

Universidad de El Salvador

Unidad Central

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina



**DETECCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CERVIX EN LAS MUJERES
SEXUALMENTE ACTIVAS, ENTRE LAS EDADES DE 18 A 40 AÑOS, QUE
CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DE
SAN JULIÁN, SONSONATE, EN EL PERÍODO DE MARZO A MAYO DE 2018.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

CRUZ RIVERA, KARLA ELIZABETH

MANCÍA REYES, CARMEN AIDA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:

JOSÉ ROBERTO REYES RAMÍREZ

San Salvador, Agosto de 2018

INDICE

I.	RESUMEN.....	iii
II.	INTRODUCCIÓN.....	iv-v
III.	OBJETIVOS.....	6
IV.	MARCO TEÓRICO	
IV.I.	ANATOMÍA DEL CUELLO UTERINO.....	7-8
IV.II.	ESTRUCTURA Y CLASIFICACIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO.....	8
IV.III.	TRANSMISIÓN DEL VPH.....	8-9
IV.IV.	HISTORIA NATURAL DE LAS INFECCIONES POR EL VPH.....	9-10
IV.V.	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DEL VPH HACIA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	10
IV.VI.	DETECCIÓN DE LESIONES DE CERVIX CON CITOLOGÍA CERVICOUTERINA.....	11
IV.VII.	CLASIFICACIÓN CITOLÓGICA.....	11-13
IV.VIII.	TRATAMIENTO.....	13-18
IV.IX.	PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN GENITAL POR EL VPH.....	19-21
V.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	22-28
VI.	RESULTADOS.....	29-44
VII.	DISCUSIÓN.....	45-47
VIII.	CONCLUSIONES.....	48-49
IX.	RECOMENDACIONES.....	50
X.	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	51-52
XI.	ANEXOS.....	53-62

I. RESUMEN

En esta investigación, se evaluó a las usuarias sexualmente activas entre las edades de 18 a 40 años, que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo de 2018, con el objetivo de detectar las lesiones premalignas de cérvix en este grupo poblacional, además, se entrevistaron y se recabó información para identificar los factores de riesgo que predisponen a dichas lesiones y que se encuentran presentes en estas mujeres.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal y con enfoque cualitativo, en la cual se les realizó la citología cervicouterina a las 277 usuarias que cumplieron los criterios de inclusión, y la correspondiente entrevista a cada una de ellas para obtener la información ya descrita anteriormente.

Los principales resultados obtenidos para esta población en estudio fueron: de la 277 pacientes a las que se le realizó la citología cervicouterina, solo se detectó 1 caso de lesión intraepitelial de bajo grado, el 89% de los casos corresponden a pacientes con cambios asociados a procesos inflamatorios. El 88% de las entrevistadas se había realizado la citología cervicouterina en algún momento de su vida, al otro 12%, se le realizó por primera vez, de éstas pacientes que ya se habían realizado la citología anteriormente, sólo el 36% y 26% se la realizan cada año y cada 2 años respectivamente.

Con respecto a los factores de riesgo, el 93% de las usuarias inició relaciones sexuales en la adolescencia, siendo la edad más temprana a los 12 años. Además, se evidenció que el 43% de las pacientes refiere que a lo largo de su vida, solo ha tenido 2 parejas sexuales, y el 39% expresa que solamente una. El Tabaquismo y el uso de anticonceptivos orales no son factores de riesgo significativos en las mujeres entrevistadas. Por otro lado, el 22% de las pacientes de esta investigación, se encontraban en estado de gravidez, a pesar de ello, no se detectó lesiones premalignas en éstas pacientes. Es importante mencionar que pese a esto, en todas ellas se reportó cambios asociados a inflamación e infecciones vaginales micóticas y bacterianas.

II. INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino (CCU) es la neoplasia maligna que se localiza en la zona de unión escamo-columnar del epitelio cervical y en todo el mundo es causante de un impacto negativo en la población femenina; situación que es más evidente en los países en vías de desarrollo. A pesar de la existencia de programas de control, las mujeres padecen y mueren por cáncer cervicouterino.

A escala mundial, el cáncer cérvico uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres. En 2012, se produjeron 528,000 nuevos casos en el mundo. El 85 % de ellos sucedieron en los países en vías de desarrollo.

En cuanto a mortalidad por cáncer cérvico uterino, hubo 266,000 muertes en todo el mundo durante el año 2012, representando el 7.5 % de todas las muertes por cáncer en las mujeres. El 85 % de las muertes por este cáncer se produjo en las regiones menos desarrolladas. En América, 35,700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad durante ese mismo año. El 80 % de estas muertes se produjo en América Latina y el Caribe, donde este cáncer es el segundo más frecuente en las mujeres de todas las edades, tanto en incidencia como en mortalidad. En El Salvador, el cáncer cérvico uterino es el más frecuente y con más alta mortalidad entre las mujeres. Según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El Salvador ocupa el quinto lugar entre los países con altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino en el continente americano.

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), y a la exposición a factores de riesgo relacionados a la conducta sexual y la reproducción.

Las lesiones premalignas de cérvix precursoras del cáncer de cérvix siguen siendo uno de los tópicos más extensamente estudiados; facilitado por la localización anatómica, la accesibilidad al clínico para la obtención de muestras que no ponen en riesgo la vida de la paciente y la frecuencia con que se observa esta patología.

Por lo tanto detectar las lesiones premalignas es el pilar fundamental para la prevención de cáncer de cuello uterino, si las técnicas de detección e interpretación son las adecuadas. Así mismo conocer los factores de riesgo asociados a estas lesiones es necesario para cambiar la conducta de la población de riesgo y evitar que las lesiones premalignas se desarrollen y lleven a un cáncer de cuello uterino.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Detectar las lesiones premalignas de cérvix en las mujeres sexualmente activas entre las edades de 18 a 40 años de edad que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar de San Julián, en el período de marzo a mayo de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las lesiones premalignas de cérvix en las usuarias mediante la citología cervicouterina.
2. Reconocer los factores de riesgo que predisponen a lesiones premalignas de cérvix en las mujeres involucradas en el estudio.

IV. MARCO TEORICO

IV. I. ANATOMIA DEL CUELLO UTERINO

El cuello uterino es la porción inferior del útero. Su tamaño en relación con el cuerpo uterino varía a lo largo de la vida de la mujer.

El cuello tiene una porción intravaginal, recubierta por el ectocervix, que puede observarse directamente con la ayuda de un espéculo. El canal cervical, mediante el cual se comunica la vagina con la cavidad uterina, está a su vez recubierto por el endocervix, y delimitado por abajo por el orificio cervical externo (OCE) y por arriba por el orificio cervical interno (OCI), estrechamente relacionado con el istmo uterino.

Ectocervix

El epitelio ectocervical poliestratificado se asienta sobre una membrana basal y está constituido por varias capas. Está en continuidad con el epitelio vaginal, y se une con el epitelio columnar en la denominada unión escamocolumnar o escamocilíndrica. Es un epitelio sensible a la acción de las hormonas ováricas.

Endocervix

El canal cervical está recubierto por un epitelio cilíndrico, que asienta sobre una membrana basal. Este epitelio endocervical mucíparo se dispone formando cavidades a modo de glándulas simples.

La extensión anatómica de la mucosa endocervical puede verse influida por la edad y la paridad.

Unión escamocolumnar

Esta zona no es fija y va cambiando a lo largo de la vida de la mujer; en la niña se sitúa por debajo del OCE y en la posmenopáusica por encima, de tal forma que el epitelio poliestratificado se insinúa en el interior del canal cervical.

Durante la gestación es muy frecuente que el epitelio endocervical recubra parte del ectocervix.

En esta zona y en sus proximidades es donde se producen frecuentes fenómenos de transformación del epitelio cilíndrico en epitelio escamoso, proceso que conocemos como metaplasia escamosa. Este fenómeno debe ser considerado como normal. El epitelio escamoso metaplásico maduro recubre los orificios glandulares, formando puentes escamosos a través de la luz, lo que lleva a la formación de quistes de Naboth por retención de moco. A la zona de metaplasia escamosa se le denomina histológicamente como zona de transformación.

IV.II. ESTRUCTURA Y CLASIFICACIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO

El virus papiloma humano (VPH) es un virus de tamaño pequeño, no encapsulado, con una estructura icosaédrica y una doble cadena de ADN circular de 7.500 a 8.000 pb. Este virus pertenece a la familia de los *Papovaviridae*, incluida en el género *Papillomavirus*. Usualmente, el resultado de la infección es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo.

La replicación de los virus papiloma depende del grado de diferenciación de los queratinocitos; las partículas virales maduras sólo se detectan en los núcleos de los estratos granuloso y córneo.

IV.III. TRANSMISIÓN DEL VPH

El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel de la zona genital y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales vaginales o anales).

Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genital-genital) pueden causar una infección por el VPH, pero esas vías de transmisión son mucho menos comunes que la relación sexual con penetración.

El comportamiento sexual es el factor de predicción más constante en la adquisición de una infección. Más importante aún, el número de parejas sexuales se relaciona proporcionalmente con el riesgo de tener una infección por el VPH.

Las infecciones por el VPH también son comunes en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres. El ADN del VPH puede detectarse en muestras obtenidas con un hisopo en el conducto anal en más de un 50% de los HSH. La infección por el VPH puede detectarse en objetos inanimados, como la ropa o las superficies ambientales. Sin embargo, no se conoce ningún caso de transmisión por esta vía.

IV.IV. HISTORIA NATURAL DE LAS INFECCIONES POR EL VPH

En la mayoría de los casos, las infecciones genitales por el VPH son transitorias y asintomáticas.

Aproximadamente el 70% de las mujeres con infecciones por el VPH se tornan negativas por el ADN del VPH en un año y hasta el 91% de ellas se tornan negativas por el ADN del VPH en dos años. Las infecciones por el VPH 16 tienden a persistir más tiempo que las infecciones por otros tipos de VPH, pero en su mayoría son indetectables a los 2 años.

Se cree que el desarrollo gradual de una respuesta inmunitaria eficaz es el mecanismo más probable para el aclaramiento del ADN del VPH.

Muchas mujeres con infecciones transitorias por el VPH pueden desarrollar células escamosas atípicas de significancia indeterminada (ASC-US, por sus siglas en inglés) o lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés), tal y como se detectan en una prueba de Papanicolaou.

Únicamente alrededor de un 10% de las mujeres infectadas por el VPH padecerán de infecciones persistentes por el VPH.

Las mujeres con una infección persistente por el VPH de alto riesgo corren el mayor riesgo de presentar precursores de cáncer de cuello uterino de alto grado y cáncer. No está bien definido el riesgo de padecer de displasia moderada a avanzada o lesiones de neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 o 3 (NIC 2, 3), para las mujeres con un riesgo persistente de contraer una infección por el VPH de alto riesgo. Sin embargo, el riesgo es mayor que el de las mujeres cuyas infecciones desaparecen espontáneamente.

IV.V. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DEL VPH HACIA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Se han identificado varios factores de riesgo que parecen asociarse con la persistencia de la infección por el VPH, así como con la progresión hacia el cáncer de cuello uterino. El factor más importante que por sí solo se asocia con el cáncer de cuello uterino invasivo es nunca o rara vez haberse sometido a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés) estiman que la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino jamás se habían sometido a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y que un 10% adicional no lo había hecho durante los cinco años previos.

Se conoce que la inmunodepresión, por cualquier causa, incluida la infección por el VIH, aumenta la persistencia del VPH y se asocia con un mayor riesgo de contraer cáncer de cuello uterino invasivo.

El tabaquismo ha sido asociado con la persistencia del VPH y el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino. Múltiples estudios de casos y controles muestran una asociación moderada y estadísticamente significativa entre el tabaquismo y el cáncer de cuello uterino, aun después de ajustarse teniendo en cuenta los efectos del VPH.

Otros factores epidemiológicos asociados con el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino incluyen el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales, las coinfecciones como clamidia, el número de partos y ciertos factores nutricionales.

IV.VI. DETECCIÓN DE LESIONES DE CERVIX CON CITOLOGÍA CERVICOUTERINA

El propósito de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino es identificar los precursores del cáncer de cuello uterino que pueden tratarse, antes de que progresen a un cáncer.

Tanto las pruebas convencionales de Papanicolaou (frotis teñido) como la nueva citología de base líquida (un método nuevo en el cual se recogen células cervicouterinas y se colocan en un medio líquido) pueden utilizarse para detectar el cáncer de cuello uterino.

