



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL MILITAR ESCUELA. "DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS"

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE

MÉDICO GINECO-OBSTETRA

TEMA:

“Manejo de las lesiones premalignas del cérvix en el servicio de Ginecología en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018”

Autor:

Teniente Primero Dr. Samuel Santos Treminio Obando.

Médico Residente de Cuarto Año de Ginecología y Obstetricia.

Tutor:

Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina.

Médico Gineco-oncóloga

Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Tutor Metodológico:

Capitán Dra. Ivania Fabiola González Cerda.

Médico Gastroenteróloga Pediatra

Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Managua, marzo 2020

AGREDECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, quien es el autor de todos mis éxitos y el que se encargará de brindarme cada una de las oportunidades para seguir cosechando éxitos.

A mis hijas Kiara Nathalia y Amelia Sofia quienes me han dado impulso para salir adelante.

Agradezco a mis padres; Santos Uriel Treminio y Carmen María Obando, a mi esposa Juana Vélez Silva quienes han sido mi apoyo incondicional y parte de mi incentivo para culminar mi especialidad.

A mi tutora; Dra. Christian Corea, quien con su paciencia y entusiasmo me brindó sus conocimientos para poder realizar este trabajo monográfico, a la Dra. Ivania González por su apoyo en el desarrollo metodológico del trabajo.

A todos mis maestros; quienes han sido pieza fundamental en mi desarrollo profesional brindándome todos sus conocimientos teóricos y prácticos para ser el especialista que el día de hoy se gradúa.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo monográfico a mi esposa Juana Vélez, a mis hijas Kiara Nathalia y Amelia Sofia, a mi madre Carmen Obando, ya que esto significa un logro para poder darle todo el apoyo que necesita, de igual forma va dirigido a toda mi familia que fue mi apoyo incondicional en tantas noches de desvelo, estrés y cansancio, siendo de esta manera un pilar fundamental para lograr concluir mi formación como especialista.

Este trabajo también va dedicado a todas las pacientes a las cuales se les diagnostica con lesiones premalignas del cérvix.

OPINIÓN DEL TUTOR

El cáncer cérvico-uterino es uno de los tumores más prevenibles y tratables, ya que tarda años en desarrollarse a partir de lesiones precursoras. Desde mediados del siglo pasado, se han establecido programas de tamizaje bien organizados en países desarrollados, con vista a detectar lesiones premalignas del cérvix uterino, con una marcada reducción de la morbilidad y mortalidad por Cáncer cérvico uterino. Por lo general, estos programas están basados en las técnicas citológicas (Papanicolaou), colposcópica y diagnóstico molecular del VPH. Una buena prueba de tamizaje debe ser precisa, reproducible, económica, de fácil ejecución, aceptable e inocua. Las tres pruebas en que se basan los programas de prevención del Cáncer cérvico uterino, la citología (convencional (PAP) y más recientemente en base líquida), la colposcopia con ácido acético y/o Lugol (yodo) y la detección del VPH, comparten en mayor o menor grado estas características.

En mujeres con citología negativa podemos observar que a nivel mundial 10-12 % de ellas presentan infección por VPH de alto riesgo. Los estimados de la prevalencia en estas pacientes varían por regiones geográficas y edad. Los tipos de VPH 16 y 18 fueron los más frecuentes a nivel mundial. El diagnóstico molecular de la infección por VPH en estas mujeres es de gran importancia con vista a poder brindarle cuidados médicos que prevengan la aparición de lesiones premalignas y malignas.

Con este estudio podemos tener una vista en general del diagnóstico y manejo de las lesiones pre malignas de cérvix, si nosotros implementamos los programas de detección en las edades de más vulnerables, que son las pacientes jóvenes podemos tratar de forma oportuna y prevenir el cáncer cérvico uterino, así mismo debemos de realizar campañas sobre la educación sexual,

insistiendo en el uso de preservativo y retrasar el inicio de la vida sexual. Educar a la población sobre la detección con la tipificación VPH y la aplicación de vacunas, para disminuir la mortalidad por cáncer.

Esperamos que motivemos a los demás residentes en hacer más estudios prospectivos en donde podamos analizar el comportamiento de esta patología y podamos crear conciencia a la población en las medidas preventivas y disminuir la morbi mortalidad por cáncer cérvico uterino.

Capitán

Dra. Christian Yaoska Corea Urbina.

Ginecóloga Oncóloga

ÍNDICE

AGREDICIMIENTO	i
DEDICATORIA	iii
OPINIÓN DEL TUTOR	iv
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
MARCO TEÓRICO	11
DISEÑO METODOLÓGICO	45
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
RESULTADOS	57
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre los 35 a 64 años de edad, a nivel mundial. El 82% de las muertes ocurren en mujeres mayores de 40 años. El objetivo del screening es encontrar lesiones cervicales precancerosas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) y cánceres en etapa temprana para realizar un tratamiento oportuno, con menor morbimortalidad.

Las anomalías celulares preneoplásicas pueden ser detectadas por medio del extendido citológico de Papanicolaou y se denominan lesiones intraepiteliales de bajo (L-SIL) y alto grado (H-SIL) según la clasificación de Bethesda, teniendo en cuenta el potencial relativo de las mismas para desarrollar una lesión infiltrante. El término L-SIL se relaciona histopatológicamente al NIC 1 y las alteraciones celulares producidas por el virus del papiloma humano (HPV), y el término H-SIL incluye NIC 2 y NIC 3.

Las lesiones de alto grado son las menos frecuentes y pueden surgir tanto por una progresión de las de bajo grado, o directamente de la infección persistente por HPV. Algunas de estas progresan a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes.

Actualmente, no existe tratamiento para eliminar la infección por el HPV, se han realizado estudios como medidas preventivas como es el desarrollo de vacuna contra el virus del papiloma humano, de igual forma existen tratamiento para el manejo de las lesiones producidas por este virus en el cérvix. El tratamiento recomendado para las lesiones H-SIL que involucra la zona de transformación es la conización cervical del cuello uterino en todas sus formas.

En el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 2013 al 2018 se atendieron un total de 812 pacientes con el diagnóstico de lesiones premalignas con un

promedio anual 162 pacientes, debido a la alta incidencia de las lesiones premalignas diagnosticada por citología cervical, se realizó un estudio para valorar la experiencia en el manejo de las lesiones premalignas en el Hospital Militar.

ANTECEDENTES

En el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, no existen estudio sobre la experiencia de nuestra institución en cuanto al manejo de las lesiones premalignas de cérvix, por lo que se ha decidido realizar este estudio para tener una visión en la experiencia en las lesiones premalignas.

En el 2003 Coronel-Brizio P. realizo un estudio exploratorio de las lesiones premalignas en el reporte citológico del cuello uterino, en el centro estatal de cancerología (CECAN), servicios de salud de Veracruz, en Xalapa, Veracruz, con una población a estudio de 55.424 citologías cervicales y la frecuencia de las lesiones premalignas del cuello uterino, donde encontraron el grupo de 45 a 65 años de edad fue el más vulnerable en los casos de lesiones premalignas en un 3.43%, pero tuvieron mayor predominio de procesos inflamatorios en un 85.3% lo cual se asociaron con el desarrollo de lesiones premalignas del cuello uterino (Coronel-Brizo, 2003).

En el 2009 Romero, I. et al, estudiaron las lesiones premalignas y malignas de cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes en la clínica maternidad Rafael Calvo, en Cartagena, Colombia, donde se encontró que el total de las pacientes estudias la edad media fue de 21 años, la de inicio de vida sexual de 16 años y la del primer embarazo a los 15 años. El 78 % de los resultados de las biopsias fueron de lesiones intraepiteliales de bajo grado, no se observó diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado entre adolescentes y adultas jóvenes (Romero, 2009).

En el 2014 Carrascal, M. et al, realizaron un estudio sobre la correlación diagnostica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, en la IPS universidad Barranquilla, Colombia, donde incluyeron 50 pacientes en los que se logró el reporte de citología cervical, colposcopia y reporte histopatológico, donde se demostró que en

las pacientes el mayor número de muestra estaba entre los 46 a 60 años de edad con un 52%, el inicio de la vida sexual activa entre los 16 a 18 años el 76%, las lesiones intraepiteliales de bajo grado fue el reporte de mayor prevalencia en la citología con un 58%, en la colposcopia la lesiones intraepiteliales de alto grado mostro mayor prevalencia con un 52%, de acuerdo con el reporte histopatológico la cervicitis fue más prevalente en un 52%, concluyeron que la colposcopia mostró mayor correlación diagnostica que la citología en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, alcanzando una buena sensibilidad pero con una mayor especificidad (Carrascal, 2013).

En el 2014 Escalona, R. et al, realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo sobre las características cito histológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino donde incluyo 738 pacientes, en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de la ciudad de Santiago de cuba, en el estudio se obtuvo que predomino en las edades de 25 a 54 años de edad, y el diagnostico más frecuente fue la displasia moderada, de igual modo el virus del papiloma humano estuvo presente en 64.8% de los estudios citológicos y en 75.3% de las biopsias, y la efectividad del estudio citológico en el laboratorio fue de 92.0% (Escalona, 2014).

En el año 2008 Zeledón Contreras realizó un estudio sobre Correlación citológica, colposcópica e histológica de las lesiones premalignas de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Fernando Vález Paiz, se encontró que el grupo etario de 31 a 40 años 56% (25) presentaban lesiones de bajo grado, de los cuales NIC 1 represento el 60% (15) y el 40% (10) con virus papiloma humano. Seguido de las lesiones tipo displasia moderada o NIC 2 con un 6% (3) en el grupo mayor de 41 años. En 38 % (17) de las citologías se reportaron procesos inflamatorios y negativas para células malignas (Zeldon, 2008).

En el año 2011 Chávez Avilez realizó un estudio sobre el Comportamiento De Las Lesiones Pre - malignas de cérvix que acudieron en consulta externa en el servicio de Ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero 2008 a enero del 2010, se concluyó que la lesión pre – invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada fue la lesión intraepitelial de bajo grado (Chavez, 2011).

En el año 2012 Vargas realizó un estudio sobre Abordaje, diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre invasivas del cérvix, relacionadas a VPH en dos años, período comprendido entre el primero de enero del año 2010 al primero de enero del año 2012 en el servicio de consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque. Se encontró que, para 236 pacientes, el número de compañeros sexuales fue de 134 pacientes para un 44% de 1 a 2 compañeros sexuales, de 30% para 98 pacientes de más de 3 compañeros sexuales, las infecciones de transmisión sexual represento el 71.66% 215 pacientes con condiloma VPH, el 21% 63 pacientes con cervicovaginitis. La lesión pre - invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada por Papanicolaou fue la lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) representando 152 pacientes para un 50.66%, siendo por Biopsia 134 pacientes para un 45%, mientras que la lesión de alto grado (NIC II y NIC III) representaron 86 pacientes para un 28.66%, por Biopsia 91 pacientes para un 30.32%, lo que respecta a la colposcopia fueron 250 anormales para un 83.33% y solo el 11.66% fueron colposcopias insatisfactorias (Vargas, 2012).

En el año 2014 Pérez Barbosa realizó un estudio sobre Correlación de los exámenes citológicos y biopsias colposcópicas en el diagnóstico de las lesiones de cérvix en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez, septiembre 2011 a septiembre 2013. El diagnóstico citológico reportó un 49 % de lesiones de bajo grado, 28% ASCUS y 16 % lesiones de alto grado. En cuanto al diagnóstico histológico 60% correspondieron a lesión de bajo grado, 22% fueron lesiones de

alto grado, 17% fueron negativos reportando inflamación y el 1 % corresponde a carcinoma invasor. La coincidencia diagnóstica entre la citología y la biopsia colposcópica fue en el 69 % de los casos (n=97), siendo mayor en las lesiones de bajo grado con el 52% de los casos (n=36) (Perez, 2014).

En el año 2015 López Espinoza realizó un estudio sobre la correlación clínica y cito histológica en lesiones premalignas y malignas en cérvix en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, octubre 2013 a septiembre 2014, se encontró que el grupo etario mayormente afectado es entre 20 a 34 años con 59 casos (49%), el inicio de vida sexual activa con edades de inicio de 10 a 19 años con 112 casos (93%), Se demostró que 52 casos (43%) de las mujeres que presentaron algún tipo de lesión cervical no usaban métodos de planificación familiar, en los resultados de colposcopia se encontró que de los 121 casos, 96 casos (79%) eran mosaico grosero, el reporte citológico en 73 casos (60%) correspondieron a lesiones de bajo grado, con respecto a los diagnósticos histológicos en pacientes con Papanicolaou positivos se encontró que 61 casos (50%) resultaron ser lesiones de bajo grado (Lopez, 2015).

En el año 2012 Pacheco Chevez realizó un estudio sobre Hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (VPH) en la ciudad de León, Nicaragua, durante el período de abril 2009 – abril 2010. Se concluyó que la frecuencia de infección por diferentes tipos de VPH en las participantes fue de 26%, esta se presentó en edades tempranas, el 67% ocurrió en menores de 39 años. Se identificaron 24 tipos diferentes de VPH dentro de los tipos de alto riesgo que se identificaron con mayor frecuencia fueron los tipos 16, 31, 33, 52, 51. El genotipo de VPH que se encontró con mayor frecuencia fue el tipo 16 con 11.4%, seguido del 31 y el 52 con un 9%.

Se encontraron infecciones mixtas por dos o más tipos de virus del papiloma humano en un 20.8% de los casos (Pacheco, 2012).

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, no se cuenta con un estudio sobre el manejo de las lesiones premalignas del cérvix, por lo que se han sumado esfuerzos en el diagnóstico precoz y efectivo de las lesiones premalignas de cérvix por medio de un screening, lo cual estimula realizar un estudio para valorar la experiencia en el manejo de las mismas. Esperando que la información obtenida sea de utilidad para los especialistas y sub especialistas de nuestra institución y otras personas interesadas para formular esquemas de manejo y seguimiento en nuestro centro hospitalario, de igual forma tendremos una herramienta para realizar futuros protocolos de atención en las pacientes con lesiones premalignas del cérvix.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las lesiones premalignas tienen una prevalencia que oscila entre 7.8 y 111.6 por mil mujeres, y en países en desarrollo llega a hacer de 40 por 100,000, lo que aumenta la probabilidad del desarrollo de cáncer cérvico uterino, lo cual es un tema de interés mundial el manejo y abordaje de dichas lesiones premalignas.

Actualmente en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, se realizan diagnóstico lesiones pre malignas del cérvix en la consulta externa las cuales han sido tratada y en seguimiento por colposcopia o por control de Papanicolaou, por lo tanto, es importante evaluar la experiencia en nuestro centro, nos lleva a plantearnos el siguiente problema:

¿Cuál es el manejo de las lesiones premalignas del cérvix en el servicio de ginecología en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar el manejo de las lesiones premalignas del servicio de Ginecología de la consulta externa en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes con lesiones premalignas de cérvix.
2. Describir los principales factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix.
3. Determinar la correlación entre la citología cervical y biopsia de cérvix tomada en colposcopia.
4. Describir la evolución clínica de las lesiones premalignas de cérvix.
5. Identificar el tratamiento en lesiones premaligna de cérvix.

MARCO TEÓRICO

El cáncer cervicouterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida (Organización Panamericana de la Salud, 2016). En 2018 más de 72,000 mujeres fueron diagnosticadas, de cáncer cervicouterino, y casi 34,000 fallecieron por esta enfermedad en la región de las Américas. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud (Salud, 2018). En Nicaragua en el año 2018 se registraron 242 nuevos casos con el diagnóstico de cáncer cérvico uterino (salud, 2018). El tamizaje, seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, es una estrategia costo-efectiva de prevención (Salud, 2018).

Las mujeres jóvenes se infectan con el VPH muy rápidamente después de iniciar su actividad sexual. Numerosos estudios han mostrado una alta prevalencia de los tipos del VPH de alto riesgo en mujeres menores de 30 años de edad que disminuye considerablemente con la edad. La prevalencia de estas infecciones entre las mujeres de 20 años es del 22-24%. No es de extrañar que los tipos del VPH de alto riesgo sean también más frecuentes en mujeres más jóvenes con LIEGB. En el ALTS, un 87% de las mujeres menores de 29 años con una LIEGB fueron positivas para los tipos del VPH de alto riesgo en comparación con el 75% de las mujeres mayores. Evans et al., utilizando un análisis con la PCR más sensible para la prueba del ácido desoxirribonucleico (ADN) del VPH, comunicaron una tendencia similar. En su estudio, el 60% de las mujeres de 30 años de edad y más jóvenes con una LIEGB tenían ADN positivo del VPH de alto riesgo en comparación con el 46% de las mujeres mayores (Barbara, 2009).

De acuerdo a estimaciones de GLOBOCAN el Cáncer Cérvico Uterino (CACU) es uno de los principales padecimientos y la segunda causa de muerte por cáncer, a nivel mundial, en mujeres entre los 35 y 64 años (Secretaría de salud de Honduras , 2015).

Factor de riesgo se entiende cualquier situación, condición o exposición que aumente la posibilidad de que una persona desarrolle cáncer. Generalmente los factores de riesgo influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provocan cáncer en forma directa. Por esta razón, algunas personas con factores de riesgo previamente identificados no desarrollan cáncer y otras, sin factores de riesgo, pueden desarrollar cáncer; sin embargo, conocer los factores de riesgo permite a las pacientes, en conjunto con el médico y otro personal sanitario, tomar decisiones para actuar sobre estos factores de la manera más adecuada (Orozco, 2016).

Según la investigación actual, los factores de riesgo que más se asocian para el desarrollo de cáncer de cuello uterino son los siguientes:

Infección por el virus del Papiloma Humano (HPV): es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino. El virus del papiloma humano tiene grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los papilomaviridae y es considerada la principal infección de transmisión sexual. Existen diferentes cepas de VPH de las cuales el VPH16 y VPH18 son los genotipos más frecuentemente identificados como potencialmente oncogénicos; representan aproximadamente el 50% de los casos de NIC3. En mujeres con infección por VPH de tipo carcinogénico, el riesgo se puede incrementar con las siguientes condiciones (Orozco, 2016):

- Uso prolongado de anticonceptivos orales
- Multiparidad

Estudios demostraron que las relaciones sexuales sin protección aumentan el riesgo de contraer la infección por el virus de VPH. En un estudio de casos y controles que incluyó 1.913 parejas de 5 diferentes países se demostraron que la circuncisión masculina disminuye el riesgo de infección por el virus del Papiloma Humano (Orozco, 2016).

El 90 a 95% de las causas se deben a factores externos, de esos factores externos, el cigarrillo representa el 20 a 25%. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) han evaluado 62 de los 5.000 compuestos químicos del tabaco o cigarrillo, siendo considerados con suficientes evidencias como carcinogénicos tanto para humanos como para animales. Entre los cánceres que han sido asociados con el consumo del cigarrillo, se encuentra el Cáncer del Cuello Uterino (CaCU). El CaCu está asociado a la infección del Virus del Papiloma Humano, sin embargo, hay fuerte evidencias que el cigarrillo es un factor de riesgo independiente en la origen y evolución del CaCU (Coronel-Brizo, 2003).

Prevención primaria

La principal causa de cáncer cérvico uterino es la infección persistente con genotipos carcinogénicos del virus del papiloma humano, siendo virus del papiloma humano 16 y 18 los causantes de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cérvico uterino a nivel mundial. Los genotipos 31, 33, 34, 39, 45, 52, 58, 59, 67, 69, 73 también son carcinogénicos (Orozco, 2016).

El virus del papiloma humano se transmite principalmente por contacto sexual. La probabilidad de transmisión del virus del papiloma humano por este medio es desconocida, pero parece ser alta para los genotipos VPH 16 y VPH 18. La prevalencia de la infección con virus del papiloma humano es más alta en mujeres menores de 25 años. Muchas mujeres se infectan en los primeros años después de sus primeros contactos sexuales (Orozco, 2016).

Para la prevención primaria de la infección del virus del papiloma humano existen tres vacunas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA): la bivalente (VPH2, dirigida contra los genotipos VPH 16 y VPH18), la tetravalente - VPH4, contra los genotipos carcinogénicos VPH16, VPH18 y los no carcinogénicos VPH 6 y VPH11; los cuales están relacionados con verrugas genitales- y la 9-valente (VPH9, contra los genotipos incluidos en la vacuna tetravalente y además contra los genotipos carcinogénicos VPH 31, VPH33, VPH45, VPH52, y VPH58) (Orozco, 2016).

