

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de:
Especialista en Dirección en Servicios de Salud y Epidemiología.**

Tema:

Seguimiento de mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado del programa de detección del cáncer uterino en el centro de salud Leonel Rugama-Estelí, período Enero 2017- Diciembre 2018.

Autora:

Dra. Darling Massiel Sevilla Valdivia.

Tutor Científico:

Dr. Luis Rodolfo Sobalvarro.

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

Tutor Metodológico:

Lic. Josué Israel Castillo Gutierrez, MSc.

Salud Pública y Epidemiología.

Managua, marzo 2020

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de:
Especialista en Dirección en Servicios de Salud y Epidemiología.**

Tema:

Seguimiento de mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado del programa de detección del cáncer uterino en el centro de salud Leonel Rugama-Estelí, período Enero 2017- Diciembre 2018.

Autora:

Dra. Darling Massiel Sevilla Valdivia.

Tutor Científico:

Dr. Luis Rodolfo Sobalvarro.

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

Tutor Metodológico:

Lic. Josué Israel Castillo Gutierrez, MSc.

Salud Pública y Epidemiología.

Managua, marzo 2020

Agradecimiento

- A Dios, que es mi Fortaleza y guía en todos los caminos de mi vida.
- A mi madre, responsable del impulso de cada día para seguir adelante.
- A mi esposo por su apoyo incondicional y a mi hija por ser mi motor y mi mayor motivación.

Carta de Asesor Adjunto de investigación.


Señores UNAN Managua.

Su despacho.

Por medio de la presente dejo constancia que he leído el trabajo de informe final presentado por el **Dra. Darling Massiel Sevilla Valdivia** cuyo tema es: **Seguimiento de mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado del Programa de detección del cáncer uterino en el centro de salud Leonel Rugama-Estelí; período enero 2017- diciembre 2018**; en virtud de asesor presenté mis observaciones a la investigación durante la etapa de informe final, cumpliendo los objetivos trazados desde el proceso de protocolo aprobado con previa anterioridad.

Dado en la ciudad de Estelí a los 22 días del mes de febrero del año 2020.

Atentamente,


MSc. Josué Israel Castillo Gutiérrez
16 - 260880 - 0009J

Resumen

Se realizó una evaluación del cumplimiento del algoritmo de seguimiento a 80 mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado del programa de detección del cáncer uterino en el centro de salud Leonel Rugama-Estelí en el período de enero 2017 y diciembre 2018. Los objetivos fueron describir las características demográficas de la población, así como los antecedentes patológicos y sobre todo evaluar la aplicación del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento de lesiones pre malignas.

Dicho estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal, los datos fueron presentados en tablas de frecuencia y gráficos en donde se muestra las características socio demográficas, los antecedentes patológicos personales y familiares, siendo esta una fuente de información secundaria debido a que el objetivo principal de la investigación era evaluar la aplicación del algoritmo de diagnóstico y tratamiento en las mujeres con lesiones de alto grado en estudio.

Se logró determinar asociación en la aparición de lesiones pre malignas como es el inicio de una vida sexual a temprana edad 82.5%, la multíparidad 85% y un nivel de educación intermedio o secundario. La evaluación de cumplimiento del programa de prevención y tratamiento fue de 97.5%, donde la efectividad del protocolo fue del 84.6% y la efectividad de la crioterapia fue del 80%. Debido a la elevada prevalencia de mujeres con lesiones pre malignas menores de 30 años se proponen una revisión del algoritmo donde se incluya a este estrato, así como realizar una evaluación continua de la aplicación, cumplimiento, comunicación y manejo de la información del programa.

INDICE

Resumen.....	
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	7
IV. Planteamiento del problema.....	9
V. Objetivos.....	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
VI. Marco Teórico	12
VII. Diseño Metodológico.....	29
Tipo de estudio	29
Universo	29
Unidad de Análisis	29
Criterios de inclusión.....	30
Recolección de la información	30
Análisis de la información:.....	31
Consideraciones éticas.....	32
Operacionalización de las variables	33
VIII. Resultados.....	36
IX. Análisis de Resultados	39
X. Conclusiones.....	41
XI. Recomendaciones	42
Bibliografía	43
ANEXOS	45

I. Introducción

La neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC) es una lesión premaligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: NIC1, NIC2 o NIC3; si estas no se tratan a tiempo pueden progresar hacia cáncer cervicouterino, este cáncer es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones de alto grado de lenta y progresiva evolución.

Este sigue siendo el segundo cáncer femenino más frecuente del mundo, en Nicaragua es la segunda causa de muerte y es el único de los cánceres humanos que puede atribuirse por completo a una infección de transmisión sexual (ITS).

La organización panamericana de la salud (2013) mediante una revisión conjunta, formuló diversas estrategias o directrices sobre el tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas con el fin de orientar a las autoridades en la toma de decisiones para la prevención del cáncer uterino.

Pese a que en Nicaragua se han realizado muchos esfuerzos por mejorar la salud de la mujer en cuanto a la aparición del cáncer cérvico uterino, todavía continúan apareciendo nuevos casos de lesiones precursoras de este cáncer, esto se debe a la baja percepción de riesgo.

Esta investigación se realizó debido a que a nivel departamental o municipal no se ha encontrado ningún estudio que oriente acerca del manejo de las lesiones precancerosas del cancer uterino.

En vista de lo planteado se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, con un universo de 230 mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado en el municipio de Esteli, tomando en cuenta los criterios de inclusión se dejó una muestra de 80 pacientes que corresponde al 100% donde se evaluó el seguimiento en mujeres diagnosticadas con este tipo de lesión; se encontró que hubo un manejo adecuado y oportuno del tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer uterino encontradas en las mujeres que acudieron a la unidad de salud en estudio.

