

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – CES – UNIVERSIDAD NACIONAL DE
COLOMBIA,**

**MANEJO DE LA LESION CERVICAL INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO
EN UN HOSPITAL DE II NIVEL DE BOGOTA ENTRE OCTUBRE DE 2003 Y
JUNIO DE 2009.**

**ANDREA DEL PILAR FORERO VELANDIA
LUISA MALELY FAJARDO BERNAL
ANA CECILIA FARFAN RUIZ**

BOGOTÁ, D.C ENERO 11 DE 2010

INVESTIGADORES

Ana Cecilia Farfán Ruiz

Especialización en epidemiología.

Universidad del Rosario – CES.

Medico Cirujano.

Universidad Nacional de Colombia

Andrea del Pilar Forero Velandia

Especialización en epidemiología.

Universidad del Rosario – CES.

Médico Cirujano.

Universidad Nacional de Colombia

Luisa Malely Fajardo Bernal

Residente III año de Obstetricia y Ginecología

Universidad Nacional de Colombia.

Médico Cirujano.

Universidad Nacional de Colombia

TUTORES

Jaime Enrique Ruiz Steimberg

Profesor asociado Especialización Epidemiología

Universidad del Rosario – CES.

Ginecoobstetra Universidad del Rosario.

Jairo Amaya Guio

Coordinador Unidad Patología Cervical Hospital de Engativá

Profesor asociado Departamento de Obstetricia y Ginecología

Universidad Nacional de Colombia

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Universidad del Rosario.

Universidad CES.

Universidad Nacional de Colombia.

Hospital Engativa ESE II nivel, Bogotá, Colombia.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer especialmente al Hospital de Engativá, y en especial a la unidad de Patología Cervical bajo la dirección del Doctor Jairo Amaya, así como a las enfermeras de la unidad de Salud Pública de la Secretaria de Salud de Bogotá, por toda la accesibilidad y amabilidad que tuvieron para las investigadoras pues sin su apoyo incondicional no habría sido posible la realización de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	5
1.1 PALABRAS CLAVES	5
2. INTRODUCCIÓN	6
3. JUSTIFICACION	7
3.1 PROBLEMA DE ESTUDIO	7
3.2 JUSTIFICACION O RELEVANCIA DEL PROYECTO	7
4. MARCOTEÓRICO	9
4.1 LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	9
4.2 BETACAROTENOS	13
4.3 ACIDO FOLICO	14
4.4 RETINOIDES	14
4.5 INTERFERON	15
5. PROPOSITO	16
6. OBJETIVOS	17
6.1 OBJETIVO GENERAL	17
6.2 OBJETIVO ESPECIFICO	17
7. METODOLOGÍA	18
7.1 DEFINICION	18
7.2 POBLACION	18
7.3 CRITERIOS DE INCLUSION	19
7.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA	19
7.5 TECNICA DE RECOLECCIÓN	20
8. VARIABLES	22
8.1 CODIFICACION	23
8.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION	23
8.3 METODOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS	23
8.4 PROCESAMIENTO	23
8.5 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES	24
8.6 PLAN DE ANÁLISIS	25
8.7 CONTROL DE SESGO Y ERROR	26
9. CONSIDERACIONES ETICAS	27
10. RESULTADOS	28
11. DISCUSION	37
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
13. BIBLIOGRAFIA	42
14. ANEXOS	45

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La lesión intraepitelial de bajo grado (LEIBG) es un hallazgo citológico que predice la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y se estima positivo en 76.6%. La prevalencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 2,3 o cáncer en pacientes con LEIBG es de 12-17 %. Este trabajo pretende determinar en una muestra de mujeres de la localidad de Engativá el manejo y seguimiento de las pacientes con diagnóstico de LEIBG.

MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron mujeres remitidas al hospital de II nivel, con biopsias por colposcopia positivas para LEIBG entre enero de 2003 y junio de 2009. Descripción demográfica de las mujeres y revisión de los registros citológicos de control posterior a tratamiento instaurado.

RESULTADOS: De 686 pacientes con diagnóstico de LEIBG desde enero de 2003 hasta junio de 2009, el 80.8% se asignó a observación, el 7.7% a topificación, cauterización en 10.3% y conización en 0.7%. De 554 pacientes observadas se registró normalidad de la citología de control en 141(24,5%), en 13 (24,5%) de las asignadas a topificación y 28 (39,4%) cauterización. Pérdida de seguimiento en 328. El tiempo transcurrido desde el tratamiento hasta el primer control fue menor de 3 meses en el 0,9%, 4 a 6m en el 9,6%, 7 a 12 meses (18,2%) y 13 a 24 meses (13.1%).

CONCLUSIONES: La observación fue la conducta más frecuente, se recomienda insistir en la adherencia a los tiempos de control citológico establecido y adecuado registro de las pacientes para evitar pérdidas en el seguimiento.

1.1 PALABRAS CLAVES

Cervical Intraepithelial Neoplasia, Lesión intraepitelial de bajo grado, Low-grade squamous intraepithelial lesion, Human papillomavirus, HPV, Treatment, Management.

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es la tercera causa de muerte de mujeres en el mundo y en Colombia ocupa el primer lugar. Mediante políticas institucionales se han implementado campañas educativas con el fin de realizar activamente el tamizaje del cáncer de cérvix, mediante la toma de la citología cervico vaginal y colposcopia.

En 1996 la tasa de reporte citológico de LEIBG era de 1.6% que aumento a 2.1% en 2003. Un resultado de LEIBG citológico es altamente predictor de infección por VPH de alto riesgo, causa conocida del cáncer de cerviz. Se estima una positividad de 76.6% para VPH entre mujeres con citología LEIBG. La prevalencia de NIC 2, 3 o cáncer identificado en la colposcopia inicial en mujeres con LEIBG es del 12% a 17% [4, 51].

Debido a que es una enfermedad prevenible se busca disminuir costos en la salud por la atención de las complicaciones y crear en las mujeres colombianas una mentalidad preventiva y de conciencia de la enfermedad. Sin embargo se ha notado que muchas pacientes se realizan la citología pero no regresan por el resultado ó cuando se determina alguna lesión anormal se da el tratamiento pero no se tiene conocimiento de la efectividad de este, ya que las pacientes no regresan para un control posterior.

Este trabajo pretende determinar en una muestra de mujeres de la localidad de Engativá cuantas citologías tienen como diagnostico confirmado por biopsia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1, infección por VPH: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) como marcador de lesión precursora de cáncer de cuello. Así mismo determinar cuáles son los tratamientos efectuados y cuántas de estas pacientes tienen citología de control pos tratamiento. El objetivo del trabajo es evaluar el comportamiento de estas pacientes y realizar recomendaciones para una estrategia de seguimiento.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 PROBLEMA DE ESTUDIO

El cáncer de cérvix es un problema de salud pública en nuestro país. Hay lesiones pre-cancerosas en las que es posible mediante una detección temprana e intervención precoz disminuir la morbi-mortalidad de las mujeres colombianas a causa del cáncer de cuello uterino. En la actualidad no conocemos si las guías internacionales tengan aplicabilidad a la población colombiana, no sabemos qué sucede con las pacientes que presentan este diagnóstico, dado que no hay un seguimiento concreto, ni tampoco sabemos que ha resultado más efectivo para ellas en cuanto a su tratamiento dado los niveles socio-económicos de las pacientes.

3.2 JUSTIFICACIÓN O RELEVANCIA DEL PROYECTO

En la actualidad, el cáncer de cuello uterino es un tema prioritario dentro de marco de salud pública colombiana ya que es la principal causa de muerte en las mujeres; por ello se realizan las citologías cervico-vaginales como una estrategia de detección precoz de lesiones precursoras de cáncer de cérvix.

Se ha visto que las pacientes se realizan juiciosamente las CCV sin embargo no regresan por el resultado, o simplemente asisten a consulta donde se instaura un tratamiento pero no vienen a controles posteriores para evaluar su estado. Además se ha concluido que a pesar de las medidas establecidas y las campañas para realizarse la CCV, no ha disminuido en lo esperado la mortalidad por Cáncer de cuello uterino en Colombia.