La eficacia de la vacunación es reducir la incidencia de la enfermedad en personas vacunadas en comparación con aquellas no vacunadas. Se calcula la eficacia de la vacunación como: $1 - RR$: riesgo relativo de la enfermedad en personas vacunadas y no vacunadas. Se presenta la eficacia en porcentajes, por ejemplo: la eficacia de la vacunación frente a NIC2 de un 30% significa que el riesgo de NIC2 es un 30% menor en mujeres vacunadas que en aquellas mujeres no vacunadas (Orozco, 2016).

En Panamá, la vacunación contra el VPH para niñas a partir de los 10 años de edad forma parte del Programa Nacional de Vacunación desde el 2008. La cobertura con la vacuna bivalente fue de 67% para 2010. En Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua la vacunación contra el VPH no está incluida en los Programas Nacionales de Vacunación. Sin embargo, todas las vacunas están disponibles en el mercado privado (Orozco, 2016).

Se recomienda la vacunación con la vacuna bivalente, tetravalente o 9-valente en 3 dosis (bivalente 0, 1 y 6 meses; tetravalente y 9-valente a los 0, 2 y 6 meses), en todas las niñas de 9 años (edad preferible) así como en niñas y mujeres menores de 26 años que no han recibido la vacuna anteriormente (Orozco, 2016).

Se recomienda la vacunación independientemente de los resultados de las pruebas de citología, colposcopia, ADN-VPH, ARN-VPH o serología VPH, e independientemente de la presencia de verrugas genitales. Se recomienda no vacunar a las mujeres mayores de 26 años, porque todavía no hay evidencia para la efectividad de la vacunación en este grupo. Se debe seguir el procedimiento del tamizaje para lesiones premalignas en las mujeres vacunadas (Orozco, 2016). El uso consistente del condón podría proporcionar un efecto protector contra el VPH y las lesiones premalignas cervicouterinas. En mujeres tratadas por NIC2 se recomienda la vacunación para la prevención de recidivas de lesiones premalignas (Orozco, 2016).

Prevención secundaria.

La prevención secundaria se enfoca en la reducción del riesgo de CCU a través de la detección de las lesiones premalignas en mujeres asintomáticas, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones premalignas (Orozco, 2016).

Se distinguen dos modelos de tamizaje de lesiones premalignas: el tamizaje poblacional y el tamizaje oportunista. En el modelo del tamizaje poblacional se invita a todas las mujeres registradas como población diana para realizar el tamizaje. Mientras que en el modelo de tamizaje oportunista se le ofrece el tamizaje a aquellas mujeres que consultan a los servicios sanitarios (Orozco, 2016):

El tamizaje de las lesiones premalignas se puede realizar con varias técnicas: la citología (convencional y de base líquida), la prueba VPH (prueba que se lleva a cabo por el personal de salud o como auto - examen), el co-test (uso simultáneo de la citología y la prueba VPH) y la IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético) (Orozco, 2016).

Hay cuatro pruebas de VPH-ADN aprobadas por la FDA de los Estados Unidos de América:

-Cervista VPH 16/18: detecta los genotipos VPH 16 y VPH 18.

-Cervista VPH HR: detecta todos los genotipos oncogénicos del VPH de alto riesgo.

-Cobas VPH: detecta 14 genotipos oncogénicos del VPH de alto riesgo: genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68.

-Captura de híbridos II (HC2 High-Risk HPV ADN): detecta 13 genotipos oncogénicos del VPH de alto riesgo: los genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68; además de 5 genotipos del VPH de bajo riesgo (Orozco, 2016).

El uso de Co-test (la prueba de VPH y citología conjuntos) no se recomienda en mujeres de la población general, pero se recomienda el uso simultáneo de ambos métodos para el tamizaje de mujeres inmunodeprimidas y en el seguimiento de mujeres con resultados ASC-US o LSIL con prueba VPH negativa -vea la sección de manejo y seguimiento clínico (Orozco, 2016).

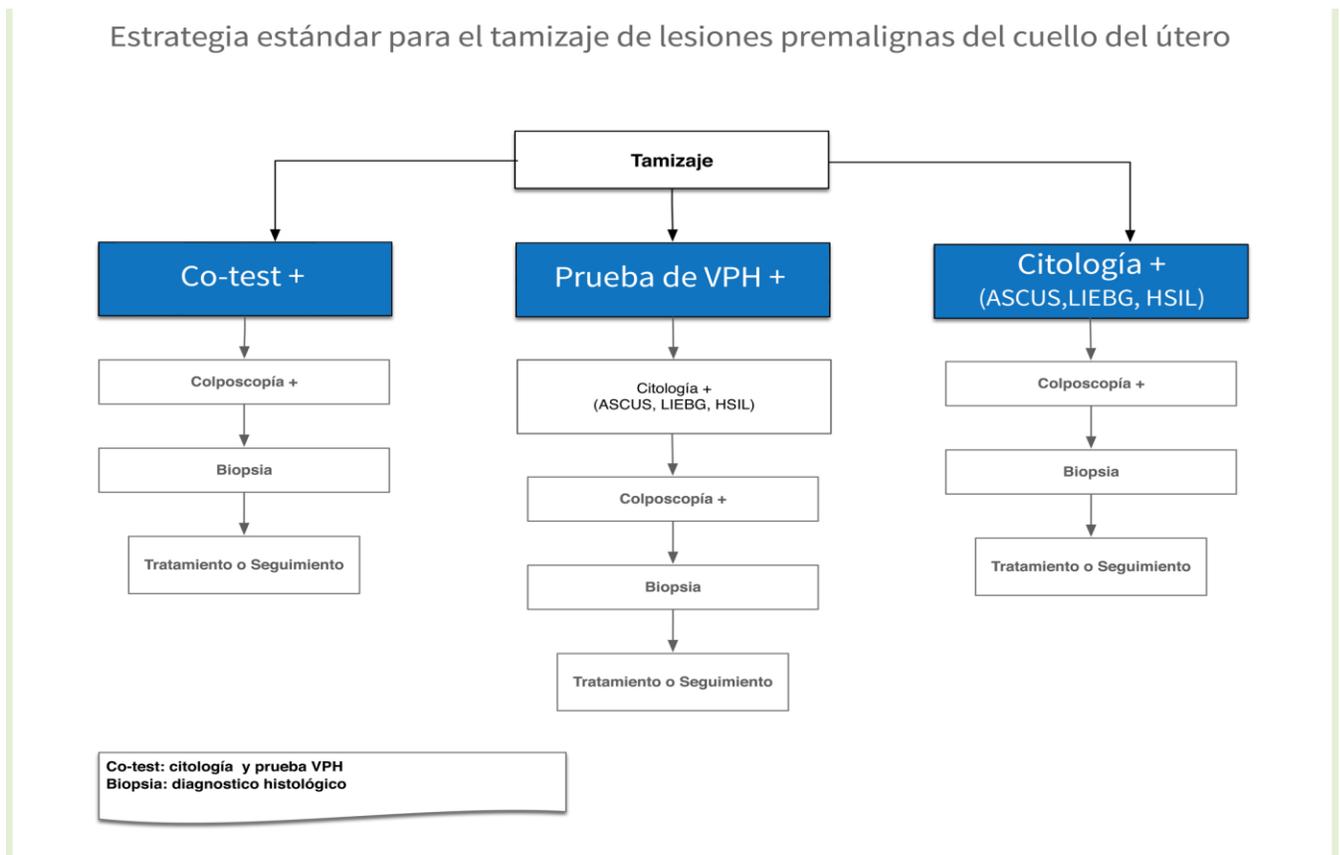
Se recomienda el tamizaje de las lesiones premalignas cervicouterinas en mujeres entre 21-65 años. No se recomienda realizar el tamizaje en mujeres menores de 21 años. En mujeres entre 30-65 años se recomienda el tamizaje con el examen VPH cada 5 años (opción preferible) o con citología (convencional o de base líquida) cada 3 años o con IVAA cada 3-5 años, según la infraestructura sanitaria y los recursos disponibles. No se recomienda usar el co-test en el tamizaje rutinario en mujeres entre 30-65 años en la población general. En mujeres entre 21-30 años se recomienda el tamizaje cada 3 años con citología (convencional o de base líquida) o con IVAA, según la infraestructura sanitaria y los recursos disponibles. En mujeres entre 21-30 años no se recomienda utilizar el examen VPH, ya que el valor predictivo positivo es limitado en este grupo etario. En mujeres menores de 21 años no se recomienda el tamizaje. En caso de que se realice el tamizaje y el resultado esté alterado por una lesión intraepitelial escamosa o

ASC-U, se recomienda no realizar tratamiento. Se debe hacer seguimiento con citología a partir de los 21 años. En mujeres mayores de 65 años, no se recomienda el tamizaje si en los 10 años anteriores tuvieron resultados negativos en el tamizaje, y si en los 20 años previos no tuvieron Cáncer cérvico uterino o NIC2 (Orozco, 2016).

No se recomienda realizar el tamizaje anualmente. En mujeres inmunodeprimidas entre 21-30 años se recomienda el tamizaje anual con citología. En mujeres inmunodeprimidas mayores de 30 años con tratamiento antirretroviral se recomienda el tamizaje cada 3 años con el co-test. En mujeres inmunodeprimidas mayores de 30 años sin tratamiento antirretroviral se recomienda el tamizaje anual con el co-test. Para mujeres con histerectomía previa por patología no relacionada con el CCU o NIC se recomienda no hacer el tamizaje. Para mujeres con historia de NIC2 se recomienda el tamizaje de rutina durante los siguientes 20 años (Orozco, 2016).

Conducta ante los resultados positivos en el tamizaje.

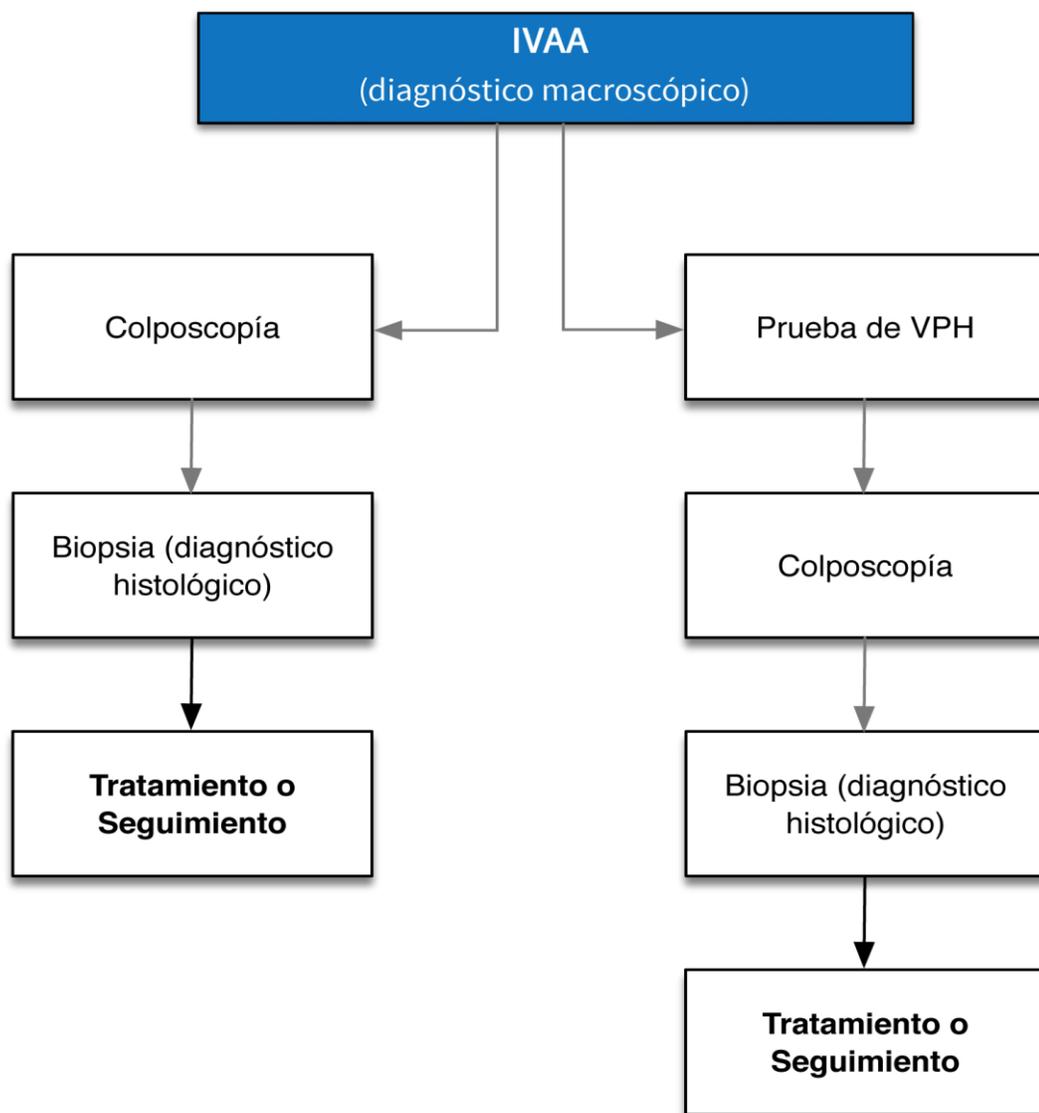
La estrategia estándar para el tamizaje de lesiones premalignas es realizar la prueba de tamizaje por citología. Si ésta resulta positiva se debe seguir con la prueba diagnóstica por histología, si el resultado es Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina Tipo 2 (NIC2) se prosigue con tratamiento o seguimiento. Se debe de considerar el siguiente algoritmo (Orozco, 2016):



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

Para el tamizaje con la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) las secuencias podrían ser las siguientes. Sin embargo, dado que la IVAA se usa normalmente en entornos con recursos limitados, las estrategias de tamizar-y-tratar son las estrategias más comunes para este tamizaje (Orozco, 2016).

Secuencia del tamizaje basado en la IVAA

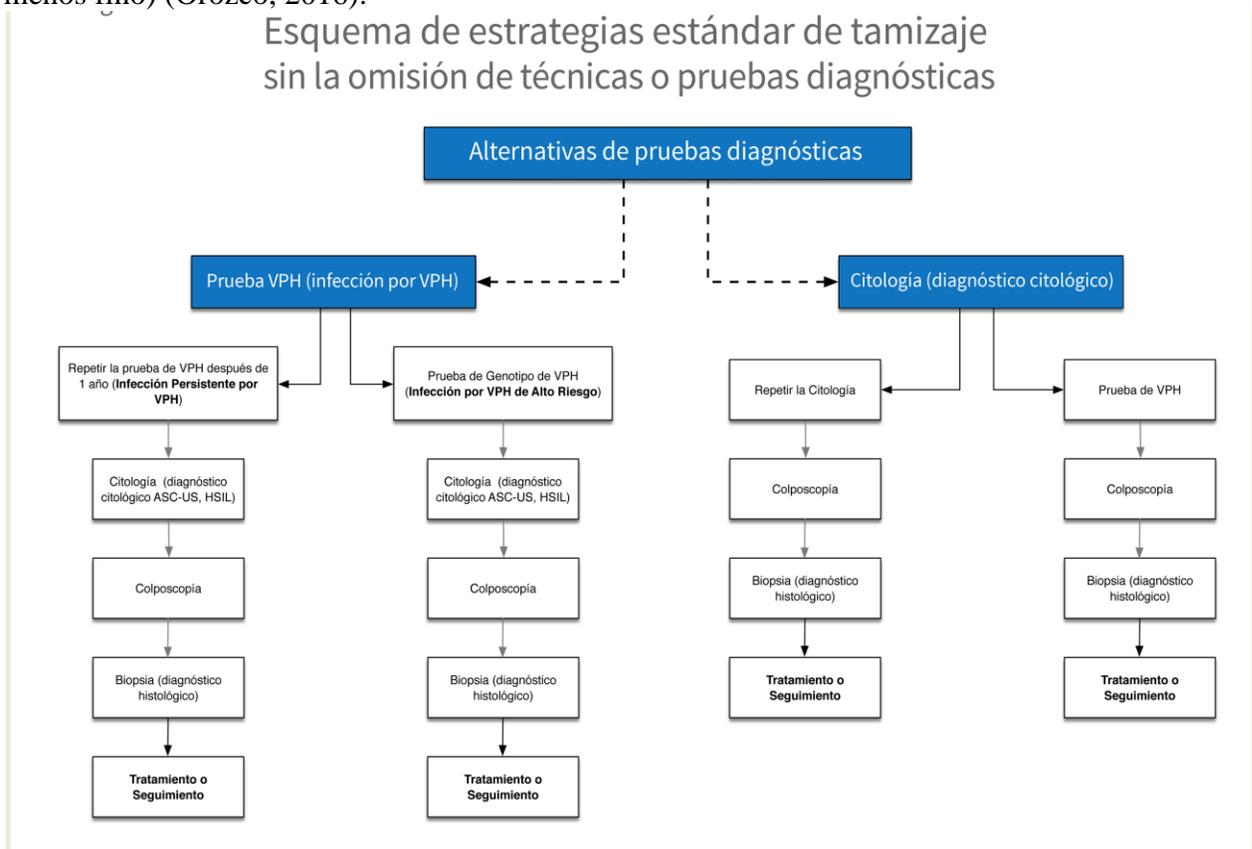


Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

En todas estas secuencias se empieza con una prueba con alta sensibilidad para identificar tantas mujeres como sea posible con riesgo de NIC 2, así como en lo posible obtener la menor cantidad de mujeres con resultados falsos negativos. Se procede con pruebas más específicas para distinguir entre mujeres con riesgo de NIC2 y mujeres con diagnóstico definitivo de NIC2, de esta manera se procura evitar darles tratamiento a aquellas sin diagnóstico definitivo de NIC2, es decir, evitar el sobretratamiento. Se debe considerar que las estrategias del tamizaje consisten en pasar por técnicas de tamizaje cada vez más finas (Orozco, 2016).

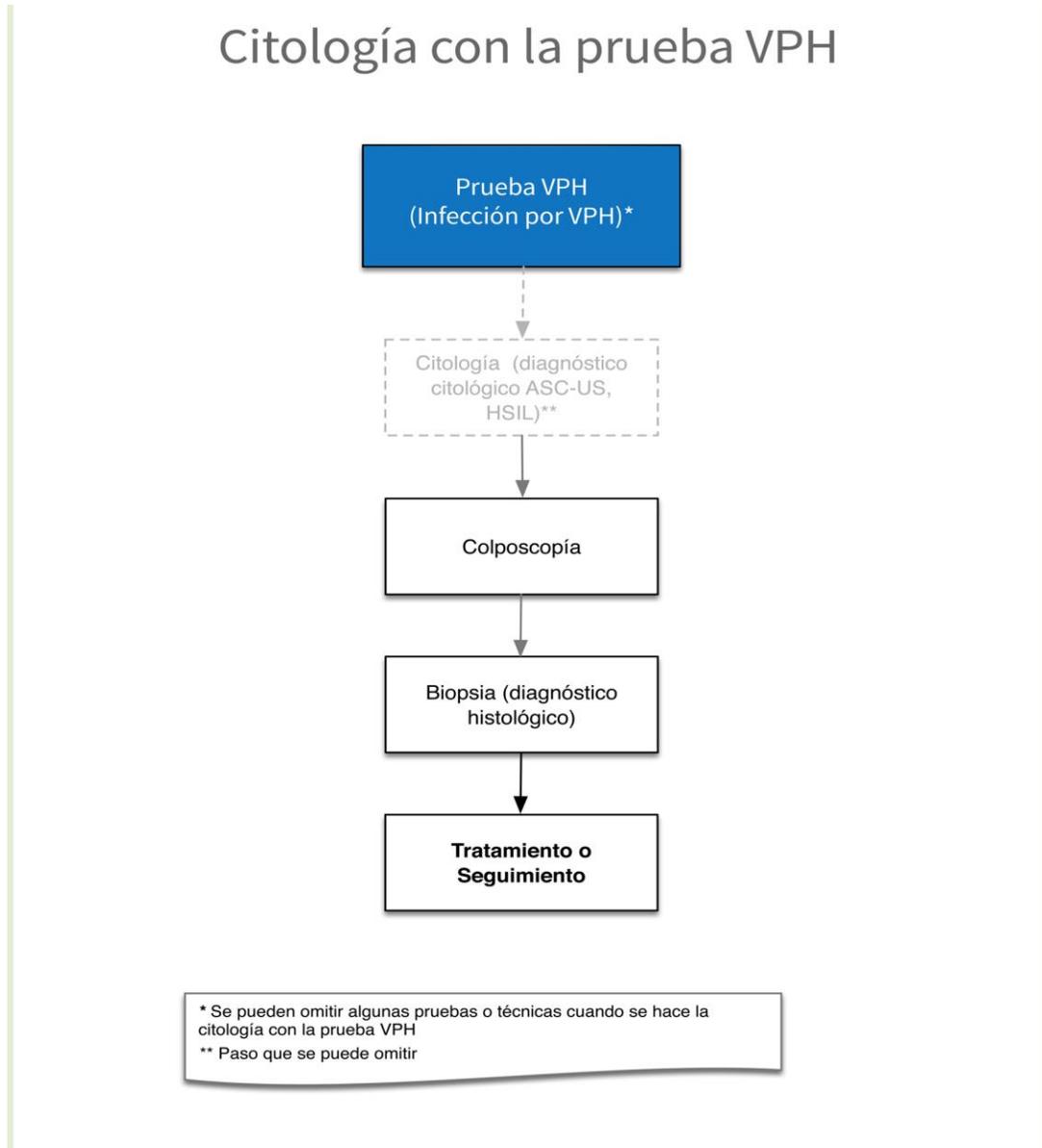
Existen varias alternativas para el uso de las estrategias estándar. Se pueden realizar más pasos (usar un tamiz más fino) y también se pueden omitir algunos pasos (usar un tamiz menos fino) (Orozco, 2016).

