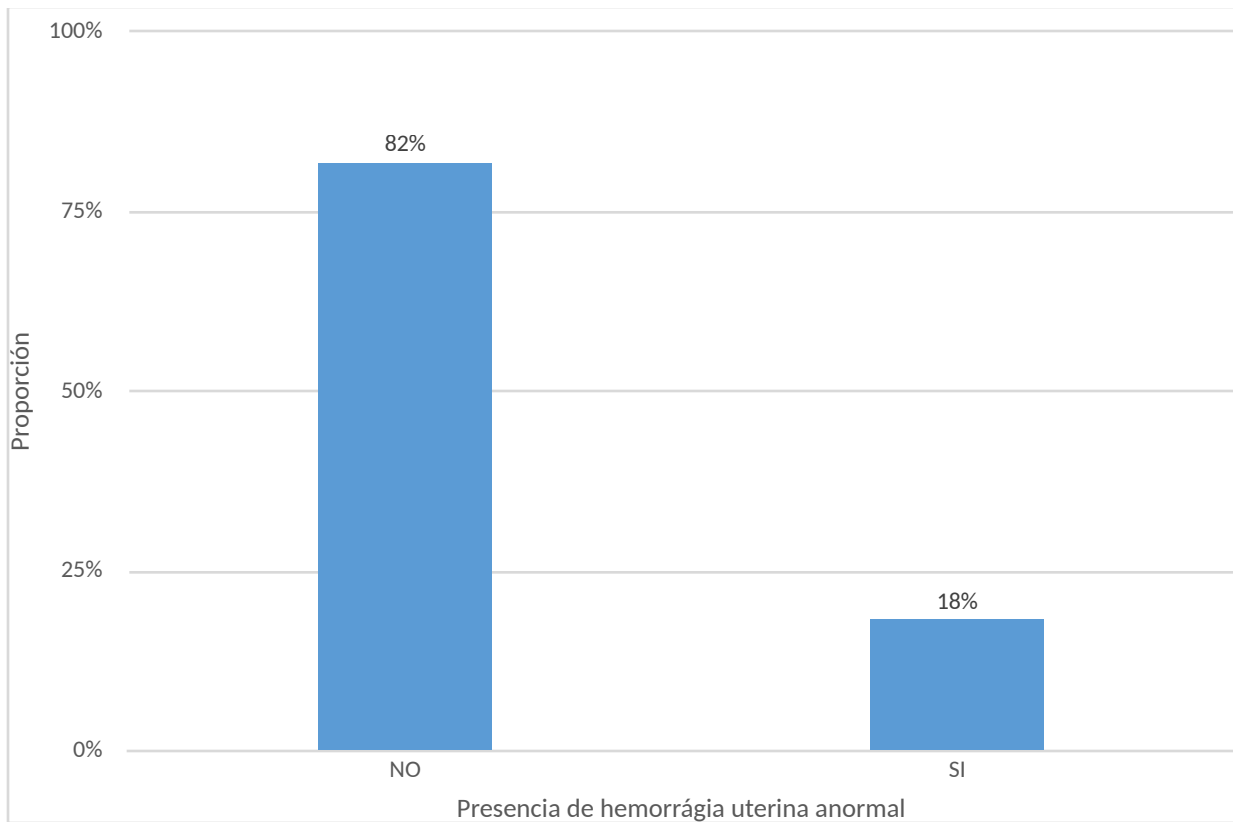
Gráfica N°8. Dispareunia en pacientes con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 8 muestra la presencia o no del síntoma “dispareunia” entre las mujeres que conformaron la muestra de este estudio, donde se observa que la mayoría de las pacientes manifestó durante su consulta que no presentaba dispareunia (61.36%).

Grafica N°9. Hemorragia uterina anormal en pacientes con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.

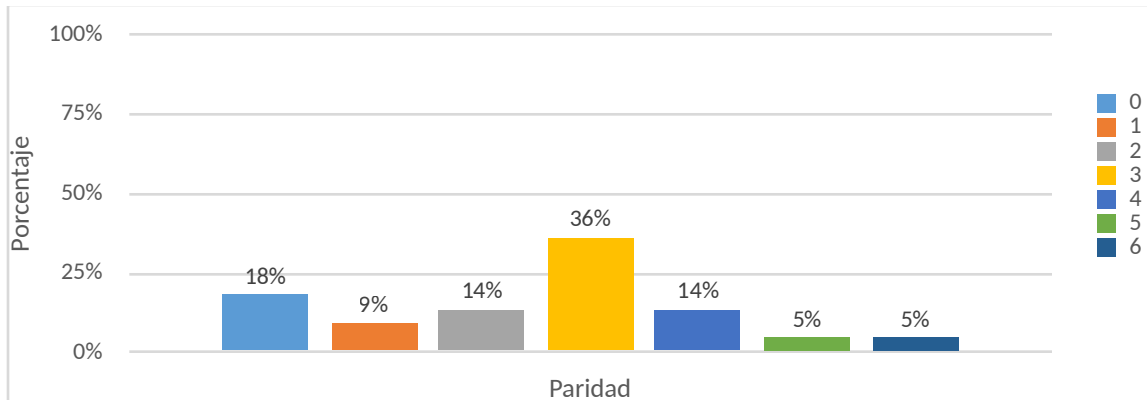


Fuente: Elaboración propia

La grafica N 9 representa la presencia o no del síntoma “hemorragia uterina anormal” de la muestra total de 44 mujeres, donde se evidencia que la mayoría de ellas no presentaron este síntoma (81.82%).

4. Factores que intervienen en el desarrollo de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado

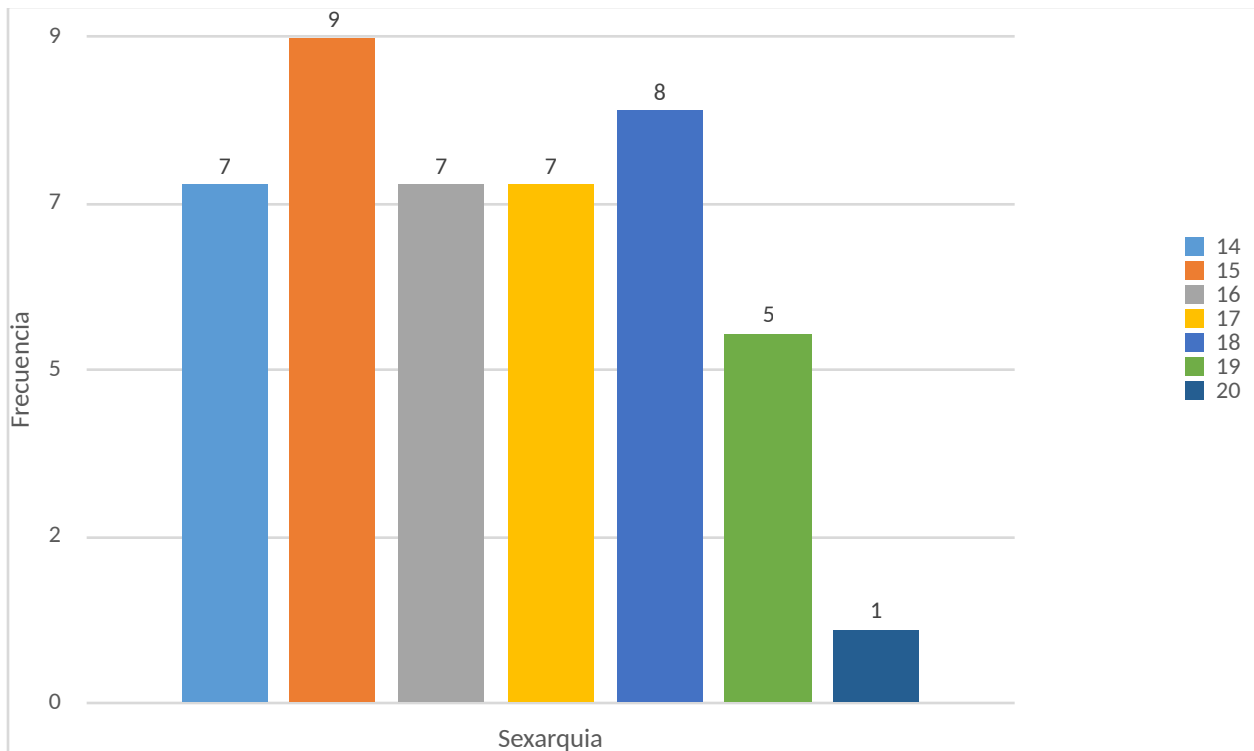
Grafica N°10. Paridad de mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 10 muestra la paridad de las pacientes con lesiones cervicales, donde se observa que el 36.36% de las mujeres han tenido 3 hijos, el 18.18% son nulíparas y en igual proporción (13.64%) mujeres con 2 y 4 hijos respectivamente.

