

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

**“FACTORES GINECO-OBSTETRICOS ASOCIADOS A LESIONES
INTRAEPITELIALES DEL CERVIX EN LA PACIENTE ADOLESCENTE, DEL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DE SANTA ANA, EN EL AÑO 2005.”**

**PARA OPTAR A GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:
CASTRO GÁLVEZ, MARITZA MAGALI.
ESCOBAR DUARTE, ELENA GRACIELA.
MACAL GUERRA, ROSSINA OLIMPIA.**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. NELSON MONTES.**

NOVIEMBRE, 2007.

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING. Y MSC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO

ARQ. Y MASTER MIGUEL ÁNGEL PEREZ RAMOS

SECRETARIO GENERAL

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ

FISCAL GENERAL

DR. RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO

LICDO. Y MASTER ELADIO EFRAÍN ZACARIAS ORTEZ

SECRETARIO DE LA FACULTAD

LICDO. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

INDICE.

	Pág.
1. Introducción.....	5
2. Antecedentes.....	6-8
3. Planteamiento del problema.....	9
4. Justificación.....	10-11
5. Objetivos.....	12
6. Marco Teórico.....	13
6.1 Anatomía del cuello uterino.....	14-15
6.2 Virus del Papiloma Humano.....	16-18
6.3 Modo de Transmisión del Virus del Papiloma Humano.....	18
6.4 Métodos diagnósticos.....	22
6.5 Prueba del Papanicolau.....	24-30
6.6 Neoplasia Cervical Intraepitelial.....	31
6.7 Clasificación de la prueba de Papanicolau.....	32
6.8 Manifestaciones clínicas.....	33
6.9 Tratamiento de la Neoplasia Cervical Intraepitelial.....	34
6.10 Recomendaciones para prevención del cáncer cervicouterino..	35-36
7. Diseño Metodológico.....	37-41
7.1 Tipo de estudio.....	37
7.2 Sujeto de estudio.....	37
7.3 Universo.....	37

7.4 Variable.....	37
7.5 Operatización de variables.....	38
7.6 Criterios de inclusión.....	39
7.7 Criterios de exclusión.....	39
7.8 Método de recolección de Datos.....	39
7.9 Proceso de recolección de investigación.....	40-41
8. Análisis de resultados.....	42-60
8.1 Grafica I: Distribución por edades de las pacientes en estudio.....	43
8.2 Grafica II: Procedencia geográfica de las pacientes en estudio....	44
8.3 Grafica III: Hábito de fumar en las pacientes en estudio.....	45
8.4 Grafica IV: Antecedente citológico de las pacientes.....	46
8.5 Grafica V: Edad de inicio de relaciones sexuales.....	47
8.6 Grafica VI: Tiempo en años de Actividad Sexual.....	48
8.7 Grafica VII: Tiempo que tardo en tomar su primer citología.....	49-50
8.8 Grafica VIII: Método de planificación usado por los pacientes.....	51
8.9 Grafica IX: Número de compañeros sexuales por paciente.....	52
8.10 Grafica X: Nivel académico de las pacientes.....	53
8.11 Grafica XI: Edad de menarquia de las pacientes.....	54
8.12 Grafica XII: Diagnostico citológico de las pacientes.....	55
8.13 Grafica XIII: Relación de grado de severidad del diagnostico y el número de compañeros sexuales.....	56-57
8.14 Grafica XIV: Gravidez de las pacientes.....	58
8.15 Grafica V: Relación de gravidez y grado de severidad.....	59-60

9. Conclusiones.....	61
10. Recomendaciones.....	62-63
11. Bibliografía.....	64
12. Anexos.....	65
12.1 Estudio de la Organización Panamericana de la Salud.....	65-68
12.2 Estudio sobre lesiones preinvasivas de cervix.....	69
12.3 Cronograma.....	70
12.4 Presupuesto.....	71
12.5 Ficha de recolección de datos.....	72
12.6 Hoja de Toma de Citología.....	73
12.7 Distribución de chi cuadrado con V grados de libertad.....	74
12.8 Glosario.....	75
12.9 Anatomía.....	78

INTRODUCCION.

La presente investigación busca conocer cuales son los factores de riesgo gineco-obstétricos que mas frecuentemente se encuentran asociados a lesiones intraepiteliales del cerviz en pacientes adolescentes.

El cáncer cervical es una de las neoplasias malignas mas frecuentes en la mujer, con miles de casos nuevos diagnosticados anualmente; y hoy en día se considera aun como un problema de salud de salud publica importante en los países menos desarrollados que persiste pese a que por mas de 30 años se ha dado a conocer la citología cervico-vaginal.

La infección por el virus del papiloma humano se da generalmente al iniciar las relaciones sexuales y según la literatura participa en la aparición del cáncer cervical..

Con esta investigación se buscará brindar información de forma oportuna sobre los principales factores de riesgo gineco-obstetricos de dichas lesiones que de no tratarse adecuadamente se vuelven mortales.

ANTECEDENTES.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), se enfoca este año en un refuerzo panamericano contra una de las mayores amenazas a la salud de la mujer: el cáncer cervical. No obstante prevenible, esta patología es causante de cerca de medio millón de muertes cada año en el mundo. Una nueva vacuna puede ser la solución a una gran carga de la enfermedad, pero la aún muy costosa tecnología permanece todavía fuera del alcance de la mayoría de los países en desarrollo, con bajos ingresos o con limitadas capacidades y recursos.

El cáncer cervical y su devastador impacto en la salud de cientos de miles de mujeres en todo el mundo constituyen en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el centro de la atención del Día Internacional de la Mujer 2007 que, en este año y bajo el eslogan “Que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible”, subraya hoy el carácter prevenible de esta enfermedad gracias a las nuevas vacunas existentes y otras en estado de desarrollo avanzado.

Este documento de la OPS hace énfasis en una problemática especialmente notoria y preocupante.

El cáncer cervical es una enfermedad que en un 80 por ciento de los casos ocurre en países de bajos ingresos que adolecen de serias brechas en su capacidad para responder a este desafío en igualdad de condiciones a países como por ejemplo Estados Unidos o Canadá, donde se han registrado significativas reducciones tanto en sus índices de incidencia como de mortalidad.

Aunque el cáncer cervical es una condición prevenible, los expertos en salud pública reiteran que esta enfermedad aún sigue siendo un gran

problema de salud pública para mujeres en el mundo en desarrollo y especialmente en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe donde, como revelan los datos, no se han observado las mismas tendencias de reducción de incidencia y mortalidad.

La mayoría de los casos de cáncer cervical están ligados a la infección genital por el virus del papiloma humano (VPH), cuya mayor tasa de incidencia generalmente ocurre en mujeres de edades comprendidas entre los 16 a los 20 años. Hasta este momento, la mejor forma de prevenir el cáncer cervical consistía en la realización de exámenes ginecológicos, tamizados, y en el tratamiento de lesiones pre-cancerígenas. Sin embargo, una nueva vacuna que previene contra la infección del VPH causante de la mayoría de los casos de cáncer cervical, así como una segunda vacuna que se espera sea aprobada pronto, han venido a dar una nueva relevancia e ímpetu sobre las acciones de las instituciones internacionales de salud pública, los gobiernos y los sectores público y privado por fortalecer la capacidad de los países, especialmente los de bajos ingresos donde la incidencia es mucho mayor, para enfrentar los devastadores efectos de este gran enemigo de la salud de la mujer. **Comunicado de Prensa de la OPS, 8 de marzo del 2007**(Anexo 1).

Se encontró además un estudio, **Pre-invasive Cervical Disease and Uterine Cervical Cancer in Brazilian Adolescents: Prevalence and Related Factors**, el cual fue publicado en **Artigo Article Monteiro DLM et al. 2540**¹ (Anexo 2); el cuál revela que muchas de la infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH) no causan síntomas y resuelven espontáneamente, sin embargo muchos otros persisten y posteriormente se convierten en lesiones cervicales intraepiteliales.

Dicho estudio ha investigado los factores asociados a lesiones intraepiteliales cervicales, considerando dentro de estos edad, estado civil, edad de inicio de relaciones sexuales, escolaridad, formula obstétrica, entre otros, y al parecer en dicho estudio los que resultaron ser de mayor

¹ <http://www.scielo.br/scielo.php?pid>

importancia en la población que se estudiaba fue la edad y la edad de inicio de las relaciones sexuales.

En nuestro país también se han hecho intervenciones en pro de la detección temprana de lesiones intraepiteliales del cervix; ya que fue en el periodo del 2000-2002 que se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervico Uterino y la Normativa Técnico.

En el año 2004, el actual Presidente de la República, incluye dentro del Plan de Gobierno 2004-2009 “País Seguro”, en el área de acción Salud: Calidad y Cobertura Universal, el compromiso de la “ampliación a nivel nacional de las experiencias exitosas logradas en la prevención del cáncer del útero y de la mama, en coordinación con entidades nacionales e internacionales, así como el fortalecimiento de la capacidad de tratamiento digno a personas sufriendo estas enfermedades”.

En el tercer período 2004-2006 el Comité crea un subcomité denominado Panel Interinstitucional de Expertos en Lectura de Citología Cervico-vaginal, con la finalidad de establecer los procesos de control de calidad interno y externo de los laboratorios de citología; además se realiza la actualización de la Normativa Técnica y se elabora el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cervico-Uterino en el Salvador, 2005-2009.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a que la Organización Panamericana de la Salud considera en el ***Comunicado de prensa del día 8 de marzo, en el Día Internacional de la Mujer²***; al cáncer cervical como una de las mayores amenazas a la salud de la mujer y que esta enfermedad sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, nos interesa conocer: ¿Cuales son los factores gineco-obstétricos que mas frecuentemente se encuentran asociados a lesiones intraepiteliales de cervix en las mujeres adolescentes del Departamento de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana que consultaron en el año 2005?

² <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070308a.htm>

JUSTIFICACION

Se considera de suma importancia dicho estudio para el campo de la salud de la mujer porque desde hace más de 100 años el cáncer cervicouterino se encuentra entre las neoplasias más frecuentes, según la ***Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología v.32 n.1 Ciudad de la Habana enero-abril, 2006***³.

Según la OPS, un 80% de los casos de cáncer de cervix, se han encontrado en los países menos desarrollados, entre dichos países se ubica El Salvador, por lo que esta investigación resulta de interés nacional, ya que en nuestro país el cáncer de cervix es aún un problema de salud pública.

Se encontró un estudio realizado en Río de Janeiro, en el cual se demostró que la mayor parte de la población que es contagiada con el virus del papiloma humano, son las adolescentes comprendidas entre las edades de 16 a 20 años, y dicho virus se encuentra probablemente relacionado a un alto porcentaje de cáncer de cervix y dado a que esta población se encuentra en la etapa reproductiva se toma a bien realizar la investigación en este grupo de personas.

Se pretende con esta investigación conocer los factores gineco-obstétricos que de forma mas trascendental se relacionan con las lesiones

³ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso

intraepiteliales cervicales, y de esta forma poder obtener datos nacionales que puedan ayudar a informar a las autoridades competentes en el tema de una forma más objetiva, y que en un futuro sirva esta investigación para llevar a cabo normativas que orienten sobre educación sexual para la prevención del cáncer de cervix.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar factores gineco-obstétricos asociados a lesiones intraepiteliales en pacientes adolescentes, del departamento de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Conocer los antecedentes gineco-obstétricos mas importantes para el desarrollo de lesiones intraepiteliales cervicales.
- 2) Conocer si las pacientes se realizan sus citologías en el primer año de haber iniciado sus relaciones sexuales.
- 3) Identificar si las mujeres que tienen mas compañeros sexuales son las que tienen lesiones preinvasivas de cervix de mayor severidad.

MARCO TEORICO

ANATOMIA DEL CUELLO UTERINO

El cuello uterino esta compuesto por epitelio cilíndrico que reviste al conducto endocervical, y epitelio escamoso que cubre la superficie del exocervix. El punto en el cual se unen estos dos epitelios se denominan unión escamocilíndrica.

La unión escamocilíndrica queda restringida a la boca cervical externa. Sin embargo, es un punto dinámico que cambia como reacción a la pubertad, embarazo, menopausia y estimulación hormonal. En la niña recién nacida la unión escamocilíndrica se encuentra localizada en el exocervix. En el momento de la menarquia la producción de estrógenos hace que el epitelio vaginal se llene de glucógeno.

La metaplasia progresa desde la unión escamocilíndrica original, hacia el interior, en dirección hacia la boca externa, y sobre las vellosidades cilíndricas. Este proceso establece una zona llamada zona de transformación. Esta zona se extiende desde la unión escamocilíndrica original hacia la fisiológicamente activa. Conforme madura el epitelio metaplasico en la zona de transformación, empieza a producir glucógeno y acaba por parecerse desde los puntos de vista colposcópico e histológico al epitelio escamoso original.

Se cree que, en la mayor parte de los casos, la neoplasia intraepitelial se origina en un solo foco en la zona de transformación a nivel de la unión escamocilíndrica que avanza. El labio anterior del cuello uterino tiene el doble

de probabilidades de desarrollar neoplasia intracervical en comparación con el labio posterior, y es raro que la neoplasia intracervical se origine en los ángulos laterales. Una vez que se ha producido una neoplasia intracervical, puede progresar en sentido horizontal para abarcar toda la zona de transformación, pero por lo general no restituye al epitelio escamoso original. Este progreso suele ocasionar una neoplasia intracervical con borde externo definido.

