

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Ciudad Sanitaria Dr. Luís Eduardo Aybar
Residencia de medicina familiar y comunitaria.

**INCIDENCIA DE CÁNCER CERVICO UTERINO EN LA UNIDAD DE PATOLOGIA
DE CERVIX DEL HOSPITAL DR. LUÍS EDUARDO AYBAR. EN EL PERIODO
OCTUBRE 2013 – MARZO 2014**



Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Yngrid Sonia Del Rosario de la Rosa

Asesor

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Ysabel Díaz

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2015

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes	2
I.1. Justificación	4
II. Planteamiento del Problema.....	5
III. Objetivos.....	6
III.1. General.....	6
III.2. Específicos.....	6
IV. Marco Teórico.....	7
IV.1. Anatomía	7
IV.2. Definiciones.....	8
IV.3. Concepto	11
IV.3.1. Fisiopatología	12
IV.3.2. Clasificación.....	13
IV.3.3. Sintomatología	16
IV.3.4. Factores de riesgo	17
IV.3.5. Etiopatogenia.....	19
IV.3.6. Epidemiología.....	20
IV.3.7. Manifestaciones clínicas.....	23
IV.3.8. Diagnóstico	23
IV.3.9. Tratamiento	24
IV.3.10. Complicaciones	25
IV.3.11. Pronóstico.....	25
IV.3.12. Prevención.....	26
V. Operacionalización de las variables	27
VI. Material y métodos	29
VI.1. Tipos de estudio	29
VI.2. Demarcación geográfica.....	29
VI.3. Universo y muestra	29

VI.4. Criterios.	30
VI.4.1. De inclusión	30
VI.4.2. De exclusión.	30
VI.5. Instrumento de recolección de los datos	30
VI.6. Procedimientos	30
VI.7. Tabulación de la información	30
VI.8. Aspectos éticos.	31
VII. Resultados.	32
VIII. Discusión.	46
IX. Conclusión.	48
X. Recomendaciones.	49
XI. Referencias.	50
XII. Anexos	58
XII.1. Cronograma	58
XII.2. Instrumento de recolección de datos	59
XII.3. Costos y recursos	60
XII.4. Evaluación.	61

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitir que día tras día surjan estrategias para hacer realidad este proyecto.

A mi madre Lorenza de la Rosa.

Por darme apoyo incondicional.

A mis hijos, Samuel y Sara

Por impulsarme a dar lo mejor de mí, para ser su guía y ejemplo.

A mi amiga y hermana Dra. Gladis Soto de los Santos

Que como Jesucristo llevó su cruz al calvario, así has cargado tu conmigo, gracias mi hermana, sin ti esto no hubiera sido posible.

A mi asesoras Dra. Ysabel Díaz y Claridania Rodríguez

Por brindarnos su apoyo y su enseñanza.

La sustentante.

DEDICATORIA.

A Dios

Señor este proyecto es dedicado totalmente a ti, por ser mi guía y protector.

A mi madre Lorenza de la Rosa

Por su apoyo en cada momento de mi vida, por su entrega y su pasión incambiable.

A mis hijos Samuel y Sara

A ustedes de manera especial dedico este proyecto como ejemplo de mi superación continua.

A mi amiga y hermana Dra. Gladis Soto

A ti de manera constante te dedico mis éxitos, que también son tuyos.

A mis hermanos Eudi, Duval, Serafin, Jhonny y Yanet

Este éxito es también de ustedes.

A Juan B. Durán Ynoa.

Dedico este proyecto a este ser muy especial, quien ha llegado a mi vida en el justo momento esperado.

Dra. Yngrid Sonia Del Rosario de la Rosa

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, con el fin de determinar la prevalencia de Cáncer Cervico Uterino en la unidad de Patología del cuello de Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Octubre 2013 – Marzo 2014. De 770 (100.0%) pacientes que fueron atendidas en la consulta de la unidad de patología de cuello se diagnosticaron con cáncer cervico uterino un 6.5 por ciento. El 38.0 por ciento de las pacientes tenían edad entre 30 – 39 años. El 52.0 por ciento de las pacientes procedían de zonas urbanas. El 70.0 por ciento de las pacientes presentaron hábitos tóxicos de café. El 10.0 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes familiar patológico de hipertensión. El 50.0 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes personales de hipertensión arterial. El 36.0 por ciento de las pacientes presentaron signos y síntomas de asintomática. En el 86.0 por ciento de los casos se utilizo Papanicolau como método diagnóstico. El 32.0 por ciento de los hallazgos fueron NIC I. En el 34.0 por ciento de los casos se realizó Papanicolau como tratamiento. El 4.0 por ciento de las pacientes presentaron complicaciones de hemorragia.

Palabras clave: Prevalencia, cáncer cervico uterino, patología de cuello, papanicolau

ABSTRACT

A retrospective study was performed in order to determine the prevalence of Cervical Cancer in the neck pathology unit of Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar in the period October 2013 - March 2014. 770 (100.0%) patients were treated in consultation neck pathology unit were diagnosed with cervical cancer by 6.5 percent. 38.0 percent of patients were aged 30-39 years. 52.0 percent of patients were from urban areas. The 70.0 percent of patients had toxic habits of coffee. 10.0 percent of patients had pathological family history of hypertension. 50.0 percent of patients had a history of hypertension. 36.0 percent of patients had signs and symptoms of asymptomatic. In 86.0 percent of cases smear was used as a diagnostic method. 32.0 percent of the findings were CIN I. In 34.0 percent of cases smear was performed as treatment. 4.0 percent of patients had bleeding complications.

Key words: Prevalence, cervical cancer, cervical pathology, pap smears

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer no constituye una enfermedad de las últimas décadas; existen evidencias de que en el antiguo Egipto ya se conocía la existencia del cáncer en humanos y lo demuestran hallazgos en las autopsias de algunas momias. En las escrituras médicas chinas y árabes también se describieron síntomas de lo que puede suponerse eran enfermedades malignas. El término Carcinoma fue introducido por Hipócrates, el cual lo comparaba con el cangrejo en su forma de diseminarse por el cuerpo y su persistencia. Galeno, casi 600 años después, distinguió tres tipos de tumores. Bichat describió la patología de muchas neoplasias en humanos, unas décadas después Muller y Virchow usando¹ el microscopio describieron las células del tejido canceroso.

El cáncer cervicouterino es uno de los grandes desafíos sanitarios aún no resueltos. Es la principal causa de muerte por neoplasia entre las mujeres de países en desarrollo. De acuerdo con la última compilación de datos mundiales, cada año se producen alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 por ciento de ellos ocurren en América Latina, Asia y África. En América Latina y el Caribe mueren 30 500 mujeres anualmente por esta causa, ocupando la mayor proporción el grupo etario entre 35 a 54 años de edad.¹

En Dominica también es un importante desafío sanitario y de salud pública. Dentro de las causas de mortalidad femenina por cáncer, se ubica en unos de los primeros lugares como causa de muerte en mujeres de 30 a 44 años de edad, edad en que la mujer ocupa un rol protagónico en el cuidado y mantención del núcleo familiar. Hasta el momento, no se han reportado en este país, estudios investigativos previos sobre el tema.

La tasa de mortalidad en las últimas décadas a nivel mundial, se ha mantenido relativamente constante en 10/100 000 habitantes, con un leve descenso en los últimos años. La mayor tasa de años de vida potencialmente perdidos en la mujer, la tiene este cáncer, lo que refleja su transcendencia social y económica al afectar mujeres jóvenes. Se estima que la incidencia anual de cáncer invasor es de 1500 casos, el doble de los casos de muerte, lo cual indica que hay una gran incidencia de mujeres afectadas por esta enfermedad.¹

Se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de este cáncer el inicio precoz de la actividad sexual, el número de parejas sexuales, múltiples embarazos, historia de enfermedades de transmisión sexual, bajo nivel

Socioeconómico, consumo de tabaco, uso de anticonceptivos orales y factores inmunológicos. Aunque ninguno de estos ha demostrado ser tan importante como la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH). En múltiples ocasiones se ha visto la directa relación que existe entre la infección por VPH y la presencia de cáncer cervicouterino, llegando a establecerse como agente etiológico de este cáncer. La presencia del virus, en pacientes con cáncer cervicouterino, se ha llegado a documentar hasta en el 99 por ciento de los casos. Por esta condición de enfermedad infecciosa, el cáncer cervicouterino, tiene la característica fundamental de ser prevenible.¹

I.1. Antecedentes.

López S. Alejandro, Lizano S. Marcela; (2006)² realizaron un resumen a nivel mundial sobre el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer. Sin embargo, gracias a la citología y a la histopatología se le puede detectar tempranamente y tratar oportunamente, reduciendo el impacto de esta enfermedad. Sumado a estas medidas, el panorama se torna más favorable al contar ahora con vacunas que prometen disminuir este cáncer, especialmente en los países que presentan mayor número de casos. La relación entre el cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano, propuesta a principios de los años 80's por el doctor Harald zur Hausen, continúa siendo hoy explorada por diversos estudios. Algunos de los resultados se exponen en la presente revisión, lo que nos ayuda a tener una mayor comprensión de la biología del virus y de su papel en la carcinogénesis. Como ejemplo de ello, se han identificado nuevas funciones biológicas de las proteínas virales que pueden afectar el ciclo viral, la respuesta celular y muy posiblemente influyan en el desarrollo de lesiones cervicales y su progresión a cáncer. Por otro lado, también se sugiere que las diferencias biológicas y funcionales entre las llamadas variantes virales, pudieran tener impacto en la etiología del cáncer. La distribución geográfica y el potencial

oncogénico de estas variantes virales proporcionan datos que ayudarán a un diseño más eficiente de vacunas y protocolos de vacunación. La suma de estos estudios ofrece un panorama más detallado de la biología del virus, de nuevas interacciones de éste con la célula hospedera, de la importancia de las variantes virales y de posibles blancos terapéuticos; lo que hace que la relación entre el cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano, sea una historia que no termina.

Chavaro V. Nelly, Arroyo H. Gabriel, Alcázar León F., Muruchi G. German W. Pérez Z., Irma (2009)³. Realizaron una revisión acerca de la epidemiología, etiopatogenia, métodos diagnósticos, tamizaje, clasificación y utilidad de los métodos de imagen. La estadificación del carcinoma cervical es clínica, sin embargo puede apoyarse en los métodos de imagen, sobre todo TC y RM, aunque esta última tiene mejor predilección por su mejor definición, ambos son útiles para estadificar la enfermedad avanzada y detectar recurrencia. Por su parte el PET CT es un método útil en la valoración de ganglios linfáticos, metástasis a distancia y en la valoración de respuesta a tratamiento. Esta entidad continua siendo un problema de salud pública, es importante llevar los métodos de tamizaje a todos los sectores de la población para reducir la morbimortalidad por esta enfermedad. Los métodos de prevención con el uso reciente de vacunas han tenido resultados satisfactorios. La evolución en los métodos de imagen ha permitido la mejor estadificación y planeación terapéutica. El diagnóstico definitivo del CaCu es histológico, los métodos de imagen son una importante herramienta para la estadificación y planeación quirúrgica, así como en la valoración de respuesta a tratamiento y la detección de recurrencia de esta enfermedad.

Sanabria N. José G., (2009)⁴; realizaron un estudio con el objetivo de actualizar el estado del arte sobre el cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 5 años, y de otros originales teniendo en cuenta su nivel de evidencia médica I - II. Se utilizaron los buscadores de la biblioteca Cochrane, Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, New England Journal of Medicine, J Clinical Oncology, Medscape, PubMed, PubMed Central y artículos de la Agencia Internacional del Cáncer de Francia. Se revisaron los siguientes aspectos: Definiciones, epidemiología, etiología, factores de riesgo,

citología, colposcopia, histopatología, clasificaciones, estadios clínicos, tratamientos, prevención, promoción de salud y problemas sociales. El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y curable, multifactorial, transmitida sexualmente por el Virus del Papiloma Humano, con alta incidencia y prevalencia, y a pesar de los programas de pesquiasaje continúa siendo un problema de salud. Se necesita de monitoreo permanente del programa de detección precoz en todos los ámbitos y alternativas de pesquiasaje, adecuadas localmente a las necesidades, y de fuertes prevención y tratamiento para poder disminuir la carga social y económica que de este problema se derivan.

I.2. Justificación.

Los factores de riesgo, son considerados como las diversas circunstancias, acciones, actividades, hábitos que contribuyen a producir un daño, ya sea esta solo una simple posibilidad hasta poder tener altos grados de probabilidad. El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tiene un alto índice de éxito. El índice de supervivencia a los cinco años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100 por ciento; sin embargo, si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina.

Es importante hacer notar que no todas las displasias evolucionan a cáncer, se estima que el 35 por ciento regresan espontáneamente, 20 por ciento se mantienen en forma estacionaria y el 45 por ciento progresan a cáncer. Hasta el momento no es posible identificar los casos que progresarán a cáncer y cuáles no lo harán, en tanto, es obligatorio realizar el seguimiento y control en la totalidad de los casos.