Con todo lo encontrado se puede concluir que un buen seguimiento y monitoreo de calidad es el éxito en la terapia de prevención y promoción de lesiones de alto grado en las pacientes sobrevivientes en el departamento de Estelí.

II. Antecedentes

El PAP permite detectar a las mujeres que tienen estas lesiones pre malignas, ofrecerles tratamiento y evitar que se transformen en enfermedad maligna. Mediante el PAP también se logra detectar el cáncer invasor, así como lesiones tempranas que pueden ser tratadas con más éxito. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012, “más de 83,000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cérvico uterino y casi 36,000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas”. Y asegura que de mantenerse esa tendencia el número de muertos aumentará en la región en un 15 por ciento para el año 2030. (Organization, 2014)

Un estudio realizado en el Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril" de Sagua la Grande, de la provincia de Santa Clara, Cuba; con una muestra de 158 mujeres que asistieron a consulta con citología alterada; encontró una relación directa entre la infección por el VPH y la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicales, dado que en 53 pacientes (72,6 %) existió el hallazgo citológico del VPH. Además, hubo una correspondencia adecuada entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono, así mismo en cuanto al tratamiento definitivo, a 53 pacientes se les realizó cono por bisturí frío y solo a 9 histerectomía total. (MSc. Alina Morè Vega, 2013)

Un estudio realizado en un consultorio en el consultorio La Victoria, Perú, con una muestra de 278 pacientes se encontró que: 133 mujeres tuvieron un resultado positivo para lesiones intraepiteliales de alto grado con la biopsia, representando el 47,9%, mientras que 145 pacientes, equivalentes al 52,1%, tuvieron resultado negativo. Al compararse la prueba de Papanicolaou con la biopsia, se encontró un alto número de verdaderos negativos (107 casos) y un considerable número de verdaderos positivos (81 casos) que representan el 38,5% y el 29,1% del total respectivamente (Abanto Millonesa Jessica E. V.-G., 2017)

En Perú el cáncer de cuello uterino es la primera causa de morbilidad en las mujeres, por lo que su detección oportuna debe ser considerada un problema de salud pública. El valor diagnóstico del Papanicolaou y la inspección visual con ácido acético (IVAA) aún son objeto de estudio; ya se busca comparar la validez diagnóstica de la inspección visual con ácido acético (IVAA), la citología cervical (Papanicolaou) y la asociación de ambas, en la detección de lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG) de cuello uterino (Abanto Millonesa Jessica & Emilio Vega- Gonzales, 2017)

Un estudio realizado en Buenos Aires por el Dr.Aragona, acerca de la mortalidad en las mujeres con cáncer cérvico uterino encontró que: la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia por causa específica resultaron 55.5% y 59.3% respectivamente, y el 76.9% de los casos correspondía a estadios loco-regional avanzados, además se encontró que las pacientes en el grupo 35-59 años presentaron un riesgo de muerte del 33%, es decir, probabilidad de morir 67% menor con respecto al grupo de referencia(<de 35 años) y en las mujeres \geq 60 años, el riesgo de muerte fue 48%.(Aragona Alejandro, 2018).

Un estudio realizado en mujeres de la zona metropolitana de Medellin, Colombia arrojó que la religión constituye un influyente en la decisión en cuanto al seguimiento del cancer de cervix. El afrontamiento religioso les permitió a las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino no solo controlar su estado de tristeza, sino aceptar la voluntad divina y constituirse en ejemplo de vida, darle sentido a esta etapa de sufrimiento, entendiendo la importancia de lograr el desarrollo vital. (Gómez, Gómez, & Sierra, 2013)

Un estudio realizado por el Dr. Walter Moreno en Guatemala con 50 mujeres que acudieron al Hospital de Roosevelt con neoplasia intraepitelial, comprobó que del total de pacientes encontradas con recidiva en lesión cervical, se les realizó colposcopia a un 76% considerandoles con resultado anormal, confirmando a través del reporte histopatológico que la patología recidivante era el NIC I en un 54% de las 11 pacientes estudiadas y un 27% la recidiva fue de alto grado NIC II y NICIII. Por lo que se pudo comprobar que la eficacia de la crioterapia apega a los estándares internacionales de eficacia como medida terapéutica en las lesiones precancerosas de cervix. (Moreno, 2014)

Un estudio realizado por la Dra. Thelma González en el hospital Alemán Nicaragüense en mujeres que acudieron a la consulta externa encontró: “30.22% de nuestras pacientes diagnosticadas con lesiones Pre malignas al 100% de las mismas se les realizó tratamiento por escisión (extirpación electro quirúrgica con ASA LEEP), un 3.17% de las pacientes con NIC II por biopsia presentaron una lesión persistente, a estas pacientes se les realizó nuevamente extirpación electro quirúrgica con ASA reportando en su citología posterior negativa (Gonzalez, 2015).

En un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, con una muestra de 181 mujeres atendidas en consulta externa, se encontraron lesiones escamosas de alto grado, con un 33% para NIC III mediante biopsia por asa diatérmica a través de PAP. (Guerrero, Perez, &Cabezas., Enero- Junio 2015).

