

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACIÓN

**Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix,
que consultaron en Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque de
enero a diciembre de 2023.**

Presentado Por:

Dra. Jacqueline Stefany Pineda Andrade
Dra. Alicia Marina Rivera Paz

Para Optar al Título de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor de tesis:

Dr. Mauricio Abarca Rivera MSP MEP

CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, 28 DE
NOVIEMBRE 2024.

RECTOR

MsC. JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERECTORA

DRA.EVEYN BEATRIZ FARFAN

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

MsC. ROGER ARMANDO ARIAS

SECRETARIO GENERAL

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DR. SAUL DIAZ PEÑA

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LIC. FRANKLIN ARNULFO MENDEZ DURAN

SECRETARIO

M.SP ROBERTO CARLOS HERNANDEZ MARROQUIN

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POST GRADOS

DR. EDWARD HERRERA

ÍNDICE.

CONTENIDO	
ÍNDICE.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
Objetivo general:.....	9
Objetivos específicos:.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
I. DEFINICIÓN:.....	11
II. EPIDEMIOLOGÍA.....	11
III. ETIOLOGÍA.....	12
IV. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.....	13
V. FACTORES DE RIESGO.....	13
VI. PREVENCIÓN.....	15
VII. PRUEBAS DE TAMIZAJE.....	16
CONCEPTO ACTUAL DE LA LESIÓN ESCAMOSA PREMALIGNA DEL CUELLO UTERINO.....	19
CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO.....	20
COLPOSCOPIA.....	21
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA NIC POR LA HISTOPATOLOGÍA.....	21
CITOLOGIA CERVICAL.....	23
Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	26
Diseño y métodos.....	26
4.1 Tipo de estudio:.....	26
4.2 Universo:.....	26
4.3 Muestra:.....	26

4.4 Tipo y método de selección de la muestra	26
4.5 Criterios de inclusión.....	26
4.6 Criterios de exclusión.....	27
Limitaciones y posibles sesgos en el estudio	28
Problemas éticos	28
Organización del estudio.....	28
CAPITULO IV. ANALISIS DE LA INFORMACION.....	29
A. Resultados y análisis	29
B. Discusión de resultados	34
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
A. CONCLUSIONES.....	36
B. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos comenzar expresando nuestro agradecimiento a nuestro tutor de tesis Dr. Mauricio Abarca, cuya experiencia y apoyo fueron fundamentales para la realización de este trabajo.

A nuestras familias, especialmente a nuestros padres, les agradecemos profundamente su amor incondicional y su apoyo constante. Su fe en nosotros ha sido el motor que nos permitió completar este camino.

Al Hospital Nacional “Nuestra señora de Fátima”, Cojutepeque, gracias por brindarnos la oportunidad de crecer académica y profesionalmente. Nuestra gratitud también va al área de Colposcopia, cuyo apoyo y disposición fueron esenciales para la culminación de esta tesis.

A nuestros amigos y compañeros, gracias por su compañía y apoyo en los momentos de estrés y alegría. Cada uno de ustedes contribuyó a que este proceso fuera más llevadero y significativo.

Finalmente, agradecemos a todos los colegas y colaboradores que participaron en esta investigación. Su ayuda en la recopilación de datos, revisión de nuestro trabajo y valiosos comentarios enriquecieron este proyecto. Esta tesis es el resultado de un esfuerzo colectivo, y su colaboración fue crucial para su realización.

RESUMEN

En El Salvador se reconoce que el cáncer de cérvix constituye la primera causa de cáncer en las mujeres, el 87.7 % de mortalidad se agrupa en los departamentos de San Salvador, La Libertad, La Paz, Sonsonate, Cuscatlán y Cabañas. El 87.7% de mortalidad esta agrupada entre las edades de 30 a 79 años por lo que se constituye como un problema de salud pública; es de tomar en cuenta que esta enfermedad es totalmente prevenible y curable a bajo costo y con bajo riesgo; en términos de prevención la mejor manera de prevenir es mediante la vacunación contra el virus del papiloma Humano (VPH) antes del inicio de las relaciones sexuales, el uso de condones durante toda la relación sexual puede contribuir para prevenir la transmisión del VPH y los métodos de tamizaje anual para detectar cáncer cervicouterino, estas pruebas pueden detectar precozmente cambios precancerosos en el cérvix que pueden ser tratados evitando que se desarrolle cáncer cervicouterino. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo establecer el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesione preinvasivas de cuello uterino, su evolución y seguimiento en Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque.

Es una investigación de tipo descriptiva de corte transversal, donde la muestra fue pacientes que asistieron a la consulta ginecológica en el Hospital Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque de enero a diciembre del año 2023.

INTRODUCCIÓN.

Los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades pre invasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical antes de progresar a carcinoma invasor por ello la prevención de esta enfermedad puede desarrollarse en diferentes niveles. El nivel primario de abordaje se centra en la identificación de los factores de riesgo, en este caso en dicha investigación se estudiará el perfil clínico y epidemiológico donde se identificarán los factores de riesgo de cada paciente para desarrollar una lesión preinvasiva de cérvix; el nivel secundario se enfoca en la detección precoz y el tratamiento oportuno.

Es importante que el personal de salud conozca el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones pre invasivas del cérvix, por ello esta investigación servirá de base para conocer dichos perfiles y los factores de riesgo de las pacientes con diagnóstico de lesiones premalignas del cérvix. El conocimiento de los factores de riesgo de las usuarias permitirá realizar un abordaje integral que brinde la oportunidad de hacer una labor preventiva, oportuna y orientada.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Establecer el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cuello uterino en el hospital Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, en el período de enero a diciembre de 2023.

Objetivos específicos:

- Estudiar el perfil clínico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix
- Investigar el perfil epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix a través de revisión de expedientes clínico.
- Identificar qué tipo de lesiones preinvasivas de cérvix son las más frecuentes
- Determinar el manejo establecido que se dio a las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix y su seguimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas del cérvix en el Hospital Nuestra Señora de Fátima, en el periodo de enero a diciembre de 2023?

MARCO TEÓRICO:

I. DEFINICIÓN:

Las lesiones preinvasoras de cuello uterino son lesiones de tipo neoplásico limitadas al epitelio y que se desarrollan característicamente en la zona de transformación.

El cáncer cervicouterino se define como tumor maligno que se desarrolla en las células del cuello uterino, con capacidad para invadir los tejidos periféricos sanos y de alcanzar órganos lejanos e implantarse en ellos. También es llamado cáncer cervical o carcinoma de cérvix.