Es de mucho interés para nosotros determinar que tan frecuente es esta patología en la población de pacientes del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, ya que la mayoría de estas son pacientes con un nivel educacional bajo, notar cual es el seguimiento e interés que muestran luego de ser diagnosticadas y cuál es el grado de progresión a cáncer de no ser tratadas oportunamente luego de ser detectada.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer cervicouterino es uno de los grandes desafíos sanitarios aun no resueltos. Es el segundo cáncer más común en las mujeres del mundo, después del de mama, y es la principal causa de muerte por neoplasia entre las mujeres de países en desarrollo.

Cada año se diagnostican aproximadamente unos 500.000 nuevos casos en el mundo. No obstante la distribución es bastante irregular, siendo mucho más frecuente en los países poco desarrollados (África sub-Sahariana, Melanesia, Latinoamérica, Caribe, Asia Central y Sudeste Asiático) en donde se dan el 83% de los casos. Este modelo de distribución es relativamente reciente, ya que antes de la introducción de los programas de screening en la década de los 60 y 70, la incidencia en la mayor parte de Europa, Norte América, Australia y Nueva Zelanda eran similares a las que tienen ahora los países en desarrollo. Sin embargo la tendencia a la disminución de la mortalidad, no ha seguido su marcha en las últimas décadas; de todos modos en los países desarrollados, casi la mitad de los casos nuevos corresponden a mujeres que no se han hecho nunca una citología o no lo hicieron en los últimos cinco años.

La razón que explica esta alta incidencia es la falta de programas organizados de detección temprana enfocados a pesquisar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen a un cáncer invasor. Además existen diferentes estudios sobre cáncer cervicouterino orientados a investigar factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, pero hasta el momento no se ha reportado un estudio que registrara la prevalencia de los casos registrados entre los años 2011 – 2013 en la unidad de patología de cuello del hospital seleccionado, razón por la cual se consideró de suma importancia la realización de este trabajo investigativo en estas pacientes.

Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de Cáncer Cervico Uterino en la unidad de Patología del cuello del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Octubre 2013 – Marzo 2014?

III. OBJETIVOS.

III.1. General

1. Determinar la prevalencia de Cáncer Cervico Uterino en la unidad de Patología del cuello de Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Octubre 2013 – Marzo 2014.

III.2. Específicos

1. Determinar la edad de los pacientes
2. Conocer la procedencia de los pacientes
3. Conocer los hábitos tóxicos de los pacientes
4. Identificar los antecedentes familiares patológicos de los pacientes
5. Identificar los antecedentes personales patológicos de los pacientes
6. Identificar los signos y síntomas de los pacientes
7. Conocer el método diagnóstico utilizado en los pacientes
8. Identificar los hallazgos encontrados en los pacientes
9. Identificar el tratamiento utilizado en los pacientes
10. Conocer las complicaciones presentadas en los pacientes

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Anatomía.

El cáncer cérvico uterino continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, principalmente en los países en desarrollo. En México, este tipo de cáncer es la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 a 64 años. En el 2005, la tasa media nacional de mortalidad fue del 15.46 por 100,000 mujeres de 25 años y más, que corresponde a 4,247 defunciones. El 84 por ciento ocurrieron en mujeres con escolaridad primaria o menos y predominantemente en edad productiva.⁵

En los últimos años se realizaron investigaciones que han permitido el avance, en el conocimiento de la etiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, que han impactado en el decremento de las tasas de mortalidad por esta patología. En 1990 la tasa fue de 24.97 y para el 2005 fue de 15.46 por 100,000 mujeres de 25 años y más la disminución fue de 9.51 puntos.⁵

Uno de los avances más significativos ha sido la identificación de la etiología del cáncer cérvico uterino, al esclarecer el papel que juega en el desarrollo de las lesiones intraepiteliales el Virus de Papiloma Humano (VPH), ya que se ha detectado hasta en el 99.7 por ciento de los carcinomas cervicales.² Los profesores Harold zur Hausen y Lutz Gissman descubrieron entre 1981 y 1984 los VPHs asociados a neoplasias genitales: los tipos 6 y 11 asociados a neoplasias benignas, como el condiloma acuminado y los tipos 16 y 18 asociados al cáncer cervical. Con estos descubrimientos se inició el estudio intenso de los VPHs a nivel mundial y su asociación con esta enfermedad.⁵

En México, los casos de cáncer invasor se encuentran más frecuentemente relacionados con infecciones provocadas por estos dos tipos.

Otro de los avances revelantes ha sido el desarrollo de vacunas profilácticas específicas para estos subtipos de virus.⁵

La infección por el VPH es transmitida sexualmente y representa la infección de transmisión sexual más frecuente en todo el mundo. En la mayoría de las mujeres, la infección es asintomática y en el 80 por ciento de ellas desaparece espontáneamente

en un periodo que va entre 12 y 18 meses, debido a una respuesta inmune efectiva, entre otras causas.⁵

Sin embargo, es una contradicción que siendo una patología factible de ser detectada en etapas tempranas y tratada de manera oportuna, debido al largo período de tiempo que transcurre entre la aparición de una lesión intraepitelial y su evolución a cáncer, continúen ocurriendo un número importante de fallecimientos.

Hablar de la prevención del cáncer cérvico uterino, es complicado debido a que requiere de cambios en el estilo de vida y en el ejercicio de la sexualidad. Prevenir significa modificar o realizar acciones orientadas a evitar o disminuir los factores y cofactores de riesgo que aumentan la posibilidad de contagio.⁵

En este contexto, la prevención del cáncer cérvico uterino puede estar enfocada en dos aspectos:

- Prevención primaria con la aplicación de vacunas profilácticas para evitar la aparición de una enfermedad, en este caso, de infección por virus papiloma humano subtipos 16 y 18.
- Prevención secundaria, referente a la detección temprana de la enfermedad; en este caso, de lesiones precursoras y cáncer. Un aspecto fundamental es la detección de lesiones intraepiteliales antes de que evolucionen a cáncer o detectar éste en una etapa temprana (*in situ*).

No obstante los avances en este campo, continúa siendo primordial la educación para la salud, la información veraz y oportuna para la población y la promoción de un ejercicio de la sexualidad de manera informada, segura, responsable y libre.⁵

IV.2. Definiciones

Para efectos de este trabajo se retoman los conceptos enunciados en la modificación a la norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de mayo de 2007.⁵

- **Cáncer:** Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.
- **Cáncer invasor:** Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.
- **Cáncer in situ:** De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.
- **Cáncer microinvasor:** Invasión del estroma cervical con una medida máxima de profundidad de 5 mm y una extensión horizontal máxima de 7 mm.
- **Captura de híbridos:** Prueba biomolecular, basada en la amplificación de la señal de híbridos en solución, in vitro, para detectar blancos de DNA o RNA.
- **Carcinoma:** Cáncer que se origina en los tejidos epiteliales.⁵
- **Citología cervical:** Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou
- **Colposcopia:** Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.
- **Criocirugía:** Aplicación de baja temperatura a un tejido hasta alcanzar el punto de congelación del agua intracelular produciendo la muerte celular.
- **Displasia:** Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.⁵

- Electrocirugía: Empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5 mm.
- Factor de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.
- Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o daño, ocurridos en una población, lugar y tiempo determinados.⁵
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG): Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atipia coilocítica), restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluye en estas lesiones a la displasia leve/ NIC 1.
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG): Cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3.
- Pruebas biomoleculares (Captura de Híbridos y RPC): Métodos de diagnóstico por laboratorio, para la detección del genoma de agentes infecciosos como el virus del papiloma humano.
- RPC: (Reacción de la Polimerasa en Cadena): Prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos repetidos de desnaturalización, hibridación del fragmento precursor y extensión de éste.⁵
- Sistema de Clasificación Bethesda: Nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical.
- Tamizaje: Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico.
- Virus del Papiloma Humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los *Papillomaviridae*, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.⁵

- Visualización Directa: Inspección del cérvix mediante el uso de un espejo vaginal y una iluminación apropiada.
- Zona de transformación: Es el área comprendida entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar del cérvix uterino, dentro de la cual pueden identificarse diversos grados de maduración del epitelio metaplásico.⁵

IV.3. Concepto

El cáncer cervicouterino, una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.⁶

Ya que en general no hay síntomas asociados con el cáncer cervicouterino, el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou, que se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, pero generalmente no se siente dolor.⁶

Si se encuentra células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido (este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono (conización), la paciente quizás tenga que ir al hospital.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello

uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.⁶

IV.3.1. Fisiopatología.

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están compuestos por epitelio columnar secretor, originado embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos.

Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo de células. La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares müllerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular.⁷

La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia. La unión escamocolumnar original es una zona de transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada metaplasia. Cuando la metaplasia ocurre, existe siempre un potencial neoplásico. En las mujeres en edad reproductiva, la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Esta área entre la original y la nueva UEC es referida como la zona de transición. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia.⁷

La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC. En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera (crecimiento exofítico), en contraste, en pacientes de mayor edad, la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical (crecimiento endofítico). Las células de reserva en la unión escamocolumnar han sido vigiladas con interés como origen del adenocarcinoma cervical. Sin embargo, la mayoría de los adenocarcinomas cervicales surgen en la unión escamocolumnar.⁷

La coilocitosis ha sido descrita en muestras de Papanicolaou por décadas y es reconocida como muestra de displasia leve. En 1970 Meisels y Fortin descubrieron que el VPH era el origen de atipia coilocítica. El VPH es asociado a un alto grado de lesiones cervicales y es considerado el agente causal en el desarrollo de cáncer cervicouterino. Esta relación ha sido descrita por Bosch y cols. y es ahora bien aceptado el modelo para entender la oncogénesis mediada por virus⁷

IV.3.2. Clasificación

Tradicionalmente, las lesiones precancerosas del cuello uterino se denominan displasias. Displasia leve describe la enfermedad en que las células indiferenciadas (células atípicas con núcleo hipercromático y con aumento de la relación núcleo citoplasmática, que demuestra un índice mitótico aumentado) ocupan el tercio inferior del epitelio. La displasia moderada describe las células indiferenciadas que reemplazan en dos tercios del espesor del epitelio normal y la displasia grave describe la enfermedad en la cual todas las capas celulares del epitelio cervical, excepto una o dos de las capas más superficiales, están reemplazadas por células indiferenciadas. Todos los grados de displasia son pre-invasores, la membrana basal se mantiene intacta.⁸

El carcinoma in situ se describe cuando la superficie completa del epitelio está reemplazada por estas células. Cáncer cervicouterino se llama cuando las células atípicas invaden la membrana basal y comprometen tejidos anexos a esta.

En los años 70, se introduce el término de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), siendo el grado I equivalente a la displasia leve, el grado II a la displasia moderada y el grado III a la displasia grave y carcinoma in situ. Esto se debió a que la diferencia entre displasia grave y carcinoma in situ no tiene mayor significado clínico.

En la última década se ha descrito el sistema de Bethesda, el cual clasifica las lesiones pre-invasoras en tres categorías:⁸

1. Células escamosas atípicas (ASC).
2. Lesiones intraepiteliales de bajo grado (Infección por el VPH y NIC I).
3. Lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II, NIC III- Ca in situ).

ASC-células escamosas atípicas. Las células escamosas son las células delgadas, planas, que forman la superficie del cérvix. El Sistema Bethesda divide esta categoría en dos grupos:

ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado. Las células escamosas no aparecen completamente normales, pero los médicos están inciertos sobre el significado de los cambios en las células. Algunas veces los cambios están relacionados con la infección de VPH. Una prueba de VPH se puede hacer para aclarar lo que se ha descubierto.⁸

ASCH: Las células escamosas atípicas no pueden excluir una anomalía intraepitelial escamosa de alto grado. Intraepitelial se refiere a la capa de células que forman la superficie del cérvix. ASCH puede ser que tenga un riesgo mayor de ser precanceroso comparado con ASCUS.

AGC: Células glandulares atípicas. Las células glandulares son células que producen moco y que se encuentran en el canal endocervical (la abertura en el centro del cérvix) o en el revestimiento del útero. Las células escamosas no aparecen normales, pero los médicos están inciertos sobre el significado de los cambios en las células.⁸

LSIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. De bajo grado significa que hay cambios tempranos en el tamaño y forma de las células. La palabra lesión se refiere a un área de tejido anormal. LSIL se consideran anomalías leves causadas por infección de VPH y son un estado común, especialmente entre mujeres jóvenes. La mayoría de las LSIL regresan a su estado normal después de algunos meses o pocos años.

HSIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado. Alto grado significa que las células se ven muy diferentes en tamaño y forma de las células normales. Las HSIL son anomalías más graves y pueden eventualmente llevar al cáncer si se dejan sin tratar.⁸

Las distinciones hechas por este sistema apuntan hacia una mayor reproductibilidad y consistencia del informe citológico.

