

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas - León
Carrera de Medicina**



**Informe final de investigación para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

Seguimiento de las Lesiones Intraepiteliales del Cérvix en mujeres atendidas en la sala de Gineco-Oncología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el período Enero 2008 – Diciembre 2012.

Autora:

Bra. Lesly Vanessa Paisano Parada. Mss2

Tutores:

Dr. Efraín Toruño Solís¹.

Dr. Juan Almendárez Peralta².

“A la Libertad por la Universidad”

León, Nicaragua, Octubre 2014

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Urología y Ginecología. Profesor titular del Departamento de Gineco obstetricia. UNAN – León.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública y Educación Superior en Salud. Profesor de Postgrado en Epidemiología y Salud. UNAN – León.

ABREVIATURAS

ASC: Células escamosas atípicas.

ASC-US: Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

AGC: Células glandulares atípicas.

CA CU: Cáncer cervicouterino.

CIS: Carcinoma in situ.

CO2: Dióxido de carbono.

EAGZT: Extirpación con asa grande de la zona de transformación.

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

ITS: Infección de transmisión sexual.

IVSA: Inicio de vida sexual activa.

LEEP: Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa.

LLETZ: Escisión de la zona de transformación con un asa de gran tamaño.

LIE: Lesión intraepitelial.

LEC: Legrado endocervical.

LEIBG: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

LEIAG: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical.

NCI: Instituto nacional de cáncer.

NVIC: Neoplasias vaginales Intraepiteliales circunscrita.

PAP: Papanicolaou.

PEAE: Procedimiento de extirpación con asa electroquirúrgica.

SINEVI: Sistema nacional de estadísticas vitales.

SIL: Lesión escamosa intraepitelial.

UEC: Unión escamocolumnar.

VPH: Virus del papiloma humano.

ZTA: Zona de transformación atípica.

ZT: Zona de transformación

DEDICATORIA

Primero a DIOS que me dio la vida y la capacidad de cumplir mis metas, principalmente por haberme dado la sabiduría y paciencia para poder realizar mi trabajo.

En especial a mis padres, amigos y hermanos por haberme brindado su paciencia, comprensión y apoyado desde el inicio en la investigación.

A todos aquellas personas que me han aportado conocimientos para la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A mis tutores por haberme orientado en la realización de mi investigación, por su apoyo y comprensión.

A los trabajadores del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, que de alguna manera me ayudaron con su disposición y conocimientos para la culminación de mi trabajo.

A los bibliotecarios que me ayudaron proporcionándome la bibliografía consultada en esta investigación.

Y a todas las pacientes con diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales, principalmente a aquellas mujeres atendidas en la sala de Gineco-Oncología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, ya que fueron la principal fuente de inspiración y motivación para la realización de mi trabajo.

RESUMEN

Para determinar el seguimiento de las Lesiones Intraepiteliales del Cérvix que se realiza a las mujeres tamizadas, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se revisaron los datos de una muestra conformada por 364 casos confirmados con lesiones pre-malignas del cérvix, en mujeres atendidas en la sala de Gineco-Oncología del HEODRA, durante el período 2008 -2012. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi-Info calculándose la frecuencia de cada una de las variables de interés.

De los 364 pacientes del estudio 55% padecen LIEAG y 45% con LIEBG, de las cuales la mayoría de la población del estudio fueron pacientes entre las edades de 31 a más años, provenientes del casco urbano, con escolaridad baja y desempleadas. La mayoría de las pacientes tuvieron 2 compañeros sexuales, múltiples gestas, Inicio de Vida Sexual Activa a temprana edad, utilizaron como principal método anticonceptivo la esterilización quirúrgica, con antecedentes de citología cervical, siendo la Conización cervical el método más utilizado como tratamiento. En relación al seguimiento de las pacientes posterior al tratamiento se encontró que a la mayoría de las pacientes se les brindó seguimiento por parte de la consulta externa de ginecología.

Palabras claves: Lesiones intraepiteliales, Cérvix, Seguimiento, Factores de Riesgo, VPH.

ÍNDICE

I.- Introducción.....	1
II.- Antecedentes	4
III.- Justificación.....	7
IV.-Planteamiento del problema	8
V.- Objetivos	9
VI.- Marco Teórico	10
VII.- Diseño Metodológico.....	26
VIII.- Resultados	31
IX.- Discusión	34
X.- Conclusión	38
XI.- Recomendaciones	39
XII.- Referencias Bibliográfica	40
XIII.- Anexos	42



I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un carcinoma invasor de cuello uterino presenta diversas etapas, durante las cuales se han acumulado múltiples alteraciones biológicas, morfológicas y clínicas. Los criterios para describir estas sub-etapas pueden ser de orden clínico, histopatológico o molecular. Así, los oncólogos distinguen una etapa preclínica y otra sintomática. Los histopatólogos diferencian el carcinoma intraepitelial o in situ, los carcinomas microinvasores, y los carcinomas invasores, además han tratado de reconocer y diagnosticar las lesiones preneoplásicas. ⁽¹⁾

Las lesiones precursoras se definen desde el momento en que estas alcanzan a ser lesiones reconocibles semiológicas o morfológicamente. Constituyen un problema de Salud Pública, especialmente en América Latina. Es una enfermedad de evolución lenta con cambios intraepiteliales cervicales. ⁽¹⁾

Las cifras de prevalencia para las Lesiones Intraepiteliales (LIE) varían de acuerdo con las características socioeconómicas y el área geográfica de la población en estudio. En América latina se han reportado las tasas más altas para ésta enfermedad. Las LIE aparecen más a menudo en mujeres de 30 años de edad, en cambio la mayor incidencia de carcinoma in situ se alcanzan entre los 25 y los 35 años, mientras que la incidencia de cáncer cervical se eleva después de los 40 años. ⁽²⁾

Entre los factores de riesgo para la ocurrencia de LIE que pueden evolucionar a cáncer cervical, se incluyen múltiples parejas sexuales, inicio temprano de actividad sexual, una pareja sexual de alto riesgo, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, entre otros todos ellos asociado a la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) que es considerado el factor etiológico fundamental. ⁽²⁾

Es indispensable comprender la historia natural de los diversos grados de LIE para indicar el tratamiento ideal para estas pacientes. El tratamiento de las pacientes se basa en la relación de los resultados de la citología cervical, hallazgo en la colposcopia



y biopsia; así como las características individuales de la mujer; es decir los factores de riesgo de cada mujer los cuales la conllevaron a padecer de esta enfermedad. Factores tales como: Inicio de vida sexual activa (IVSA) a edades tempranas, antes de los 20 años, primer embarazo a edad temprana, Promiscuidad sexual de alguno de los conyugues, antecedentes de infección por VPH, antecedentes previos de una LIE, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, una pareja actual o pasada con historia de factores de riesgo para infección de transmisión sexual (ITS), la inmunodeficiencia o positividad para VIH, multiparidad y el uso prolongado de anticonceptivos orales. (2, 7)

Las opciones terapéuticas se dividen en dos características principales; los procedimientos que eliminan el tejido anormal y los procedimientos que extirpan una zona anormal. Las cinco técnicas más frecuentes para el tratamiento de LIE son: dos técnicas de ablación, crioterapia o ablación con láser, y tres procedimientos de escisión, conización con bisturí frío, escisión de cono con láser y procedimiento de extirpación con asa electroquirúrgica (PEAE). Sin embargo el deseo de muchas mujeres de tener hijos justifica la búsqueda de un tratamiento conservador que le permite preservar su capacidad reproductiva, es por ello que en la última década el tratamiento de las lesiones preinvasoras está dirigido a métodos conservadores, y un seguimiento exhaustivo, después del tratamiento. (2)

La curación depende del tamaño de la lesión, el compromiso de glándulas endocervicales, el estado de los márgenes de cualquier pieza por escisión y de los resultados del legrado endocervical. La mayor parte de las lesiones de alto grado persisten o progresan, por lo que está indicado el tratamiento de inmediato en estas pacientes, así como el seguimiento post-tratamiento con el fin de evitar la aparición de complicaciones y evaluar la efectividad de la terapéutica implementada. Sin embargo en nuestro país una de las limitantes en el diagnóstico temprano de las neoplasias intraepiteliales y manejo eficaz, es la idiosincrasia y la cultura de la población femenina que no asiste a los programas de detección oportuna de cáncer y cuando acuden se encuentran en estadíos avanzados. Debido a que las lesiones Intraepiteliales son precursoras del cáncer cervicouterino, es de vital importancia una intervención médica



inmediata y la decisión de una terapéutica precoz y eficiente para evitar la progresión a neoplasia invasiva. (3,4)

La mayoría de las fallas terapéuticas se diagnostican en el año siguiente al tratamiento. Por tanto hay que realizar una exploración cuidadosa con frotis de Papanicolaou cada 3 o 4 meses, además de legrado endocervical si hay compromiso del endocérvix. Por la importancia del seguimiento en estas pacientes se realiza el presente trabajo, con el fin de determinar el manejo y seguimiento que se le brinda a la población en estudio. (2)

En Nicaragua existe un programa, que contempla una serie de acciones cuya finalidad es el diagnóstico precoz de lesiones premalignas, su tratamiento y seguimiento para prevenir la morbimortalidad por cáncer, sin embargo, no existe un programa que asegure su evaluación por lo tanto hemos decidido realizar este estudio que nos permita evaluar el desempeño del programa que nos permita promover opciones de mejora.



II. ANTECEDENTES

En las comunidades en las que se inicia un programa de detección citológico masivo, las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino tienen una alta frecuencia porque representan la tasa de prevalencia acumulativa de lesiones que tienen varios años de duración. A medida que se repite anualmente el examen citológico la frecuencia de positividad disminuye gradualmente. (1)

En un estudio realizado en el Servicio de Citopatología y Control de Cáncer en Santiago de Chile en 1974, sobre 125000 mujeres examinadas citológicamente se encontró una tasa de prevalencia global que fluctuó entre el 10% y el 15% de las mujeres con discretas lesiones según la edad. (1)

Múltiples estudios epidemiológicos sugieren que las lesiones precursoras del carcinoma escamoso del cuello uterino se comportan como una enfermedad venérea de largo período de incubación. (1)

El cáncer cervicouterino en el 80% es el cáncer más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el segundo en frecuencia en la población femenina mundial según un estudio realizado por W.H.O. y la O.M.S. en 1986. Cada año se registran 500,000 nuevos casos, de los cuales aproximadamente la mitad (300000) fallece cada año por dicha enfermedad. Sin embargo, gracias a la citología y a la histopatología se le puede detectar tempranamente y tratar oportunamente, reduciendo el impacto de la enfermedad. (1, 9,10)

En un estudio realizado en Chile por Medina y Csendes, en 1983 se demostró que el cáncer de cuello uterino es la principal causa de hospitalización por cáncer, alcanzando el 18.9% en 1975, y la tercera causa de muerte por cáncer en la población femenina mayor de 15 años (Ministerio de Salud de Chile 1989). (1, 9,10)



En relación a Latinoamérica, diversos estudios mencionan que constituye una población de alto riesgo para la aparición de LIE y son pocos los estudios que analizan los factores de riesgo para la misma. ⁽⁵⁾

En EE.UU en la década de los años 70, las pacientes con frotis positivos eran sometidas a histerectomía o conización ciega. Por otro lado, a las pacientes con frotis sospechosos se les daba seguimiento mediante exámenes citológicos sucesivos. ⁽⁶⁾

En Europa, las pacientes con displasias leves o moderadas eran seguidas sin tratamiento. Las pacientes con displasias graves o carcinoma in situ eran tratadas mediante conización con bisturí frío si formaban parte del grupo de edad fértil y deseaban futuros embarazos o bien mediante histerectomía si eran perimenopáusicas, existía patología genital concomitante o no deseaban más embarazos. ⁽⁶⁾

El tratamiento actual depende de una combinación de los hallazgos citológicos, colposcópicos y resultados de la biopsia, de esta manera el seguimiento según tipo de lesión y tratamiento usado, la conización cervical se convirtió en la técnica diagnóstica más depurada y terapéutica conservadora. ⁽⁸⁾

En un estudio realizado en 1997 por Soutter y Col. sobre la incidencia de carcinoma invasor después del tratamiento conservador del LIE, evaluaron el intervalo de tiempo de riesgo. La tasa acumulada de incidencia de invasión ocho años después del tratamiento fue de 5,8/1000. Comprobándose así que es esencial un seguimiento atento durante al menos diez años después de un tratamiento conservador. ⁽⁸⁾