Esquema de estrategias estándar de tamizaje sin la omisión de técnicas o pruebas diagnósticas



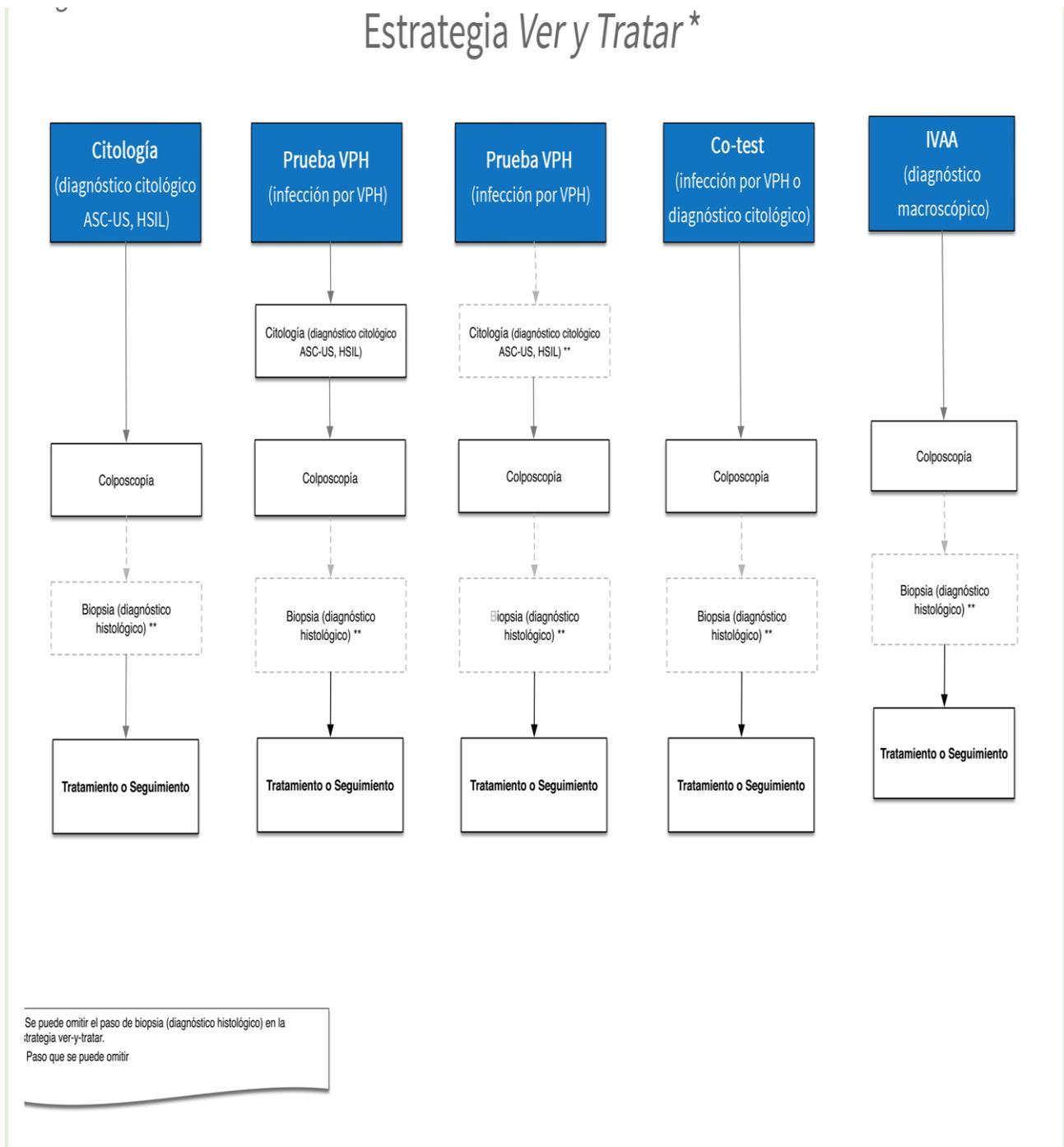
Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

Las ventajas de añadir pasos podrían ser reducir el riesgo de sobretratamiento y evitar colposcopías innecesarias (colposcopías en mujeres con riesgo relativamente bajo de NIC2). Las desventajas pueden ser que la paciente tenga que ir más veces a la clínica y por lo tanto se elevan los costos. Se pueden omitir algunas pruebas o técnicas cuando se hace la citología con la prueba VPH, tal y como se muestra en el siguiente algoritmo (Orozco, 2016):



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

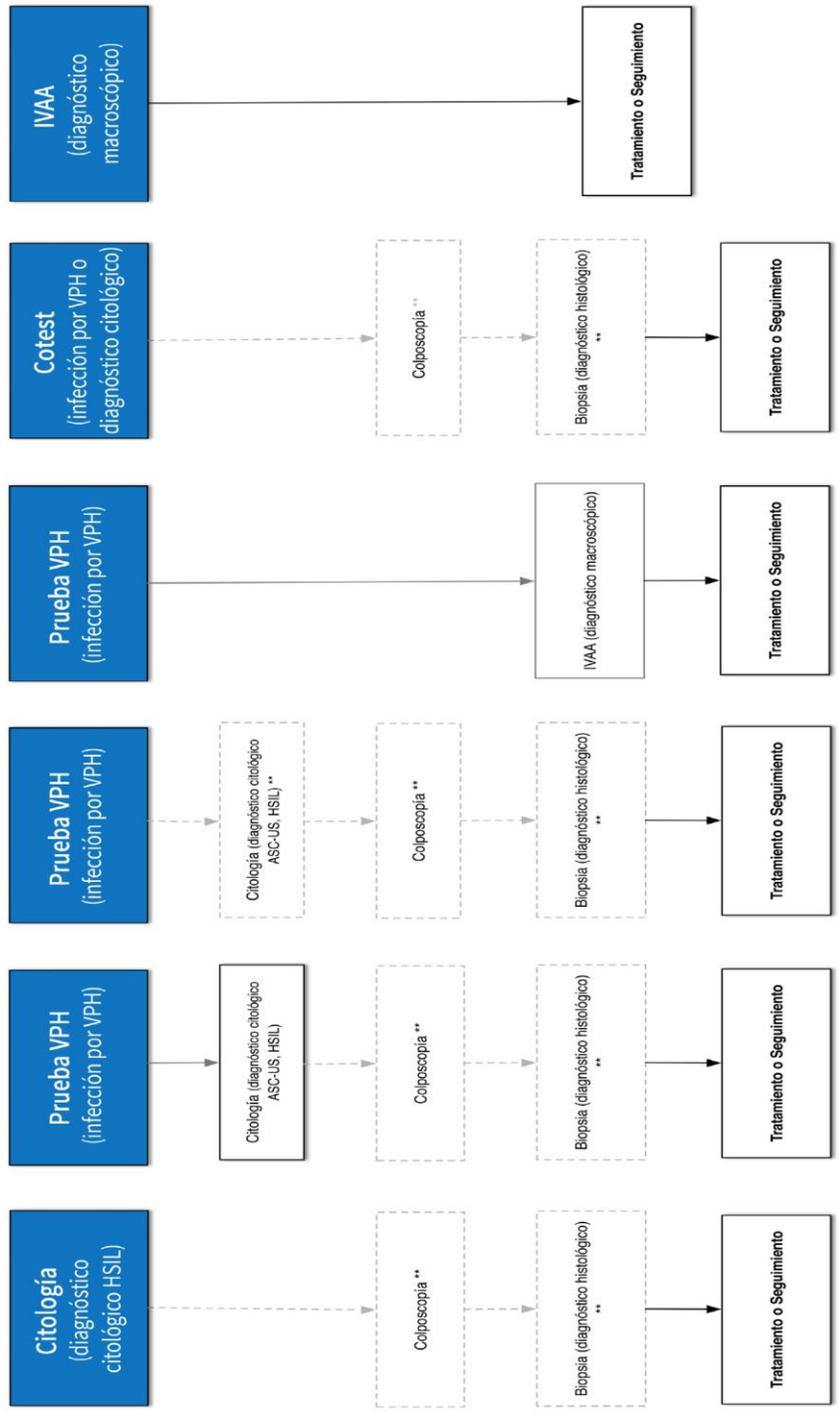
Además, se puede omitir el paso de biopsia (diagnóstico histológico) en la estrategia ver-y-tratar, como se ejemplifica en el siguiente algoritmo (Orozco, 2016):



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

De la misma manera, se puede omitir el paso de la colposcopia haciendo la estrategia tamizar-y-tratar, tal y como se muestra en el siguiente algoritmo (Orozco, 2016):

Estrategia Tamizar y Tratar*



* Se puede omitir el paso de la colposcopia haciendo la estrategia tamizar y tratar
 ** Paso que se puede omitir

Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

El tamizaje basado en la citología seguida por colposcopia, biopsia y tratamiento o seguimiento, es la estrategia más común en los países centroamericanos. Para el tamizaje basado en la prueba VPH se usan todas las secuencias mencionadas anteriormente. La estrategia de tamizar-y-tratar no es muy utilizada en la actualidad (Orozco, 2016).

Se recomienda repetir la citología entre 2-4 meses en aquellas mujeres con resultado de citología no satisfactorio. Si la citología resulta positiva u otra vez no satisfactoria, se recomienda realizar la colposcopia. Se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario si la citología resulta negativa (Orozco, 2016).

En mujeres mayores de 30 años con resultado de citología no satisfactorio, se acepta realizar la prueba de VPH en lugar de repetir la citología. Si la prueba de VPH resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si resulta negativa se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario. Para las mujeres embarazadas con resultado de citología no satisfactorio, la conducta clínica es similar a la de las mujeres no embarazadas (Orozco, 2016).

En las mujeres con resultado de citología negativo, sin muestra adecuada de la zona de transformación o citología negativa con número de células endocervicales insuficiente, se recomienda el programa de tamizaje rutinario. En mujeres mayores de 30 años se puede considerar realizar la prueba de VPH inmediata (Orozco, 2016).

En mujeres < 25 años con resultado ASC-US en la citología se recomienda repetir la citología a intervalos de 1 año. Si la citología después de 1 año resulta ASC-H o HSIL se recomienda realizar colposcopia, pero si resulta negativa, ASC-US o LSIL se recomienda repetir la citología otra vez después de 1 año. Si esta última resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa (entonces después de 2 resultados negativos consecutivos) se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

En mujeres < 25 años con resultado ASC-US en la citología se acepta realizar la prueba VPH. Si la prueba resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, si la prueba es negativa se recomienda seguir la conducta clínica se repetirá la citología en 1 año (Orozco, 2016).

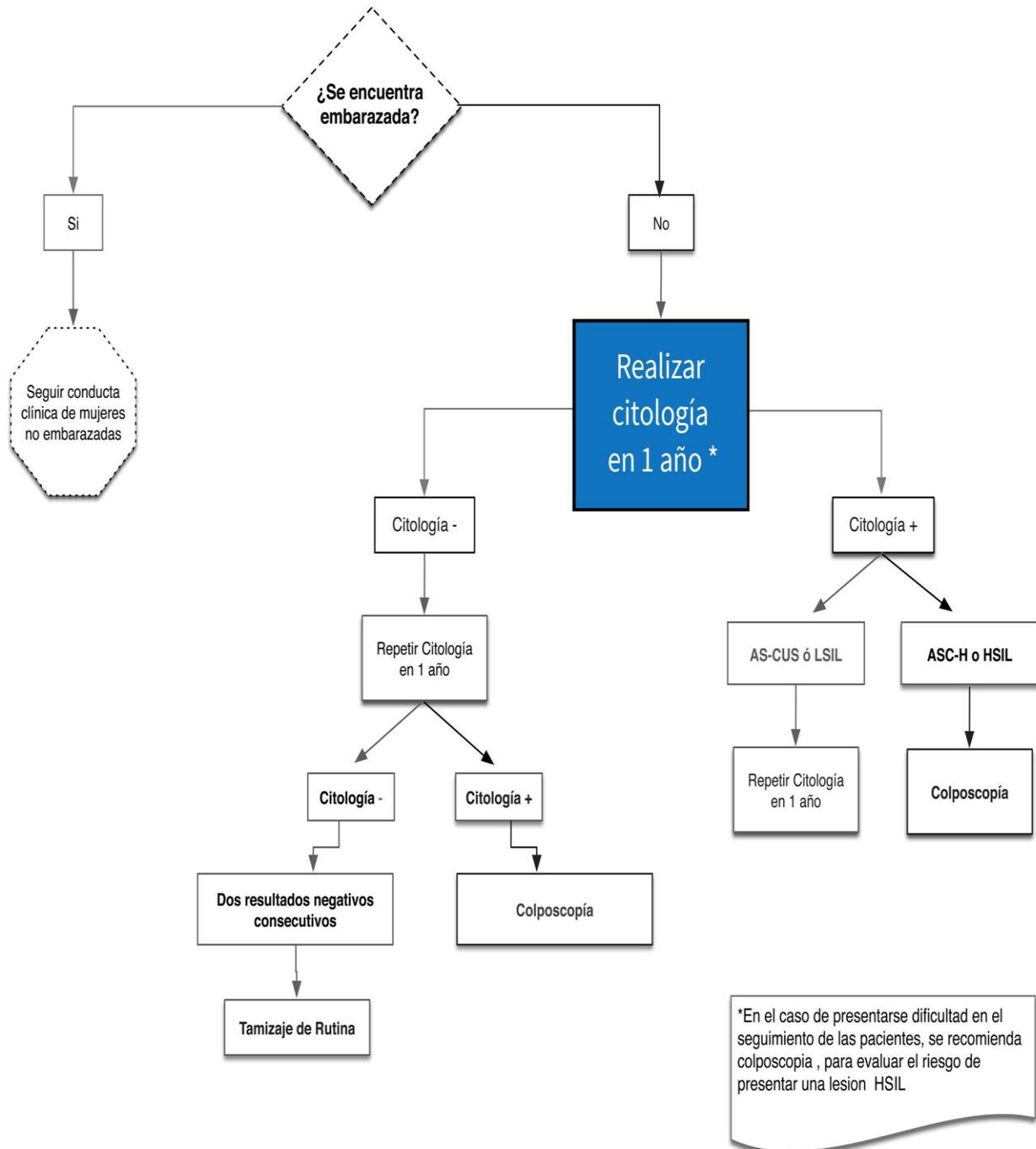
En mujeres \geq 25 años con resultado de ASC-US en la citología se recomienda realizar la prueba VPH. Si la prueba VPH resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, si la prueba VPH resulta negativa se recomienda realizar la citología y la prueba VPH después de 3 años (Orozco, 2016).

En mujeres \geq 25 años con resultado de ASC-US en la citología y en centros donde la prueba VPH no esté disponible, se acepta repetir la citología a intervalos de 1 año. Si la citología después de 1 año resulta ASC-H o HSIL se recomienda realizar la colposcopia. Si resulta negativa, ASC-US o LSIL se recomienda repetir la citología otra vez después de 1 año y en caso que ésta resulte positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa (entonces después de 2 resultados negativos consecutivos) se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

En mujeres embarazadas con resultado de citología ASC-US, la conducta clínica es similar a la de las mujeres no embarazadas; sin embargo, se puede posponer la colposcopia hasta 6 semanas después del parto (Orozco, 2016).

Considere el siguiente algoritmo en pacientes menores de 25 años con resultado de LSIL en la citología (Orozco, 2016):

Mujeres menores de 25 años con resultado de citología de LSIL

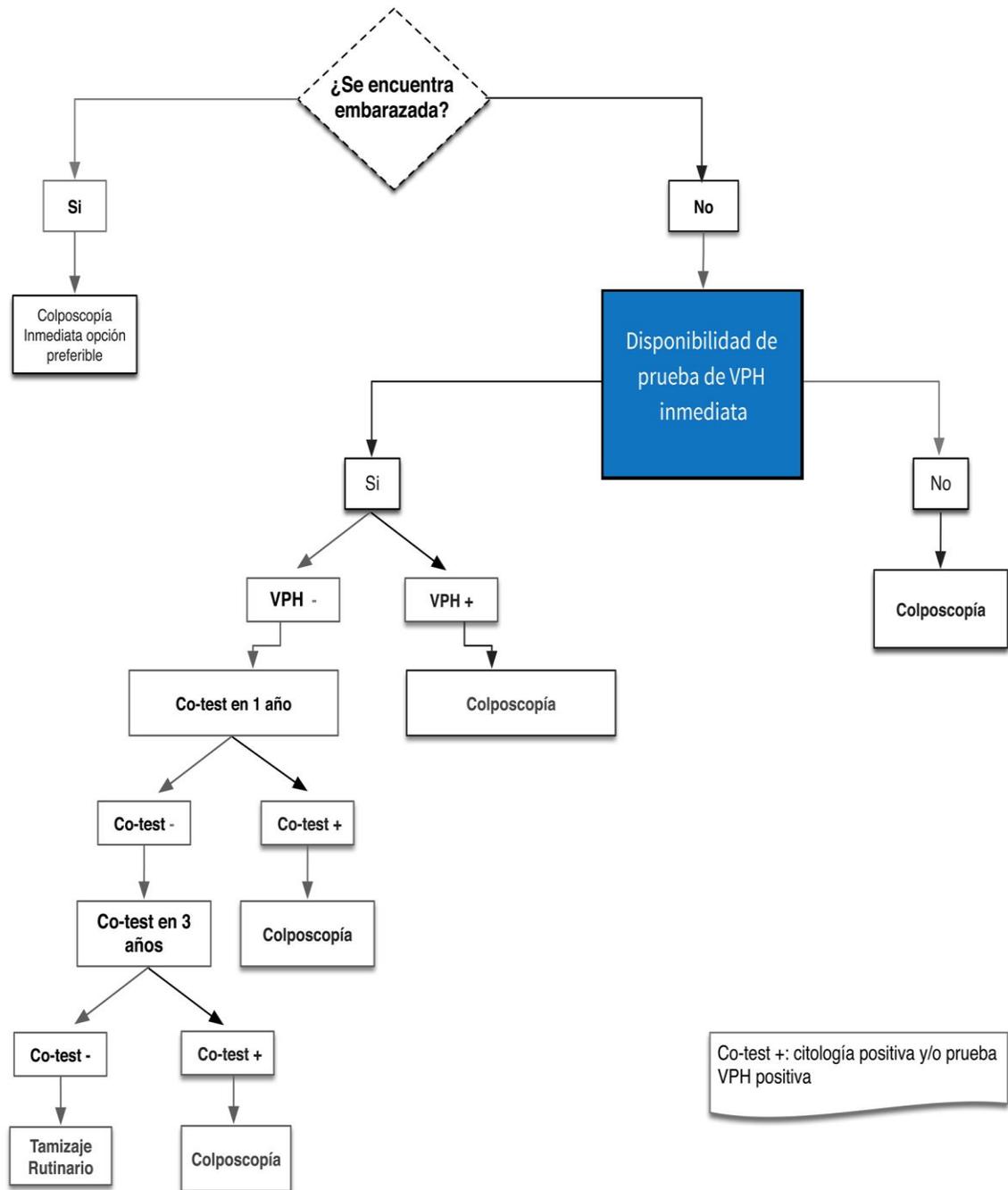


Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

Algoritmo en pacientes de 25 o más años de edad con resultado de LSIL en la citología