Es por ello que decidimos investigar que sucede con estas pacientes que tiene citología anormal para plantear una estrategia de mejoramiento en el seguimiento y dar recomendaciones de cual sería su manejo de acuerdo a la experiencia en la Unidad de Patología Cervical de un hospital de II nivel de

Bogotá. En este estudio se beneficiarían las entidades de salud y la misma población ya que se busca que la mortalidad por cáncer de cérvix disminuya siendo esta una patología prevenible, haciendo recomendaciones en los seguimientos, lo cual disminuirían los costos de sus complicaciones. Además a partir de un adecuado seguimiento se podrían hacer estudios para establecer cuál sería el manejo más adecuado en lesiones pre-cancerosas en la población colombiana, y se resolvería el gran enigma de cómo tratar a las pacientes de LEIBG persistente en la población ya que no ha existido estudios a propósito.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO

El programa de detección temprana y prevención del cáncer de cuello de útero forma parte de las actividades de prevención y promoción que desarrolla medicina preventiva de las IPS. Es la tercera causa de muerte de mujeres en el mundo y el 83% de las muertes ocurren en países en vía de desarrollo, en Colombia este tipo de cáncer se ubica como primera causa de muerte entre las mujeres a pesar de ser una de las neoplasias más prevenibles dada su conocida causa viral y su lenta progresión.

En Colombia el cáncer de cuello de útero es de alta incidencia y mortalidad y es más frecuente en mujeres con vida sexual activa y reproductiva. Cuando una mujer se realiza regularmente la citología, disminuye el riesgo de contraer cáncer de cuello de útero por intervención temprana. La detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60 % la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero. Hay evidencia también de la relación entre la presencia de cáncer de cuello de útero y el número de compañeros sexuales en cualquier edad de la mujer. La toma de citología cervicouterina debe realizarse en el esquema de 1-1-3, esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos y si esta es normal se cita a una nueva en tres años. La citología cervico-uterina no es diagnóstica sino un aprueba de tamizaje e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino e indica que las mujeres deben acceder a los servicios de diagnostico definitivo. (1, 2, 21)

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, es necesaria para el desarrollo del cáncer cervical y de las lesiones precursoras, la neoplasia intraepitelial cervical. El sistema Bethesda fue desarrollado como una herramienta en el reporte la citología cervical, para guiar el manejo clínico. El sistema Bethesda 2001 usa el término lesión intraepitelial escamosa de bajo grado para referirse a cambios citológicos reportados antes como displasia

leve, NIC 1, cambios por VPH y coilocitosis (1,2).

Aunque la mayoría de lesiones NIC 1 están asociadas con tipos de alto riesgo de VPH, la distribución de estos tipos virales es diferente que la observada en NIC 2, 3. El genotipo más común identificado en NIC 1 fue el VPH 16 en un 26.3% de todos los NIC 1 VPH positivos. También se encontraron en un porcentaje similar (10-12%) cada uno los tipos 31, 51 y 53. Aún así se reporta asociación con virus de bajo riesgo como el 6 y 11 en un 12% (3).

La historia natural de la infección por VPH y de la LEI BG tiene una tasa alta de regresión espontánea en ausencia de tratamiento. Se han encontrado tasas de regresión en citología de 90% a 2 años, 100% a 4 años con VPH de no alto riesgo y 70% con virus de alto riesgo. Se encuentran tasa más altas en adolescentes y mujeres jóvenes, 91% a 36 meses sin importar el tipo de VPH. (3,4)

Datos recientes sugieren que el NIC 1 raramente progresa a NIC 2, 3 en los 2 años después de ser diagnosticado. En el estudio ALTS el riesgo de tener un NIC 2, 3 en los siguientes dos años fue casi idéntico entre mujeres con NIC 1 (13%) y mujeres con colposcopia y biopsia negativa (12%) (5). Otros datos muestran que después de una infección incidental 70% de las mujeres han eliminado la infección a 12 meses y a 2 años sólo 9% de las mujeres tienen un infección por VPH persistente (4).

Además de los factores virales, tipo de virus, carga viral y las variantes no europeas, se han identificado algunas características del huésped que pueden ser predictores importantes de la persistencia de la infección por VPH. Un riesgo más alto de persistencia se encuentra en mujeres mayores de 30 años de un 65% comparadas con las menores de 24 años (32% $p=0.02$), las usuarias de anticonceptivos orales por más de 2 años (OR, 3.9; 95% CI, 1.5-10.3) y el número de compañeros sexuales en los últimos 5 años. Otros factores no están tan claramente asociados. El tabaquismo se ha encontrado como un predictor de la duración de la infección por VPH, siendo la duración mayor entre las fumadoras (6, 7,8)

Las pacientes con citología LEI BG se envían a colposcopia en el país. El manejo recomendado para una mujer con diagnóstico histológico de NIC 1 precedido por una citología con ASCUS, ASC H o LEIBG es seguimiento con tipificación de VPH cada 12 meses o citología cada 6 a 12 meses. Si la tipificación es positiva para virus de alto riesgo o si la citología reporta ASCUS o mayor se recomienda colposcopia. Si ambas pruebas son negativas se continúa el tamizaje de rutina. (3)

Si el NIC 1 persiste por al menos 2 años continuar el seguimiento o tratamiento es aceptable, esta es una recomendación tipo CII donde la evidencia sobre eficacia es insuficiente para soportar una recomendación en contra o a favor. Si se elige tratamiento y la colposcopia es satisfactoria es aceptable realizar un procedimiento escisional o ablativo. Un procedimiento escisional diagnóstico se recomienda si la colposcopia es insatisfactoria, la muestra endocervical reporta NIC o la paciente ha sido tratada previamente. La podofilina o los productos relacionados con la podofilina son inaceptables para el uso en vagina o en el cérvix.

En mujeres con un diagnóstico histológico de NIC 1 precedidas por una citología reportada como LEI AG o AGC NOS, con colposcopia satisfactoria y curetaje endocervical negativos, es aceptable realizar o un procedimiento escisional diagnóstico u observación con citología y colposcopia cada 6 meses por 1 año. (3)

En mujeres adolescentes se recomienda seguimiento con citología anual, al año solo las pacientes con citología LEI AG o mayor deben enviarse a colposcopia, a los 2 años quienes presenten ASCUS o mayor se derivaran a colposcopia. No debe hacerse seguimiento con tipificación de VPH. En mujeres embarazadas el manejo recomendado es seguimiento si tratamiento. (3)

En el estudio ALTS y en la mayoría de estudios, a las mujeres con LEI BG persistentes, definidas como NIC 1 en la biopsia o citologías precedentes con LEI BG en el seguimiento final a los dos años, se manejaron con LEEP. En

total se encontraron 132 mujeres con LEI BG persistente (8.3%) y se hallaron 7 (5%) casos de NIC 3 representando 11.5% de los casos de NIC 3 encontrados al final del estudio y 3% de todos los NIC grado 3 en el estudio. (5)

El manejo del LEI BG persistente no se ha estudiado por completo aun, no se encuentran estudios que respondan específicamente cuál es el mejor manejo para abordar estas pacientes y sobre todo cuando nos enfrentamos a una paciente joven. Es necesario reconocer que esta es una patología con la cual nos vamos a enfrentar con mayor frecuencia en el futuro y que nos obliga a emprender estudios para tratar de definir su tratamiento

La crioterapia se estudio como manejo inicial en pacientes con inspección visual con ácido acético positiva, en el estudio TATI en Perú, encontraron un riesgo de NIC 2 3 durante el seguimiento de 1.8%, 1.6%, y 18.6% en pacientes con biopsia inicial de NIC 1 NIC 2 y NIC 3 respectivamente. Al final del periodo de seguimiento (3 años) 92% de las mujeres con un diagnóstico inicial de NIC 1, 92% con NIC 2 y 70% con NIC 3 fueron consideradas normales. Los resultados del proyecto TATI muestran a la crioterapia como método de tratamiento efectivo para el NIC. (9)

El imiquimod se ha empleado en el manejo de condilomas genitales, su eficacia en el manejo de neoplasias cervicales se desconoce. El imiquimod estimula la secreción y producción de citoquinas pro inflamatoria las cuales inducen consecutivamente una profunda respuesta inmune celular dirigida al tumor y ejerce un efecto apoptótico directo contra las células tumorales. (10)

Un estudio mexicano evaluó la persistencia de la infección por VPH según diferentes manejos incluyendo el imiquimod, se valoró la efectividad del imiquimod en erradicar la infección por VPH persistente en las pacientes que habían eliminado la lesión. En el estudio la efectividad para eliminar la infección y la lesión visible fue del 85% (17/20) por citología y 100% (20/20) por colposcopia. Sólo siete pacientes tenían diagnóstico inicial de lesión del epitelio; por lo tanto, la eliminación de la infección por el virus del papiloma humano latente se logró sólo en 45% (9/20). (11)

El 5 fluoruracilo es un antimetabolito que trabaja inhibiendo el proceso biosintético esencial, o al incorporarse en macromoléculas tales como el DNA y RNA inhibiendo su función normal. El mecanismo de citotoxicidad del 5 FU se ha relacionado a la inadecuada incorporación de los fluornucleótidos dentro del RNA y DNA y a la inhibición de la enzima relacionada con la síntesis de nucleótidos, timidilato sintasa (12). EL uso del % FU intravaginal para el tratamiento de la infección por VPH cervical o vaginal está asociada con una tasa de regresión menor que el placebo (28% vs 69%), según un estudio aleatorizado de 40 pacientes con seguimiento a 4 y 6 meses. (13)