Se ha señalado que el epitelio escamoso original de vagina y exocervix tiene cuatro capas:

- 1) La capa basal.
- 2) La capa parabasal.
- 3) La capa intermedia
- 4) La capa superficial.⁴

⁴ Cunningham, F.G. MD y Col., Williams Obstetricia, 21^a Edición, Madrid, España. Editorial Panamericana, 2002. Sección I, Cap. 1, páginas 26-43.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino; Koss fue el primero en reconocer en 1956 los cambios citológicos producidos por el virus del papiloma humano.

Los virus del papiloma humano (VPH), se les llama así porque algunos tipos pueden causar verrugas o papilomas, los cuales son tumores benignos. Los papilomavirus que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies son diferentes de los que causan formaciones en la garganta o en el área genital. Algunos tipos de los virus del papiloma humano están relacionados con ciertos tipos de cáncer.

Aunque los VPH son transmitidos generalmente por contacto sexual, los médicos no pueden decir con certeza cuándo ocurre la infección. La mayoría de las infecciones de VPH aparecen y desaparecen en el transcurso de unos pocos años. Sin embargo, algunas veces la infección del VPH se mantiene por muchos años, causando o no anomalías en las células. Según el potencial de cada uno de ellos para causar cáncer cervical, se dividen en VPH de bajo y alto riesgo.

VPH de Bajo Riesgo

Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma acuminado, están en este grupo.

Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer. Estos cambios no conducen al cáncer. No son perjudiciales y desaparecen con el tiempo.

VPH de Riesgo Intermedio

Entre estos tenemos los tipos 30, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 51. El riesgo de malignidad es intermedio, y generalmente se asocia a otros factores.

VPH de Alto Riesgo

Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 45, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

Por lo general, la infección de VPH de alto riesgo no causa problemas de salud a nadie. Pero, en ocasiones, la infección por este tipo de virus puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, estos cambios celulares pueden conducir al

cáncer, si no son tratados. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas.

MODO DE TRANSMISIÓN DEL VPH

Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual; no obstante, hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y juguetes sexuales.

Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el niño un cuadro denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.

Las verrugas vulgares pueden autoinocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas.

El período de incubación es muy variable. Por lo general de dos a tres meses, aunque puede ser de años. La mayoría de las infecciones transcurren sin lesiones aparentes y desaparecen sin dejar evidencias de la infección. Un porcentaje pequeño de las infecciones persisten al cabo del tiempo (5-10%) provocando daño celular el cual podrían evolucionar a lesiones precancerosas (neoplasia intraepitelial) o cáncer al cabo de los años (10 a 12 años).

Algunos hechos relevantes en la infección por el virus del papiloma humano son los siguientes:

1. La gran mayoría de las infecciones por el virus del papiloma humano remitirán espontáneamente sin dejar secuelas graves.
2. El tiempo habitual de resolución espontánea de las infecciones transitorias por VPH es de 6 a 18 meses.
3. Es necesario que se dé una infección por VPH de alto riesgo persistente para el desarrollo, mantenimiento y progresión a neoplasia cervical intraepitelial.
4. El cáncer de cuello uterino constituye una complicación poco habitual de una infección cervical común producida por un VPH de alto riesgo.⁵

Existen factores de riesgo asociados al VPH para el desarrollo de cáncer cervicouterino ya que como vimos anteriormente solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan a neoplasia intraepitelial. Los más determinantes de estos son:

1. Conducta sexual
2. Consumo de tabaco.
3. Mujeres con alto número de embarazos
4. Sistema inmunológico deprimido.
5. Uso prolongado de anticonceptivos
6. Nutrición

⁵ <http://www.geosalud.com/VPH/index%20VPH.htm>

1. Conducta Sexual

Se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales

La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que trasmite después a su pareja.

2. Consumo de Tabaco

Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco.

3. Alto Número de Embarazos

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y la movilidad de la zona de transformación que se da con el ectropión con cada embarazo, favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.

4. Sistema Inmunológico Deprimido

Factores genéticos o enfermedades como el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana), medicamentos, consumo de drogas, etc. que provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predispone al desarrollo de cáncer ano-genitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano.

5. Uso Prolongado de Anticonceptivos

El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino, sin embargo esta sigue siendo una hipótesis que no ha tenido apoyo considerable.⁶

6. Factores Nutricionales

Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino.

⁶ Jonathan S. Berek, Ginecología de Novak, 13 edición, Impreso en México, 2003, Mc Graw Hill Interamericana

METODOS DIAGNOSTICOS.

- ? Citología mediante frotis de Papanicolau, y lectura de esta con ayuda del microscopio.
- ? Prueba de Test de Schiller.
- ? Colposcopía
- ? Biopsia dirigida
- ? Raspado endocervical
- ? Biopsia en cono del cuello uterino.⁷
- ? Tipificación del ADN del VPH

Nueva Vacuna Contra el VPH

La identificación definitiva de ciertos tipos de VPH como agentes causales en la carcinogénesis cervico-uterina condujo al rápido desarrollo de vacunas contra el VPH y su posterior puesta a prueba en poblaciones humanas con resultados excelentes.

Hasta la fecha, se han desarrollado vacunas de subunidades contra el VPH monovalente (tipo 16), bivalente (tipos 16 y 18) y tetravalente (tipos 6, 11, 16 y 18) y se han sometido a ensayos clínicos de fase I y II. Se han observado que todas estas vacunas son notablemente inmunogénicas, produciendo

⁷ <http://www.fda.gov/womens/getthefacts/Spanish/hpv-Spanish.html>

respuestas inmunitarias, humorales significativas, e intensas respuestas mediadas por células, en grados superiores a los observados en las infecciones adquiridas naturalmente.

Estas vacunas son también sumamente eficaces en la prevención de infecciones persistentes de tipos específicos, así como de las anomalías citológicas cervicouterinas asociadas y las lesiones precancerosas. Además, son seguras y bien toleradas por los seres humanos. Actualmente se están llevando a cabo varios ensayos clínicos de fase III en múltiples lugares a escala internacional.

Las vacunas profilácticas contra el VPH disponibles se administrarán a mujeres de 9-12 años, además si se considera tanto para las niñas como para los niños.

Características de las Vacunas contra el VPH

Componentes	Presentación	Adyuvante	Esquema de Administración
tipos 6, 11, 16,18 tipos 16,18	Líquida Líquida	Sulfato de hidroxifosfato de aluminio ASO ₄ (hidróxido de aluminio y lípido a monofosforilado)	3 dosis intramuscular en los meses 0, 1 y 6 3 dosis intramuscular en los meses 0, 1 y 6

PRUEBA DE PAPANICOLAU.

Esta prueba consiste en extraer una muestra de células, normalmente del cervix uterino, y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia y extensión de células anormales.

El procedimiento también se llama citología exfoliativa, o prueba de células para el cáncer. Aunque esta prueba se conoce sobre todo como una herramienta en el diagnóstico de cáncer cervical y condiciones precancerosas del cervix y el útero, también se puede usar para identificar infecciones debidas al herpes y clamidia, y para evaluar el desequilibrio entre estrógenos y progesterona.

Habitualmente, no causa molestias, y las recomendaciones previas a la toma de la citología cervico vaginal son:

- ? Preferentemente será tomada sin menstruación.
- ? Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las 8 semanas.
- ? No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- ? El frotis será tomado antes del tacto vaginal.
- ? No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra.

Para la toma de citología cervico vaginal se utilizara espátula de Ayre para el exocervix e hisopo previamente humedecido en solución salina normal para el endocervix. Puede usarse el cepillo endocervical, en sustitución del hisopo. El espejo no debe lubricarse en general, porque tiende a oscurecer el detalle celular. Se debe visualizar la vagina y el cervix completamente antes de tomar la muestra. Tome primero la muestra del exocervix y a continuación del endocervix.

El estándar de oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endocervicales.

Para el resultado citológico se utilizara la nomenclatura del sistema de clasificación de Bethesda⁸:

Muestra adecuada:

- ? Satisfactoria para evaluación.
- ? Satisfactoria para evaluación pero limitada por (especificar razón)
- ? Insatisfactoria para evaluación (especificar razón)

Categoría General:

- ? Dentro de límites normales.
- ? Cambios celulares benignos.
- ? Anormalidades de células epiteliales.

⁸ Normativa Técnica de Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, El Salvador, C.A. 2002.

Descripción de Diagnósticos:

- ? Cambios celulares benignos
 - Infección.
 - 1) Tricomonas Vaginalis.
 - 2) Organismos fungiformes morfológicamente compatibles con Candida.
 - 3) Predominancia de cocobacilos compatible con cambio en la flora vaginal.
 - 4) Bacteria morfológicamente compatible con Actinomyces sp.
 - 5) Cambios celulares asociados con virus del herpes simple.
 - 6) Otros.
 - Cambios Reactivos.
 - Cambios celulares reactivos asociados con:
 - 1) Inflamación
 - 2) Atrofia con inflamación (vaginitis atrófica).
 - 3) Radiación
 - 4) Dispositivo intrauterino.
 - 5) Otros.
- ? Anormalidades de células epiteliales.
 - Células escamosas.
 - 1) Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS)
 - 2) Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, comprende el virus del papiloma humano, displasia leve, NIC 1.

- 3) Lesión escamosa intraepitelial de alto grado, comprende Displasia moderada, Displasia severa, CIS, NIC II, NIC III.
- 4) Carcinoma de células escamosas.
 - Células Glandulares.
- 1) Células endometriales, citológicamente benignas.
- 2) Células glandulares atípicas de significado no determinado (AGUS).
- 3) Adenocarcinoma endocervical.
- 4) Adenocarcinoma endometrial.
- 5) Adenocarcinoma extrauterino.
- 6) Adenocarcinoma no especificado.
- ? Otras neoplasias malignas: especificar.
- ? Evaluación hormonal:
 - Patrón hormonal compatible con edad y la historia.
 - Patrón hormonal incompatible con la edad y la historia, especificar.
 - Imposible evaluación hormonal debido a...(especificar).

Existen varios términos que se pueden utilizar para describir los resultados anormales.

- ? Displasia es un término utilizado para describir células anormales. La displasia no es cáncer, aunque se puede convertir en cáncer temprano del cuello del útero. Durante la displasia, las células cervicales sufren una serie de cambios en su apariencia. Las células aparecen normales en el microscopio, pero no invaden los tejidos saludables de alrededor.

Existen tres grados de displasia, clasificados como: leve, moderada o severa, dependiendo de que tan anormales se vean las células en el microscopio.

- ? Lesión intraepitelial escamosa, es otro termino que se utiliza para describir cambios anormales de las células en la superficie del cuello del útero. La palabra escamosa describe las células que son delgadas, planas y están en la superficie de afuera del cuello del útero. La palabra lesión se refiere a tejido anormal. Una lesión intraepitelial significa que las células anormales están presentes solamente en las capas superficiales de las células. Un medico puede describir una lesión intraepitelial escamosa como de grado bajo (Cambios tempranos en el tamaño, forma, y numero de células) o de alto grado (un numero grande de células precancerosas que tienen una apariencia bastante diferente a la de las células normales).
- ? Neoplasia intraepitelial cervical es otro termino que se utiliza a veces para describir células anormales. Neoplasia significa un nuevo crecimiento anormal de células. Intraepitelial se refiere a las capas superficiales de la célula. El termino neoplasia intraepitelial cervical, junto con un numero (del I, II, III), describe que tanto del cuello del útero contiene células anormales.
- ? Carcinoma in situ describe un cáncer pre-invasor que involucra solamente las células superficiales y no se ha extendido a tejidos más profundos.

- ? El cáncer del cuello del útero o cáncer invasor del cuello del útero, ocurre cuando las células anormales penetran con mayor profundidad el cuello del útero u otros tejidos u órganos.

En base a lo anterior una citología es reportada como:

A) No satisfactoria para evaluación por:

- ? Ausencia de material celular.
- ? Mala fijación por preservación
- ? Presencia de material extraño.
- ? Completamente cubierta por inflamación.
- ? Completamente cubierta por sangre.
- ? No representativo del sitio anatómico.

B) Satisfactoria para evaluación pero limitada por:

- ? Ausencia de células endocervicales.
- ? Exceso de autolisis e histolisis.
- ? Parcialmente cubierta por sangre o inflamación.

CONDUCTA A SEGUIR EN BASE AL REPORTE CITOLÓGICO:

- 1) No satisfactoria para evaluación: Repetir inmediatamente a la contestación.
- 2) Satisfactoria para evaluación: Repetir en un año.
- 3) Satisfactoria para evaluación pero limitada; repetir de acuerdo a la recomendación del laboratorio citológico.
- 4) Dos satisfactoria para evaluación consecutivas: repetir en 2 años.