La controversia de esta clasificación ha pasado por definir una conducta adecuada frente al diagnóstico citológico de ASC, el cual a pesar de tener un bajo

riesgo de lesión de alto grado debido a la baja prevalencia de estas, no puede descartar el riesgo individual que tiene una mujer con este hallazgo.

Se han descrito tres posibles seguimientos frente al diagnóstico de ASC:

1. Colposcopia inmediata.
2. Repetir la citología.
3. Medir presencia y tipo de Virus Papiloma Humano (VPH)

La colposcopia inmediata determinaría la presencia de una lesión de alto grado, pero con muy bajo valor predictivo positivo, debido a la baja prevalencia de este tipo de lesiones en mujeres con ASCUS. Esto conlleva, además de los costos económicos, un elevado costo emocional para las mujeres sin la enfermedad.⁸

El repetir la Prueba Citológica no sería costo-efectivo debido a la baja sensibilidad de este examen, finalmente igual sería necesario completar con una evaluación colposcópica.

Como se verá más adelante, se conoce la directa relación que existe entre la infección por VPH y el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino. Por tanto, el test para VPH ha sido propuesto como la mejor manera de resolver el seguimiento de una mujer con ASCUS. Si el test es positivo para VPH de alto riesgo se justifica una derivación para complementar con colposcopia, mientras que mujeres con VPH negativo podrían ser tranquilizadas y controladas en 6 meses.

A pesar de esto, algunos autores recomiendan no interpretar el test para VPH como una solución a la pesquisa de cáncer cervicouterino, si bien se ha demostrado su directa relación con este, la enfermedad presenta casos que no corresponden a la evolución esperada. Por otra parte, la detección de VPH de alto riesgo no siempre se correlaciona con una citología positiva. Esto, asociado a la desconocida historia de infección y latencia del virus hacen que la detección de DNA viral también pueda ser cuestionado con seguimiento.⁸

Estas aproximaciones a aumentar la sensibilidad de la Prueba Citológica, utilizada como herramienta de pesquisa, permiten precisar el diagnóstico citológico, aunque no eliminan del todo la posibilidad de realizar un diagnóstico falsamente negativo.⁸

Clasificación histológica:

Se identifican diferentes subtipos de cáncer cervical:

1. Carcinoma de las células escamosas, que se origina a expensas del epitelio pavimentoso; es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos); el precursor inmediato de este carcinoma son las HSIL, lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado;
2. Adenocarcinoma cervical, que constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ;⁸
3. Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos, que constituyen el 5% restante de los casos.

IV.3.3 Sintomatología

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan sino hasta que un precáncer se torna en un cáncer invasivo verdadero y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después de sostener relaciones sexuales (coito vaginal), sangrado después de la menopausia,⁹ sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. El sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico es un síntoma común del cáncer de cuello uterino, pero no de precáncer.⁹
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito vaginal).

Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, una infección puede causar dolor o sangrado. Aun así, si usted presenta cualquiera de estos problemas, debe consultar inmediatamente a su médico (aunque se haya estado haciendo.⁹ regularmente las pruebas de Papanicolaou). Si es una infección, necesitará tratamiento. De ser

cáncer, ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer progrese a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz.

Lo mejor es que no espere a que aparezcan los síntomas.⁹

IV.3.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cervicouterino se han estudiado en diversas poblaciones, lo que ha hecho variar su importancia y fuerza de asociación según las características étnicas, culturales y biológicas de cada grupo estudiado.¹⁰

En términos generales y según la población estudiada se han descrito como factores de riesgo para desarrollar el cáncer cervicouterino los siguientes:A.- Infección por Virus del Papiloma Humano:

Es bien conocida la relación que tiene con la infección por VPH, llegando a describirse hasta en un 99% de los casos. La infección por VPH suele ocurrir una vez iniciada la vida sexual, sin embargo la gran mayoría de estas infecciones son transitorias, debido a los mecanismos inmunológicos normales de una mujer. La regresión de la infección por VPH se ha observado hasta en el 80% de las mujeres. Sin embargo algunos tipos de VPH mantienen una infección persistente y se asocian al desarrollo de lesiones precancerosas. El mecanismo por el cual el VPH se torna maligno es a través de la acción de diferentes tipos de oncoproteínas, las cuales tienen la capacidad de transformación cuando son integradas a células epiteliales.

Se han descrito alrededor de 100 tipos de Virus Papiloma en seres humanos. Los tipos 16, 18, 31, 33, 51 y 59 han sido asociados con cáncer anogenital. El VPH-16 es el causante de al menos el 50 por ciento de los cáncer cervicouterino en el mundo. El VPH-18 también ha sido muy relacionado con este cáncer, especialmente con adenocarcinomas. La aparente menor prevalencia del VPH-18 en lesiones precancerosas ha sugerido su relación con una rápida progresión de lesiones precursoras a cáncer cervicouterino, por lo que podría ser sub diagnosticado en los programas de pesquisa tradicional.¹⁰

¿Qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)? Son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las

verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano.

En la boca y garganta el virus del papiloma humano produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. También producen el papiloma de la conjuntiva del ojo y el papiloma nasal.¹⁰

Desde el punto de vista genómico, el DNA del VPH se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos (E), y los tardíos (L). Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional, y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside viral.¹⁰ Los productos de los genes tempranos actúan como onco proteínas. Estas, expresadas en todos los tumores, inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb, causando proliferación celular descontrolada. En los cánceres cervicouterinos asociados con VPH frecuentemente se encuentra una pérdida o disminución de la expresión alélica de las críticas moléculas clase I del complejo mayor de histocompatibilidad, que están íntimamente involucradas en el reconocimiento y presentación de antígenos de superficie. Su regulación causada por el HPV podría explicar por qué algunos cánceres escapan a la vigilancia inmunológica mediada por células.¹⁰

Aunque la distribución geográfica de los tipos de VPH asociados a cáncer no se conoce bien, existe evidencia que la prevalencia sería 3 a 5 veces mayor en países en desarrollo. Si bien el VPH-16 ha sido el más asociado a cáncer cervicouterino en todos los países, los tipos 33 y 59 se han encontrado casi exclusivamente en Centro y Sur América.¹⁰

Generalmente la infección por VPH se asocia con ciertos cofactores que determinan que un porcentaje de infecciones persistentes logre progresar, en algunas mujeres y no en otras, dando lugar a un cáncer.

El riesgo relativo de la asociación entre infección por HPV y neoplasia cervicouterina es de alta magnitud, en el rango de 20 a 70. Este rango es mayor que para la asociación entre tabaquismo y cáncer pulmonar y es comparable solamente al de la asociación entre hepatitis B crónica y cáncer hepático, relaciones causales

que son indiscutibles. Evidencia reciente usando meticulosos tests con reacción de cadena de polimerasa en una gran colección de especímenes de cáncer cervicouterino ha mostrado que el DNA del VPH está presente en el 99,7% de los casos. Este hallazgo indica que la infección por VPH podría constituir una causa necesaria de neoplasia cervicouterina, evidencia con obvias implicancias para la prevención primaria y secundaria.¹⁰

La etiopatogenia de esta enfermedad ha podido ser investigada en forma detallada gracias a avances en biología celular, molecular e inmunología. Estos avances han permitido conocer el rol del virus papiloma humano en el desarrollo de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino y han tenido importantes implicancias en la metodología de diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.¹⁰

IV.3.5. Etiopatogenia

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen: ¹¹

- Múltiples compañeros sexuales;
- Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasados;
- Edad temprana en la primera relación sexual;
- Elevado número de partos;
- Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18);
- Infección por VHS tipo II y otras ITSs (como marcadores de promiscuidad sexual).
- Inmunosupresión;
- Ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos);
- Uso de contraceptivos orales;
- Uso de nicotina.

La infección genital con el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente a nivel mundial. Asimismo, es el factor de riesgo más importante para desarrollar lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. No obstante, menos de 5 por ciento de las mujeres infectadas con el

VPH desarrollarán cáncer cérvico-uterino (CaCu). El CaCu es un problema de salud pública; es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina. Cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo. En el año 2001, el 11.7 por ciento de todas las neoplasias en las mujeres correspondieron a CaCu, y se reportaron 369,500 casos nuevos en países en vías de desarrollo, a diferencia de los países desarrollados en los cuales 96,100 casos fueron diagnosticados en el mismo año. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar CaCu. Cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que tasas más altas corresponden a Chile y México.¹¹

Como ya se ha indicado, hoy se sabe que prácticamente el 100% de los casos de cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras (ver más adelante) están causadas por la infección por serotipos de alto riesgo del VPH, sobre todo el VPH-16 y el VPH-18. Se trata de un virus de transmisión sexual, y de ahí que la enfermedad sea más frecuente en mujeres que tuvieron múltiples parejas sexuales o que empezaron a tener relaciones sexuales pronto. También explica que sea más frecuente en sujetos inmunodeprimidos, como las mujeres con SIDA. En general, las tasas de progresión de las lesiones precancerosas no son uniformes, y aunque sobre todo VPH 16 está asociado con un riesgo elevado, es difícil predecir la evolución en una persona en particular. El riesgo de desarrollar cáncer depende sólo en parte del subtipo de VPH, ya que también depende del estado inmunológico de la persona y de condiciones ambientales. La progresión hacia carcinoma invasivo, si llega a ocurrir, puede ocurrir en pocos meses o producirse durante más de una década.¹¹

IV.3.6. Epidemiología

El cáncer cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, acontece en 10 por ciento de todos los cánceres, es la tercera neoplasia más diagnosticada. Cada año alrededor de 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo. Se estima que produce alrededor de 231,000 muertes por año, 80 por ciento de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo.¹²

Las zonas de alto riesgo incluyen Sudamérica, Este y Sur de África y la India. En los Estados Unidos existen más de 10,000 nuevos casos al año con más de 3,700 muertes por año atribuidas a esta enfermedad. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar CaCu, cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que las tasas más altas corresponden a Chile y México, mientras que las más bajas ocurren en Cuba, Puerto Rico y Argentina.¹²

En México el CaCu es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años.¹

El Sistema Nacional de Salud Mexicano brinda atención médica Aproximadamente a 9,000 casos de cáncer cervicouterino invasor y se registran 4,000 muertes anualmente.¹²

En México existe un Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer (DOC), mediante la prueba de Papanicolaou desde 1974.

En nuestro país entre 1990 y el año 2000 se reportaron 48,761 defunciones. Tovar et al., en su estudio epidemiológico sobre la mortalidad en México por CaCu en el periodo de 1980 al 2004, utilizando las estadísticas del INEGI, revisaron las causas, edad, año de defunción y entidad federativa, la tendencia de las tasas ajustadas por edad presenta una tasa de 12.8 defunciones que aumenta a 15.6 en 1988 para disminuir gradualmente hasta el 2004 en que hay una tasa de 8.8 muertes por 100,000 mujeres mayores de 25 años. Las entidades federativas con mayor mortalidad fueron

Colima, Nayarit y Yucatán. El total de defunciones registradas oficialmente por CaCu en el periodo estudiado fue de 99,262 casos. El año que presentó mayor número de casos fue el 2000 con 4,601, mientras que en el 2004 disminuyó a 4,223.5¹²

El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en el 2001 registró 102,657 tumores malignos, correspondientes a 101.6 casos por 100,000 habitantes, de los cuales el tumor que se reportó con mayor frecuencia fue el del cuello del útero, ocupando un 24.4 por ciento en la población general y en las mujeres el 36%, seguido del cáncer de mama (17%) y piel (11%).¹²

La experiencia de países desarrollados ha permitido demostrar que la mejor opción para disminuir la mortalidad por CaCu es la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y lesiones malignas por medio de programas de detección oportuna del CaCu. Durante los últimos años se han realizado estudios de citología exfoliativa sólo al 5 por ciento de las mujeres en los países en vías de desarrollo mientras que en países desarrollados del 40 al 50 por ciento de las mujeres recibieron este servicio.¹²

En nuestro país ha sido difícil establecer y mantener un programa de tamizaje efectivo. Entre el 20 y 60 por ciento de las muertes por CaCu se podrían prevenir mediante el uso efectivo y temprano de un programa de DOC. Se estima que el actual programa de DOC previene menos de 13 por ciento de los casos de CaCu potencialmente prevenibles en México.¹²

La frecuencia de los estudios de citología exfoliativa encontrados por Martínez en su estudio sobre la epidemiología del cáncer del cuello uterino son mucho más bajas en las zonas rurales (30%) que en la ciudad de México (64%). Según este estudio basado en datos obtenidos del INEGI, indica que 66.3 por ciento de las defunciones por CaCu fueron en mujeres analfabetas o con estudios de educación primaria incompletos.¹²

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y la falta de acceso a la información entre otros factores socioculturales, mantienen a la población femenina en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de padecer CaCu y morir por ésta u otras causas.¹²

Por último, es importante mencionar el importante papel que juega la infección por virus del papiloma humano (VPH) en la etiopatogenia de esta enfermedad. La infección por VPH es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, con una prevalencia en mujeres jóvenes entre 30 al 46% en diversos países.