La sensibilidad de la prueba de Papanicolaou convencional varía entre un 30% y un 87% y la especificidad varía entre un 86% y un 100%.

La sensibilidad de la citología de base líquida varía entre un 61% y un 95% y la especificidad varía entre un 78% y un 82%.

4.- EVALUACIÓN HORMONAL Define si el patrón hormonal es o no compatible con la edad e historia de la paciente. Células Basales/ intermedias/superficiales.

IV.VII. CLASIFICACION CITOLOGICA

Para poder incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología, se creó la clasificación Bethesda con el cual actualmente se reportan los resultados de la citología.

ORIGEN DEL SISTEMA BETHESDA

Se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario taller organizado por el National Cancer Institute de los Estados Unidos. Los participantes concluyeron que la clasificación de Papanicolaou no se considera aceptable en la práctica moderna de la citología, por cuanto no corresponde a los conocimientos actuales sobre lesiones cérvico-vaginales.

El fin principal de este sistema es comunicar al médico solicitante *la mayor información posible* para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se *incluyan todos los aspectos citológicos* (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico).

PARÁMETROS PARA SU ESTUDIO DIAGNOSTICO

1.- Valoración de la idoneidad de la muestra

Información importante que no se había tomado en consideración.

Frotis **adecuado** para diagnóstico con presencia de: células endocervicales conservadas; células de metaplasia escamosa.

Frotis **limitado** por: datos incompletos; material celular escaso; fijación deficiente; hemorragia; presencia de exudado inflamatorio; ausencia de células endocervicales

Frotis **inadecuado** para diagnóstico por: presencia de hemorragia intensa; mala fijación

2.- INFECCIONES. Su presencia puede sugerirse a partir del examen citológico: Flora normal, Flora mixta, Gardnerella, Leptotrix, Clamidia, Tricomonas, Candida, Otros

3.- ANOMALÍAS DE LAS CÉLULAS EPITELIALES

Las nuevas directrices en estos criterios, se resumen a continuación:

CATEGORIZACIÓN BETHESDA:

Células del epitelio escamoso *sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, con inflamación severa.*

ATIPIAS Este término se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada. *ASCUS (Atipias epiteliales de significado indeterminado),*

ASGUS (Atipias glandulares de significado indeterminado)

Cambios citológicos relacionados con exposición a Radio –Quimioterapia.

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS.

La lesión escamosa intraepitelial en el cuello uterino varía de un crecimiento anormal mínimo (bajo grado), progresando en espesor hasta llegar a la capa más superficial del epitelio (alto grado). La actividad mitótica está confinada a la capa basal y a las capas

celulares por encima de ella sin compromiso del estroma. Coilocitos, discariocitos son más frecuentes en lesiones de bajo grado.

Bajo Grado: Significa Lesiones intraepiteliales que afectan sólo el tercio inferior del grosor total del epitelio y las alteraciones celulares asociadas al Virus del Papiloma Humano.

Alto Grado: Las alteraciones afectan desde los dos tercios hasta todo el espesor del epitelio.

Las anormalidades que fundamentalmente comprometen el epitelio son:

1. Presencia de Coilocitos y Disqueratocitos.
2. Pérdida de estratificación y polaridad.
3. Ausencia de diferenciación y maduración.
4. Alteración en la relación Núcleo-Citoplasma.
5. Alteraciones nucleares (Hiperchromatismo, y distribución anormal de la cromatina.)
6. Aumento de mitosis

Por lo que los dos términos diagnósticos dentro de la categoría tomados en cuenta son:

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LEI): Incluye los casos con cambios celulares asociados con Infección del Virus del Papiloma Humano VPH y los asociados con displasia leve: NIC I.

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIE): Incluye los casos con cambios celulares que sugieran displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ.

IV.VIII. TRATAMIENTO

Actualmente **no** existe tratamiento médico específico para la infección VPH. La infección deberá ser eliminada por el sistema inmune de cada mujer, desapareciendo la mayoría de ellas sin causar ningún problema.

Sí existen varios tipos de tratamiento que permiten destruir o extirpar las lesiones producidas por este virus, todos ellos igual de efectivos:

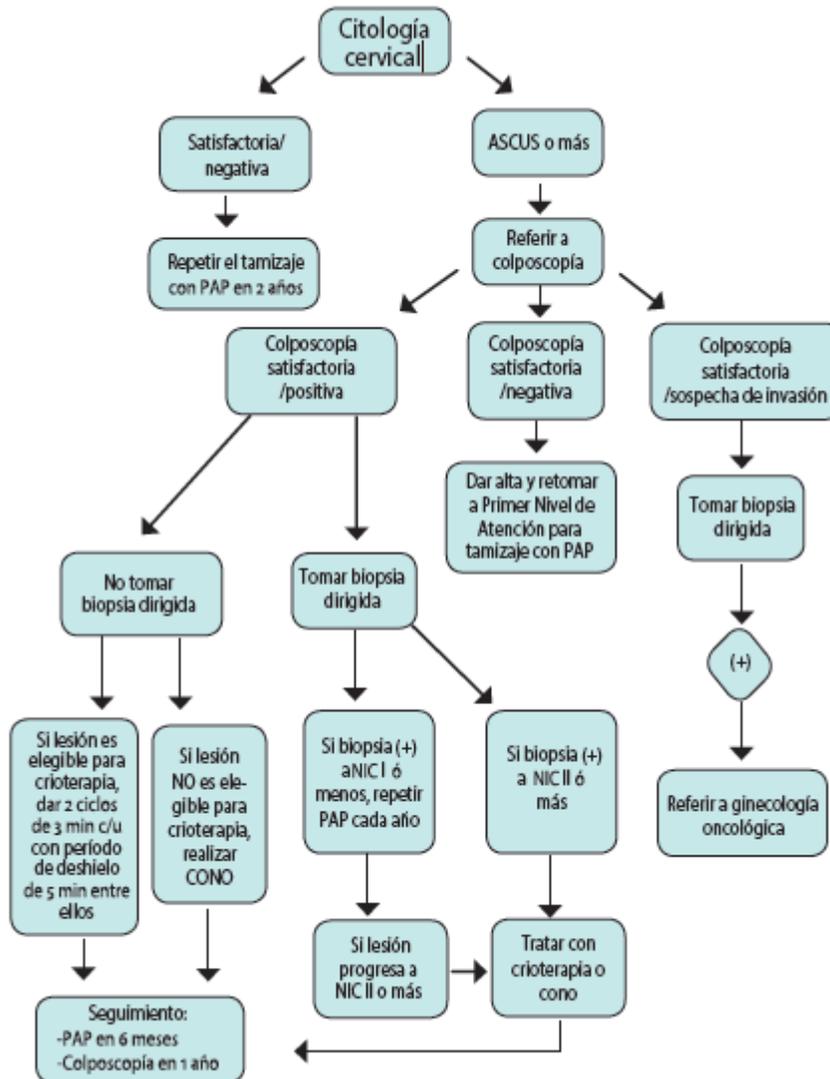
Extirpación de la lesión: el área anormal es extirpada cortando un fragmento de tejido del cuello del útero en forma de cono (conización cervical). Habitualmente se utiliza un procedimiento electroquirúrgico que permite cortar el tejido de forma similar a un bisturí eléctrico.

Destrucción de la lesión: se trata de destruir el tejido afectado por la lesión precancerosa. Esta destrucción puede realizarse mediante congelación (crioterapia) o vaporización (aplicando un láser). Tanto la extirpación como la destrucción de las lesiones se consideran tratamientos conservadores ya que permiten que el cuello del útero, tras su curación, se regenere en gran medida sin impacto en la salud reproductiva de la mujer y por tanto en su capacidad para quedar embarazada. Sólo cuando estos tratamientos se realizan sobre una amplia área lesional o cuando se repiten porque reaparece la lesión, pueden repercutir en la capacidad reproductiva.

En nuestro país, el Ministerio de Salud ha creado flujogramas de atención para el manejo de las pacientes en base a los resultados obtenidos en el Papanicolaou, los cuales se exponen a continuación:

Flujograma n. 1: Tamizaje con citología seguida de colposcopia¹

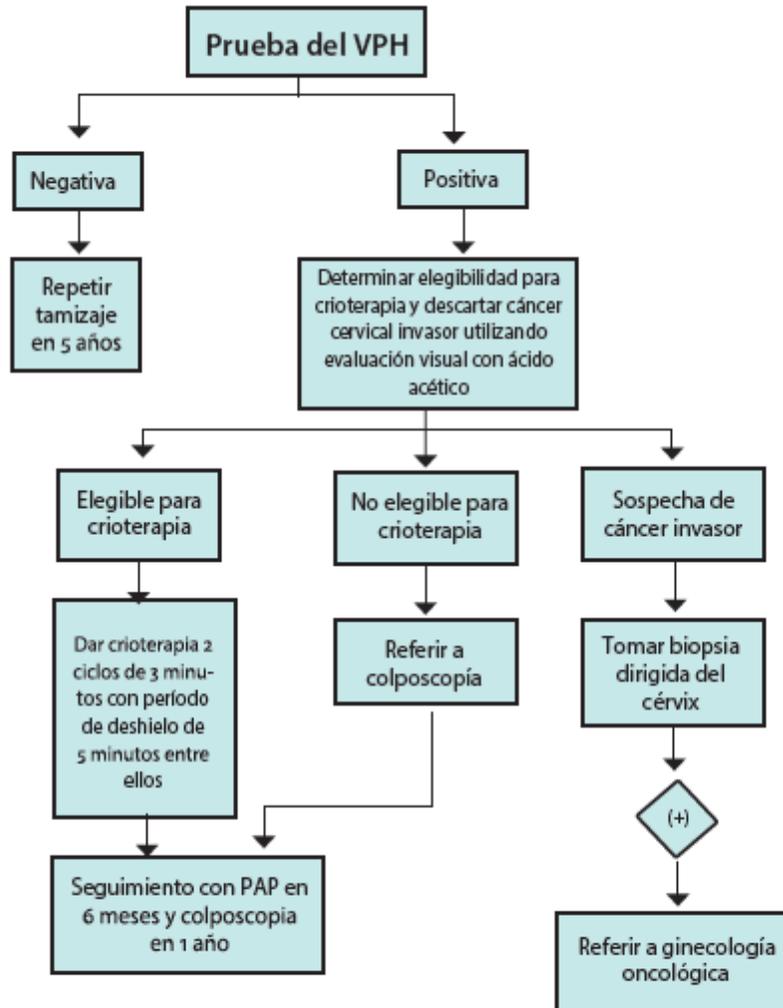
Si una prueba de citología da resultado anormal, se procederá a realizar una evaluación colposcópica.



¹. Fuente: Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, MINSAL, 2015.

Flujograma N° 2.

Tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de evaluación visual con ácido acético y tratamiento².



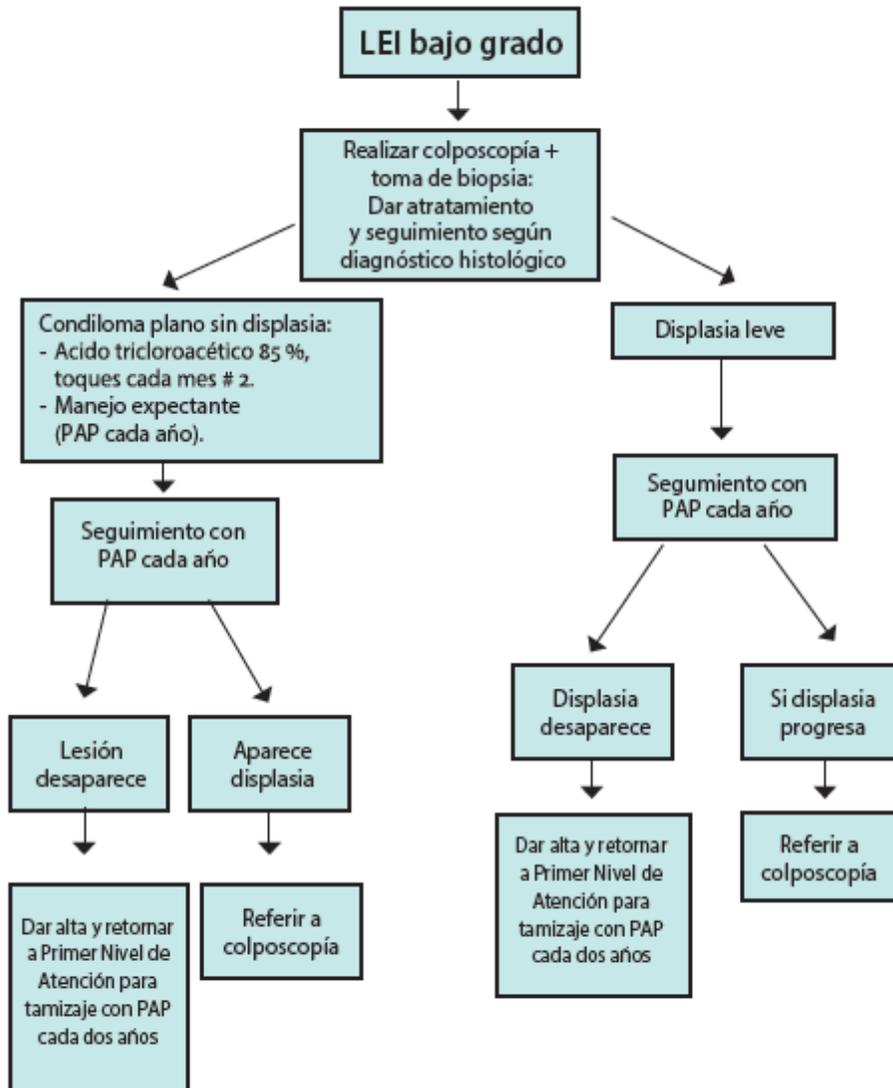
Criterios de elegibilidad para crioterapia:

1. Que lesión se observe en su totalidad
2. Que lesión sea cubierta por la punta de la criosonda

². Fuente: Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, MINSAL, 2015.