En Nicaragua durante la década de 1982-1991 las lesiones intraepiteliales y cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar dentro de las primeras siete causas de muerte. En 1999 se registró un total de 1453 egresos del Hospital de Referencia Nacional Bertha Calderón con diagnósticos de LIE y 159 fallecidas por Cáncer de Cuello Uterino. ⁽⁷⁾



En Estados Unidos Leane BE (1993) y Kaufman RH (1996) encontraron que: por cada nuevo caso de cáncer invasor detectado por citología hay casi 50 frotis cervicales etiquetados como lesiones intraepiteliales escamosos (LIE) de bajo y alto grado. (7)

En México en el 2002 se presentaron 12,512 nuevos casos de cáncer cervicouterino, de los cuales 5,777 (46%) de los casos fueron decesos. Fue la primer causa de muerte en mujeres mexicanas ocupando un 16.6% de otros cánceres. (22)

Durante los años 1999 al 2002, según lo reportado por la Dra. Delgadillo B, quien solamente incluyó pacientes del departamento de León, la tasa de incidencia fue de 35.6 y 39.6 por 100,000 mujeres para ca invasor y ca in situ. (18)

En el año 2002 el 18.9% mujeres tuvieron progresión de sus lesiones iniciales y un 28.6% se ignora su estado por falta de controles, el 19.8% sufrieron regresión de las mismas; el 15.8% han sido dadas de alta curadas, en el 14.9% las lesiones permanecieron con el mismo diagnóstico y el 2% fallecieron. (18)



III. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de este estudio nos permitirán identificar las fortalezas y debilidades del seguimiento que se les da a las pacientes tratadas por LIE de bajo y alto grado, de tal manera que se puedan mejorar los procedimientos terapéuticos asegurando un mejor manejo y seguimiento de las mujeres, con el fin de ayudar a prevenir la forma invasiva del cáncer cervicouterino. Además de aportar datos estadísticos que nos orienten a actuar de forma oportuna y eficiente ante éstas patologías y evitar su evolución a cáncer invasor.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el seguimiento que se les da a las pacientes atendidas por Lesiones Intraepiteliales del cérvix en el servicio de Gineco-Oncología del Hospital escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello?



V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la frecuencia de LIE y el seguimiento que se les da a las pacientes, según tipo de LIE (lesión intraepitelial) en el servicio de Gineco-Oncología del HEODRA durante el período comprendido enero 2008 y diciembre 2012

Objetivos Específicos:

1. Identificar el seguimiento que se les da a las pacientes tratadas por LIE de Bajo y Alto grado.
2. Describir las características sociodemográficas de la muestra de mujeres tamizadas en la unidad de salud.
3. Identificar las características sexuales y reproductivas de la muestra de mujeres tamizadas
4. Establecer la frecuencia de LIE cervical, tipo y su abordaje terapéutico.



VI. MARCO TEÓRICO

El Cérvix (Término latino para cuello) es un segmento cilíndrico y angosto del útero, entra en la vagina a través de la pared vaginal anterior y en la mayoría de los casos se encuentra en ángulo recto respecto de ésta. En la mujer promedio mide 2-4cm de largo y está adyacente a la cara inferior del cuerpo uterino. (1,8)

La posición intravaginal inferior del cérvix es un segmento libre que se proyecta a través de la cúpula vaginal y está cubierta por mucosa. El cérvix se abre a la cavidad vaginal mediante el orificio externo. El canal cervical se extiende desde el orificio externo anatómico hasta el orificio interno donde se une con la cavidad uterina. En el orificio interno hay una transición histológica de las glándulas endocervicales a las endometriales. La posición vaginal de cérvix, también conocido como ectocérvix, está cubierta por epitelio escamoso estratificado, igual al epitelio de la vagina. La mucosa endocervical está dispuesta en pliegues ramificantes o criptas (plicas palmeadas) y está recubierta por epitelio cilíndrico. El estroma cervical está compuesto por tejido conjuntivo con fibras musculares estratificadas y tejido elástico. (1,8)

La cavidad vaginal de una mujer en etapa reproductiva es un medio polimicrobiano que contiene un buen número de microorganismos. Este ambiente mantiene un equilibrio, mismo que se puede modificar debido a múltiples circunstancias, como cambios hormonales, ciertas prácticas de higiene, hábitos sexuales e incluso variaciones en la alimentación. Por otro lado tanto, en el cérvix como en la vagina existen mecanismos de defensas naturales que los protegen de agresiones externas. (1,8)

Un epitelio estratificado íntegro, maduro y bien desarrollado es indispensable ya que cualquier agresión que produzca daño con pérdida de la continuidad, como traumas, procedimientos quirúrgicos, cambios del PH, uso de duchas, fármacos irritantes, semen por las prostaglandina que contiene, pueden desencadenar cambios inflamatorios. Además si el epitelio se ha adelgazado por la ausencia del estímulo trófico estrogénico como es el caso por uso de anovulatorios, el epitelio o la mucosa del cérvix sufrirán laceraciones o interrupciones celulares con muchas más frecuencias. (1,8)



También se debe tomar en cuenta el efecto de algunos medicamentos como los antibióticos y los corticoides que alteran el equilibrio de la flora fisiológica lo cual puede promover cambios inflamatorios y a la vez propicia la interrupción de un crecimiento y desarrollo normal de la transición que sufre la célula del epitelio cilíndrico a célula propia de un epitelio estratificado pavimentoso, lo cual va originando una lesión que puede progresar hasta el carcinoma invasivo. (5)

Las características relevantes incluidas en el criterio para el diagnóstico de neoplasia intraepitelial son inmadurez celular, desorganización celular, anormalidades nucleares y aumento de la actividad mitótica. La extensión de estos trastornos citológicos e histológicos identifica el grado de neoplasia. (13)

La transformación del epitelio cilíndrico hacia un epitelio pavimentoso es paulatina y gradual, sin embargo se puede suspender en cualquier momento por lo que algunas áreas mostrarán metaplasia en estado de inmadurez, alternando con otras maduras. (5)

Se define a la neoplasia cervical intraepitelial (NIC) como un espectro de epitelios escamosos anormales con alteraciones en las estructuraciones y maduración con buena diferenciación (displasia leve) o ausencia total de diferenciación situadas en la superficie. (1, 8,9)

Las LIE se caracterizan por una proliferación de células anormales con pérdida de la polaridad celular y de la maduración citoplasmática, la proporción que ocupan estas células inmaduras dentro del epitelio es uno de los parámetros para su clasificación: (3, 4,8)

NICI (displasia leve): Las anormalidades afectan sólo el tercio inferior del grosor total del epitelio. (3, 4,8)

NICII (displasia moderada): Las anormalidades afectan entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio. (3, 4,8)

NICIII (displasia severa y cáncer cervicouterino in situ): Las alteraciones se extienden a todo el espesor del epitelio. (3, 4,8)



La nomenclatura utilizada para clasificar las lesiones preinvasoras del cérvix han sido cambiadas muchas veces en los últimos 50 años y aún se sigue haciendo. Se necesitó un método estándar para referir los hallazgos citológicos y así facilitar la uniformidad en el diagnóstico y tratamiento, la revisión de los colegas y la garantía de la calidad. En 1989, el National Cancer institute (NCI) realizó un simposio en Bethesda, Maryland, en el que se desarrollo el sistema Bethesda para informe citológico. (Ver anexo fig.4)

Citopatología de las lesiones de bajo y alto grado: (7)

Lesiones escamosas de bajo grado: (7)

Citología de NICI: (7)

- Maduración mermada.
- Los cambios morfológicos clásicos de la infección por el VPH consiste en un halo o cavidad bien definido rodeando el núcleo.
- Pérdida de la madurez epitelial, reducción moderada de la polaridad, anormalidades nucleares con hiper cromasia y anisonucleosis leve, así como algunas figuras de mitosis.
- Células intermedias y superficiales con maduración citoplásmica en ocasiones presentando gránulos de queratohialina.
- El núcleo es 4-6 veces más grande que el de las células intermedias de forma oval, central.
- Citoplasma cianófilo, translúcido y con bordes celulares nítidos.

Lesiones escamosas de alto grado: (7)

Citología NICII y NICIII: (7)

- Alteración de la maduración y diferenciación.
- Afectada primordialmente de las células de las capas profundas.
- Se pueden observar células de otros estratos.
- El grado mayor es el que apellida al extendido.
- La cromatina se observa en grumos gruesos.
- No existe nucléolo.



-
- El citoplasma es escaso, mal definido, cianófilo.

Factores de riesgo para LIE:

El inicio de relaciones sexuales a edad temprana, antes de los 20 años, se acepta actualmente como factor de riesgo elevado de padecer lesiones premalignas y cáncer de cuello uterino. (10)

La prevalencia de las lesiones intraepiteliales ocurren en el grupo de edad entre los 20-40 años con un pico de incidencia a los 30 años de edad. Las edades de máxima prevalencia son entre los 20 y los 30 años para NIC I, 30 a 34 años para NICII, y 35 años para NICIII. (10)

Otro factor de riesgo relevante es el primer embarazo a edad temprana, aparentemente debido a inmadurez de las células del cuello, durante el trauma obstétrico. (10)

Promiscuidad sexual de alguno de los conyugues, el individuo promiscuo está más expuesto a adquirir infecciones de transmisión sexual las que a su vez parecen jugar un papel importante en la transformación neoplásica cervical. (10)

Los antecedentes de infección por el virus del papiloma humano constituyen un factor de riesgo importante para esta enfermedad. No se puede dejar de mencionar los antecedentes previos de una lesión intraepitelial, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, una pareja actual o pasada con historia de factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, la inmunodeficiencia o positividad para VIH, multiparidad y el uso prolongado de anticonceptivos orales. (7)

Pero sin dudas el rol más relevante lo juega la infección por el VPH, el que constituye una familia de DNA virus con alrededor de 100 serotipos diferentes, mostrando cada uno de ellos tropismos particulares por sitios anatómicos diversos, se subdividen según su potencial oncogénico en grupos de virus de alto, intermedio y bajo riesgo. El de alto riesgo lo constituyen principalmente los serotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45 y otros, el de bajo riesgo está representado especialmente por los serotipos 6 y 11. (7)



Durante los últimos 40 años se menciona una incidencia media global de progresión a carcinoma in situ del 11% para NIC I y del 22% para NIC II. Las lesiones intraepiteliales escamosas de cuello uterino son 17 veces más frecuentes en las pacientes con SIDA en comparación con población no infectada. Paralelamente las lesiones intraepiteliales de bajo grado son 11 veces más frecuentes. Las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino han sido ampliamente estudiadas. Una vez detectada, la lesión pre invasora debe ser tratada para evitar su evolución a un cáncer invasor. (7)

TÉCNICAS DE TIPIFICACIÓN DE HPV

Para el correcto diagnóstico etiológico, ya que los VPH no crecen en los medios habituales de cultivo y los estudios serológicos sólo tienen una validez limitada, deben utilizarse técnicas de detección de ácidos nucleicos, de las cuales la amplificación genómica mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se considera la más adecuada. (17, 18,19)

La utilización de sondas de hibridación permitirá la tipificación, que es sumamente importante debido a la asociación de ciertos tipos con el cáncer genital. (17, 18,19)

Para la tipificación parece que lo más adecuado es utilizar sondas de hibridación, aunque existen diferentes técnicas, como la detección en placa de múltiples infecciones, que cuenta con la desventaja de necesitar un gran volumen de producto amplificado; la utilización de sondas inmovilizadas; o la hibridación con microseries de sondas (*microarrays* o *chips*), que amplía la detección de infecciones múltiples y parece prometedor. Con esta última técnica se obtienen resultados de manera rápida y objetiva, y además permite detectar en la muestra infecciones mixtas. (17, 18,19)



Más de un 80% de las mujeres sexualmente activas sufren una infección por VPH a lo largo de su vida. Los tipos 6 y 11 son los principales causantes de lesiones anogenitales, que se manifiestan en forma de verrugas y aparecen en el 1% a 2% de los adultos; su tratamiento es caro, doloroso y con frecuentes recidivas. (17, 18,19)