La infección por VPH afecta a cerca de 20 millones de americanos y se estima que más del 50 por ciento de todos los adultos sexualmente activos contraerán esta infección en algún momento en su vida. Aproximadamente 6.2 millones de americanos son infectados con VPH anualmente. Estas infecciones pueden

resolverse espontáneamente o progresar a la aparición clínica de la infección, manifestándose más notablemente como displasia cervical que puede progresar a cáncer.¹²

IV.3.7. Manifestaciones clínicas

Las verrugas ano-genitales o condilomas acuminados son manifestaciones clínicas de este virus. La infección por PVH se está incrementando de una manera alarmante. La habilidad del virus para establecer una infección subclínica y su asociación con malignidad del tracto femenino inferior hace las estadísticas aún más preocupantes.¹³ Todo ello motivó para realizar este estudio con el objetivo de observar la relación del CCU y las verrugas ano-genitales en nuestro medio.¹³

IV.3.8. Diagnóstico

Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la realización sistemática (anual) de la citología es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica.¹⁴

Si bien estos síntomas pueden deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervical.

El resultado anormal de una prueba de Papanicolaou, examen en el cual se extrae una muestra de células del cérvix, que luego se evalúa en un laboratorio, es el diagnóstico inicial. Los resultados de la prueba se dan en 5 «clases» que van desde clase 1 (normal) a clase 5 (cáncer invasivo presente). Las clases 2 a la 5 requieren análisis posteriores que incluyen biopsia (toma de un pequeño trocito de tejido para estudiarlo), para determinar la naturaleza y extensión de las anomalías y para diagnosticar el cáncer.¹⁴

Además del test Papanicolaou el médico realizará otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico, como la colposcopia, (visualización del cérvix o cuello del útero durante la inspección ginecológica con la ayuda de un espéculo) para examinar las células cervicales más detalladamente con aparatos de aumento especiales. Se pueden detectar lesiones premalignas y malignas en estadios tempranos, donde los pacientes se curan con terapias como la conización.

La conización es una forma más extensiva de biopsia en la cual se extrae una cuña del cérvix. Puede ser indicado realizar una biopsia para extraer una muestra que será estudiada con microscopio. Durante un legrado uterino se toman muestras del canal cervical y del útero y así hacer exámenes al microscopio.¹⁴

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir:¹⁴

IV.3.9. Tratamiento

Una vez efectuado el diagnóstico por citología, colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia, las opciones de manejo para NIE de bajo grado varían ampliamente en el mundo, destaca la simple observación hasta terapias excisionales. Pacientes con NIE de bajo grado persistentes debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativas ambulatorias. Las guías de manejo para NIE de alto grado están bien establecidas. Se recomienda curetaje endocervical de no existir lesión visible en el ectocérvix. En toda paciente con NIE de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electroconización para excluir enfermedad invasora.¹⁵

En mujeres con cáncer invasor, se requieren tests adicionales para establecer la etapa de la enfermedad. El tratamiento depende primariamente de la extensión de la lesión, y también de factores como la edad, el deseo de conservar la fertilidad y presencia de otras condiciones médicas ¹⁵.

Virtualmente todas las pacientes con etapa IA1 sin compromiso de espacios vasculares se curan con histerectomía tipo I, o, si existe deseo de preservación de fertilidad, por conización si los márgenes están libres de enfermedad. El tratamiento recomendado para la etapa IA2 es la histerectomía radical tipo II con linfadenectomía pélvica. Como alternativa a la cirugía, las etapas IA se podrían tratar con radioterapia intracavitaria exclusiva. En los demás estadios iniciales (IB1 y IIA), los resultados terapéuticos son buenos con cirugía (histerectomía radical tipo III con linfadenectomía pélvica) y con radioterapia pélvica externa e intracavitaria, con porcentajes de control a 5 años de 70 a 90 por ciento, siendo la primera el

tratamiento de elección en mujeres jóvenes, sin obesidad ni enfermedad grave asociada.¹⁵

En algunos casos la cirugía permite conservar la función ovárica por la rareza de las metástasis en este órgano procedentes del cérvix. Estudios recientes de fase III randomizados que incluyeron pacientes con cáncer cervicouterino localmente avanzado, etapas IB2-IVA, y pacientes con enfermedad en etapa IB1 o IIA con linfonodos pélvicos metastásicos demostraron beneficios significativos en la sobrevida con el uso combinado de quimioterapia con cisplatino y radiación postcirugía primaria, con una reducción de la mortalidad de 30-50 por ciento. En base a estos estudios la recomendación actual es quimiorradioterapia en todos los casos en que exista indicación para usar radioterapia en el tratamiento del cáncer cervicouterino.¹⁵

IV.3.10. Complicaciones

1. Algunos tipos de cáncer de cuello uterino no responden bien al tratamiento.
2. El cáncer puede retornar (reaparecer) después del tratamiento.
3. Las mujeres que reciben tratamiento para salvar el útero tienen un alto riesgo de retorno (reaparición) del cáncer.
4. La cirugía y la radiación pueden causar problemas con la función sexual, intestinal y vesical.¹⁶

IV.3.11. Pronóstico

El resultado del pronóstico del cáncer de cuello del útero y de la mayoría de los otros cánceres depende de varios factores. Algunos de estos factores incluyen:¹⁷

1. El Escenario del cáncer - cuanto avance el escenario del cáncer, más inferior es la ocasión de la recuperación o de la supervivencia por 5 años - una supervivencia de 5 años después de la diagnosis se considera como punto de referencia para la eficacia y la reacción a la terapia.¹⁷
2. Agresividad del cáncer
3. Reacción Individual a la terapia
4. Edad del paciente

5. Salud General y capacidad con cirugía, la radiación o la quimioterapia extensa del withstand

IV.3.12. Prevención

Métodos de prevención contra el cáncer cervical:

1. Vacuna contra el virus del papiloma humano.
2. Realización de la prueba de Papanicolaou de forma regular.
3. Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales sin utilizar preservativo.
4. No fumar.
5. No beber.
6. Si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses.
7. Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.¹⁴

Recientemente se aprobó la vacuna contra el cáncer de cuello de útero, que se utiliza en algunos países de forma sistemática. La vacuna es recomendable para mujeres de entre 11 y 14 años. Cubre a los papilomavirus más frecuentemente asociados con el cáncer de cérvix, que son el VPH-16 y el VPH-18. La vacuna se aplica antes del comienzo de las relaciones sexuales, y previene por tanto el contagio del VPH, que es el responsable de la aparición del carcinoma de cuello de útero.¹⁴

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre.	Años cumplidos	Ordinal
Procedencia	Lugar geográfico de donde vive el entrevistado.	Urbana Rural	Nominal
Hábitos tóxico	Consumo de sustancias tóxicas que pueden resultar dañinas para la salud	Café Tabaco Alcohol Drogas	Nominal
Antecedentes familiares patológico	Familiar del paciente que haya presentado alguna enfermedad.	Según expediente	Nominal
Antecedentes personales patológicos	Historia de las enfermedades que haya padecido el paciente.	Según expediente	Nominal
Signos y síntomas	Referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad	Según Expediente	Nominal
Método diagnóstico	Método utilizado para el diagnóstico de los pacientes	Test papanicolau colposcopia Biopsias	Nominal
Hallazgos encontrados	Patología encontradas mediante el método diagnóstico	Según expediente	Nominal
Tratamiento	Hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se	Según expediente	Nominal

	encuentra alterada por otros elementos.		
Complicaciones	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella.	Según expediente	Nominal

pacientes en edades de 30 a mayor de 70 años del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Octubre 2013 – Marzo 2014.

VI.4. Criterios.

VI.4.1. De inclusión.

- Todos los pacientes con cáncer Cérvico Uterino.
- Pacientes con edades entre 30 - mayores70 años.
- Pacientes atendidos durante el periodo de estudio.

VI.4.2. De exclusión.

- Pacientes de cáncer Cérvico Uterino.
- Pacientes con edades menores de 35 años.
- Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio.

VI.5. Instrumento de recolección de los datos.

Para la recolección de los datos se utilizó un formulario elaborado por la sustentante donde se describe datos generales del paciente, edad, sexo, procedencia, tratamiento, complicación.

VI.6. Procedimientos

La investigación consta de dos fases: En la primera, la sustentante de la tesis se encargó de recopilar los datos, basados en el protocolo estandarizado descrito.

Los pacientes fueron elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos.

VI.7. Tabulación de la información.

El procesamiento de los datos se realizó mediante técnicas con métodos electrónicos computarizados como será el Microsoft Word Epi Info.

VI.8. Aspecto ético.

Toda información acerca del cáncer Cérvico Uterino en la unidad de Patología del cuello del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Octubre 2013 – Marzo 2014, fueron manejados bajo completa discreción por parte nuestra en la que respecto al análisis, discusión y presentación.

VII. RESULTADOS.

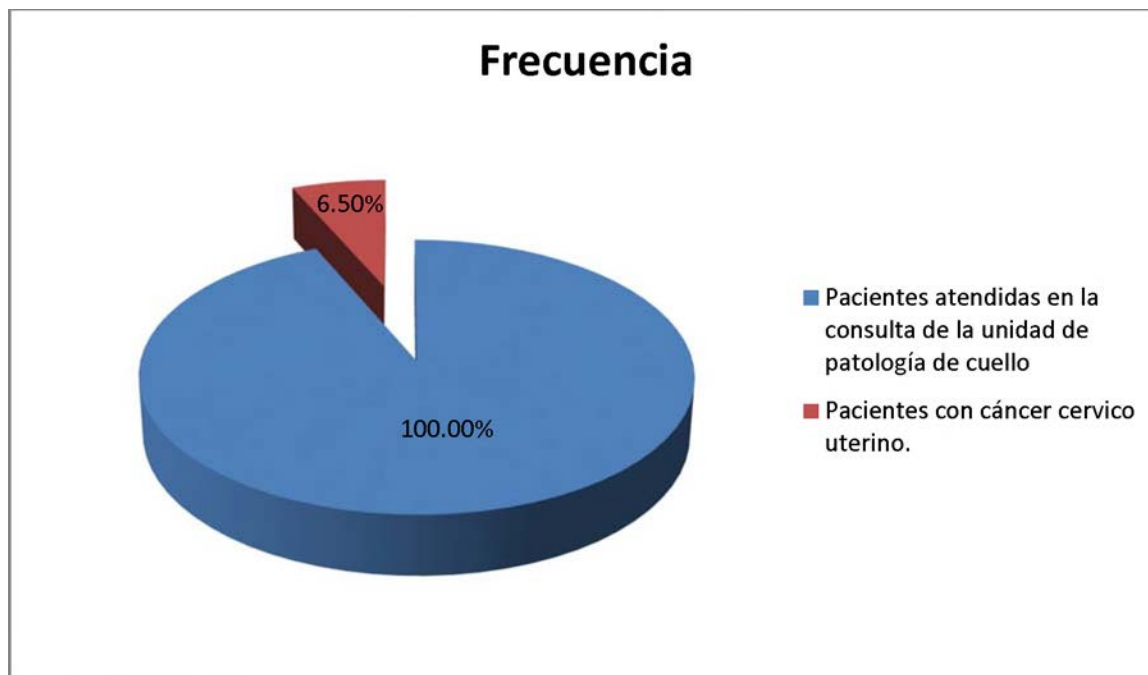
Cuadro 1. Prevalencia de cáncer cervico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar. En el periodo Octubre 2013 – Marzo 2014.

	Frecuencia	%
Pacientes atendidas en la consulta de la unidad de patología de cuello	770	100.0
Pacientes con cáncer cervico uterino, determinado por sonografía confirmadas por biopsia	50	6.5

Fuente: Archivo Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar.

De 770 (100.0%) pacientes que fueron atendidas en la consulta de la unidad de patología de cuello se diagnosticaron con cáncer cervico uterino un 6.5 por ciento.

Cuadro 1. Prevalencia de cáncer cervico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar. En el periodo Octubre 2013 – Marzo 2014.