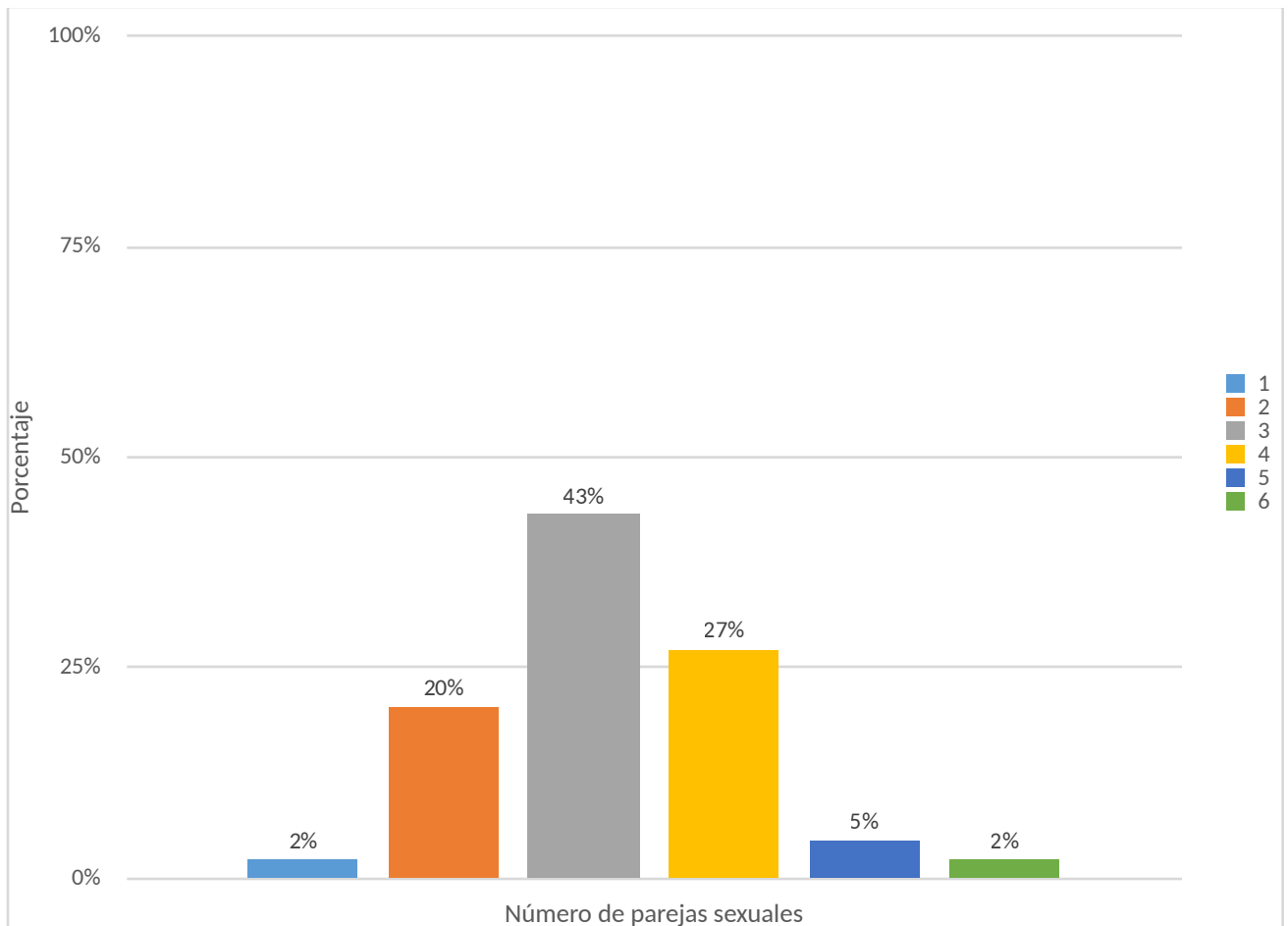
Grafica N°11. Inicio de relaciones sexuales en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 11 muestra la edad de inicio de relaciones sexuales o sexarquia en las 44 pacientes que conformaron la muestra. Se observa que la mayoría de las mujeres iniciaron relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad, siendo la menor edad reportada entre la población de estudio a los 14 años.

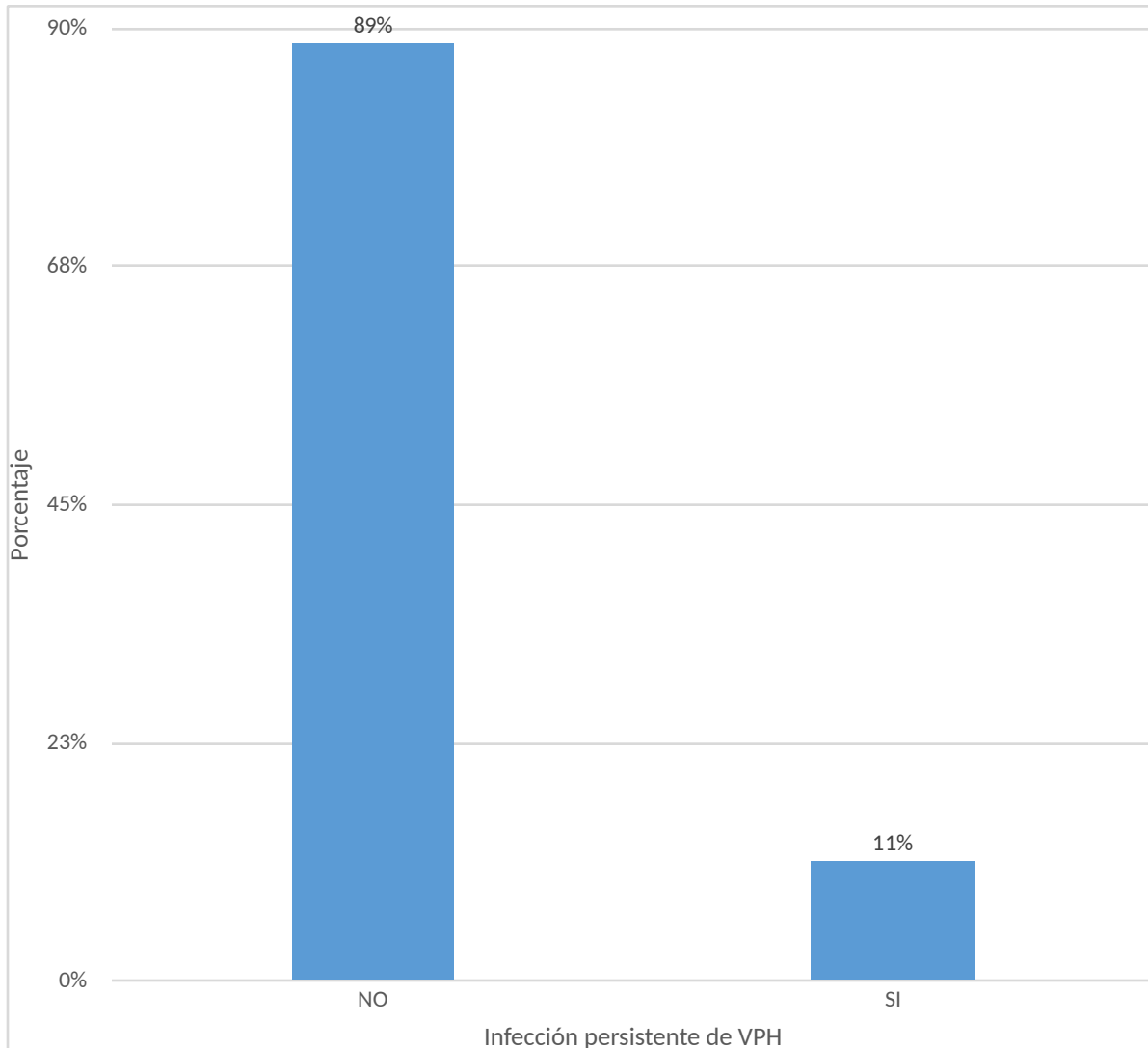
Grafica N°12. Número de parejas sexuales en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 12 representa el número de parejas sexuales (PS) en las pacientes con lesiones de cuello uterino. Se observa donde se observa que la mayoría de ellas manifestaron haber tenido 3 parejas sexuales (43.18%), seguido de 4 parejas sexuales (27.27%) y 9 parejas sexuales (20.45%).