- 5) Satisfactoria para evaluación con cambios celulares, asociados a inflamación: tratamiento vaginal.
- 6) Satisfactoria para evaluación, alteraciones inflamatorias por candida, tricomonas vaginales: tratamiento específico y repetir en un año.
- 7) Cambios celulares asociados con herpes: tratamiento específico y repetir en 3 meses.
- 8) Cambios celulares persistentes asociados a herpes: Referir a colposcopia.
- 9) Vaginosis bacteriana: tratamiento específico y repetir en un año.
- 10) Células atípicas de significado no determinado: referir a colposcopia.
- 11) Lesión intraepitelial de bajo grado y alto grado: referir a colposcopia.
- 12) Carcinoma de células escamosas sin lesión visible: referir a colposcopia.
- 13) Carcinoma de células escamosas y Adenocarcinoma de endocervix o endometrio: referir a ginecología oncológica.⁹

⁹ <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/papanicolao.htm>

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL

El concepto de enfermedad preinvasiva del cuello uterino se definió en 1947, año en el que se reconoció que podían identificarse los cambios epiteliales que tenían el aspecto de cáncer invasivo pero que se confinaban al epitelio. Estudios subsecuentes demostraron que, si no se tratan estas lesiones, pueden progresar hasta convertirse en cáncer cervicouterino.

Los progresos en la valoración citológica permitieron identificar las lesiones precursoras tempranas llamadas con el término genérico displasia, que señalaba el posible desarrollo del cáncer futuro. En 1968 se emitió el concepto de la neoplasia cervical intraepitelial (NIC) año en que se indicó que todas las displasias tienen el potencial de progreso.

En la actualidad se reconoce que la mayor parte de las lesiones de NIC tempranas experimentarían regresión espontánea si se dejan sin tratamiento; sin embargo, el término neoplasia cervical intraepitelial se refiere a una lesión que puede progresar hasta carcinoma invasivo. Este término equivale a displasia que significa “maduración anormal”, por tanto la metaplasia proliferativa sin actividad mitótica no debe recibir este término. No se debe diagnosticar a la metaplasia escamosa como displasia porque no progresa hasta cáncer invasivo.

Los criterios para el diagnóstico de neoplasia intraepitelial pueden variar según el patólogo, pero los aspectos importantes son inmadurez celular,

desorganización celular, anomalías nucleares y aumento de la actividad mitótica. La extensión de actividad mitótica, proliferación celular inmadura y atipia nuclear identifican el grado de metaplasia. Si hay mitosis y células inmaduras sólo en el tercio inferior del epitelio, la lesión casi siempre se considera neoplasia cervical intraepitelial leve. La afección de los tercios medio y superior se diagnostican como NIC moderada y severa, respectivamente.

CLASIFICACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

En 1989, un taller del National Cancer Institute que se llevo a cabo en Bethesda, Maryland, dio por resultado el desarrollo del sistema Bethesda para notificación citologica. En este sistema las lesiones escamosas potencialmente premalignas corresponden a tres categorías: células escamosas atípicas de importancia no determinada (CEAIND), lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEGB) y lesiones intraepiteliales de grado elevado (LIEGE). La lesión intraepitelial escamosa de bajo grado incluye a la NIC I (displasia leve) y los cambios del VPH que se han denominado atipia coilocitótica. Las lesiones intraepiteliales escamosas de grado elevado abarcan a las NIC II y III (displasia moderada, displasia grave y carcinoma in situ). Los estudios de vigilancia a largo plazo han demostrado que las lesiones clasificadas apropiadamente como coilocitosis progresan hasta neoplasia intraepitelial de grado elevado en 14% de los casos, y que las lesiones clasificadas como displasia leve progresan hasta displasia grave y carcinoma in situ (CIS) en 16% de los casos.

Las células anormales que no satisfacen los criterios de lesiones intraepiteliales escamosas de grados bajo o elevado se describen como células escamosas atípicas de importancia no determinada. Esta categoría no incluye a la atipia condilomatosa o coilocitótica, incluida antes en la clase II de la clasificación de Papanicolaou y clasificada en la actualidad como LIEGB.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se comprende que el cáncer de cuello uterino y sus lesiones precursoras evolucionan lentamente en el transcurso de muchos años, en éste intervalo, el único signo de enfermedad puede ser la descamación de células anómalas del cuello uterino. Por estas razones, se aceptan habitualmente que el frotis de Papanicolaou debe realizarse a todas las mujeres después de que inician su vida sexual activa.

El síntoma más frecuente en las pacientes que experimentan cáncer del cuello es la hemorragia vaginal. Más a menudo es hemorragia poscoital, pero puede ocurrir como hemorragia irregular, leucorrea, o disuria.

Durante la exploración general deben palparse los ganglios linfáticos supraclaviculares e inguinales para excluir la presencia de enfermedad metastásica.

El tacto rectal tiene importancia para ayudar a establecer la consistencia y el tamaño del cuello uterino, sobre todo en las pacientes con carcinomas endocervicales.

TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA CERVICAL INTAEPITELIAL

Antes de instituir tratamiento, el diagnóstico histológico debe ser preciso, y será necesario contar con la extensión exacta de la lesión. Se han empleado diversas técnicas de resección para tratar la NIC, entre ellas extirpación quirúrgica, criocirugía, vaporización con láser y más recientemente, resección electroquirúrgica.

La resección electroquirúrgica es apropiada cuando existen las condiciones siguientes:

- 1- No hay pruebas de cáncer microinvasivo o invasivo en la citología, la colposcopia, el legrado endocervical o la biopsia.
- 2- La lesión esta localizada en el exocervix, y se puede ver completa.
- 3- No hay afección del endocervix, a juzgar por la Colposcopia y el legrado endocervical

El pronostico y la supervivencia de los carcinomas depende en gran medida del estadio en que se descubre por primera vez.

Con los recursos terapéuticos actuales, la supervivencia a los 5 años esta en torno al 80 o 90% en el estadio I, al 75% en el estadio II, al 35% en el estadio III y al 10 al 15% en los canceres del estadio IV.¹⁰

¹⁰ Jonathan S. Berek, Ginecología de NOVAK, 13 Edición, Capitulo 31, Paginas 954-996, Impreso en México, 2003. McGraw Hill Interamericana.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

1. Un control riguroso, periódico, mediante el examen de Papanicolau (al menos una vez al año o más frecuente si así lo indica su médico).
2. Las mujeres mayores de 30 años también es recomendable que se sometan a una prueba de ADN de VPH, además de la citología
3. El fumado aumenta el riesgo de que las lesiones provocadas por este virus evolucionen hacia cáncer.
4. Limitar el uso de anticonceptivos orales como método de planificación. Investigaciones médicas han demostrado que el uso de anticonceptivos orales, en forma continúa, por más de 5 años puede incrementar el riesgo de carcinoma cervical hasta 4 veces en mujeres infectadas por VPH.
5. Estimular el sistema inmunológico teniendo una alimentación muy sana y variada.
 - ? Aumentar el consumo de sustancias antioxidantes. Para ello debe comer mucha fruta y verdura: el tomate, se sabe que contiene un antioxidante llamado licopeno; otros alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y vegetales rojos y amarillos (ricos en betacarotenos).
 - ? Consumir mucha vitamina C natural presente en el jugo de naranja fresco, limón, tomate, kiwi, fresa.
 - ? Consumir alimentos ricos en fibra vegetal.

- ? Evitar comer o comer poco carnes conservadas como: jamones y todo tipo de embutidos; y reducir el consumo de carnes rojas.
- ? Consumir alimentos ricos en ácido fólico. Algunas de las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son los vegetales de hojas verdes (que se deben consumir crudas o poco cocidas), el hígado, los granos integrales, los cítricos, las nueces, las legumbres y la levadura de cerveza. También puede consumir el ácido fólico en tabletas. La dosis es de 400 microgramos diarios, para ello puede consumir media tableta de 1mg al día.
- ? Evitar el estrés dado que éste afecta el sistema inmunológico del organismo.
- ? Hacer ejercicio físico al menos 3 veces por semana (caminar, nadar, etc.). El ejercicio físico estimula el sistema inmunológico.
- ? Evitar el consumo de drogas y alcohol.¹¹

¹¹ <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/cancer.htm>

DISEÑO METOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio descriptivo, de tipo transversal.

SUJETO DE ESTUDIO:

Cuarenta y siete mujeres adolescentes de 10 a 19 años que consultaron en la Unidad de Colposcopía del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el año 2005.

UNIVERSO:

Son las cuarenta y siete mujeres en edad adolescente que consultaron a la Unidad de Colposcopía del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en el periodo que comprende el año 2005.

VARIABLES:

VARIABLES Dependientes:

Toma de citología, número de compañeros sexuales formula obstétrica, edad de primer coito, y método de planificación familiar.

VARIABLES Independientes:

Edad, habito de fumar, edad de menarquía y nivel académico.

OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Edad	Que haya consultado en Hospital San Juan de Dios	10 – 19 años
Procedencia Geográfica	Accesos a servicios de Salud	- Urbano - Rural
Fuma		- Si fuma - No fuma
Citología	Citología previa a estudio colposcópico	- Si - No
Nivel Académico	Accesibilidad a la educación	- Ninguno - Primario - Secundario - Bachiller - Universitario
Formula Obstétrica		- Gravidéz - Paridad - Abortos - Prematuros - Vivos
Menarquia	Mujeres que consultaron en Hospital San Juan de Dios	- 9– 10 - 11 – 12 - 13 - 14 - 15 o mas
Edad de Primer Coito		- 10 – 12 - 13 – 15 - 16 – 18
Método de Planificación Familiar	Acceso a servicios médicos	- No usa - Hormonal - Barrera - DIU
Número de Compañeros Sexuales		- 1 – 2 - 3 – 4 - 5 o mas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ? Mujeres Adolescentes en edades comprendidas de 10 a 19 años.
- ? Mujeres que consultaron en la Unidad de Colposcopia, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en el año 2005.
- ? Mujeres que ya hayan iniciado las relaciones sexuales

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ? Aquellos expedientes de las pacientes que al momento de ser investigados, no estén disponibles.
- ? Aquellos expedientes en los que no puedan obtenerse todos los datos requeridos, debido a un mal llenado de la hoja de citología.
- ? Los expedientes que al momento de ser revisado aun no tengan reporte de patología.
- ? Todas aquellas mujeres que vivan fuera de los límites de El Salvador.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos se van a recolectar por medio de una ficha (Ver Anexo 5) que se llenará por cada expediente que se revise, dicho formulario será llenado por cada investigador según se detalla en el proceso de recolección de la información; se tomará en cuenta el expediente, la edad, si dicha paciente es

primera vez de toma de citología o si es una citología subsecuente, si la paciente fuma o no, además se anotarán en dicha ficha los factores ginecoobstetricos de cada paciente a estudiar, los que se tomarán en cuenta son: edad de primer coito, la edad de menarquía, la formula obstétrica, si la paciente esta usando algún método de planificación familiar y el nivel académico, esta información será tomada de la hoja de citología de cada paciente (Ver Anexo 6); todo esto considerando que según estudios realizados son los factores de riesgo que mas frecuentemente se hayan involucrados en la lesiones preinvasivas de cervix, además se tomará también el diagnostico citológico y según el grado de severidad se le dará un valor adicional, las lesiones intraepiteliales de bajo grado, serán severidad 1, las lesiones intraepiteliales de alto riesgo serán grado de severidad 2 y aparte se consideraran ASGUS O AGUS.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La investigación se llevará a cabo en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, buscando el tabulador específico para el año 2005 de las mujeres adolescentes que consultaron en la Unidad de Colposcopia del Hospital San Juan de Dios; se hará un listado de cada uno de sus expedientes y luego se programarán los días en los cuales llevando una lista se entregará al encargado de archivo, para pedir en préstamo un número determinado de expedientes, de estos se vaciará la información requerida en la ficha que se utilizará como método de recolección de datos.

En los días programados para la recolección de la información, cada investigador irá en días diferentes y se encargará de un promedio de ocho expedientes al día, utilizando los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes, en un horario de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., ocupando 15 minutos para cada expediente a ser revisado.

Posteriormente se realizará un control de calidad de los datos recogidos, el investigador A revisará los datos del investigador B, el investigador B revisará los datos del investigador C, y el investigador C revisará los datos del investigador A; tomando aleatoriamente un expediente y comparando en la ficha de recolección de datos, verificando que los datos sean objetivos y se haya hecho un adecuado llenado de dicha ficha; de esta manera se evitará fuga de datos o errores en la toma de ellos.

Para el procesamiento de los datos recogidos se utilizará el programa Microsoft Excel y la prueba de Chi cuadrado mediante el programa de EpiInfo 6.

ANALISIS DE RESULTADOS.