La hibridación con sondas específicas sin amplificar previamente tiene una baja sensibilidad, y además sólo detecta VPH de alto o bajo riesgo oncogénico. La amplificación con iniciadores específicos de tipo, al amplificar un solo biotipo, resulta muy laboriosa para conocer los 35 tipos, ya que además debe ser validada para cada uno de ellos. Por tanto, parece mejor amplificar una zona del genoma que esté conservada en la mayoría de los genotipos que infectan mucosas, como L1, y proceder después a la tipificación. La PCR en tiempo real ha mejorado la sensibilidad, aunque con el inconveniente de generar falsos positivos, sobre todo por la heterogeneidad de los diferentes genotipos a los productos de PCR de amplio espectro, que dificulta la estandarización de los resultados. Además, aunque posibilita la cuantificación del DNA, y podría distinguir infecciones clínicamente relevantes, aún no se ha establecido cuál sería el umbral significativo. (17, 18,19)

La detección temprana de ADN de VPH está indicada en la citología ginecológica, en pacientes con PAP atípicos sospechosos Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) pero no diagnósticas de displasia. La presencia de virus de Alto Riesgo, permite priorizar la inversión de recursos para un seguimiento más estricto o incluso tratamientos profilácticos. (17, 18,19)

La tendencia actual en la investigación del VPH y el cáncer cervicouterino (Ca Cu) es el desarrollo de vacunas; sin embargo, la alta variabilidad genotípica cuestiona la eficacia de una vacuna sin conocer los tipos de VPH prevalentes en una población. Por otra parte, el variado curso de la infección en diferentes huéspedes, revela la



importancia de otros factores biológicos genéticos y ambientales que podrían estar involucrados en la carcinogénesis del cuello uterino. (17, 18,19)

Conducta terapéutica según diagnóstico

Las pacientes en las cuales se ha hecho un diagnóstico de NIC pueden ser tratadas por medio de una cantidad de técnicas, las cuales están bien establecidas y son altamente exitosas en su totalidad. (12)

La elección de la modalidad de tratamiento depende del grado de la lesión, del tamaño y la ubicación de ésta, del tamaño y el contorno del cuello, de la edad de la paciente y sus antecedentes reproductivos, de la habilidad y experiencia del médico con cada técnica y de otros factores. (12)

El principio importante del tratamiento de las lesiones NIC es proporcionar la terapéutica suficiente como para eliminar la enfermedad en forma inocua y efectiva y así prevenir su recidiva, pero no tanto como para causar una morbilidad indebida o generar alteraciones innecesarias que puedan producir estenosis del cuello, incompetencia u otros problemas obstétricos o ginecológicos. Es importante no usar exclusivamente una modalidad de tratamiento, debido a que cada una tiene su lugar en el arsenal terapéutico. Debe tomarse una decisión mediata en lo que respecta a la modalidad de tratamiento más adecuada para cada paciente en particular. (7)

Medidas de abordaje para una NIC de bajo grado

Ha habido considerables controversias acerca del manejo apropiado de las NIC de bajo grado. Las lesiones NIC de bajo grado no tratadas pueden remitir, persistir o progresar hacia lesiones NIC de alto grado o cáncer invasor. (6)

Las opciones para tratar pacientes con NIC de bajo grado son el seguimiento con citología, solamente tratar a todas las mujeres que tienen una lesión identificable por colposcopia, o usar procedimientos de reestadificación para discriminar entre las que



tienen alto riesgo y las que tienen riesgo mínimo de progresar hacia NIC de alto grado. También se incluye Crioterapia; Electrocoagulación; Láser. En casos puntuales se pueden emplear también tratamientos escisivos (conización fría o con escisión de la zona de transformación con un asa de gran tamaño, (LLETZ) e incluso histerectomía). Se debe valorar conización en el caso de que se mantenga la lesión escamosa intraepitelial (SIL) más de 2 años. (Ver Anexo fig. 1). (6, 7,15)

Medidas de abordaje para una NIC de alto grado

Deben ser tratadas de manera adecuada cuando se identifican. Sin embargo las pacientes embarazadas constituyen una excepción a esta regla. En estas pacientes cuando no hay evidencia etiológica o colposcópica de cáncer invasor el protocolo de tratamiento de elección es seguirla mediante exámenes periódicos citológicos y colposcópicos sugieren después del parto. Si durante el embarazo los exámenes citológicos o colposcópicos sugieren la presencia de un cáncer invasor deben realizarse biopsias o extirpación segmentaria. (6, 7,15)

En las lesiones de Alto grado está indicado: Escisión, Conización fría, LLETZ, Histerectomía. (Ver anexo fig 2) (11)

Modalidades de tratamiento:(16)

Ablación:

- Criocauterío o criocoagulación.
- Electrodiatermia o electrocoagulación diatérmica.
- Láser de dióxido de carbono.



Escisión:

- Escisión de zona de transformación:
 - a. Láser de dióxido de carbono.
 - b. Escisión con asa grande de zona de transformación
procedimiento de escisión con asa electroquirúrgica.

- Escisión quirúrgica:
 - a. Biopsia de cono.
 - b. Histerectomía.

En los últimos años se ha producido un notable cambio en el tratamiento de las lesiones preinvasoras. Mientras que antes se realizaban tratamientos agresivos como la histerectomía o la conización-amputación cervical, en la actualidad es posible realizar tratamientos conservadores y de régimen ambulatorio. En este aspecto la introducción a la colposcopia ha tenido un papel primordial, al permitir realizar tratamientos dirigidos únicamente a la eliminación de la lesión, preservando el resto del cuello. ⁽⁷⁾

Las lesiones preinvasoras del cuello uterino suelen desarrollarse en la época reproductiva de la mujer y cualquier terapéutica excesiva puede comprometer la capacidad para tener hijos, por el contrario los tratamientos insuficientes, alteran el curso natural de la enfermedad y dificultan el diagnóstico de la persistencia de la lesión, obligando en la mayoría de los casos, a una agresividad terapéutica que hubiera sido innecesaria de haber aplicado inicialmente la correcta conducta. ⁽¹⁸⁾

Es obvio que la elección del tratamiento deberá supeditarse primordialmente a la gravedad de la lesión. Sin embargo, el abordaje terapéutico de las lesiones preinvasoras del cuello uterino no puede establecerse bajo esquemas rígidos y universales y estará condicionado a diversos parámetros entre los cuales debemos destacar los siguientes: Condiciones del ginecólogo, condiciones de la paciente y características de la lesión; es decir, de si la lesión es de bajo o de alto grado, si la



mujer desea tener hijos en el futuro, de la edad y salud general de la mujer, y de la preferencia de la mujer y de su médico.⁽⁸⁾

Una lesión de bajo grado puede no necesitar un tratamiento en el futuro, especialmente si el área anormal fue removida completamente durante la biopsia, sin embargo se debe realizar seguimiento de las pacientes donde se incluya la realización de PAP y exámenes pélvicos con regularidad. ⁽⁸⁾

Breve descripción de las diferentes terapéuticas según el tipo de LIE

Biopsia con Sacabocados: En éstas pacientes, la simple eliminación de la lesión por medio de una biopsia con sacabocados o una pequeña extirpación segmentaria con electrocauterio es adecuada. En forma similar, para pacientes que tienen neoplasias vaginales intraepiteliales circunscrita (NVIC), las biopsias múltiples con sacabocado a menudo funcionan como medio diagnóstico y terapéutico, cuando se hace el intento de extirpar completamente bajo control colposcópico las áreas blanqueadas por el ácido acético no teñido con yodo. Cuenta con diferentes complicaciones dentro de las que se mencionan: Sangrado por hasta una semana, cicatrización lenta o se puede introducir una infección en el sitio de la biopsia. Se recomienda a la paciente evitar las relaciones sexuales, las duchas vaginales o el uso de tampones durante una semana para permitir la cicatrización del cuello uterino. ^(9, 14,15)

Crioterapia: Los instrumentos crio quirúrgicos usan óxido nitroso o dióxido de carbono como refrigerante para hacer descender la temperatura de los tejidos por debajo de -22°C-80°C y para producir muerte celular por cristalización del agua intracelular y extracelular. Cuando el agua se cristaliza se deshidrata la célula. Esto origina un aumento de la concentración intracelular de sales, seguido de la liberación de enzimas lisosómicas y destrucción celular. ^(9, 14,15)



A medida que el gas circula saca calor del cuello hasta que se alcanzan las temperaturas de congelación. El cuello y la criosonda llegan al estado de equilibrio después de alrededor de 3 minutos de congelación, momento en el cual la cantidad de calor aportada al cuello por la irrigación vascular equilibra la cantidad de calor aportada extraída por la evaporación del gas criogénico. (9, 14,15)

Las tasas de curación dependen del tamaño de la lesión, en general promedian entre un 90% para lesiones que afectan un cuadrante, pero alcanzan sólo el 75% para las lesiones que comprometen 3 o 4 cuadrantes. (9, 14,15)

Se recomienda una extensión mínima de 5 mm más allá de la lesión y 1cm se considera óptimo. Las lesiones de NIC incidentales pueden ser tratadas de manera adecuada con crioterapia por miedo de una sola aplicación de la criosonda. Las complicaciones son mínimas y consisten sobre todo en estenosis cervical o estrechamiento en el 1-4% de las pacientes. (9, 14,15)

Criocirugía: Es un procedimiento útil e inocuo que debe ser tomado en consideración para todas las pacientes (particularmente las jóvenes y nulíparas) que tienen una lesión de bajo grado confinado a la población epitelial, debido a que la profundidad de la destrucción raramente excede los 5mm. Cuenta con diversas desventajas en las que se mencionan: Pérdidas vaginales no sanguíneas (en área necrosada).Tiempo de curación que se extiende de 6-8 semanas. La unión escamocolumnar queda frecuentemente dentro del canal endocervical, lo que dificulta el control colposcópico y citológico. La profundidad de la necrosis se limita de 5-6mm, lo que puede ser insuficiente para destruir todos los fondos glandulares. (1, 12,14)

Electrocoagulación Diatérmica (Electrodiatermia): Puede llevarse a cabo como procedimiento ambulatorio mediante infiltración del cuello uterino con anestesia local y una jeringa dental. (6)

Se utiliza una unidad electroquirúrgica compacta estándar con ajuste de 40 W, junto con un espéculo bivalvo de Grave acoplado a un extractor de humo. Utilizando un electrodo esférico y una aguja fina a fin de destruir toda el área delimitada. Debe



eliminar el moco cervical con una gasa, manteniendo la esfera en estrecho contacto con la superficie cervical para que la coagulación profunda sea más eficaz. (6)

La corriente se aplica de manera continua entre 2 y 3 segundos cada vez, coagulando sistemáticamente el área. El uso de corriente eléctrica continua y la rapidez del movimiento generan una chispa excesiva o fulguración, mientras que mediante un contacto más lento y directo con el tejido se logra una coagulación más profunda. (6)

Después de la aplicación de la esfera, se inserta un electrodo de aguja entre 2 y 3 segundos cada vez, con punciones múltiples en el eje largo del cuello uterino hasta una profundidad de 7mm, a fin de destruir las criptas de las glándulas más profundas. En relación a las complicaciones no se observaron problemas intraoperatorios significativos. Aunque puede producirse flujo o manchado intermenstrual. La incidencia de complicaciones significativas (hemorragia secundaria, infección y estenosis cervical) sólo se presenta en el 2%. (6)

Termocoagulación: Consiste en una serie de sondas térmicas de formas variables. La sonda se aplica a la superficie cervical y calienta el tejido hasta un máximo de 120°C durante 30 segundos se obtendrá una profundidad de 4mm como mínimo causando destrucción de la zona de transformación, incluyendo el endocérvix inferior. Presenta desventajas similares a la criocauterización. (6)

Láser de Dióxido de Carbono: Este láser es un instrumento que produce un rayo cilíndrico de luz de alta intensidad, que puede ser concentrado en un pequeño punto donde produce una pequeña huella y una alta densidad de energía. Esta concentración de energía vaporiza el tejido por hervido rápido del agua intracelular y hace que las células exploten. El láser de CO₂ se emplea para extirpar lesiones de NIC en pacientes cuya anormalidad está confinada a la porción vaginal y en las cuales se ha descartado un cáncer invasor por biopsias guiadas por colposcopia y curetaje endocervical. La cicatrización después de la cirugía con láser es rápida. Hay efectos colaterales mínimos. Hay poco fluido vaginal. La principal desventaja es alto el costo de su adquisición. (8, 10,15)