Flujograma N°3

Manejo de lesión intraepitelial de bajo grado³.

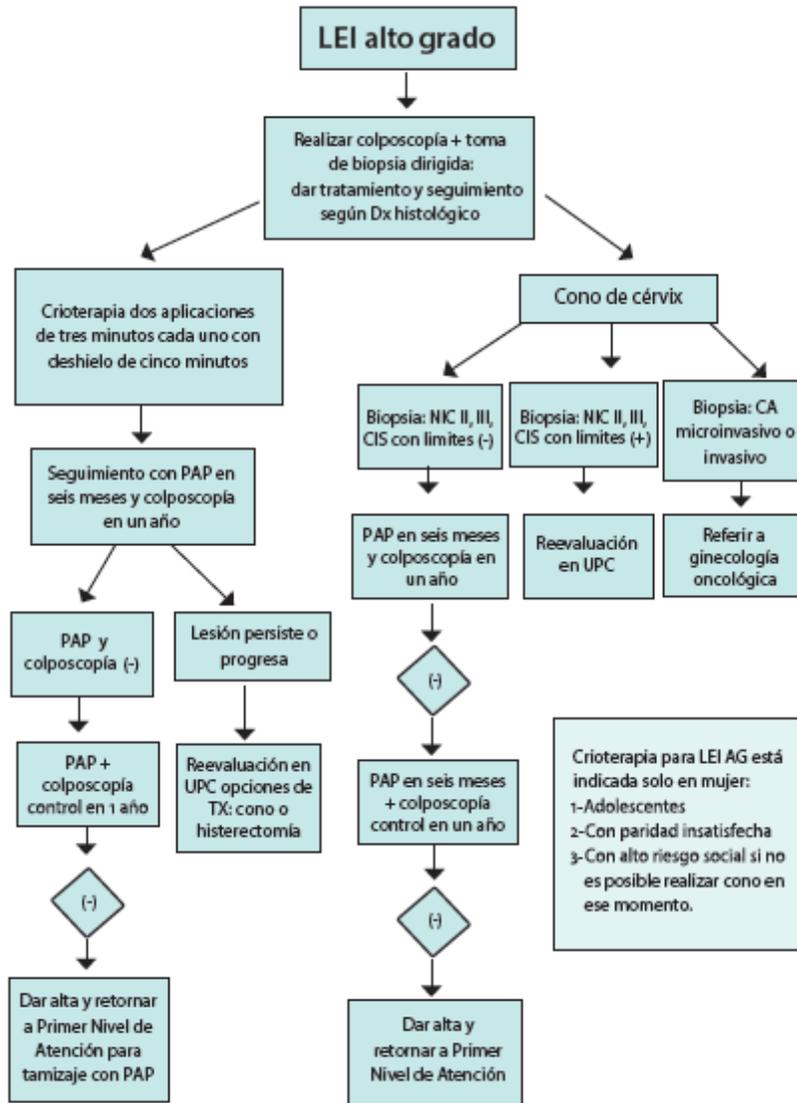


³. Fuente: Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, MINSAL, 2015.

Flujograma N° 4.

Manejo de lesión intraepitelial de alto grado

(Displasia moderada, displasia severa y cáncer in situ)⁴.



⁴. Fuente: Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, MINSAL, 2015.

IV.IX. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN GENITAL POR EL VPH

La prevención de la infección genital por el VPH es importante para reducir la prevalencia de las verrugas genitales, las pruebas de Papanicolaou anormales y el cáncer.

Vacunas contra el VPH

Vacuna cuadrivalente contra el VPH

Gardasil, una vacuna cuadrivalente, protege contra cuatro tipos de VPH (6, 11, 16, 18) que son responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino y del 90% de las verrugas genitales.

Esta vacuna profiláctica está hecha a base de partículas no infecciosas similares al VPH y no contiene timerosal ni mercurio.

La vacuna se administra mediante una serie de tres inyecciones intramusculares durante un período de seis meses (a los 0, 2 y 6 meses).

La vacuna debe ser administrada a niñas entre 11 y 12 años e incluso puede ser administrada a niñas de hasta 9 años. La vacuna también se recomienda para las mujeres entre 13 y 26 años que aún no han recibido o completado la serie de vacunas.

Idealmente, la vacuna debe administrarse antes del inicio de la actividad sexual. Sin embargo, las mujeres sexualmente activas también pueden beneficiarse con la vacuna. Las mujeres infectadas por uno o más tipos de VPH recibirían protección únicamente para el tipo o los tipos en la vacuna que no tienen.

Otras estrategias para prevenir la infección por el VPH

Otras estrategias para prevenir la transmisión del VPH pueden ser:

- (a) reducir la duración de la capacidad de infección,
- (b) disminuir la eficiencia (probabilidad) de la transmisión y
- (c) reducir el número de parejas sexuales.

(a) Reducir la duración de la capacidad de infección

La manera más común para reducir la infección por una ITS es el tratamiento. Sin embargo, no existe un tratamiento sistémico eficaz para el VPH genital y no se recomienda el tratamiento para la infección genital subclínica por el VPH (diagnosticado por colposcopia, biopsia o aplicación de ácido acético o detectado por pruebas de laboratorio) en ausencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Existen muy pocos indicios de que el tratamiento de las lesiones asociadas con el VPH puede prevenir la transmisión del VPH.

- El tratamiento para el VPH genital puede aplicarse a las lesiones, como las verrugas genitales o los precursores del cáncer de cuello uterino (mediante tratamientos como la crioterapia, electrocauterización o escisión quirúrgica).
- Algunos indicios parecen indicar que el tratamiento de las verrugas genitales reduce la cantidad de ADN del VPH que puede encontrarse en el tejido. Sin embargo, se desconoce si el tratamiento reduce la infectividad de las parejas.
- Se desconoce cuál es la proporción de personas infectadas por el VPH que pasan a ser negativas por el ADN del VPH de manera espontánea, que verdaderamente eliminan el VPH y en qué proporción de dichas personas el VPH simplemente se torna latente o no se puede detectar.

(b) Disminuir la eficiencia de la transmisión

La forma más común para reducir la eficiencia de la transmisión de una ITS es utilizar barreras físicas, como los condones.

La publicación de los CDC del año 2006 sobre tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, indica que:

- El uso de condones puede reducir el riesgo de enfermedades asociadas con el VPH (por ejemplo, verrugas genitales y cáncer de cuello uterino) y mitigar las consecuencias adversas de una infección por el VPH. También se ha asociado con tasas

más altas de regresión de NIC y desaparición de la infección por el VPH en las mujeres y en los hombres con la regresión de lesiones en el pene asociadas al VPH.

- Un número limitado de estudios prospectivos ha demostrado el efecto protector de los condones contra la adquisición del VPH genital. Un estudio prospectivo reciente entre mujeres universitarias que recién iniciaban su actividad sexual demostró que el uso consistente del condón se asoció a una reducción del 70% en el riesgo de transmisión del VPH.
- Sin embargo, la infección por el VPH puede ocurrir en áreas que no están cubiertas o protegidas por un condón (por ejemplo, el escroto, la vulva o el área perianal).

(c) Reducir el número de parejas sexuales

La manera más segura de prevenir una infección por el VPH es abstenerse de cualquier contacto genital, incluido el contacto íntimo sin penetración del área genital.

Para aquellos que eligen ser sexualmente activos, la monogamia mutua a largo plazo con una única pareja no infectada parece ser la siguiente manera más eficaz para prevenir una infección. Sin embargo, suele resultar imposible determinar si una pareja que fue sexualmente activa en el pasado está actualmente infectada por el VPH, ya que la mayoría de las personas infectadas son asintomáticas y nunca han presentado evidencia de condiciones relacionadas con el VPH, como verrugas genitales o anomalías en la prueba de Papanicolaou.

Para aquellos que eligen ser sexualmente activos, pero que no son parte de relaciones mutuamente monógamas a largo plazo, la reducción de la cantidad de parejas sexuales es otra estrategia efectiva para evitar la adquisición de una infección genital por el VPH. El elegir una pareja con pocas posibilidades de estar infectada por el VPH (por ejemplo, una pareja con pocas o sin parejas sexuales previas) puede ayudar a reducir el riesgo de adquirir el VPH genital.

V. DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo

Transversal

Enfoque Cualitativo

PERIODO DE INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en el periodo comprendido entre los meses de marzo a mayo de 2018.

UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo

Mujeres entre las edades de 18 a 40 años, sexualmente activas, que viven en el municipio de San Julián, Sonsonate.

Población

Mujeres entre las edades de 18 a 40 años, sexualmente activas y usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar de San Julián, Sonsonate.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, en la cual se incluyó a todas aquellas usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar de San Julián que consultaron entre los meses de marzo a mayo, y que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo estas un total de 277 mujeres.

Criterios de inclusión

- Edad entre los 18 y 40 años.
- Sexualmente activas
- Incluyendo comorbilidades, diferentes a las del aparato reproductor femenino
- Incluye embarazadas sin riesgo para la realización de citología en cualquier período del mismo

Criterios de exclusión

- Citologías vigentes incluyendo enero y febrero 2018
- Diagnostico con lesión preneoplásica en citologías anteriores
- Sospechas de abuso sexual

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSTRUMENTO
Identificar las lesiones premalignas de cérvix en las usuarias mediante la citología cervicouterina.	Lesiones premalignas de cérvix Usuarias	Lesiones premalignas de cérvix: alteraciones limitadas al epitelio cervicouterino asociadas al VPH, con gran potencial de convertirse en cáncer invasivo cervical. Usuarias: sujetos que reciben los servicios de salud y se someten a un examen, tratamiento o intervención.	ASC-US ASC-H ASG-US LEI de bajo grado LEI de alto grado	Citología cervicouterina	Expediente Clínico
Identificar los factores de riesgo que	Factores de riesgo	Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que	Edad de inicio de las relaciones sexuales.	Entrevista	Guía de entrevista

<p>predisponen a lesiones premalignas de cérvix en las mujeres involucradas en el estudio.</p>		<p>aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</p>	<p>Número de parejas sexuales. Paridad alta Uso de Anticonceptivo Orales Inmunosupresión Tabaquismo Infecciones de transmisión sexual</p>		
---	--	---	---	--	--

FUENTES DE INFORMACIÓN

- **Fuentes de información**

Primaria: Las pacientes de 18 a 40 años, sexualmente activas, que consultaron en la unidad de salud de San Julián. Entendiéndose como fuente primaria, todos aquellos datos que se obtuvieron directamente de esta población y de sus expedientes clínicos en dichos establecimiento.

Secundaria: registros escritos procedentes del contacto con la práctica, que ya han sido recogidos y procesados; información citada de fuentes bibliográficas como libros, internet, revistas científicas, publicaciones y artículos.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICA

Entrevista: consistió en obtener información de las usuarias entre 18 y 40 años, que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar de San Julián, por medio de una serie de preguntas, que permitió recopilar información sobre la temática de la presente investigación.