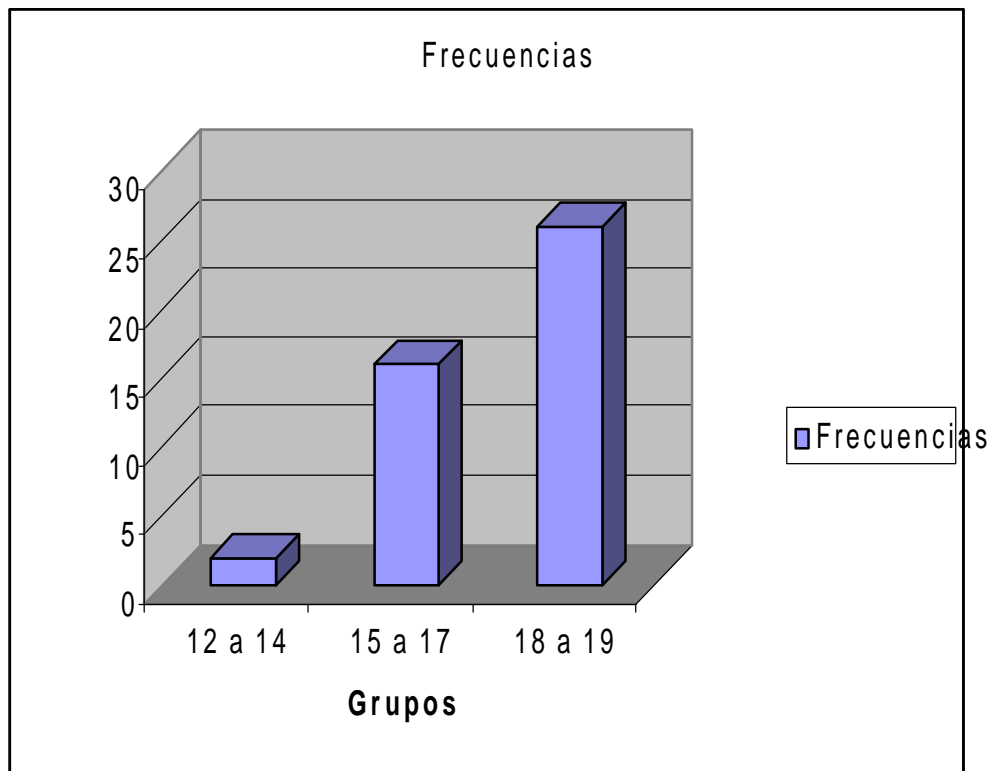
Se identificaron 47 expedientes de pacientes adolescentes con lesiones preinvasivas de cervix de los cuales tres no pudieron encontrarse por haber sido ya depurados. Se analizaron 44 expedientes, llenando la ficha de recolección de datos y realizando el respectivo control de calidad.

Se usó Microsoft Excel para la tabulación de los datos, y para demostrarse que son estadísticamente significativos se aplicó la prueba de Chi cuadrado mediante el programa de Epi Info 6. (Ver anexo 7).

Fueron 44 pacientes adolescentes que se encontraron con lesiones preinvasivas de cervix que consultaron en el año 2005 en el área de Colposcopía del Hospital San Juan de Dios.

GRAFICO I: DISTRIBUCION POR EDADES DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

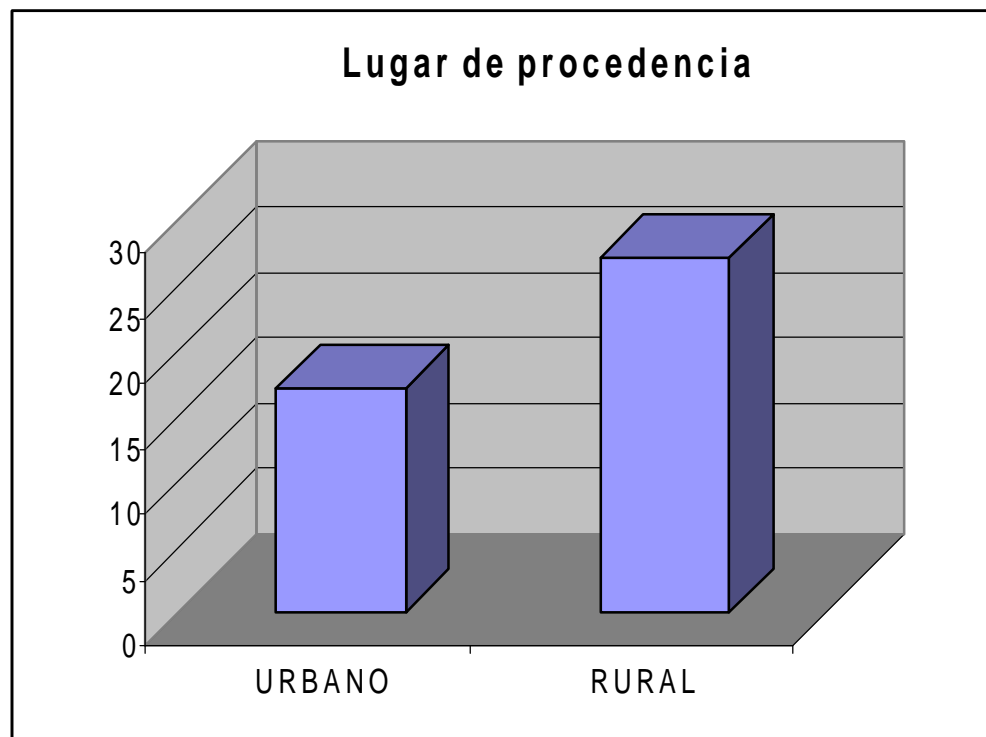
Rangos de edad	Frecuencias
12- 14	2
15- 17	16
18- 19	26



Las edades comprendieron de los 10 a los 19 años, siendo los de 18 a 19 las mas frecuentes, con un 59 % y las menos frecuentes las de 12 a 14 por igual con un 4.5% cada una.

GRAFICO: PROCEDENCIA GEOGRAFICA DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

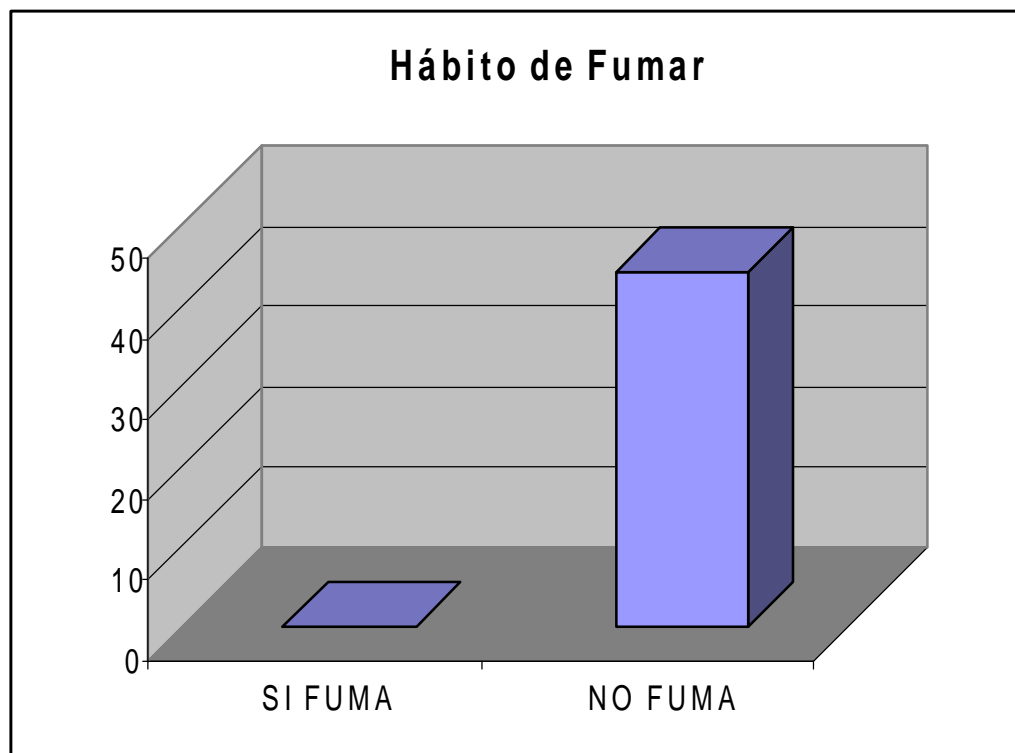
Procedencia Geográfica	
Urbano	17
Rural	27



Se encontraron que del total de las pacientes en este estudio, el 61.3% vive en área rural y el 38.6% vive en área urbana.

GRAFICO: EL HÁBITO DE FUMAR EN LAS PACIENTES

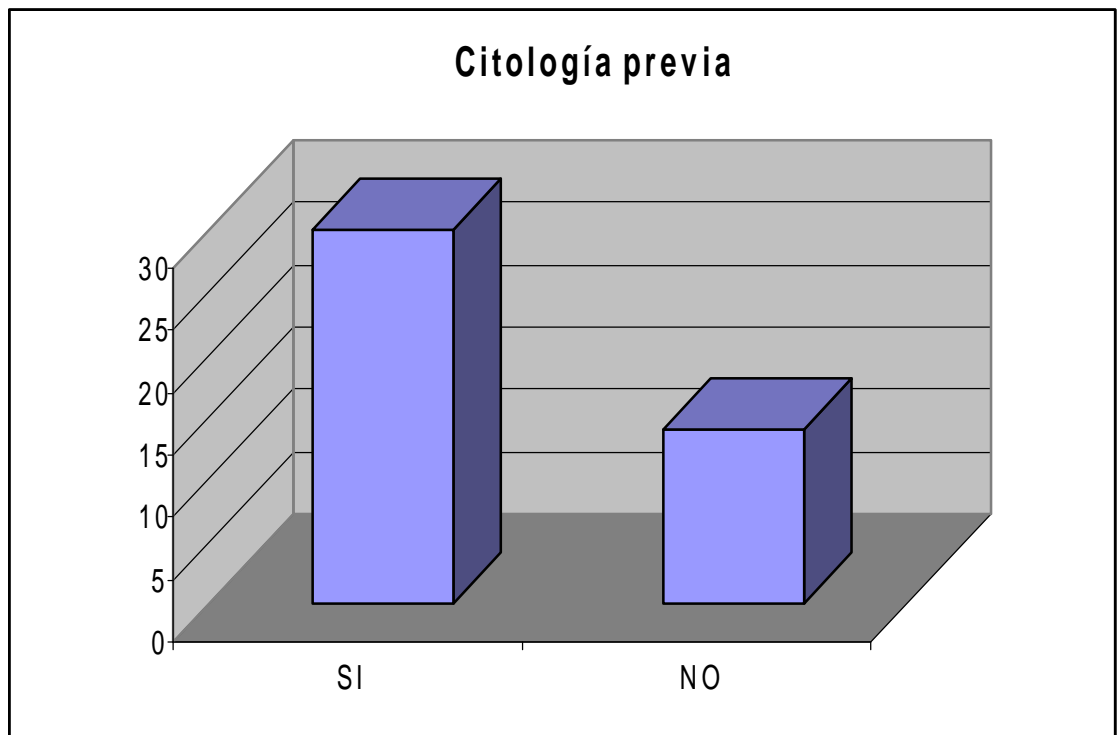
Habitudo de fumar	
Si fuma	0
No fuma	44



De las 44 pacientes, se identifico que el 100% de las pacientes no fum

GRAFICO: EL ANTECEDENTE CITOLOGICO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

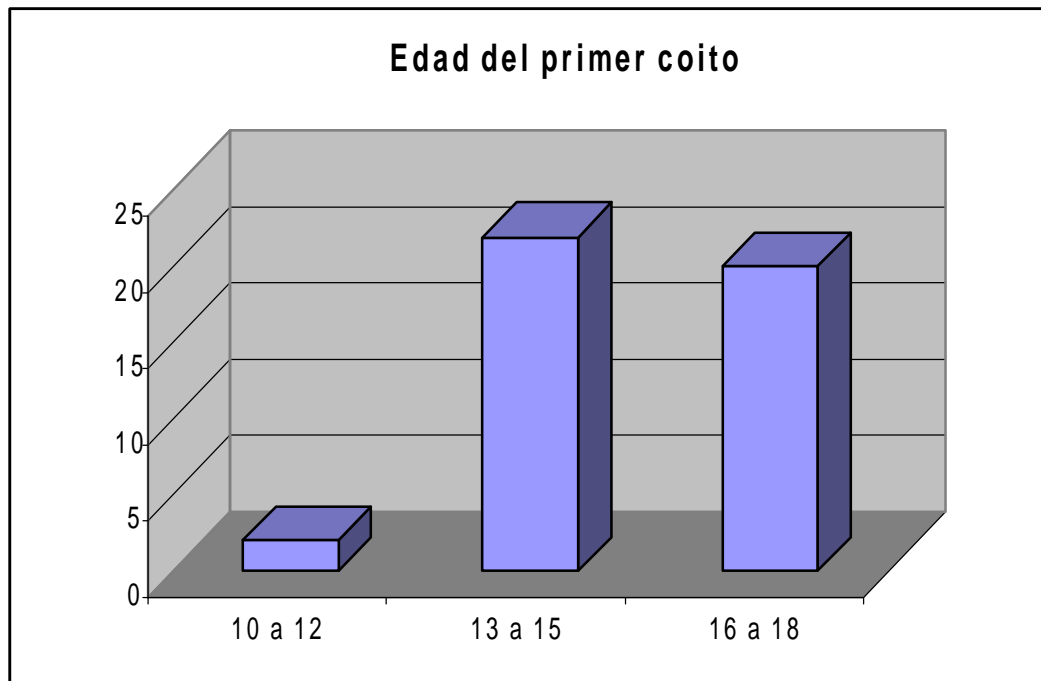
CITOLOGIA PREVIA	
SI	30
NO	14



Del total de las pacientes estudiadas el 68.1% en la citología previa y el 31.8% fue en la primera citología cuando se les diagnosticó una lesión preinvasiva de cervix