Extirpación con Asa Electroquirúrgica: Este procedimiento hace uso de las propiedades de los generadores electroquirúrgicos modernos de estado sólido, acoplados a electrodos en asa, hechas con un alambre delgado de acero inoxidable o tungsteno para extirpar áreas de NIC. La principal ventaja es que el procedimiento puede realizarse bajo control colposcópico y que los márgenes puedan ser examinados colposcópicamente después de completadas las extirpaciones iniciales. La eficacia terapéutica fluctúa entre 97% con 3% de complicaciones, principalmente sangrado trans y postoperatorio, con la posibilidad de contar con un espécimen para estudio histopatológico. (3, 15,16)

Conización Cervical: Generalmente se plantea el cono para que sea terapéutico y diagnóstico y la técnica es muy conocida y se realiza con frecuencia. Las desventajas consisten en que es imposible monitorear el margen endocervical de la extirpación para asegurarse que ha sido extraída toda la lesión; el procedimiento se realiza generalmente en quirófano, es caro y hay significativa tasa de morbilidad que puede dar origen a secuelas reproductivas y obstétricas. Dentro de las complicaciones se mencionan: Dispareunia (8%); Estenosis cervical (4-10%); Dismenorrea (15%); Infertilidad (5-80%); Parto prematuro (5-10%); Alteraciones de la función sexual (10%); Alteraciones menstruales (12%); Secuelas cervicofístmicas (60%); Abortos (55%). Datos del INT de Milán, serie de casos 1966-1970 (Attili y cols., 1976) (3, 6, 15,16)

Histerectomía: Es la extirpación quirúrgica del útero que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina, puede constituir el tratamiento de elección en las siguientes circunstancias: Cuando la Zona de Transformación Anormal es muy extensa y la paciente no desea más embarazo; Cuando la lesión afecta al tercio superior de vagina; cuando resulta difícil llevar a cabo una conización por razones técnicas; En caso de frotis persistentemente anómalo o lesión recidivante después del tratamiento conservador. Antes de proceder a la intervención siempre es preciso excluir la posibilidad de cáncer cervicouterino mediante colposcopia y biopsia dirigida en sacabocado o si se halla indicado biopsia por conización. Las complicaciones de una histerectomía son todas aquellas implicadas en cualquier tipo de cirugía. La mayoría de las pacientes se recuperan por completo después de una histerectomía. (6)



Requisitos a cumplir para la correcta selección e implementación del método terapéutico: Es preciso que la paciente sea evaluada por un colposcopista competente. La colposcopia debe ser satisfactoria y la lesión debe visualizarse por completo. Debe garantizarse un seguimiento citológico y colposcópico regular.

Patrones de seguimiento pos-tratamiento de las lesiones intraepiteliales

El seguimiento de pacientes con lesiones de bajo grado “tratadas” con procedimiento conservador, debe ser citocolposcópico cuatrimestral o semestral el primer año. (17)

Semestral el segundo año, y posteriormente podrá pasar a primer nivel de atención médica para citología anual. (17)

El seguimiento de pacientes con lesiones de alto grado “tratadas” conservadoramente, será citocolposcópico en un centro de colposcopia, cuatrimestral o semestral en el primer año, semestral en el segundo y tercer año, y posteriormente podrá pasar a primer nivel de atención para su citología anual. (17)

El seguimiento de pacientes con lesión de alto grado tratadas con histerectomía y cuyo reporte de patología describe bordes quirúrgicos libres, se egresará del centro de colposcopia, y será referida a cuidados preventivos de salud en la mujer por médico familiar o ginecólogo. (18)

Es imprescindible un riguroso seguimiento de las pacientes tratadas por la posibilidad de una persistencia o recidiva. Dicho control se realizará el primer año cada tres meses, mediante citología cervico-vaginal y colposcopia. Posteriormente el seguimiento puede distanciarse cada seis meses o anualmente, teniendo en cuenta que una mujer que ha padecido una LIE tiene mayor riesgo de desarrollar nuevamente la misma lesión. (5)

La mayor parte de las enfermedades residuales se sospechan en la primera visita postoperatoria, y se ponen de manifiesto al cabo de los primeros doce meses. (1)



Para diagnosticar satisfactoriamente todos los casos de enfermedad residual, son necesarias tanto la colposcopia como la citología. (2)

Con respecto a la enfermedad recidivante, la mayor parte de los autores la definen como una LIE confirmada histológicamente que se presenta entre el primer y el segundo año de seguimiento, durante los cuales tanto la citología como la colposcopia son negativas. Una observación interesante es que todas las enfermedades recidivantes son visibles en el ectocérvix, lo cual sugiere que la zona de transición residual expuesta puede hallarse sometida a factores oncogénicos en la vagina. (3,4)

Es preciso obtener frotis tanto ectocervicales como endocervicales. La introducción del cepillo para la obtención de muestras del canal cervical hace más fiable la citología. La precisión en la evaluación de los márgenes ecto y endocervicales de la biopsia-conización se relaciona con el número de secciones incididas y examinadas, y contribuye a predecir la posibilidad de enfermedad persistente. Todas las pacientes requieren seguimiento después del tratamiento, pero las que presentan márgenes positivos precisan una monitorización más atenta. (9)

Por lo tanto, el seguimiento tanto citológico y colposcópico debe llevarse a cabo cada seis meses durante los dos primeros años y, siempre que todos los resultados sean normales, y a partir de entonces de manera anual. Es difícil establecer un punto de corte para el seguimiento, ya que las recidivas pueden producirse en cualquier momento, si bien son muy poco frecuentes después de diez años. En aquellas pacientes en que se ha llevado a cabo una histerectomía debido a LIE, el seguimiento debe continuar mediante colposcopia y citología de la bóveda vaginal, en especial de los cráteres de la vagina. (12)

Las LIE residuales o recidivantes en pacientes tratadas mediante conización se presenta en aproximadamente en el 6% de los casos, incluso cuando el vértice y los márgenes están libres de enfermedad. La recidiva puede depender de diversos factores, como la persistencia de riesgo alto para HPV o el deterioro del sistema inmune (agentes inmunosupresores o infección por VIH). (18)



No es frecuente el desarrollo de carcinoma invasor después de una conización completa. En la literatura se han publicado informes sobre cáncer invasivo después de cualquier tipo de tratamiento ablativo. En muchos casos los factores causales fueron una selección inadecuada, una colposcopia o biopsia inapropiada, y una técnica deficiente. ⁽¹⁹⁾

Además de la eficacia del tratamiento primario, la incidencia de cáncer invasivo después del tratamiento de LIE se relaciona también con un seguimiento meticuloso y, por consiguiente, con la detección precoz y el tratamiento de las recidivas. ⁽²⁰⁾



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Descriptivo de serie de casos.

Área de Estudio: Departamento de León, en el servicio de Gineco-Oncología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, ubicado en el costado sur del colegio San Ramón, encontrándose éste servicio en el segundo piso del hospital, contando solamente con un cuarto y tres camas. Se agrega a esto el área de consulta externa ubicada al lado norte del hospital. Así mismo se incluye como área de estudio el departamento de Patología ubicado en el sótano del HEODRA que está constituido por médicos de base, residentes, cito tecnólogos y técnicos.

Período de Estudio: Enero 2008 a Diciembre 2012.

Población en Estudio: Todas las mujeres egresadas de la sala de gineco- oncología y/o atendidas en la consulta externa que recibieron tratamiento por LIE de bajo o alto grado, durante el período en estudio.

Criterios de inclusión de casos:

1. Toda mujer egresada de la sala de gineco- oncología y/o atendida en la consulta externa con diagnóstico de LIE sometida a tratamiento.
2. Que tenga el expediente completo.
3. Mujer que tenga al menos un control por consulta externa.
4. Que haya recibido seguimiento desde su diagnóstico hasta la fecha de nuestro estudio.
5. Paciente con resultado diagnóstico de Citología cervical, biopsia y colposcopia pre tratamiento de LIE.
6. Paciente tratada y que tiene un control posterior de un estudio citológico y/o colposcopia.



Criterios de exclusión: Pacientes con datos incompletos en su expediente.

Técnica de recolección de la información:

Previo al estudio se solicitó la autorización al director del HEODRA para garantizar los aspectos éticos y legales de la investigación, para la revisión de los expedientes. Para obtener la información se visitó el Departamento de Estadísticas y registros Médicos del HEODRA, se escogieron todos los expedientes entre el 2008 y 2012 de las pacientes con LIE siendo un total de 364 que cumplieron con los criterios de inclusión, y 46 las cuales fueron excluidas ya que no cumplían con los criterios, y se elaboró una ficha recolectora de datos en las cuales se plasmaron los datos de las variables del estudio.

Procesamiento de la información:

Una vez llenada la ficha recolectora de datos, tomados de los expedientes se procedió a vaciar la información en la hoja de base de datos para vaciar los resultados obtenidos, luego se determinó la frecuencia y el porcentaje de los mismos, los cuales se presentarán en tablas y en gráficos para su correspondiente análisis y discusión.

Instrumento de recolección de datos:

Se realizó un cuestionario de 8 acápites: diagnóstico de ingreso, aspectos socio-demográficos, aspectos clínicos, tiempo de evolución, seguimiento a la consulta externa, factores que predisponen a la aparición de complicaciones, datos patológicos.

Para controlar la calidad de los datos se realizó una prueba piloto de la ficha, para identificar dificultades y estandarizar la misma.

Plan de análisis: Los datos se procesaron y analizaron utilizando el programa estadístico Epi-info versión 7.0 para Windows. Se realizó un análisis estadístico del seguimiento de las LIE que se les dió a las pacientes estudiadas tanto de forma



general como específico por variables de interés. Los resultados serán plasmados en tablas y gráficos.

Operacionalización de las variables

Variables		Definición	Indicadores
Aspectos Socio-demográficos.	Edad.	Tiempo transcurrido desde su nacimiento, hasta el año de recolección de datos.	De 15-20/De 21-30. De 31-40/De 41-50. De 51 a más.
	Procedencia.	Residencia habitual del paciente. Urbano: procedente del Depto. de León. Rural: procedente de un municipio del Depto. de León.	Urbano/Rural.
	Estado civil.	Condición social que revela el estado de afiliación conyugal de una persona con otra.	Soltera. /Casada. Acompañada.
	Ocupación.	Situación laboral.	Empleada/ Desempleada. Refiere el expediente.
	Escolaridad.	Grado de instrucción de una persona que ha cursado un centro docente.	Analfabeta/Alfabeta. Primaria Incompleta/ P. Completa. (Baja) Secundaria Completa/S. Incomplet. Tecn. / Univ. (Alta).
Datos No Patológicos.	Tabaquismo.	Hábito de fumado, tiempo de exposición y paquetes por año.	Si/ No
	Alcohol.	Es el hábito de consumir bebidas alcohólicas.	Si/ No
Datos Obstétricos.	Gestas.	El número de veces que haya concebido un embarazo que independientemente que finalice en parto o no.	Nulípara/Primigesta. Bigesta/Trigesta/Cuatrigesta/Multigesta/Gran multigesta.
	Paridad.	El número de veces que haya concebido un embarazo que independientemente que finalice en parto o no.	Nulípara/Primípara. Bípara/Múltipara.



Datos ginecológicos	Inicio de vida sexual activa (IVSA)	Edad en la que la paciente tuvo su primera relación sexual.	Menor de 20 años. Mayor de 20 años.
	Número de compañeros sexuales	El número de hombres que se han relacionado sexualmente con la paciente hasta el momento del estudio.	1. 2. 3 o más.
	Antecedentes de citología cervical.	Citología cervical que la paciente se haya realizado previo al estudio.	Si. No.
	Uso de métodos anticonceptivos.	Uso de método que utiliza para el control de la natalidad.	Ninguno. Gest. Orales. DIU. Esterilización quirúrgica. Preservativo. Inyectables. Métodos Naturales.
Diagnóstico de ingreso.	Lesión de bajo grado	Son las lesiones relacionadas con HPV y NIC I.	Si/ No.
	Lesión de alto grado.	Engloban displasias moderadas, severas y carcinoma in situ (NIC II, NIC III)	Si/ No.