Fuente: Cuadro 1

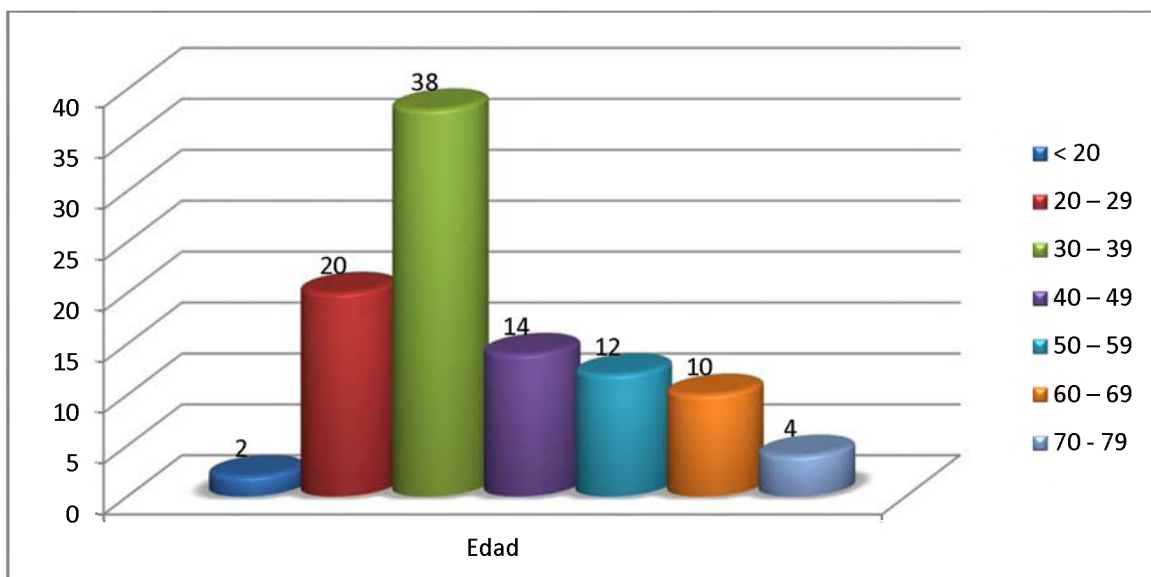
Cuadro 2. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según edad.

Edad	Frecuencia	%
< 20	1	2.0
20 – 29	10	20.0
30 – 39	19	38.0
40 – 49	7	14.0
50 – 59	6	12.0
60 – 69	5	10.0
70 - 79	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 38.0 por ciento de las pacientes tenían edad entre 30 – 39 años, el 20.0 por ciento entre 20 – 29 años, el 14.0 por ciento entre 40 – 49 años, el 12.0 por ciento entre 50 – 59 años, el 10.0 por ciento entre 60 – 69 años, el 4.0 por ciento entre 70 – 79 años y el 2.0 por ciento menor de 20 años.

Gráfico 2. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según edad.



Fuente: Cuadro 2

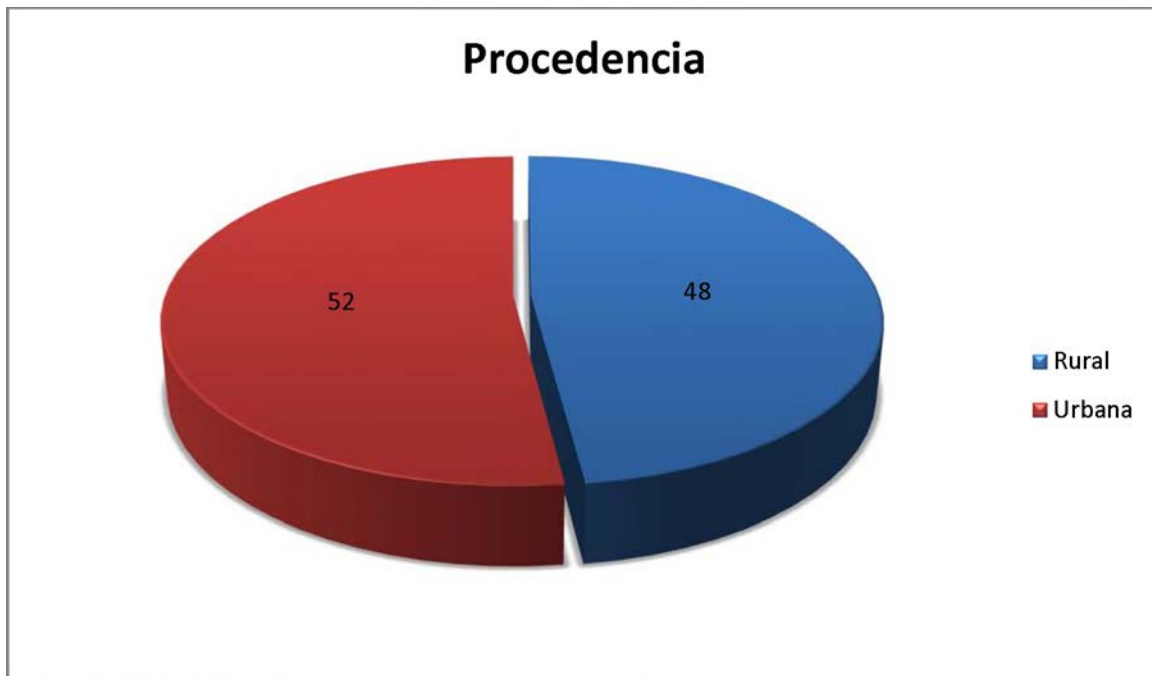
Cuadro 3. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	24	48.0
Urbana	26	52.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 52.0 por ciento de las pacientes procedían de zonas urbanas y el 48.0 por ciento de zonas rurales.

Gráfico 3. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según procedencia.



Fuente: Cuadro 3

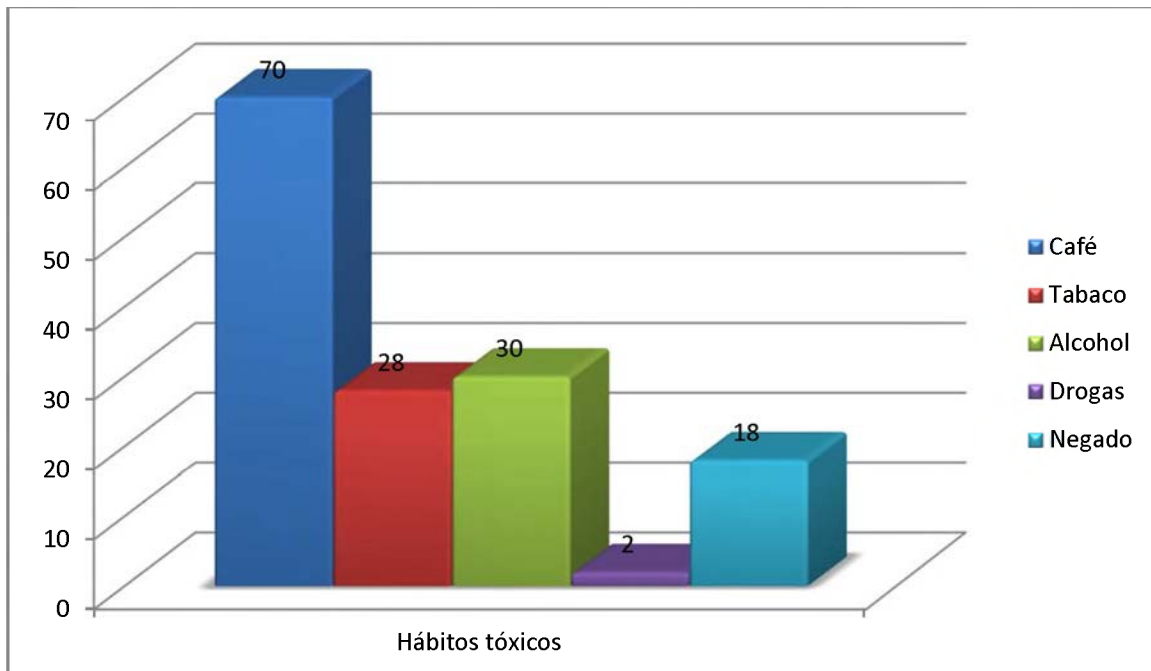
Cuadro 4. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Café	35	70.0
Tabaco	14	28.0
Alcohol	15	30.0
Drogas	1	2.0
Negado	9	18.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 70.0 por ciento de las pacientes presentaron hábitos tóxicos de café, el 30.0 por ciento de alcohol, el 28.0 por ciento de tabaco, el 2.0 por ciento drogas y el 18.0 por ciento se negó.

Gráfico 4. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según hábitos tóxicos.



Fuente: Cuadro 4.

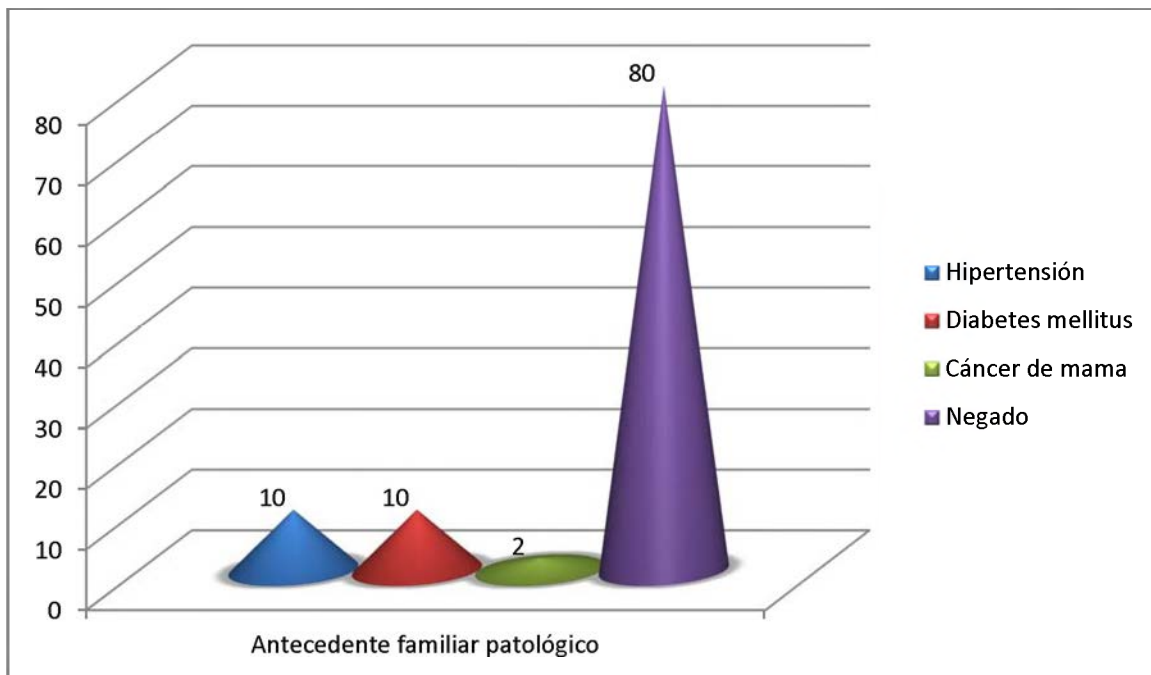
Cuadro 5. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según antecedente familiar patológico.

Antecedente familiar patológico	Frecuencia	%
Hipertensión	5	10.0
Diabetes mellitus	5	10.0
Cáncer de mama	1	2.0
Negado	40	80.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 10.0 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes familiar patológico de hipertensión, diabetes mellitus respectivamente, el 2.0 por ciento de cáncer de mama y el 80.0 por ciento fue negado.

Gráfico 5. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según antecedente familiar patológico.



Fuente: Cuadro 5

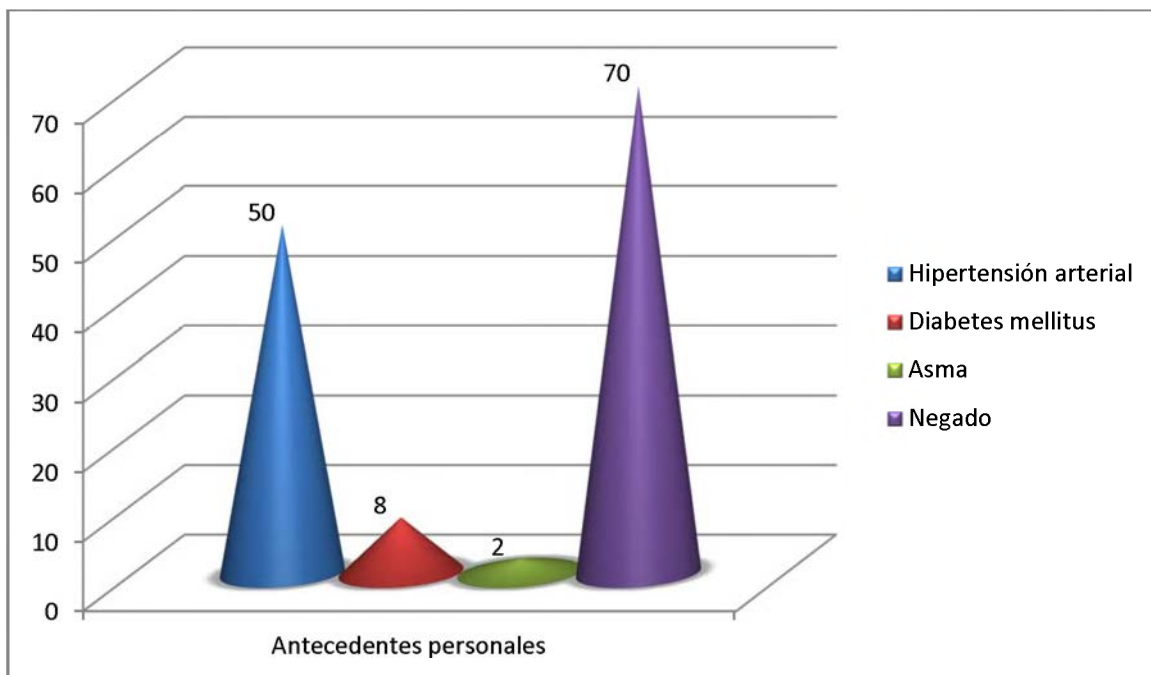
Cuadro 6. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según antecedentes personales.