(Orozco, 2016):

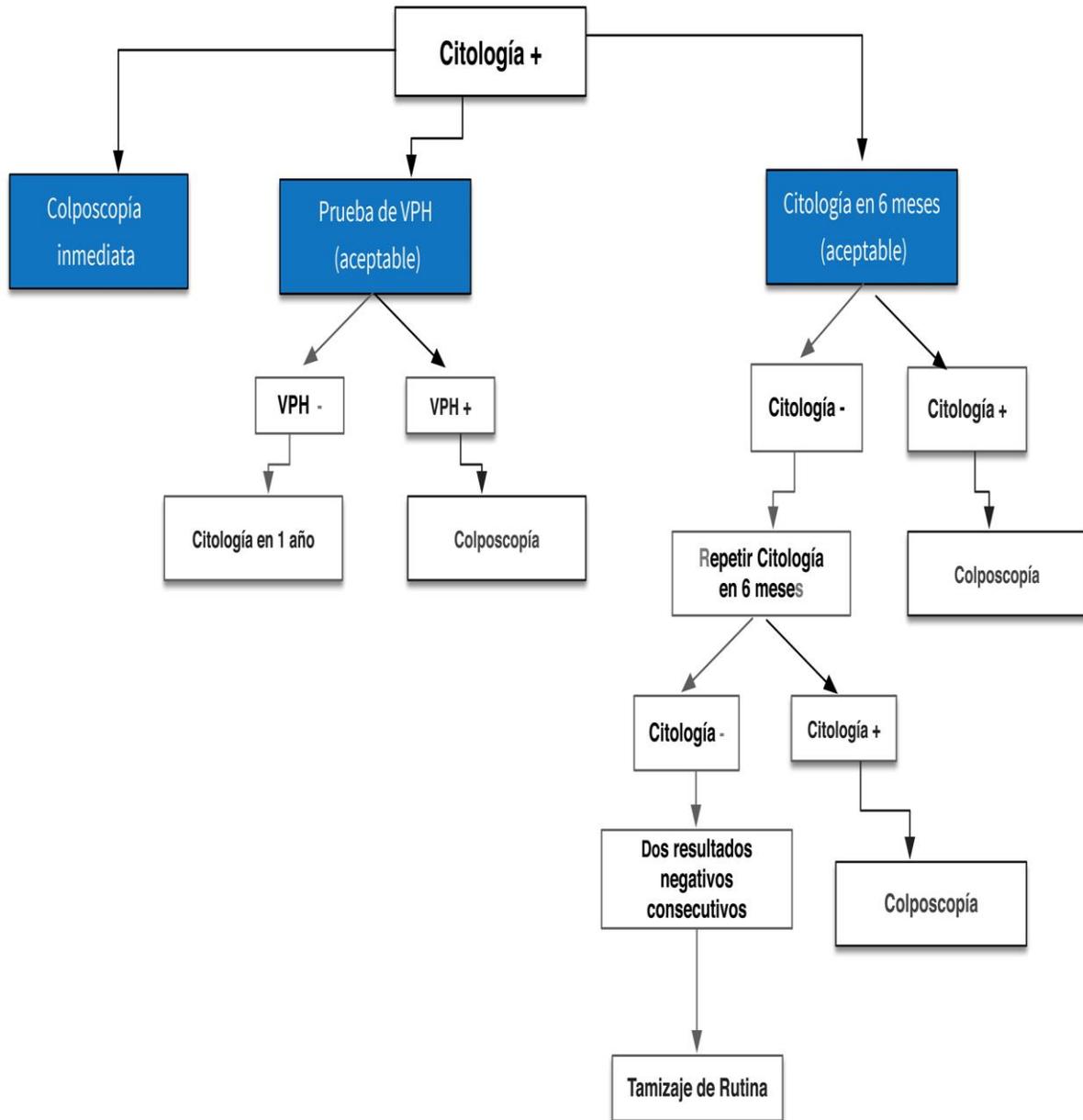
Mujeres mayores de 25 años con resultado de citología de LSIL



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

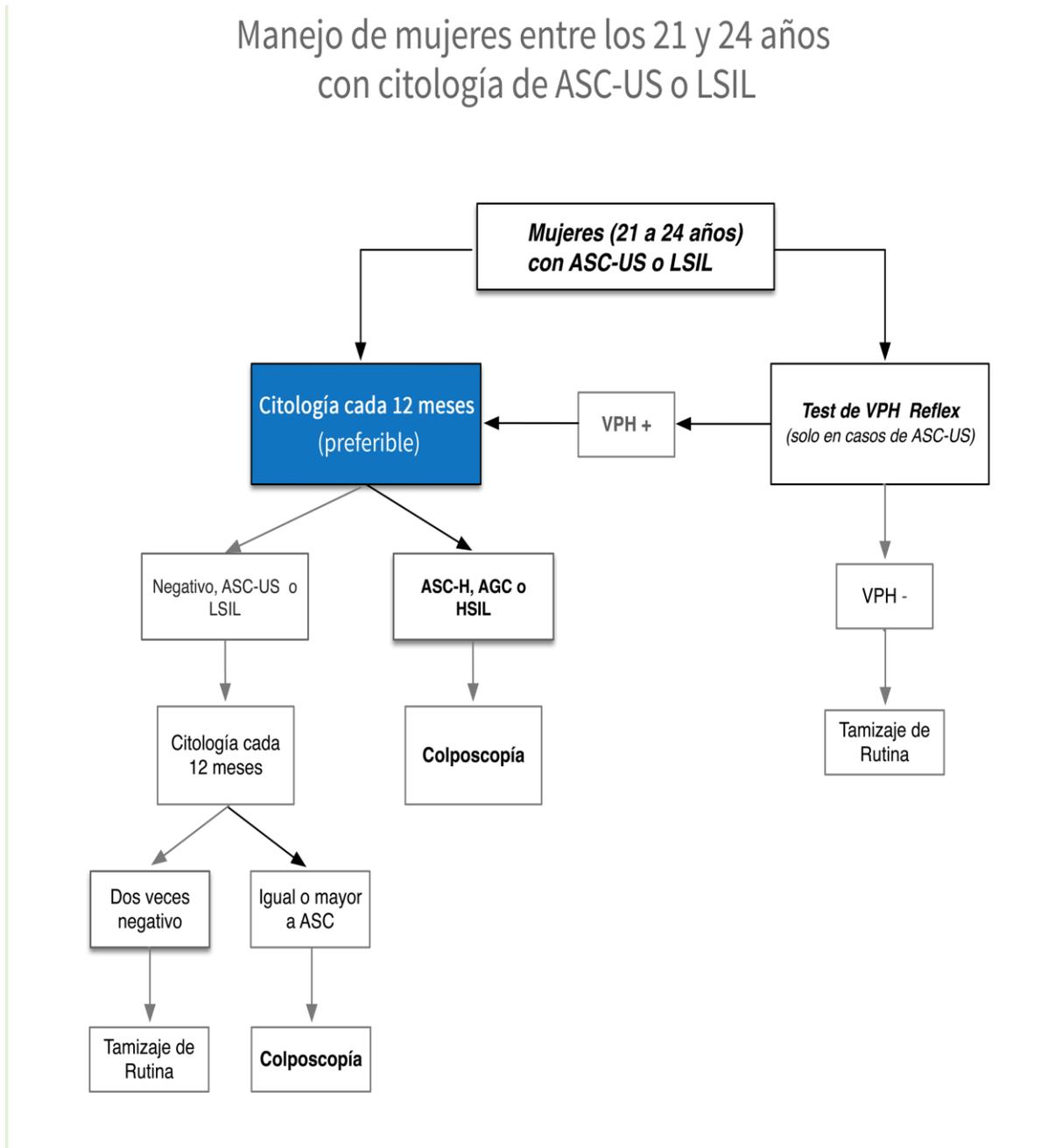
Algoritmo en pacientes posmenopáusicas con resultado de LSIL en la citología (Orozco, 2016):

Posmenopáusicas con resultado de citología de LSIL



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

Algoritmo en pacientes entre los 21 y los 24 años con citología de ASCUS o LSIL (Orozco, 2016):



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

En mujeres < 25 años con resultado de citología LSIL se recomienda repetir la citología a intervalos de 1 año. Se recomienda realizar la colposcopia si la citología después de 1 año muestra ASC-H o HSIL. Si la citología después de 1 año es negativa, ASC-US o LSIL se recomienda repetir la citología después de 1 año y si esta resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa después de 2 resultados negativos consecutivos se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

En mujeres \geq 25 años con resultado de citología LSIL se recomienda realizar la prueba VPH inmediatamente. Si la prueba resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa se recomienda realizar el co-test después de 1 año. Si el co-test después de 1 año resulta positivo (citología y/o la prueba VPH positiva) se recomienda realizar la colposcopia. Si el co-test resulta negativo se recomienda repetir el co-test después de 1 año (Orozco, 2016).

En mujeres \geq 25 años con resultado de citología LSIL y en centros donde la prueba VPH no esté disponible, se acepta realizar la colposcopia inmediatamente. En mujeres posmenopáusicas con resultado de citología LSIL, se recomienda realizar la colposcopia inmediata (Orozco, 2016).

En mujeres posmenopáusicas con resultado de citología LSIL, se recomienda realizar la prueba VPH. Si resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa se recomienda repetir la citología después de 1 año. Si después de 1 año resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa se recomienda repetir la citología después de 1 año. Si la citología resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, si la citología resulta negativa (entonces 2 resultados consecutivos negativos) se recomienda el programa de tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

En mujeres posmenopáusicas con resultado de citología LSIL, se acepta repetir la citología después de 6 meses. Si la citología después de 6 meses resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa se recomienda repetir la citología después de 6 meses. Si ésta es positiva se recomienda la colposcopia, pero si es negativa (entonces 2 resultados negativos consecutivos) se recomienda el programa de tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

Para todas las mujeres con resultado ASC-H en el tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia inmediata. En mujeres < 25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia inmediata. En mujeres \geq 25 años con HSIL se recomienda la colposcopia inmediata, inclusive el legrado endocervical. Si la colposcopia resulta no satisfactoria, se recomienda realizar el tratamiento con LEEP (Orozco, 2016).

En mujeres \geq 25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, se acepta la técnica ver y tratar. Es decir, tratar con LEEP (sin obtener el diagnóstico histológico antes de tratar) (Orozco, 2016).

En mujeres con resultado ACG y con atipias endometriales en el tamizaje, se recomienda realizar el legrado endocervical y la biopsia endometrial. Si ambos resultan negativos se recomienda realizar la colposcopia (Orozco, 2016).

En mujeres < 35 años con resultado ACG-NOS o ACG-H, se recomienda realizar la biopsia inmediata (con biopsia de las zonas anormales) y el legrado endocervical (Orozco, 2016).

En mujeres con resultado ACG-NOS o ACG-H con síntomas de riesgo de cáncer de endometrio (hemorragia vaginal inexplicable), se recomienda realizar la colposcopia, el legrado endocervical, la biopsia endometrial y la ecografía ginecológica (Orozco, 2016).

En mujeres \geq 35 años con resultado ACG-NOS o ACG-H, se recomienda realizar la colposcopia, el legrado endocervical, la biopsia endometrial y la ecografía ginecológica (Orozco, 2016).

En mujeres premenopáusicas con citología con presencia de células endometriales en el tamizaje (asintomáticas), se recomienda realizar el tamizaje según el programa de tamizaje rutinario. En mujeres posmenopáusicas se recomienda realizar la evaluación ginecológica para descartar patología endometrial (Orozco, 2016).

En mujeres con resultado de AIS en la citología del tamizaje, se recomienda realizar la colposcopia, el legrado endocervical y la biopsia endometrial (Orozco, 2016).

Se recomienda realizar la citología en todas las mujeres con un resultado VPH positivo en el tamizaje, para identificar las mujeres con cambios celulares. En mujeres VPH positivas y con resultados anormales en la citología, el riesgo para NIC3 requiere colposcopia inmediata (Orozco, 2016).

En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH del tamizaje, se recomienda realizar la citología (si es posible técnica réflex, utilizando la muestra de la prueba VPH). Si la citología resulta positiva o no satisfactoria se recomienda realizar la colposcopia (Orozco, 2016).

En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH del tamizaje y con una posterior citología negativa, se recomienda repetir la prueba VPH después de 1 año. Si la repetición de la prueba VPH resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, si resulta negativa se recomienda el tamizaje según el programa rutinario (Orozco, 2016).

En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH en el tamizaje y en cuyos centros la citología no esté disponible o se determine un alto riesgo de pérdida de seguimiento de la mujer, se recomienda saltar el paso de la citología y realizar la colposcopia inmediata. En mujeres con resultado positivo en la prueba VPH en el tamizaje, también se acepta repetir la prueba de VPH después de 6 meses y si la repetición resulta positiva realizar la colposcopia (Orozco, 2016).

En situaciones en las que el tamizaje convencional es difícil de realizar, se recomienda el método tamizar-y-tratar con la prueba VPH, seguido por IVAA, seguido por crioterapia o LEEP (Orozco, 2016).

Conducta ante los resultados positivos de colposcopia y biopsia

Se define neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) como aquellos cambios de carácter premaligno que se generan en el epitelio del cérvix a nivel de la zona de transformación (ZT). Anteriormente se le conocía como displasia cervical. Se clasifican en: NIC 1, NIC 2 y NIC 3, siendo las dos últimas lesiones de alto grado (Orozco, 2016).

La colposcopia es una prueba que consiste en examinar el cérvix y la vagina mediante un colposcopio, posterior a la aplicación de una solución de ácido acético al 3%-5%; se pueden obtener biopsias de lesiones sospechosas de neoplasia. Se considera que una colposcopia es satisfactoria cuando se observa la unión escamocolumnar y los márgenes de aquellas lesiones visibles mediante el colposcopio (Orozco, 2016).

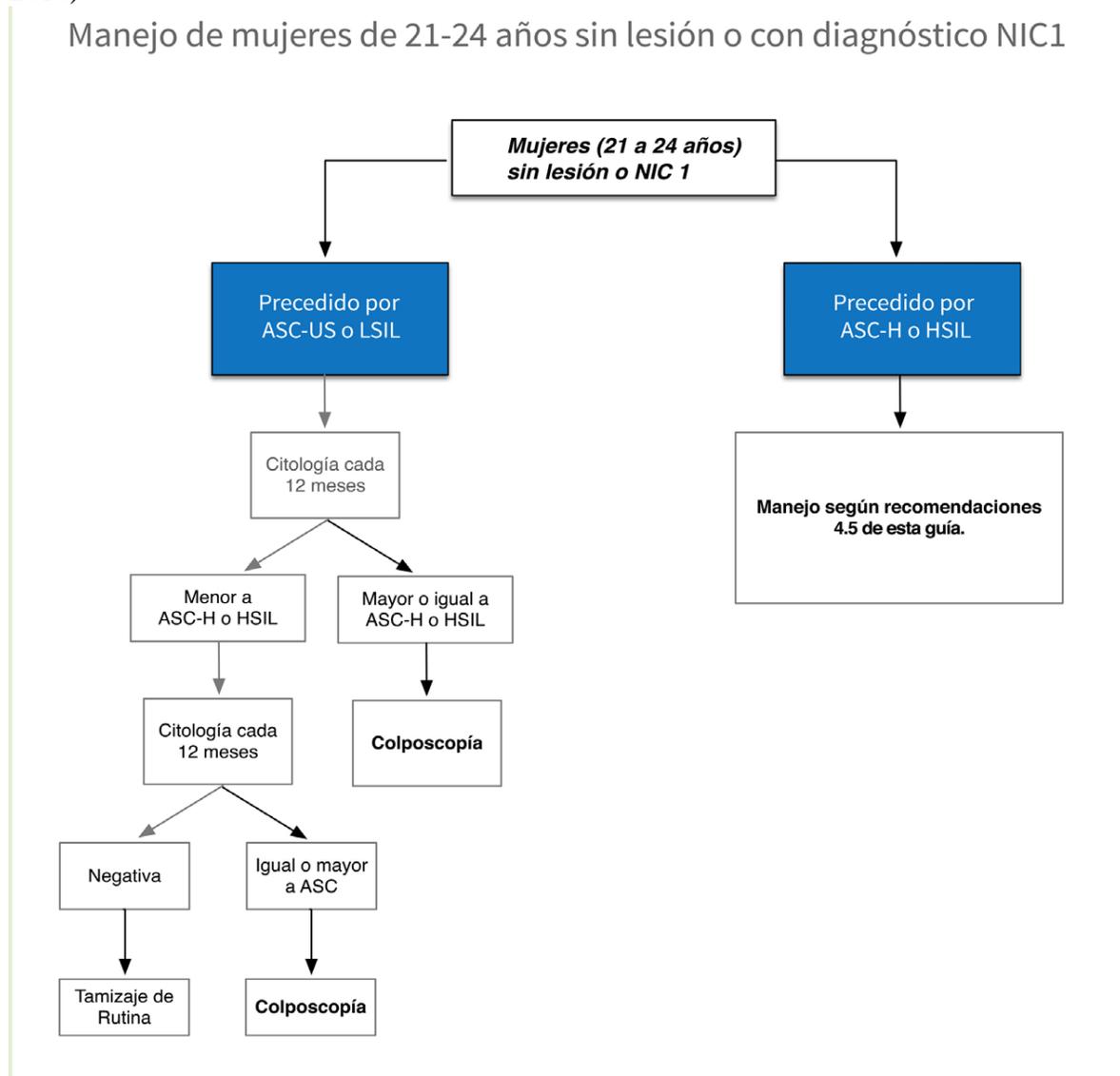
El procedimiento diagnóstico escisional hace referencia a los métodos para obtener un espécimen de la zona de transformación y el canal endocervical, con el objetivo de estudiarlo histológicamente. Dichos métodos pueden ser: conización cervical con bisturí frío o láser, conización electro quirúrgica con asa, escisión electro quirúrgica con asa. La prueba para obtener una muestra endocervical consiste en obtener un espécimen para evaluación histológica (mediante cepillo para citología (cytobrush) o cureta endocervical) o citológica (mediante el cepillo para citología) (Orozco, 2016).

La impresión colposcópica lleva al diagnóstico preliminar de la NIC: el índice de Reid 0-2 sugiere infección con VPH o NIC1, el índice de Reid 3-5 sugiere NIC o NIC2 y el índice de

Reid 6-8 sugiere NIC2 o NIC3. Con la biopsia del cuello uterino y el legrado endocervical se puede obtener el diagnóstico histológico de NIC (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con sospecha de NIC2 o NIC3 realizar 2 o más biopsias de cérvix, ya que podría aumentar la sensibilidad del método diagnóstico (Orozco, 2016).