La quimioprevención es el uso de medicinas (incluyendo vitaminas) para prevenir una enfermedad, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos define quimioprevención como el uso de drogas, vitaminas u otros agentes para tratar de reducir el riesgo o retardar el desarrollo o recurrencia del cáncer. En las pacientes con lesiones preneoplásicas el objetivo de la quimioprevención sería acelerar la eliminación y reducir la proporción de mujeres con infecciones persistentes. (14)

Entre las sustancias estudiadas para quimioprevención del cáncer de cérvix encontramos:

4.2 Beta carotenos

Varios estudios observacionales han encontrado que factores dietarios predicen la incidencia del cáncer y lesiones precancerosas. Se han propuesto a la vitamina A como el componente activo, la vitamina C o que la asociación es más consistente para frutas y vegetales como grupo que para cualquier nutriente en particular. Estos nutrientes son descritos como antioxidantes, también ejercen otras propiedades control del crecimiento celular, inmunomodulación y modulación de las uniones gap lo cual puede ser importante después de la fase inicial de la carcinogénesis. (14,15)

Estudios de casos y controles han encontrado una deficiencia relativa de beta

carotenos en mujeres con NIC comparada con los controles. Al menos 5 estudios clínicos fase II y III han evaluado los beta carotenos en mujeres con NIC 1 y 2. Los estudios fueron pequeños y típicamente compararon 30 mg de beta caroteno versus placebo diarios por 3 a 12 meses. Ninguno de los estudios encontró resultados estadísticamente significativos, entre todos se reclutaron 572 pacientes. El meta-análisis no mostro efecto.

La evidencia disponible sugiere que altas dosis de estos compuestos improbablemente aumentan la regresión o disminuyen la progresión del NIC 1 (14,15)

4.3 Ácido Fólico

Estudios epidemiológicos indican que una deficiencia de vitaminas incluyendo el folato, pueden jugar un papel en la etiología del cáncer cervical. Varios reportes sugieren un efecto protector del folato en la etiología de las neoplasias cervicales.

Tres estudios fase II o III investigaron el ácido fólico en mujeres con NIC 1 o 2, usaron 5 a 10 mg de ácido fólico (más 10 mg de vitamina C en un estudio) día versus placebo por 3 a 6 meses. Ninguno de los estudios mostró resultados estadísticamente significativos, se reclutaron 555 pacientes. (14,16)

4.4 Retinoides

Los retinoides comprenden una familia de compuestos poliisoprenoides que incluyen la vitamina A (retinol) y sus derivados sintéticos y naturales. Ejemplos de derivados naturales incluyen el ácido todo-trans retinoico (tretinoína), ácido 9 cis retinoico (alitretinoína) y el ácido 13 cis retinoico (isotretinoína) mientras que la N- (4 hidroxifenil) retinamida (fenretinida) es un ejemplo de un retinoide sintético.

La evidencia sugiere que los retinoides pueden jugar un papel en el tratamiento de NIC, son esenciales para muchas funciones vitales incluyendo crecimiento, visión, reproducción, metabolismo y hematopoyesis. El ácido retinoico es

transportado dentro del núcleo celular al unirse a proteínas y su acción es mediada a través de la unión a los receptores retinoides, que existen en varias isoformas distintas. Los retinoides regulan la vía normal de la diferenciación celular epitelial y pueden tener un papel en inhibir la carcinogénesis al bloquear la promoción de las células iniciadas o transformadas por la inducción de la apoptosis y diferenciación.

De acuerdo a una revisión sistemática, en la que se encontraron 5 estudios aleatorizados comparando la eficacia de 4 diferentes retinoides en causar regresión o prevenir la progresión de NIC, los retinoides estudiados no son efectivos para causar regresión de la NIC 3 aunque pueden tener algún efecto sobre la NIC 2, los datos sobre NIC 1 son inadecuados. Los retinoides no son efectivos en prevenir la progresión de la NIC de cualquier grado. A las dosis dadas y la duración del tratamiento estudiado los retinoides fueron bien tolerados. (17)

4.5 Interferón

El sistema del interferón (IFN) incluye células que sintetizan interferón en respuesta a un estímulo externo como una infección viral y células que responden al IFN estableciendo un estado de citoquinas antivirales que afectan un número de procesos incluyendo los que regulan el crecimiento celular, diferenciación y apoptosis como también la modulación de la respuesta inmune. Se han descrito resultados inmediatos del tratamiento con IFN gamma en el manejo de la NIC, un estudio con seguimiento a 5 años de 13 mujeres, se encontró una recurrencia de 33.3% y una tasa de eficacia de 53% en pacientes con NIC 1 y 2, la eficacia es menor que el manejo escisional. (18,19, 20)

Nos encontramos en la actualidad con una pregunta sin respuesta, y sigue siendo el manejo de la paciente joven con una LEIBG persistente y además si en nuestro medio es adecuado continuar el manejo expectante de las pacientes con LEI BG dada la conocida falta de seguimiento.

5 PROPÓSITO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

Describir el manejo de pacientes con diagnóstico de LEIBG y proponer estrategias administrativas de seguimiento para las pacientes con diagnóstico por biopsia guiada por colposcopia de LEIBG dado la experiencia de la unidad de Patología Cervical de un hospital de II nivel de Bogotá.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Describir el manejo y comportamiento de las pacientes con diagnóstico por biopsia guiada por colposcopia de LEIBG en las mujeres remitidas un Hospital de II nivel de Bogotá con diagnóstico citológico de LEIBG, con el fin de proponer una estrategia de seguimiento clínico y administrativo a estas pacientes.

6.2 Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficos de las pacientes atendidas en la unidad de patología cervical de un Hospital de II nivel durante el periodo comprendido entre enero de 2003 y junio de 2009.
- Identificar los tipos de tratamiento que se realizaron en el Hospital y los resultados de los mismos, y su relación con la edad, e IPS de remisión y además de comparar los tiempos de controles hallados.
- Proponer estrategias de seguimiento de las pacientes con LEIBG.

7 METODOLOGÍA

7.1 Diseño del estudio

Tipo de Estudio: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de octubre de 2003 a junio de 2009.

Definición operacional: comportamiento y manejo de las mujeres remitidas a un hospital de II nivel de Bogotá.

LEIBG: Lesión cervical intraepitelial de Bajo Grado

7.2 Población

Universo: registro de Citologías cervicovaginales de Mujeres, en la ciudad de Bogotá, Colombia quienes se realizaron citología cervico-vaginal, con resultado citológico de LEIBG durante el periodo comprendido entre enero de 2003 a Junio de 2009.

Objeto: registro de citologías cervicovaginales de mujeres con diagnostico de LEIBG por citología cervico-vaginal, a quienes se realizo colposcopia en un Hospital de II nivel de Bogotá provenientes de las IPS de una localidad donde el estrato 1 y 2 es el predominante.

Disponible: registro de resultado de Citología cervicovaginales de mujeres que fueron remitidas de las IPS que en su mayoría eran publicas pero también hubo 6 privadas de una localidad al Occidente de Bogotá a un Hospital de II nivel y que tenían una CCV anormal a un Hospital de II nivel de Bogotá durante Enero de 2003 y Junio de 2009 y cuyo resultado de la biopsia por colposcopia fue de LEIBG.

7.3 Criterios de Inclusión:

Se incluyeron en el estudio:

Mujeres de cualquier edad con biopsias por colposcopia positivas para LEIBG, remitidas al Hospital de segundo nivel de Engativa durante el periodo comprendido entre enero de 2003 y junio de 2009.

Que se encontraran registradas en la base de datos de la unidad de patología cervical del Hospital de Engativa.

Cada paciente se incluyó una sola vez dentro del estudio sin importar cuantas veces apareciera registrada en la base de datos durante el período de tiempo estipulado.

Se incluyeron registros de mujeres de todas las IPS remitidas. No se hizo exclusión por edad ni por perdida del seguimiento.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron registros repetidos consignados varias veces con la misma fecha.

Se contaron como un solo registro a cada paciente así tenga más registros en diferentes fechas, lo que se cuenta son los resultados citológicos y colposcópicos que tenga posterior al primer diagnóstico de LEIB por biopsia a través de colposcopia.

Se incluyeron registros de mujeres de todas las IPS remitidas. No se hizo exclusión por edad ni por perdida del seguimiento.