Otro estudio realizado en el hospital militar escuela Alejandro Davila Bolaños en el año 2017 donde fueron estudiadas 20 pacientes, donde se encontró como dato relevante: la edad promedio de las pacientes a quienes se les realizó Conización con Laser CO2 fue de 30 años presentando un diagnostico de NIC II, seguido de NIC III, mientras que a las se les realizó Conización con Asa Diatérmica fue de 34 años. (Chaves, 2017)

Otro estudio que se realizó en el Hospital Heodra-León en el 2014 arrojó que las lesiones que prevalecían a través del diagnóstico citológico fueron las LIEAG (lesiones de alto grado) con un 52.7% sometidos a colposcopia, y por diagnóstico histológico las lesiones as frecuentes fueron las NIC 3 con 82 (65.6%); para un total de las pacientes estudiadas de las que 119 (95.2%) fueron por lesiones de alto grado con estudios cito-histológicos. (Garcia, 2013-2014)

Un estudio realizado con mujeres atendidas en la clinica de lesión del centro de salud Leonel Rugama en el año 2017, se encontró lo siguiente: de los 237 expedientes evaluados de estas pacientes 33 pacientes fueron diagnosticadas con lesión intraepitelial de alto grado a quienes se les aplicó todo el procedimiento desde su crioterapia todas con evolucion satisfactoria.(Rocha O. S., 2017)

III. Justificación

Originalidad: Basado en la búsqueda exhaustiva de estudios similares, se consultaron diversas bases de datos en la bibliografía científica especializada, centro de salud y del departamento de Estelí dado que solo hay un solo estudio, con este el segundo que demuestre los beneficios y mejoras del seguimiento de las lesiones de alto grado en las pacientes, lo que motivó a profundizar en esta temática y realizar la presente investigación.

En Nicaragua el proceso evolutivo que ha sufrido el Sistema Nacional de Salud en los diferentes momentos históricos no se ha sistematizado de forma ordenada y completa que dé cuenta de los cambios favorables y negativos que en materia de salud pública ha vivido el país en los últimos cuarenta años, ni de sus buenas prácticas que han influido directa e indirectamente en la salud y el bienestar de la sociedad nicaragüense.

El estudio del Sistema de Salud de Nicaragua está orientado al análisis fenomenológico de los cambios estructurales en el contexto en que se han suscitado, explicar el proceso de transformación del Modelo de Atención de Salud y los resultados e impacto en la salud de las familias Nicaragüenses

Conveniencia institucional: porque su enfoque está dirigido a aprender de los errores pasados y malas prácticas que otros Sistemas de Salud brindaron a la población, sirviendo a la vez de retroalimentación, y de esa manera buscar mejores estrategias para aumentar la calidad de la atención en las mujeres que asisten al programa de prevención del cáncer uterino.

Relevancia Social: ya que la investigación tiene trascendencia para toda la población ya que los resultados podrán beneficiar la salud y el bienestar de la mujer ya que ella representa el pilar o la base en muchas de las familias nicaraguenses, de tal manera q se realizó está investigación con la finalidad de prevenir la enfermedad, con ello se aumentará la sobrevivencia de la población, evitando así consecuencias desfavorables tanto para ella, su familia y por ende a la sociedad.

Valor Teórico: por su aporte científico al mundo académico y de los servicios de salud y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país, brindando a la vez información propia y confiable del lugar en estudio.

Relevancia Metodológica: ya que este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, para mejorar la forma de investigar esta problemática compleja, ya que contamos con un segundo estudio con base de datos propios del lugar que permite continuar con más investigaciones en pro de elevar la calidad de vida de la mujer,

Importancia e implicaciones prácticas económico, social y productiva: Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, así como de la implementación y cambios en su Modelo de Atención en salud, a través de la delimitación de los problemas encontrados en búsqueda de estrategias que permiten elevar la calidad del programa de prevención del cáncer uterino.

IV. Planteamiento del problema

Carecterización del problema

Las lesiones premalignas constituyen a nivel mundial una preocupación, debido a la aparición de lesiones en mujeres jóvenes. Dichas lesiones de no ser tratadas en tiempo oportuno evolucionan a cáncer uterino causando una morbi-mortalidad en la población, sobre todo en los países en vías de desarrollo como Nicaragua, país donde el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte entre las patologías del cáncer, según reporte de la OPS.

Delimitación del problema

Aunque se han realizado muchos esfuerzos por mejorar la salud de la mujer en cuanto a la detección del cáncer cérvico uterino y como evidencia de ello se observa un registro de disminución en la incidencia de casos de cáncer de cuello, todavía continúan apareciendo nuevos casos de lesiones de alto grado precursoras de cáncer cérvico uterino, esto por la falta de interés de las mujeres en chequearse, sabiendo además que existen programas de detección temprana que han contribuido a reducir la morbi-mortalidad por esta patología, mediante la realización de una prueba sencilla y de bajo costo como la prueba de la citología cervical.

Formulación del problema

A partir de lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo es el seguimiento de las lesiones de alto grado en las mujeres diagnosticadas en el Centro de Salud Leonel Rugama, del municipio de Estelí en el período enero 2017 a diciembre 2018?

Sistematización del problema:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las pacientes diagnosticadas con lesiones de alto grado?
2. ¿Cuáles son los antecedentes clínicos y ginecoobstétricos en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado?
3. ¿Cómo es la aplicación del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado precursoras del cáncer uterino?

V. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el seguimiento de las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado del programa de detección del cáncer uterino en el Centro de Salud Leonel Rugama- Estelí en el periodo de enero 2017- diciembre 2018.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características demográficas de la población en estudio.
2. Determinar los antecedentes clínicos y ginecoobstétricos en las pacientes diagnosticadas con lesiones de alto grado.
3. Evaluar la aplicación del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas.

VI. Marco Teórico

Las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino han sido ampliamente estudiadas y discutidas desde la década de 1930 hasta la actualidad. En 1932 Broders fue quien introdujo el concepto y término de cáncer in situ (Intraepiteliales o pre invasor) de cuello uterino.