Algoritmo en pacientes entre 21 y 24 años sin lesión o con diagnóstico de NIC 1 (Orozco, 2016):



Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con NIC 1 e historia de ASC-US o LSIL, repetir la citología en intervalos de 12 meses. Se recomienda la colposcopia si en la citología a los 12 meses se encuentran: células escamosas atípicas, si no se puede excluir ASC-H, HSIL, células glandulares atípicas o cáncer, así como si se documenta ASC-US o una lesión mayor a los 24 meses. Si la citología resulta negativa en dos ocasiones consecutivas, se prosigue con tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con NIC 1 e historia de ASC-US o LSIL, realizar el co-test a los 12 meses. Si VPH y citología son negativos a los 12 meses y la paciente es < 30 años se recomienda citología, si es > 30 años se recomienda co-test; ambas pruebas deben realizarse a los 3 años. Si alguna de las pruebas tiene resultados alterados, se recomienda hacer colposcopia. Si a los 3 años todas las pruebas son negativas, se prosigue con tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con NIC1 persistente durante al menos 2 años e historia de ASC-US o LSIL, realizar el procedimiento diagnóstico escisional si: la colposcopia no es satisfactoria, si la muestra endocervical presenta NIC2 o NIC3, o si la paciente recibió tratamiento anteriormente. No se recomienda legrado endocervical en mujeres embarazadas (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con NIC 1 e historia de ASC-H o HSIL, observar durante 24 meses utilizando tanto colposcopia como citología en intervalos de 6 meses, bajo la condición de que la colposcopia sea satisfactoria y la evaluación endocervical sea negativa o NIC 1. Se recomienda realizar una biopsia si durante el proceso de seguimiento se documenta una lesión colposcópica de alto grado o persiste la citología con HSIL durante un año. Si se

reportan dos citologías negativas o no se evidencia una lesión colposcópica de alto grado, se recomienda continuar con el tamizaje rutinario (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con NIC 1 e historia de ASC-H o HSIL, realizar un procedimiento diagnóstico escisional si: la colposcopia es no satisfactoria, se identifica NIC2 o NIC3 en la muestra endocervical, o si persiste HSIL durante 24 meses sin que se identifique NIC2 o NIC3 o una lesión de mayor grado (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con NIC 1 e historia de ASC-H o HSIL con una colposcopia satisfactoria y la evaluación endocervical negativa o NIC 1, realizar co-test a los 12 y 24 meses. Si VPH y citología son negativos a los 12 y 24 meses y la paciente es < 30 años se recomienda seguimiento con citología; si es > 30 años se recomienda co-test; ambas pruebas se deben realizar a los 3 años. Si a los 12 o 24 meses la VPH es positiva o la citología es anormal (diferente a HSIL), se recomienda realizar colposcopia. Si se reporta HSIL en la citología a los 12 o 24 meses, se recomienda un procedimiento diagnóstico escisional (Orozco, 2016).

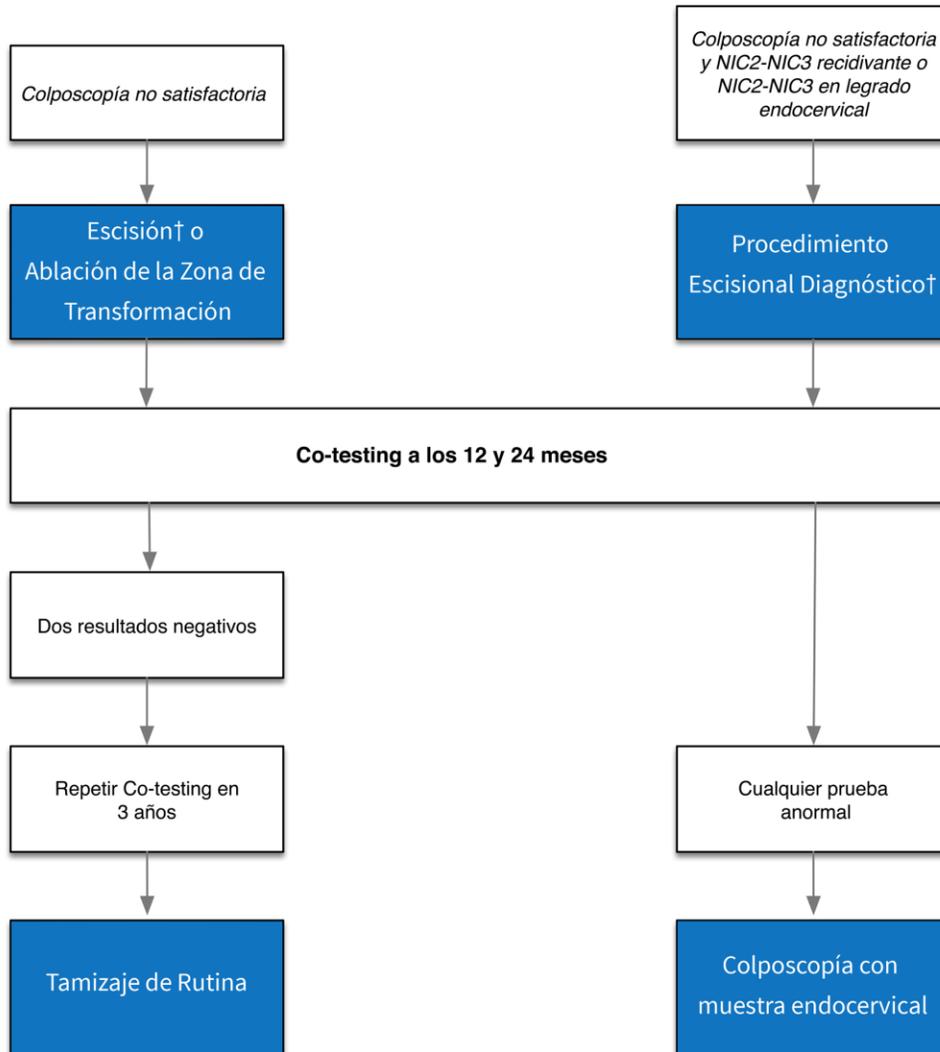
Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con NIC 1 e historia de ASC-H o HSIL con una colposcopia satisfactoria y la evaluación endocervical negativa o NIC 1, realizar un procedimiento diagnóstico escisional si la paciente no está embarazada (Orozco, 2016).

Se recomienda entre 21 y 24 años y ≥ 25 años con NIC 1 en la muestra endocervical posterior a un diagnóstico de ASC-US o LSIL y sin detección de NIC 2 o una lesión de mayor grado en la biopsia por colposcopia, seguir con el manejo recomendado para un NIC 1 y repetición de la muestra endocervical en 12 meses (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres con NIC 1 en la muestra endocervical y ASC-H, HSIL o ACG en la citología, o NIC 2 o una lesión de mayor grado en la biopsia por colposcopia; seguir con el manejo específico para cada alteración (Orozco, 2016).

Algoritmo para la conducta clínica ante el diagnóstico histológico de NIC 2-3 (Orozco, 2016):

Manejo de mujeres con diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial grado 2 y 3 (NIC 2-3)



**Manejo varía en circunstancias especiales o en caso de embarazadas o edad entre 21 a 24.
† Si se identifica NIC2 o NIC3 en el margen de una pieza quirúrgica escisional o en el legrado endocervical concurrente, se prefiere obtener citología y legrado endocervical a los 4-6 meses, pero es aceptable repetir el procedimiento escisional y la histerectomía es aceptable si la re-escisión es imposible.*

Fuente: Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, observar durante 12 meses con colposcopia y citología en intervalos de 6 meses, si es posible el seguimiento, la colposcopia es satisfactoria, la zona de transformación y la lesión son totalmente visibles (lesión no extensa <50% del cérvix) con legrado endocervical negativo. Se recomienda después de 2 resultados negativos consecutivos en la citología, realizar el co-test un año después. Si el co-test es negativo, se recomienda repetir esta prueba en 3 años. Se recomienda realizar colposcopia cuando uno de los resultados del co-test sea anormal (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, repetir la biopsia de cérvix si la apariencia de la lesión por colposcopia empeora o si persiste durante un año la lesión de alto grado o la citología con HSIL. Si la biopsia reporta NIC 2 o una lesión de mayor grado, se recomienda realizar tratamiento escisional (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, repetir la biopsia de cérvix si la apariencia de la lesión por colposcopia empeora o si persiste durante un año la lesión de alto grado o la citología con HSIL. Si la biopsia reporta NIC 2 o una lesión de mayor grado, se recomienda realizar tratamiento escisional (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, NIC 3 o NIC no especificado, brindar tratamiento u observación durante 12 meses con citología y colposcopia en intervalos de 6 meses, bajo la condición de que la colposcopia sea satisfactoria (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con diagnóstico de NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3, realizar tratamiento con escisión o ablación si la colposcopia es satisfactoria (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con diagnóstico de NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3, realizar el procedimiento diagnóstico escisional si: la colposcopia no es satisfactoria, muestra endocervical con NIC 2, NIC 3, NIC 2-3 o NIC no clasificado, o si se documenta en forma recurrente NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 (Orozco, 2016).

No se recomienda la histerectomía como terapia inicial de NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres que recibieron tratamiento por NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3, realizar el seguimiento con co-test a los 12 y 24 meses. Si alguna de las pruebas está alterada, se recomienda realizar colposcopia con muestra endocervical. Si el co-test es negativo a los 12 y 24 meses, se recomienda repetir la prueba en 3 años. Si a los 3 años la prueba es negativa, se recomienda proseguir con tamizaje rutinario por lo menos durante 20 años aun cuando la paciente sobrepase los 65 años de edad. Se acepta la histerectomía o repetir el procedimiento diagnóstico escisional en aquellas mujeres con diagnóstico histológico recurrente o persistente de NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres con NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 identificado en los márgenes de un procedimiento diagnóstico escisional o en una muestra endocervical obtenida inmediatamente después del procedimiento, revalorar a los 4-6 meses posteriores al tratamiento con citología con muestra endocervical (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres con NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 identificado en los márgenes de un procedimiento diagnóstico escisional o en una muestra endocervical obtenida inmediatamente después del procedimiento, repetir el procedimiento diagnóstico escisional. Si no es factible repetir dicho procedimiento, se recomienda la histerectomía (Orozco, 2016).

En aquellas pacientes en las que se reporte histológicamente una NIC 3, se debe tener en consideración la edad, el embarazo y si la colposcopia es o no satisfactoria; esto con el objetivo de que la conducta clínica a seguir sea lo más acorde al grupo poblacional específico que se va a tratar (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres embarazadas con NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 y en ausencia de enfermedad invasiva o embarazo avanzado, realizar colposcopias y citologías adicionales en intervalos frecuentes no menores a 12 semanas (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres embarazadas con NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 y en ausencia de enfermedad invasiva o embarazo avanzado, repetir la biopsia solo si empeora la apariencia de la lesión o la citología sugiere cáncer (invasivo). Se acepta realizar un procedimiento diagnóstico escisional solo si se sospecha invasión (Orozco, 2016).

No se recomienda realizar la citología y colposcopia antes de las 6 semanas postparto. Se acepta en mujeres embarazadas con NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 y en ausencia de enfermedad invasiva o embarazo avanzado, posponer la revaloración hasta las 6 semanas postparto (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres con AIS, realizar histerectomía si la paciente no desea conservar la fertilidad o se documentó histológicamente AIS en un espécimen de un procedimiento diagnóstico escisional. En mujeres con AIS y que desean conservar su fertilidad, realizar el manejo conservador (Orozco, 2016).

Se recomienda en mujeres con AIS y en las cuales se decidió manejo conservador y los márgenes del espécimen no están involucrados o la muestra endocervical en el momento de la escisión presenta NIC o AIS, repetir la escisión para aumentar la probabilidad de una escisión completa. Se recomienda revalorar a los 6 meses utilizando tanto co-test como colposcopia con muestra endocervical (Orozco, 2016).

Tratamiento: Ablación y Escisión.

Ablación: La destrucción completa de la lesión incluyendo la totalidad de la zona de transformación (Orozco, 2016).

La ablación es un tratamiento poco invasivo. Con la ablación no es posible evaluar la lesión histológicamente entonces no se puede diagnosticar la enfermedad y no se puede evaluar si la destrucción de la lesión y de la zona de transformación está completa. Además, hay un riesgo de destrucción inadvertida de áreas de micro invasión o invasión (Orozco, 2016).

Los requisitos para la ablación son: colposcopia adecuada, en la cual se visualice toda la zona de transformación, legrado endocervical negativo, sin sospecha de micro invasión y neoplasia glandular y con resultados concordantes entre la citología y la biopsia (Orozco, 2016).

Técnicas

Crioterapia:

Técnica simple, poco selectiva, aunque se pueden usar sondas de varios tamaños (Orozco, 2016).

Vaporización con láser de CO₂:

Técnica compleja, bajo control de colposcopia permite una destrucción selectiva del tejido y un adecuado control de la profundidad del tejido destruido (Orozco, 2016).

Escisión: Extirpación de la totalidad de la lesión y de la zona de transformación. Con la escisión es posible la evaluación histológica del tejido y determinar si la destrucción de la lesión y de la zona de transformación está completa (Orozco, 2016).

La destrucción incompleta de la zona de transformación es un indicador para el riesgo de fallo o fracaso terapéutico o recurrencia de la enfermedad (Orozco, 2016).

Conización por bisturí: la técnica menos conservadora y aplicada, prácticamente sustituido por el LEEP (Orozco, 2016).

Conización por láser: Procedimiento mediante el cual se utiliza un rayo láser para destruir el tejido de la zona de transformación. Es posible controlar el grado de destrucción mediante el tiempo de exposición, Al desenfocar el rayo se logra la fotocoagulación de los vasos de la herida cervical. El éxito del tratamiento con esta técnica es del 95% y 96% (Orozco, 2016).

LEEP (loop electrosurgical excisional procedure) o LLETZ (Large loop excision of the transformation zone): escisión con asa diatérmica (Orozco, 2016).

No se recomiendan las técnicas de ablación en mujeres que requieren tratamiento por NIC 2 o NIC 3 y que tienen una colposcopia previa no satisfactoria (Orozco, 2016).

No se recomienda la conización con bisturí en mujeres que requieren tratamiento por NIC 2 o NIC 3, debido a los efectos adversos relacionados (Orozco, 2016).

Se recomienda la conización no fragmentada con bisturí o LEEP para el tratamiento de AIS en mujeres que desean conservar su fertilidad, otras técnicas de ablación no son recomendables.

En mujeres que requieren tratamiento por NIC 2 o NIC 3 y que tienen una colposcopia previa satisfactoria, se recomienda el LEEP o la crioterapia (Orozco, 2016).

Evolución.

Pocas lesiones de CIN tienen la capacidad para progresar a cáncer invasor franco. El potencial de progresión aumenta con el grado de CIN. Se observo que la progresión a CIS en 6% de las displasias histológicas “leves”, en 13% de las moderadas y en 29% de las displasias “graves”.

La displasia leve sufrió regresión o desapareció en 62% de los casos, pero sólo lo hizo en 19% de las displasias graves. Una revisión de los estudios de evolución que abarca 40 años y combina

datos heterogéneos proporciona estimaciones de progresión, persistencia y regresión de CIN (John, 2009).

Seguimiento.

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC3 con márgenes de conización negativos y con legrado endocervical negativo, se recomienda realizar el co-test después de 1 y 2 años. Si el co-test resulta positivo se recomienda repetir la colposcopia y el legrado endocervical. Si el co-test resulta negativo se recomienda repetir el co-test después de 2 años (Orozco, 2016).

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización negativos, legrado endocervical negativo y que se les repite el co-test después de dos años, se recomienda realizar la colposcopia y el legrado endocervical si el co-test resulta positivo. Pero si es negativo se recomienda repetir el co-test después de 3 años. Si el co-test resulta otra vez negativo se recomienda el tamizaje rutinario, mientras si el co-test resulta positivo se recomienda realizar la colposcopia y el legrado endocervical. En entornos sin disponibilidad de la prueba VPH se recomienda en vez de realizar el co-test, hacer la citología (Orozco, 2016).

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización negativos, legrado endocervical negativo y que se encuentran en centros sin disponibilidad de la prueba VPH, se recomienda realizar la citología en lugar del co-test (Orozco, 2016).

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo, se recomienda realizar el co-test y el legrado endocervical después de 4-6 meses. Si el co-test resulta positivo se recomienda realizar la colposcopia y el legrado endocervical. Si el co-test resulta negativo se recomienda repetir el co-test después de 1 año y después de 2 años. Si el co-test resulta positivo se recomienda realizar la colposcopia (Orozco, 2016).

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo, se recomienda también repetir el tratamiento escisional (Orozco, 2016).

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo, se recomienda: realizar la histerectomía si la reconización no es factible (Orozco, 2016).

En mujeres tratadas por NIC 2 o NIC 3 con márgenes de conización positivos y/o con legrado endocervical positivo y en centros sin disponibilidad de la prueba de VPH, se recomienda realizar citología en lugar del co-test (Orozco, 2016).

En mujeres que recibieron tratamiento por AIS, que desean conservar su fertilidad y que presentan márgenes de conización negativos y el legrado endocervical negativo, se recomienda seguimiento a largo plazo con citología, colposcopia, legrado endocervical cada 6 meses y la prueba VPH después de 2 años y cada 3 años (Orozco, 2016).

Se recomienda la re - conización (o traquelectomía simple) en mujeres que recibieron tratamiento por AIS, que desean conservar su fertilidad y que presentan márgenes de conización positivos (Orozco, 2016).

Se recomienda la re - evaluación con el co-test, la colposcopia o el legrado endocervical después de 4 meses en mujeres que recibieron tratamiento por AIS, que desean conservar su fertilidad y que presentan márgenes de conización positivos (Orozco, 2016).

Se recomienda realizar la re - conización o la traquelectomía simple si la citología o histología después de 4 meses muestran AIS. Si la citología y la colposcopia resultan negativas (y la prueba VPH negativa o positiva) se recomienda el seguimiento a largo plazo con citología y colposcopia, legrado endocervical cada 6 meses, y la prueba VPH después de 2 años y cada 3 años (Orozco, 2016).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Descriptivo retro lectivo, correlacional, observacional.

Área de estudio:

Consulta externa y colposcopia en especialidades de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Periodo de la investigación:

Desde el 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Universo:

Todas las pacientes con resultados de citología cervical con lesiones premalignas diagnosticadas en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, que corresponden a 812 pacientes.

Muestra:

Se realizó un cálculo del tamaño de muestra utilizando la fórmula para una población finita:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N = Tamaño de la población o universo

n = Tamaño de la muestra buscada

Z = Parámetros estadístico que depende el Nivel de confianza

d = Error de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Se calculo un tamaño de muestra de 461 pacientes las cuales se le aplico los criterios de inclusión y exclusión en la revisión de expediente, obteniendo una muestra final de 175 pacientes que cumplieron dichos criterios con el diagnostico de lesiones premalignas del cérvix

Criterios de Inclusión:

1. Todo paciente con lesiones premalignas de cérvix en el periodo seleccionado.

Criterios de exclusión:

1. Expedientes clínicos que no se encuentren completos para la recolección de datos.

Fuente de la información:

Registro reporte de citología cervical con alteraciones según la clasificación de Bethesda en la consulta externa del servicio de Ginecología en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Expedientes clínicos de pacientes con diagnósticos de lesiones premalignas del cérvix.

Muestra y muestreo:

No probabilístico por conveniencia.

La muestra estuvo constituida por el censo total de las pacientes disponibles para el estudio, que empleando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un total de 175 pacientes.

Descripción del procedimiento:

Se realizó recolección de información utilizando los expedientes clínicos y se llenó ficha de recolección de datos.

Plan de Recolección de la información e Instrumento:

Para proceder a la recolección de la información se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Alejandro Dávila Bolaños. Una vez aceptado se informó al servicio de Gineco-

obstetricia sobre los objetivos del estudio y el proceso en el que consiste la realización del estudio.

Se procedió a buscar los números de expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se procedió a realizar ficha de recolección de datos.

Plan de Procesamiento y Análisis de la Información:

Después de recolectados los datos, estos se digitalizaron y procesaron en el programa estadístico SPSS versión 25 en el que se elaboraron tablas y gráficos para el análisis de estos.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando las tablas y gráficos obtenidos en el programa estadístico, se realizó una correlación de las variables del objetivo número 3 con el método de correlación de spearman entre dos variables.

Aspectos Éticos

La aprobación o el permiso otorgado por los responsables de los expedientes clínicos de los pacientes consignados en el periodo de estudio. Se recolecto toda la información necesaria del expediente clínico que se requería según ficha de recolección y haciendo el uso correcto, honesto y responsable de la fuente de información.

Lista de las variables según los objetivos:

Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes con lesiones premalignas de cérvix.

Variable

- Edad

Objetivo 2. Describir los principales factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix.

Variable

- Múltiple pareja sexuales.

- Uso de preservativo
- Antecedente de infección por virus de papiloma humano.
- Tabaquismo
- Licor
- Inicio de vida sexual activa temprano

Objetivo 3. Determinar la correlación entre la citología cervical y biopsia de cérvix tomada en colposcopia.