INSTRUMENTO

Guía de Entrevista (ver anexo N° 1): fue el documento básico para obtener la información, en el cual las respuestas se denotaron de forma escrita a partir de la entrevista con las usuarias. Se elaboró de tal forma que contenía un conjunto de preguntas abiertas y cerradas las cuales se redactaron de forma coherente, organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo a una determinada planificación; se ubicaron en

el instrumento desde los puntos más sencillos a los más complejos, de forma clara y con un lenguaje comprensible para la población sujeto de estudio.

HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACIÓN

HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó una revisión de los expedientes clínicos de las usuarias que consultaron en la unidad de salud de San Julián, a las cuales se les realizaron citología cervicouterina entre los meses de marzo a mayo del presente año, y se tomó nota de los resultados de dicha prueba.

Además, se obtuvo información directa a través de la ejecución de una encuesta a la población en estudio de la comunidad, con un instrumento con preguntas orientadas hacia la búsqueda de los posibles factores de riesgo relacionados con las lesiones premalignas de cérvix presentes en los sujetos de estudio.

Posteriormente se recolectaron todos los instrumentos y se realizó el procesamiento y análisis de la información obtenida.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Para el desarrollo de esta investigación se presentó el proyecto de tesis al Comité de Investigación y a la Dirección de Escuela de la Facultad de medicina para su respectiva aprobación.

Se gestionó el permiso con la jefatura de las Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Julián, Sonsonate.

Para la recolección de la información se respetó completamente el anonimato de las usuarias, además, cada una de ellas firmaron un consentimiento informado para poder participar en la investigación.

Los datos que se obtuvieron se mantendrán en absoluta confidencialidad y serán utilizados, sólo para los fines de la presente investigación, manteniéndose el anonimato de los participantes en su publicación.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

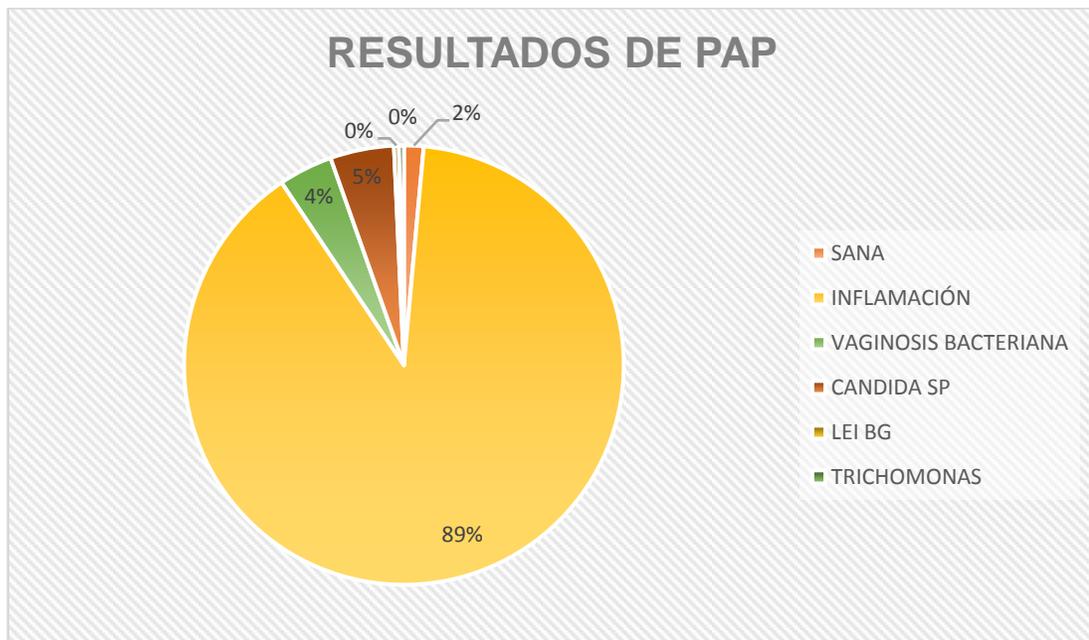
Para un mejor análisis y para cumplir de mejor manera los objetivos de la investigación, se hizo el proceso de las entrevistas por conteo manual por los mismos investigadores y la utilización del programa Microsoft Excel para realizar graficas de pastel/barra, de las cuales hay una o dos por cada pregunta del instrumento. Y de esta manera se analizó la información, tener presente que el análisis se hizo por pregunta y gráfica y no de manera general. Así mismo se tabularon los datos generales de la población que participe en la encuesta como, edad, sexo y escolaridad.

Se presentaron los resultados agrupándolos según el objetivo específico al que dan respuesta.

VI. RESULTADOS

Objetivo específico N° 1: Identificar las lesiones premalignas de cérvix en las usuarias mediante la citología cervicouterina.

Gráfico N° 1:

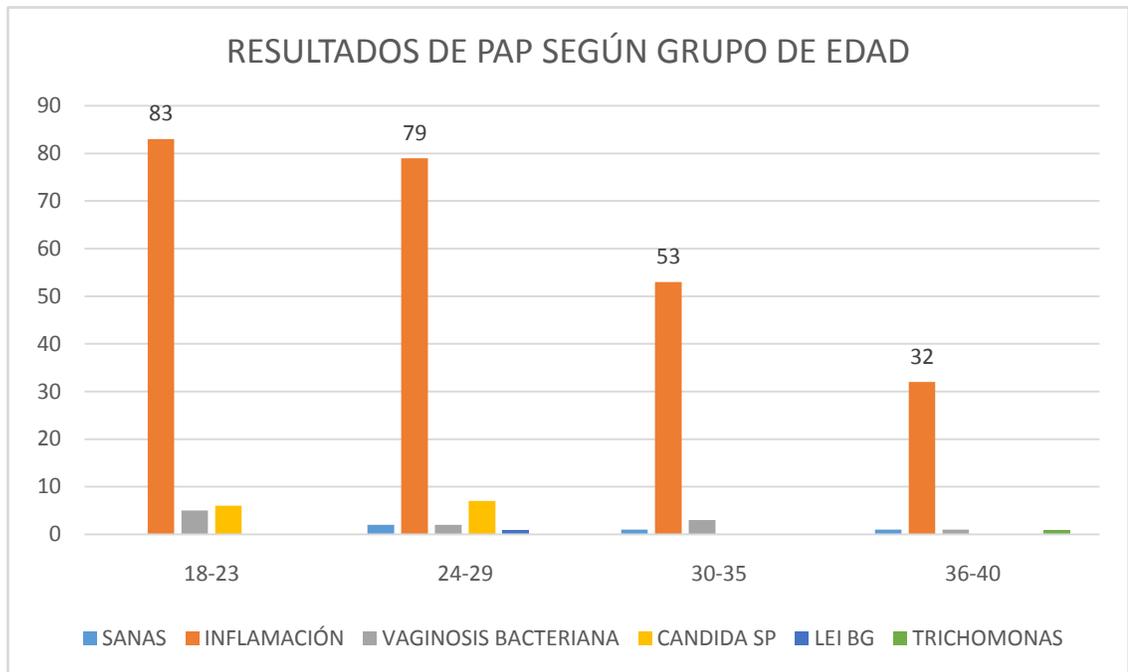


Fuente: Expedientes clínicos, UCSF San Julián, Sonsonate, marzo a mayo 2018.

Análisis:

Los resultados obtenidos en los Papanicolaou evidencian solo 1 caso de lesiones premalignas de cérvix (ver cuadro N° 1). El 89% de los casos corresponden a pacientes con cambios asociados a procesos inflamatorios. En menor proporción, el 5% y el 4%, se relacionan a Microorganismos micóticos consistentes con *Candida sp* y cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana respectivamente.

GRAFICO N° 2



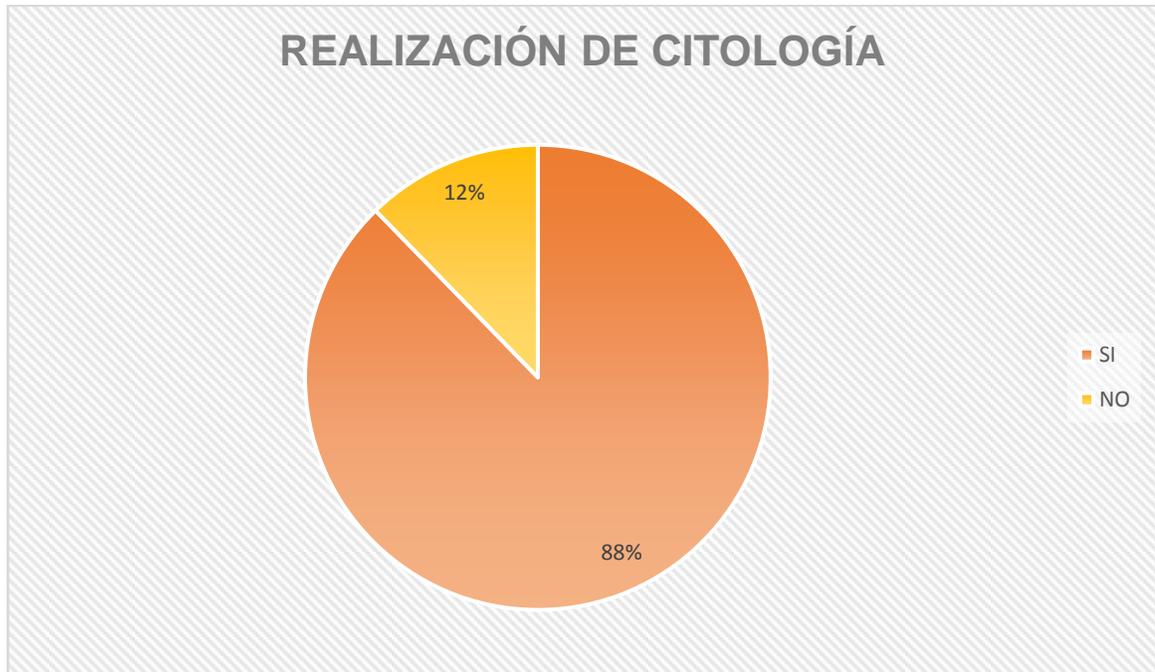
Fuente: Expedientes clínicos, UCSF San Julián, Sonsonate, marzo a mayo 2018.

Análisis:

En todos los intervalos de edades, el resultado predominante de la citología cervicouterina son los cambios asociados a procesos inflamatorios, concentrándose la mayor cantidad de casos en las pacientes más jóvenes de la población en estudio.

Objetivo específico N° 2: Identificar los factores de riesgo que predisponen a las lesiones premalignas de cérvix en las mujeres involucradas en el estudio.

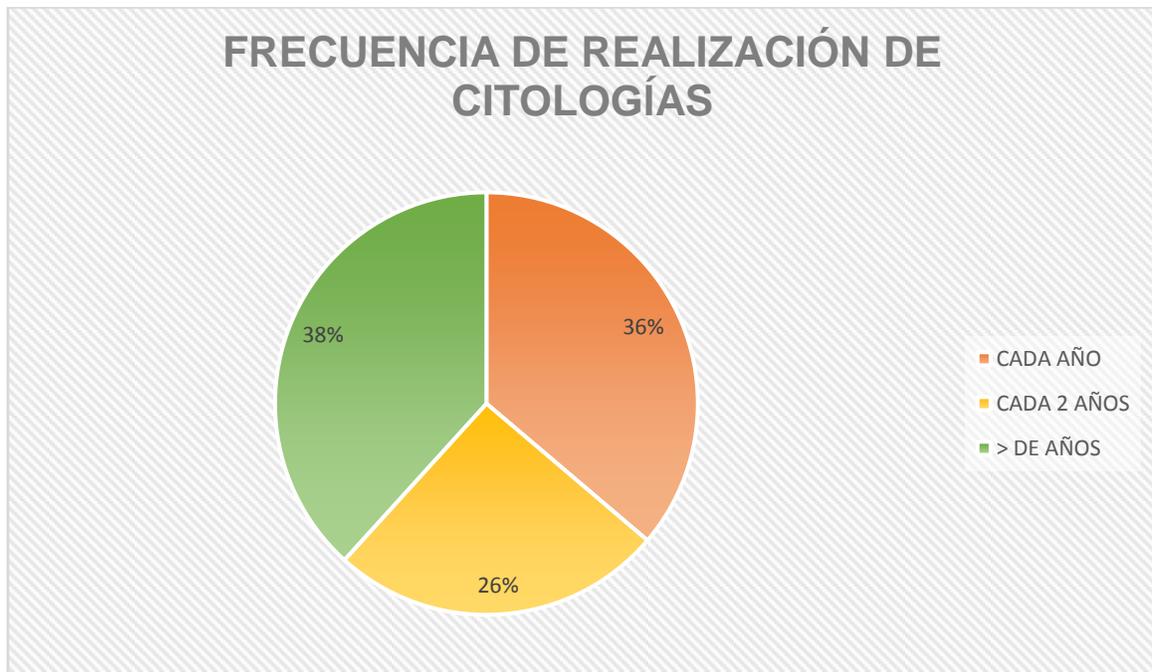
GRAFICO N° 3:



Análisis:

Del total de la población entrevistada el 88% ya se había realizado la citología cervicouterina en algún momento de su vida. Mientras que el 12% se realizó la citología por primera vez.