Luego se realizaron múltiples estudios para indicar anomalías celulares de menor grado; así en 1949 la palabra displasia fue introducida por Papanicolaou y hasta 1967; Richard defendió por primera vez el concepto de neoplasia cervical Intraepiteliales.

El concepto pre invasiva del cuello uterino se definió en 1947, donde se reconoció que podían identificarse los cambios epiteliales que tenían aspecto de cáncer invasivo pero que se limitaban al epitelio. Estudios posteriores demostraron que si estas lesiones no se trataban podían progresar hasta convertirse en cáncer cérvico uterino.

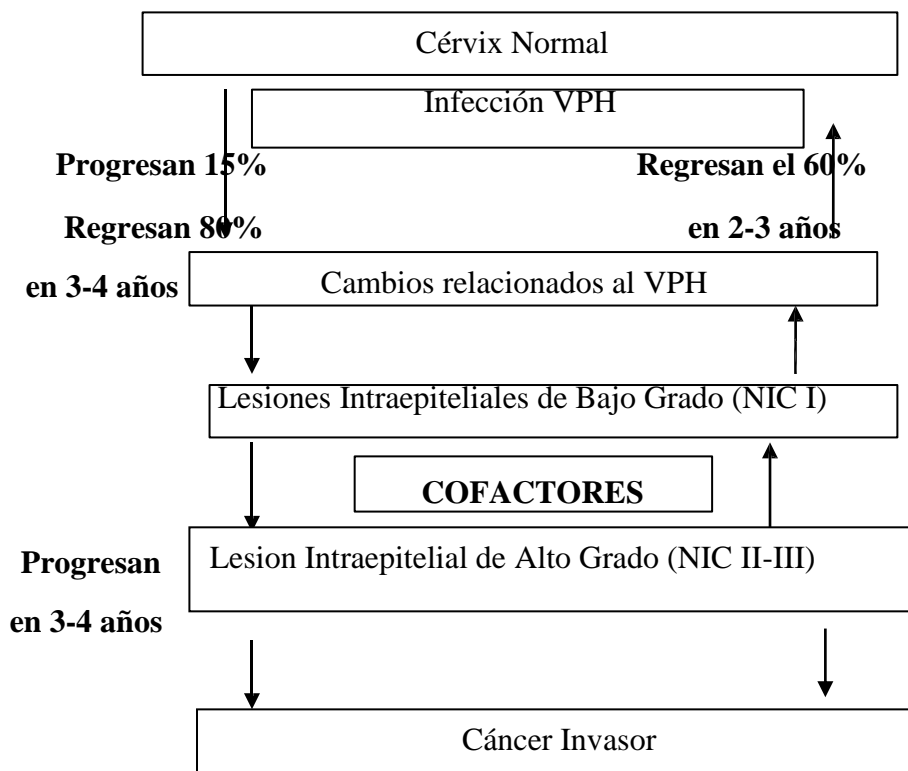
En tanto a la neoplasia cervical Intraepiteliales NIC se le define como un espectro de epitelios escamosos anormales con alteraciones en las estructuraciones y maduración, con buena diferenciación o ausencia total de diferenciación situados en la superficie o relleno de glándulas pero sin invasión (carcinoma in situ)

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos que se convierte en cáncer.

Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo *neoplasia* intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer. (Society, 2016, Noviembre 20)

Es una enfermedad de la mujer en edad reproductiva y se observa una tendencia a incrementarse en mujeres cada vez más jóvenes en los últimos años, por lo tanto, es una causa importante de muerte prematura y de años de vida perdidos por esta causa. La incidencia, mortalidad y los antecedentes del virus del papiloma son indicadores usados para medir la carga del cáncer de cuello uterino.

Historia natural de las infecciones por el Virus del papiloma humano (HPV) y del cáncer de cuello uterino.



Etiología:

Desde hace varias décadas las investigaciones se han abocado a la búsqueda de la causa del cáncer de cuello uterino, siendo cerca de hace diez años que se ha logrado determinar que la causa principal es infecciosa, estando relacionado con el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por medio de las relaciones sexuales.

Este virus tiene la propiedad de infectar las células del epitelio del cuello uterino, ya que la zona de transformación del cuello uterino es más susceptible de sufrir este daño, debido a que, en ella se reencuentra mayor actividad celular y mayor número de mitosis. Esto explica su origen en esta zona del cuello uterino.

No se conoce con exactitud su incubación, sin embargo se habla de un tiempo entre 4-6 semanas hasta 8 meses, el VPH entra a través de la superficie del epitelio, infecta las células basales y puede permanecer latente sin replicación durante semanas o años, solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos.

Virus del papiloma humano: Agente patógeno de transmisión sexual, pertenece a la familia de los papovavirus, existen más de 100 tipos del VPH que infectan el aparato genital, actualmente se han identificado 15 de ellos (tipo 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 y82) como tipos oncogénicos de alto riesgo vinculados al cáncer cérvico uterino.

El tipo 16, el de mayor prevalencia, 50 a 60%, el 18, segundo en orden de prevalencia 10 a12% de los casos de cáncer cérvico uterino, éste tiene mucha importancia en el cérvix ya que puede provocar cambios celulares paulatinos que se han asociado con la posibilidad del desarrollo del cáncer cérvicouterino (VPH).

Transmisión

El virus del papiloma humano se transmite por medio del contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales anales y vaginales) otros tipos de contactos genital sin penetración (contacto oral-genital, manual –genital, genitalgenital) pueden causar una infección por el virus del papiloma humano, pero esas vías de transmisión son mucho menos frecuentes que la relación sexual con penetración.