GRAFICA: EDADE DE PRIMER COITO DE PACIENTES ESTUDIADAS

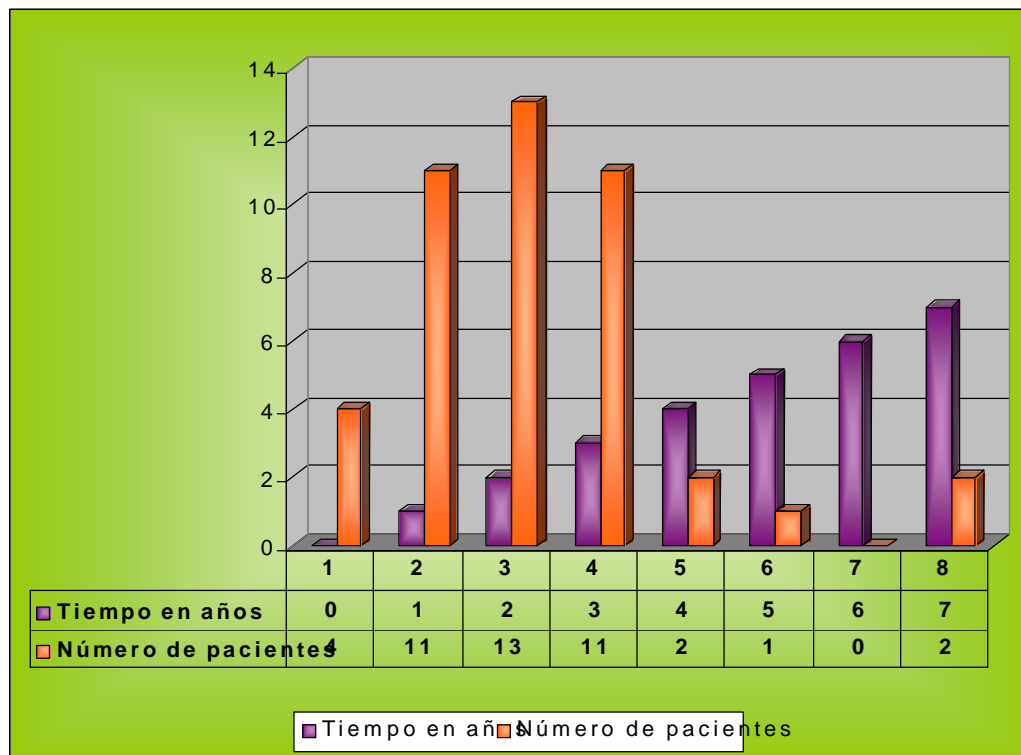
EDAD DE PRIMER COITO	
10-12	2
13-15	22
16-18	20



La edad a la que las mujeres en estudio iniciaron relaciones sexuales inicio de los 13 años, el 45.4% de los 16 a 18 años y el 4.6% iniciaron de los 10-12 años

GRAFICO I: TIEMPO EN AÑOS DE ACTIVIDAD SEXUAL DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

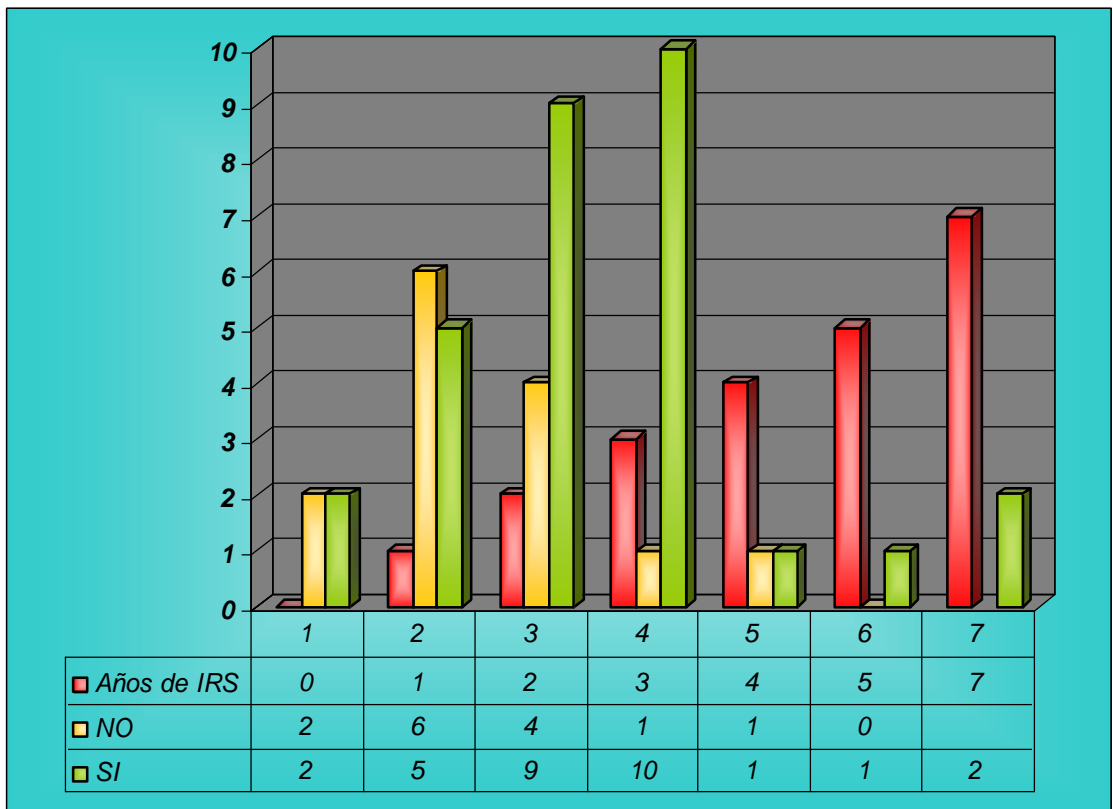
Tiempo de Actividad Sexual en Años	Número de pacientes
0 (Menos de 1 año)	4
1	11
2	13
3	11
4	2
5	1
6	0
7	2



La mayoría tenía entre 2 y 3 años de actividad sexual cuando fueron diagnosticadas con una lesión preinvasiva.

**GRAFICO VII: TIEMPO EN QUÉ SE REALIZÓ EL PRIMER COITO COMO
SUCITOLOGÍA**

Años de IRS	CITOLOGÍA		TOTAL
	NO	SI	
0	2	2	4
1	6	5	11
2	4	9	13
3	1	10	11
4	1	1	2
5	0	1	1
7		2	2
TOTAL	14	30	44

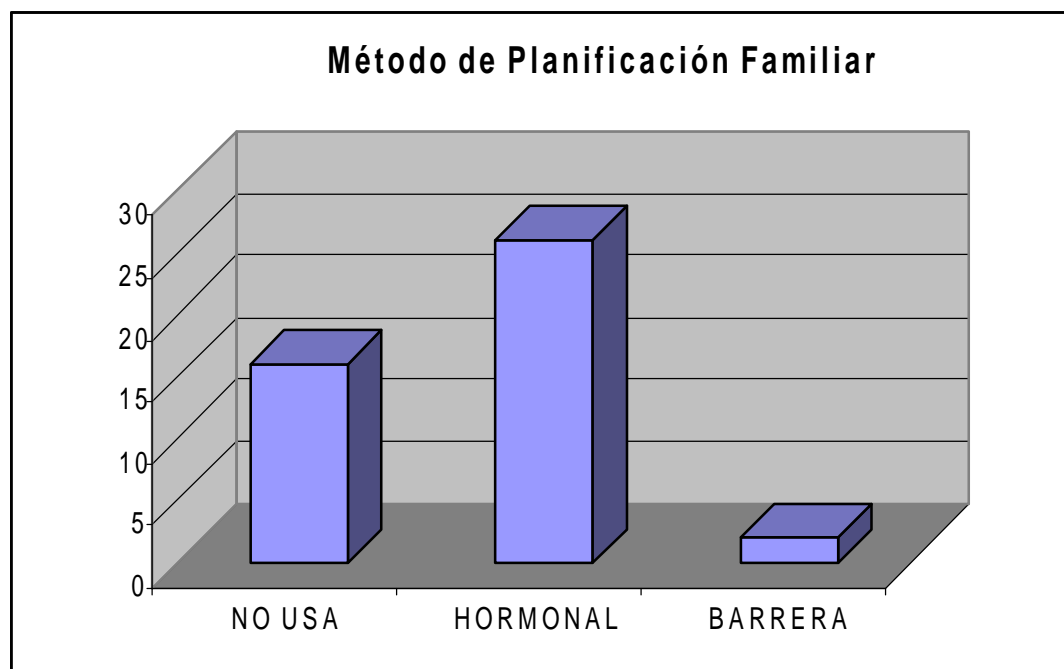


Lectura del Grafico VII:

Del total de las pacientes estudiadas 14 no tenían citología previa, 15 pacientes si tenían citología previa, solo 15 se la tomaron en menos de 1 año de haber iniciado relaciones sexuales, 14 se la tomo al tercer año de haber iniciado las relaciones sexuales, el resto al tiempo posterior se comprobó con un Chi cuadrado $\chi^2 = 7.559,0$ con un grado de libertad de una probabilidad $P < 0.02$.

GRAFICO VIII: METODO DE PLANIFICACION QUE USAN LAS PAC ESTUDIADAS

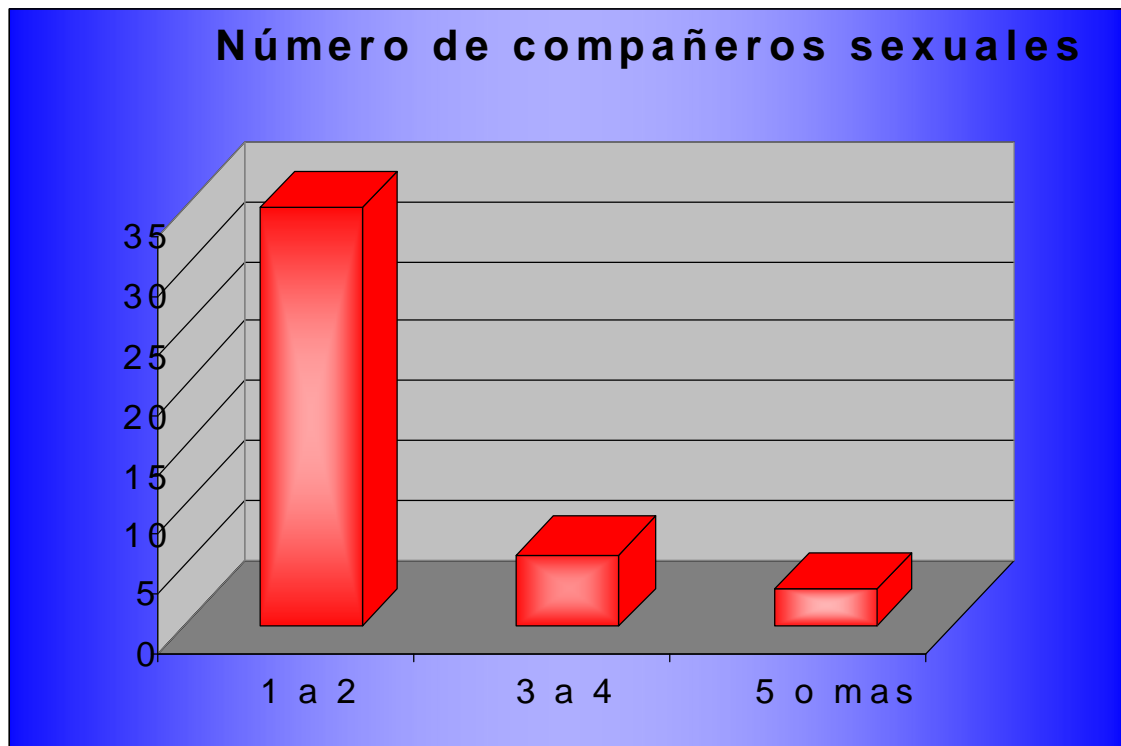
Método De Planificación Familiar	
No Usa	16
Hormonal	26
Barrera	2



El método de planificación familiar mas usado corresponden al hormonal en un 59%, barrera en un 4% y 36.4% no usa ningún método.