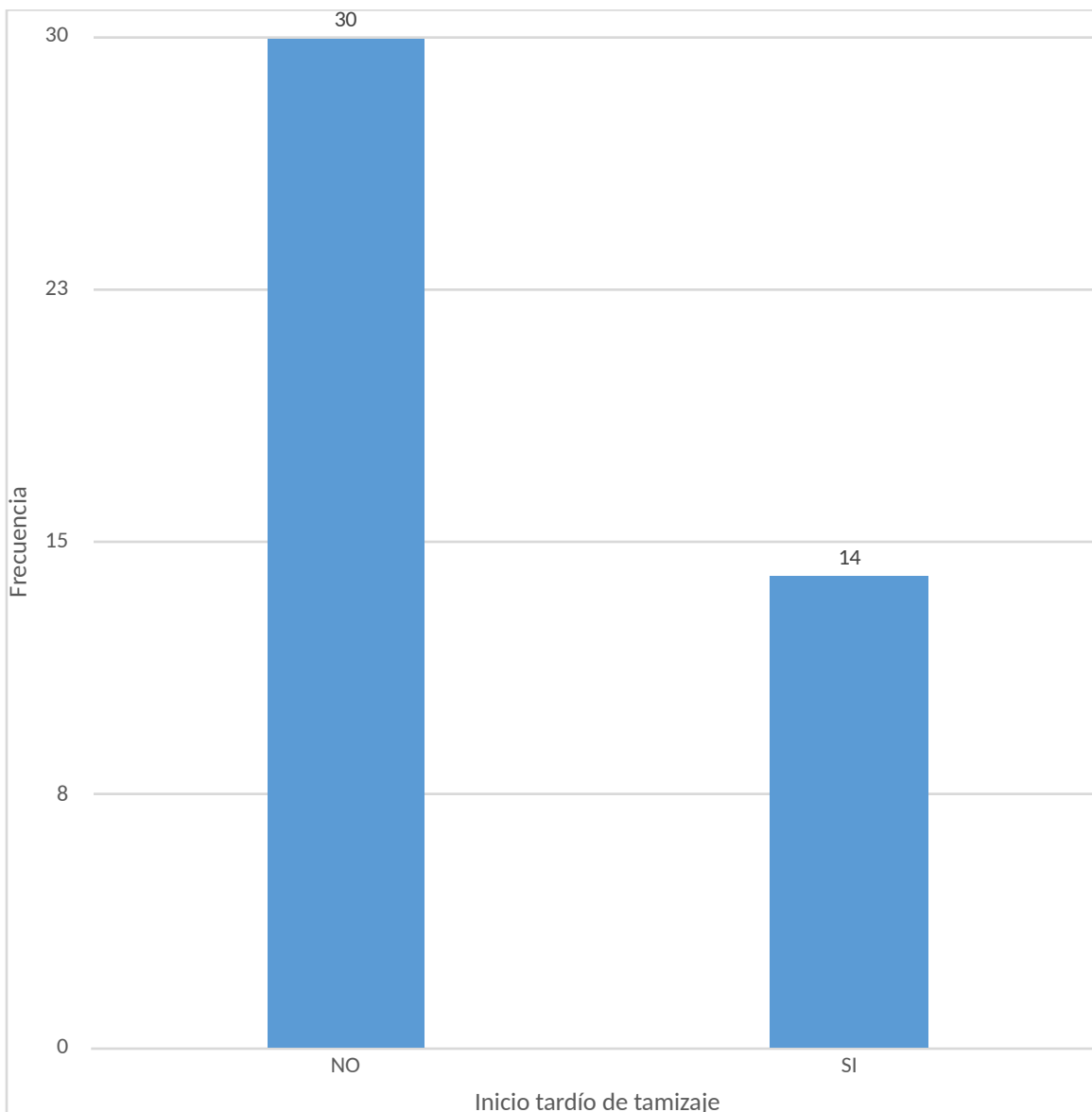
Grafica N°13. Antecedente de infección persistente de Virus del papiloma humano (VPH) en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 13 muestra el antecedente de infección persistente del VPH en las pacientes con lesiones de cuello uterino. En la gráfica se observa que la mayoría de ellas no presentaron dicho antecedente (88.64%), y una pequeña proporción si padecían de la infección (11.36%).

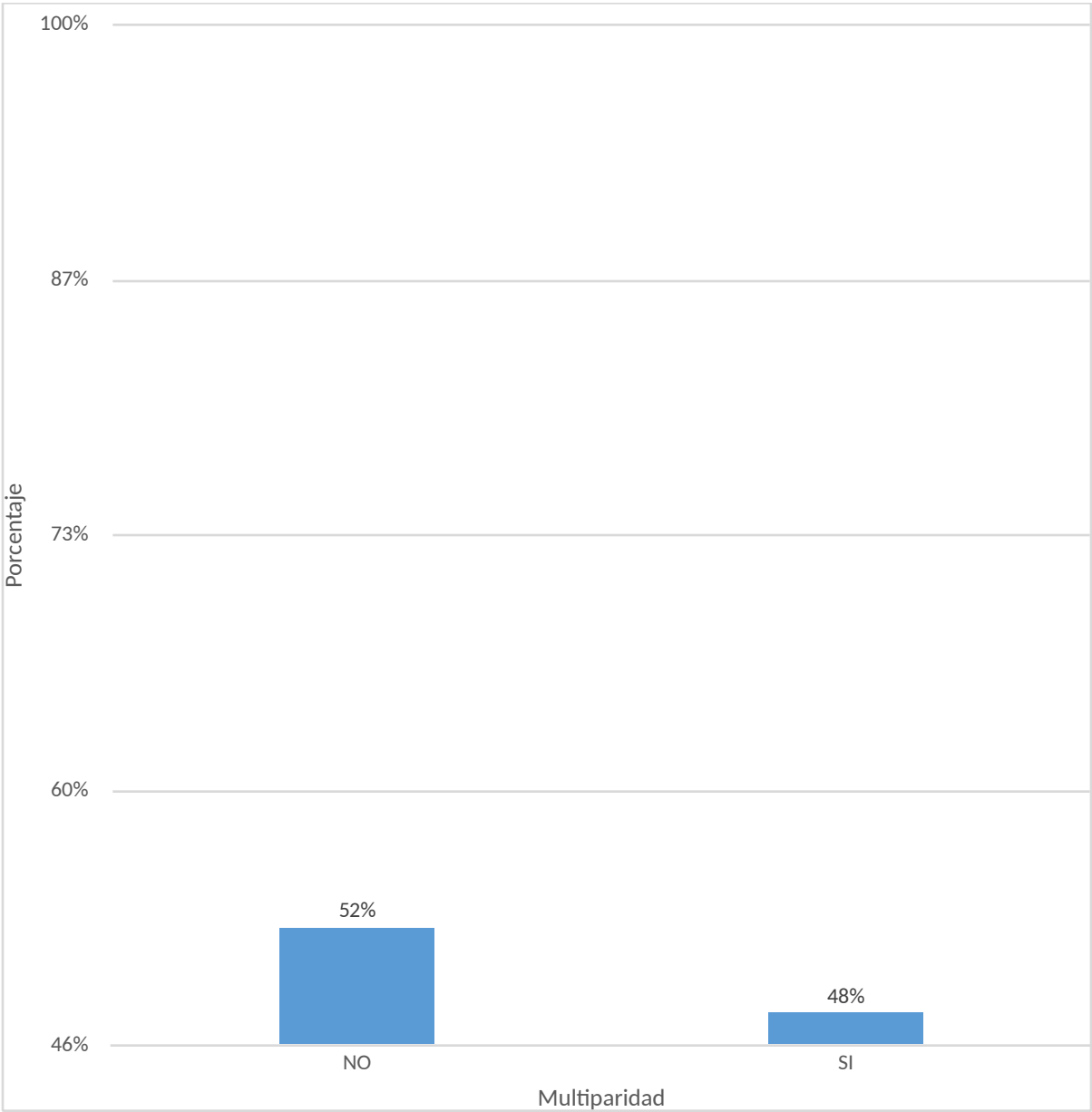
Grafica N°14. Inicio tardío de tamizaje en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 14 muestra datos sobre el inicio tardío de las pruebas de tamizaje o PAP. La mayoría de las mujeres recibieron atención preventiva de forma oportuna previamente, y solo en el expediente de 14 mujeres se evidenció el inicio tardío de dichas pruebas.