Abordaje terapéutico.	Conización cervical.	Es la extirpación de un cono truncado de tejido anormal del cuello para su análisis posterior.	Si/ No.
	Tratamiento conservador.	Este manejo incluye la vigilancia y seguimiento de la paciente, evitando procedimientos y técnicas radicales o intervencionistas.	Si/No.
	Colposcopía.	Medio diagnóstico o terapéutico que permite reconocer, delimitar aspectos anormales o normales del exocérnix, vagina y genitales externos.	Normal. Anormal (Epitelio Acetoblanco, mosaico, punteado). Insatisfactorio. (Inflamatorio, atrofia).
	Histerectomía.	Es la extirpación quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar embarazada (esterilidad) y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina.	Si/No.
Evolución de tratamiento	Persistencia.	Continuidad de la lesión una vez instaurada la terapéutica.	Si/No.
	Remisión de las LIE.	Desaparición total o parcial de la LIE. La remisión puede ser espontánea o secundaria al tratamiento. En algunos casos es completa y la enfermedad se considera curada.	Remisión Parcial. Remisión Total.
	Regresión.	Reaparición de la lesión, una vez que se da la remisión de la misma.	Si/No.
Seguimiento	Realización de seguimiento.	Valoración que se le da a la paciente después del tratamiento esta se realiza a través de la consulta externa.	Si/No.
	Número de estudios citológicos	Número de estudios citológicos cervicales indicados y en el intervalo en que se realiza.	Presente en el expediente.



VIII. RESULTADOS

Durante los años 2008-2012 se realizó un trabajo de tipo descriptivo sobre Valoración del seguimiento de las Lesiones Intraepiteliales del Cérnix en mujeres atendidas en la sala de Gineco-Oncología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, con una muestra de 364 pacientes.

En la Tabla N° 1, en relación a los datos sociodemográficos; podemos observar que el rango de edad más frecuente de la población en estudio fue de **31 a más años (81%)**, seguido por las edades de 21 a 30 años (17%), y en menor porcentaje las de 15 a 20 años (1.92%).

Pudiéndose observar así mismo que la mayoría de la población en estudio es de **procedencia Urbana con un 56.87%** siendo el resto de procedencia Rural 43.13%.

Con respecto al estado civil; se logra observar que la mayoría de la población son **casadas con un 37.36%**, y en menor porcentaje las solteras con 29.67%.

La mayoría de la población en estudio son **desempleadas con un 84.62%**, teniendo el resto trabajo las cuales constituyen el 15.38%.

Conforme a la escolaridad podemos observar que la mayoría de las mujeres del estudio tienen un **bajo nivel académico con un 62.91%**, y el 37.09% correspondió a un alto nivel académico.

En la tabla N° 2, en relación a los datos ginecológicos de las pacientes en estudio; se puede observar que el **77.19%** de las mujeres iniciaron su **vida sexual activa antes de los 20 años**, seguido de las mujeres que tuvieron su IVSA después de los 20 años 22.80%



En esta misma tabla se puede observar que la mayoría de las pacientes **37.36%** tuvieron **2 compañeros sexuales**, el 35.16% de ellas tuvieron sólo 1 compañero sexuales y solamente 27.47% de ellas han tenido más de tres compañeros.

Con respecto al antecedente de citología cervical podemos observar que la mayoría de las pacientes **100% si se habían realizado PAPs anteriormente. En todos los años estudiados.**

Conforme al uso de anticonceptivos la mayoría de las pacientes en el estudio **usaban anticonceptivos 70.32%**, de las cuales el tipo de anticonceptivo **más usado** fue la **esterilización quirúrgica con un 24.45%**, seguido de los Gestágenos Orales 15.38%, Inyectables 12.36%, Preservativo 11.26%, DIU 4.40% y los Métodos Naturales con 2.47%; y el 29.67% no usaban ningún tipo de anticonceptivo.

En el gráfico N° 1, en relación a las gestas de las pacientes se puede observar que el **23.08%** de los casos son **gran multigestas** que constituyen la mayoría de la población, el 22.80% de los casos son trigestas, el 17% corresponde a las cuatrigestas, y las bigesta con 16.76%, multigestas con 9%, primigesta 8.79% y el 2.47% son nulíparas.

Conforme a la paridad de las pacientes en el **gráfico n° 2**, se logra identificar que la mayoría de la población del estudio **61% eran multíparas**, el 15.6% tuvieron dos partos, y la minoría de la población estaba constituidas por las nulíparas y primíparas.

En relación al diagnóstico de ingreso de las pacientes en el **Gráfico N°3**, se puede observar que la mayor parte de la población **54.95%** fueron diagnosticadas con **Lesión intraepitelial de alto grado**, y el **45.05%** con diagnóstico de **Lesión intraepitelial de bajo grado**.



En la **Tabla N°3**, en relación al Abordaje terapéutico brindado a las pacientes según el tipo de lesión intraepitelial se puede observar que la muestra en estudio fueron 364; sin embargo al realizar la suma de las frecuencias de esta variable nos da otro resultado como total **403**, esto es debido a que a estas pacientes se les realizó más de dos tratamientos durante el periodo en estudio. Así mismo se puede observar que en las **LIEAG** el **0%** no **recibieron tratamiento conservador**, el **27.54%** se les realizó **conización cervical** y el **27.29%** se les realizó **histerectomía**. En relación al abordaje terapéutico de las pacientes con **LIEBG** el **7.19%** **recibieron tratamiento conservador**, al **25.80%** se realizó **conización cervical** y el **12.15%** se realizó **histerectomía**. Cabe recalcar que a la minoría de las pacientes se les realizó más de uno o dos tratamientos durante el periodo en estudio.

En relación a la Remisión o desaparición posterior al tratamiento en pacientes con lesiones intraepiteliales podemos observar en el **Tabla N° 4**, **de la población con LIEAG tuvieron remisión parcial 34.07%** y una remisión total el **20.88%**. En relación a las **LIEBG**, tuvieron remisión parcial el **22.25%** y el **22.80%** tuvieron remisión total.

Tabla N° 5, en relación al Seguimiento de las pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales del cérvix podemos observar que al **100% de la población se le dio seguimiento postratamiento en la consulta externa, realizándoseles a todas citología cervical y casi a la mayoría colposcopias**.

Con respecto a la Cantidad de PAPS realizados a las pacientes diagnosticadas por lesiones intraepiteliales del cérvix podemos observar que el mayor porcentaje **57.14%**, **se realizaron entre 1 y 3 paps**, seguido del 38.46% con 4 a 6 paps y en menor porcentaje las que se realizaron 7 a más paps con 4.4%. Con respecto a las **colposcopías al 43.4%** de las pacientes del estudio si se les realizó, de estas mujeres al **40%** se realizaron de **1 a 2**, y de 3 a más colposcopías al 3.3% y las no realizadas que corresponde al **56.5% de la población**. En relación al tiempo de seguimiento al **67.86%** se les dio seguimiento por **1 año**, y al 32.1% se les dio seguimiento por 2 años.



IX. DISCUSIÓN

Según datos bibliográficos las Lesiones intraepiteliales del cérvix ocurren entre las edades de 20 a 40 años con un pico de incidencia en los 30 años, lo cual se relaciona con los datos obtenidos en este estudio en donde los rangos de edad en los que se presentó con mayor frecuencia estas lesiones fueron entre los 31 y 40 años, lo cual corresponde con investigaciones epidemiológicas realizadas anteriormente por otros autores. Estas edades son las más susceptibles a la aparición de las LIE debido a la presencia de dos factores fundamentales para el desarrollo de esta lesión como es la vida sexual activa que la mujer experimenta entre estas edades y los embarazos que se dan en estos períodos de la vida en donde ambas condiciones predisponen a la interrupción de la transformación paulatina y gradual del epitelio cilíndrico a un epitelio pavimentoso lo que posteriormente predispondrá al desarrollo de displasia. (7,8)

En este estudio la mayoría de las pacientes son procedentes del casco urbano, lo que difiere con la literatura donde se menciona que las pacientes provenientes del casco rural son las que están más predispuestas a padecer esta patología, debido a que en estas pacientes la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera es baja, es común la multiparidad, y en muchos casos la promiscuidad masculina. También, estos datos, hacen referencia a sub-registros de información porque son las mujeres urbanas las que tienen mayor acceso a los servicios de detección de las LIE. Muchas mujeres con cáncer avanzado son rurales. (7, 8,15)

En cuanto a la ocupación las mujeres desempleadas fueron las de mayor frecuencia en nuestro estudio. Estas mujeres no cuentan con un empleo ya que tiene un nivel escolar bajo, en su mayoría son multíparas y un estado socioeconómico bajo lo que se relaciona como un factor de riesgo para desarrollar LIE. (7, 8,15)

Con respecto al estado civil de las mujeres estudiadas la mayoría de ellas estaban casadas, con una diferencia mínima de aquellas mujeres en unión estable. Las mujeres con estado civil solteras tienden a presentar mayores factores de riesgo para las LIE, dado que existe la posibilidad de aumentar el número de compañeros sexuales y el riesgo de promiscuidad, lo que no coincide con nuestros hallazgos; sin embargo se



debe considerar que las mujeres que viven bajo unión de hecho estable no se encuentran fuera de padecerlas ya que estas han aumentado en gran porcentaje en nuestro país. Además es importante recalcar que el incremento de lesiones pre-malignas en mujeres casadas ha aumentado en los últimos años, lo que puede deberse al aumento de la promiscuidad masculina y al no uso de métodos de barrera por parte de ésta población dado que el individuo promiscuo está más expuesto a adquirir infecciones de transmisión sexual las que a su vez juegan un papel importante en la transformación neoplásica cervical. (5, 10,15)

En relación a la escolaridad, en el presente estudio se encontró que la mayoría de las pacientes con LIE tuvieron un nivel de escolaridad bajo, lo que coincide con lo reportado por la bibliografía donde se plantea que a menor escolaridad mayor probabilidad de desarrollar lesiones pre-malignas ya que la mujer tendrá menor probabilidad de comprender y mayor dificultad para concientizarse sobre la importancia de realizarse un Papanicolaou anualmente y darse seguimiento adecuado en caso de que este revele algún tipo de lesión pre-maligna. (5,10)

Con respecto a las gestas y paras, en este estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tenían más de dos gestas y paras, situación que se establece en diferentes estudios como factor de riesgo para el desarrollo de LIE, esto podría deberse a las diferentes lesiones, laceraciones o interrupciones celulares que sufre la mucosa del cérvix durante la gestación y parto, además se altera el equilibrio de la flora fisiológica lo cual puede promover cambios inflamatorios. En las pacientes del estudio también se encontró que la mayoría tenían antecedentes de citología cervical, dado que esto constituye una normativa para todas las pacientes en gestación. (1,8)

En relación al IVSA en la mayoría de las pacientes estudiadas se encontró que tenían un inicio de vida sexual activa a temprana edad, este hallazgo coincide con la bibliografía que refiere que el IVSA a temprana edad constituye un factor de importancia para el desarrollo de LIE. En estas pacientes se ha demostrado que el tejido escamoso del cérvix es más susceptible a la reacción de lesiones pre-malignas, ya que para evitarlas se requiere de un epitelio estratificado integro, maduro y bien desarrollado y cualquier agresión que produzca daño con pérdida de la continuidad,

“A la Libertad por la Universidad”



como es el caso del semen y su contenido de prostaglandinas, puede desencadenar cambios inflamatorios. (21)

En relación al N° de Compañeros sexuales, la mayoría de las pacientes solo tienen dos compañeros sexuales, lo que según en diferentes bibliografías esto no contribuiría a la aparición de LIE ya que de este modo habría menor riesgo de contraer el VPH, puesto que este es uno de los factores principales para la aparición de dichas lesiones, sin embargo en nuestros resultados obtenidos podemos observar que aunque se tenga uno o dos compañeros sexuales las mujeres siempre presentan esta patología. Lo cual se podría explicar por tener compañeros sexuales de riesgo que practican la promiscuidad sexual de manera constante, más si a esto agregamos el no uso de métodos de barrera; en la mayoría de las mujeres de nuestro estudio utilizaron como principal método anticonceptivo la esterilización quirúrgica y no los métodos de barrera los que protegen contra infecciones de transmisión sexual, que en nuestro caso fueron utilizados por una mínima cantidad de población. (9)