Variable

- Resultado de citología líquida
- Resultado de biopsia cervical
- Realización de tipificación del virus del papiloma humano

Objetivo 4. Describir la evolución clínica de las lesiones premalignas de cérvix.

Variable

- Progresión de las lesiones premalignas
- Persistencia de las lesiones premalignas

Objetivo 5. Identificar el tratamiento en lesiones premaligna de cérvix.

Variable

- Cono biopsia
- Crioterapia
- Histerectomía abdominal
- PAP de control en 6 meses por 2 años

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes con lesiones premalignas de cérvix.							
Objetivos específicos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Concepto	Valor	Ítems
Caracterizar socio demográficamente	Características socio demográficas	Edad	<18 18-34 >35	Categórica ordinal cualitativa politómica	Años cumplidos durante el embarazo	<18 18-34 >35	0 1 2

Objetivo 2. Describir los principales factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix.

Objetivos específicos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Concepto	Valor	Ítems
Identificar los principales factores de riesgo	Factores de riesgo	Parejas sexuales	Múltiples parejas sexuales	Categorica ordinal cualitativa dicotómica	Es la práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas o grupos	Si No	1 2
		Método de planificación familiar	Uso de preservativo	Categorica ordinal cualitativa dicotómica	Es el método anticonceptivo de barrera	Si No	1 2
		Infección por virus del papiloma humano	Antecedente de infección por virus del	Categorica ordinal cualitativa dicotómica	Infección del virus lo cual causa tejido anormal y otros	Si No	1 2

			papiloma humano		cambios en la célula		
		Hábitos tóxicos	Consumo de tabaco	Categórica ordinal cualitativa dicotómica	Es el hábito de consumir tabaco	Si No	1 2
		Hábitos tóxicos	Consumo de Licor	Categórica ordinal cualitativa dicotómica	Es el hábito de consumir licor	Si No	1 2
		Hábitos sexuales	Inicio de vida sexual activa	Categórica ordinal cualitativa politómica	Años cumplidos al inicio de la vida sexual activa	< 18 Años >20 años	1 2

Objetivo 3. Determinar la correlación entre la citología cervical y biopsia de cérvix tomada en colposcopia.							
Objetivos específicos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Concepto	Valor	Ítems
Correlación diagnóstico entre citología líquida y biopsia de cérvix tomado en colposcopia	Resultado de citología cervical	Citología cervical	Resultado de citología cervical	Categórica ordinal cualitativa politómica	Es el resultado de la citología cervical	Inflamación ASCUS LIEBG LIEAG	0 1 2 3
	Resultado de biopsia cervical	Biopsia cervical	Resultado de biopsia de cérvix tomado en colposcopia	Categórica ordinal cualitativa politómica	Es el resultado de la biopsia cervical	Cervicitis LIEBG LIEAG	0 1 2
	Toma de tipificación de virus del	Tipificación de virus del	Resultado de tipificación de virus del	Categórica ordinal	Es el resultado de la tipificación	Si No	1 2

	papiloma humano	papiloma humano	papiloma humano	cualitativa politómica	del virus del papiloma humano		
--	-----------------	-----------------	-----------------	------------------------	-------------------------------	--	--

Objetivo 4. Describir la evolución clínica de las lesiones premalignas de cérvix.

Objetivos específicos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Concepto	Valor	Ítems
Analizar la evolución clínica de lesiones pre malignas de cérvix	Evolución clínica de lesiones pre malignas de cérvix	Resultados de biopsias con reporte de cáncer cérvico uterino	Pacientes que desarrollaron cáncer cérvico uterino	Categoría ordinal cualitativa politómica	Es el desarrollo de cáncer cérvico uterino	Si	1
			secundario a lesiones pre malignas		secundario a las lesiones pre malignas	No	2

		Citología cervical con recurrencia de la lesiones pre malignas	Recurrencia de lesiones pre malignas posterior a tratamiento	Categorica ordinal cualitativa politómica	Es la persistencia de las lesiones pre malignas posterior a recibir algún tratamiento	Si No	1 2
Objetivo 5. Identificar el tratamiento en lesiones premaligna de cérvix.							
Objetivos específicos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Concepto	Valor	Ítems
Evaluar el tratamiento en lesiones pre maligna de cérvix.	Tratamiento de las lesiones pre malignas de cérvix	Crioterapia	Realización de crioterapia cervical	Categorica ordinal cualitativa politómica	Es la congelación de tejidos mediante dispositivos especializados el	Si No	1 2

					cual produce necrosis de las células		
		Cono biopsia	Realización de cono biopsia cervical	Categorica ordinal cualitativa politómica	Es la extirpación en forma cónica de la parte externa del cuello uterino o exocervix	Si No	1 2
		Histerectomía	Realización de Histerectomía	Categorica ordinal cualitativa politómica	Es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen	Si No	1 2

		Seguimiento por citología cervical cada 6 meses por 2 años	Paciente que se le realizar seguimiento por citología cervical cada 6 meses por 2 años	Categorica ordinal cualitativa politómica	Es el tamizaje para las lesiones pre malignas del cérvix por medio de citología cervical cada 6 meses por 2 años	Si No	1 2
--	--	---	---	--	--	----------	--------

RESULTADOS

Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes con lesiones premalignas de cérvix.

En el estudio se incluyeron un total de 175 pacientes ya que fueron las que cumplían los criterios de inclusión para este estudio, por lo tanto en relación a este objetivo, se pudo observar que el 52 % (N=91) de las pacientes mayor de 35 años de edad cumplidos, seguido por un 47.4% (N=83) entre los 18 - 34 años de edad cumplidos, siendo la minoría con un 0.6% (N=1) en menores de 18 años de edad.

Objetivo 2. Describir los principales factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix.

El 55.4% (N=97) iniciaron su vida sexual menos de 18 años y el 44.6% (N=78) mayor de 20 años inicio su vida sexual.

En relación a las parejas sexuales el 56.6% (N=99) tenían múltiples parejas sexuales y el 43.4% (N=76) no tenían múltiples parejas.

Un 70.3% (N=123) presentaba antecedente de infección del virus del papiloma humano, en cambio un 29.7 % (N=52) no presentaba antecedente de infección con el virus.

Con respecto al uso de preservativo el 94.3% (N=165) no utilizaban preservativo y el 5.7% (N=10) si utilizaban preservativo como método de planificación.

Se observo en nuestro estudio que el 98.3% (N=172) de las pacientes estudiadas no fumaban y el 1.7% (N=3) tenían el hábito de fumar. El 100% (N=175) de las pacientes no consumían licor.

Objetivo 3. Determinar la correlación entre la citología cervical y biopsia de cérvix tomada en colposcopia.

En los resultados de la citología cervical encontramos que el 58.3% (N=102) presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado, 14.9% (N=26) lesión intraepitelial de alto grado, 13.7% (N=24) inflamación y en menor frecuencia el 13.1% (N=23) ASCUS.

En las biopsias tomadas en colposcopia el 64.6% (N=113) se encontraban con lesiones intraepiteliales de bajo grado, un 27.4% (N=48) lesión intraepitelial de alto grado y el 8% (N=14) fueron cervicitis.

El 98.9% (N=173) no se realizó toma de tipificación del virus del papiloma humana y un 1.1% (N=2) se tomó tipificación, de esta el 0.6% (N=1) fue de alto riesgo y de bajo riesgo el 0.6% (N=1).

Se realizó la correlación de los resultados de PAP con los resultados de la biopsia tomada en colposcopia obteniendo los siguientes resultados: las pacientes que presentaron PAP con lesiones de bajo grado se correlaciono con la biopsia de cérvix encontrando que 76 pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado, 14 con lesiones intraepiteliales de alto grado y 12 con cervicitis. Con resultado de citología cervical con lesiones intraepitelial de alto grado en la biopsia 1 paciente presentó lesión intraepitelial de bajo grado y 25 eran de alto grado. 24 pacientes presentaron inflamación en el PAP de esta en la biopsia 22 eran lesiones intraepiteliales de bajo grado, 1 de alto grado y 1 cervicitis. Por ultimo las que resultaron con ASCUS en la biopsia de cérvix tomada resultó que 14 pacientes eran lesiones de bajo grado, 8 de alto grado y 1 se encontró cervicitis. Se utilizo la correlación de spearman con un valor de R de 0.365 se considera positiva débil, pero con significancia estadística ya que P es menor de 0.5.

Objetivo 4. Describir la evolución clínica de las lesiones premalignas de cérvix.

En la evolución clínica el 92% (N=161) no desarrollo cáncer cérvico uterino, el 8% (N=14) desarrollaron cáncer cérvico uterino por lesiones premalignas del cérvix. Con respecto a la recurrencia de las lesiones premalignas del cérvix el 90.3% (N=158) no presentaron recurrencia y el 9.7% (N=17) presentaron recurrencia de las lesiones.

Se realizo pruebas de asociación sobre el desarrollo de cáncer cérvico uterino con el resultado de biopsia encontrando que del total de las pacientes estudiadas 14 que desarrollaron cáncer cérvico uterino las cuales previamente presentaban 1 paciente presentaba lesión intraepitelial de bajo grado y 13 eran lesiones intraepiteliales de alto grado. Se utilizó el chi cuadrado de Pearson obteniendo un valor de p .000 el cual se considera estadísticamente significativo.

Se asocio la recurrencia de las lesiones premalignas posterior a un tratamiento de las cuales 18 de ellas presentaron recurrencia, las que recibieron crioterapia 11 pacientes presentaron recurrencia el cual no fue estadísticamente significativo obteniendo un valor de p .828 y las pacientes que fueron tratadas con cono biopsia 8 pacientes presentan recurrencia de las lesiones, con una significancia estadística con P de .015.

Objetivo 5. Identificar el tratamiento en lesiones premaligna de cérvix.

El 62.3% (N=109) se le realizo crioterapia, el 37.7% (N=66) no se realizó tratamiento con crioterapia. De las 109 pacientes que se le realizó crioterapia presentaban en el resultado de biopsia 96 pacientes tenían lesión intraepitelial de bajo grado, 8 con cervicitis y 5 con lesión intraepiteliales de alto grado.

Un 76.6% (N=134) no se le efectuó cono biopsia y el 23.4% (N=41) como tratamiento se le efectuó cono biopsia, de estas pacientes que se le efectuó cono biopsia 30 pacientes con lesiones intraepitelial de alto grado y 11 presentaban lesión intraepitelial de bajo grado.

Con respecto a la histerectomía abdominal el 88% (N=154) no se le realizó este procedimiento y el 12% (N=21) de las pacientes si se le realizó histerectomía abdominal. A las 21 pacientes que se le realizó histerectomía 19 pacientes tenía lesión intraepitelial de alto grado y 2 eran lesiones intraepiteliales de bajo grado.

El seguimiento se realizó con PAP cada 6 meses en un periodo de 2 años en el 84.6% (N=148) de las pacientes y solamente el 15.4% (N=27) no se le realizó seguimiento.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al analizar los resultados obtenidos de los 175 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, dentro de las características socio demográficas el 52% de las pacientes eran mayores de 35 años de edad, en el año 2015 la secretaria de salud de la republica de Honduras realizo un protocolo para el tamizaje y tratamiento de las lesiones premalignas para la prevención del cáncer cérvico uterino donde se encontró que las prevalencia de las lesiones en la mujeres hondureñas eran entre los 30 a 64 años de edad, consideramos que a nivel centroamericano la incidencia de las lesiones premalignas del cérvix es en pacientes mayores de 30 años, concuerda con lo encontrado en nuestro estudio pero tenemos que mantener vigilancia en las pacientes menores de 35 años creando programas educativos a esta población de pacientes para hacer conciencia en el tamizaje y prevención de las lesiones premalignas. Al revisar los factores de riesgo para las lesiones premalignas del cérvix debemos de considerar que el factor de riesgo más importante es la infección del virus del papiloma humano, en el protocolo desarrollado por la secretaria de salud el 80% de las pacientes que tenían vida sexual activa tenían infección del virus del papiloma humano, de igual forma Barbara, Gregory y Mark (2009) afirma “encontraron tipos de VPH de alto riesgo has en el 86.1% de los casos de LIEGB” (P. 201), en nuestro estudio encontramos que el 70.3% de las pacientes presentaron infección con el virus del papiloma humano, debemos de mantener vigilancia sobre infección con el virus, otro factor importante fue que el 94.3% no usaron preservativo. Orozco et al. (2016) refieren “estudios demostraron que las relaciones sexuales sin protección aumentaron el riesgo de contraer la infección del VPH” (p. 2), por lo que debemos de crear la cultura en las pacientes atendidas la importancia del uso de preservativo, ya que en un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2008, se demostró que solamente el uso de preservativo disminuye el riesgo

de infección del virus del papiloma humano en un 70%, este dato importante nos hace crear programa preventivos para el uso de preservativo. El 56.6% en el estudio de las pacientes tenían múltiples parejas sexuales, en el protocolo de tamizaje y tratamiento de la secretaria de salud de Honduras y la guía de práctica clínica del manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino de la FECASOG coinciden que las múltiples parejas sexuales son un riesgo para el desarrollo de las lesiones, se debe de dar a conocer esta información a todas las pacientes atendidas en nuestro centro hospitalario. El 55.4% de las pacientes en este estudio iniciaron su vida sexual activa antes de los 18 años, en un estudio realizado en la ciudad de Cartagena, Colombia las mayoría de las pacientes iniciaron su vida sexual activa a los 16 años de edad, por lo que esto es un factor que predispone a desarrollar las lesiones, en nuestra población de estudio se demostró que coincide con lo ante mencionado, se debe de crear conciencia a las pacientes sobre este factor con el objetivo de ser voceras para disminuir esta práctica. En un bajo porcentaje de las pacientes fumaba el 1.7%, sin embargo, este es uno de los factores que ha demostrado alta relación con el desarrollo tanto en las lesiones pre malignas y así como el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Núñez-Troconis (2017) en su estudio afirmó “el 90 a 95% de las causas se deben a factores externos, de esos factores externo, el cigarro representa el 20 a 25%.” (p. 232), aunque en nuestro estudio solo un bajo porcentaje practicaba el hábito de fumado, pero no sabemos que esta información puede ser ocultado por las pacientes, se trabajara al momento que se esté entrevistando hacer énfasis en la veracidad de la información, explicando los riesgos del fumado. El 100% de las pacientes no consumían alcohol por lo que este no se ha asociado como factor de riesgo para el desarrollo de las lesiones premalignas del cérvix.

El 58.3% de los resultados de papanicolaou fueron lesiones intraepiteliales de bajo grado y el 64.6% de las biopsias corresponden a lesiones intraepiteliales, siendo estas lesiones las más comunes en nuestro estudio, en el Hospital Bertha Calderón en el año 2012 se realizó un estudio sobre lesiones premalignas por Vargas encontrando que la lesión premaligna del cérvix fueron la de bajo grado, hemos demostrado que en estos últimos 5 años se mantiene las lesiones de bajo grado como las más comunes, las cuales se debe de mantener su vigilancia por medio del tamizaje, también hemos demostrado que existe una correlación con el resultado del papanicolaou con la biopsia que fue estadísticamente significativo en este estudio, pero en un estudio realizado en la ciudad de Barranquilla, Colombia donde incluyeron 50 pacientes para estudiar la correlación de la citología cervical versus la colposcopia, demostraron que la prevalencia de las lesiones en la citología cervical eran las lesiones intraepiteliales de bajo grado y en la colposcopia eran las lesiones de alto grado, donde la colposcopia tenía mayor correlación diagnóstica que la citología y con mejor sensibilidad y especificidad, pero esto puede tener sesgo por la cantidad de paciente estudiadas, a nivel nacional coincidimos con la prevalencia de las lesiones de bajo grado según los estudios. El 98.9% de las pacientes no se realizó tipificación del virus del papiloma humano, en la guía de práctica clínica del manejo de las lesiones premalignas del cérvix la tipificación es parte de la prevención primaria, esto nos permite identificar si tenemos un tipo de virus de alto o bajo riesgo para el desarrollo del cáncer cérvico uterino, en nuestro medio no se encuentra aún como medio de prevención y que el sistema de salud debe tomarlo en cuenta ya que tiene mayor sensibilidad y especificidad que la citología.

Al analizar la evolución clínica de las lesiones premalignas del cérvix el 9.7% presentaron recurrencia de las lesiones posterior a un tratamiento, 11 pacientes presentaron la recurrencia

posterior a la crioterapia y 9 posterior al realizar un cono biopsia. John et al. (2009) refieren “La displasia leve sufrió regresión o desapareció en 62% de los casos, pero sólo lo hizo en 19% de las displasias graves.” (p. 622), pero hay que tener en cuenta que la recurrencia depende del tipo de lesión entre mayor grado tiene mayor riesgo de recurrencia, pero en nuestro estudio estamos por debajo del 19% de lo antes mencionado, por lo que debemos de continuar cumpliendo el tamizaje para mantener la vigilancia de estas pacientes. Con respecto a la progresión de las lesiones a cáncer cérvico uterino fue el 8% de las pacientes, que estuvieron asociadas en su mayoría con las lesiones de alto grado que corresponde, en libro de William de ginecología se pudo observar que el porcentaje para desarrollar cáncer cérvico uterino es dependiente de la clasificación de las lesiones, en las neoplasias intraepiteliales cervical I del 1%, las neoplasias intraepiteliales cervical II del 5% y las neoplasias intraepiteliales cervical III del 12%, en este estudio podemos observar que nos encontramos por debajo del porcentaje de progresión según los porcentajes antes mencionados.

Con respecto al tratamiento recibido las pacientes estudiadas el 62.3% se le realizó crioterapia, 23.4% cono biopsia y el 12% histerectomía abdominal. Según la guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino en el tratamiento de las pacientes se le debe de realizar crioterapia las pacientes que cumplan los criterios como una colposcopia adecuada, en la cual se visualice toda la zona de transformación, legrado endocervical negativo, sin sospecha de micro invasión y neoplasia glandular y con resultados concordantes entre la citología y la biopsia, todas las pacientes tratadas en este estudio cumplían con estos criterios, los cono biopsia está indicado en las displasias moderadas y severa con un diagnóstico de biopsia las cuales el 23.4% de la paciente tratadas con cono biopsia cumplieron los criterios antes mencionado, es importante resaltar que del año 2013 al 2015 el abordaje del tratamiento

de las lesiones de alto grado eran realizar la histerectomía abdominal, pero la guía refiere que la indicación para la histerectomía es el adenocarcinoma in situ demostrado por biopsia, por lo que consideramos que actualmente estamos cumpliendo con lo establecido en la guía antes mencionada. Con respecto al seguimiento de las pacientes el 84.6% se le realizo papanicolaou cada 6 meses en un periodo de 2 años. Estamos cumpliendo con lo establecido en la guía de práctica clínica del manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino en el seguimiento, pero este debe de abarcar el 100% de las pacientes, por lo que seguiremos con el seguimiento según lo establecido en la guía.

Una de las limitantes del estudio fueron los expedientes clínicos con datos incompletos lo cual redujo nuestra población estudiada a 175 pacientes de un universo de 812 pacientes con el diagnostico de lesiones premalignas del cérvix.