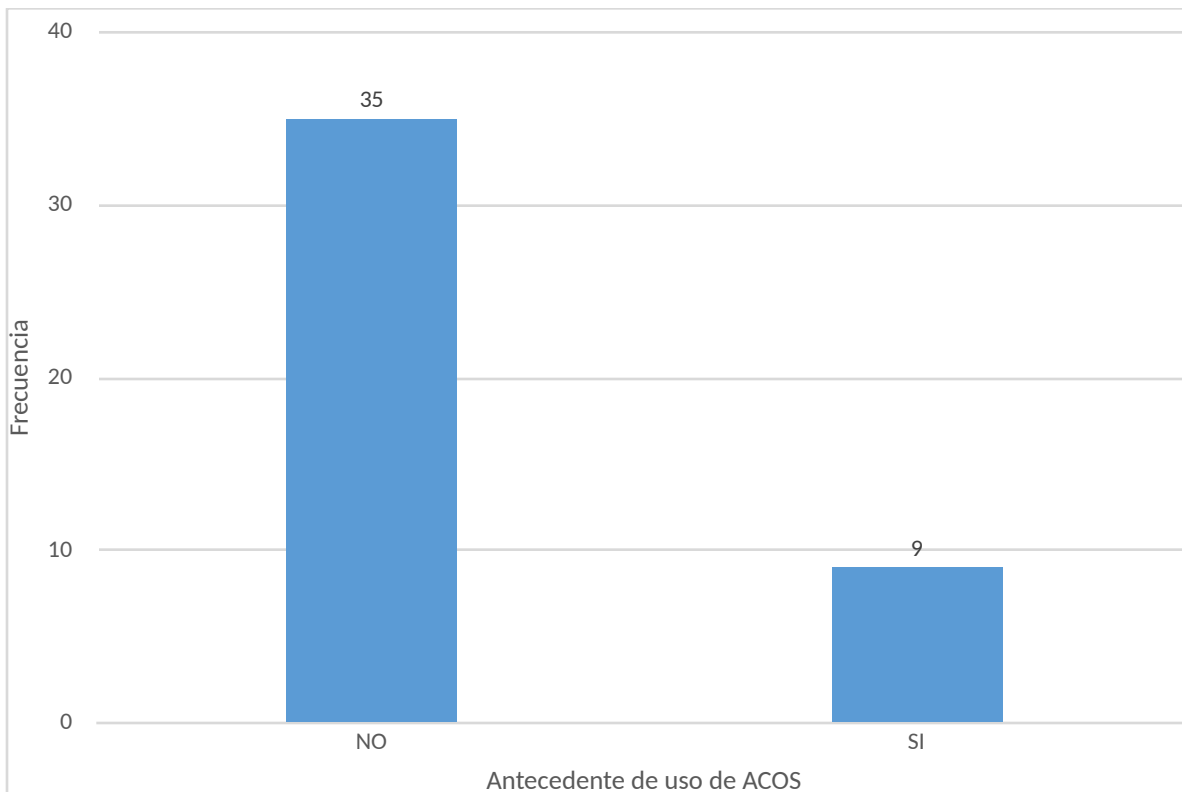
Grafica N°15. Antecedente de multiparidad en pacientes con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 15 se representa el antecedente de multiparidad en las pacientes 44 mujeres quienes conformaron la muestra, en la que se observa que la mayoría de ellas no eran multíparas (52.27%).

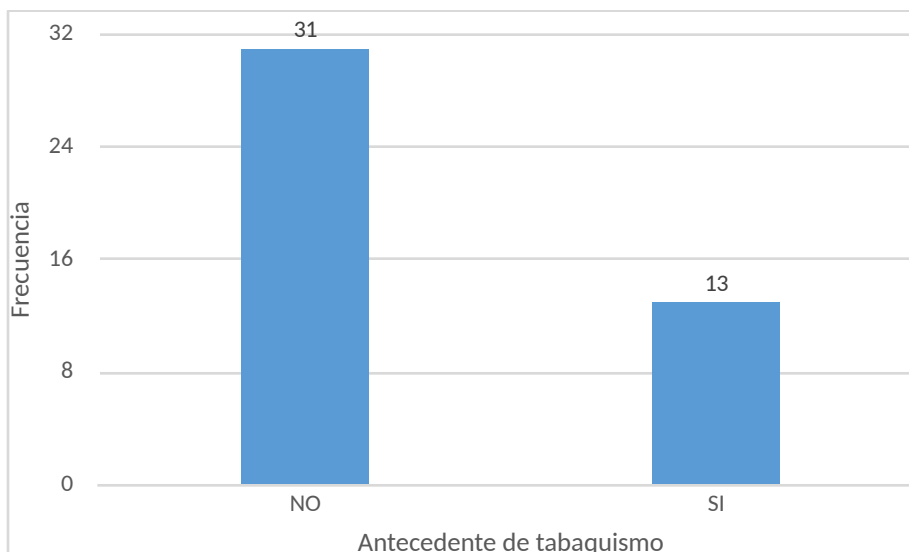
Grafica N°16. Uso de anticonceptivos orales (ACOS) en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 16 representa el antecedente de uso de anticonceptivos orales en la población de estudio. Se puede observar que la mayoría de las pacientes manifestó en sus atenciones de tamizaje que nunca habían utilizado anticonceptivos orales como método de planificación familiar.

Grafica N°17. Antecedente de tabaquismo en mujeres con lesiones cervicales, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 17 muestra el antecedente de consumo de tabaco en pacientes con lesiones de cuello uterino. Del total de 44 mujeres, 31 de ellas manifestó no consumir tabaco previamente, y 13 de ellas si contó con el antecedente de tabaquismo durante algún período de sus vidas.