II. EPIDEMIOLOGÍA

A escala mundial, según GLOBOCAN, para el año 2020 el cáncer cervicouterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres. En 2020, se produjeron 604,127 nuevos casos en el mundo, correspondiente al 6.5% de todos los casos de cáncer en mujeres.

Según estimaciones de GLOBOCAN 2020, en América Latina y El Caribe, el cáncer de cérvix es la tercera causa de incidencia y de muertes en las mujeres, con una tasa estandarizada por edad de incidencia de 14.9 x 100,000 mujeres y tasa de mortalidad de 7.6 x 100,000 mujeres.

En El Salvador el cáncer cervicouterino es la segunda causa de incidencia y de muerte, con una tasa de incidencia estandarizada por edad de 40.5 x 100,000 mujeres y tasa de mortalidad de 8.1 x 100,000 mujeres.

III. ETIOLOGÍA

La causa del cáncer cervicouterino en el 99% de los casos es la infección persistente por una o más cepas oncogénicas del VPH, el cual se transmite por vía sexual.

El VPH es un virus ADN, que infecta tejidos específicos, es de alta prevalencia y fácil transmisión. El 50 a 80% de las mujeres sexualmente activas se infectan con el VPH, al menos una vez en la vida, así como también algunas personas pueden ser infectadas reiteradamente, ya que existen más de 200 tipos de virus diferentes de la familia Papillomaviridae, capaces de infectar al ser humano.

Los serotipos se dividen de acuerdo a su alta o baja oncogenicidad:

- VPH de bajo riesgo: puede causar verrugas genitales o en manos/pies, mucosas orales y cambios celulares menores y no son asociados con el cáncer cervical los subtipos son : 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81
- VPH de alto riesgo: puede causar alteraciones en el cérvix llamadas NIC 1, 2 o 3 (Neoplasia Intraepitelial Cervical) y desarrollar cáncer cervical si no es tratado. Subtipos son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66,68. Los subtipos 16, 18 y 45 representan el 70 % de los casos de cáncer cervical invasivo.

Entre las formas de transmisión del VPH se encuentran:

- Relaciones sexuales (incluyendo el coito vaginal, anal y el sexo oral).
- Contacto de genital a genital sin penetración vaginal.
- Contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por VPH.
- De un área del cuerpo a otra.
- Contacto de genitales con objetos sexuales u otros contaminados con VPH.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Control integral del cáncer cervicouterino". 2007.

- Durante el parto (por el paso del feto a través del canal del parto de una mujer con infección activa con VPH)

Es importante destacar que la progresión de estas lesiones es lenta, puede tardar incluso décadas, lo que permite aplicar medidas de prevención secundaria (detección temprana y tratamiento), evitando así que aparezcan nuevos casos de cáncer cervicouterino. La mayoría de los cánceres cervicouterinos (in situ e invasivo) se comienzan a detectar a partir de los cuarenta y cinco años.

IV. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

La mayor parte de los cánceres cervicales probablemente comiencen con cambios displásicos con progreso gradual durante un periodo de varios años, hasta llegar a la forma pre-maligna. El carcinoma del cérvix se disemina por infiltración directa de los tejidos y por metástasis linfática o hematógena. Cuanto más extensa sea la enfermedad local, mayor será la posibilidad de afección de los ganglios linfáticos y metástasis a distancia

La mayoría de las lesiones displasia leve presentan una regresión espontánea sin tratamiento. Sin embargo, 2 a 21% de las pacientes con displasia leve presentan progresión hasta displasia severa o una lesión más grave en el seguimiento de 2 a 5 años. Por lo tanto es razonable vigilar en forma expectante a la paciente con displasia leve mediante frotis citológicos cervicales a intervalos de 4 a 6 meses.

V. FACTORES DE RIESGO.

Los estudios epidemiológicos han examinado varios factores de riesgo de la enfermedad pre-maligna y maligna del cuello, entre estos se encuentran:

- a. Inmunosupresión: Las mujeres con el sistema inmunológico disminuido no pueden eliminar fácilmente la infección por VPH por este motivo el cáncer de cuello uterino es más común en mujeres con infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y

Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Control integral del cáncer cervicouterino". 2007.

- b. SIDA, así como mujeres que toman medicamentos inmunosupresores
- c. Anticonceptivos orales por más de cinco años: El estímulo hormonal exógeno de los anticonceptivos orales combinados puede favorecer la persistencia del VPH y la progresión a neoplasia. No es indicación de suspensión de los ACO, pero sí debe realizarse vigilancia epidemiológica y tamizaje del cáncer cervicouterino regularmente.
- d. Mujeres fumadoras: Algunos subproductos del tabaco se acumulan en la mucosidad cervical, hacen que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH y dañan el ADN de las células del cuello uterino, pudiendo contribuir al origen del cáncer cervical
- e. Antecedentes o presencia de infección con el virus del papiloma humano (VPH) principalmente los tipos 16 y 18. Otros microorganismos como la Chlamydia trachomatis en especial algunos serotipos (G en particular) se han señalado con una participación en este proceso maligno¹.
- f. Múltiples compañeros sexuales. A mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de infectarse con el VPH y de contagiar a otras personas. Incluye a las personas trabajadoras sexuales.
- g. Inicio temprano de la actividad sexual: Es necesario que el epitelio escamoso del cuello uterino o el epitelio de metaplasia escamosa presenten una micro abrasión para que el virus llegue al estrato basal del epitelio, siendo más susceptible el epitelio de metaplasia

¹ Programas Educativos Españoles. Presencia del VPH en la reforma de salud y educación continua para médicos No. 1.

escamosa inmadura (típico de las mujeres adolescentes) por ser más delgado y frágil. Si no ocurre esto, la infección viral no se desarrolla, pues el virus no llega a reproducirse y se elimina.

- h. Mujeres de nivel socioeconómico y educativo bajo: Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención en salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva.
- i. Nunca haberse realizado una citología cérvico-vaginal: Las mujeres al iniciar relaciones sexuales a temprana edad, corren el riesgo de adquirir el VPH y desarrollar displasias, las cuales pueden progresar a cáncer si éstas no se descubren y tratan a tiempo. El tener acceso al tamizaje oportuno y descubrir lesiones premalignas del cérvix reduce las muertes por cáncer del cuello uterino.

VI. PREVENCIÓN.

Para el abordaje de la atención integral al cáncer de cérvix es importante considerar los tres niveles de prevención, a fin de causar impacto en la incidencia, prevalencia y morbimortalidad.

Prevención primaria del cáncer cervicouterino.

Son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca. Para lograrlo las personas deben conocer sobre: la causa, los factores de riesgo, sus formas de transmisión, como evitarlo, sus manifestaciones, la manera de detectarlo, el tratamiento según el progreso de la enfermedad y los cuidados que se deben tener.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. "Diagnóstico Situacional del Cáncer en El Salvador". 2015.