Antecedentes personales	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	10	50.0
Diabetes mellitus	4	8.0
Asma	1	2.0
Negado	35	70.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 50.0 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes personales de hipertensión arterial, el 8.0 por ciento de diabetes mellitus, el 2.0 por ciento de asma y el 70.0 por ciento se negó.

Gráfico 6. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según antecedentes personales.



Fuente: Cuadro 6

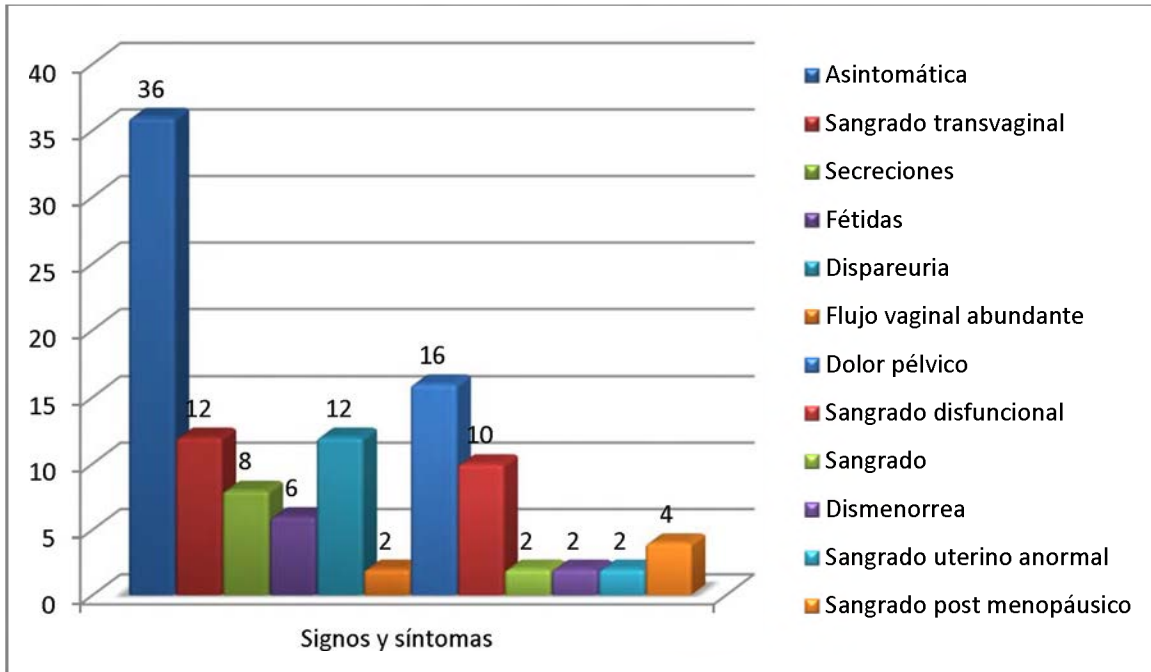
Cuadro 7. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según signos y síntomas.

Signos y síntomas	Frecuencia	%
Asintomática	18	36.0
Sangrado transvaginal	6	12.0
Secreciones	4	8.0
Fétidas	3	6.0
Dispareuria	6	12.0
Flujo vaginal abundante	1	2.0
Dolor pélvico	8	16.0
Sangrado disfuncional	5	10.0
Sangrado	1	2.0
Dismenorrea	1	2.0
Sangrado uterino anormal	1	2.0
Sangrado post menopáusico	2	4.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 36.0 por ciento de las pacientes presentaron signos y síntomas de asintomática, el 16.0 por ciento dolor pélvico, el 12.0 sangrado transvaginal, dispareuria respectivamente, el 10.0 por ciento sangrado disfuncional, el 8.0 por ciento secreciones, el 6.0 por ciento fetidas, el 4.0 por ciento sangrado post menopáusico y el 2.0 por ciento sangrado, dismenorrea y sangrado uterino anormal cada uno.

Gráfico 7. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según signos y síntomas.



Fuente: Cuadro 7

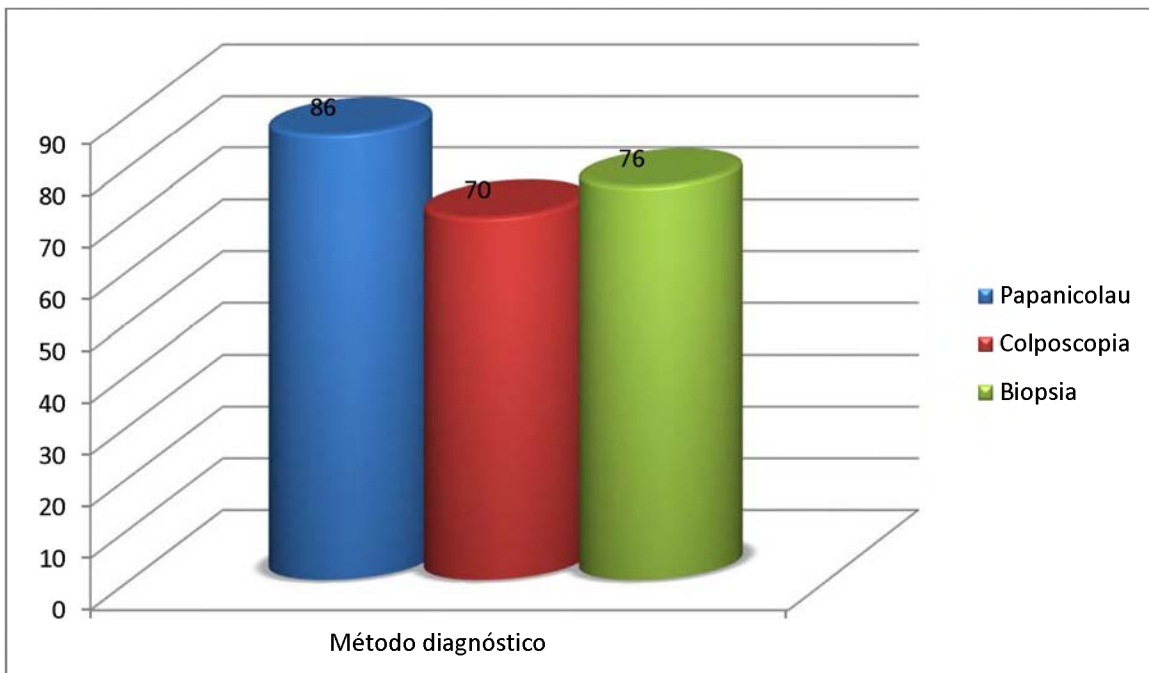
Cuadro 8. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según método diagnóstico.

Método diagnóstico	Frecuencia	%
Papanicolau	43	86.0
Colposcopia	35	70.0
Biopsia	38	76.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

En el 86.0 por ciento de los casos se utilizo Papanicolau como método diagnóstico, en el 76.0 por ciento biopsia y en el 70.0 por ciento colposcopia.

Gráfico 8. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según método diagnóstico.



Fuente: Cuadro 8

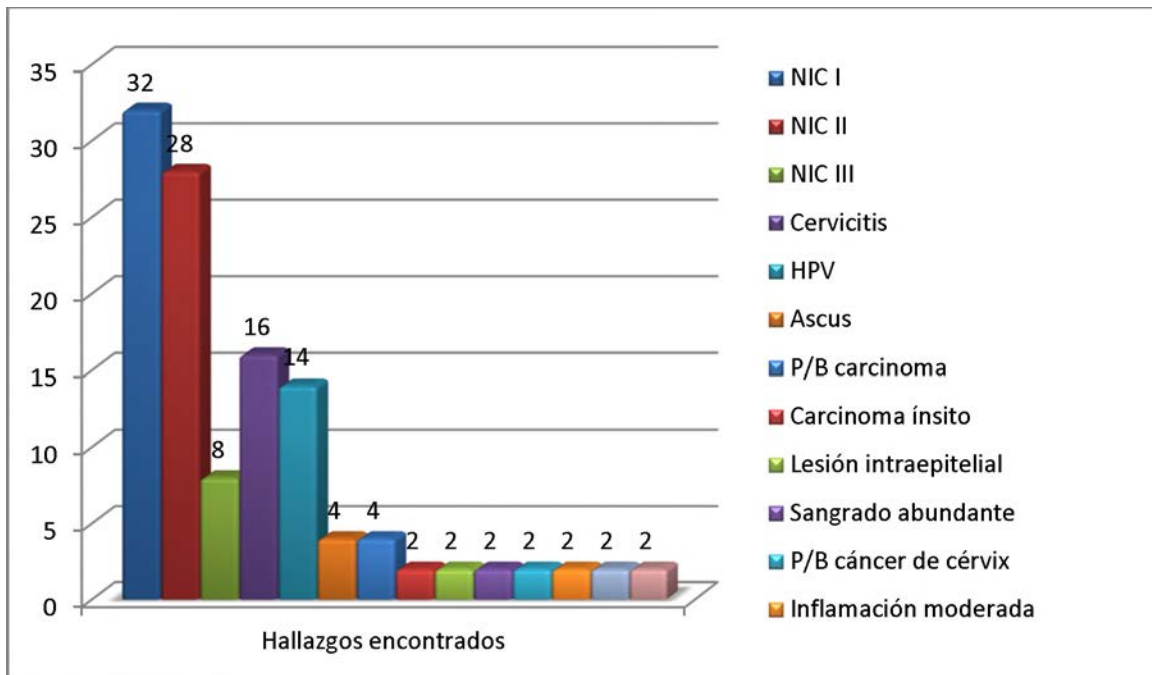
Cuadro 9. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según hallazgos encontrados.

Hallazgos encontrados	Frecuencia	%
NIC I	16	32.0
NIC II	14	28.0
NIC III	4	8.0
Cervicitis	8	16.0
HPV	7	14.0
Ascus	2	4.0
P/B carcinoma	2	4.0
Carcinoma ínsito	1	2.0
Lesión intraepitelial	1	2.0
Sangrado abundante	1	2.0
P/B cáncer de cérvix	1	2.0
Inflamación moderada	1	2.0
Cáncer de endometrio	1	2.0
Neoplasia intraepitelial benigna	1	2.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 32.0 por ciento de los hallazgos fueron NIC I, el 28.0 por ciento NIC II, el 16.0 por ciento cervicitis, el 14.0 por ciento HPV, el 8.0 por ciento NIC III, el 4.0 por ciento Ascus, P/B carcinoma respectivamente y el 2.0 por ciento carcinoma ínsito, lesión intraepitelial, sangrado abundante, P/B cáncer de cérvix, inflamación moderada, cáncer de endometrio y neoplasia intraepitelial benigna respectivamente.

Gráfico 9. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según hallazgos encontrados.



Fuente: Cuadro 9

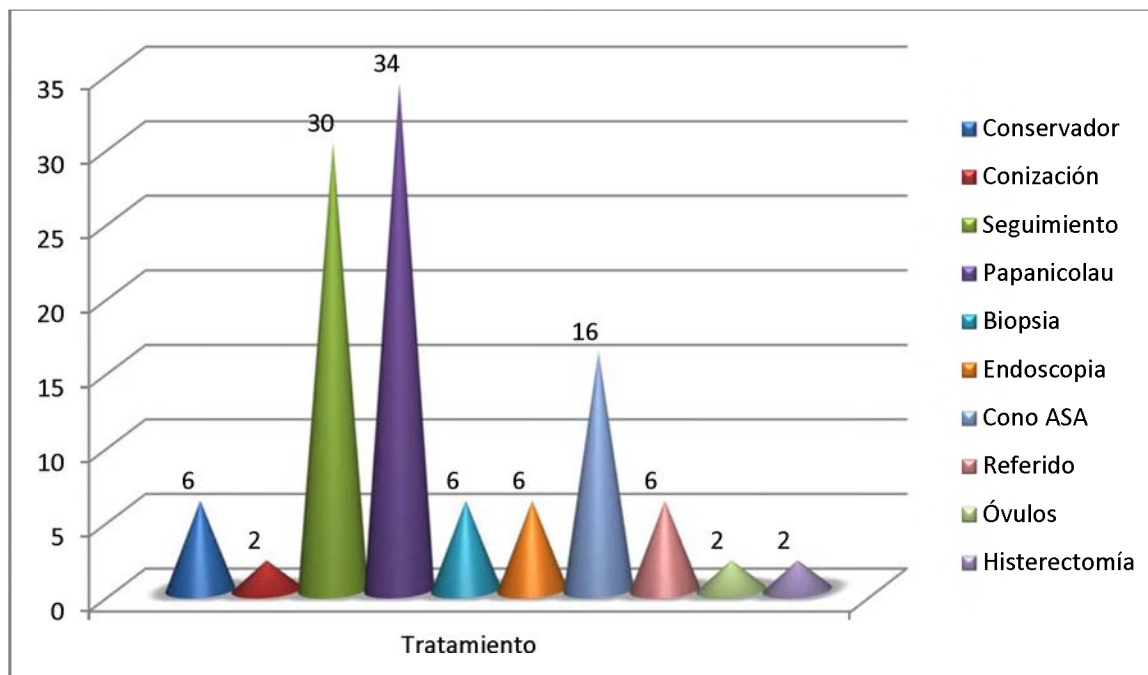
Cuadro 10. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según tratamiento.