En la última revisión de la sociedad Americana contra el cáncer se encontraron los siguientes **factores de riesgos** que predisponen a la aparición de las lesiones pre malignas:

- ✓ Nueva pareja sexual
- ✓ Bajo nivel socioeconómico: se dice que estas tienen menor acceso a sistemas de salud.
- ✓ Número de compañeros sexuales y el número de parejas sexuales que este tenga.
- ✓ Inicio de la vida sexual temprana: esto podría deberse a que la metaplasia es más activa en la adolescencia, estos son un grupo vulnerable a la transmisión de enfermedades sexuales debido a la inmadurez del tracto genital, sumado a la zona de transformación del cérvix y a un comportamiento sexual liberal más riesgoso.
- ✓ Enfermedad de transmisión sexual primaria.
- ✓ Inmunosupresión
- ✓ Tabaquismo ya que produce metabolitos carcinogénicos que conllevan a anomalías celulares, disminución de la inmunidad e incremento de la displasia.
- ✓ Anticonceptivos orales aumentan el riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH.
- ✓ Etnia negra, tienen niveles más altos de infecciones con VPH comparadas con mujeres de otras étnias.

Clasificación de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino.

La Normativa 037 “Protocolo de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con inspección visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia”, menciona varias **clasificaciones que pueden expresarse de la siguiente manera:**

Clínica: son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.

Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso de la colposcopia.

Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales.

La mayoría de estos casos han sido precedidos por una etapa larga, aproximadamente 10 a 15 años, durante la cual se ha presentado cambios en las células del epitelio del cuello uterino. Estos cambios, al inicio son muy leves, pero progresivamente se hacen más severos hasta llegar a Carcinoma In Situ y luego a Cáncer Invasor. (MINSa, 2010)

El sistema de Bethesda (TBS, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute o NCI, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para proporcionar información más detallada sobre los resultados de la **prueba de Papanicolaou**. Cuando los especialistas de laboratorio examinan células del cuello uterino, utilizan este sistema para informar a los médicos sobre los resultados obtenidos en el laboratorio.

El médico recibe el informe del laboratorio. El informe le dice a su médico si la muestra celular era lo suficientemente buena para ser evaluada. También le permite a su médico saber si las células son normales o anormales o si hay una infección presente.

Si las células son anormales, se clasifican por categorías, o tipifican, según la gravedad del problema:

- Las células que muestran cambios menores pero cuya causa se desconoce puede tipificarse como ASC-US o ASC-H. ASC-US son las siglas en inglés de células escamosas atípicas de significado indeterminado. ASC-H son las siglas en inglés de células escamosas atípicas que no pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
- Las células que muestran cambios menores claros pero que no es probable que se conviertan en cáncer pueden tipificarse como LSIL. LSIL son las siglas en inglés de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG).
- Los cambios celulares que son más graves y tienen una mayor probabilidad de convertirse en cáncer pueden tipificarse como HSIL o AGC. HSIL son las siglas en inglés de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG); AGC son las siglas en inglés de **células glandulares** atípicas. (El personal de Healthwise & Kevin C. Kiley, 6 de octubre, 2017)

Otra clasificación que se usa desde 1970 es la nomenclatura utilizada por RICHARD, donde describe los cambios histopatológicos de las lesiones pre invasoras del cérvix, clasificándola en: Lesión leve (NIC I), Lesión moderada (NIC II), Lesión grave o severa (NIC III).

Cuadro Comparativo de clasificaciones vs Sistema de Bethesda utilizado actualmente.

Displasia/ CIS	¿HPV?	Leve	Moderada	Grave	CIS
NIC (Richart)	HVP	CIN-NIC 1	CIN-NIC 2	CIN-NIC 3	
LIE (Bethesda)	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		

Métodos Diagnósticos.

La Prueba De Papanicolaou

Este examen se realiza en todas las unidades de salud o institución que brinde consulta ginecológica, así como la toma de citología-vaginal, realizando así la búsqueda activa de casos que esta dirigida a un grupo de mujeres en especial como lo son las mujeres de 24 años a 59 años de edad. La citología en los mejores laboratorios y utilizando la mejor técnica, tiene capacidad para realizar el diagnóstico de VPH y NIC en tan solo el 70% aproximadamente de las mujeres que padezcan estas lesiones.

La colposcopia tiene una afectividad diagnostica del 94 al 98%. Como dato de la colposcopia tenemos que es resultado positivo el epitelio que se vuelve blanco después de la aplicación de ácido acético (concentración de 3 a 5%) (Se denomina epitelio blanqueado).

La aplicación de ácido acético coagula las proteínas del núcleo y el citoplasma, y vuelve a estas proteínas opacas y blancas. La colposcopia resulta rápida y accesible y permite observar lesiones clínicas y sub clínicas como compatibles con infección viral pero no detecta una infección no productiva. Tomado de un estudio (Maria José Jirón Altamirano, 2015)

Existe otra manera de poder evaluar e identificar la mayoría de lesiones pre malignas que van de la mano de las que no está lejos de nuestra realidad en Nicaragua, **hablamos de la inspección Visual con Ácido Acético**; este junto con el Papanicolaou se están realizando a todas las mujeres que soliciten realizarse su examen. Con ello encontramos resultados de lesiones de alto grado las que son tratadas a tiempo por el ginecólogo siguiendo un protocolo u algoritmo del manejo para este tipo de lesiones encontradas en estas mujeres.