7.4 Selección y Tamaño de muestra:

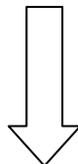
Se encontraron 686 registros de pacientes con diagnóstico de LEIBG por colposcopia desde Enero de 2003 hasta Junio de 2009 en el Hospital de II nivel

de Bogotá.

Bases de Datos disponibles.

Numero de
Registros desde
Enero de 2003
Hasta junio de 2009

12117



Numero de
Registros con
Diagnostico
Colposcopico de LEIBG.

686

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la herramienta proporcionada por EPI6, en la aplicación de STATCALC. Se seleccionó cálculo del tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, teniendo en cuenta la población de la localidad de Engativa, Bogotá en el año 2009, que correspondió a 433530 mujeres. La prevalencia de la LEIBG en Estados Unidos es del 2,1%. No se encontró prevalencia de la misma para nuestra población, por consiguiente se utilizó la suministrada por la literatura.

Tamaño de la población:	433.530
Prevalencia de IEIBG	2.1%
Peor valor esperado	2.1% ± 1

Nivel de confianza	Tamaño de la muestra
80%	337
90%	556
95%	788
99%	1360
99.9%	2215
99.99%	3090

7.5 Técnica de recolección:

Se revisaron tres base de datos:

1. Registro de resultados de citologías anormales remitidas a la Unidad de Patología cervical del Hospital de II nivel por las IPS manejado por la secretaria de Unidad. Dicho registro consta de un archivo en Excel con 12117 registros hasta diciembre de de 27 variables que son : fecha, # de colposcopia, edad, nombre , documento, teléfono, 1 vez, seguridad social, fecha de citología, resultado de citología, fecha de remisión, IPS de remisión, resultado de colposcopia, biopsia, tipo de biopsia , resultado de biopsia, tratamiento, fecha de tratamiento, resultado de tratamiento, próxima cita, médico colposcopista, fecha entrega de resultado de biopsia, remisión, fecha de citología, resultado de citología, seguimiento y razón.

2. Registro de la Jefe de Enfermería de Consulta Externa que maneja las bases de datos de la secretaria de Salud de Bogotá para la localidad en estudio, el cuales un archivo en Excel por año, en donde en el 2004 se obtuvieron 14725 registros, en el 2005 fueron 16387 registros, 16387 en el 2006, 12208 registros en el 2007, 12953 registros en el 2008 y 2922 registros en el año 2009. Estos registros constaron con 21 variables: Hospital, año, placa, nombre, fecha toma de citología, edad, teléfono, administradora de salud, categorización, fecha recolección, fecha llamada, respuesta; fecha de entrega, fecha colposcopia, fecha biopsia, resultado colposcopia, resultado biopsia, tratamiento, nombre colposcopista.

3. Este registro pertenece a la unidad de patología cervical manejado por la secretaria de la unidad y se encuentra en formato Access el cual es una base de datos donde consta : número de histórica clínica, nombre, primer y segundo apellido, teléfono ,e dad, grupo de edad, régimen de seguridad social, ARS, IPS, sexo, ETS, planificación, fumadora, gestaciones, partos, abortos, ectópicos, fecha, gestante, consulta primera vez, fecha ccv, colposcopia, fecha colposcopia, satisfactoria (si o no), positiva (si o no) , dx colposcópico, toma

de biopsia (bx) , fecha de bx, diagnostico por bx, fecha entrega de bx, tipo VPH, tratamiento , fecha de tratamiento, dx de biopsia, próxima cita, fecha segunda ccv, fecha próxima ccv, y medico tratante.

Se hicieron tres copias de seguridad de cada registro uno para investigadora y se dejaron en los computadores portátiles personales de cada una de ellas, quienes manejan con clave el ingreso a su computador. La clave solo es de conocimiento personal.

Se realizó una depuración de los datos de la primera base de datos, donde se extrajo solo aquellas pacientes cuyo diagnostico colposcópico fuera de LEIBG, por lo que resulto un nuevo archivo en Excel con las mismas variables manejada originalmente con 686 registros de pacientes, cada registro correspondía a una sola paciente, Luego se creó una base de datos en el programa SPSS con las variables expuestas a continuación:

8. VARIABLES

Nº	Nombre	Tipo de variable	Característica de variable	Indicador*	Códigos	Códigos Excepción	Objetivo que cubre	Cruces de Variables
1	EDAD	Independiente	continua	Edad	Edad		Caracterizar la población	
2	Seguridad social	independiente	CATEGORICA	SS			Régimen SS	
3	IPS	independiente	CATEGORICA	IPS				
4	tratamiento	independiente	CATEGORICA	Tt	1.topica 2.cauterización 3. observación 4.conización 5.destrucción local 6.llets 7.braquiterapia			
5	Resultado de tto.	dependiente	CATEGORICA	Rtt	1.resolvio 2.persistio 3.progreso 4. no data			
6	Tiempo de observación en meses hasta obtener el resultado de tratamiento	independiente	CATEGORICA					
7	CTRT primer control pos resultado de tratamiento en meses	Independiente	Continua					
8	Resultado de primer control pos resultado de tratamiento	Independiente	CATEGORICA		1.negativo 2. anormal 3.no data			
9	CTRT2 segundo control pos resultado de tto en meses	Independiente	Continua					
10	Resultado de primer control pos resultado de tratamiento	Independiente	CATEGORICA		1.negativo 2.anormal 3. no data			

Nº	Nombre	Tipo de variable	Característica de variable	Indicador*	Códigos	Códigos Excepción	Objetivo que cubre	Cruces de Variables
11	CONTACTO (si se logra contactar)	Independiente	CATEGORICA		1. SI 2. NO			
12	COLABORA (con la entrevista)	Independiente	CATEGORICA		1.SI 2.NO			
14	CCV (se realizo o no la CCV)	Independiente	CATEGORICA		1.SI 2.NO			
15	RESULTADO	Independiente	CATEGORICA		1.NEGATIVA 2. ANORMAL			
16	Grupo de edad por años	Independiente	CATEGORICA	GRE	1.15 a 25 2.26 a 35 3.36 a 45 4.46 a 58		Recategorización de la variable edad, para análisis por grupos etarios	

Con el fin de facilitar la exploración de las variables, es de resaltar que las variables llamadas, CTRT: corresponde al tiempo de la citología después de saber el resultado de tratamiento y la variable numero 8 sería el resultado de la citología posterior a la citología del resultado del tratamiento, es decir sería un primer control pos tratamiento. La variable numero 9 llamada CTRT corresponde a la citología de un segundo control. Se debe mencionar que habían registros de pacientes con citologías posteriores a la del resultado de tratamiento, que se conto como un control pos tratamiento y no como un nuevo registro.

Por medio de los registros ya depurados, se procedió a verificar cada registro de paciente y se buscó por año en las bases de datos de la secretaria de salud para la localidad estudiada, se buscó cada registro de paciente por año para verificar si dicha paciente se había realizado una citología cervicovaginal y en

caso de positivo cual había sido el resultado. Dado que esta base de datos sólo cuanta la categoría de resultado es decir si es negativa o anormal, no nos menciona otro tipo de datos como características de flujo, y no nos especifica en caso de anormalidad que tipo de este tenía. Por lo tanto en las variables 8 y 10 solo se toma las posibilidades de negativo, anormal y sin dato en caso que no se encontraran controles posteriores a su resultado de tratamiento. Se determinó los registros de pacientes que no poseían datos en la variable 5 y se procedió a utilizar como instrumento de recolección uno de los procedimientos que normalmente utilizan en la unidad de patología de dicho hospital el registro telefónico de seguimiento. De allí se obtuvo que pacientes se habían realizado la CCV y su resultado.

8.1 Codificación:

Se inició un conteo ordinal desde el primer registro que equivale a una paciente que cumple con los criterios de inclusión y se le asignara un número.

8.2 Instrumento de recolección

Las investigadoras se encargaron de la revisión de la lista mencionada y de la búsqueda exhaustiva en los registros de la Unidad de Patología Cervical del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Se utilizó también los resultados del registro telefónico que hace parte del proceso normal de seguimiento de la unidad de patología de dicho hospital de II nivel de Bogotá y que permite la creación de 4 variables más : contacto (si o no), colaboro (SI o No), CCV (si o no), resultado (negativa o anormal).

8.3 Métodos de Control de Calidad de los Datos

La información fue recolectada y tabulada por dos investigadoras en tiempos distintos para la verificación. Sin embargo se trata de una fuente secundaria de datos, donde los datos ya están registrados entonces en algunos registros se encuentran errores de digitación y hay algunos espacios vacíos en la base de datos, sin embargo todos los registros se incluyeron.