El grupo de mayor prioridad para la detección temprana del cáncer cervicouterino es el de las mujeres de treinta a cincuenta y nueve años, por lo cual se debe hacer el tamizaje con PAP (citología convencional), a mujeres de veinte a veintinueve años de edad. En mujeres menores de veinte años, se recomienda la toma de PAP de acuerdo con valoración de riesgo individual. En nuestro país, la frecuencia para la repetición de la prueba es cada dos años, cuando el PAP previo ha sido reportado negativo.

La prueba de VPH se debe utilizar para detectar el ADN de los VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cérvix. En combinación con la observación utilizando ácido acético, es muy útil para detectar lesiones cervicales precancerosas en mujeres de treinta años o más y definir si pueden ser tratadas con crioterapia o deben ser referidas a colposcopia. La evaluación visual con ácido acético implica la observación del cuello uterino a simple vista (sin aumento), después de aplicar ácido acético, con el fin de detectar áreas anormales

Prevención secundaria del cáncer cervicouterino

Esta es basada en la historia natural de la enfermedad y de acuerdo con la evidencia científica más actualizada, son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad.

VII. PRUEBAS DE TAMIZAJE.

Debido a la magnitud del problema de cáncer cérvico uterino se han creado programas que incluyen pruebas para el tamizaje o detección temprana como lo es la citología, colposcopia, biopsia y detección del DNA del virus del papiloma humano. Como se mencionó previamente los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades pre invasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o

neoplasia intraepitelial cervical en adelante NIC o CIN, según sus siglas en inglés; antes de progresar a carcinoma invasor.

Un buen conocimiento de la etiología, la fisiopatología y la evolución natural de la NIC proporciona una buena base para la inspección visual y el diagnóstico.

El término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el CIN. La displasia se categorizó en tres grupos (leves, moderados y pronunciados) según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas

Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio.

La NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3:

- NIC 1 corresponde a la displasia leve
- NIC 2 a la displasia moderada y
- NIC 3 a la displasia grave y al CIS.

En los años ochenta fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas como la atipia coilocítica o condilomatosa asociada con la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los coilocitos son células atípicas con una cavitación o halo peri nuclear en el citoplasma, que indica cambios

Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Diagramas de Flujo para Estrategias de Tamizaje y Tratamiento para la Prevención del Cáncer Cervicouterino". 2019.

citopáticos debidos a la infección por el VPH. Esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados.

En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC 1, y NIC de alto grado que comprendía NIC 2 y NIC 3. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor. En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical. Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS) (transmitted, 2015) La característica principal del TBS fue la creación del término “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), con dos grados: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación TBS combina los cambios condilomatosos planos (VPH) y la NIC de bajo grado (NIC 1) en L-LIE, mientras el H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3. Se empleó el término lesión para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico. TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos. Se utiliza sobre todo en América del Norte. La nomenclatura, con base en el grado de alteración (histológica o citológica), tiene elementos pronósticos y de riesgo más útiles en la práctica clínica. Es cierto que el diagnóstico etiológico complementa la información de la enfermedad; no obstante, debe considerarse que limitar este concepto a los casos en los que haya coilocitos, es una imprecisión completa. El elemento más importante para la decisión clínica se tiene con el grado de la lesión independientemente de la detección o no del virus.

La nomenclatura, por grados, se ha simplificado desde que se establecieron las propuestas del grupo del Sistema Bethesda de la siguiente manera:

1. Células escamosas atípicas (ASC) v ASCUS v ASCH

2. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado: Infección por VPH (condiloma ordinario) v Displasia leve o NIC 1)

3. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: Displasia moderada o NIC 2 v Displasia intensa o NIC 3 y Carcinoma epidermoide in situ (debe incluirse, también, al condiloma atípico)

Las ventajas más simples de esta terminología son: Evita la discordancia entre diferentes patólogos al definir únicamente dos variables. Mejor comprensión para clínicos y pacientes. Mayor utilidad clínica, ya que los médicos deben enfrentarse casi siempre a dos opciones de tratamiento (seguimiento o extirpación conservadora). Correlación entre los dos grados, el riesgo de progresión y tipos virales. La clasificación en sólo dos grados es más cercana a la posibilidad real del diagnóstico morfológico y de la terapéutica actual, además de la biología de las lesiones premalignas. Si es posible incluir en el informe histopatológico el diagnóstico causal, comprobado o presuntivo, no altera la decisión clínica. No se recomienda usar la nomenclatura de Bethesda para lesiones premalignas fuera del cuello uterino, ya que es diferente la historia natural y significado de las neoplasias intraepiteliales y los condilomas de la vulva, ano o pene.

CONCEPTO ACTUAL DE LA LESIÓN ESCAMOSA PREMALIGNA DEL CUELLO UTERINO

La relación entre el virus del papiloma humano (VPH) y las lesiones premalignas del cuello uterino se estableció en 1976, cuando Meisels y su grupo, observaron lesiones planas en la mucosa, con características morfológicas (coilocitosis) semejantes a las de condilomas de los genitales externos, y la demostración subsiguiente del VPH mediante inmunohistoquímica y microscopía electrónica. En la siguiente década, con el progreso de las técnicas de recombinación de ADN in vitro y la identificación del genoma del VPH fue posible demostrar el genoma viral en la mayor parte de las lesiones escamosas premalignas. En la actualidad se acepta el papel importante del VPH en todas las variantes morfológicas de NIC o

lesión intraepitelial escamosa, con diferentes patrones de alteración molecular mediante estudios de inmunohistoquímica o genética molecular. El predominio de 15 tipos principales de VPH de alto riesgo, en tejidos de carcinoma epidermoide invasor en mujeres de diferentes regiones geográficas, y la escasa frecuencia (< 10 %) del de bajo riesgo ha permitido considerar dos tipos de enfermedad por dicho virus: aquella producida por VPH que no se encuentra en el cáncer invasor y, en consecuencia, el riesgo de transformación cancerosa es mínima (enfermedad por VPH de bajo riesgo). Como se aprecia, el diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG) traduce dos situaciones diferentes de riesgo asociado con la evolución a cáncer su valor pronóstico es limitado. Entre 50 y 85% de las LIEBG se asocian con VPH de alto riesgo, demostrado por técnicas de biología molecular (PCR, HC2 o ISH). El rango de positividad probablemente refleja la inconsistencia y diferente metodología del diagnóstico morfológico de LIEBG. Sólo la identificación del tipo de VPH permite establecer el riesgo de progresión. El diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG) implica, generalmente, infección por VPH de alto riesgo y el pronóstico. En otras palabras, el diagnóstico de LIEBG no implica, necesariamente, bajo riesgo y su

significado puede ser tan malo como el diagnóstico de LIEAG, en cuanto a riesgo de progresión se refiere, a menos que se identifique el tipo de VPH implicado.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO Se ha señalado la correspondencia limitada entre enfermedad por VPH de diferente riesgo y los patrones morfológicos, especialmente la LIEBG. No obstante, la buena correspondencia de LIEAG con los VPH de alto riesgo le da un gran valor al diagnóstico morfológico preciso.