Inspección visual con Acido Acético (IVAA):







La técnica del IVAA no debe ser aplicada a mujeres que:

- Están siendo tratadas por Lesión Intraepitelial cervical o cáncer de cérvix.
- Han tenido una histerectomía total
- No han iniciado vida sexual.
- Presentan sangrado al momento de la consulta.
- Embarazadas y puérperas.

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones intra-epiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético del 5% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país.

Cuando el epitelio atípico entra en contacto con el ácido acético, se torna de color blanquecino durante algunos minutos, volviendo luego a su color original. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica vinagre, debido a que el vinagre deshidrata las células y coagula proteínas nucleares, lo que en el caso del epitelio displásico, hace que los núcleos celulares agrandados se conglo meren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco. (MINSAL, 2010)

Interpretación de Resultados de IVAA

	Mancha blanca lejos de la Zona de Transformación, no es significativo.
	Epitelio aceto-blanco poco preciso, lejos de la zona de transformación, no es significativo.
	Líneas blanquecinas tenues, no es significativo.
	Epitelio aceto-blanco lineal, no es significativo.
	Reacción aceto – blanca en el epitelio glandular, no es significativo.
	Epitelio blanco grueso y bien definido, en la zona de transformación o unión escamocolumnar, si es significativo, se considera POSITIVO .

Fuente: N037. Protocolo de prevención del cancer uterino a traves del tamizaje.

Tratamiento de las lesiones intra-epiteliales de cuello uterino:

Una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor.

Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos que conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad intraepitelial.

Los métodos se dividen en dos grupos:

Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)

1. Crioterapia.
2. Electrofulguración.
3. Fulguración con Láser.

Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)

1. Cono frío.
2. Resección electro quirúrgica con Asa de Alambre (Cono LEEP).
3. Cono láser.
4. Histerectomía. (MINSA, 2010)

Lesion intraepitelial de alto grado: (por diagnóstico histológico)

Las posibilidades evolutivas son:

NIC 2: Regresión: 43% Persistencia: 35% Progresión: 22%

NIC 3: Regresión: 32% Persistencia: 56% Progresión: 14%

Un 75% de las lesiones se comprueba asociación con tipos virales de VPH: 16, 18, 31, 33 y 58.

Con Colposcopia adecuada y evaluación normal del conducto endocervical (LEC o cepillado): se recomienda un procedimiento diagnóstico escisional de la Zona de Transformación (LLETZ).

Con colposcopia inadecuada y/o penetración de la lesión en el conducto endocervical y/o evaluación endocervical positiva y/o SIL de alto grado recurrente: se efectuará un procedimiento diagnóstico escisional con un Cono Leep o Cono a bisturí frío. En el 7% de los casos puede existir algun cáncer infiltrante oculto en el Cono.

El compromiso de los márgenes se considera un factor de riesgo de persistencia / recurrencia que se constata en el 10-33% de los casos. Con márgenes comprometidos con SIL de alto grado en las secciones laterales o en vértice del cono ó con LEC (+), se contemplan dos opciones:

- Seguimiento con citología + colposcopia + LEC o cepillado cada 6 meses, o en caso de disponerlo, test de VPH.

Con lesiones demasiado extensas para poder realizar una crioterapia (> 24 - 25 mm)
Considerar:

- 1- Escisión carcinológica suficiente (= márgenes de seguridad sanos)
 - De ancho: 5 mm en extensión.
 - En altura en el endocérnix: Alto Grado = 7 mm en profundidad
- 2- Preservar el futuro obstétrico de las mujeres jóvenes extirpando lo menos posible.
 - Riesgo obstétrico-perinatal si altura en el endocérnix > 10 mm o si gran volumen
 - Escasos problemas de fertilidad, excepto si conización muy alta (> 10 mm).
- 3- Detectar una recidiva (10 a 20-30 %): conservar el cuello lo más anatómico posible.

Detección de Lesión Intra-epiteliales Pre Invasoras:

Vinculación entre tamizaje y tratamiento:

Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Esto puede hacerse usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento), la intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación por biopsia posterior al tratamiento), o la estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basa en los resultados de la prueba de tamizaje solo).

Tamizaje

Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un periodo no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad; sin embargo se debe hacer énfasis en tamizar con PAP a la mujer de 25 a 64 años y tamizar con IVAA a las de 30 a 50 años.

Para que el de tamizaje tenga impacto en la incidencia del cáncer uterino, es necesario evaluar al mayor número posible de mujeres, para ello los programas evaluarían al 80% de la población en riesgo. Así mismo estas mujeres ya identificadas con lesiones precancerosas recibirán tratamiento antes de que las mismas progresen a cáncer. (MINSA, 2010)

Si la cobertura es amplia, no es necesario realizar evaluaciones anuales para que tenga impacto en la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo, si todas las mujeres de 25- 64 años con una prueba de Papanicolaou negativa tuvieran que ser evaluadas cada 5 años (y hubiera que tratar a las que tienen displasia) la incidencia del cáncer de cuello uterino se reduciría aproximadamente en 84%. Evaluar a estas mujeres aún cada 10 años reduciría la incidencia en cerca del 64%.(MINSA, 2010)

COLPOSCOPIA

Procedimiento diagnóstico en el que se emplea un aparato con sistema óptico de aumento, a través del cual se puede explorar vulva, vagina y cuello uterino, en busca de alteraciones celulares. (Salud, 2006)

INDICACIONES PARA LA COLPOSCOPIA.