En cuanto a la remisión de la LIE, la mitad de las pacientes con LIE de bajo grado tuvieron una remisión total posterior al tratamiento, en estas pacientes el abordaje terapéutico más utilizado fue la conización cervical. En relación a las LIE de alto grado la mayoría de las pacientes tuvieron una remisión parcial en las cuales el tratamiento más utilizado fue la conización. Según protocolos de manejo de las LIE, este tipo de tratamiento (conización) solo debe utilizarse en las LIE de alto grado, y solo en casos especiales se utiliza en mujeres con LIE de bajo grado, ya que según protocolos estas lesiones (LIEBG) se manejan con tratamiento conservador el cual consiste en observar, tratar infecciones del tracto genital y seguimiento con PAPs cada seis meses, lo cual en nuestro estudio podemos observar que este método terapéutico (tratamiento conservador) es muy poco utilizado en estas lesiones (LIEBG); esto se debe a que en estas pacientes con LIEBG la mayoría tenían más de dos años de padecer la lesión intraepitelial, no había remisión de la lesión y además se identificó en estas pacientes que tenían alto riesgo de desarrollar LIE de alto grado; por lo tanto se puede decir que estas pacientes fueron manejadas adecuadamente según normas. (8,9)



La histerectomía es el segundo método de tratamiento más utilizado en la población del estudio, donde es de importancia recalcar que la histerectomía se utiliza como tratamiento invasivo según protocolos en casos particulares tanto para las LIE de bajo y alto grado, cuando la paciente tiene patologías agregadas como una miomatosis uterina, en donde la histerectomía está indicada al igual que en aquellas pacientes que tienen paridad satisfecha; dichos casos se presentaron en nuestro estudio lo que explicaría el uso de histerectomía. En relación al Abordaje terapéutico brindado a las pacientes según el tipo de lesión intraepitelial se puede observar que la muestra en estudio fueron 364; sin embargo al realizar la suma de las frecuencias de esta variable nos da otro resultado como total **403**, esto es debido a que a estas pacientes se les realizó más de dos tratamientos durante el periodo en estudio. (18,19)

En relación al Seguimiento de las pacientes por el servicio de gineco-oncología, se encontró que todas las pacientes que fueron diagnosticadas y tratadas como LIE acudieron en su totalidad a sus controles y se les dio seguimiento por uno o dos años. Esto se debe al impacto psicológico y físico que la enfermedad causa a las pacientes, por tanto se puede decir que a estas pacientes se les ha dado seguimiento de manera adecuada. (18,19)

A la mayoría de las pacientes con LIEAG y LIEBG se les realizaron más de dos PAPS posterior al tratamiento, así mismo se les realizó colposcopia en menor cantidad, pero con una diferencia mínima comparada con las que no se les realizó. Esto demuestra que se está cumpliendo lo establecido en las normas del MINSA, en donde se menciona que se deben realizar PAPS semestrales, trimestrales, cuatrimestrales y anuales según sea el caso, así mismo colposcopia anual. (18,19)



X. CONCLUSIONES

- En relación a los datos sociodemográficos encontramos que la mayoría de la población del estudio fueron pacientes entre las edades de 31 a más años, provenientes del casco urbano, con escolaridad baja y desempleadas.
- En cuanto a las características reproductivas, la mayoría de las pacientes tuvieron 2 compañeros sexuales, múltiples gestas, Inicio de Vida Sexual Activa a temprana edad, utilizaron como principal método anticonceptivo la esterilización quirúrgica. La mayoría de las pacientes del estudio tuvieron antecedentes de citología cervical.
- El tratamiento que se utilizó con mayor frecuencia fue la Conización cervical tanto para las pacientes con LIEAG y LIEBG. En segundo lugar la histerectomía y en menor frecuencia se utilizó tratamiento conservador. El manejo de estas pacientes fue acorde a las normas del MINSA, siendo tratadas de manera adecuada según las características individuales de las pacientes entre ellas: Edad, paridad, tiempo de evolución de la LIE, tipo de LIE, persistencia de las mismas, factores de riesgo para desarrollar LIE de alto grado y ausencia de remisión de la LIE.
- En relación al seguimiento de las pacientes posterior al tratamiento se encontró que a la mayoría de las pacientes se les brindó seguimiento por parte de la consulta externa de gineco-oncología realizándose citología cervical y colposcopia cumpliendo con las normas para valorar la remisión de la lesión.



XI. RECOMENDACIONES

- Promover más campañas educativas destacando la importancia de prácticas sexuales seguras, de la realización del control citológico cervical y colposcòpico y donde se dé a conocer la existencia del VPH como agente causal de lesiones pre-malignas y malignas del cuello cervical.
- Al médico tratante mantener el apego al protocolo de manejo para las lesiones intraepiteliales, utilizando tratamiento conservador en las LIEBG para evitar morbilidad excesiva y conización en las LIEAG, según sea el caso.
- Continuar con el seguimiento posterior al tratamiento a las pacientes que presenten LIE de bajo y alto grado, realizándoseles citología cervical y colposcopia, para asegurar la remisión total y la no regresión de las LIE a largo plazo.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Sánchez, A. Tratado de Ginecología. 3ª ed. Ed. Mediterráneo. Santiago de Chile. Pág. 261-273. 1999
2. Tierney, Laurence M. et al. Diagnóstico Clínico y Tratamiento ginecoobstétrico. Trastornos Premalignos y Malignos de Cérnix Uterino. 41ª ed. Ed. Manual Moderno. 2006. Pág. 991-1012.
3. Copeland, Ma Larry. Ginecología, 2ª ed. Ed. Panamericana. Buenos Aires Argentina. 2002.
4. Gibbs, Ronald S. Danforth. Tratado de Ginecología y Obstetricia, 8ª ed. Ed. Lippincott. México. 2000. Pág 845.876.
5. Lazcano Hernández, Alonso. Cáncer cervicouterino diagnóstico prevención y control. 2ª ed. Ed. Medica Panamericana. España. 2005.
6. Chamen, D.G de palo y Cols. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Ed. Masson II. España, 2000.
7. Salinas Anton, Xiomara. Tesis. Valoración de la Citología y de la Colposcopia en el diagnóstico de las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino durante el periodo 2000-2003 en el HEODRA-LEÓN. Marzo. 2004.
8. Gonzales Merlo, J. Tratado de Ginecología. 7ª ed. Ed. Masson. Reimpresión. Barcelona España. 2000. Pág 352-371.
9. GR Montanari y B de Palo. Estudio citológico y biopsia. 2ª ed. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1996. Pág. 23-30.
10. Nazzal, Omar y Cols. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. Patología preinvasora del cérnix. V.68.n.3. Santiago. 2003.
11. Ministerio de Salud, Gobierno de la República de Nicaragua. Normas Nacionales de prevención, detección y atención del Cáncer Cervicouterino. Fondo Social OPS/OMS. Noviembre. 2005.



12. Kohen BA. Metodología diagnóstica en la patología y tratamiento del tracto genital inferior. Disponible en: <http://drmarin.galeon.com/metodourologia.htm>
13. Cotran, Ramzi S. MD. Robin. Patología estructural y funcional. 6ª ed. Ed. Interamericana. DF México. 2000. Pág 1196-1202.
14. Disaia Phillip, Creasman MD William. Oncología ginecológica y clínica. Lesiones del Cuello Uterino. 5ª ed. Ed. Elseiver. 1998. Pág. 1-27.
15. Rock A, Jhon. Té Linde. Ginecología Quirúrgica. Lesiones Premalignas del Cérvix. 9ª ed. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 2006. Pág. 1409-1433.
16. Beusan, Pernol. Manual de obstetricia y ginecología. 10ª ed. Ed. Mac Graw-Hill Interamericana. México. 2003.
17. Muñoz Cortez, Sergio Bravo. Patrones de seguimiento post tratamiento de las lesiones intraepiteliales. Vol 5. México. 2006.
18. UNAN, León; Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, Ofelia G. Rojas Berrios. Ellieth Valladares.- Oscar D. Fonseca.- Arnoldo Delgadillo.- Oscar Alonso. Diagnóstico y manejo de lesiones premalignas del cérvix; curso precongreso 16-17 de junio 2003.
19. Herrera, Portilla. Tesis. UNAN-León. Neoplasia intraepitelial cervical, diagnóstico y manejo. 1995.
20. Cardoza, Margie. Tesis. UNAN-León. Enfermedad del cérvix uterino relación clínica, citológica e histológica. 1993.
21. Jarquin González, Silvia Yolanda. (MRIVGO). Tesis. Hospital Materno Infantil Doctor Fernando Velez Paiz. Correlación del diagnóstico citológico, colposcópico e histopatológico de las lesiones premalignas del cérvix en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del 1 de mayo al 31 de diciembre del año 2009.
22. Ferlay J. Bray F, Pisani, Parkin DM GLOBOCAN 2002; cancer incidence, mortality and prevalence worldwide iarc. Cancer base n_o 5 version 2.0, IARC. Press lyon 2004. (<http://w.w.w-de p.iarc.trl>).



Anexos



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No de expediente: _____

Ficha No. _____

Año _____

I. DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Mujeres con Diagnóstico de LIEBG:

Si _____ No _____

2. Mujeres con Diagnóstico de LIEAG

Si _____ No _____

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad _____
2. Procedencia : Rural: _____ Urbana: _____
3. Estado Civil : Soltera _____ Acompañada _____ Casada: _____
4. Ocupación: Empleada: _____ Desempleada: _____
5. Escolaridad: Alta: _____ Baja: _____

III. DATOS OBSTETRICO

1. N° de hijos _____
2. Gestas: N(0) __ PG__ BG__TG__ CG__ MG__ GMG__
3. Paridad: N(0)__ PM__ BP__ MP__

IV. Datos Ginecológicos.

1. IVSA: < 20años _____ ≥ de 20 años _____
2. # de compañeros sexuales _____
3. Antecedentes de citología cervical:
Si _____ No _____
4. Uso de anticonceptivo:



Si ___ No ___

4.1. Cuál?

- a) Preservativo _____
- b) Gestágenos Orales. ___
- c) Inyectable _____
- d) DIU _____
- e) Métodos naturales. ___
- f) Esterilización quirúrgica. ___
- g) Ninguno.

V. Abordaje

- a) Tratamiento conservador: Si ___ No ___
- b) Conización Cervical: No ___ Sí ___
Con Asa diatérmica: ___ Con bisturí: ___
- c) Colposcopia: Si ___ No ___
- d) Crioterapia: Sí ___ No ___
- e) Histerectomía: Sí ___ No ___

VI. Evolución de tratamiento.

Remisión Parcial ___ Remisión Total _____

VII. Seguimiento.

- a) Continuación de seguimiento:
Si ___ No ___
- b) Realización de PAP post-tratamiento: Si ___ No ___
- c) Número de PAP realizados posterior al tratamiento. _____
- d) Realización de Colposcopia: Si ___ No ___
- e) Número de colposcopias realizadas _____
- f) Tiempo de seguimiento ___