COLPOSCOPIA

Fue creada por Hans Hinselmann (1884-1959), ginecólogo alemán, en 1924 y es un método clínico que evalúa los cambios en los patrones vasculares del tejido, aumenta entre 6-40 veces la imagen y permite de esta manera la localización y tamaño de la lesión, visualiza la unión escamocolumnar, guía la biopsia y es un gradiente de sospecha. No es un método de tamizaje pero puede formar parte del proceso de tamizaje, en general se utiliza luego de citología o test de HPV. Pasos para la realización 1. Visualización de vulva 2. Visualización al natural del cuello, vagina. Visualización luego de la colocación del ácido acético al 3-5%. 4. Visualización luego de colocación de solución de Lugol.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA NIC POR LA HISTOPATOLOGÍA

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos.

Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas. Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiperchromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis).

Los pasos son los siguientes:

1. Explicarle a la paciente sobre el procedimiento.

2. Colocar a la paciente con vejiga evacuada en posición de litotomía.
3. Colocar el especulo humedecido con solución salina.
4. Una vez colocado ubicar el cuello uterino y tratar de identificar la zona de transición, ver a simple vista si se observan lesiones turgentes o acetoblancoas.
5. Luego colocar ácido acético en el cérvix por medio de una botella en spray y explicarle a la paciente que puede generar molestia como ardor. Espera alrededor de un minuto y empezar a diferenciar lesiones que puedan estar presentes en el cuello del cérvix y usar como guía de ubicación el reloj, se usa el colposcopio para ver más de cerca las lesiones.
6. Clasificar las lesiones como acetoblancoas.
7. Si la lesión es color blanco fuerte y clasificar si es densa o no, de igual forma identificar si es turgente (Levemente blanquecina), y observar si la lesión penetra el canal cervical.
8. Si no estamos seguros de la presencia de una lesión y tenemos la accesibilidad podemos usar el test de Chiler.
9. Si ubicamos la lesión procedemos a tomar la muestra con la pinza de biopsia, se ubica la pinza en la lesión y se pide a la paciente que tosa fuerte cuando ella lo haga se presiona la pinza y se obtiene una muestra de tejido que será ubicada en un frasco limpio con formalina para su envío.
10. Colocación de tapón vaginal como acordeón y explicarle a la usuaria como y cuando retirarlo, que puede realizar sus necesidades fisiológicas de manera normal pero no tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente manchando.

CITOLOGIA CERVICAL

Es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna del cáncer cérvicouterino. Es un examen simple, barato e inocuo que se recomienda todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual, mayores de 65 años que no tengan citología reciente, menores de 21 con historia clínica de riesgo, toda mujer embarazada.

Para una adecuada toma de la muestra se recomienda a la usuaria: que no esté menstruando, que evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 48 horas antes, abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes. Las usuarias portadoras de VIH/sida, se recomienda tomar la citología dos veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual, en caso contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia. La toma de la citología cérvicouterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última) en los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3, cuando las usuarias son positivas a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales además se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo. Se considera que con este esquema el PAP adquiere una sensibilidad del 98%, cuando solo se hace uno tiene sensibilidad del 50%, con el segundo 75% y con el tercero la sensibilidad antes mencionada en relación a la biopsia.

PROCEDIMIENTO

Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio. Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudiera sentir. Obtener el consentimiento informado de la usuaria.

El personal que toma la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria, en el formato de solicitud de citología, con letra clara, e identificar adecuadamente la lámina.

Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros están disponibles: espéculo estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc. Preparación de las láminas, tocarla solo por los bordes. Previa evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica.

Inspeccionar genitales externos, colocar espéculo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del espéculo para que el operador pueda tener las manos libres.

Ajuste fuente de luz para ver claramente el cérvix. Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de Ayre o Aylesbur de madera o plástico para el exocérvix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360°, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad. La muestra de exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina. Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente por que tiende a quedar muy grueso y a dañar las células. Toma de muestra endocervical idealmente con cepillo, de realizarla con hisopo de algodón impregnarlo con un poco de solución salina se introduce al canal y rotarlo 360°. La muestra de endocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina. Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar el barrido de las células

Una vez concluida la toma con suavidad retire el especulo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado. Después que se seque la lámina, (tarda aproximadamente unos 5 minutos), proceda a envolverla inmediatamente que se seque, evitando que este expuesta al ambiente por largos periodos ya que se contamina con hongos del ambiente. Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado. Remisión de las muestras tomadas al laboratorio, idealmente en un periodo no mayor a los 10 días. Se debe garantizar el almacenamiento adecuado de la lámina en una caja transportadora, bien rotulada y en un lugar seco.

No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra. Usar especulo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del especulo acorde a las características de la usuaria. Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, suave y sin presionar, ni tocar el área del orificio endocervical. Si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados ínter menstrúales (metrorragias), post-coito o postmenopaúsico, es preciso remitir la usuaria inmediatamente al ginecólogo/a sin esperar el resultado de la citología.

Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública sobre todo en países en vías de desarrollo, por lo que el Ministerio de Salud cuentan con métodos de tamizaje para detectar lesiones preinvasoras de cérvix y evitar la progresión de estas lesiones a cáncer confirmado por histopatología, por ello los resultados de este estudio permitirán conocer el perfil clínico y epidemiológico y los factores de riesgo asociados a las pacientes con diagnóstico de lesiones preinvasivas, con esto cada profesional de salud pueda desarrollar una labor preventiva, oportuna y orientada de lesiones preinvasivas, su tratamiento, seguimiento y progresión o no de la enfermedad.

Diseño y métodos.

4.1 Tipo de estudio: descriptivo, de corte retrospectivo; se hará búsqueda de expedientes de casos de pacientes ginecológicas con diagnóstico de lesiones preinvasivas de cérvix que consultaron en el Hospital Nuestra Señora de Fátima, Cojutepeque y su seguimiento respectivo.