CONCLUSIONES

1. Con respecto a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio se pudo determinar que de las 175 pacientes examinadas el 52% fueron pacientes mayores de 35 años con lesiones premalignas del cérvix.
2. Los principales factores de riesgo asociado con el desarrollo de lesiones premalignas del cérvix fueron el no uso de preservativo, antecedente de infección del virus del papiloma humano, inicio de vida sexual antes de los 18 años y múltiples parejas sexuales.
3. Existe una correlación entre el resultado del papanicolaou y las biopsias cervicales tomadas en colposcopia que fue estadísticamente significativo.
4. El 8% de las pacientes desarrollaron cáncer cérvico uterino, así como el 10.3% presentó recurrencia de las lesiones premalignas del cérvix.
5. La mayoría de las pacientes se le realizó crioterapia como tratamiento y se le dio seguimiento cada 6 meses con papanicolaou por un periodo de 2 años.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un plan educativo en el sector más vulnerable, para disminuir el riesgo de infección por el virus del papiloma humano.
2. Actualizar el protocolo de manejo de lesiones premalignas de cérvix en las distintas instituciones.
3. Hacer un llenado adecuado de la historia clínica, hoja de papanicolaous y de la hoja de colposcopia ya que son un instrumento de ayuda para detectar factores de riesgo.
4. Educar a la población en el uso de vacunas contra el virus del papiloma humano.
5. Invitamos a los estudiantes y residentes en hacer más estudios de factores de riesgo de cáncer cérvico uterino y en que podemos incidir, ya que es un tema de mucha relevancia, a pesar de que lo podemos prevenir muchas pacientes jóvenes siguen infectándose por el virus del papiloma humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arguello, T. (2012). Hallazgos citológicos de las muestras procesadas en el departamento de patología, durante la jornada de pesquizaje de cáncer cérvico uterino en el periodo 22 de agosto-30 de septiembre 2011 (Trabajo de postgrado), HEALF. Managua.
2. Barbara, S. Gregory, L. Mark, S (2009). Colposcopia principios y prácticas. Madrid: España, Elsevier Masson.
3. Carrascal, M. Chávez, C. Sesin, F. (2013), Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, IPS Universitaria Barranquilla, Biocencias, 9(1), 37-44.
4. Comité de normativa (2010). Normativa – 037 Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Managua: Ministerio de Salud.
5. Coronel-Brizio, P. (2003), Estudió exploratorio de las lesiones premalignas en el reporte citológico del cuello uterino. Revista médica de la universidad Veracruzana, 3(1), 23-30.
6. Chávez, R. (2011). Comportamiento de las lesiones premalignas del cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo comprendido Enero del Año 2008 a enero 2010 (Trabajo de postgrado). Managua.
7. Escalona, R. Navarro, M. Yépez, P. Blasco, M. Obregón, C. (2014), Características cito histológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, MEDISAN, 18(8), 1099-1109.

8. Gayón, V. Hernández, O. Sam, S. Lombardo, A. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de las infecciones de transmisión sexual. *Ginecología Obstetricia México*, 76(2), 88-96.
9. <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>
10. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es.
11. John, O. Joseph, I. Lisa, M. Barbara, L. Karen, D. Gary, C. (2009), *Williams ginecología*. Dallas, Texas: Estados Unidos, Mc Graw Hill.
12. López, C. (2015), *Correlación clínica y citohistologica en lesiones premalignas y malignas en cérvix en el hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, octubre 2013 a septiembre 2014* (Trabajo de postgrado). Managua.
13. Núñez-Troconis J. (2017). Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Revista Chilena obstetricia ginecologia*, 82, 232-240.
14. Organización panamericana de salud (2016), *Guía de prácticas esenciales controles integrales del cáncer cérvico uterino 2da edición*, Washington D.C.
15. Orozco, L. Tristán, M. Beitia, A. Vreugdenhil, M.T. Andrino, R. Agüero, C. García, M. Umaña, A. Guerrero, S. Cruz, J. Guidos, M. Cárcamo, W. Rodríguez H. (2016). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Lesiones Premalignas del Cuello del Útero*. Ciudad de Guatemala, Guatemala. FECASOG - Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología.
16. Pacheco, L. (2012). *Hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (VPH) en la ciudad de León, nicaragua, durante el período de abril 2009 – abril 2010* (Trabajo de postgrado). León.

17. Pérez, M (2014), Correlación de los exámenes citológicos y biopsias colposcópicas en el diagnóstico de las lesiones de cérvix en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez, septiembre 2011 a septiembre 2013 (Trabajo de postgrado). Managua.
18. Romero, I. Ceballos, C. Monterrosa, A (2008). Lesiones premalignas y malignas de cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes. Clínica maternidad Rafael Calvo, Cartagena. MedUNAB. 12,14-18.
19. Sanabria, J. Salgueiro, V. Abreu, M. Lemus, A. Marrero, R. (2013). Incidencia y tendencia de las lesiones cérvico uterinas en mujeres pinareñas de 10-24 años, 18 (1), 4-13.
20. Secretaria de salud de Honduras (2015), protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del cáncer cervicouterino, Honduras.
21. Vargas, B. (2012), Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en dos años, período comprendido entre el primero de enero del año 2010 al primero de enero del año 2012 en el servicio de consulta externa del HBCR (Trabajo de postgrado). Managua.
22. Zeledón (2008): correlación citológica, colposcópica e histológica de las lesiones premalignas de cérvix en pacientes atendidas en el hospital materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz, octubre 2007 a septiembre 2008 (Trabajo de postgrado). Managua.

ANEXOS

Tabla 1. Número de pacientes con lesiones premalignas según edad en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Edad (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 35 años	91	52.0
18-34 años	83	47.4
menor 18 años	1	.6
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 2. Número de pacientes con lesiones premalignas según inicio de vida sexual activa en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Inicio de vida sexual activa (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
mayor o igual a 20 años	78	44.6
menor o igual 18 años	97	55.4
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 3. Número de pacientes con lesiones premalignas según múltiples parejas sexuales en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Múltiples parejas sexuales (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	99	56.6
Si	76	43.4
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 4. Número de pacientes con lesiones premalignas según antecedente de infección del virus del papiloma humano en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Antecedente de infección del virus del papiloma humano (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	52	29.7
Si	123	70.3
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 5. Número de pacientes con lesiones premalignas según consumo de tabaco en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Fuma (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	172	98.3
Si	3	1.7
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 6. Número de pacientes con lesiones premalignas según consumo de licor en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Licor (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	175	100.0
Si	0	0
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 7. Correlación del resultado de citología cervical y biopsia tomado en colposcopia en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Correlación del resultado de citología cervical y biopsia tomado en colposcopia (N=175)		Resultado de Biopsia de colposcopia			Total
		Cervicitis	LIEBG	LIEAG	
Resultado de PAP	Inflamación	1	22	1	24
	ASCUS	1	14	8	23
	LIEBG	12	76	14	102
	LIEAG	0	1	25	26
Total		14	113	48	175

Fuente: SSPS 25

Tabla 8. Medidas de correlación del resultado de citología cervical y biopsia tomado en colposcopia en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Medidas simétricas	Valor	Error estándar asintótico	T aproximada	Significación aproximada
Correlación de Spearman	.365	.076	5.154	.000 ^c
N de casos válidos	175			

Fuente: SSPS 25

Tabla 9. Paciente con recurrencia post crioterapia de lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Recurrencia de las lesiones premalignas del cérvix. (N=175)		Realización de crioterapia		Total	Valor de P
		Si	No		
Recurrencia postratamiento de LIE	Si	11	6	17	.898
	No	98	60	158	
Total		109	66	175	

Fuente: SSPS 25

Tabla 10. Paciente con recurrencia post como biopsia de lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Recurrencia de las lesiones premalignas del cérvix. (N=175)		Cono biopsia		Total	Valor de P
		Si	No		
Recurrencia postratamiento de LIE	Si	8	9	17	.015
	No	33	125	158	
Total		41	134	175	

Fuente: SSPS 25

Tabla 11. Paciente con desarrollo de cáncer cérvico uterino por lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Desarrollo de cáncer cérvico uterino por lesiones premalignas		Resultado de Biopsia de colposcopia			Total	Valor de P
		Cervicitis	LIEBG	LIEAG		
Desarrollo de CACU con lesiones premalignas	Si	0	1	13	14	.000
	No	14	112	35	161	
Total		14	113	48	175	

Fuente: SSPS 25

Tabla 12. Número de pacientes con lesiones premalignas que se le realizo crioterapia en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Realización de crioterapia (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	66	37.7
Si	109	62.3
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 13. Relación con lesiones premalignas que se le realizo crioterapia en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Relación de pacientes con lesiones premalignas del cérvix que se le realizo crioterapia (N=175)		Resultado de Biopsia de colposcopia			Total
		Cervicitis	LIEBG	LIEAG	
Realización de crioterapia	Si	8	96	5	109
	No	6	17	43	66
Total		14	113	48	175

Fuente: SPSS 25

Tabla 14. Número de pacientes con lesiones premalignas que se le realizo como biopsia en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Realización de cono biopsia (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	134	76.6
Si	41	23.4
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 15. Relación de pacientes con lesiones premalignas que se le realizo como biopsia en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Relación de pacientes con lesiones premalignas del cérvix que se le realizo cono biopsia (N=175)		Resultado de Biopsia de colposcopia			Total
		Cervicitis	LIEBG	LIEAG	
Cono biopsia	Si	0	11	30	41
	No	14	102	18	134
Total		14	113	48	175

Fuente: SPSS 25

Tabla 16. Número de pacientes con lesiones premalignas que se le realizo años seguimiento con papanicolaou cada 6 meses por un periodo de 2 a en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Seguimiento por PAP cada 6 meses por un periodo de 2 años (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	27	15.4
Si	148	84.6
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

Tabla 17. Número de pacientes con lesiones premalignas que se le realizo histerectomía abdominal en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

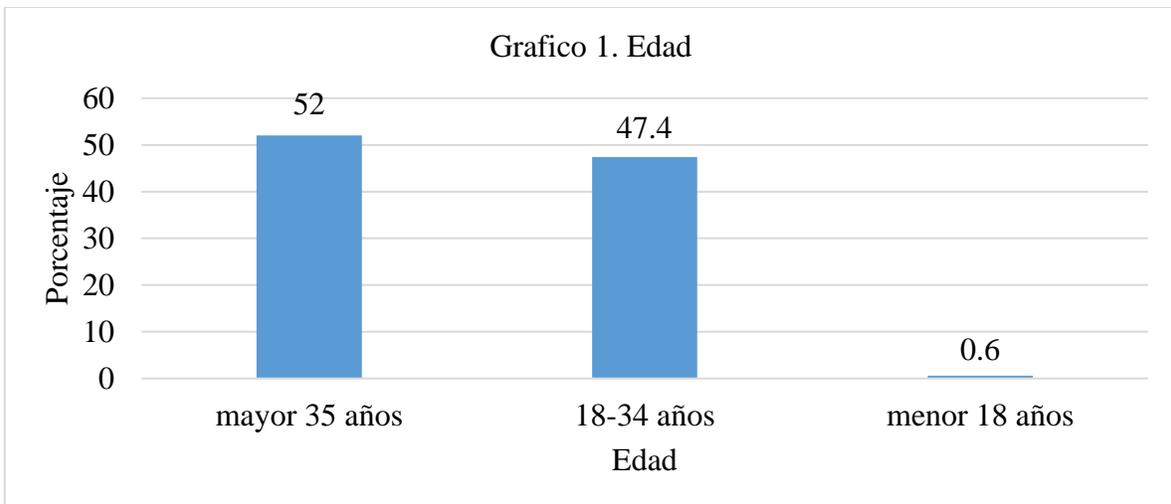
Realización de histerectomía abdominal (N=175)	Frecuencia	Porcentaje
No	154	88.0
Si	21	12.0
Total	175	100.0

Fuente: SPSS 25

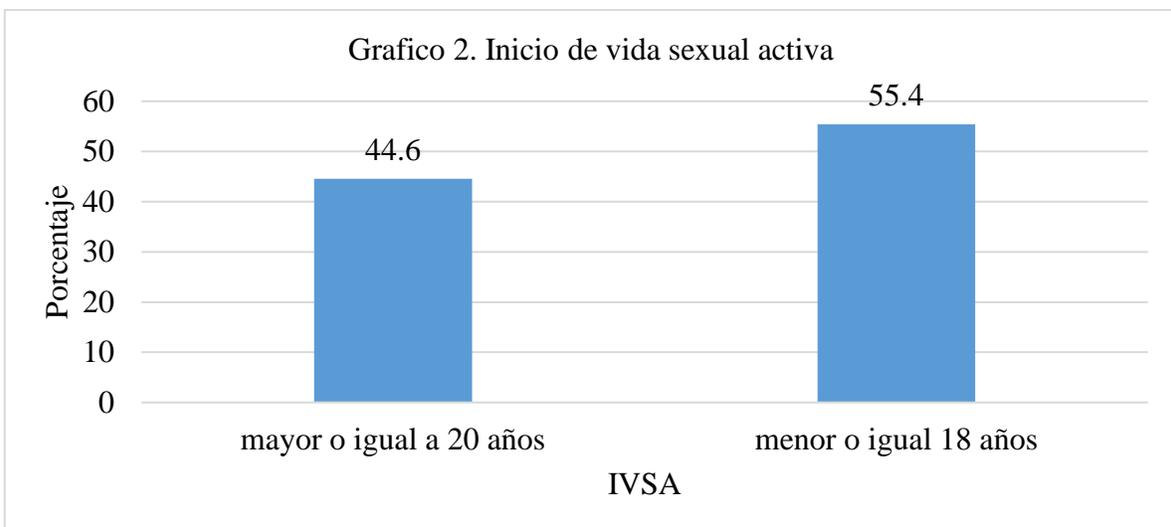
Tabla 18. Relación de pacientes con lesiones premalignas que se le realizo histerectomía abdominal en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo del 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018.

Relación de pacientes con lesiones premalignas del cérvix que se le realizo histerectomía (N=175)		Resultado de Biopsia de colposcopia			Total
		Cervicitis	LIEBG	LIEAG	
Histerectomía	Si	0	2	19	21
	No	14	111	29	154
Total		14	113	48	175