Figura 1

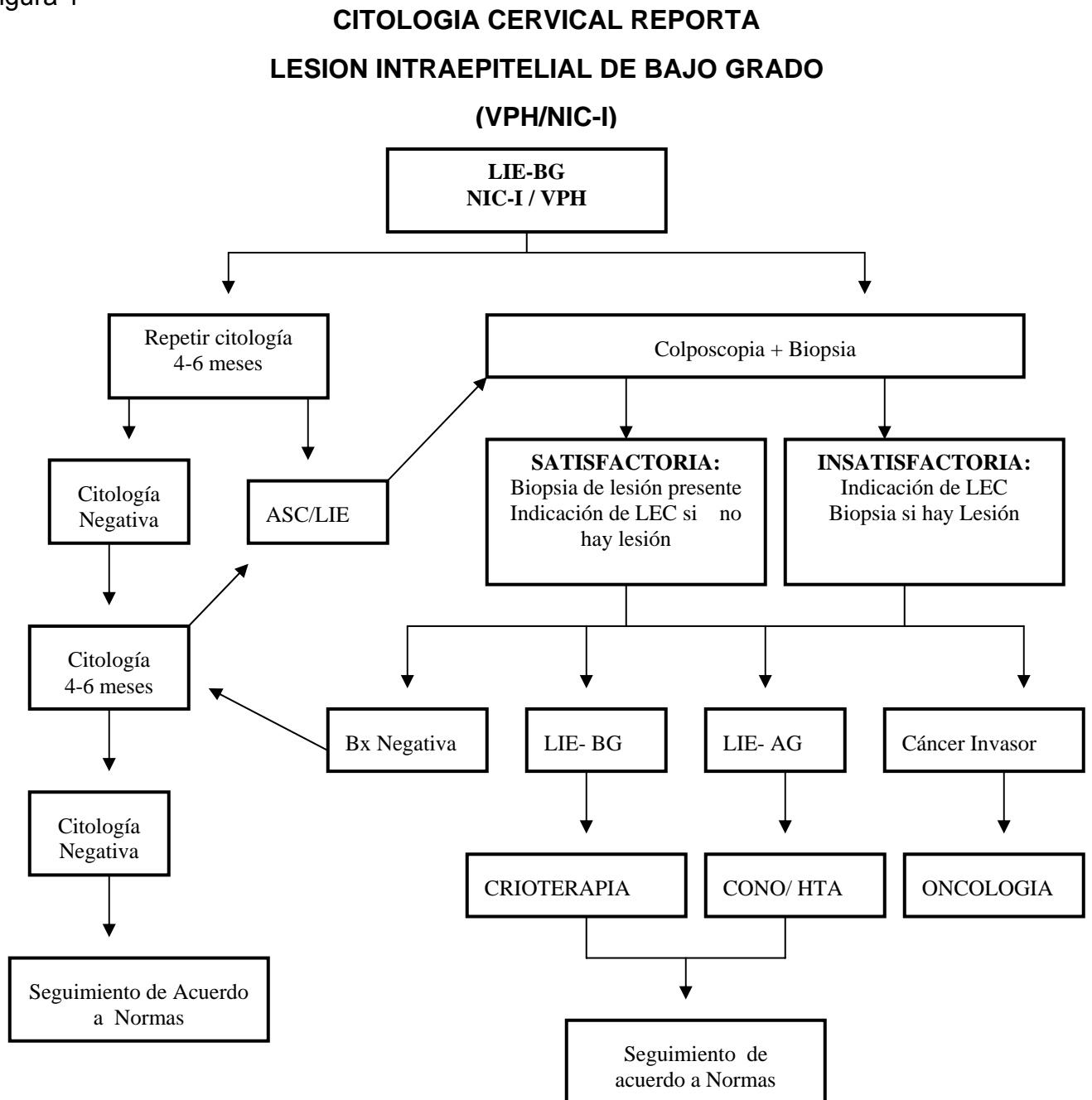




Fig.2

CITOLOGIA CERVICAL REPORTA LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

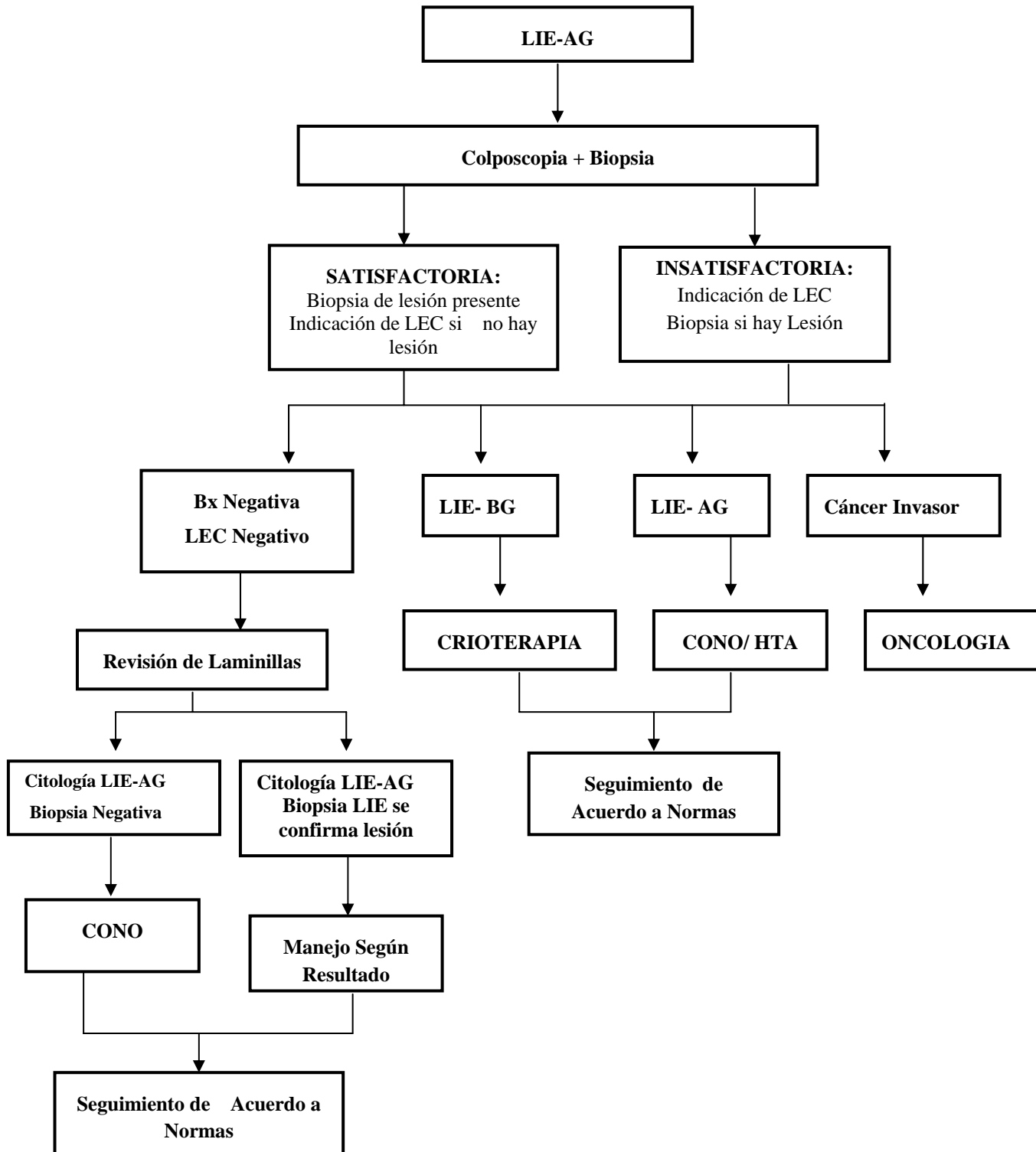




Fig.3

CONDUCTA TERAPÉUTICA SEGÚN DIAGNÓSTICO

Integra datos clínicos, colposcópicos y de laboratorio: citología, biopsia, VPH.

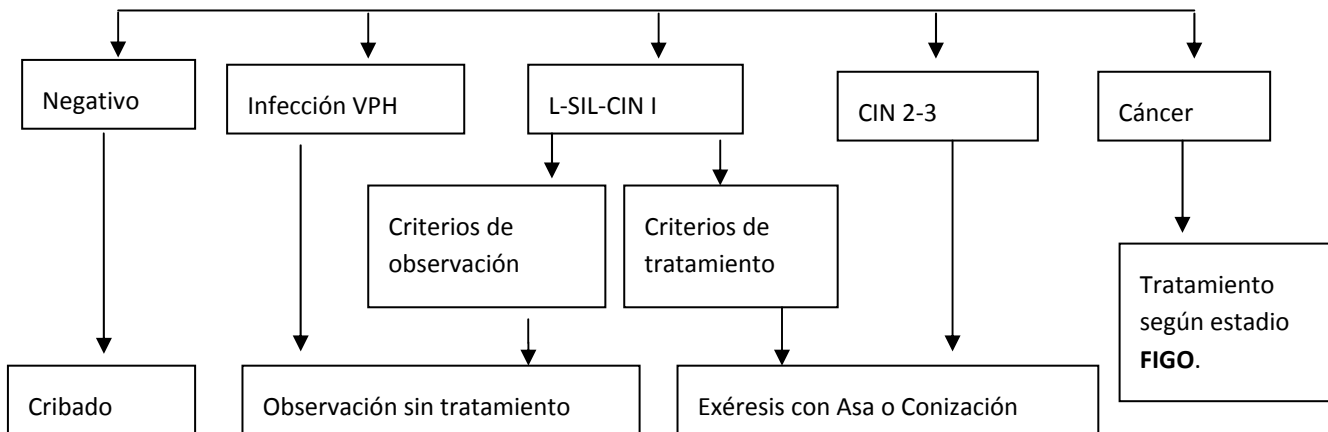


Fig.4

SISTEMA BETHESDA 2001

Calidad del espécimen:

- Satisfactorio para evaluación.
- No satisfactorio para evaluación, debido a (especificar la o las razones).

Categorización general (Opcional):

- Negativo para lesión intraepitelial y/o malignidad.
- Anormalidades en células epiteliales.
- Otros.

Negativo para lesión intraepitelial y/o malignidad

Microorganismos.

Trichomonas vaginalis.

Hongos morfológicamente consistentes con especies de Candida.

“A la Libertad por la Universidad”



Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

Bacterias morfológicamente consistentes con especies de Actinomices.

Cambios morfológicos compatibles con infección por herpes virus.

Otros hallazgos no neoplásicos (opcional)

Cambios celulares reactivos asociados a:

Inflamación

Radiación

Dispositivo intrauterino

Regeneración

Status glandular posthisterectomía

Atrofia

Anormalidades en células epiteliales

CÉLULAS ESCAMOSAS

-Células escamosas atípicas (ASC)

i. De significado no determinado (ASC-US)

ii. No se puede excluir una lesión de alto grado (ASC-H)

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), incluyendo infección por virus del papiloma humano/displasia leve (NICI)

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), incluyendo displasia moderada, grave y carcinoma in situ. (NICII y NICIII)



CÉLULAS GLANDULARES

Células glandulares atípicas (AGC)

Endocervicales.

Endometriales.

Células glandulares endocervicales atípicas que favorecen neoplasia.

Adenocarcinoma endocervical in situ.

Adenocarcinoma, endocervical, endometrial, extrauterino (NOS)

Otros

Células endometriales en mujer mayor de 40 años.

Las células endometriales atípicas no se subclasifican, debido a la dificultad para distinguir entre una hiperplasia endometrial atípica de un adenocarcinoma endometrial invasor.

Se debe señalar qué técnica se utilizó para revisar el espécimen: convencional o automatizado. Como opción se pueden incluir notas y recomendaciones.

Además se señala que se deben considerar otros aspectos, como una adecuada identificación del frotis y que la laminilla esté integra. (5,7)



TABLA 1. Datos sociodemográficos de las pacientes en seguimiento por lesiones intraepiteliales de cérvix en la sala de gineco-oncología del HEDRA, 2008-2012.