GRAFICO N° 4

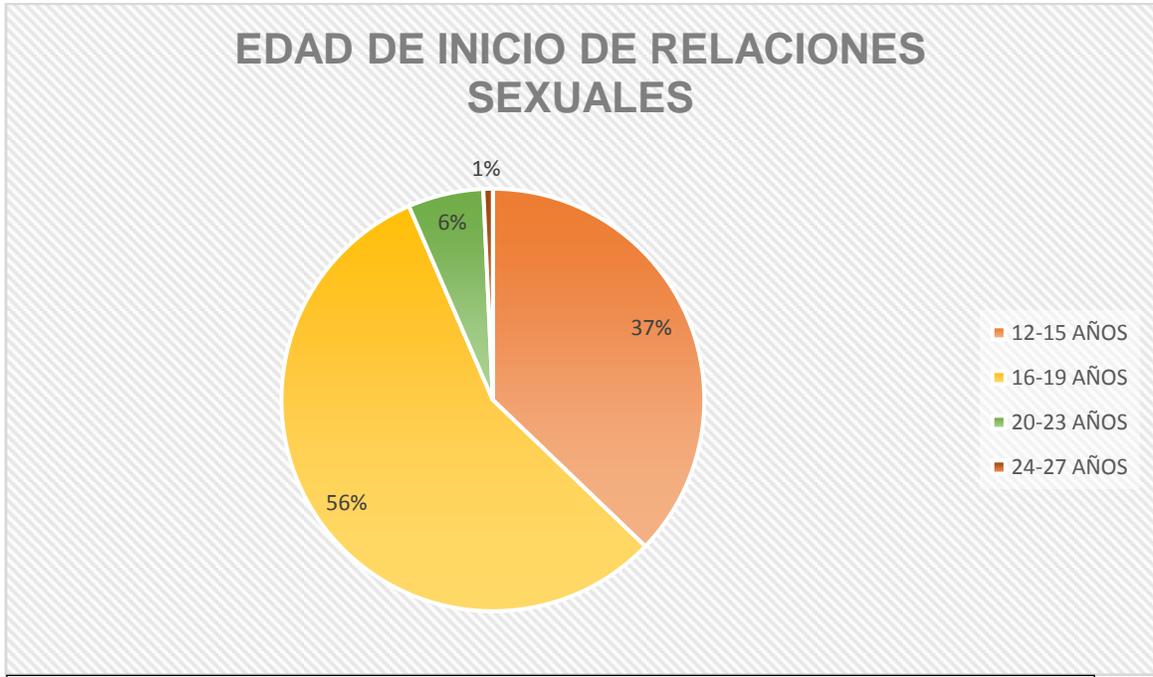


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

El 38% de la población son irregulares en la toma de la citología, realizándose en periodos mayores a 2 años; mientras que el 36% y 26% se la realizan cada año y cada 2 años respectivamente.

GRAFICO N° 5

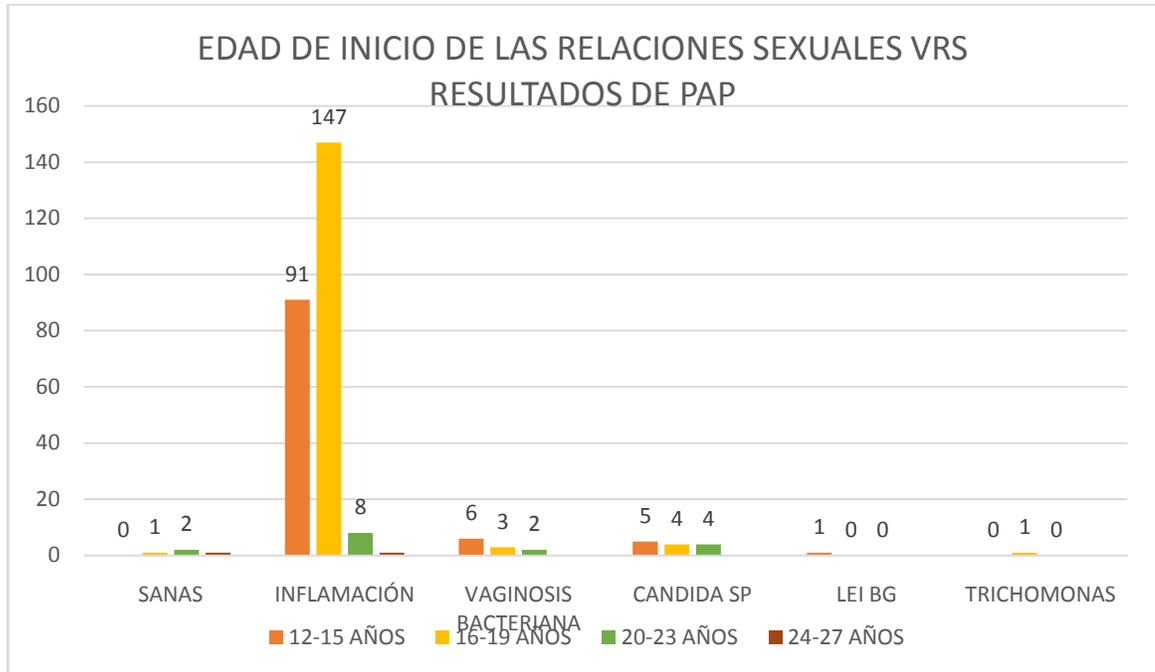


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

La mayor población inicio relaciones sexuales en la adolescencia, (93% en total), comparado con la población que inicia siendo adulto joven (7%).

GRAFICO N° 6

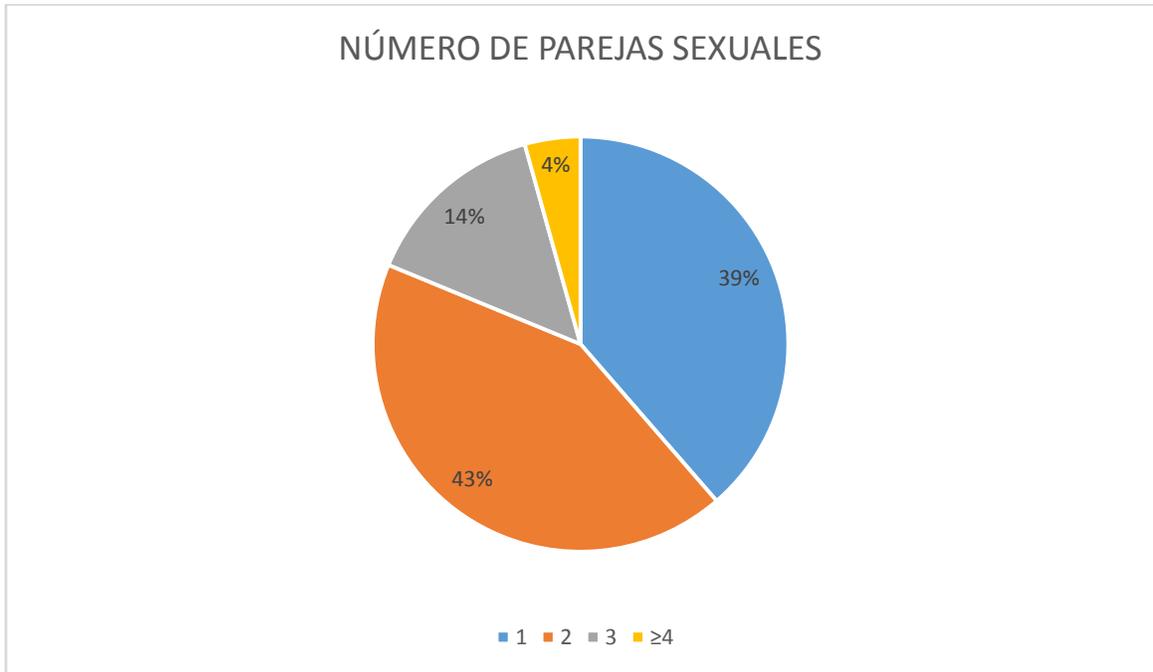


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

Se puede observar que los cambios asociados a procesos inflamatorios están concentrados en aquellas pacientes que iniciaron las relaciones sexuales en la adolescencia, siguiéndoles los resultados de cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana y Microorganismos micóticos consistentes con *Candida sp* que también predominan en dicho grupo etario.

GRAFICO N° 7

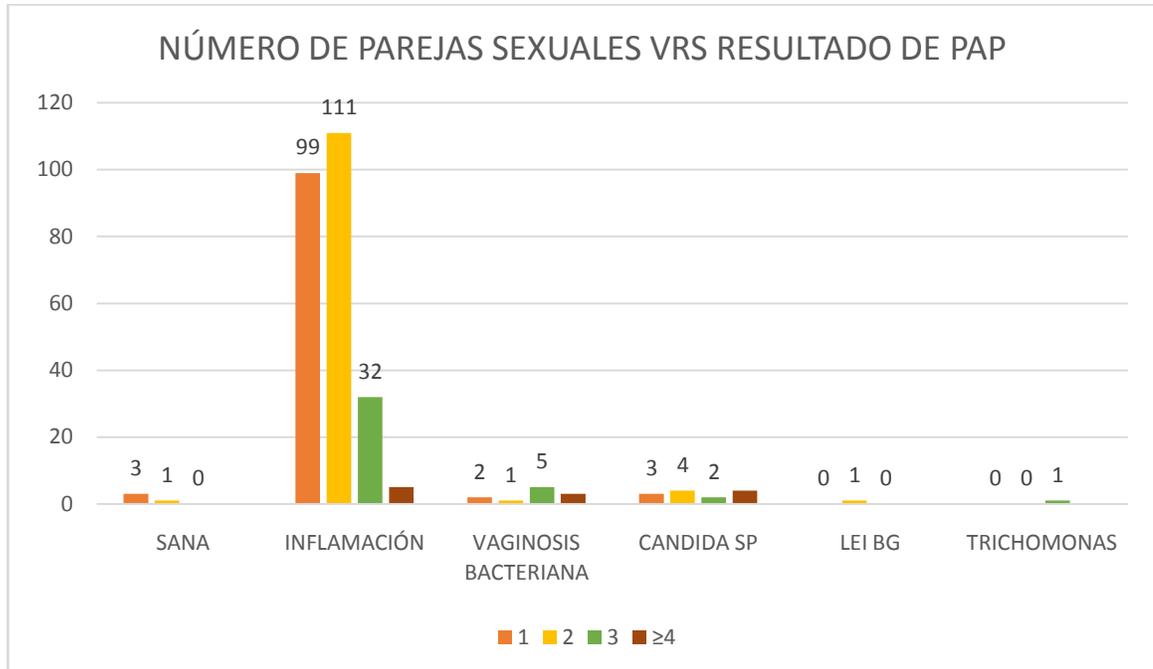


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

Se observa que el 43% de las entrevistadas ha tenido 2 parejas sexuales, un 39% refiere que solo ha estado con una pareja, mientras el 14% afirma haber tenido 3 parejas y solo un 4% 4 o más parejas sexuales.