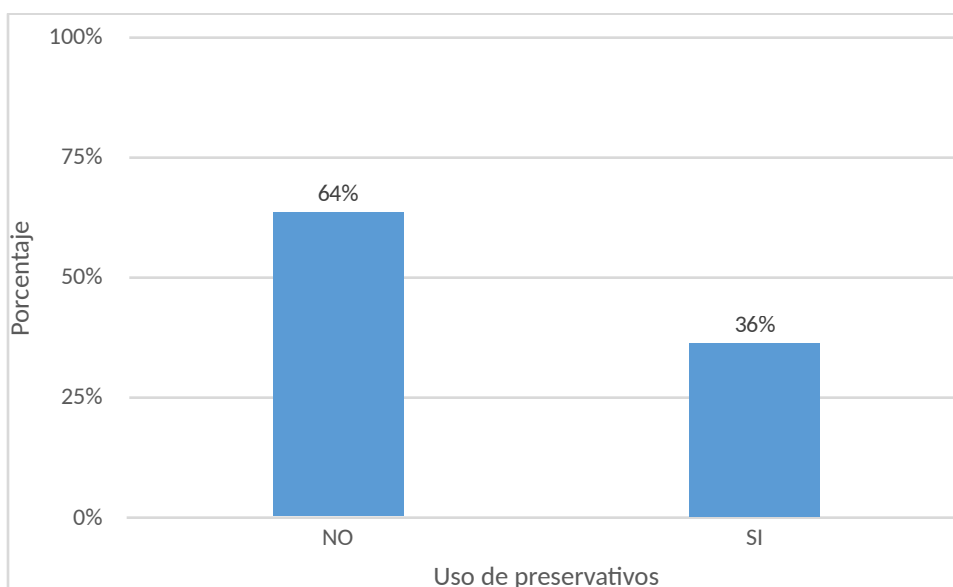
Tabla 5. Antecedente de inmunosupresión en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.

Antecedentes de inmunosupresión	Frecuencia
SI	0
NO	44

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5 muestra que ninguna de las pacientes que se incluyeron en esta investigación, manifestó tener antecedentes de inmunosupresión al momento que se realizó su prueba de tamizaje.

Grafica N°18. Antecedente del uso de preservativos en mujeres con lesiones de cuello uterino, UCSF San Antonio Abad, 2021.



Fuente: Elaboración propia

La grafica 18 muestra el antecedente del uso de preservativos en las mujeres con lesiones de cuello uterino. La mayoría de las pacientes manifestó no haber utilizado métodos anticonceptivos de barrera previamente (63.64%), y solo una pequeña proporción de mujeres afirmó que si los había utilizado previamente (36.36%).

B. Discusión de resultados

La presente investigación capturó los datos de 44 usuarias de la UCSF San Antonio Abad. Del total de pacientes, 40 de ellas presentaron LEI de bajo grado, con una prevalencia del 3.25% y 4 de ellas presentaron LEI de alto grado siendo una prevalencia de 0.32%, de los PAP tomados en el periodo de enero a diciembre 2021.

En cuanto a la caracterización de las pacientes se encontró en primer lugar que 20 de las pacientes son ama de casa seguido de estudiantes y vendedoras informales. Al preguntar la escolaridad de las mujeres con LEI se observó que 31 mujeres estudiaron hasta nivel básico, 6 de ellas cursaron hasta secundaria y 6 realizaron estudios superiores. Al consultarles sobre su procedencia, se observó que la mayoría de las mujeres pertenecían al área metropolitana, dentro de esta el 56.8% eran originarias de San Salvador, el 29.5% de Mejicanos y el 11.3% de Apopa. Al indagar por el estado civil de las usuarias con LEI, 15 de ellas estaban casadas, 14 acompañadas, 11 solteras, 2 viudas y 1 divorciada.

Posteriormente, se indagó si las muestras de las pacientes incluidas en el estudio tenían antecedentes de esterilización quirúrgica, en la que se observó que 31.36% no había sido sometida a dicho procedimiento y 38.6% si lo estaban al momento de la toma de la prueba de tamizaje y de estas el 100% no había sido sometida a la técnica de inspección con ácido acético.

En una investigación realizada por la Universidad Nacional de El Salvador durante el 2018, demostró que los principales hallazgos encontrados en el tamizaje de toma de citología en la consulta ginecológica, fueron lesiones intraepiteliales con un 10%, de este las lesiones intraepiteliales de bajo grado representaban el 7.5% del total de la muestra en estudio y las lesiones intraepiteliales de alto grado un 2.5%, así mismo se reportó que, entre las características de las usuarias con estos hallazgos la mayoría se encontraba en el rango de edad entre 20 a 29 años, eran del área rural, multíparas, no hacían uso de métodos anticonceptivos y se realizaban toma de citología con la periodicidad establecida (19).

Al valorar la presencia de síntomas y manifestaciones clínicas se observó que el 70.4% presentó secreción vaginal y el 29.5% de ellas no lo presentó. Al evaluar la presencia de prurito vaginal no se encontró diferencias significativas ya que el 50% sí presentó dicho síntoma y el 50% no lo presentó. Al indagar sobre el síntoma de dispareunia el 61.3% de pacientes no la presentaron y el 38.64% sí presentó la sintomatología. Se observó que en la muestra total de 44 pacientes el 81.82% no presentaba hemorragia uterina anormal y el 18.18% sí lo presentaba. En un estudio realizado en Medellín, Colombia en el año 2020 en el cual se evaluaban los síntomas de las pacientes con LEI se encontró que 24 (13,6%) refirieron prurito, 4 (2,3%) dispareunia y 2 (1,1%) dolor pélvico (20).

Por otro lado, en un estudio realizado en el ECOS-F El Rosario, ubicado en el municipio de San Martín, departamento de San Salvador en el 2016, de un total de 59 mujeres con diagnóstico de lesión intraepitelial cervical, 4 de ellas reportaban la presencia de leucorrea y cervicitis y en 1 de ellas se evidenció hemorragia uterina anormal (21).

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de LEI de alto y bajo grado, se investigó la paridad de las usuarias donde se observó que el 36.36% tenían 3 hijos, el 18.18% son nulíparas y en igual proporción 13.64% mujeres con 2 y 4 hijos. El hallazgo refleja que la mayoría de usuarias son multíparas, es similar al encontrado, en el estudio realizado en Colombia, en el año 2016, en el cual el 64% tuvieron dos o más partos (22).

Dentro de los factores de riesgo, se investigó la edad de inicio de relaciones sexuales en las pacientes y se observó que la mayoría de mujeres iniciaron su vida sexual activa antes de cumplir la mayoría de edad, siendo la menor edad reportada entre la población de estudio a los 14 años. En un estudio realizado en el año 2012 en Colombia en el cual el 64% de las lesiones cervicouterinas se encontraron en mujeres que iniciaron la actividad sexual entre los 15 y 19 años, seguido por el grupo de 20 y más años (26,4%) (23).

Así mismo, en un estudio realizado en el ECOS-F El rosario, ubicado en el municipio de San Martín, departamento de San Salvador, de un total de 59 mujeres, reportadas con lesión intraepitelial cervical, el 59% presentó una sexarquia temprana, entendiéndose esta como el inicio de la vida sexual activa antes de los 18 años, siendo el rango de edad entre 15-25 años el mayormente afectado por dicha enfermedad (21).

Al evaluar el número de parejas sexuales en las pacientes con lesiones de cuello uterino, se observó que la mayoría de pacientes habían tenido 3 parejas sexuales (43.18%), seguido de 4 parejas sexuales el cual conformaban el 27.27% y 2 parejas sexuales (20.45%). Este hallazgo es similar al encontrado en la ciudad de Medellín, Colombia, en el estudio realizado en el año 2006, en el cual obtuvieron una significancia estadística, al hecho de haber tenido más de 3 compañeros sexuales (24).

Se preguntó a las usuarias sobre antecedentes de infección persistente de VPH en el cual se observó que el 88.64% no presentaba dicho antecedente y una pequeña porción 11.36% si lo padecían, hallazgo similar al encontrado en un estudio realizado en el ECOS-F El rosario, ubicado en el municipio de San Martín, departamento de San Salvador, en el cual, de un total de 59 mujeres reportadas con lesión intraepitelial cervical, ninguna reportaba el antecedente de infección previa con VPH (21).

Se evaluó el antecedente de multiparidad en las 44 pacientes que conformaban la muestra en que se observó que el 52.27% no eran multíparas y el 47.73% si lo eran. El hallazgo refleja que la mayoría de usuarias son multíparas, es similar al encontrado, en el estudio realizado en Colombia, en el año 2016, en el cual el 64% tuvieron dos o más partos (21).