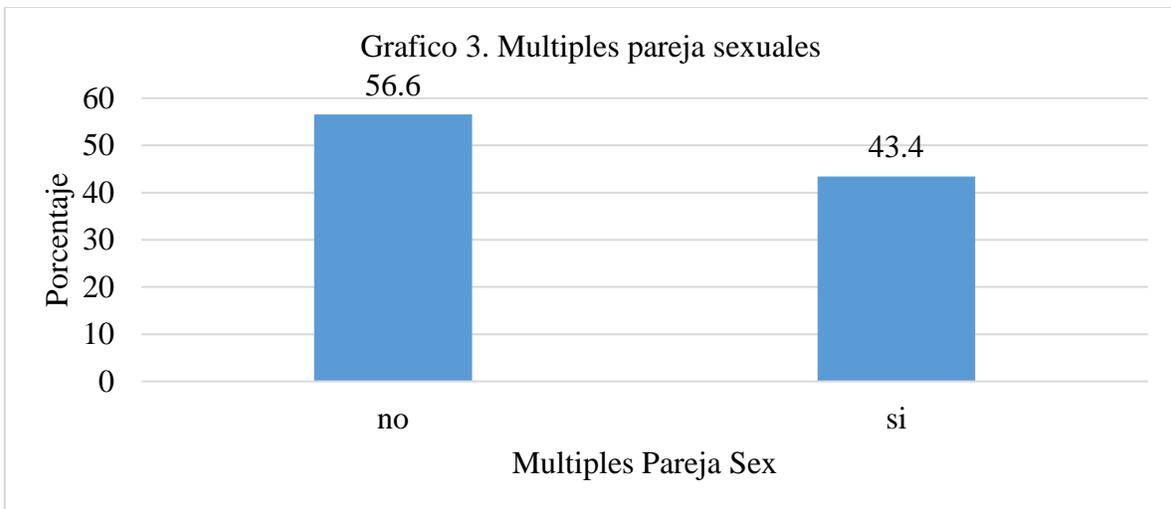
Fuente: SPSS 25



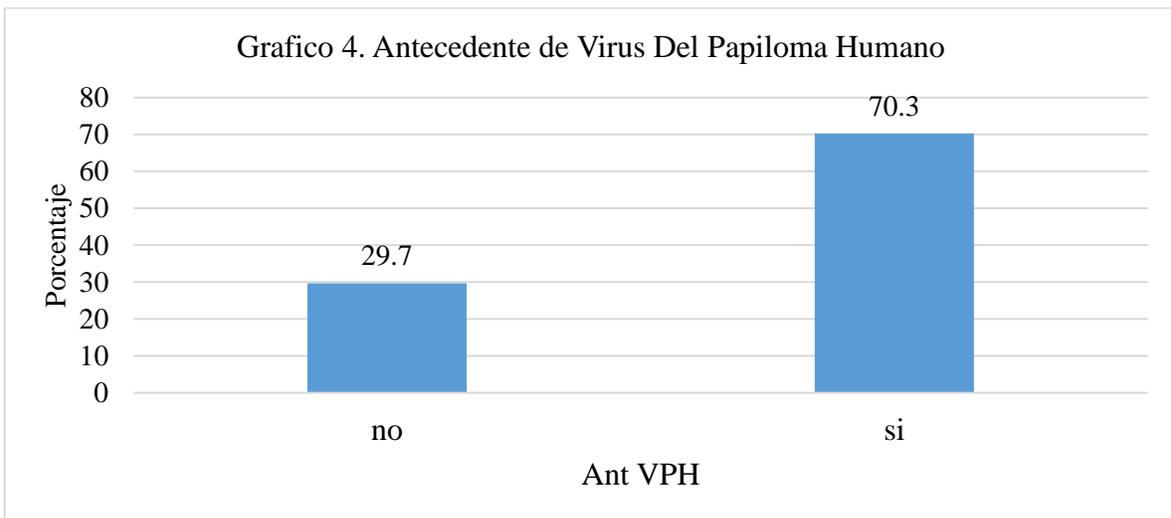
Fuente: SPSS 25



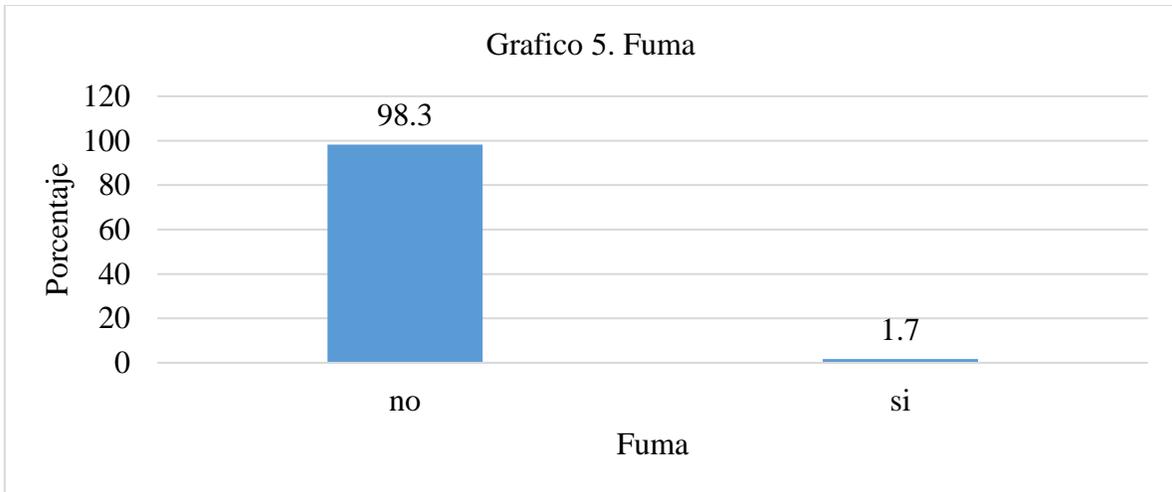
Fuente: SPSS 25



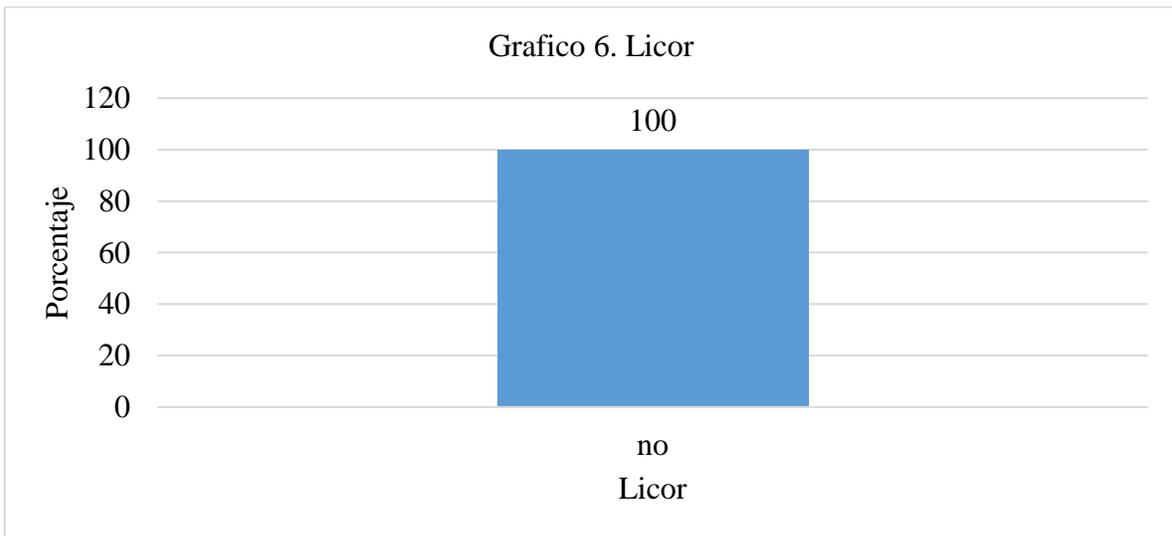
Fuente: SPSS 25



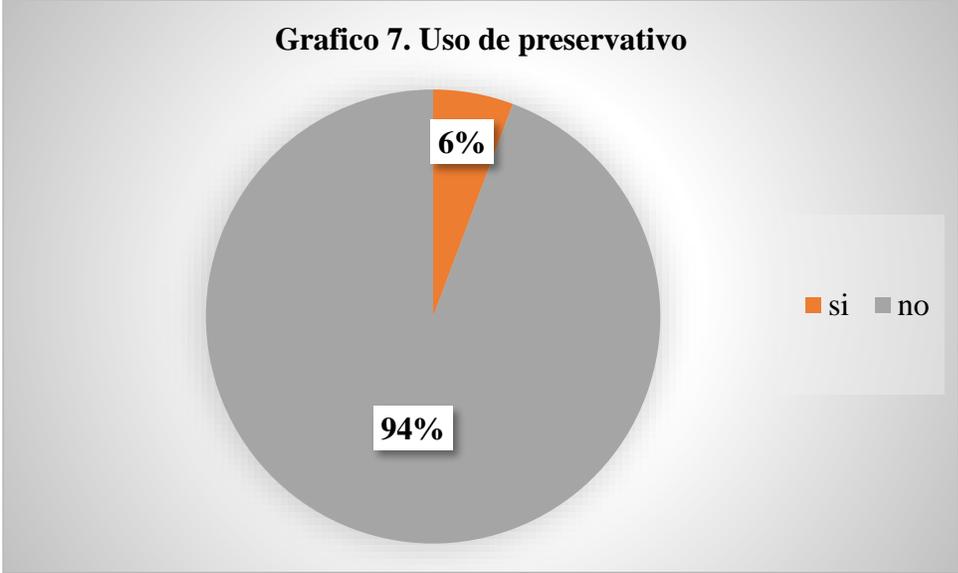
Fuente: SPSS 25



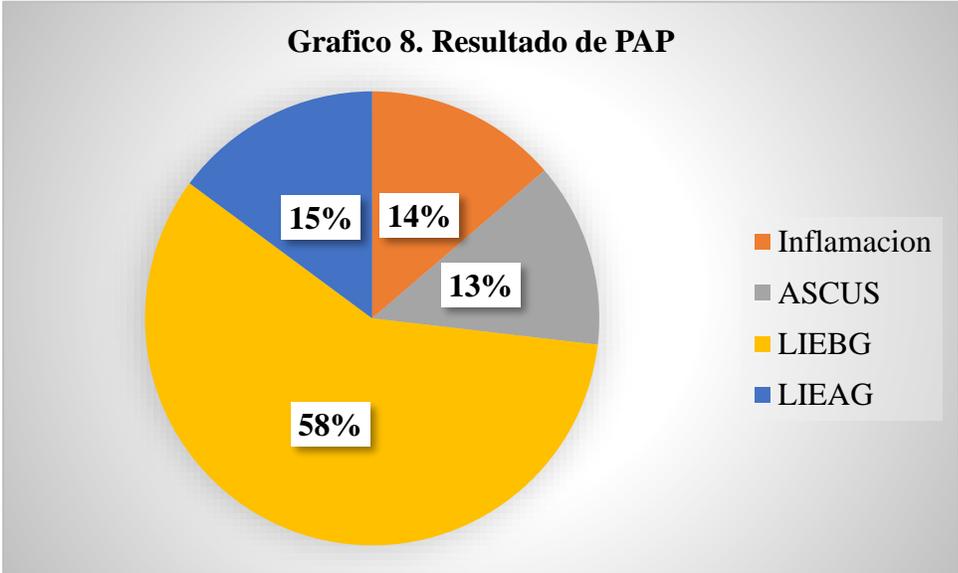
Fuente: SPSS 25



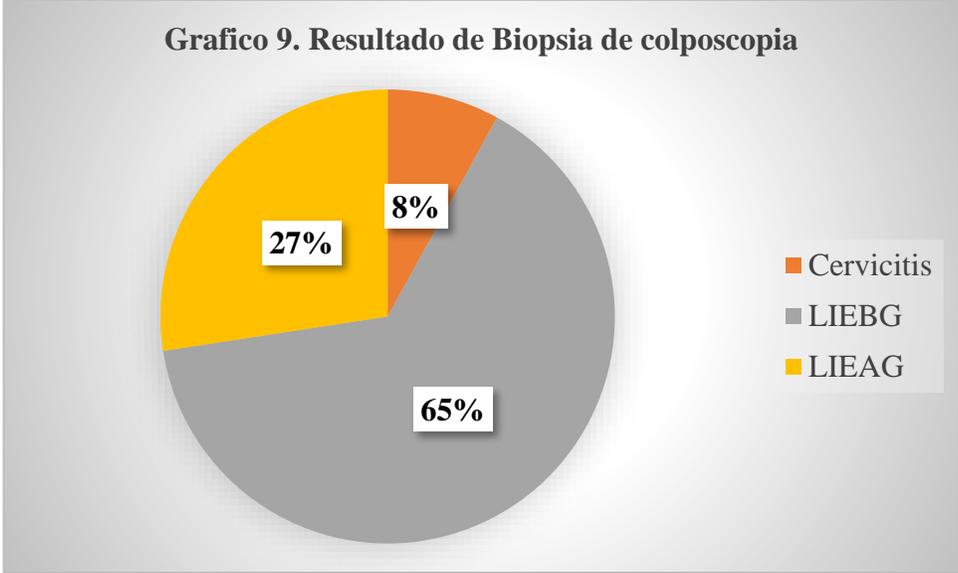
Fuente: SPSS 25



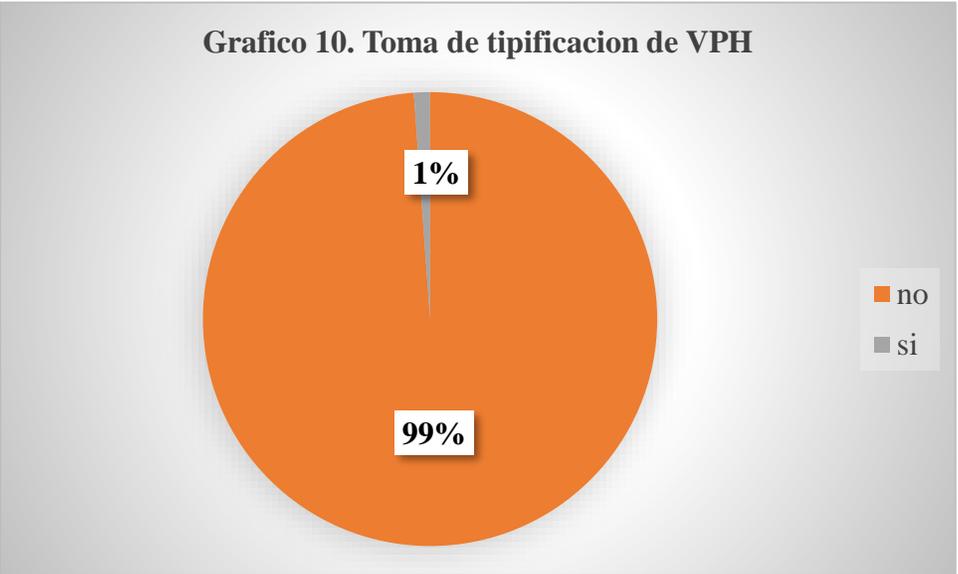
Fuente: SPSS 25



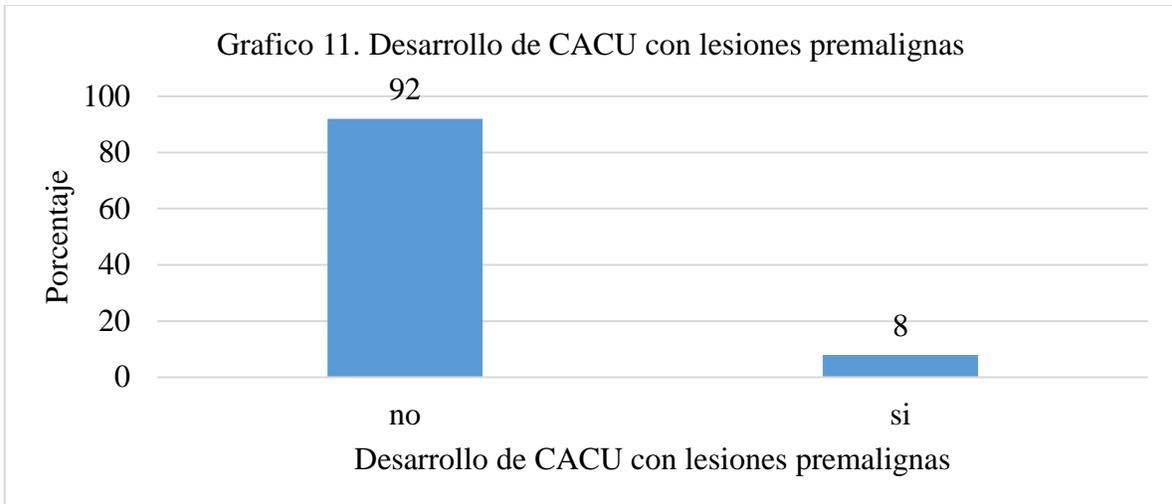
Fuente: SPSS 25



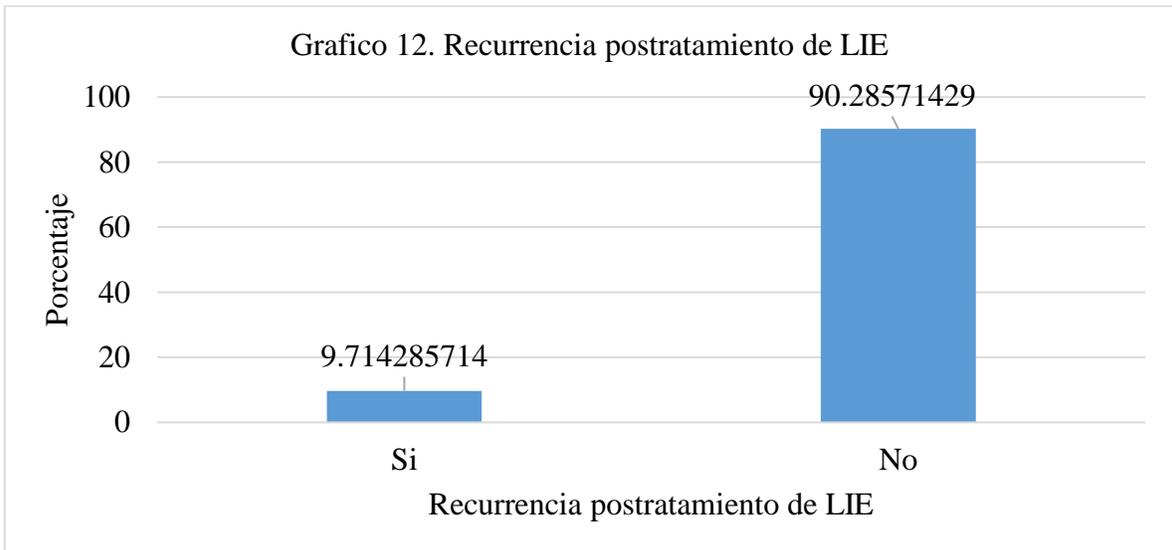
Fuente: SPSS 25



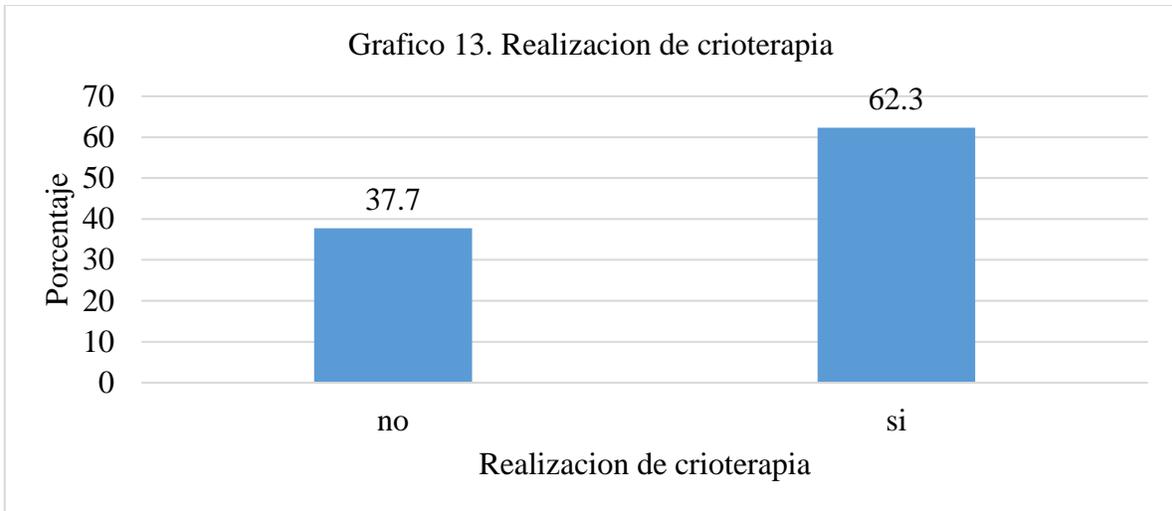
Fuente: SPSS 25



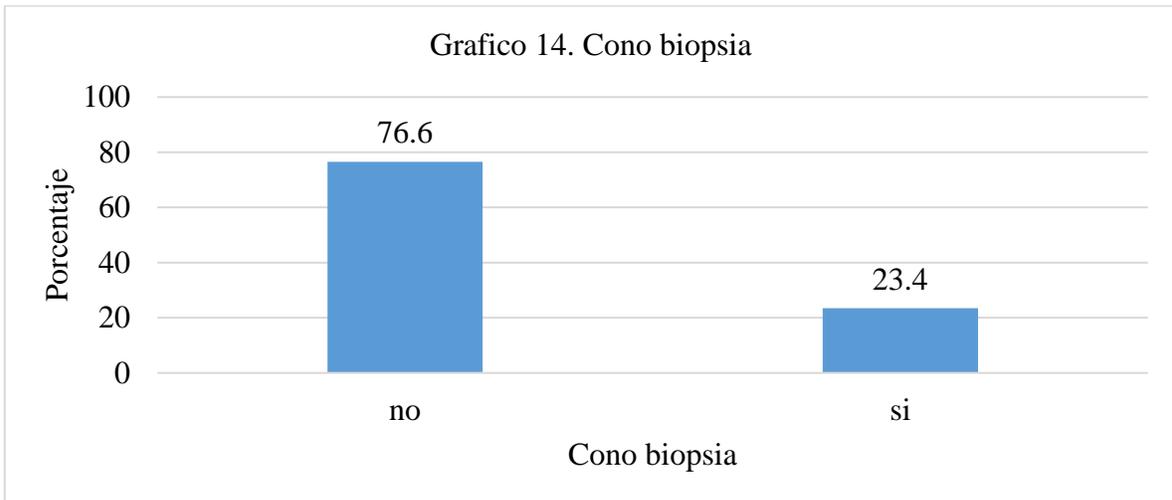
Fuente: SPSS 25



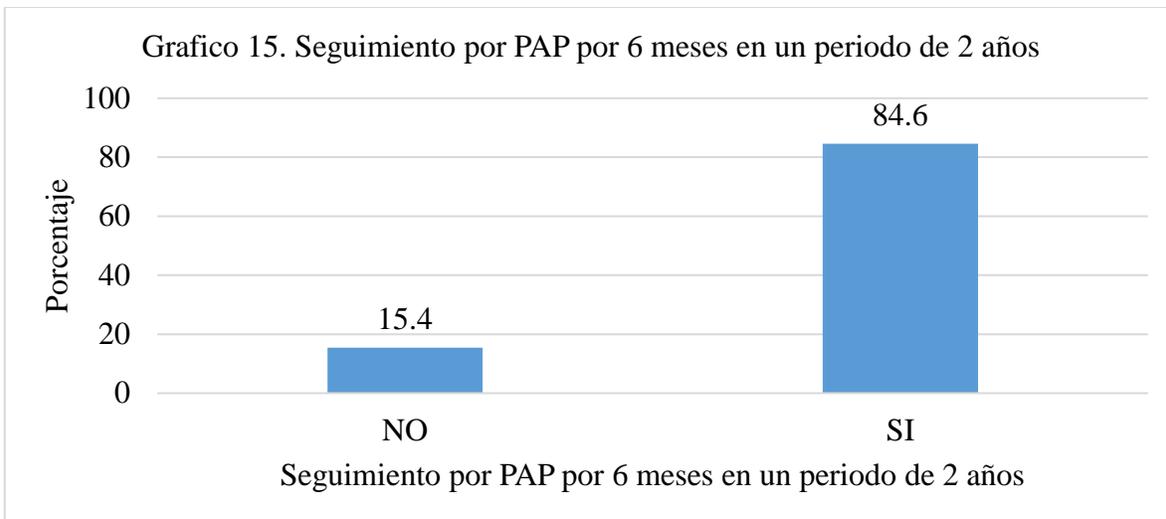
Fuente: SPSS 25



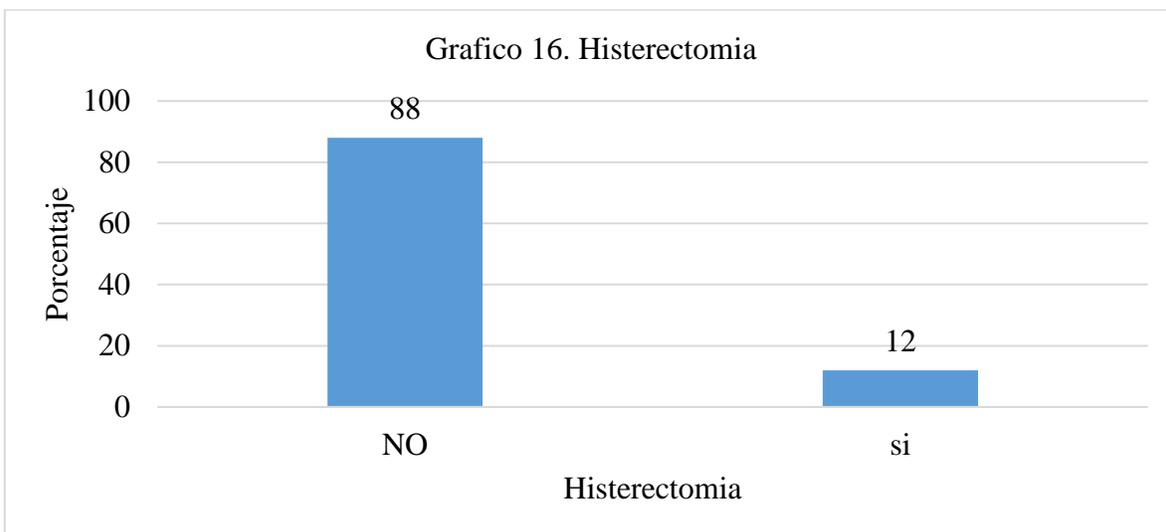
Fuente: SPSS 25



Fuente: SPSS 25



Fuente: SPSS 25.



Fuente: SPSS 25

7. Uso de preservativo

Si

No

8. Resultado del Papanicolaou:

Inflamación

ASCUS

LIEBG

LIEAG

9. Resultado de biopsia tomada en colposcopia:

Cervicitis

LIEBG

LIEAG

10. Desarrollo de cáncer cérvico uterino con lesiones pre malignas:

Si

No

11. Recurrencia de las lesiones premalignas

Si

No

12. Toma de tipificación de Virus de papiloma humano:

Si

No

13. Realización de crioterapia:

Si

No

14. Cono biopsia

Si

No

15. Histerectomía

Si

No

16. Seguimiento con Papanicolaou por 6 meses en un periodo de 2 años.

Si

No