GRAFICO N° 8

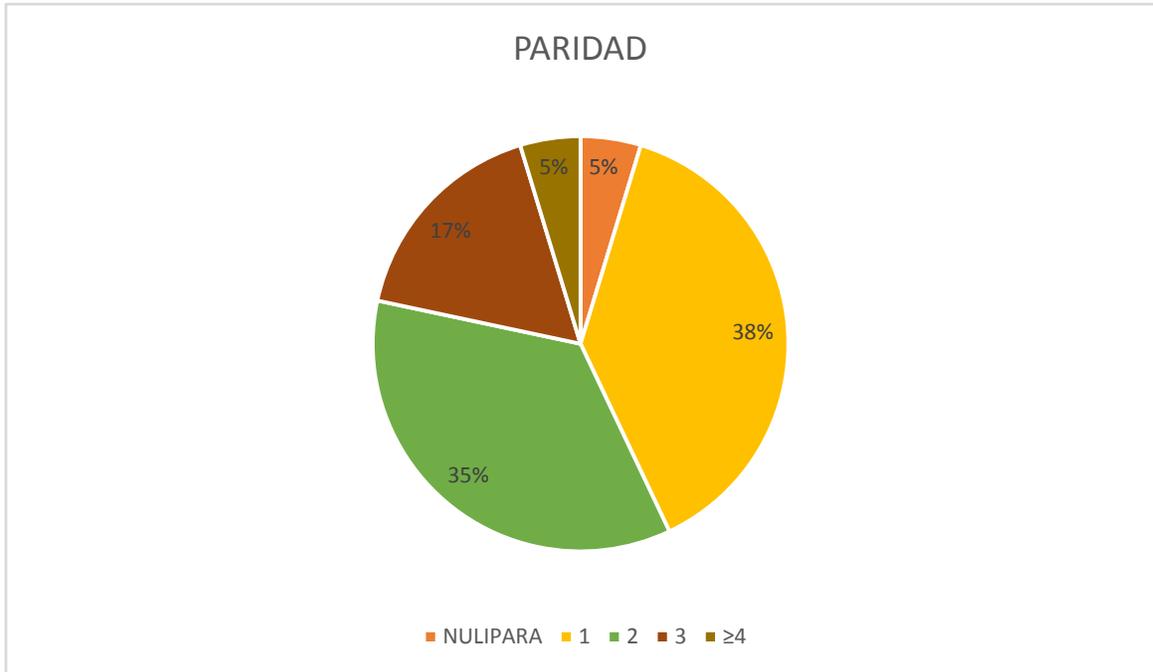


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

El grafico nos muestra que de las usuarias del establecimiento de salud, que tienen entre 1 – 3 parejas sexuales, la respuesta de citología cervicouterina está relacionada con cambios asociados a procesos inflamatorios; mientras que las respuesta asociada a cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana y Microorganismos micóticos consistentes con *Candida sp*, han tenido de 3 -4 parejas.

GRAFICO N° 9

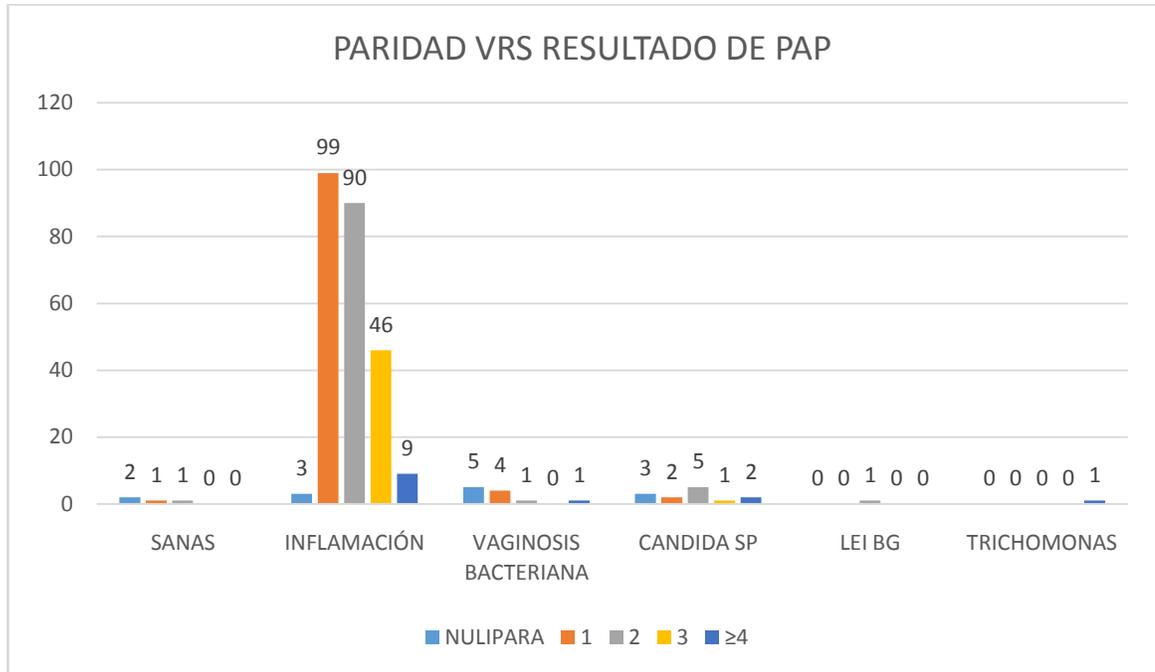


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

La población más representativa con el 38% solo ha tenido un parto, el 35% ha tenido dos partos, el 17% ha tenido 3 hijos, en contraste igualitario para las nulíparas y grandes multíparas con el 5% respectivamente.

GRAFICO N° 10

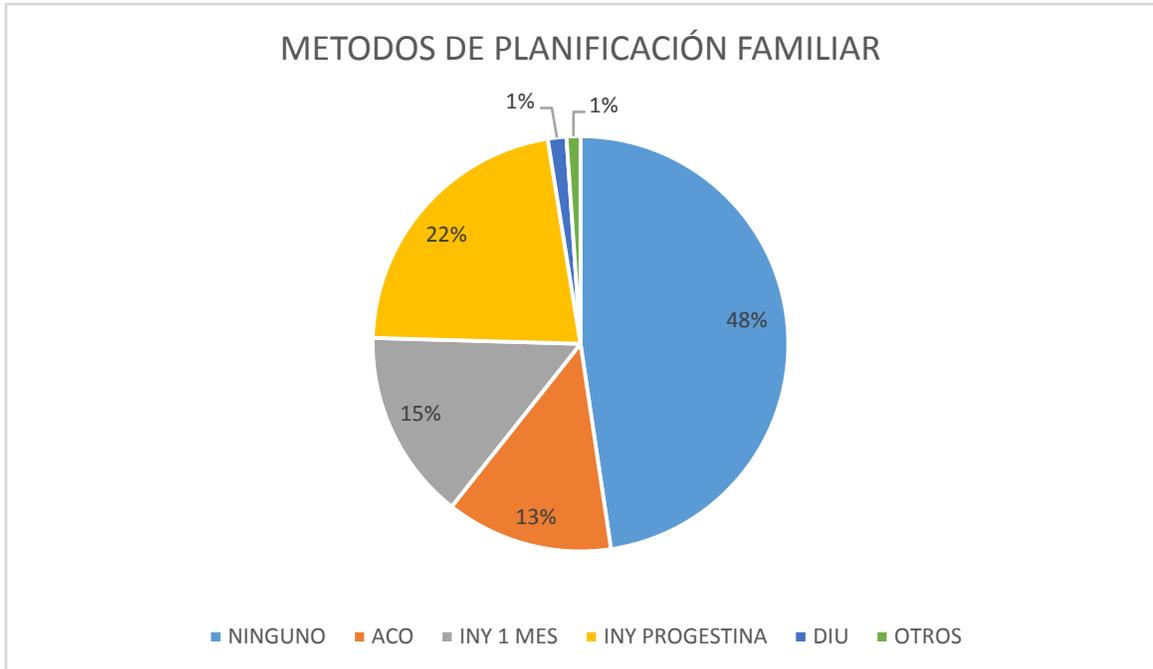


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

El mayor número de incidencia según la respuesta citológica es para cambios asociados a procesos inflamatorios de las primigestas hasta aquellas con una paridad de 2 a 3, siendo la nuliparidad la más asociada en el caso de cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana y Microorganismos micóticos consistentes con *Candida sp.*

GRAFICO N° 11

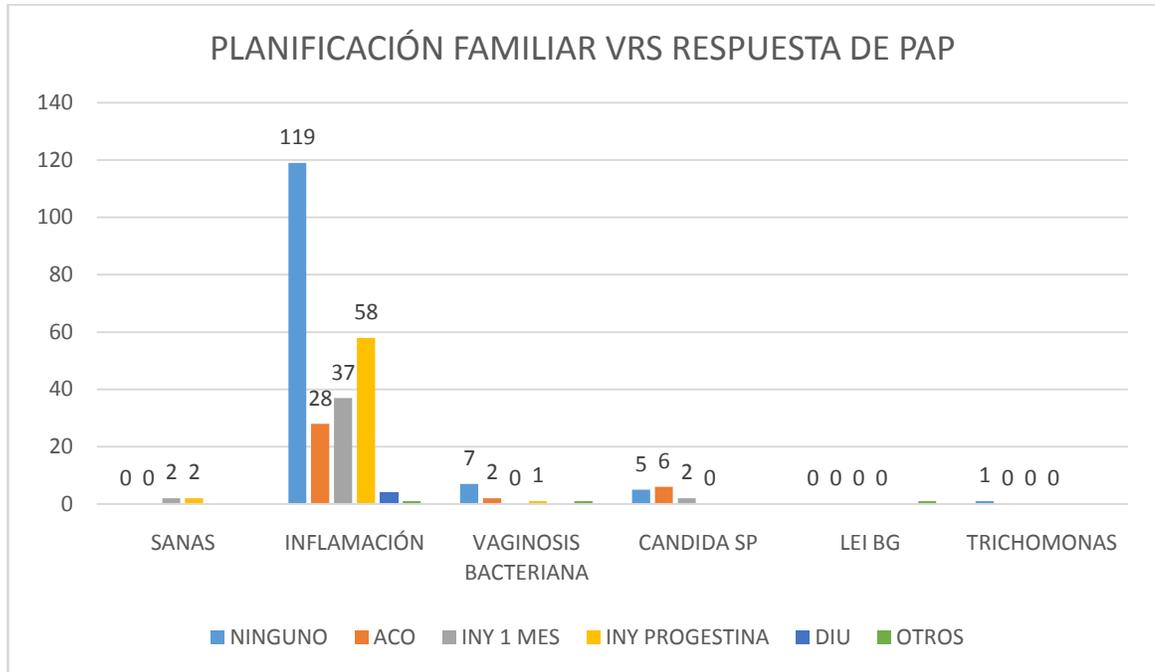


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

El 48% de las pacientes entrevistadas no usan ningún método de planificación familiar, y aunque el método de planificación más asociado con cambios relacionados con el virus del papiloma humano sean los ACO solo un 13% refiere haberlo utilizado. Siendo uno de los métodos preferibles los inyectables en contraste con el DIU u otro tipo de método.

GRAFICO N° 12

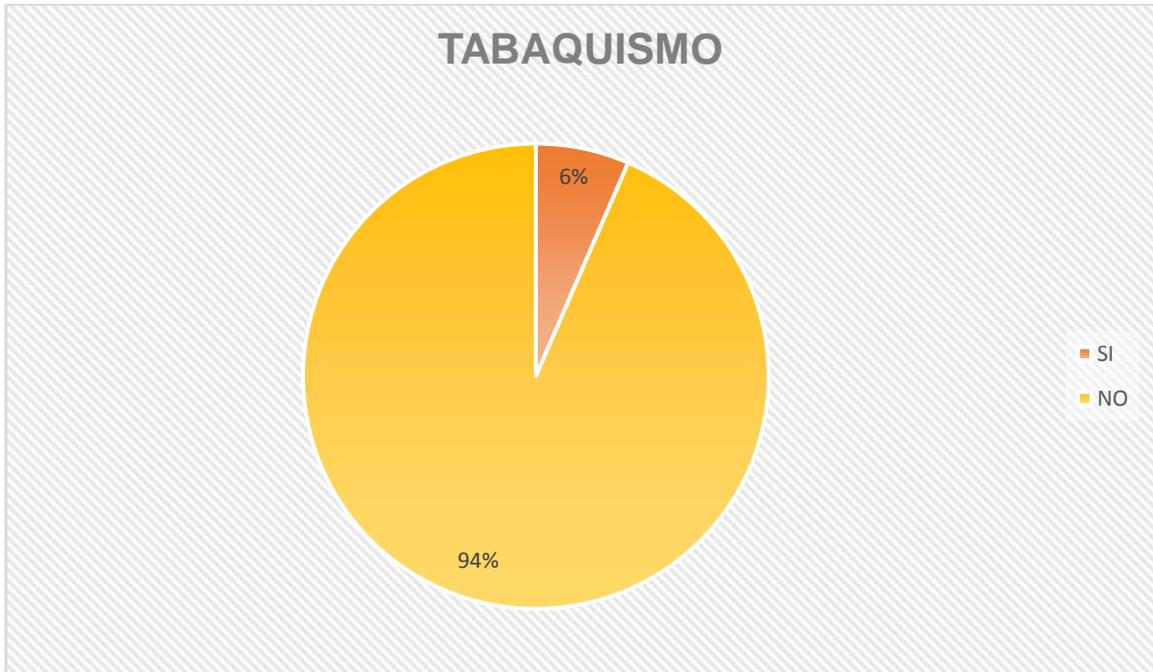


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

Las respuestas de la citología cervicouterina, que reportaron cambios asociados a procesos inflamatorios, Microorganismos micóticos consistentes con *Candida sp* y cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana, son los principales resultados que predominan en aquellas pacientes que no usan método de planificación.