Se investigó el antecedente de uso de anticonceptivos en la población de estudio en la cual se pudo observar que la mayoría de las pacientes manifestó nunca haber utilizados anticonceptivos orales como método de planificación familiar. En cuanto al porcentaje que consumió ACO, es similar al encontrado en el estudio realizado en Colombia en el 2016, donde el 22% de usuarias participantes, usaban

anticonceptivos hormonales y 38% no utilizaban métodos de planificación familiar (21).

Dentro de los factores de riesgo se encuentra el tabaquismo en el cual se evaluó el antecedente de este. Del total de 44 mujeres, 31 de ellas manifestó no consumir tabaco previamente, y 13 de ellas si conto con el antecedente de tabaquismo durante algún periodo de su vida. En un estudio similar realizado en el año 2006 en Colombia se analizó en 59 pacientes dicho antecedente de las cuales 2 pacientes presentaron resultado citológico positivo, sin embargo, no se relaciona este factor y el riesgo de padecer la lesión (24).

Se evaluó el antecedente del uso de preservativos en las mujeres con lesiones de cuello uterino. La mayoría de las pacientes manifestó no haber utilizado métodos anticonceptivos de barrera previamente (63.64%), y solo una pequeña proporción de mujeres afirmó que si los había utilizado previamente (36.36%). En un estudio realizado en Colombia en el año 2016 en el cual las mujeres del estudio solo el 8% ocupaba métodos de barrera (22).

De la misma manera, en un estudio realizado en el ECOS-F El rosario, ubicado en el municipio de San Martin, departamento de San Salvador, el 78% de la muestra negaba el uso de preservativos y solamente un 28% afirmaba el uso de los mismos (21).

Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones

Posterior a la sistematización y análisis de la información, se concluye lo siguiente:

1. Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo riesgo tienen mayor prevalencia en las mujeres en edad reproductiva en comparación con las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.
2. La mayoría de las pacientes con lesiones de cuello uterino de la UCSF San Antonio Abad pertenecen al grupo poblacional de 20 a 49 años de edad, son sexualmente activas, han cursado por la educación básica, son multíparas con 2 a 3 partos. En relación con el inicio precoz de relaciones sexuales, se concluye que la población es considerada de riesgo ya que el 68% de las pacientes encuestadas inició sus relaciones sexuales antes de los 18 años.
3. De la identificación y evaluación de los principales síntomas y manifestaciones clínicas, mencionados en capítulos anteriores, se puede cuantificar porcentualmente que la manifestación clínica más frecuente es la secreción vaginal (70%), seguido de prurito vaginal (50%).
4. El 29.5% de las pacientes con resultado positivo consumían tabaco, lo cual favorecen y potencian la aparición de problemas de salud en general incluidas en lesiones en el cérvix, además se idéntico el antecedente de uso de preservativo, el 63.4% manifestó no haber utilizado método de barrera, mientras que solo el 36.36% manifestó si haberlos utilizado previamente, siendo este un factor muy importante, para la prevención del desarrollo de lesiones escamosas intraepiteliales

Recomendaciones

Después del análisis de las conclusiones se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Al MINSAL, deben integrar la promoción y educación de la mujer que solicita los servicios de la toma de PAP, encaminada a la promoción de estilos de vida libres de riesgo para la prevención de las lesiones escamosas intraepiteliales y el cáncer cervicouterino.
2. A las pacientes, realizarse la toma de citología anualmente como medida de prevención y tamizaje ya que es importante para detección y tratamiento oportuno de dicha patología, asimismo, permanecer alerta a la presencia signos y síntomas.
3. A la UCSF San Antonio Abad, concientizar al personal que labora en el establecimiento de salud, a fin de trabajar en favor de la disminución de casos de paciente con LEI incrementando la promoción de la salud por medio de procesos educativos, y buscar como fin común el descenso de la tasa de morbimortalidad y los costos asociados al manejo e intervención de usuarias con estas lesiones.
4. A la UEES, impartir a los estudiantes, desde los primeros años de la carrera Doctorado en Medicina, la importancia y el impacto que la promoción y prevención de la salud tienen no solamente en la vida de los pacientes sino también en los costos que representan, para el MINSAL, el manejo e intervención de patologías prevenibles. Para que así, las futuras generaciones de médicos puedan fomentar y desarrollar la salud pública basada en la promoción y prevención de la misma, más allá de una cultura curativa.

ANEXOS

Anexo 1. Ubicación de la unión escamoso-cilíndrica (UEC) y la zona de transformación

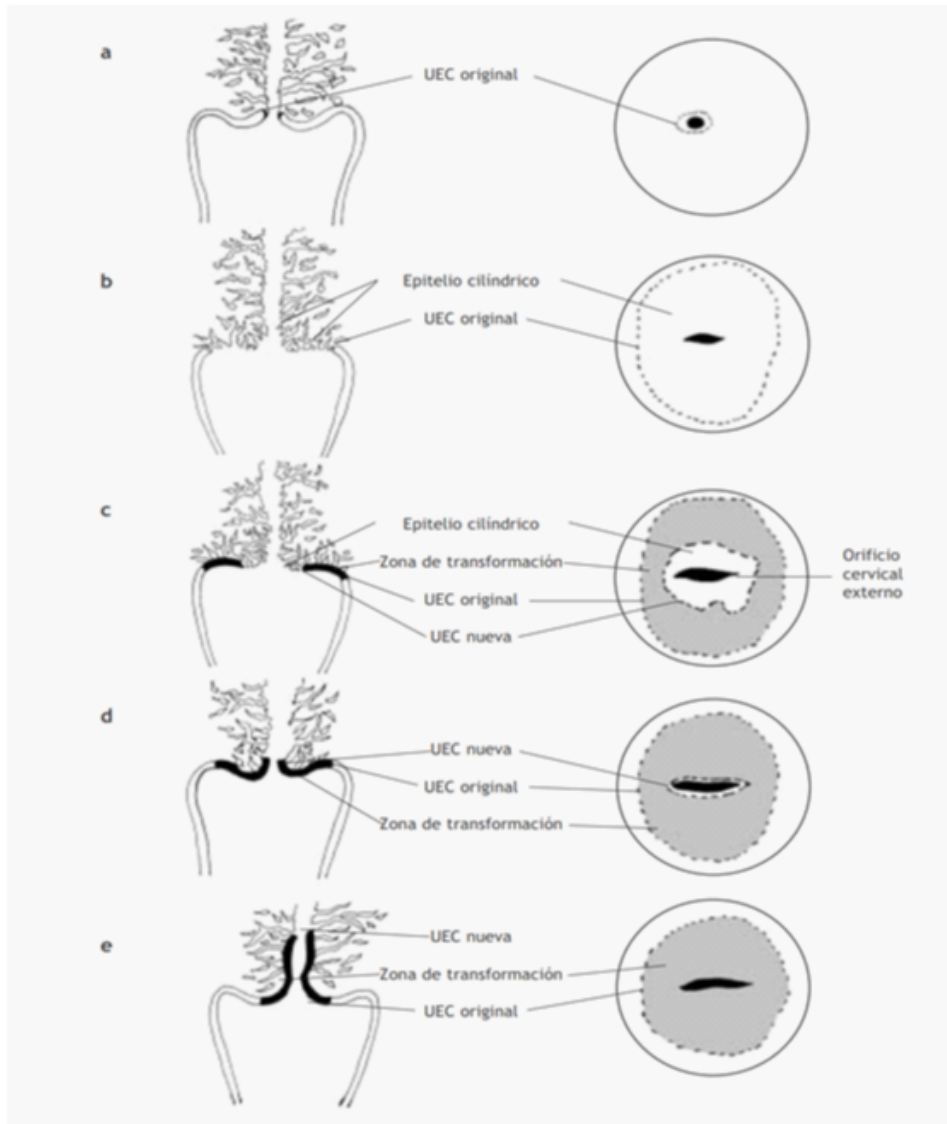


Figura 1. Ubicación de la unión escamoso-cilíndrica (UEC) y la zona de transformación: a) antes de la menarquia; b) tras la pubertad y al principio del período reproductivo; c) hacia los 30 años; d) hacia la menopausia; e) después de la menopausia.