4.2 Universo: En esta investigación se tomará como población de estudio a todas las pacientes ginecológicas con lesiones preinvasivas de cérvix que consultaron en Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima

4.3 Muestra: Está conformada por todas citologías positivas las cuales presentaron algún tipo de lesión y que fueron confirmadas por colposcopia

4.4 Tipo y método de selección de la muestra. Muestreo no probabilístico por selección deliberada.

4.5 Criterios de inclusión.

Pacientes ginecológicas que presenten citologías de Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima con lesiones preinvasivas de cervix

Pacientes ginecológicas referidas de Unidades de salud con lesiones preinvasivas

4.6 Criterios de exclusión.

Pacientes ginecológicas con resultado de citología cervical negativa

Pacientes con información incompleta.

Limitaciones y posibles sesgos en el estudio

Las posibles limitaciones que podrían encontrarse en dicho estudio es información insuficiente en expediente clínico o virtual para determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix, así como su seguimiento en dicho centro por inasistencia de paciente a control.

Problemas éticos

El estudio de investigación presenta riesgos mínimos en las pacientes debido a que se recolectaran datos de expediente clínico de Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima de manera retrospectiva cuidando la confidencialidad e identidad de cada paciente, por lo que se cumple el principio de ética médico-paciente.

Organización del estudio

Se cuenta con ayuda del área de colposcopia de Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, expediente clínico y resultado de citologías realizadas en dicho establecimiento y su respectiva colposcopia y resultado obtenido para el seguimiento de pacientes.

Esta información obtenida ayudara a establecer el perfil clínico es decir las variables del estudio como serían: sintomatología, factores de riesgo como obesidad, edad de paciente y su perfil epidemiológico sobre qué tipo de lesión pre invasiva se ha encontrado más frecuentemente, su seguimiento y finalización de tratamiento o progreso de la enfermedad.

CAPITULO IV. ANALISIS DE LA INFORMACION.

A. Resultados y análisis

Describir el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix que consultaron en Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, de enero a diciembre de 2024.

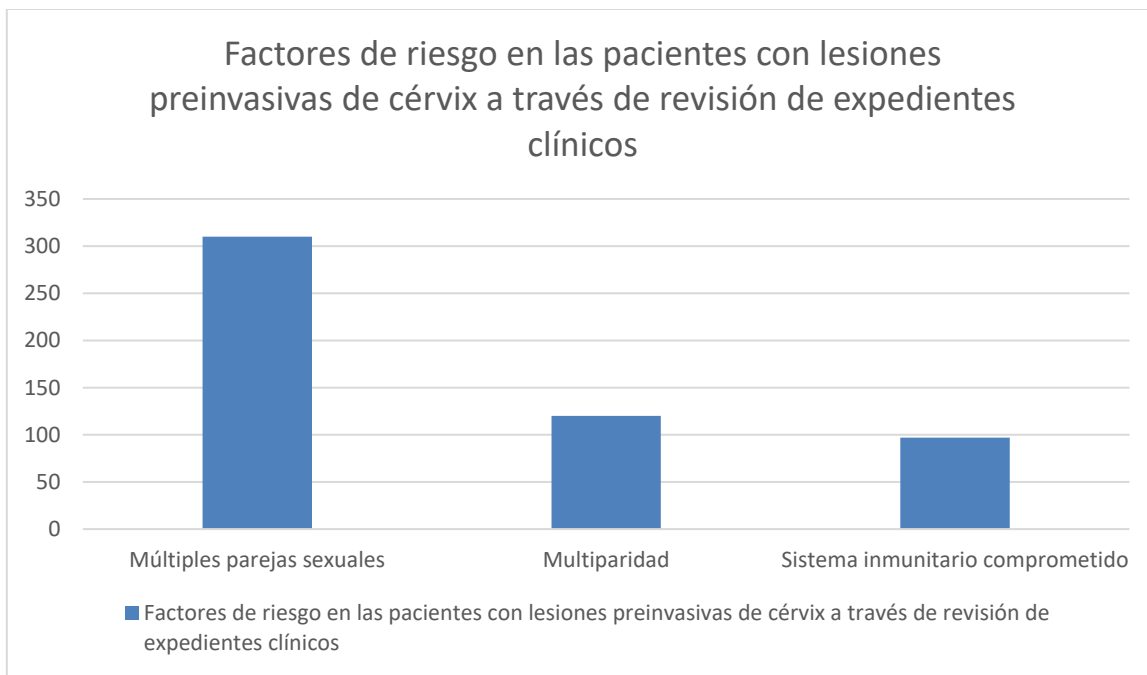
Objetivo N.º 1: Estudiar el perfil clínico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix

Perfil clínico de mujeres con lesiones preinvasivas de cérvix que consultaron en Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre de 2023

MANIFESTACIONES CLINICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pérdida de peso	5	0.5%
Dolor pélvico	350	35%
Sangrado vaginal	201	20.1%
Salida de secreción vaginal	270	27%
No presento ningún síntoma	174	17.4%

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre 2023.

El mayor porcentaje de síntomas que se evidencio en expedientes clínicos fue dolor pélvico con un 35%, y con 27% salida de secreción vaginal, el tercer síntoma sangrado vaginal con 20.1%, un porcentaje de 17.4% que no presentó ningún síntoma y únicamente fue referida por citología anormal. Pérdida de peso: de 0.5%.