**GRAFICO: NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS
PACIENTES ADOLESCENTES**

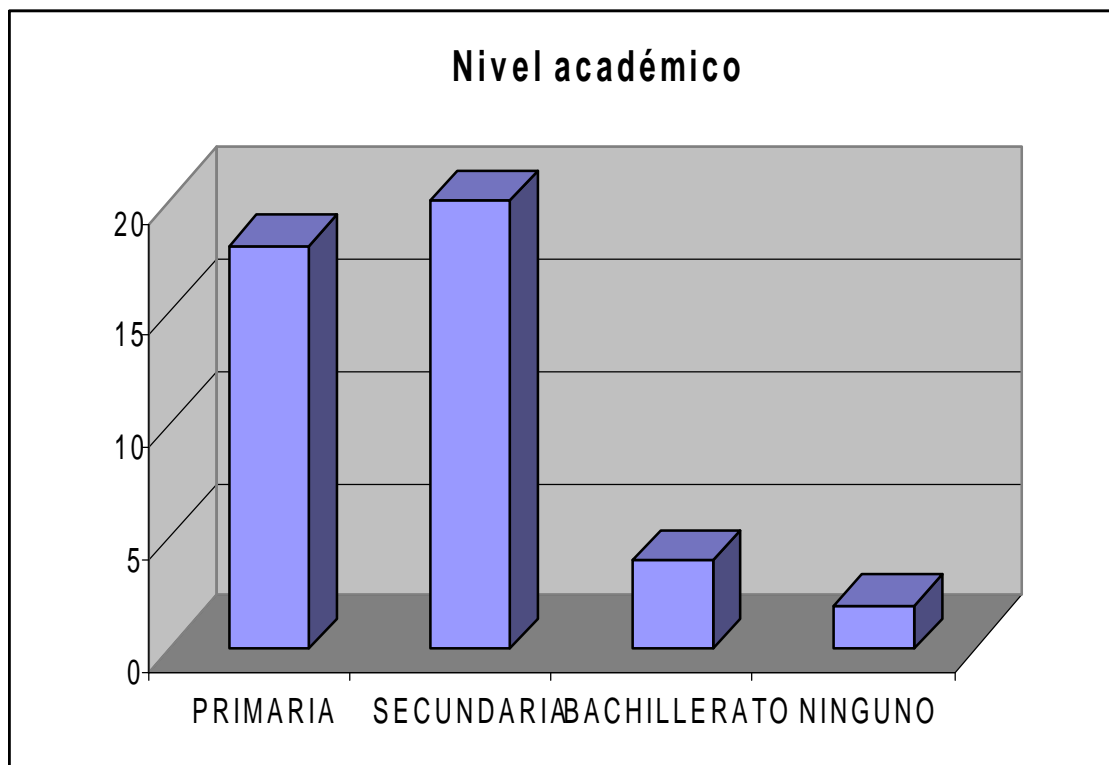
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	
1-2	35
3-4	6
5 o MAS	3



Se encontró que las mujeres estudiadas en un 79.5% tuvieron uno a dos compañeros sexuales, el 6.8% tuvo 3 a 4 compañeros sexuales y un 1.6% tenía 5 o más.

GRAFICA: NIVEL ACADÉMICO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

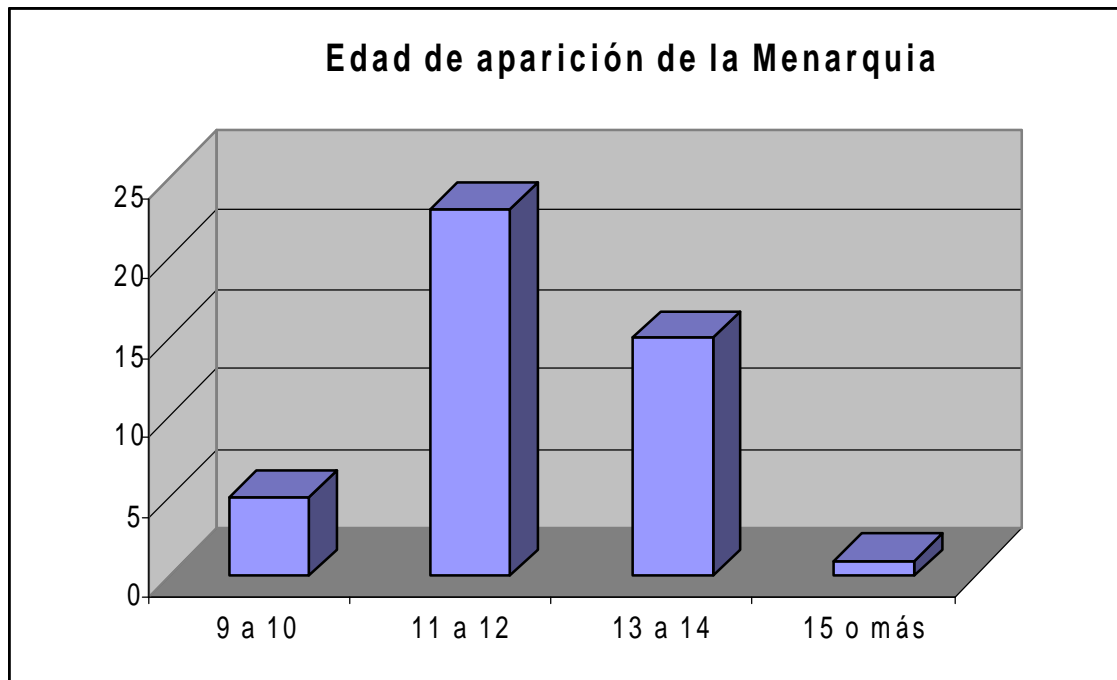
NIVEL ACADÉMICO	
PRIMARIA	18
SECUNDARIA	20
BACHILLERATO	4
NINGUNO	2



Sobre el nivel académico el 95.5% de las pacientes estudiado ~~están estudiado~~ algún nivel de estudio y solo el 4.5% no tiene ningún nivel de educación.

GRAFICO I: EDAD DE MENARQUIA DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

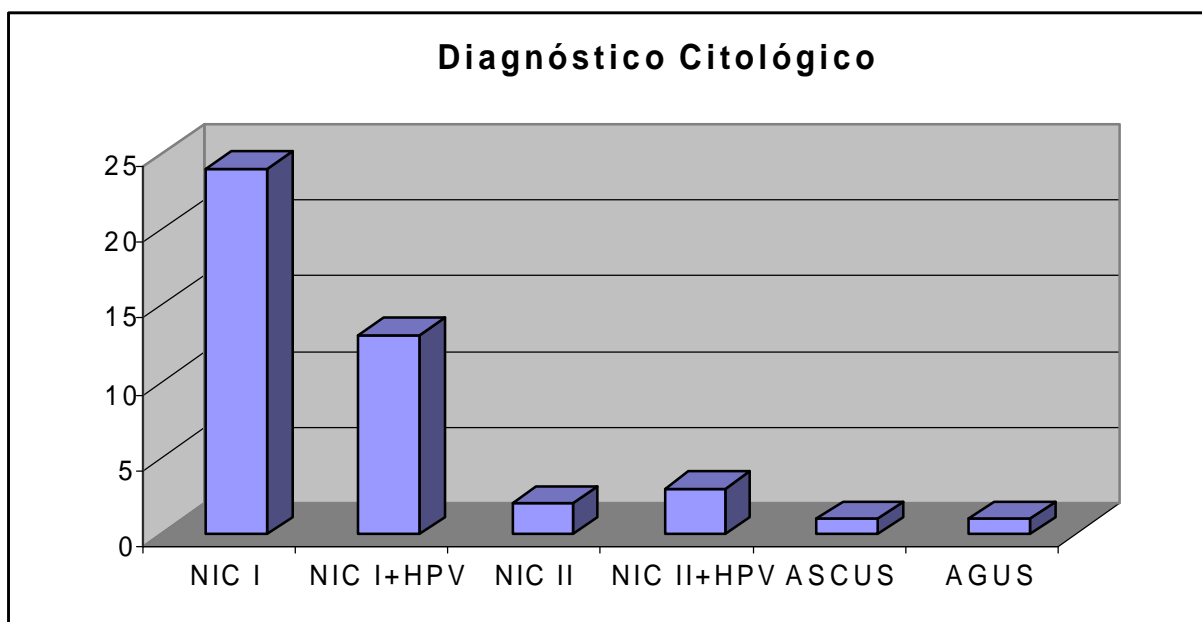
MENARQUIA	
9 a 10	5
11 a 12	23
13 a 14	15
15 o más	1



La menarquia en las mujeres estudiadas se presentó en un 52.2% de los 11 a 12 años, el 34% de 13 a 14, el 11.3% de los 9 a 10 años y el 2.3% de los 15 años o más.

GRAFICO II: DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

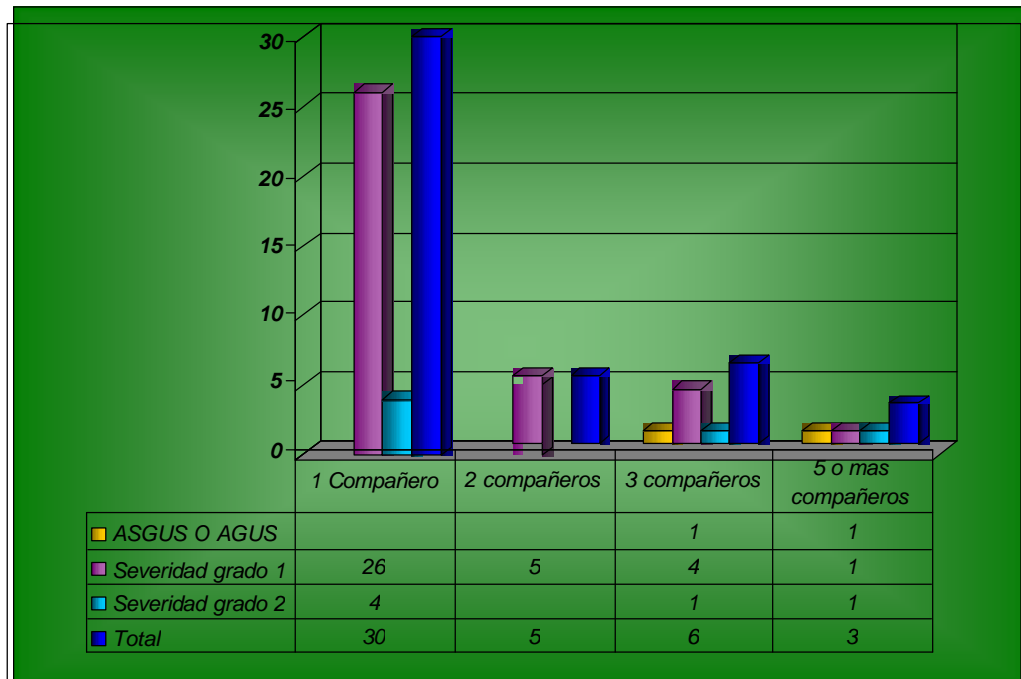
DIAGNOSTICO CITOLOGICO	
NIC I	24
NIC I+HPV	13
NIC II	2
NIC II+HPV	3
ASCUS	1
AGUS	1



El diagnostico citológico mas frecuente fue el NIC I con un 54.5%, NIC I+HPV con un 29.5%, el NIC II con un 4.5%, NIC II + HPV con un 6.8%, ASCUS con un 2.3%, AGUS con un 2.3%.

**GRAFICO III: RELACION ENTRE EL GRADO DE SEVERIDAD DEL
DIAGNOSTICO CITOLOGICO Y EL NUMERO DE COMPAÑEROS
SEXUAISE**

Número c parejas	1	2	3	5 o ma	
Grado de Severidad			1	1	Total
ASGUS O AGUS	26	5	4	1	2
1	4		1	1	36
2	30	5	6	3	6
Total					44

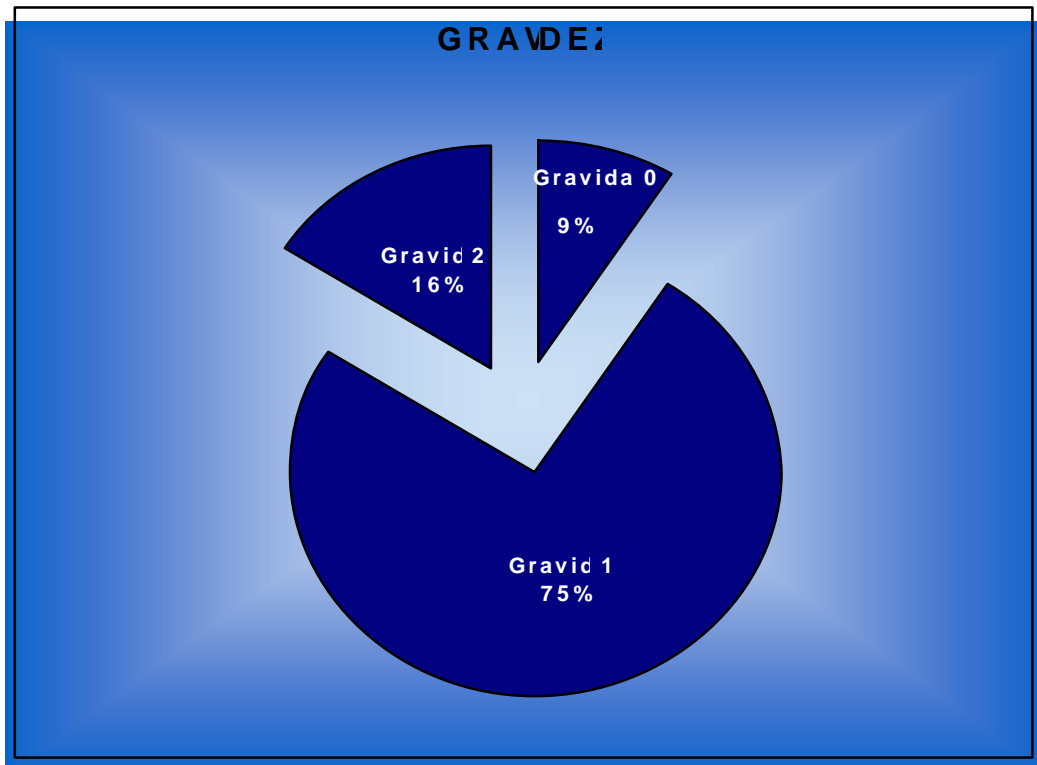


Lectura del Grafico XIII:

El grafico anterior muestra que las mujeres con un compañero sexual tuvieron la mayoría de lesiones con grado de severidad 68.1% que la lesión mas frecuente con un 81.8 % fue la de grado de severidad lo anterior se encontró que Chi cuadrado es de 17.6, con grado de libertad de 8 y una probabilidad de 0.0244.