8.4 Procesamiento

Por medio de la lista empleada se empleó el programa SPSS cuya licencia pertenece a la Universidad del Rosario donde se procesó la información de acuerdo a las variables seleccionadas

8.5 Descripción de variables:

Se consideraron las variables demográficas edad, seguridad social, IPS, para caracterizar la población a estudio. Así sabremos en que centro de salud se presentan más casos de LEIBG, además de la edad promedio y el tipo de seguridad social si es EPS subsidiado o EPS contributivo.

Se utilizó las variables tratamiento para determinar cuáles fueron los posibles manejos que se le dieron a los pacientes y describió también dicha variable.

La variable resultado de tratamiento tiene dos connotaciones: la primera es definir si se resolvió el cuadro, si persistió o si progreso en aquellas en que se pueda conocer el resultado. La segunda: nos mostrara las pacientes en quienes no tenemos datos y serán estas las elegidas para realizar la llamada telefónica.

La variable tiempo de observación nos dio la posibilidad de conocer el tiempo promedio en el cual las pacientes se realizan la ccv de control pos tratamiento. Las variables CTRT, la de resultado pos primer control y las de segundo control, nos mostró varias cosas: - si el diagnostico reincidió, si persiste negativa, y el número de pacientes que son conscientes de la enfermedad y regresan juiciosamente a realizarse las citologías de control.

Las siguientes variables de contesta, colabora, ccv y resultado son aquellas que se aplican sólo para las pacientes que tienen registro telefónico.

8.6 Plan de análisis:

1. Descripción sociodemográfica de los registros, se utilizó medidas de tendencia central tipo promedio para caracterizar la edad de las pacientes remitidas a la unidad de patología cervical del hospital de II nivel.
2. Análisis de frecuencias de IPS de origen.
3. Análisis de frecuencia, tablas cruzadas entre variables de Edad, IPS de remisión, Fecha, con tipo y resultado de tratamiento.
4. Análisis de frecuencia de los registros telefónicos que se habían hecho CCV de control.

8.7 Control de Sesgo y error.

Sesgo	Estrategia de control
<p>SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificación de resultados de tratamiento por mal diagnóstico de LEIBG. 	<p>Se utilizó los resultados de la biopsia por colposcopia de LEIBG.</p>
<p>INFORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de datos de fuentes secundarias 	<p>Se relacionaron los datos de los registros de la primera base de datos con los datos concernientes a los resultados de la ccv de la base de datos de la Secretaría de Salud de Bogotá para buscar subregistro.</p>

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera que el proyecto es de riesgo mínimo según la resolución No. 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según dicha resolución esta investigación es de riesgo mínimo ya que se conocieron los resultados de las citologías de las pacientes que hace parte de su vida sexual y de su propia intimidad además que se conoció el nombre de algunas de ellas.

Se protegió la privacidad del individuo, Se mantuvo la confidencialidad de los nombres de los registros, los cuales no fueron mencionados ni se tuvo en cuenta en ningún proceso de la investigación.

Se protegió el nombre de la institución de Salud donde se realizó el estudio y se respetó su buen nombre. No se realizó una intervención a las pacientes.

Se solicitó permiso institucional para la realización del estudio al hospital de II nivel de Bogotá.

Se realizará una apropiación social del conocimiento con la divulgación de resultados al hospital y la comunidad. Para el mejoramiento en la calidad de programa de Cáncer de Cuello uterino de Bogotá.

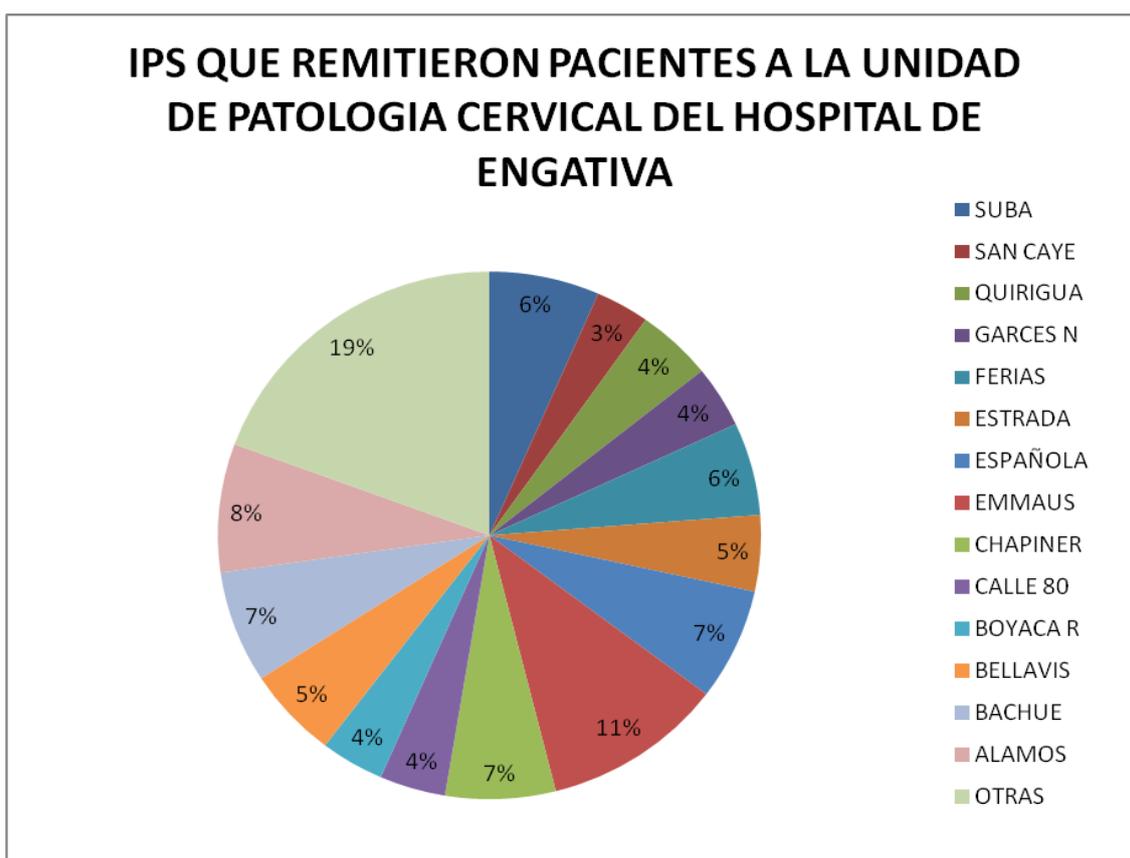
10. RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes registradas: 30.2 años con un mínimo de 15 años y la de mayor edad de 58 años.

EDAD	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	STD
	686	15	58	30.28	9.341

Tabla 1.promedio de Edad 1

En total 45 IPS de primer nivel de atención remitieron pacientes al segundo nivel de atención, Hospital de Engativa. El mayor porcentaje de pacientes remitidas a la unidad de patología cervical del Hospital de Engativa fue remitida por el primer nivel de Emmaus con el 11%, seguido por Alamos con el 8%, Chapinero, Bachue y la Española con 7% .Suba y Ferias remitieron un 6 % del total de las pacientes, seguidas por La estrada y Bellavista con el 5%; Quirigua, Garcés Navas, calle 80 y Boyacá Real con el 4% cada una. El porcentaje restante correspondió a IPS con menos del 3% del total de pacientes remitidas a la institución. (Tabla y grafica 2)



Grafica 2.Porcentaje detallado de pacientes remitidas por las diferentes IPS al Hospital de Engativa durante el periodo comprendido entre enero de 2003 a junio de 2009.