Datos Socio-demográficos	Frecuencia	Porcentaje
<u>Edad</u>		
15-20	7	1.92%
21-30	62	17.03%
31- más	295	81.04%
<u>Procedencia</u>		
Rural	157	43.13%
Urbano	207	56.87%
<u>Estado Civil</u>		
Acompañada	120	32.97%
Casada	136	37.36%
Soltera	108	29.67%
<u>Ocupación</u>		
Empleada	56	15.38%
Desempleada	308	84.62%
<u>Escolaridad</u>		
Baja	229	62.91%
Alta	135	37.09%
TOTAL	364	100%

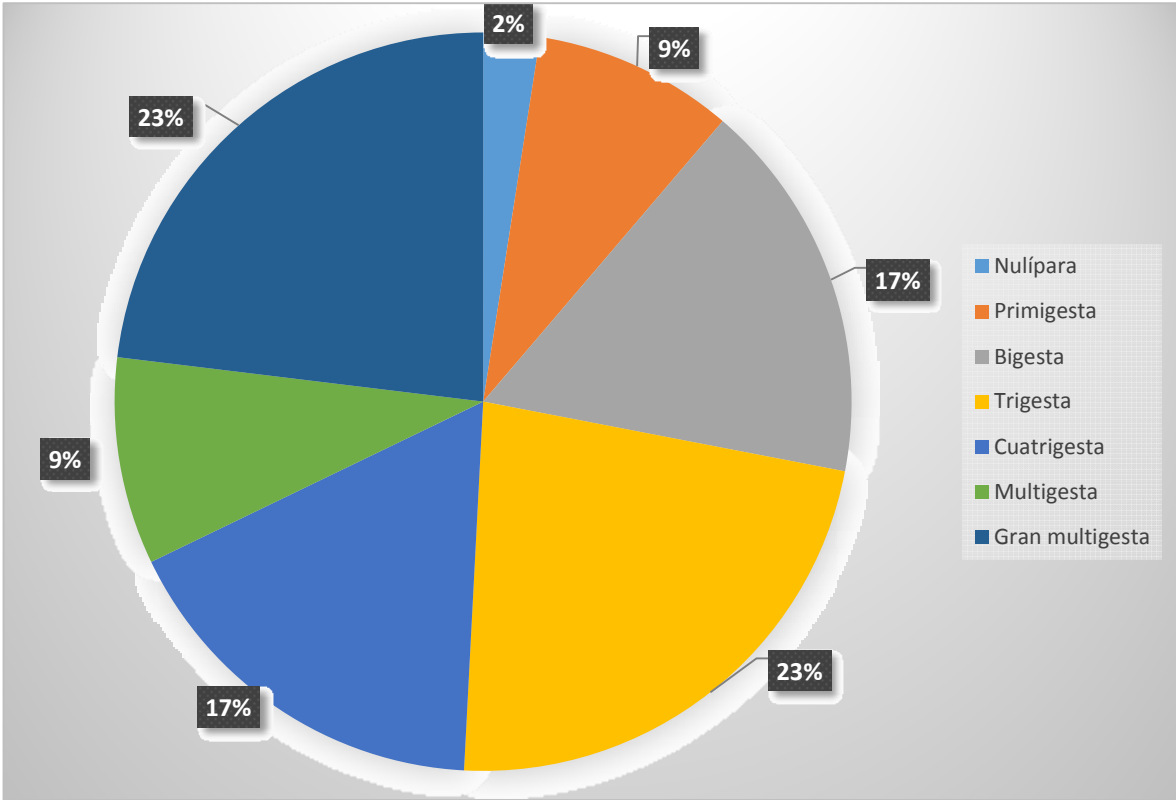


TABLA 2. Datos ginecológicos de las pacientes en seguimiento por lesiones intraepiteliales del cérvix en la sala de Gineco-Oncología del HEODRA, 2008-2012.

Datos ginecológicos	Frecuencia	Porcentaje
<u>IVSA</u>		
Menor de 20 años	281	77.19%
Mayor e igual a 20 años	83	22.80%
<u>N° de Compañeros Sexuales</u>		
1	128	35.16%
2	136	37.36%
3 a más	100	27.47%
<u>Antec. Citología Cervical</u>		
Si	364	100%
No	0	0%
<u>Uso de Anticonceptivos</u>		
Si	256	70.32%
No	108	29.67%
<u>Anticonceptivo usado</u>		
Ninguno	108	29.67%
Esterilización Quirúrgica	89	24.45%
Gestágenos Orales	56	15.38%
Inyectables	45	12.36%
Preservativo	41	11.26%
DIU	16	4.4%
Métodos Naturales	9	2.47%
TOTAL	364	100%



Gráfico N° 1: Número de gestas de las pacientes atendidas en los servicios de Gineco-oncología del HEODRA. 2008-2012

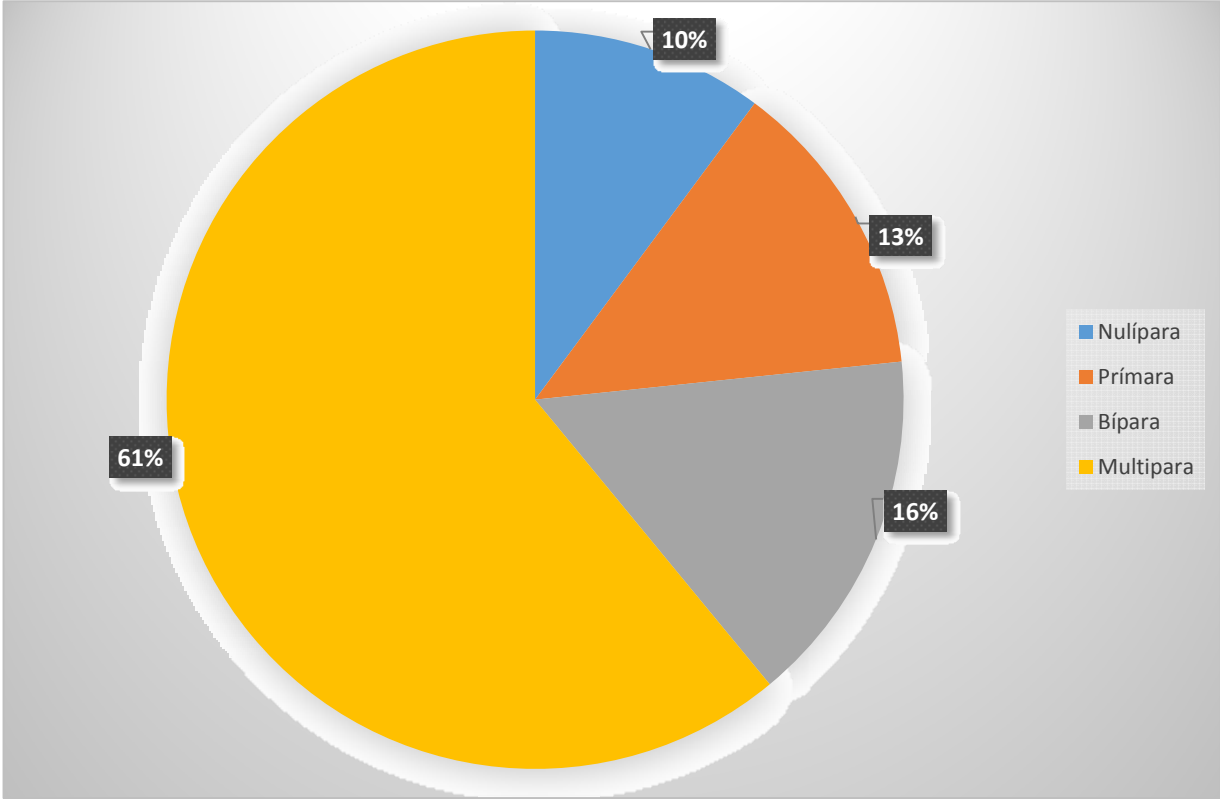


Nº 364

FUENTE: Expedientes clínicos.



Gráfico N° 2: Paridad de las pacientes atendidas en los servicios de Gineco-oncología del HEODRA.

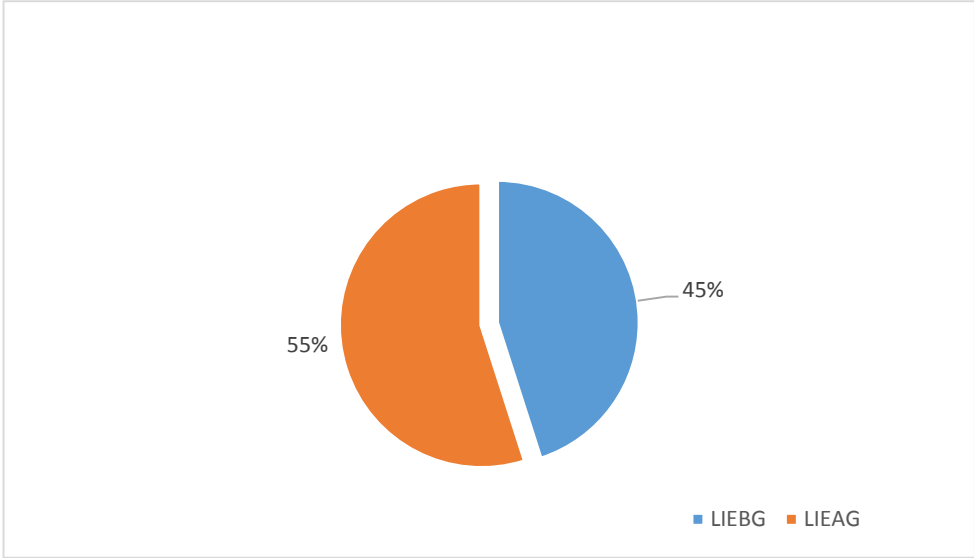


Nº 364

FUENTE: Expedientes clínicos.



Gráfico N°3: Diagnóstico de ingreso de pacientes atendidas en los servicios de Gineco oncología del HEODRA. 2008-2012.



Nº 364

FUENTE: Expedientes clínicos



TABLA 3. Abordaje terapéutico brindado a las pacientes en estudio según el tipo de lesión intraepitelial a pacientes atendidas en el servicio de gineco-oncología del HEODRA. 2008-2012.

Abordaje		
	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento Conservador		
LIEBG	29	7.19%
LIEAG	0	0%
Conización Cervical		
LIEBG	104	25.80%
LIEAG	111	27.54%
Histerectomía		
LIEBG	49	12.15%
LIEAG	110	27.29%
TOTAL	403	100%

Nº 364

FUENTE: Expedientes clínicos.



TABLA 4. Evolución del tratamiento de las pacientes en estudio según el tipo de lesión intraepitelial de las mujeres atendidas en el servicio de gineco-oncología del HEODRA. 2008-2012.

Evolución del tratamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
<u>Remisión parcial</u>		
LIEBG	81	22.25%
LIEAG	124	34.07%
<u>Remisión total</u>		
LIEBG	83	22.8%
LIEAG	76	20.88%
TOTAL	364	100%

Nº 364

FUENTE: Expedientes clínicos.



TABLA 5. Seguimiento brindado a las pacientes en estudio posterior al tratamiento en mujeres atendidas en el servicio de gineco-oncología del HEODRA. 2008-2012.

Seguimiento pos tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
<u>Seguimiento según norma</u>		
Si	364	100%
<u>Realización de pap</u>		
Si	364	100%
<u>N° de pap realizados</u>		
1 a 3	208	57.14%
4 a 6	140	38.46%
7 a más	16	4.40%
<u>Realización de colposcopia</u>		
Si	158	43.40%
No	206	56.59%
<u>N° de colposcopia realizadas</u>		
0	206	56.59%
1 a 2	146	40.11%
3 a más	12	3.30%
<u>Tiempo de seguimiento</u>		
1 año	247	67.85%
2 años	117	32.14%
Total	364	100%



León, Marzo del 2014.

Dr. Ricardo Cuadra.
Director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.
Su despacho.

Estimado Dr. Cuadra, soy médico en servicio social del segundo año de la carrera de Medicina, como parte de nuestro PENSUL académico debemos realizar una investigación científica, decidí enfocarme en temas Gineco-Oncológicos por lo que estudiaré el Seguimiento de las Lesiones Intraepiteliales del Cérvix en mujeres atendidas en la sala de Gineco-Oncología del HEODRA-León, durante el período comprendido de Enero 2008 hasta Diciembre del 2012.

Por lo anterior le solicito autorización para acceder a los expedientes de estos pacientes.

Agradeciéndole de antemano, esperando una respuesta positiva y le deseo éxito en sus actividades.

Leslie Vanessa Paisano Parada.
06-01284-0



NORMAS ÉTICAS

PARA LAS INVESTIGACIONES EN HUMANOS, MATERIAL O DE INFORMACIÓN IDENTIFICABLES

Este documento debe ser llenado en duplicado, una copia queda en archivo y otra del (los) investigadores. Llenar y devolver, sugerimos leer los procedimientos éticos para la investigación en seres humanos (anexos a esta hoja).

I. **GENERAL** _____ Fecha: _____

1. Nombre(s) Investigador(es):

2. Responsable Principal:

3. Nombre del Tutor (es):

4. Facultad y/o Escuela y Departamento:

5. ¿Es subvencionado(a) por alguna entidad SI _____ No _____?

6. Nombre de la Investigación:

7. Fecha del comienzo y finalización.

8. Diseñada para:

- J.U.D.C. _____
- Graduación de Médico _____
- Graduación de Postgrado _____
- Maestría o Doctorado (DSc o PhD)
- Otros eventos.



COMITÉ DE ETICA DE INVESTIVACIONES BIOMÉDICAS
DE LA FACULTAD DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNAN – LEÓN

FIRMA(S):

Autor (es) _____

Tutor(es) _____

Asesor(es) _____

Fecha: León _____ de _____ del _____