GRAFICO N° 13

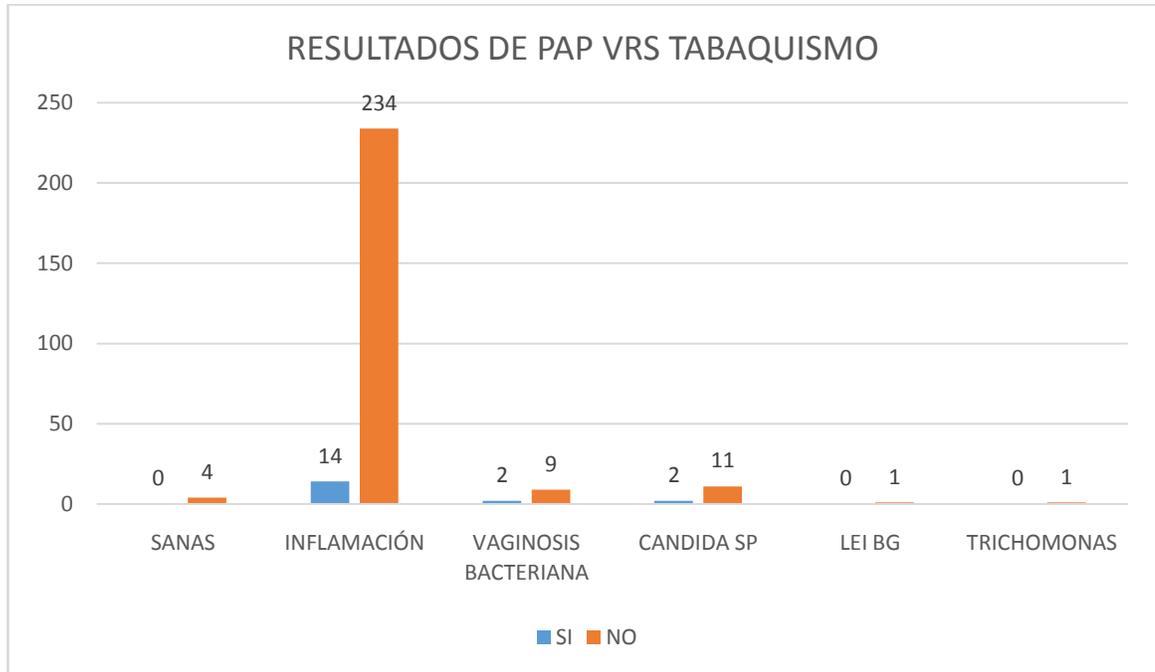


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

De la población entrevistada, sólo el 6% refieren tener dependencia al tabaco. El resto de la población (94%), niega haber fumado en su vida.

GRAFICO N° 14

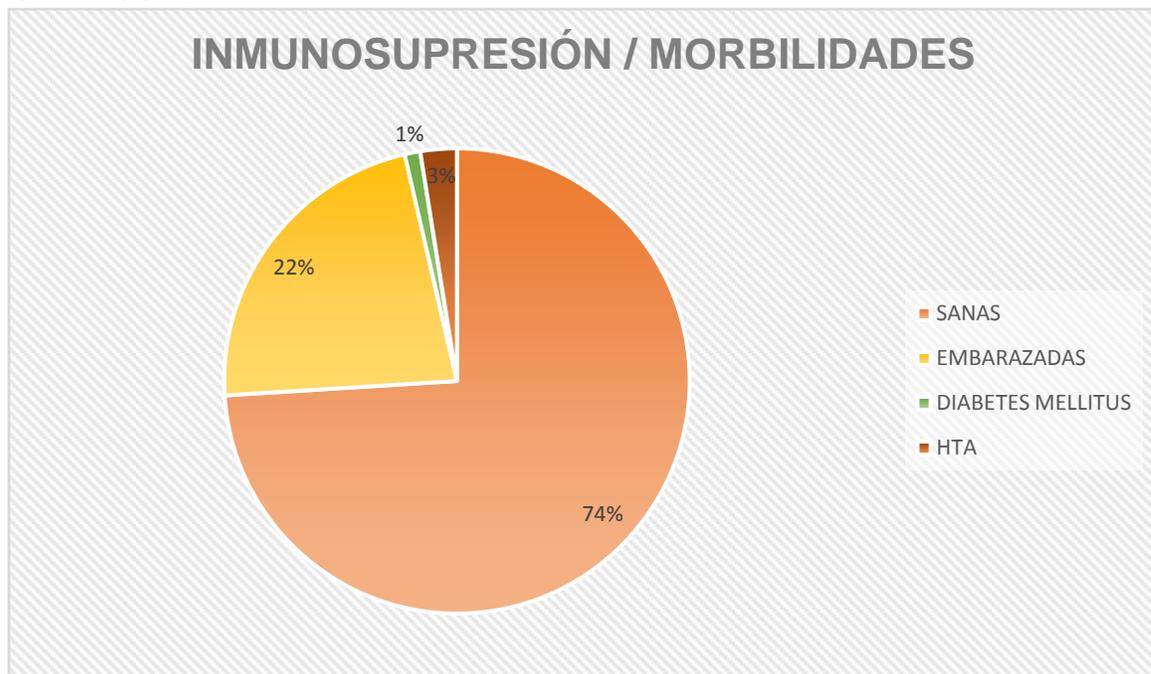


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

Se puede ver en este gráfico, que todas aquellas pacientes que manifestaron que tienen el hábito de tabaquismo, obtuvieron resultados, como cambios inflamatorios, microorganismos consistentes con *Cándida sp* y cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana.

GRAFICO N° 15

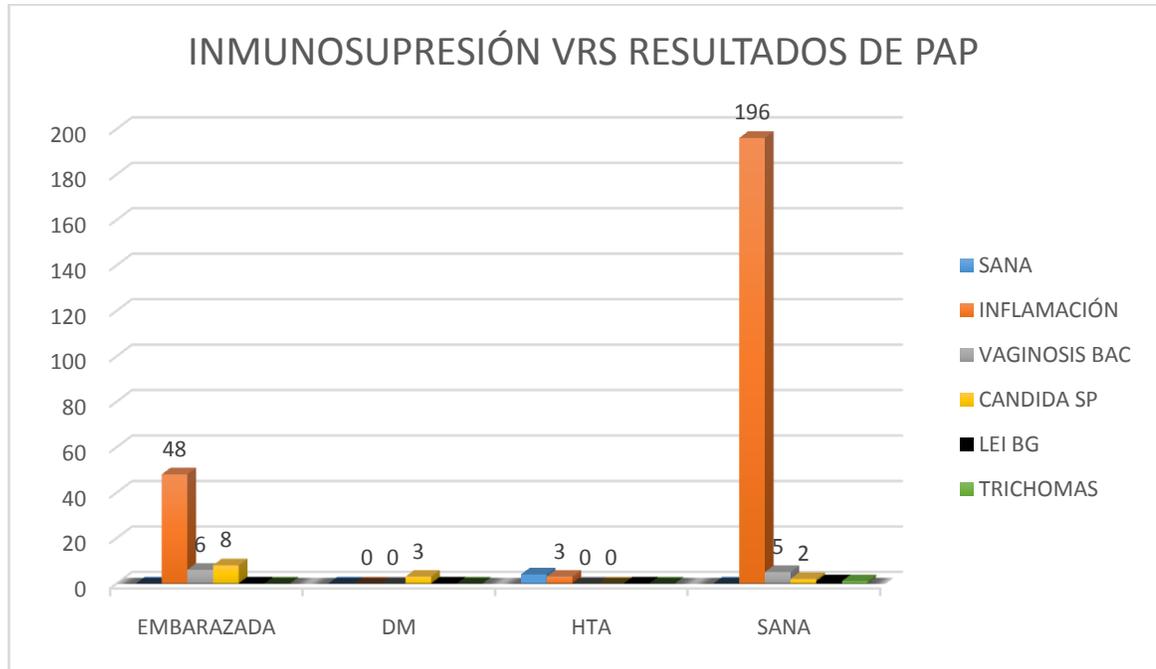


Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

Del total de la población en estudio, el 74% de las pacientes están aparentemente sanas. Sin embargo, un 22% de las pacientes se encuentran en estado de gravidez, en contraste con las pacientes que adolecen de diabetes mellitus o hipertensión arterial, con un 1 y 3% respectivamente.

GRAFICO N° 16



Fuente: Instrumento de recolección de datos; entrevista realizada a las usuarias que consultaron en la UCSF de San Julián, Sonsonate, en el período de marzo a mayo, 2018.

Análisis:

De la población en estudio tanto para sanas, embarazadas e hipertensas es más frecuente los cambios asociados a procesos inflamatorios. Por otro lado, se puede visualizar que es en las pacientes que se encuentran en estado de gestación, en las que se evidencia el mayor número de citologías que reportan microorganismos micóticos consistentes con *Candida sp* y cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana.

VII. DISCUSIÓN

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial, pero su incidencia y prevalencia, en la población general son diversas, se ve afectada por muchas variables, como el estilo de vida de la población analizada y de otros factores que afectan la historia natural de la enfermedad.

En la presente investigación, que tiene como sujeto de estudio a las usuarias que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar de San Julián, Sonsonate, a las que se les realizó la citología cervicouterina en el periodo establecido, se detectó solamente un caso de lesión premaligna de cérvix, sin embargo, es conocido, que la infección por el VPH puede ser asintomática e inofensiva. El sistema inmune combate la infección, que luego se resuelve por sí misma, con diferentes tiempos para lograr la resolución.

El no realizarse la citología cervicouterina, a pesar de no ser un factor de riesgo que predispone a las lesiones premalignas, sí que ayuda a su detección temprana, de ahí la importancia de realizarse dicho tamizaje de forma seriada, en esta investigación, se determinó que el 89% de la población se había realizado la citología cervicouterina en algún momento de su vida, sin embargo, frente a la realización periódica de la citología como prueba de tamizaje, el 36% y el 26% se la realizan cada año y cada 2 años respectivamente, en contraste, hay un 38% de las usuarias que se la realizan de forma irregular, demostrando con esto que aún hay mucho trabajo que realizar en cuanto a educación y promoción de la salud se refiere.

A pesar que, como se mencionaba anteriormente, en la población en estudio, solamente se detectó un caso de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, es importante considerar y analizar los factores de riesgo que la población en estudio posee, debido a que, en un futuro esto puede afectar considerablemente su salud, ya que estos factores la vuelven vulnerable frente al virus del papiloma humano y predisponen al desarrollo de lesiones premalignas de cérvix.

El primer factor a considerar es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es sabido que es necesario que el epitelio escamoso del cuello uterino presente una micro abrasión para que el virus llegue al estrato basal del epitelio, siendo más susceptible el epitelio de metaplasia escamosa inmadura (típico de las mujeres adolescentes) por ser más delgado y frágil. En la población en estudio, el 93% inició relaciones sexuales en la adolescencia, siendo la edad más temprana a los 12 años.

Otro factor de riesgo importante a considerar, es el número de parejas sexuales, este es directamente proporcional con el riesgo a infectarse con el virus del papiloma humano, es decir, que a mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de infección y de contagiar a otras personas. En esta investigación se evidenció que el 43% de las pacientes refiere que a lo largo de su vida, solo ha tenido 2 parejas sexuales, y el 39% expresa que solamente una, en estos casos, se debe tener en cuenta la actividad sexual de la pareja, lo cual también es importante para determinar el riesgo de adquirir el virus.