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL QUE REMITIERON PACIENTES AL HOSPITAL DE ENGATIVA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2003 Y JUNIO DE 2009. PORCENTAJE INDIVIDUAL Y ACUMULATIVO			
IPS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
YOMASA	1	0,15	0,15
VERBENAL	6	0,87	1,02
USAQUEN	8	1,17	2,19
SUSALUD	1	0,15	2,33
SUBA	45	6,56	8,89
STA CECI	3	0,44	9,33
SIMON BO	1	0,15	9,48
SERVITA	1	0,15	9,62
SAN LUIS	1	0,15	9,77
SAN FERN	10	1,46	11,22
SAN CRIS	4	0,58	11,81
SAN CAYE	22	3,21	15,01
SAN CARL	1	0,15	15,16
RIONEGRO	4	0,58	15,74
QUIRIGUA	31	4,52	20,26
PRADO VE	18	2,62	22,89
ORQUIDEA	3	0,44	23,32
OLARTE	1	0,15	23,47
NUEVA ZE	9	1,31	24,78
MINUTO D	10	1,46	26,24
KENEDDY	1	0,15	26,38
JUAN XXI	10	1,46	27,84
IBAGUE	1	0,15	27,99
HOSP DEL	1	0,15	28,13
GRANJA	4	0,58	28,72
GARCES N	26	3,79	32,51
GAITANA	19	2,77	35,28
FONTIBON	1	0,15	35,42
FERIAS	39	5,69	41,11
ESTRADA	32	4,66	45,77
ESPAÑOLA	47	6,85	52,62
ENGATIVA	3	0,44	53,06
EMMAUS	74	10,79	63,85

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL QUE REMITIERON PACIENTES AL HOSPITAL DE ENGATIVA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2003 Y JUNIO DE 2009. PORCENTAJE INDIVIDUAL Y ACUMULATIVO (continuación)			
PS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
CODITO	1	0,15	63,99
CHAPINER	45	6,56	70,55
CENTRO D	1	0,15	70,70
CALLE 80	27	3,94	74,64
BOYACA R	26	3,79	78,43
BOSA	1	0,15	78,57
BELLAVIS	38	5,54	84,11
BARRIOS	1	0,15	84,26
BACHUE	47	6,85	91,11
AURES	5	0,73	91,84
ALAMOS	54	7,87	99,71
AGUADITA	2	0,29	100,00
TOTAL	686	100	

Tabla 2. Análisis de frecuencias Ips de primer nivel que remitieron pacientes al Hospital de Engativa durante el periodo comprendido entre enero de 2003 y junio de 2009. Porcentaje individual y acumulativo

En relación a la proporción de pacientes asignadas a los diferentes tratamientos posterior a CCV y biopsia, el 80.8% (554 pacientes) se asignaron a observación, seguido por topicación en un 7.7% (53), cauterización en un 10.3% (71), conización en un 0.7% (5 pacientes), legrado 0.1% (1), lletz 0.1% (1) y braquiterapia 0.1% (1 paciente). (tabla3)

PROPORCIÓN DE PACIENTES ASIGNADAS A LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS			
Tipo de tratamiento	FRECUENCIA	PORCENTAJE	Porcentaje acumulado
TOPICACIONES	53	7,7	7,7
CAUTERIZACIONES	71	10,3	18,1
OBSERVACION	554	80,8	98,8
CONIZACION	5	0,7	99,6
LEGRADO	1	0,1	99,7
Lletz	1	0,1	99,9
BRAQUITERAPIA	1	0,1	100
TOTAL	686	100	

Tabla 3. Proporción de pacientes asignadas a tratamiento

En el seguimiento durante el periodo de observación de las 554 pacientes, hubo resolución o normalidad de la citología de control inicial en 141 de ellas, persistiendo en 102 pacientes y progresando en 7 de ellas: LEIAG (lesión intraepitelial de alto grado) en 5 y NIC I en 2 de las pacientes). Hubo resolución de la anormalidad citológica en 24,5% (13) de las pacientes a quienes se les realizaron topicaciones y en 39,4% (28) de las pacientes a quienes se les realizó cauterización, con persistencia de la misma en el primer control en 5,6% (3) y 11,26% (8) de las pacientes respectivamente. En estos dos últimos grupos no se presentó progresión de la lesión en ninguna de las pacientes seguidas. No fue posible seguimiento en 380 pacientes inicialmente (tabla 4)

RESULTADO SEGÚN TRATAMIENTO ASIGNADO EN PORCENTAJES									
Tratamiento	Resolvió		Persistió		Progreso		No data		Total
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Topicaciones	13	24.5	3	5.6	0		37	69.8	53
Cauterización	28	39.4	8	11.2	0		35	49.2	71
Observación	141	25.4	102	18.4	7	1.2	304	54.8	554
Conización	1	20	1	20	0		3	60	5
Legrado	0		0		0		1	100	1
Lletz	0		1	100	0		0		1
Braquiterapia	1	100	0		0		0		1
Total	184		115		7		380	380	686

Tabla 4. Resultados según tratamiento asignado en porcentajes. Se incluyen los desenlaces resolución, persistencia, progresión o ausencia de seguimiento (NO DATA).

El 55.1 % de las pacientes no tuvieron seguimiento, mientras que el 18,2% fueron controladas en los siguientes 7 a 12 meses posterior a la instauración del tratamiento y el 13,1 % entre 13 y 24 meses. En el 3 % de los casos, el primer control fue realizado después de cuatro años (tabla 5).

INTERVALO EN TIEMPO DE CONTROL CITOLOGÍA POS TRATAMIENTO			
Intervalo de tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 (sin control)	378	55,1%	55,1%
1(1 a 3 meses)	6	0,9	56,0
2 (4-6 meses)	66	9,6	65,6
3 (7 a 12 meses)	125	18,2	83,8
4 (13 s 24 meses)	90	13,1	96,9
5 (25 a 48 meses)	18	2,6	99,6
6 (mayor a 49 meses)	3	0.4	100
Total	686	100	

Tabla 5. Tiempo de control citológico según tratamiento instaurado.

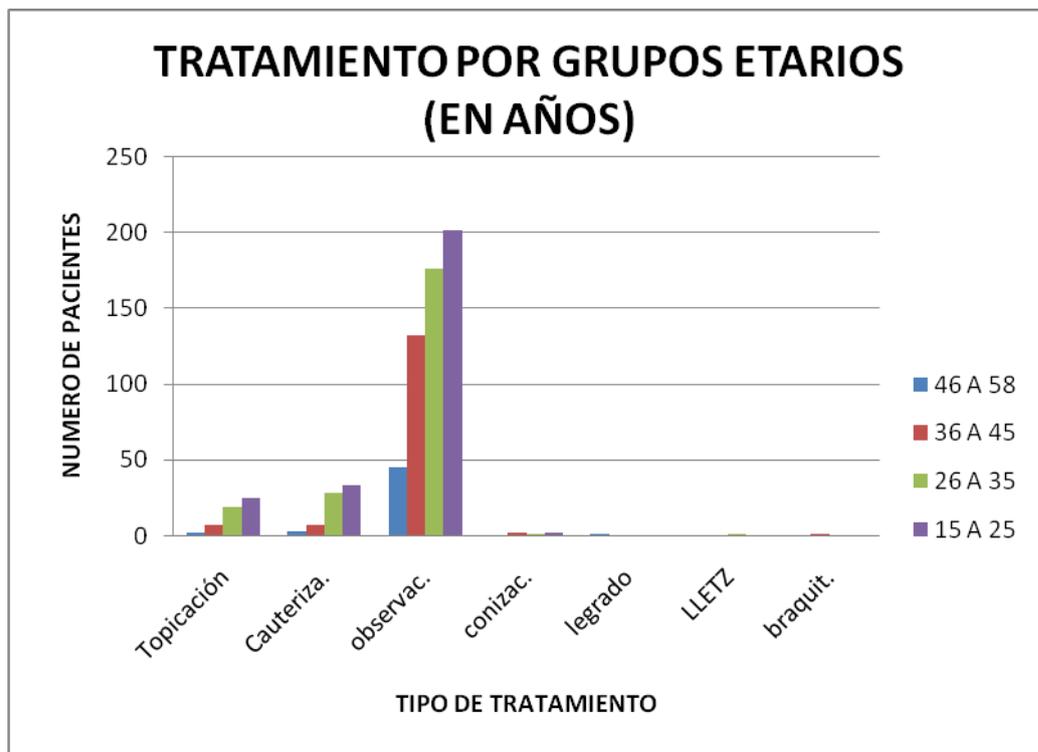
El mayor número de pacientes a las cuales se les realizó cauterización con respecto al número a las cuales se les asignó observación, pertenecieron a la IPS La GAITANA, que difiere con lo observado en las otras IPS donde el tratamiento mayoritario fue el de elegir observación (tabla 6).

FRECUENCIA DE ASIGNACION A TRATAMIENTO SEGÚN IPS DE REMISION								
IPS DE REMISION	Topicacion	Cauterización	Observación	conizacion	legrado	lletz	Braquite.	Total
EMMAUS	4	9	60	1				74
ALAMOS	2	3	48	1				54
ESPAÑOLA	1	5	41					47
CHAPINER	3	1	41					45
BACHUE	4	4	39					47
SUBA	8	2	35					45
BELLAVIS	1	4	33					38
FERIAS	5	3	31					39
QUIRIGUA	1	2	27	1				31
ESTRADA	2	5	25					32
CALLE 80	2		25					27
GARCES N	2	2	20	1			1	26
BOYACA R	4	3	19					26
SAN CAYE	4	4	14					22
PRADO VE	2	2	13	1				18

FRECUENCIA DE ASIGNACION A TRATAMIENTO SEGÚN IPS DE REMISION (CONTINUACIÓN)								
IPS DE REMISION	Topicacion	Cauterización	Observación	conizacion	legrado	lletz	Braquite.	Total
MINUTO D			10					10
SAN FERN			10					10
GAITANA	1	9	8		1			19
USAQUEN			7			1		8
JUAN XXI	1	4	5					10
OTRAS	6	9	43					58
Total	53	71	554	5	1	1	1	686

Tabla 6. Frecuencia de asignación de tratamiento según IPS de remisión.