1. Cuello uterino clínicamente sospechoso
2. Diagnóstico de citología anormal
3. Evaluación de lesiones de vagina y vulva
4. Seguimiento después del tratamiento
5. Calidad insatisfactoria persistente en la citología
6. Infección por papiloma virus humanos encógenos (VPH)

CRIOCIRUGÍA (Salud, 2006)

Tratamiento que consiste en la aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados, con el objetivo de alcanzar el punto de congelación en las células produciendo la muerte celular por crionecrosis, puede utilizarse equipos que funcionan con Nitrógeno líquido, Oxido Nitroso o CO².

Una vez que presente IVAA positivo y reúna los criterios para esto; la crioterapia es:

- Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.

Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.

Criterios para crioterapia:(MINSA, 2010)

Mujer con tamizaje positivo para Lesión intra-epitelial cervical.

La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.

La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2mm de sus bordes.

Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal.

CONIZACIÓN CERVICAL (Salud, NORMA TECNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO, 2006)

Procedimiento quirúrgico utilizada para la resección de una lesión intraepitelial del cuello uterino, con una profundidad no menor a 5 mm y conteniendo toda la zona de transformación y la unión escamocolumnar para su evaluación. Su función es diagnóstica y/o terapéutica.

Indicaciones de conización diagnóstica

Usuarías con LIE alto grado y/o:

- Microinvasión en la biopsia.
- Colposcopía insatisfactoria.
- Adenocarcinoma In Situ.
- Discrepancia entre la citología, colposcopia y la biopsia guiada.
- Legrado Endocervical (+).

De acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del legrado del endocérvix residual, se dejará como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal total o ampliada.

Posterior a la colposcopia se citará a la usuaria al mes para informarle de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de los resultados de las biopsias y alternativas de tratamiento, solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento.

CONIZACIÓN CON ASA TÉRMICA

Es un método quirúrgico ambulatorio en el que se realiza la conización cervical utilizando un equipo de electro cirugía, utilizando un electrodo de alambre fino por el que circula una corriente alterna de alta frecuencia y de bajo voltaje.

Manejo de las lesiones pre-invasoras de Cuello uterino

Lesión Intraepitelial de Alto Grado: NIC II, NIC III y Cáncer In Situ

La conducta cambia de acuerdo a las circunstancias y cada caso debe ser analizado individualmente, teniendo en cuenta:

- La edad de la usuaria.
- Paridad y deseos de gestaciones futuras.
- La localización y extensión de la lesión.
- El riesgo quirúrgico.
- La facilidad de seguimiento de la usuaria.

Una situación especial representan las usuarias jóvenes o con deseo de embarazo portadoras de lesiones NIC II, pero que cumplan las siguientes características:

- ✓ Lesiones pequeñas, localizadas y limitadas estrictamente en exocérvix.
- ✓ Visibles en toda su extensión.
- ✓ Sin compromiso del canal.

Se podría utilizar la crioterapia o la vaporización láser, sin embargo debe tomarse en cuenta que idealmente debe preferirse el procedimiento con asa térmica, conos poco profundos que permiten extraer la zona de transformación y la lesión para estudio histológico que nos brinda certeza diagnóstica y terapéutica.

En las lesiones de NIC III / Ca *In Situ*, siempre se prefieren los métodos de excisión para obtener una muestra adicional para patología, de esta forma se confirma la extracción de la lesión completa y el estado de sus márgenes.

Cuando la lesión es más extensa, o compromete el canal se debe realizar el cono clásico bien sea con bisturí frío, con carácter terapéutico. Si la usuaria ha cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento o en etapa perimenopáusica se debe contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal extrafascial simple. (Salud, NORMA TECNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO, 2006)

Recomendaciones de acuerdo al resultado citológico

Caso	Recomendaciones
Células atípicas escamosas a descartar lesión escamosa de alto grado (ASC-H)	21- 24 años: realizar colposcopia. Cuando no se identifica NIC II o grado mayor se mantiene en vigilancia 2 años, con colposcopia y citología cada 6 meses mientras sean (-) o NIC I - tomar biopsia en NIC II, III persistentes por 1 año.
	Realizar como biopsia en caso de colposcopia inadecuada y LIEAG o lec con algún grado de NIC. - citologías negativas y sin evidencia de alto grado por colposcopia, se recomienda estudios cada 3 años.
Células glandulares atípicas (AGC), Adenocarcinoma IN SITUS (AIS) y cambios benignos glandulares	Se recomienda realizar colposcopia y lec a todas las pacientes independientemente del resultado para vph, excepto para células glandulares atípicas. Toma de lec en mujeres mayores de 35 años con citologías con células glandulares atípicas y adenocarcinoma in situ.
	También en menores a 35 años con riesgo de cáncer endometrial. Ante agc, si se descarta por citología NIC II o un grado mayor se mantiene en vigilancia cada 12 a 24 meses. Si ambos estudios son negativos se continúa vigilancia cada 3 años.
	Ante agc con NIC 2 o mayor grado sin neoplasia glandular se continúa manejo específico para patología. Ante agc con riesgo neoplásico o AIS, sin datos de enfermedad invasiva, se sigue como biopsia.
	En mujeres embarazadas no realizarlec. En pacientes pos menopáusicas con células endometriales benignas se recomienda estudio endometrial.
NIC 1 o sin lesión por colposcopia.	Se recomienda la prueba en 1 año, si la citología y VPH negativa se realiza tamizaje 3 años. Si es anormal colposcopia. Si NIC I persiste por 2 años se realiza tratamiento por escisión o ablación.
NIC 1 precedida de lesión ASC-H	21 a 24 años de edad después de ASC-US repetir citología a los 12 meses. Si es (-) se realiza tamizaje de rutina, si reporta ASC se realiza colposcopia.