Tratamiento	Frecuencia	%
Conservador	3	6.0
Conización	1	2.0
Seguimiento	15	30.0
Papanicolau	17	34.0
Biopsia	3	6.0
Endoscopia	3	6.0
Cono ASA	8	16.0
Referido	3	6.0
Óvulos	1	2.0
Histerectomía	1	2.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

En el 34.0 por ciento de los casos se realizó Papanicolau como tratamiento, en el 30.0 por ciento seguimiento, en el 16.0 por ciento cono ASA, en el 6.0 por ciento conservador, biopsia, endoscopia, referido respectivamente y en el 2.0 por ciento conización, óvulos, histerectomía cada uno.

Gráfico 10. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según tratamiento.



Fuente: Cuadro 10.

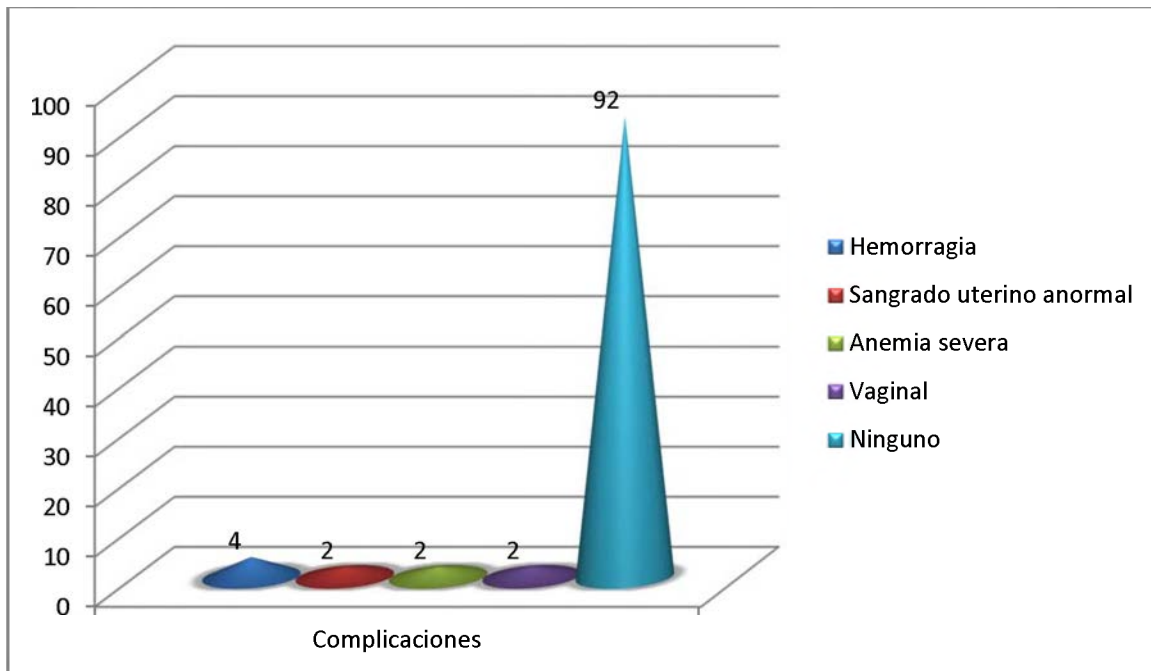
Cuadro 11. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según complicaciones.

Complicaciones	Frecuencia	%
Hemorragia	2	4.0
Sangrado uterino anormal	1	2.0
Anemia severa	1	2.0
Vaginal	1	2.0
Ninguno	46	92.0

Fuente: Archivos del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

El 4.0 por ciento de las pacientes presentaron complicaciones de hemorragia, el 2.0 por ciento sangrado uterino anormal, anemia severa, vaginal respectivamente y el 92.0 por ciento no presentó ninguna complicación.

Gráfico 11. Prevalencia de cáncer cérvico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Según complicaciones.



Fuente: Cuadro 11

VIII. DISCUSIÓN.

En el presente estudio de prevalencia de cáncer cérvico uterino realizado en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, con un universo de 770 (100.0%) pacientes que fueron atendidas en la consulta solo 6.5 por ciento presentaron cáncer cérvico uterino.

La distribución por edades de las tasas de prevalencia del cáncer cérvico uterino muestra un notable incremento entre la 2da y 3era década de la vida, con un vertiginoso crecimiento del riesgo en los últimos cuarenta años de la vida, hasta los 70 años en que decrece, motivado esto último por una baja calidad en el diagnóstico y un sub-registro en este grupo de pacientes. Siendo más frecuente el grupo de 30 - 39 años con un 38.0 por ciento de las pacientes este dato no se corrobora con un estudio realizado en México por Torres Lobatón y col. donde el 33.0 por ciento de las pacientes tenían edad entre 40 – 49 años.⁶⁰

Al analizar el comportamiento de los hábitos tóxicos se observa que el 70.0 por ciento de las pacientes consumían café no coincidiendo con el estudio realizado por Torres Lobatón y col. donde el 17.0 por ciento consumían tabaco.⁶⁰ Mientras que el antecedente de hipertensión arterial estuvo presente en el 50.0 por ciento de las pacientes no coincidiendo con el estudio de realizado en México donde Ivonne Salas-Urrutia Eyra Alejandra Villalobos, Brenda Lizeth Ramírez-Vega en la cual los antecedentes de transmisión sexual fueron los más frecuentes.⁶¹

El 32.0 por ciento de las pacientes presentaron NIC I no coincidiendo con un estudio de México donde Ivonne Salas-Urrutia Eyra Alejandra Villalobos, Brenda Lizeth Ramírez-Vega encontraron entre las características del cérvix al momento de la toma de muestra se evidencio cervicitis, leucorrea, cuello anormal y sangrado anormal.⁶¹

Según se observa que el 34.0 por ciento de las pacientes fueron tratadas con papanicolau control y seguimiento, no coincidiendo con Dávila Gómez, Heenry Luis; García Valdés, Abel; Álvarez Castillo, Félix donde casi 2 de cada 5 pacientes con este diagnóstico (38,3 %) se les practicó una histerectomía extrafacial mientras que a una 5ta parte adicional (21,4 %) se le administró radioquimioterapia concurrente como tratamiento primario y una 6ta parte (16,9 %) fueron conizadas,

exclusivamente. Además de ello, se les realizó una histerectomía total ampliada (técnica de Wertheim-Meigs) a la 9na parte de las pacientes con este diagnóstico (12,3 %) y a una 10ma parte de los casos (11 %) se les practicó radioterapia como tratamiento inicial en una o ambas de sus modalidades, braquiterapia o teleterapia.⁶²

IX. CONCLUSIÓN.

Luego de analizado y discutido los resultados llegamos a las siguientes conclusiones:

- De 770 (100.0%) pacientes que fueron atendidas en la consulta de la unidad de patología de cuello se diagnosticaron con cáncer cervico uterino un 6.5 por ciento.
- El 38.0 por ciento de las pacientes tenían edad entre 30 – 39 años.
- El 52.0 por ciento de las pacientes procedían de zonas urbanas.
- El 70.0 por ciento de las pacientes presentaron hábitos tóxicos de café.
- El 10.0 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes familiar patológico de hipertensión.
- El 50.0 por ciento de las pacientes presentaron antecedentes personales de hipertensión arterial.
- El 36.0 por ciento de las pacientes presentaron signos y síntomas de asintomática.
- En el 86.0 por ciento de los casos se utilizo Papanicolau como método diagnóstico.
- El 32.0 por ciento de los hallazgos fueron NIC I.
- En el 34.0 por ciento de los casos se realizó Papanicolau como tratamiento.
- El 4.0 por ciento de las pacientes presentaron complicaciones de hemorragia.

X. RECOMENDACIONES.

Enfatizar en los servicios de salud y en el personal multidisciplinario que labora en dichas instituciones el fomento de la práctica periódica de la citología vaginal en sus usuarios y familiares de los mismos.

Promover la necesidad de prácticas adecuadas de salud sexual y reproductiva en los usuarios de los servicios de salud para favorecer la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

El trabajo conjunto a desarrollar debe utilizar la estrategia IEC (información, educación y comunicación), considerada en el plan nacional de salud pública y en el plan territorial de salud.

Encaminar formación comunitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en la información sobre la citología vaginal, teniendo en cuenta el interés detectado en las mujeres que hicieron parte de esta investigación.

Fomentar en el personal médico y asistencial el compromiso individual y social del conocimiento en salud sexual y reproductiva; como este se refleja en el fomento de prácticas adecuadas en la población y por ende en la cobertura de los programas objeto de las mismas.

XI. REFERENCIAS

1. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Mensaje de la Directora General Dra. Gro Harlem Brundtland. Ginebra. Octubre de 2002.
2. López S. Alejandro, Lizano S. Marcela; Cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano: historia que no termina; Saavedra y Lizano-Soberón, *Cancerología* 1 (2006) : 31-55.
3. Chavaro V. Nelly, Arroyo H. Gabriel, Alcázar León F., Muruchi G. German W. Pérez Z., Irma; Cáncer Cervico Uterino, *Anales de Radiología México* 2009; 1:61-79.
4. Sanabria N. José G., *et al* ; El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica, *Rev Ciencias Médicas* vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011.
5. Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Publica Mex* 2010;52:207-212.
6. Cáncer Cervico Uterino. (2010). Disponible en: <http://docente.ucol.mx/al017317/publichtml/J.htm>
7. Buenas Tareas. Cancer cervico uterino. Mayo 2009. Disponible en : <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Cancer-Cervicouterino/4661.html>
8. Walboomers, J. et. al. "Human papillomavirus is a nessesary cause of invasive cervical cancer Worldwide". *J. Pathol.* 1999; 189:12-19. citado por Berumen Campos, J. "Virus del papiloma humano y cáncer del cuello uterino". *Gac. Med. Mex.* 2006. 142:supl. 2:51-59.
9. Geosalud. Cáncer cervico uterino. (2009). Disponible en: <http://geosalud.com/Cancerpacientes/Cancercervicouterino.htm>
10. Chavaro N. Arroyo G., Leon F. Del Centro Médico ABC American British Cowdray. Sur 136 No. 116 Col. Las Américas México, D.F. 01120, México, D.F
11. Amarericana Cancer Society. Cancer Cervico Uterino. 03/13/2012. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/recursosadicionales>

/fragmentado/cancer-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-temprana-cervical-cancer-signs-and-symptoms

12. Murray CJL, López A. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Vol.1. Geneva: WHO; 2006.
13. Organización Mundial de la Salud (2005). «The Impact of Cancer
14. Modificación a la Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-1994) para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial, 2007.
15. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep [serie en internet] 2005 [citado 12 jul 2006]; 9(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.aegis.org/pubs/iavi/2005/IAVI0511-01_EN.html
16. Monografía. Cancer cervical Uterino.(2012). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/cancer-del-cuello-uterino/cancer-del-cuello-uterino.shtml>
17. Ferlay J, Gray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. CA Cancer J Clin. [Internet]. 2005 [Citado 12 de Julio de 2010]; 55(2): [Aprox. 20]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.55.2.74/pdf>
18. ücesoy G, Kus E, Cakiroglu Y, Muezzinoglu B, Yildiz K, Yuceoy I. Primary malignant melanoma of the cervix. Report of a case. Archives of Gynecology & Obstetrics. [Internet]. 2009 Apr [Citado 26 de febrero de 2010]; 279(4): [Aprox. 2p.]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/x280x772g4724807/>
19. Chen J. Small Cell Cervical Cancer Usually Has Poor Prognosis. Obstet Gynecol. [Internet]. 2008 [Citado 14 de agosto de 2010]; 111(6): [Aprox. 6p.]. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/576728_print
20. Galán Y, Fernández L, Torres P, García M. Trends in Cuba's Cancer Incidence (1990 to 2003) and Mortality (1990 to 2007). MEDICC Review, Summer.