Se ha establecido que mujeres con dos o más partos a término tienen un riesgo de 80% mayor respecto a las nulíparas de presentar infección por el virus del papiloma humano; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica. En este aspecto, el mayor porcentaje de la población en estudio refiere que el número de hijos es de 1 y 2, con el 38 y 35% respectivamente. Y solamente el 5% refiere 4 partos o más.

El tabaquismo es un factor que juega un papel importante a la hora de adquirir el virus del papiloma humano y en su progresión a cáncer cervicouterino, esto, a causa de algunos sub productos del tabaco se acumulan en la mucosidad cervical provocándoles cierto daño que lo hace susceptible al VPH, además, hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones por el virus. Este factor, no es condicionante en esta investigación, debido a que el 94% de la población refiere que no tiene el hábito de fumar tabaco.

En diversos estudios se ha mencionado que el uso de anticonceptivos orales (ACO) por un período mayor a 5 años aumenta el riesgo de la infección por el virus del papiloma humano y su progresión a cáncer cervicouterino, sin embargo, en las usuarias entrevistadas, sólo el 13% refiere utilizar dicho método de planificación.

Se ha demostrado, que ciertas infecciones o enfermedades que producen inmunosupresión en las pacientes, están relacionadas con la infección del VPH y por consecuencia, riesgo de desarrollar lesiones premalignas del cuello uterino, por ejemplo, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las infecciones por Clamidia, además de los antecedentes de infecciones a repetición del aparato genital, entre otros. No obstante, en esta investigación, no se evidenciaron ninguno de los casos antes mencionados. Empero, se ha postulado que los cambios fisiológicos e inmunológicos que se producen durante la evolución del embarazo, podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección por el VPH o crecimiento tumoral. En este aspecto, el 22% de las pacientes de esta investigación, se encontraban en estado de gravidez, a pesar de ello, no se detectó la presencia de lesiones premalignas en ninguna de ellas. Es importante mencionar que pese a esto, en todas ellas se reportó cambios asociados a inflamación, además, es en estas que se evidencia el mayor número de citologías cervicouterinas que reportan microorganismos micóticos consistentes con *Cándida sp* y cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana.

VIII. CONCLUSIONES

- ✓ Del total de las mujeres que formaron parte de esta investigación y a las cuales se les realizó la citología cervicouterina como prueba de tamizaje para detectar la presencia de lesiones premalignas, solo se obtuvo un caso de LEI de bajo grado. A pesar de esto, en la mayor parte de las citología cervicouterinas se evidenciaron cambios asociados a inflamación, aunque este puede ser un resultado sin ningún significado clínico, se le debe dar seguimiento a las pacientes en un período de tiempo no máximo a un año.
- ✓ El 89% de la población investigada se había realizado la citología cervicouterina en algún momento de su vida.
- ✓ En cuanto a la realización periódica de la citología como prueba de tamizaje, el 36% y el 26% se la realizan cada año y cada 2 años respectivamente, en contraste, hay un 38% de las usuarias que se la realizan de forma irregular.
- ✓ En base al inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, los cambios celulares observados en las respuestas de citología cérvico uterina podemos concluir que aunque es muy poco representativo el valor que se obtuvo de las lesiones premalignas de cérvix, está relacionada con este factor, debido a que el 93% de la población inició las relaciones sexuales en la adolescencia.
- ✓ El número de parejas sexuales no definen la enfermedad a desarrollar, pues la LEI de Bajo Grado está relacionada con dos parejas, aunque los demás resultados obtenidos en las citologías casi son directamente proporcionales el número de parejas con las respuestas encontradas en el PAP.
- ✓ Tampoco condiciona la paridad el reporte anómalo del PAP, puesto que los cambios asociados a proceso inflamatorio están a la cabeza con solo una pareja, seguidos de

los microorganismos asociados a *Candida sp* y los cambios sugestivos a vaginosis bacteriana.

- ✓ Aunque el método de planificación más asociado a lesiones de LEI de Bajo Grado son los ACO, lo más predominante en los datos de investigación son aquellas pacientes que no usan ningún método.

- ✓ Los procesos de inmunosupresión si están relacionados con las respuestas de citología cervicouterina, en las cuales se puede desarrollar una infección localizada. Especialmente aquellas mujeres que están en estado de gravidez (22% de la población estudiada), en las cuales, en todas ellas se reportó cambios asociados a inflamación, además, es en estas que se evidencia el mayor número de citologías que reportan microorganismos micóticos consistentes con *Cándida sp* y cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana.

IX. RECOMENDACIONES

- ❖ Fortalecer los programas de información, educación y comunicación sobre las estrategias de prevención primaria y secundaria de la infección por el virus de papiloma humano (VPH).

- ❖ Se recomienda realizar en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar un programa educativo, diseñado específicamente para el tema del Virus Papiloma Humano, el cual puede contener puntos como su forma de contagio, las enfermedades relacionadas, los factores de riesgo para la infección por el mismo y las pruebas de tamizaje para su detección con su correspondiente técnica.

- ❖ La educación sexual a nivel comunitario, especialmente entre los padres de familia; quienes deberían ser los principales gestores de hábitos promocionales de salud sexual y reproductiva, para disminuir de esta forma los casos de enfermedades prevenibles y además, el gasto del estado a corto y mediano plazo para tratar dichas enfermedades.

- ❖ Empoderar a las mujeres a tener mayor control de su salud sexual y reproductiva, así como confianza en el personal de salud, para aclarar todas las dudas que se generen y de esta forma poder ser responsables, determinadas y actuar con decisión para así evitar todas aquellas prácticas que puedan ser de riesgo.

X. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Berek, J. Ginecología de Novak, catorceava edición, Barcelona-España 2008. Pág. 569-581-590.
2. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2. ed. Washington, DC: OPS, 2016.
3. El Salvador, Ministerio de Salud, “Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama”, Primera Ed. Marzo 2015.
4. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Asociación Salvadoreña para la prevención del cáncer, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer cervicouterino, el virus del Papiloma Humano y sus formas de prevención, en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador. El Salvador: Federación Internacional de Planificación de la Familia. Asociación Salvadoreña para la prevención del cáncer; 2014.
5. Serman F .Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del VPH. Perspectivas en prevención y tratamiento .RevChilObstetGinecol. 2002; 67 (4): 318-323.
6. Robins, Patología Humana, 9na Edición, capítulo 18 “Aparato genital femenino y mama”, año 2013.
7. <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>

8. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13746%3Acountries-report-progress-on-preventing-controlling-cervical-cancer-&catid=9469%3A29psc-news&Itemid=42440 (=es
9. <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
10. <http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>, síntomas y citología
11. http://www.colposcopiaguayas.com/revistas/Revista_Vol1_N2_2009.pdf.
12. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/703/3/06%20ENF%20434%20TESIS%20CaCu%20Parte%20II.pdf>, definiciones y vacuna
13. <http://www.geosalud.com/VPH/vacunaVPH3.htm>
14. <http://www.wikiteka.com/trabajos/trabajo-final-1233/>, descripción del virus del papiloma humano

XI. ANEXOS

Anexo N° 1:

GUIA DE ENTREVISTA



TITULO DE INVESTIGACIÓN:

DETECCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CERVIX EN LAS MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS, ENTRE LAS EDADES DE 18 A 40 AÑOS, QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DE SAN JULIÁN, SONSONATE, EN EL PERÍODO DE MARZO A MAYO DE 2018.

Datos generales:

Nombre: _____ Exp _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Edad de inicio de relaciones sexuales: _____

N° de Parejas Sexuales: _____

Partos Vaginales a término: _____

Utilización de métodos de planificación familiar: Sí ___ No ___

Tipo de método de PF _____

Tabaquista: Si _____ No _____

Antecedentes médicos _____

Antecedentes de ITS: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Se ha realizado alguna vez la citología?

Sí _____ No _____

Si la respuesta a la pregunta anterior es sí, ¿Con qué frecuencia se la realiza?

- Cada año
- Cada 2 años
- > de años

Anexo N° 2:

CUADROS Y TABLAS

CUADRO N° 1:

RESULTADOS DE PAP	FRECUENCIA
Sanas	4
Inflamación	247
Cambios de la flora sugestivos de vaginosis bacteriana	11
Microorganismos micóticos consistentes con <i>Candida sp</i>	13
Trichomonas vaginales	1
LEI de bajo grado	1
TOTAL	277

TABLA N° 1: RESPUESTAS DE PAP VRS EDAD

RESP. DE PAP EDAD	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
18-23	0	83	5	6	0	0	94
24-29	2	79	2	7	1	0	91
30-35	1	53	3	0	0	0	57
36-40	1	32	1	0	0	1	35
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

CUADRO N° 2: REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA

REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA	FRECUENCIA
SI	243
NO	34
TOTAL	277

CUADRO N° 3: FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PAP

FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PAP	FRECUENCIA
Cada año	88
Cada 2 años	62
> de 2 años	93
TOTAL	243

CUADRO N° 4: EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA
12-15	103
16-19	156
20-23	16
24-27	2
TOTAL	277

TABLA N°2: SEXARQUIA VRS RESPUESTA DE PAP

RESP. DE PAP SEXARQUIA	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
12-15	0	91	6	5	1	0	103
16-19	1	147	3	4	0	1	156
20-23	2	8	2	4	0	0	16
24-27	1	1	0	0	0	0	2
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

CUADRO N° 5: NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA
1	107
2	118
3	40
≥4	12
TOTAL	277

TABLA N° 3: NUMERO DE PAREJAS SEXUALES VRS RESP. DE PAP

RESP. DE PAP N° PS	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
1	3	99	2	3	0	0	107
2	1	111	1	4	1	0	118
3	0	32	5	2	0	1	40
≥4	0	5	3	4	0	0	12
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

CUADRO N°6: NUMERO DE PARTOS

PARIDAD	FRECUENCIA
NULIPARA	13
1	106
2	98
3	47
≥4	13
TOTAL	277

TABLA N° 4

RESP. DE PAP PARIDAD	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
NULIPARA	2	3	5	3	0	0	13
1 HIJO	1	99	4	2	0	0	106
2 HIJOS	1	90	1	5	1	0	98
3 HIJOS	0	46	0	1	0	0	47
≥ 4	0	9	1	2	0	1	13
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

CUADRO N°7: METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TIPOS DE METODO DE PF	FRECUENCIA
NINGUNO	132
ACO	36
INY. 1 MES	41
INY. PROGESTERONA	61
DIU	4
OTROS	3
TOTAL	277

TABLA N° 5: PLANIFICACIÓN FAMILIAR VRS RESP. DE PAP

RESP. DE PAP PF	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
ACO	0	28	2	6	0	0	36
INY 1 MES	2	37	0	2	0	0	41
INY PROGEST	2	58	1	0	0	0	61
DIU	0	4	0	0	0	0	4
OTROS	0	1	1	0	1	0	3
NINGUNO	0	119	7	5	0	1	132
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

CUADRO N° 8: TABAQUISMO

TABAQUISMO	FRECUENCIA
SI	18
NO	259
TOTAL	277

TABLA N° 6: TABAQUISMO VRS RESPUESTA DE PAP

RESP. DE PAP TABACO	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
SI	0	14	2	2	0	0	18
NO	4	233	9	11	1	1	259
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

CUADRO N° 9: INMUNOSUPRESIÓN /MORBILIDADES

MORBILIDADES	FRECUENCIA
SANAS	205
EMBARAZADAS	62
DIABETES	3
HIPERTENSIÓN	7
TOTAL	277

TABLA N° 7: INMUNOSUPRESIÓN VRS RESPUESTA DE PAP

RESP. DE PAP INMUNO SUPRESION	SA NA	INFL A MA CION	VAGINO SIS BACTERI ANA	CANDID A SP	LEI BG	TRICHO MONAS	TOTAL
Embarazadas	0	48	6	8	0	0	62
DM	0	0	0	3	0	0	3
HTA	4	3	0	0	0	0	7
SANA	0	196	5	2	1	1	205
TOTAL	4	247	11	13	1	1	277

Anexo N° 3:

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



Yo _____ paciente de la UCSF San Julián, con número de expediente _____ por este medio se me informa acerca de la investigación que se está realizando por médicos en año social de la carrera de Doctorado en Medicina. Se me ha explicado que seré tomada en cuenta para la realización de una entrevista y que se tomará dato de los resultados obtenidos en la citología cervicouterina realizada en el establecimiento. Que además la información es confidencial y únicamente serán utilizadas para dicha investigación.

Por lo anterior descrito, acepto y doy mi consentimiento para ser parte de la investigación.

F. _____