GRAFICA QUE MUESTRA LA GRAVIDEZ DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

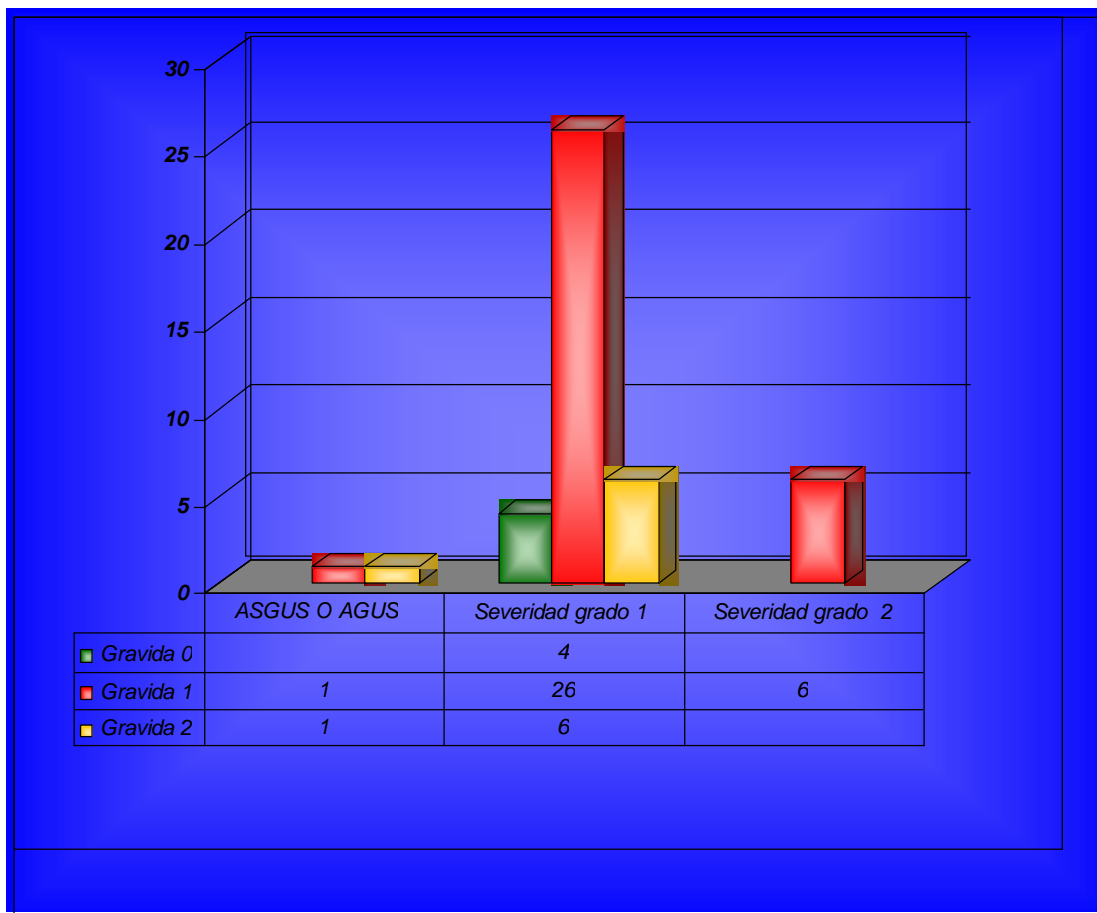
FORMULA OBSTETRICA	
Grávida 0	4
Grávida 1	33
Grávida 2	7



De la formula obstétrica únicamente la gravedad de las cuales el 75% eran grávida 1, el 15.9% eran grávida 2, y el 9.09% nunca habían embarazadas.

GRAFICO V: RELACION ENTRE LA GRAVIDEZ Y EL GRADO DE SEVERIDAD DIAGNOSTICO CITOLOGICO

Grado De Sever				
Gravidez	ASGUS O AGUS	1	2	TOTAL
G0		4		4
G1	1	26	6	33
G2	1	6		7
TOTAL	2	36	6	44



Lectura del Grafico XV:

Con respecto a la relación de las variables anteriores, se muestra que las lesiones con grado de severidad 1, en su mayoría aparecieron en embarazadas con gravidez en un 59%; que las lesiones con grado de severidad 2 solo se dieron en embarazadas en un 81%; según el grafico anterior el grupo de pacientes mas afectadas en la gravidez respecta, son las embarazadas 1; anterior se demostró encontrando un Chi cuadrado es de 4.0212 con un grado de libertad de 4 y una probabilidad de 0.4031.

CONCLUSIONES

- ✍ Los factores ginecológicos más frecuentemente relacionados con el desarrollo de lesiones preinvasivas de cervix en la adolescencia según los datos recolectados son: inicio temprano de relaciones sexuales, el virus del papiloma humano y métodos de contracepción que no protege contra la infección del virus del papiloma humano. Además se demostró que a esta edad son un factor de riesgo de importancia la gravidez ni tampoco el número de compañeros sexuales.
- ✍ La mayoría de las pacientes adolescentes en el estudio acudieron a consulta ginecológica durante el transcurso de los primeros tres años posteriores al inicio de sus relaciones sexuales, más del 50% aproximadamente de pacientes que se encuentran informadas, pero acuden en el tiempo establecido a la toma de su control ginecológico, dentro de su primer año de las relaciones.
- ✍ El número de compañeros sexuales de las pacientes no influyó significativamente en el grado de severidad con que se presentan las lesiones de cervix en el grupo de pacientes estudiadas. Los resultados obtenidos de dicha investigación, demuestran que es el serotipo del virus del papiloma humano el encargado de la severidad de la lesión preinvasiva del cervix y no el número de compañeros sexuales.

RECOMENDACIONES.

RECOMENDACIONES A LAS PACIENTES.

- ? Hacer énfasis en el uso de métodos de barrera, principalmente el condón debido a que este evita el contacto con el virus del papiloma humano, siendo este causante de la patología cervical
- ? Se recomienda a todas las pacientes la realización del papanicolao, comúnmente conocido como citología al iniciar las relaciones sexuales, ya que esta prueba cuyo costo es relativamente bajo, tiene muy buen nivel de captación de lesiones preinvasivas cervix.

RECOMENDACIONES A CENTROS DE SALUD

- ? Se recomienda a los centros de salud captar 100% de las pacientes en edad reproductiva y que ya haya iniciado actividad sexual, ofreciendo servicio de toma de citología independientemente de la causa de consulta
- ? Busca una alternativa de discreta confiabilidad para la adolescente pueda conocer al personal de salud su verdadera historia ginecológica
- ? Que los centros de salud inicien campañas de educación que informen adecuadamente sobre la importancia de la citología

hagan énfasis en factores de riesgo y las consecuencias que puede tener una citología que no fue tomada a tiempo.

- ? Introducir en la red de salud de nuestro país como método diagnóstico la tipificación del virus del papiloma humano, para reconocer desde principio cuales son las pacientes con mayor riesgo de lesiones severas.
- ? Se recomienda extender la cobertura del colposcopia y capacitar más médicos en dicha área para poder brindar un servicio más eficaz y que de esta manera pueda acceder a las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham, F.G. MD y Col., Williams Obstetrica, 21^a edición, Madrid, España. Editorial Panamericana, 2002. Sección I, Cap. 1, página 43.
2. Jonathan S. Berck, Ecología de Novak, 1^a edición, Impresión en México, 2003, Mc Graw Hill Interamericana.
3. Normativa Técnica de Prevención Control del Cáncer Cervico Uterino, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, C.A.
4. Eyssautier De la Mora, Metodología de la investigación, 1^a edición, México, Agosto 1991.
5. Gildaberto Bonilla. Como hacer una tesis de graduación con técnicas estadísticas, 4ta edición, San Salvador, UCA Editores, Año 2000.
6. Organización Panamericana de la Salud, El Control de enfermedades Transmisibles, Washington, 1^a edición, 2001.
7. <http://www.fda.gov/womens/getthefacts/Spanish/html>
8. <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/cancer.htm>
9. <http://www.geosalud.com/VPH/index%20VPH.htm>
10. <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/papanicolao.htm>
11. <http://www.paho.org/Spanish/html/ps070308a.htm>
12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2006000100001&lng=es&nrm=iso
13. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid>

ANEXOS

ANEXO 1

Comunicado de Prensa

8 de marzo -Día Internacional de la Mujer 2007. **La OPS hace un llamado a los países de las Américas para “que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible”**

La Organización Panamericana de la Salud enfoca este año la conmemoración del Día Internacional de la Mujer con un esfuerzo panamericano contra una de las mayores amenazas a la salud de la mujer: el cáncer cervical. No solo prevenible, esta patología es causante de cerca de medio millón de muertes cada año en el mundo. Una nueva vacuna puede ser la solución a una gran carga de la enfermedad, pero la aún muy costosa tecnología permanece todavía fuera del alcance de la mayoría de los países en desarrollo, con bajos ingresos o con limitadas capacidades.

Washington, D.C. 8 de marzo de 2007 (OPS) El cáncer cervical y su devastador impacto en la salud de cientos de miles de mujeres en todo el mundo constituyen una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el centro de la atención durante el Día Internacional de la Mujer 2007 que, en este año y bajo el lema “Que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible”, subraya hoy el potencial prevenible de esta enfermedad gracias a las nuevas vacunas existentes en estado de desarrollo avanzado.

Nueva vacuna

La mayoría de los casos de cáncer están vinculados a la infección genital por el virus del papiloma humano (VPH), cuya mayor tasa de incidencia generalmente ocurre en mujeres de edades comprendidas entre los 16 y 25 años. Hasta este momento, la mejor forma de prevenir el cáncer consistía en la realización de exámenes ginecológicos, tamizados, y el tratamiento de lesiones precursoras. Sin embargo, una nueva vacuna que previene contra la infección del VPH causante de la mayoría de los casos de cáncer cervical, así como una segunda vacuna que se espera sea aprobada pronto, han venido a dar una nueva relevancia e ímpetu sobre las acciones de las instituciones internacionales de salud pública, los gobiernos y los sectores público y privado por fortalecer la capacidades especialmente los países de bajos ingresos donde la incidencia es mucho mayor, para enfrentar los devastadores efectos de este gran enemigo de la salud de la mujer.

“El cáncer del cuello uterino es un problema de salud pública importante en los países menos desarrollados que persiste pese a que por más de 30 años se cuenta con la prueba de citología vaginal”, afirmó Mercedes Juárez, jefa de la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS. “Esta tecnología, sencilla y de bajo costo para la detección temprana del cáncer del cuello uterino, ofrece una alta probabilidad de curación a bajo costo en etapas tempranas. Sin embargo, no todos los grupos de mujeres tienen igual acceso a esta tecnología oportunamente”. Dr. Jon Andrus, principal asesor técnico de la Unidad

Inmunización de la OPS. En el contexto de este Día Internacional “el para los programas nacionales de inmunización alrededor del mundo especialmente en América Latina y el Caribe, es poner al alcance de todas las mujeres que más las necesitan esta tecnología salvadora de vidas”.

Andrus subrayó que el problema es que en un 80% de las mujeres que mueren de cáncer cervical son pobres y viven en zonas desfavorecidas. “Ellos son las que más se beneficiarán de los esfuerzos para mejorar el acceso equitativo y acceso a esta vacuna”.

ANEXO 2.

Resumen del Estudio Brasileño en Adolescentes.