- [Internet]. 2009 [Citado 31 de julio de 2009]; 11 (3): [Aprox. 7p.]. Available from: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=9&id=101&a=va>
21. Parkin DM, Almonte M, Bruni L, Clifford G, Curado MP, Piñeros M. Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America and Caribbean region. *Vaccine*. [Internet]. 2008 Aug 19 [Citado 26 de febrero de 2009]; 26 (Suppl11): [Aprox. 14p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945399>
22. Cheng WF, Huang CY, You SL, et al. Clinical Significance of Cytologic Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2009 Apr [Citado 22 de abril de 2009]; 113(4): [Aprox. 6p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305335>
23. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Sparén P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. *BMJ*. [Internet]. 2007 Nov 24 [Citado 14 de mayo de 2011]; 335(7629): [Aprox. 1p.]. Available from: <http://www.bmj.com/content/335/7629/1077.full>
24. Böhmer G, van den Brule AJ, Brummer O, Meijer CL, Petry KU. No confirmed case of human papillomavirus DNA-negative cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or invasive primary cancer of the uterine cervix among 511 patients. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2003 Jul [Citado 26 de febrero de 2009]; 189(1): [Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15015367>.
25. WHO/ICO. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Cuba; 2007. [citado 4 de junio de 2008]. Disponible en: <http://who.int/hpvcentre>
26. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*. [Internet]. 2007 [Citado 26 de febrero de 2009]; 297(8): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/297/8/813.full>
27. Berlin Grace VM. HPV type 18 is more oncopotent than HPV 16 in uterine cervical carcinogenesis although HPV16 is the prevalent type in Chennai, India.

- Indian Journal of Cancer. [Internet]. 2009 July_September [Citado 26 de octubre de 2009]; 46 (3): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.indiancancer.com/article.asp?issn=0019-509X;year=2009;volume=46;issue=3;spage=203;epage=207;aualast=Berlin>
28. Kramer A, Schwebke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. BMC Infect Dis. [Internet]. 2006 Aug 16 [Citado 26 de febrero de 2009]; 6: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130>
29. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines and Preventable Diseases: HPV vaccine questions and answers. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/vac-faqs.htm> [citado en enero de 2007]
30. Tobian AAR, Servadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2, and HPV infections and Syphilis. N Eng J Med. [Internet]. 2009 March 26 [Citado 26 de octubre de 2009]; 360 (13): [Aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676895/>
31. Chin Hong PV. Cutting Human Papillomavirus infection in men. J Infect Dis. [Internet]. 2008 [Citado 20 de agosto de 2011]; 197(6): [Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://jid.oxfordjournals.org/content/197/6/781.short>
32. Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodhill A, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet. [Internet]. 2007 Nov 10 [Citado 17 de agosto de 2009]; 370(9599): [Aprox. 11p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361>
33. Hinkula M, Pukkala E, Kyyronen P, Laukkanen P, Koskela P, Paavonen J, et al. A population-based study on the risk of cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia among grand multiparous women in Finland. Br J Cancer. [Internet]. 2004 Mar 8 [Citado 23 de mayo de 2005]; 90(5): [Aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/Apopulation-basedstudyontheriskofcervicalcancerand.pdf

34. Stewart J 3rd, Bevans-Wilkins K, Ye C, Kurtycz DF. Clear-cell endocervical adenocarcinoma in a 19-year-old woman. *Diagn Cytopathol.* [Internet]. 2006 Dec [Citado 23 de mayo de 2009]; 34(12): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183758>
35. Safeian M, Kiddugavu M, Gravitt PE, Gange SJ, Ssekasanvu J, Murokora D, et al. Prevalence and risk factors for carcinogenic human papillomavirus infections in rural Rakai, Uganda. *Sexually Transmitted Infections.* [Internet]. 2008 [Citado 23 de mayo de 2009]; 4(2): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://sti.bmj.com/content/early/2008/04/02/sti.2007.027318.short>
36. Serraino D, Dal Maso L, La Vecchia C, Franceschi S. Invasive cervical cancer as an AIDS-defining illness in Europe. *AIDS.* [Internet]. 2002 Mar 29 [Citado 23 de mayo de 2009]; 16(5): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964535>
37. Collins S, Rollason TP, Young LS, Woodman CBJ. Cigarette smoking is an independent risk factor for cervical intraepithelial neoplasia in young women: a longitudinal study. *Eur J cancer.* [Internet]. 2010 Jan [Citado 26 de marzo de 2010]; 46 (2): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808403>
38. Schiffman M, Kjaer SK. Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr.* [Internet]. 2003 [Citado 26 de marzo de 2010]; 2003(31): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://jncimonographs.oxfordjournals.org/content/2003/31/14.short>
39. Sanabria Negrín JG. Virus del Papiloma Humano. Revisión Bibliográfica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.* [Internet]. 2009 [Citado 26 de marzo de 2010]; 13(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019&lng=en
40. Richart RM. Cervical intraepithelial neoplasia. *Pathol Annu.* [Internet]. 1973 [Citado 26 de marzo de 2010]; 8: [Aprox. 27p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4583016>
41. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA.*

- [Internet]. 2002 [Citado 26 de marzo de 2010]; 287 (16): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/287/16/2114>
42. Kaferle JE, Malouin JM. Evaluation and Management of the AGUS Papanicolaou Smear. *Am Fam Physician*. [Internet]. 2001 [Citado 23 de mayo de 2009]; 63(11): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20010601/2239.html>
43. Kjaer S, Høgdall E, Frederiksen K, Munk C, van den Brule A, Svare E, *et al*. The absolute risk of cervical abnormalities in high-risk human papillomavirus-positive, cytologically normal women over a 10-year period. *Cancer Res*. [Internet]. 2006 Nov 1 [Citado 30 de marzo de 2008]; 66(21): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org/content/66/21/10630.abstract>
44. CDC. Cervical Cancer Screening. [Internet]. USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. [Actualizado el 29 Marzo de 2011; Citado 15 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/screening.htm
45. Dudding N, Renshaw AA, Ellis K. Rapid pre-screening is more sensitive in liquid-based cytology than in conventional smears. *Acta Cytologica*. [Internet]. 2011 [Citado 15 de mayo de 2011]; 55(1): [Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?doi=320906>.
46. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*. [Internet]. 2009 [Citado 24 de Julio de 2010]; 339: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2968.full>
47. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *PloS Med*. [Internet]. 2008 [Citado 15 de mayo de 2011]; 5(6): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050132>
48. ACOG Committee on Gynecological Practice. ACOG committee opinion No. 431: routine pelvic examination and cervical cytology screening. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2009 May [Citado 15 de mayo de 2011]; 113(5): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19384150>

49. Bulk S, Visser O, Rozendaal L, Verheijen RH, Meijer CJ. Cervical cancer in the Netherlands 1989-1998: Decrease of squamous cell carcinoma in older women, increase of adenocarcinoma in younger women. *Int J Cancer*. [Internet]. 2005 [Citado 15 de mayo de 2011]; 113 (6): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15515017>
50. Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH. Epidemiologic natural history and clinical management of Human Papillomavirus (HPV) Disease: a critical and systematic review of the literature in the development of an HPV dynamic transmission model. *BMC Infectious diseases*. [Internet]. 2009 [Citado 15 de mayo de 2011]; 9: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/9/119>
51. Decaer K, Demers A, Chateau D, Musto G, Nugent Z, Lotocki R, et al. Papanicolaou test utilization and frequency of screening opportunities among women diagnosed with cervical cancer. *Open Medicine*. [Internet]. 2009 [Citado 17 de aug de 2009]; 3(3). Disponible en: <http://www.openmedicine.ca/article/view/127/256>
52. ACOG Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion No. 356: Routine cancer screening. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2006 Dec [Citado 17 de aug de 2009]; 108(6): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17138803>
53. Gök M, Rozendaal L, Berkhof J, Visser O, Meijer CJLM, van Kemenade FJ. Cytology history preceding cervical cancer diagnosis: a regional analysis of 286 cases. *Brit J Cancer*. [Internet]. 2011 [Citado 15 de mayo de 2011]; 104(4): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.nature.com/bjc/journal/v104/n4/full/6606067a.html>
54. Eftekhar Z, Izadi-Mood N, Yarandi F, Khodamoradi M, Rahimi-Moghaddam P. Can we substitute brush cytology for biopsy in the evaluation of cervical lesions under the guidance of colposcopy? *Int J Gynecol Cancer*. [Internet]. 2005 [Citado 17 de aug de 2009]; 15(3): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1438.2005.15313.x/full>
55. Ferris DG, Litaker M. Prediction of cervical histologic results using an abbreviated Reid Colposcopic Index during ALTS. *Am J Obstet Gynecol*.

- [Internet]. 2006 [Citado 17 de ago de 2009]; 194(3): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16522401>
56. Gaffikin L, McGrath JA, Arbyn M, Blumenthal PD. Visual inspection with acetic acid as a cervical cancer test: accuracy validated using latent class analysis. *BMC Med Res Methodol.* [Internet]. 2007 [Citado 17 de ago de 2009]; 7: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17663796>
57. IARC. Screening Group. Multimedia. Presentations. 2005 June. International Agency for Research on Cancer. CD-ROM. Disponible en: <http://screening.iarc.fr>
58. IARC. WHO histological classification of tumours of the uterine cervix. [CD ROM]. 2007 47. Sarduy Nápoles MR. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [Internet]. 2008 Ago [citado 2009 Jun 04]; 34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004&lng=es
59. Sarduy Nápoles MR. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [Internet]. 2008 Ago [citado 2009 Jun 04]; 34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004&lng=es.
60. Torres Lobatón y col. Cáncer cérvico uterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. *Seguro Popular, Ginecol Obstet Mex* 2013;81:71-76.
61. Salas-Urrutia, I. Villalobos, E.A. Ramírez Vega, B.L.; Prevalencia de displasia y cáncer cérvicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, vol. 11, núm. 1, 2006, pp. 12-15.
62. Davila Gómez, Heenry Luis; Garcia Valdes, Abel y Alvarez Castillo, Félix. Cáncer de cuello uterino. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 2010, vol.36, n.4, pp. 603-612.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

ACTIVIDADES	Tiempo: 2013– 2015	
Selección del tema		Noviembre
Búsqueda de referencias	2013	Diciembre
Elaboración del anteproyecto		Diciembre
Sometimiento y aprobación		Enero – Mayo
Revisión expedientes clínicos	2014	Junio – Agosto
Tabulación y análisis de la información		Septiembre – Diciembre
Redacción del informe		Enero – Marzo
Revisión del informe	2015	Abril – Noviembre
Encuadernación		Diciembre
Presentación		Diciembre

XII.2. Instrumento de recolección de la información

Prevalencia de cáncer cervico uterino en la unidad de patología de cérvix del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar. En el periodo Octubre 2013 – Marzo 2014.

1. Edad: _____
2. Procedencia: Urbana___ Rural___
3. Hábitos tóxico: Café___ Tabaco___ Alcohol___ Drogas___
4. Antecedentes familiares patológicos: _____
5. Antecedentes personales: _____
6. Signos síntomas: _____
7. Método diagnóstico: Papanicolau_____ Colposcopia_____
Biopsias_____
8. Hallazgos encontrados: _____
9. Tratamiento: _____
10. Complicaciones: _____

XII. 3. Costos y recursos

XII.3.1. Humanos o investigador			
Un sustentante			
Dos asesores (metodológico y clínico)			
Archivistas y digitadores			
Estadíografo			
XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	180.00	360.00
Papel blanco en hilo	2 resmas	480.00	960.00
Lápices	2 lápiz	15.00	30.00
Borras	1 unidad	20.00	20.00
Bolígrafos	2 docena	125.00	250.00
Sacapuntas	1 unidad	30.00	30.00
Computador Hardware:			
Pentium (R) Dual-Core CPU T4200 @ 2.00 GHZ 2.00 GHZ; 4,00 GB (RAM); 250 GB H.D.; TSST corp. CDDVDW TS-L633A ATA			
Impresora: HP DeskJet D1400 series			
Software:			
Microsoft Windows XP 2007			
Microsoft Office 2007			
MSN internet service			
Nero 8.0			
Presentación:			
Digital data proyector			
Cartuchos HP 27 A y 28A	2 unidades	1800,00	3,600.00
Calculadora	2 unidades	150,00	300.00
XII.3.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
XII.3.4. Económicos*			
Papelería(copias)	500 copias	5.00	2,500.00
Encuadernación	8 informes	600.00	4,800.00
Alimentación			5,200.00
Transporte			5,000.00
Imprevistos (10,0%)			3,500,00
Total			RD\$ 26,550.00

Los costos serán cubiertos por el sustentante o investigador

XII.4. Evaluación

Sustentante

Dra. Yngrid Sonia del Rosario de la Rosa

Dra. Ysabel Díaz
Asesor clínico

Dra. Claridania Rodríguez
Asesor metodológico

Jurado

Autoridades

Dra. Gladis Soto de Los Santos
Coordinadora Residencia Medicas
Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

Dr. Edisson R. Feliz F.
Jefe de Enseñanza
Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

Dr. José Asiles Zaiter
Decano de la Facultad de
Ciencias de la salud. UNPHU.

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____