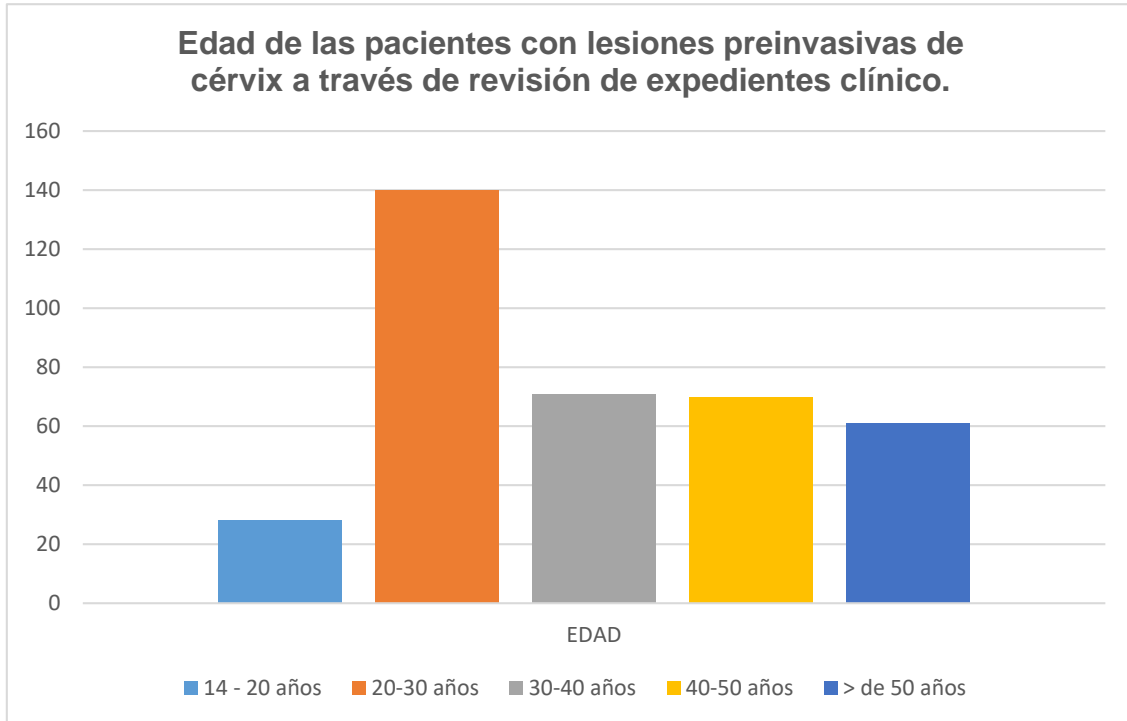


Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre 2023.

El cáncer cervicouterino es multifactorial en este estudio 310 pacientes se encontraron con múltiples parejas sexuales, multiparidad 120 pacientes y con sistema inmunitario comprometido con enfermedades crónicas como Hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus 97 pacientes. No se encontró en registros clínicos el tabaquismo o uso de drogas.

- **Objetivo No 2:** Perfil epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix a través de revisión de expedientes clínico.

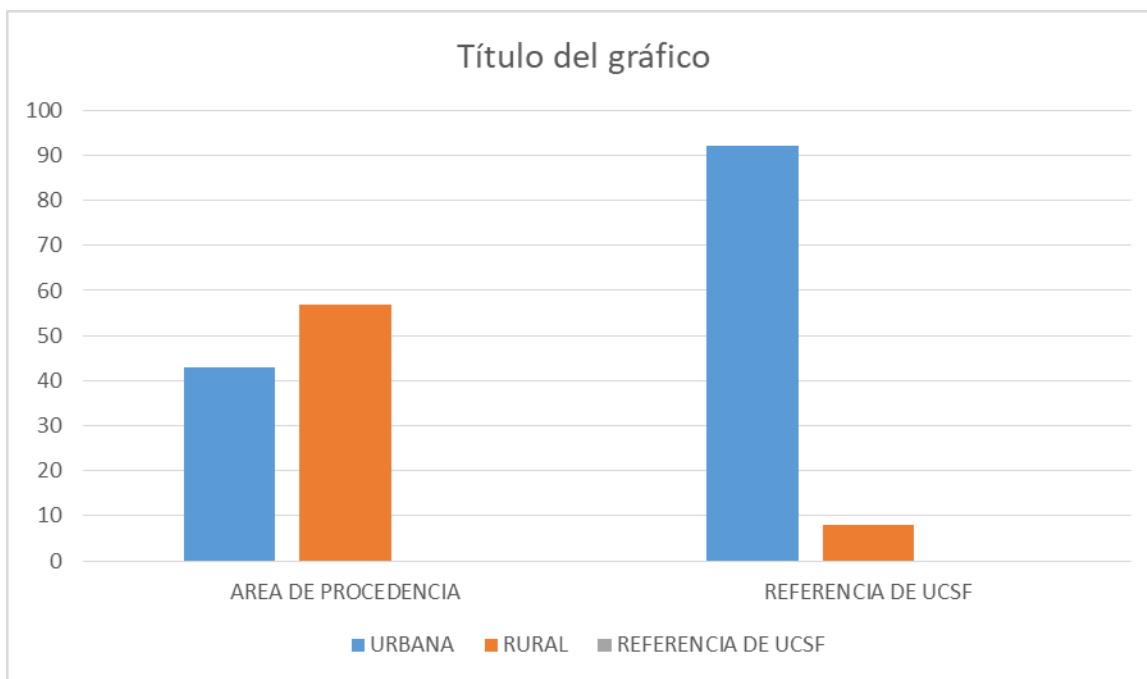
EDAD



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre 2023.

El mayor rango de edad se encontró entre los años de 20 a 30 años con 140 pacientes, de 30 a 40 años con 71 pacientes, de 40 a 50 años 70 pacientes, mayor a 50 años con 61 pacientes y el menor grupo de edad fue entre los 14 y 20 años con 28 pacientes.

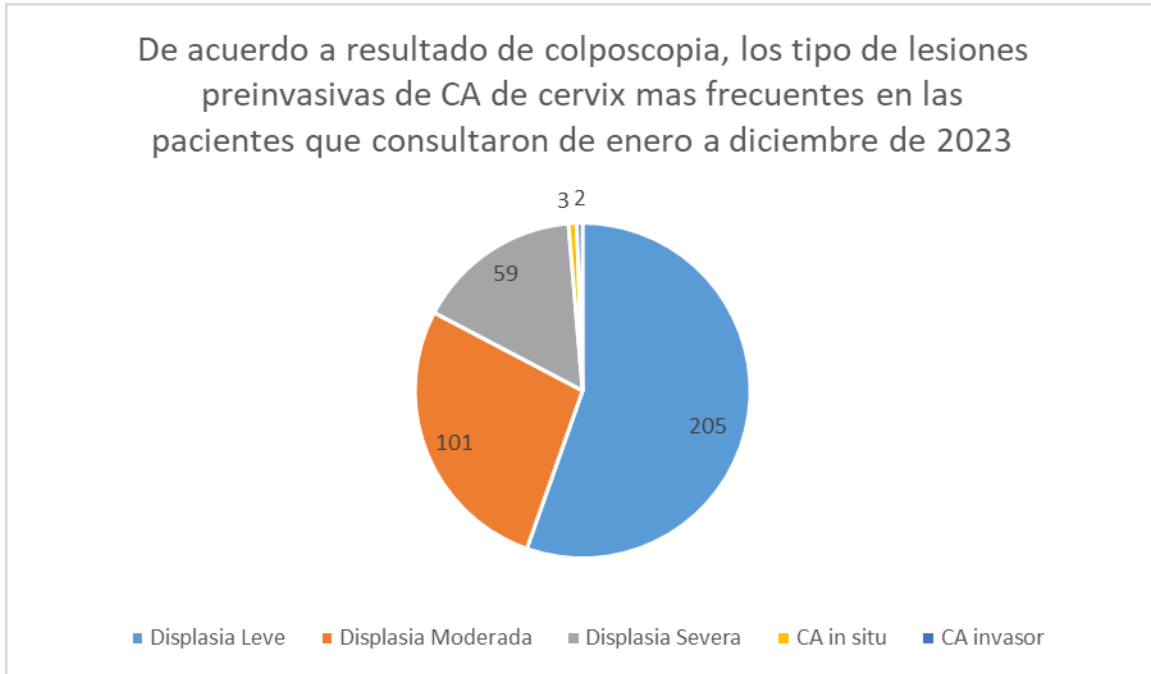
AREA DE PROCEDENCIA URBANA O RURAL



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre 2023.