La distribución de los diferentes tratamientos entre los grupos etarios, puede verse en la grafica 2. El mayor porcentaje de pacientes tratadas correspondió al grupo etario entre los 15 a 25 años (38,5%). El Tratamiento más comúnmente asignado a los cuatro grupos fue observación. El grupo que más cauterizaciones tuvo fue el de 15 a 25 años, EL grupo que más topicaciones tuvo fue el de 15 a 25 años. Solo en casos aislados se realizo legrado, braquiterapia y LLETZ sin que se conozca la causa, debido al no registro de seguimiento de las pacientes. (tabla7 y 8)



Grafica 2. Número de pacientes asignadas a cada uno de los diferentes tipos de tratamiento según el grupo etario (en años)

TRATAMIENTO ASIGNADO POSTERIOR A REALIZACIÓN DE COLPOSCÓPIA SEGÚN GRUPOS ETARIOS																
Grupos de edad (años)	Topicación		Cauteriza.		observac.		conizac.		legrado		LLETZ		braquit.		Total	
		%		%		%		%		%		%		%	%	
46 A 58	2	0,29	3	0,44	45	6,56			1	0,15					51	7,43
36 A 45	7	1,02	7	1,02	132	19,24	2	0,29					1	0,2	149	21,72
26 A 35	19	2,77	28	4,08	176	25,66	1	0,15			1	0,15			225	32,8
15 A 25	25	3,64	33	4,81	201	29,3	2	0,29							261	38,05
TOTAL	53	7,73	71	10,4	554	80,76	5	0,73	1	0,15	1	0,15	1	0,2	686	100

Tabla7. Tratamiento asignado posterior a realización de biopsia según grupo etario por años.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO SEGÚN AÑO DE INSTAURACIÓN					
AÑO	RESOLVIO	PERSISTIO	PROGRESO	NO DATA	Total
2003	12	1	0	30	43
2004	51	9	1	46	107
2005	24	15	1	33	73
2006	35	25	2	62	124
2007	75	40	1	93	209
2008	33	31	2	63	129
Total	230	121	7	327	685

Tabla 8. Resultado de tratamiento según año de instauración.

Se observó que la mayor parte de pacientes que no tiene datos fueron las que se diagnosticaron y trataron el año 2007: este fue también el año en el cual se atendieron más pacientes remitidas por LEIBG a la unidad de patología cervical (tabla8).

De las pacientes asignadas a tratamiento en el grupo de 15 a 25 años hubo una pérdida en el seguimiento del 62,3%, seguido por el 52,9% en el grupo de 46 a 58 años, 52,4 % en el grupo de 36 a 45 años y 47,65% en las pacientes de 36 a 45 años. (Tabla 9).

Cuando se realizó el análisis de las pacientes sin registro de datos posterior a instauración de tratamiento, se encontró que la pérdida en el seguimiento fue del 100% en las pacientes remitidas por los primeros niveles de atención pertenecientes a Barrios Unidos, Centro Distrital, Kennedy, San Luis, San Cristóbal, Olarte, Servita y Yomasa. De las pacientes remitidas por Chapinero, Prado Veraniego, Usaquén, Bella Vista, Estrada, Ferias, Gaitana, Garcés, Navas, Juan XXI, Nueva Zelanda, Quirigua, San Cayetano y Verbenal el porcentaje fue superior al 50%. (tabla 10)

RESULTADO DE TRATAMIENTO SEGÚN GRUPO DE EDAD					
Grupos de edad (años)	RESOLVIO	PERSISTIO	PROGRESO	NO DATA	Total
15 A 25	65	30	2	164	261
26 A 35	63	41	3	118	225
36 A 45	48	28	2	71	149
46 A 58	8	16	0	27	51
TOTAL	184	115	7	380	686

Tabla 9. Resultado de tratamiento según edad

PORCENTAJE DE PERDIDAS EN EL SEGUIMIENTO SEGÚN IPS DE REMISION							
IPS DE REMISION	NO DATA	TOTAL	%	IPS DE REMISION	NO DATA	TOTAL	%
AGUADITA	2	2	100	JUAN XXI	8	10	80
ALAMOS	23	54	42,59	KENEDDY	1	1	100
AURES	4	5	80	MINUTO D	2	10	20
BACHUE	18	47	38,30	NUEVA ZE	7	9	77,78
BARRIOS	1	1	100	OLARTE	1	1	100,00
BELLAVIS	22	38	57,89	ORQUIDEA	3	3	100
BOSA	1	1	100	PRADO VE	15	18	83,33
BOYACA R	11	26	42,31	QUIRIGUA	16	31	51,61
CALLE 80	12	27	44,44	RIONEGRO	2	4	50,00
CENTRO D	1	1	100	SAN CARL	1	1	100
CHAPINER	39	45	86,67	SAN CAYE	13	22	59,09
CODITO	0	1		SAN CRIS	4	4	100,00
EMMAUS	30	74	40,54	SAN FERN	7	10	70
ENGATIVA	1	3	33,33	SAN LUIS	1	1	100
ESPAÑOLA	20	47	42,55	SERVITA	1	1	100
ESTRADA	18	32	56,25	SIMON BO	0	1	
FERIAS	21	39	53,85	STA CECI	2	3	66,67
FONTIBON	0	1		SUBA	33	45	73,33
GAITANA	14	19	73,68	SUSALUD	0	1	0,00
GARCES N	9	26	34,62	USAQUEN	7	8	87,5
GRANJA	2	4	50	VERBENAL	5	6	83,33
HOSP DEL	1	1	100	YOMASA	1	1	100
IBAGUE	0	1					
Total					380	686	55,39

Tabla 10. Perdida de seguimiento según IPS de remisión.

11. DISCUSIÓN

Este estudio permitió realizar un seguimiento de los acontecimientos posteriores a la instauración del tratamiento para las pacientes con diagnóstico de LEIBG en las pacientes remitidas al a unidad de patología cervical de un hospital de II nivel de Bogotá.

Durante la realización de este estudio, nos encontramos ante un gran obstáculo: falta de una adecuado seguimiento a las pacientes, por no re-consultar a pesar de la adecuada promoción de la citología.

De acuerdo con los resultados, podemos establecer que la conducta más frecuentemente tomada fue la de observación y seguimiento de CCV.

La mayoría de pacientes asignados a topicación y cauterización fue hecha durante 2003 y 2005, los dos primeros años del estudio, lo cual concuerda con las guías de manejo internacionales establecidas antes del 2006.

Solo se pudo documentar persistencia de lesión y no si hubo progresión citológica en las pacientes asignadas a observación, debido a la falta de información del tipo de anormalidad en las bases de datos del hospital.

El 54.8% de las pacientes observadas no tenían datos posteriores al diagnóstico de LEIBG, lo cual nos habla de más de la mitad de pérdidas en el seguimiento, que posteriormente tomando en cuenta el registro telefónico este porcentaje solo se disminuye a un 47.5%. Estas pérdidas se dan por múltiples razones, ya sea porque el número de teléfono no correspondía, o porque no dejaron número de teléfono, o solo numero de celular y ese ya no ha sido asignado, por cambio de residencia. De las pacientes del registro telefónico que se realizaron la CCV el 90.1% tuvieron un resultado negativo y el 9.8% fue anormal, lo cual llama la atención que a pesar de haber sido diagnosticado con anormalidad, no se realizaran una ccv de control lo cual refiere un desconocimiento o falta de conciencia de enfermedad.

Debido a la pérdida en el seguimiento cercana al 50% no fue posible realizar cruces de otras variables para generar asociaciones estadísticamente significativas, ni determinar cuál sería el mejor tratamiento en las pacientes con LEIBG.

Con respecto a los periodos de tiempo entre el tratamiento y el primer control se observó que el 18.2% tuvo su primer control entre los 7-12 meses posteriores al tratamiento, seguido por el 13.1% entre 13-24 meses, y que hubo pacientes con valores extremos hasta 73 meses. Solamente el 27% de las pacientes se encontraron con control cronológico según las recomendaciones de las guías internacionales.

A pesar de que las bases de datos utilizadas (pertenecientes a la unidad de patología cervical del hospital de II nivel de Bogotá) no fue tabulada por las investigadoras, los datos allí contenidos se confrontaron con los datos de las bases de datos de la secretaria de salud disponibles, sin encontrar desviación de los mismos.