Fuente: Ginecología de Novak (11).

Anexo 2. Estadificación del cáncer cervicouterino, FIGO

CUADRO 30-5. Etapas clínicas del cáncer cervicouterino de acuerdo a la FIGO	
Etapa	Características
I	Carcinoma estrictamente confinado al cuello uterino (debe descartarse la extensión al cuerpo)
IA	La invasión del carcinoma puede ser diagnosticada solamente por microscopia, con una profundidad invasiva ≤ 5 mm y de extensión ≤ 7 mm
IA1	La invasión medida del estroma no es mayor de 3 mm de profundidad y no es más ancha que 7 mm
IA2	Invasión medida del estroma mayor de 3 mm y no mayor de 5 mm de profundidad, no más ancha de 7 mm
IB	Lesiones clínicas confinadas al cuello uterino o lesiones preclínicas mayores de IA
IB1	Lesiones clínicas no más grandes de 4 cm
IB2	Lesiones clínicas mayores de 4 cm
II	El carcinoma se extiende fuera del cuello uterino, pero no se extiende a la pared pélvica; afecta la vagina, pero no hasta el tercio inferior
IIA	Sin compromiso parametrial evidente
IIA1	Lesiones clínicas no más grandes de 4 cm
IIA2	Lesiones clínicas mayores de 4 cm
IIB	Compromiso parametrial evidente
III	El carcinoma se extendió a la pared pélvica; en el examen rectal no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica; el tumor afecta el tercio inferior de la vagina; deben incluirse todos los casos con hidronefrosis o falta de función renal, a menos que se conozca otra causa de ellos
IIIA	Sin extensión a la pared pélvica, pero con compromiso del tercio inferior de la vagina
IIIB	Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o falta de función renal por el tumor
IV	El carcinoma se extendió fuera de la pelvis verdadera, o hay compromiso clínico de la mucosa vesical o rectal
IVA	Diseminación del crecimiento a los órganos pélvicos adyacentes
IVB	Diseminación a órganos distantes

FIGO, International Federation of Obstetricians and Gynecologists.

Figura 2. Estadificación del cáncer cervicouterino, FIGO.

Fuente: Hoffman B. Williams. Ginecología. McGraw-Hill Interamericana; 2014.

Anexo 3. Manejo general del carcinoma cervicouterino invasor primario

CUADRO 30-7. Tratamiento general del carcinoma cervicouterino invasor primario ^a	
Estadio del cáncer	Tratamiento
IA1 ^c	Se prefiere la histerectomía simple si ha concluido su vida reproductiva o Conización cervical
IA1 ^c (con LVSI)	Histerectomía radical modificada y linfadenectomía pélvica o Traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica en las pacientes que desean conservar la fertilidad
IA2 ^{b,c}	Histerectomía radical y linfadenopatía pélvica o Traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica en las mujeres que desean conservar la fertilidad
IB1 ^b Algunas IB2 IIA1	Histerectomía radical y linfadenopatía pélvica o traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica para las mujeres que desean conservar la fertilidad o Quimiorradioterapia
Voluminosos IB2 IIA2	Quimiorradioterapia
IIB a IVA	Quimiorradioterapia o Exenteración pélvica en raras ocasiones ^d
IVB	Quimioterapia paliativa y/o Radioterapia paliativa o Tratamiento paliativo (cuidados para desahuciados)

^aEn cada paciente las recomendaciones terapéuticas varían según las circunstancias clínicas.
^bEn algunas instituciones se lleva a cabo una histerectomía radical modificada (tipo II) y linfadenopatía pélvica para las lesiones en estadio IA2 y los tumores pequeños en estadio IB.
^cPara las que no son candidatas quirúrgicas se puede recurrir a la braquiterapia intracavitaria.
^dLas pacientes con una lesión en estadio IVA y una fístula son candidatas de una exenteración pélvica. LVSI, afección del espacio linfvascular.

Figura 2. Manejo general del carcinoma cervicouterino invasor primario.

Fuente: Hoffman B. Williams. Ginecología. McGraw-Hill Interamericana; 2014.

Anexo 4. Matriz de congruencia

Tema: Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en pacientes de edad fértil, en la consulta ginecológica de primer nivel de atención				
Enunciado del problema: ¿Cuál es la prevalencia de las Lesiones intraepiteliales de bajo y alto riesgo en la UCSF San Antonio Abad, en las mujeres que se realizaron Papanicolaou en el período de enero 2021 a diciembre 2021?				
Objetivo general: Establecer la prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes de edad fértil en la consulta ginecológica de la UCSF San Antonio Abad, en el periodo comprendido enero 2021 – diciembre 2021.				
Objetivos específicos	Variables / dimensiones	Conceptualización de las variables	Tipo de variable	Indicadores
Determinar la prevalencia de las lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en la UCSF San Antonio Abad, en el periodo de enero 2021-diciembre 2021.	Prevalencia de lesiones de alto y bajo grado.	Prevalencia: <u>Número existente de casos</u> x100 Población total en estudio	Cuantitativa continua	- % de pacientes con LEI de alto grado - % de pacientes con LEI de bajo grado
Caracterizar a las pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.	Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa continua	% de pacientes según el grupo etario al que pertenecen
	Escolaridad	Grado académico alcanzado a la fecha por la paciente.	Cualitativa ordinal	% de pacientes según escolaridad: analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, técnico, universitario.
	Ocupación	Acción o función que desempeña para ganarse el sustento.	Cualitativa nominal	% de pacientes según ocupación: ama de casa, trabajo formal, trabajo informal
	Procedencia	Lugar geográfico donde habita o proviene.	Cualitativa dicotómica	% de pacientes según procedencia: rural, urbana
	Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Cualitativa nominal	% de pacientes según estado civil: soltera, casada, viuda, divorciada
	Tipo de consulta	Registro de consulta de primera vez o control subsecuente de cada paciente	Cualitativa dicotómica	% de mujeres según tipo de consulta: primera vez o subsecuente
	Esterilización quirúrgica	Registro de uso de métodos de planificación familiar permanentes	Cualitativa nominal	% de mujeres según antecedente de esterilización quirúrgica

	IVAA	Exploración con espejuelo y exposición del cuello uterino y del orificio cervical, impregnándolo con ácido acético al 3-5%, las zonas anormales adquieren un aspecto blanco distintivo	Cualitativa dicotómica	% de mujeres según IVVA: positivo, negativo.	
	Paridad	Número de partos después de las 20 semanas de gestación.	Cuantitativa discreta	% de mujeres según paridad: satisfecha, insatisfecha.	
	Embarazo	Registro de estado de gestación al momento de la toma de PAP	Cualitativa nominal	% de mujeres según fórmula obstétrica: si, no.	
Identificar los principales síntomas y manifestaciones clínicas de las pacientes con lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino.	Secreciones vaginales	Presencia de fluidos provenientes de la vagina no relacionados al ciclo menstrual.	Cualitativa dicotómica	% de pacientes con secreciones vaginales anormales: si, no	
	Prurito	Picor, hormigueo o irritación de la piel que causa la necesidad de rascar el área afectada.	Cualitativa dicotómica	% de pacientes con prurito: si, no	
	Dispareunia	Dolor que se produce durante las relaciones sexuales o coito.	Cualitativa dicotómica	% de pacientes con dispareunia: si, no	
	Hemorragia uterina anormal (HUA)	Alteración en la periodicidad, volumen y duración del sangrado menstrual uterino	Cualitativa dicotómica	% de pacientes con HUA: si, no	
Enlistar los principales factores que intervienen en el desarrollo de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.	Factores de riesgo	Infección persistente de VPH	Característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar un proceso mórbido	Cualitativa dicotómica	% de pacientes con infección persistente de VPH: si, no
		Inicio tardío de pruebas de tamizaje		Cualitativa dicotómica	% de pacientes con inicio tardío de pruebas de tamizaje: si, no
		Multiparidad		Cualitativa dicotómica	% de pacientes multiparas: si, no
		Uso de diversos ACO		Cualitativa dicotómica	% de pacientes con uso de diversos ACO: si, no
		Tabaquismo		Cualitativa dicotómica	% de pacientes con Tabaquismo: si, no
		Inmunosupresión		Cualitativa dicotómica	% de pacientes con Inmunosupresión: si, no
		Inicio de relaciones sexuales		Cuantitativa continua	% de pacientes según edad de inicio de relaciones sexuales

	Número de parejas sexuales	Cuantitativa discreta	% de pacientes según número de parejas sexuales
	Uso de preservativo	Cuantitativa discreta	% de pacientes que usan preservativo: si, no

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos

Universidad Evangélica de El Salvador

Doctorado en Medicina



El siguiente instrumento utilizara información del libro de censo diario de PAP, como de expedientes clínicos, de mujeres que se realizaron citología en el periodo de enero a diciembre de 2021, dicho instrumento evaluara aspectos tanto socioeconómicos como médicos, manifestaciones clínicas y factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de lesión intraepitelial de alto y bajo riesgo.