El 92% fue referida de Unidad de Salud con resultado alterado de citología de los cuales 43% pertenecen al área urbana y el mayor porcentaje con un 57% de área rural.

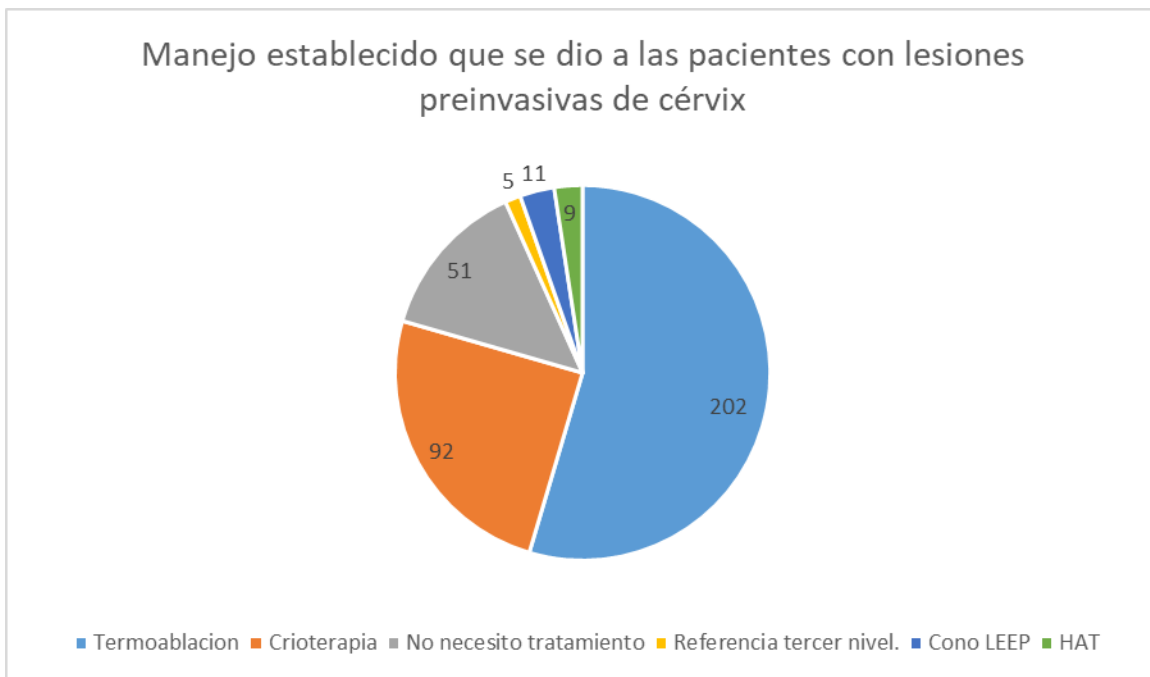
- **Objetivo No 3:** Identificar qué tipo de lesiones preinvasivas de cérvix son las más frecuentes.



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre 2023.

Las lesiones encontradas en la consulta colposcópica correspondieron en su mayoría a displasia leve con 205 pacientes, displasia moderada con 101 pacientes, displasia severa con 59 pacientes, 3 pacientes diagnosticadas con carcinoma in situ y 2 pacientes con cáncer invasor quienes fueron referida a Hospital Nacional de la Mujer.

- **Objetivo No 4:** Determinar el manejo establecido que se dio a las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix y su seguimiento.



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de Cojutepeque de enero a diciembre 2023.

El manejo que se brindó a la mayoría de pacientes con lesiones preinvasivas fue la termoablación con 202 pacientes, manejo de crioterapia se brindó a 92 pacientes, usuarias que no necesitaron tratamiento por colposcopia negativa y a las cuales se les brindó alta médica son 51 pacientes, 5 pacientes fueron referidas a tercer nivel, cono Leep 11 pacientes y 9 pacientes se realizó Histerectomía abdominal total por displasia persistente.

B. Discusión de resultados

El perfil clínico y epidemiológico que se encontró en Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima son mujeres con rango de edad de 20 a 30 años y que coinciden con el inicio de relaciones sexuales, así como también un buen número de la población entre los 30 años a más de 50 años presentan lesiones preinvasivas, la mayoría de las pacientes que se presentaron a la consulta colposcópica 34.

presentaban síntomas como dolor pélvico, flujo vaginal y sangrado, sin embargo no se excluye el hecho de no presentar sintomatología y presentar lesiones preinvasivas de cuello uterino ya que se encontró un porcentaje de 17.4%

La literatura describe que el mayor factor de riesgo para presentar cáncer de cérvix es la persistencia de infección por VPH, la cual coincide con el estudio realizado debido a que el principal factor de riesgo asociado es la infección por VPH, seguido de múltiples parejas sexuales, la multiparidad y 97 pacientes que se encontraron con enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus. El tabaquismo y uso de alcohol no se encontró como factor de riesgo en la población estudiada.

El mayor porcentaje de pacientes fue referido de Unidad de Salud por citología en su mayoría con Lesión de bajo grado, de dicha población correspondía a área rural, y en segundo lugar a área urbana, por ello se debe hacer énfasis en la promoción y prevención de cáncer cervicouterino en área rural.

El mayor número de lesiones preinvasivas del cérvix corresponde a displasia leve las cuales se detectaron oportunamente, respecto a la historia natural de la enfermedad estas lesiones presentan una regresión espontánea sin necesidad de tratamiento y un pequeño porcentaje si progresa a displasia moderada y este rubro se encuentra en segundo lugar, y en menor porcentaje se encontraron 3 pacientes diagnosticadas con carcinoma in situ y 2 pacientes con cáncer invasor quienes fueron referida a Hospital Nacional de la Mujer; es de detascar que se esta logrando disminuir el porcentaje de cáncer de cérvix en la población debido a que de los 370 expedientes revisados de ellos 5 pacientes presentaron diagnóstico de cáncer.