El objetivo era describir el predominio y los factores asociados cervical uterina las lesiones epiteliales escamosas de alto grado (HSIL) en adolescentes. Un estudio transversal fue realizado con 702 adolescentes sexuales activos tratados en un hospital general en Río de Janeiro, el Brasil, a partir de la 1993 a 2002. La investigación fue realizada con colposcopia y la confirmación por biopsia. Las variables de la exposición a características sociodemográficas y éstas se relacionaron con la salud reproductiva, los hábitos, y el comportamiento sexual. Los cocientes de las probabilidades fueron estimados usando análisis logístico multivariante y la regresión. Con cada embarazo adicional, las probabilidades de HSIL aumentaron en 2.2. La edad también fue asociada a este resultado, donde las probabilidades de adquirir este grado de lesión aumentaron cada año de la edad. El predominio de lesiones sugiere que la importancia de incluir a las hembras adolescentes sexuales activas en programas de investigación y diagnóstico cervicales del cáncer tuviera como objetivo la detección temprana y el tratamiento de lesiones

ANEXO 3.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHAS	ACTIVIDAD	LUGAR	TIEMPO
Marzo	Selección del tema a investigar	Casa/FMOES	20 horas
Abril	Elaboración del perfil	Casa/FMOES	128 horas
Mayo	Revisión y presentación del perfil	Casa/FMOES	22 horas
Junio	Elaboración de Protocolo	Casa/FMOES	156 horas
Julio	Revisión y presentación de protocolo	Casa/ FMOES	67 horas
Julio	Recolección de Datos	Hospital San Juan de Dios/FMOES	52 horas
Agosto	Tabulación de datos	Casa/FMOES	40 horas
Septiembre	Análisis e interpretación de datos	Casa/FMOES	53 horas
Octubre	Revisión y entrega de trabajo final	Casa/ FMOES	28 horas
Noviembre	Defensa de investigación ante el jurado	FMOES	10 horas

ANEXO 4

PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	DETALLE	COSTO
Transporte	Casa- FMO/UES FMO/UE- Casa Casa- HNSJD HNSJD Casa	\$ 172.00
Alimentación		\$ 158.00
Papelería	Papel para borradores, impresiones y fichas de trabajo	\$ 53.50
Computación	Uso de Internet, Impresión, anillados, digitación, uso de computadora	\$ 97.78
Varios	Uso de servicios básicos (luz, agua, electricidad)	\$ 37.26
Horas de Trabajo	576 horas	\$ 1728.00
	TOTAL	\$ 2246.54

ANEXO 6

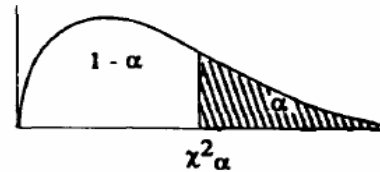
HOJA PARA TOMAR REPORTE DE CITOLOGÍA PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGIA CERVICO VAGINAL



ESTABLECIMIENTO/SIBASI		FECHA TOMA DE MUESTRA		Código: _____
DUI: _____		CIP: _____		CM: _____
No. Expediente: _____		No. Citología: _____		
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres
Departamento		Municipio		Cantón/Colonia/Barrio/Residencial
Urbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Edad	Teléfono
DATOS CLINICOS Grado Educativo: _____ años de estudio realizados. G _____ P _____ P _____ A _____ V _____ FUR: _____ / _____ / _____ FUP: _____ / _____ / _____ Edad Inicio Ref. Sexuales: _____ No. Parejas Sexuales: _____ Menarquia: _____ Lactancia (actualmente): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tabaquismo (actualmente): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Anticonceptivos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo: AOC <input type="checkbox"/> INY <input type="checkbox"/> IMPL <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> (actual) Período de uso: _____ Meses. Tto: Crio <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ LEEP <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Cono <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Histerectomía <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Radiación <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Hormonal <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Biopsia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Resultado: _____ Al examen Físico: Leucorrea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sangrado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cervicitis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma y Sello Responsable Toma PAP: _____				ANTECEDENTES PAP Previo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. de Lámina: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ PAP 1a. Vez en la vida <input type="checkbox"/> PAP Subsecuente <input type="checkbox"/> PAP Vigente <input type="checkbox"/> PAP Atrasado <input type="checkbox"/>
INTERPRETACION				
Nombre del Laboratorio: _____				
CALIDAD DE MUESTRA <input type="checkbox"/> SATISFACTORIA <input type="checkbox"/> SATISFACTORIA PERO LIMITADA POR <input type="checkbox"/> NO SATISFACTORIA POR: <input type="checkbox"/> LIMITES NORMALES		<input type="checkbox"/> CELULARIDAD ESCASA <input type="checkbox"/> FIJACION O PRESERVACION INADECUADA <input type="checkbox"/> MATERIAL EXTRAÑO <input type="checkbox"/> INFLAMACION <input type="checkbox"/> SANGRE <input type="checkbox"/> CITOLISIS AUTOLISIS		
CAMBIOS INFECCIOSOS <input type="checkbox"/> TRICOMONAS <input type="checkbox"/> CANDIDA <input type="checkbox"/> COCOBACILOS <input type="checkbox"/> HERPES <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA OTROS: _____ <input type="checkbox"/> NINGUNO		CAMBIOS REACTIVOS <input type="checkbox"/> INFLAMACION LEVE <input type="checkbox"/> INFLAMACION MODERADA <input type="checkbox"/> INFLAMACION SEVERA <input type="checkbox"/> ATROFIA <input type="checkbox"/> RADIACION <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> METAPLASIA <input type="checkbox"/> DIU		
ASCUS <input type="checkbox"/>		LEIBG: VPH <input type="checkbox"/>	LEIAIG: NIC II <input type="checkbox"/>	CARCINOMA: CÉLULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/>
AGUS <input type="checkbox"/>		NIC I <input type="checkbox"/>	NIC III <input type="checkbox"/>	ADENOCARCINOMA: ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/>
NINGUNO <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>	CIS <input type="checkbox"/>	ENDOMETRIAL <input type="checkbox"/>
NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>				
OBSERVACIONES: _____				
FIRMA Y SELLO CITOTECNÓLOGO		FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD		SELLO LABORATORIO
FECHA RECIBIDO: _____		FECHA REPORTE: _____		

ANEXO.7

Distribución chi-cuadrada con v grados de libertad



v	$\chi^2_{.995}$	$\chi^2_{.99}$	$\chi^2_{.975}$	$\chi^2_{.95}$	$\chi^2_{.90}$	$\chi^2_{.75}$	$\chi^2_{.50}$	$\chi^2_{.25}$	$\chi^2_{.10}$	$\chi^2_{.05}$	$\chi^2_{.025}$	$\chi^2_{.01}$	$\chi^2_{.005}$	$\chi^2_{.001}$
1	.0000	.0002	.0010	.0039	.0158	.102	.455	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	10.8
2	.0100	.0201	.0506	.103	.211	.575	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.6	13.8
3	.0717	.115	.216	.352	.584	1.21	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.3	12.8	16.3
4	.207	.297	.484	.711	1.06	1.92	3.36	5.39	7.78	9.49	11.1	13.3	14.9	18.5
5	.412	.554	.831	1.15	1.61	2.67	4.35	6.63	9.24	11.1	12.8	15.1	16.7	20.5
6	.676	.872	1.24	1.64	2.20	3.45	5.35	7.84	10.6	12.6	14.4	16.8	18.5	22.5
7	.989	1.24	1.69	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.0	14.1	16.0	18.5	20.3	24.3
8	1.34	1.65	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.2	13.4	15.5	17.5	20.1	22.0	26.1
9	1.73	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.4	14.7	16.9	19.0	21.7	23.6	27.9
10	2.16	2.50	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.5	16.0	18.3	20.5	23.2	25.2	29.6
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.3	13.7	17.3	19.7	21.9	24.7	26.8	31.3
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.3	14.8	18.5	21.0	23.3	26.2	28.3	32.0
13	3.57	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.3	16.0	19.8	22.4	24.7	27.7	29.8	34.5
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.2	13.3	17.1	21.1	23.7	26.1	29.1	31.3	36.1
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.0	14.3	18.2	22.3	25.0	27.5	30.6	32.8	37.7
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.9	15.3	19.4	23.5	26.3	28.8	32.0	34.3	39.3
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.1	12.8	16.3	20.5	24.8	27.6	30.2	33.4	35.7	40.8
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.9	13.7	17.3	21.6	26.0	28.9	31.5	34.8	37.2	42.3
19	6.84	7.63	8.91	10.1	11.7	14.6	18.3	22.7	27.2	30.1	32.9	36.2	38.6	43.8
20	7.43	8.26	9.59	10.9	12.4	15.5	19.3	23.8	28.4	31.4	34.2	37.6	40.0	45.3
21	8.03	8.90	10.3	11.6	13.2	16.3	20.3	24.9	29.6	32.7	35.5	38.9	41.4	46.8
22	8.64	9.54	11.0	12.3	14.0	17.2	21.3	26.0	30.8	33.9	36.8	40.3	42.8	48.3
23	9.26	10.2	11.7	13.1	14.8	18.1	22.3	27.1	32.0	35.2	38.1	41.6	44.2	49.7
24	9.89	10.9	12.4	13.8	15.7	19.0	23.3	28.2	33.2	36.4	39.4	43.0	45.6	51.2
25	10.5	11.5	13.1	14.6	16.5	19.9	24.3	29.3	34.4	37.7	40.6	44.3	46.9	52.6
26	11.2	12.2	13.8	15.4	17.3	20.8	25.3	30.4	35.6	38.9	41.9	45.6	48.3	54.1
27	11.8	12.9	14.6	16.2	18.1	21.7	26.3	31.5	36.7	40.1	43.2	47.0	49.6	55.5
28	12.5	13.6	15.3	16.9	18.9	22.7	27.3	32.6	37.9	41.3	44.5	48.3	51.0	56.9
29	13.1	14.3	16.0	17.7	19.8	23.6	28.3	33.7	39.1	42.6	45.7	49.6	52.3	58.3
30	13.8	15.0	16.8	18.5	20.6	24.5	29.3	34.8	40.3	43.8	47.0	50.9	53.7	59.7
40	20.7	22.2	24.4	26.5	29.1	33.7	30.3	45.6	51.8	55.8	59.3	63.7	66.8	73.4
50	28.0	29.7	32.4	34.8	37.7	42.9	49.3	56.3	63.2	67.5	71.4	76.2	79.5	86.7
60	35.5	37.5	40.5	43.2	46.5	52.3	59.3	67.0	74.4	79.1	83.3	88.3	92.0	99.5
70	43.3	45.4	48.8	51.7	55.3	61.7	69.3	77.6	85.5	90.5	95.0	100	104	112
80	51.2	53.5	57.2	60.4	64.3	71.1	79.3	88.1	96.6	102	107	112	116	125
90	59.2	61.8	65.6	69.1	73.3	80.6	89.3	98.6	108	113	118	124	128	137
100	67.3	70.1	74.2	77.9	82.4	90.1	99.3	109	118	124	130	136	140	149

ANEXO 8

GLOSARIO

LESIONES INTRAEPITELIALES

Son lesiones premalignas del cuello uterino en diverso grados de anómala diferenciación de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de este.

ECTOPRIÓN

Es la eversión de la mucosa endocervical hacia el exocervix.

CITOLOGÍA

Herramienta técnica que prioriza el proceso de prevención y manejo de lesiones preinvasivas de cervix

CONO

Procedimiento quirúrgico por el que se extrae parte del cervix uterino en forma de cono para diagnóstico histológico exacto.

CRIOTERAPIA

Congelación del tejido a ~~20~~ ⁻⁴⁰ grados centígrados. Esto provoca una deshidratación celular, así como la cristalización del agua intracelular que produce la ruptura de la membrana celular.

NEOPLASIA

Nuevo crecimiento anormal de células.

COLPOSCOPIA:

es un procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio cuello uterino, paredes vaginales así como entrada a la vagina

permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión. Este procedimiento permite realizar con mayor exactitud y seguridad el Papanicolaou o toma de biopsias ante la presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino.

METAPLASIA:

Cambio en las características propias de un determinado tipo celular que adopta las propias de células distintas como con las que puede tener parentesco próximo o remoto. Los fenómenos de metaplasia son completamente normales en los tejidos embrionarios que tienden naturalmente a diversificar, madurar y especializar sus células. También tienen lugar en células maduras embrionarias como de los individuos adultos. En ciertas ocasiones la metaplasia implica una regresión en la especialización o maduración de las células hacia formas más primitivas para más tarde pasar a otra clase de células. Esto puede ocurrir como una respuesta fisiológica a cierto tipo de cambios o bien por efecto de los fenómenos que suelen acompañar a los cánceres.

LEUCORREA:

El término leucorrea viene del griego "leucos, blanco y rrea, fluir o fluir", que significa blanquecino de las vías genitales femeninas. Es uno de los síntomas más frecuentes por los que una mujer acude a consulta con el ginecólogo (tanto como el sangrado y el dolor).

DISURIA:

Se define como micción difícil, dolorosa e incompleta de la

DISPLASIA:

Del latín 'mala forma', (malformación) es una anomalía en el aspecto de las células debido a los disturbios en el proceso de la maduración de la célula.

También llamada **displasia atípica** o **displasia atípica** es una alteración del desarrollo de las células epiteliales y mesenquimatosas, que han experimentado proliferación y alteraciones citológicas atípicas que afectan a la orientación celular dentro de un epitelio, al tamaño, forma y organización de las células. Esto puede ser el indicativo de un paso temprano hacia la transformación en una neoplasia, por lo tanto un cambio pre-neoplásico o precanceroso.

MENARQUIA:

La **menarquia** o **menarca** es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual o primera hemorragia menstrual. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad de la mujer, como la señal de la posibilidad de fertilidad.