Otras de las limitantes del estudio fue la falta de información específica de la base de datos del hospital en lo que concierne al tipo de anormalidad reportada. También la falta de recopilación de información precisa de las pacientes en las bases de datos por ejemplo números de teléfono, el formato de nombres y de IPS.

Este estudio sugiere que debe recopilarse datos y crearse sistemas de información que permitan solventar la falta de centralización de la información que permita el adecuado control de las pacientes con anormalidades citológicas. En el registro de llamadas telefónicas se evidenció que los reportes de citología de control se quedaban en el I nivel de atención y no había una retroalimentación hacia el II nivel.

Este estudio también sugiere que a pesar de la alta prevalencia de la enfermedad, todavía falta más educación y noción de conciencia y una

adecuada red de información y retroalimentación entre los primeros y segundos niveles de atención.

En los resultados se evidenció que la mayoría de las pacientes de 15-25 años no tenían control citológico pos tratamiento, esto nos habla de un desconocimiento por parte de la población joven acerca de la enfermedad.

En las pacientes que resolvieron con tratamiento de observación fue de 56.4% , sin tener en cuenta los registros de observación sin seguimiento, lo que concuerda con los resultados de estudios previos mencionados en el marco teórico.

Podríamos plantear un modelo de seguimiento:

Se diagnostica anormalidad citológica en el primer nivel de atención, se introduce en la base de datos de CCV anormales de la propia institución de I nivel y en una base de datos creada por la secretaria de salud que está conectada en red desde el Centro médico hasta la secretaria, que sería similar a la base de datos de Gesta y SISVAN creada por ellos mismos, donde se notificaría el tipo de anormalidad de la CCV y los datos básicos de la pacientes.

El I nivel se encarga de conseguir la cita en el segundo nivel con el especialista y notificar a la paciente.

El II nivel recibe a la paciente la introduce en una base de datos de la institución y realiza colposcopia y define tratamiento a seguir y el intervalo de los controles y quien debe hacerlos controles si medicina general o Ginecología. Dicha información la introduce en la base de datos de la secretaria de salud que también estaría conectada en red y se entrega la información por escrito a la paciente donde informe en qué consiste su anormalidad, los cuidados, los controles y la importancia de seguimiento.

El I nivel cada 8 días revisa las bases de datos de la secretaría según sus pacientes y revisa las pacientes que tiene en su base de datos propia y actualiza su base de datos e inicia la citación para los controles o el plan

descrito por el II nivel de seguimiento. Llama a las pacientes para notificar cuando tiene control con CCV y le asigna cita para esta y con medicina general o Ginecología para su revisión.

Cada vez que la paciente se realice la CCV, el resultado debe ser anotado en la base de datos de la secretaria de Salud, y el médico tratante deberá decidir si continua con controles y cada cuánto o si persiste anormalidad deberá contra remitir a segundo nivel, notificar a la enfermera encargada de la base de datos de CCV y realizar de nuevo la citación a II nivel con el especialista. Cada tres meses, el II nivel deberá ingresar a la base de datos de la Secretaría y actualizar los datos de las pacientes que deberían tener control en esas fechas y notificar a I nivel en caso de que no se tenga información de los controles de aquellas cuyo resultado sea anormal para que otra vez se dirijan al segundo nivel de atención.

Con ello se tendría doble revisión de las mismas pacientes y se evitaría las pérdidas.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

No hay un adecuado registro de las pacientes con anormalidad citológica, se recomienda mejorar las bases de datos y ampliar las variables para realizar una mejor caracterización de las pacientes.

Siendo la observación la conducta más frecuentemente utilizada y además certificada por las guías internacionales, se recomienda insistir en la adherencia a los tiempos de control citológico establecido, para lograr un seguimiento efectivo y control de la patología de cáncer de cuello uterino.

Se recomienda establecer una red de información entre primeros y segundos niveles para ejercer un doble control sobre las pacientes con diagnóstico de LEIBG.

Debido a que una de las grandes limitantes en la realización de este estudio se debe implementar una estrategia de seguimiento que permita en futuro realizar estudios analíticos para establecer asociaciones estadísticamente significativas con relación al tratamiento de LEIBG.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Solomon D, Davey D, Kurman R et al. The 2001 Bethesda System Terminology for reporting results of cervical cytology. *Jama* 2002; 287:2114-2119
2. Davey D. Cervical Cytology Classification and the Bethesda System. *Cancer J* 2003;9:327–334
3. Wright Jr TC., Massad L., Dunton C. 2006 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Intraepithelial Neoplasia or Adenocarcinoma In Situ. *Journal of Lower Genital Tract Disease, Volume 11, Number 4, 2007, 223-239.*
4. Soto-Wright V., Samuelson R. y Mcllellan R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion, and Atypical Glandular Cells. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2005; 48 (1):147–159.
5. The ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188: 1393-1400
6. Scheurer M.E, . Tortolero-Lunay G & Adler-Storthzz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer* 2005, 15, 727–746
7. Brisson J, Bairati I, Morin C et al. Determinants of persistent detection of human papillomavirus DNA in the uterine cervix. *J Infect Dis* 1996; 173:794–9 Abstract.
8. Hildesheim A, Schiffman MH, Gravitt PE, Glass AG, Greer CE et al. Persistence of type-specific human papillomavirus infection among cytologically normal women. *J Infect Dis* 1994;169:235–40. Abstract
9. Luciani S, Gonzales M, Muñoz S. Effectiveness of cryotherapy treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 101, 172–177
10. Schön M.P and Schön M. Imiquimod: mode of action. *British Journal of Dermatology* 2007, 157 (Supl. 2), 8–13
11. Quijano TH, Aguiar B I, Salas N. Evaluación del tratamiento con imiquimod en infección persistente por el virus del papiloma humano con el método de reacción en cadena de la polimerasa. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74: 317-26
12. Longley DB, Harkin DP y Johnston PG. 5-Fluorouracil: Mechanisms Of Action and Clinical Strategies. *Nature cancer reviews* 2003; (3): 330

13. Holmes M.M, Weaver II S.H., y Vermillion S.T. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of 5-Fluorouracil for the Treatment of Cervicovaginal Human Papillomavirus. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 7:186-189 (1999)
14. Sasieni P. Chemoprevention of cervical cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* Vol. 20, No. 2, pp. 295–305, 2006
15. Mackerras D, Irwig L, Simpson JM et al. Randomized double-blind trial of beta-carotene and vitamin C in women with minor cervical abnormalities. *British Journal of Cancer* (1999) 79(9/10), 1448–1453
16. Childers JM, Chu J, Voigi LF et al. Chemoprevention of Cervical Cancer with Folic Acid: A Phase III Southwest Oncology Group Intergroup Study. *Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. Vol. 4, 155-159, March 1995
17. Helm, CW, Lorenz, DJ, Meyer, NJ. Retinoids for preventing the progression of cervical intra-epithelial neoplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 Art. No.: CD003296
18. Samuel C. Antiviral . Actions of Interferons. *Clinical Microbiology Reviews* Oct. 2001, p. 778–809 Vol. 14, No. 4
19. Sikorski M, Zrubek H. Long-term follow-up of patients treated with recombinant human interferon gamma for cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82 (2003) 179–185
20. Dunham AM, McCartney JC, Repath F et al. Effect of perilesional injection of a-interferon on cervical intraepithelial neoplasia and associated human papillomavirus infection. *Journal of the Royal Society of Medicine* Volume 83 August 1990
21. www.karisma.org.co/cancerologico/cancercuello.html.

14. ANEXOS

CRONOGRAMA

ETAPAS Y ACTIVIDADES	Mes												
Actividades	mayo	junio	julio	agosto	sept	oct	nov	nov	dic	nov	dic	Ene	
Preparacion y aprobaci3n del proyecto (objetivos, metodologia, marco te3rico)													
Planificaci3n (consolidaci3n definitiva de proyecto)													
capacitaci3n (unificaci3n de criterios, evaluaci3n de sesgos)													
Recolecci3n informaci3n													
Preparaci3n de base de Datos													
Cr3tica y procesamiento de datos													
Analisis Etapa Descriptiva													
Analisis de Etapa Anal3tica													
Preparaci3n de informe final													
Presentaci3n informe final y publicaci3n													
Preparaci3n divulgaci3n de datos													

PRESUPUESTO

Personal: Las investigadoras harán el trabajo de recolección de datos, uso de bases de datos y hojas de cálculo así como las llamadas y el análisis respectivo.

Equipos: Computadores de las investigadoras

Viajes:

Desplazamiento hacia el hospital de Engativá.

Publicaciones: bibliografía no establecida en convenio con revistas electrónicas de U del Rosario.

Servicios técnicos: Asesorías con los tutores, consultorías al comité de Ética de la universidad del Rosario.