La termoablación fue el manejo que se brindo a la mayoría de lesiones preinvasivas, el segundo lugar corresponde a la crioterapia, y 51 pacientes no necesitaron tratamiento a las cuales se les brindo de alta y se indico respectivo seguimiento en unidad de salud.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

De acuerdo al resultado de estudio, el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cuello uterino en el Hospital Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, se encuentran mujeres entre 20 a 50 años, la mayoría procedentes de área rural con más de una pareja sexual y con multiparidad. Entre los síntomas clínicos más comunes son dolor pélvico, salida de secreción vaginal y sangrado vaginal

En las mujeres estudiadas en el Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque, los factores de riesgo para cáncer de cérvix que se encontraron son: multiparidad, múltiples parejas sexuales, y pacientes con enfermedades crónicas.

El tabaquismo no estuvo presente como factor de riesgo.

Como factor de riesgo se evidencia la relación directa que existe entre el número de parejas sexuales y la presencia de lesiones cervicales, lo que concuerda con lo descrito en la literatura mundial.

Es importante destacar que, a la displasia moderada, severa y cáncer no se les está ofreciendo la prueba del VIH.

B. RECOMENDACIONES

Ministerio de Salud:

1. Priorizar a la mujer de 20 a 59 años para tamizaje de citología cervicovaginal, debido a que es el rango de población con mayor cantidad de lesiones preinvasivas de cérvix.
2. Aumentar la cobertura de tamizaje de citología cervicovaginal a las mujeres del área rural.
3. Mejorar el acceso para la toma de Citología a la mujer de nivel socioeconómico bajo.

- 4.Promocionar información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva en áreas rurales donde es el mayor porcentaje que se presenta en dicho estudio con lesiones pre invasivas.
- 5.Considerar ofrecer la citología cérvicovaginal tanto a la mujer con múltiples compañeros sexuales como a la que ha tenido solo un compañero.
- 6.Dar a conocer la frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de cérvix, con el propósito de aumentar los esfuerzos en la prevención del mismo.
- 7.Tamizar para VIH a mujeres con displasia moderada, severa y cáncer.

Personal de Salud:

- 1.Capacitar al personal médico y enfermería para toma de colposcopia en Hospital Nacional “Nuestra señora de Fátima” Cojutepeque.
- 2.Reconocer los factores de riesgo en las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix en la consulta ginecológica y consignarlos en expediente clínico y de esta forma dar seguimiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAL. Norma Técnica de Promoción de la Salud, Año 2021.
2. Vinculo <https://www.salud.gob.sv/direccion-de-promocion-de-la-salud/>.
3. MINSAL. Lineamientos técnicos para la inclusión de la vacunación contra el VPH al esquema nacional de vacunación. AÑO 2019.
4. Asociación Española contra el Cáncer. “Cáncer de Cérvix”. 2013.
5. Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos. “Cáncer de Cérvix”. 2014.
6. Geneva: world Health Organizacion, 2013.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Control integral del cáncer cervicouterino”. 2007.
8. Programa para la tecnología apropiada en salud (PATH). Revista Outlook Volumen 23 Número 1. Artículo “Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres.” 2007.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). IARC. Globocan 2020.
10. El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. “Diagnóstico Situacional del Cáncer en El Salvador”. 2015.
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). “Infección por Papiloma virus. Documento de consenso”. 2002.
12. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). “Estadificación Clínica del Cáncer Cervicouterino”. 2009.
13. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): “Cáncer Cervicouterino”. 2014.
14. Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO). “Guía de Práctica Clínica del Cáncer de Cérvix. Versión 2020.1
15. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). “Guía Global para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino”. 2009. 122
16. The Bethesda System for Reporting Cervical cytology. 2021
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Diagramas de Flujo para Estrategias de Tamizaje y Tratamiento para la Prevención del Cáncer Cervicouterino”. 2019.
- 38.

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nomenclatura del Cáncer Cervicouterino.

19. OMS. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC). “La Colposcopia y el Tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical”.

ANEXOS

Anexo No 1

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD DE POST-GRADO

BOLETA DE RECOPIACION DE LA INFORMACION

Fecha de recolección de datos: _____

N.º de expediente _____

Encargadas: Dra. Pineda / Dra. Rivera



**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON LESIONES
PREINVASIVAS DE CERVIX, QUE CONSULTARON EN HOSPITAL NACIONAL
“NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA” COJUTEPEQUE DE ENERO A DICIEMBRE DE
2023.**

1. Edad: _____
2. Paridad: _____
3. Inicio de relaciones sexuales: _____
4. Número de parejas sexuales: _____
5. Fue referida: _____
6. Diagnóstico de referencia: _____

<p>Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix que consultaron en Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque.</p>	<p>¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas del cérvix en el Hospital Nuestra Señora de Fátima, en el periodo de enero a diciembre de 2023?</p>	<p>Establecer el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cuello uterino en el hospital Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, en el período de enero a diciembre de 2023</p>	<p>Estudiar el perfil clínico de las pacientes con lesiones preinvasivas del cérvix. Investigar el perfil Epidemiológico de las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix a través de revisión de</p>	<p>Edad Estado civil Sintomatología Inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales. Métodos de planificación familiar Fórmula obstetrica Etilismo/alcoholismo Enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Estudio descriptivo, de corte retrospectivo; se hará búsqueda de expedientes de casos de pacientes ginecológicas con diagnóstico de lesiones preinvasivas de cérvix que consultaron en el Hospital</p>	<p>Revisión de expediente clínico y citologías positivas las cuales presentaron algún tipo de lesión y que fueron confirmadas por colposcopia, su tratamiento y seguimiento.</p>
--	---	---	--	---	---	--

			<p>expedientes clínicos</p> <p>Identificar qué tipo de lesiones preinvasivas de cérvix son las más frecuentes</p> <p>Determinar el manejo establecido que se dio a las pacientes con lesiones preinvasivas de cérvix y su seguimiento</p>		<p>Nuestra Señora de Fátima, Cojutepeque y su seguimiento respectivo</p>	
--	--	--	---	--	--	--

CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO (ANEXO 3)

Actividades	01 2024	02 2024	03 2024	04 2024	05 2024	06 2024	07 2024	08 2024	09 2024	10 2024	11 2024	12 2024
Presentar perfil de investigación												
Desarrollo y presentación de protocolo de investigación												
Presentar informe final												
Presentación de artículo de investigación												

PRESUPUESTO (ANEXO 4)

Recurso	Cantidad	Precio total
Computadora	1	\$ 1000
Cartucho de impresora negro	2	\$ 60
Cartucho de impresora de color	1	\$ 30
Resma de papel bond tamaño carta	3	\$12
Internet residencial	-	\$ 30
Viáticos	-	\$ 100
Total		