FICHA #: _____

Número de Expediente: _____ Fecha de toma de citología: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Procedencia: _____

Estado civil: _____ Formula Obstétrica: _____

Sexarquia: _____ Número de parejas sexuales: _____

Antecedentes gineco-obstétricos		
	SI	NO
Esterilización quirúrgica		
Inspección visual con ácido acético		
Gestante		
Presencia de principales síntomas de Lesiones intraepiteliales		
	SI	NO
Secreciones Vaginales		
Prurito		
Dispareunia		
Hemorragia uterina anormal		

Factores de riesgo asociados a Lesiones intraepiteliales		
	SI	NO
Infección persistente de VPH		

Inicio Tardío de pruebas de tamizaje		
Multiparidad		
Uso de ACO		
Tabaquismo		
Inmunosupresión		
Uso de preservativo		

Anexo 6. Cronograma de actividades

Actividades	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Perfil de investigación																																
Planteamiento del capítulo 1 , 2 y 3																																
Presentación del anteproyecto																																
Realización de las encuestas																																
Recopilación y análisis de datos																																
Formulación del capítulo 4 y 5																																
Presentación del informe final																																
Correcciones del informe final																																
Presentación oral del informe final																																

Anexo 7. Presupuesto

Insumos	Presentación	Cantidad	Precio Unitari	Costo
energía eléctrica	Kilowatts-	200 horas	\$0.79	\$158
Internet y redes sociales	Páginas web - redes sociales	400 horas	\$0.33	\$132
Uso de	Laptop	3	\$100	\$300
Uso de teléfono móvil	Llamadas telefónicas	30	\$3.30	\$99.00
Fotocopias	----	60	\$0.03	\$1.80
Lapiceros	----	6	\$0.45	\$2.70
Páginas de papel	----	60	\$0.02	\$1.20
Impresiones	----	400	\$0.10	\$40.00
Porcentaje de imprevisto 10%				\$73.4
Total				\$807.4

Referencias bibliográficas

1. Hoffman B. Williams. Ginecología. McGraw-Hill Interamericana; 2014.
2. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama [Internet]. Gob.sv. [citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_preencion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf?fbclid=IwAR2NwdjSI72g_IXqepp0x4Ic2HfaoWIWxopD6-Sq7mE-WZF5BE6uoazB4jk
3. Ministerio de Salud de El Salvador. Unidad de políticas de programas sanitarios, cáncer de cérvix [Internet]. El Salvador; agosto 2021 [citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/telesalud/presentacion20082021/CANCER-DE-CERVIX.pdf?fbclid=IwAR3ER0g4IZEnB5HZaoNNEcd9sQ48Wxezw0ZxFAUtLe6gZStoDfqylzLtYao
4. Organización panamericana de la salud. Cáncer cervicouterino [Internet]. Paho.org. [citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino?fbclid=IwAR1OU6kvcZpBY-CIC1zyiN2TQIKTeUmachXJTenzW2rlz3xRL2gRpBh18w>
5. American Society of Clinical Oncology. Cáncer de cuello uterino - Síntomas y signos [Internet]. Cancer.Net. 2012 [citado el 27 de febrero de

2022]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos?fbclid=IwAR0fvMBSdgP9rPDlyRIMHq78oENn_5kbynEsgXpMR8VfV4Ux6s-QJsy84xE

6. Ministerio de salud de El Salvador. PLAN DE EMERGENCIA SANITARIO LOCAL UNIDAD DE SALUD DE SAN ANTONIO ABAD [Internet]. Gob.sv. 2007 [citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/desastres/PDF/doc26/doc26-contenido.pdf>

7. Ministerio de Salud de El salvador. Censo diario de consultas 2021 UCSF San Antonio Abad. 2021.

8. Ministerio de salud de El Salvador. Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador [Internet]. Gob.sv. 2015 [citado el 2 de 2022]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Diagnostico_situacional_del_cancer_en_el_salvador.pdf

9. Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino [Internet]. Paho.org. [citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Screening Group. Introducción a la anatomía del cuello uterino [Internet]. iarc.fr. [citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres01.pdf>

11. Berek JS. Ginecología de Novak. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

12. Torres R. JS. Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales (LEIC). Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 1998 [citado el 27 de febrero de 2022];49(4):217–23. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1073>

13. Organización Panamericana de la salud. Preguntas frecuentes sobre el VPH [Internet]. Paho.org. [citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48228-preguntas-frecuentes-sobre-vph&category_slug=preguntas-frecuentes-sobre-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion&Itemid=270&lang=es

14. Ministerio de salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual. 1a. Ed. San Salvador, El Salvador. Minsal; 2012.

15. Organización Panamericana de la Salud. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA COMPONENTE CERVICOUTERINO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER CERVICOUTERINO [Internet]. Paho.org. [citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/d_m_d_o_c_u_m_e_n_t_s/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf

16. Organización mundial de la salud. Tratamiento del cancer cervicouterino. Hoja informativa 5. [Internet]. 2015. [citado el 20 de febrero 2022]. Disponible en file:///C:/Users//5-Tratamiento-CACU%20(1).pdf
17. Hernández R. Metodología de la Investigación. 5ª. Edición. Pág. 4. (en línea) consultado el: 15/03/2022, disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
18. Rodríguez M, Rivera A, Bautista F. Lineamientos básicos para elaborar anteproyectos e informes de investigación o de innovación. 1ª. Ed. San Salvador; El Salvador: editorial UEES; 2013.
19. Garcia de Portillo, manejo de los hallazgos anormales prevalentes en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de 20 a 59 años de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia san rafael cedros cuscatlán, enero a junio 2018, [Internet]. [Consultado el 12/07/2022] disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1148417/245.pdf>
20. Factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones escamosas intraepiteliales en estudiantes universitarias de Medellín - Colombia https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412018000200086&script=sci_arttext&lng=pt#B41
21. *Alberto Magaña, Sara Patricia and Artiga Pérez, Verónica Dolores and Barahona Bojorge, Erika María (2016) Incidencia de LEI de Bajo Grado y ASC-US, en mujeres de 15 a 55 años que realizaron citología cervico vaginal en ECOS-F. El Rosario, del Municipio de San Martín, San Salvador, Enero a Junio 2016. Bachelor thesis, Universidad de El Salvador* [Internet]. [Consultado el 12/07/2022] disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15937/>
22. Barrios García, Lía, Lecompte Osorio, Paola Andrea, Leones Castillo, Rodolfo Alberto, López Custode, Francisco Rafael. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del Cérnix en

la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2016;16(1):109-117. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273846452011>

23. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200009&script=sci_arttext&tlng=es

24. Rivera Rúa, Beatriz Elena, Quintero Tobón, Jaime Adonai. Prevalencia de lesiones intra-epiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del Laboratorio docente asistencial. [Tesis]. Medellín: universidad de Antioquia. Escuela de bacteriología y laboratorio clínico; 2006. [Consultado el 11/07/2022] disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/394/1/RiveraBeatriz_2006_PrevalenciaLesionesIntraepiteliales.pdf