	Si es después de ASC-H y la colposcopia es inadecuada se realiza procedimiento diagnóstico escisional, si la colposcopia es adecuada se deja en observación con colposcopia y citología cada 6 meses por 1 año. En embarazadas seguimiento es lo recomendado
NIC 2 Y NIC 3	Si la colposcopia es adecuada se realiza escisión o ablación y cotesting a los 12 y 24 meses, si los 2 resultados son negativos se repite cotesting en 3 años y volver a screening de rutina.
	Si la colposcopia es inadecuada o NIC 2,3 recurrente o en la muestra endocervical es NIC 2,3 se realiza procedimiento diagnóstico escisional y repetir cotesting 12 y 24 meses si es anormal se realiza colposcopia y muestreo endocervical.
	En jóvenes en observación si la colposcopia es adecuada o NIC 2 es específica, colposcopia y citología cada 6 meses si 2 citologías es - y la colposcopia es normal se realiza cotesting en 1 año si ambos test son - se repite cotest en 3 años.
	Si la colposcopia empeora o persiste por 1 año se debe repetir colposcopia y biopsia si reporta NIC 2,3 persiste por 24 meses el tratamiento escisional es recomendado.
	En embarazadas en ausencia de enfermedad invasiva se recomienda citología y colposcopia cada 12 semanas, se debe de realizar revisión citológica y colposcopia 6 semanas después del parto.
Adenocarcinoma in situ	Paridad satisfecha y con AIS con diagnóstico escisional se realiza histerectomía. El tratamiento conservador por fertilidad, se realiza procedimiento escisional si la muestra endocervical contiene NIC o AIS se realiza re-escisión y se reevalúa en 6 meses.

Fuente: Chaves,2017

VII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio:

De acuerdo al método de investigación el presente estudio fue observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento: fue descriptivo (Piura, 2006), de acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue retrospectivo y por el período y secuencia del estudio fue transversal (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

Área de Estudio

El presente estudio se realizó en la clínica de lesiones ubicada en las instalaciones del centro de salud Leonel Rugama con pacientes diagnosticadas con lesiones de alto grado en el periodo 2017-2018.

Universo

La investigación se realizó con las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado con un universo de 230 mujeres (120 mujeres 2017 y 110 mujeres del 2018),

Muestra

Tomando en cuenta los criterios de inclusión, se dejó una muestra de 80 pacientes que corresponde al 100% confirmadas por biopsia y que estuvieron dentro del programa de control de lesiones pre malignas en el Centro de Salud Leonel Rugama.

Unidad de Análisis:

Mujeres con lesiones de alto grado (NIC II, NIC III, Cáncer In situ) confirmadas por biopsia y Papanicolaou.

Criterios de inclusión:

- Paciente que se realizaron Papanicolaou y Biopsia en el Centro de Salud Leonel Rugama en el periodo comprendido desde enero 2017- diciembre 2018.
- Que pertenecieron al departamento de Estelí.
- Que su expediente tenía la información requerida por el estudio.
- Que estaban registradas en el SIPVICAM.
- Pacientes ingresadas en el libro de citas de procedimientos de ginecología en el centro de salud de Estelí.

Fuente de obtención de la información:

Fuente Secundaria:

- La información fue obtenida a través de los expedientes de las mujeres con diagnóstico confirmado de lesiones de alto grado.
- La base de datos del SIVPCAM del SILAIS Estelí.
- El libro de citas para procedimiento a mujeres con lesiones de alto grado del programa de prevención del cáncer uterino.

Para minimizar los sesgos, se tomaron en cuenta criterios de inclusión y exclusión de los individuos de nuestro estudio:

Recolección de la información:

Para la obtención de la información se elaboró un instrumento donde se recopiló la información relacionada a la atención recibida de acuerdo a su diagnóstico y tratamiento oportuno y en tiempo.

Este instrumento constó de 3 incisos en sus respectivas preguntas, con el fin de recolectar la información necesaria para el estudio, a través de las cuales se dió respuesta a los objetivos planteados para la presente investigación:

1. Característica Socio demográfica.
2. Antecedentes clínicos y ginecoobstétricos.
3. Aplicación del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado precursoras del cáncer uterino. (Ver anexo No. 1 y 2)

Análisis de la información:

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos. Fueron realizados los análisis descriptivos correspondientes a:

- a. para las variables nominales transformadas en categorías: se utilizó el análisis de frecuencia.
- b. para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizaron las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas. Además, se realizaron gráficos del tipo:
 - a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano.
 - b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitieron describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.
 - c) gráfico de cajas y bigotes, que describieron en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

Se utilizaron tablas de frecuencia y diagramas de pastel / barras para el análisis de los datos de manera sencilla, al mismo tiempo se realizó el calculo de OddRatio para las variables demográficas conjugadas con la aparición de lesiones malignas y variables que estaban relacionadas entre si; ya que en algunos casos estos datos fueron incompletos y no favorecían a un buen análisis de las variables se obviaron a conveniencia de la investigación siendo estas secundarias al proyecto de investigación donde se realizó la evaluación de la efectividad del programa de prevención de CaCu.

Para poder hacer una evaluación de la aplicación del programa se utilizaron las formulas propuestas por la OMS/OPS sobre la efectividad del programa de prevención de CaCu:

- 1. Efectividad del protocolo de tratamiento:** Número de mujeres dadas de alta que se les cumplió el protocolo entre el total de mujeres con lesión pre maligna por cien.
- 2. Tasas de efectividad del tratamiento:** Número de mujeres que completaron el tratamiento entre el total de mujeres con lesión pre maligna por cien.

3. Efectividad de Crioterapia: Número de mujeres dadas de alta después de crioterapia total de mujeres aplicación de crioterapia por cien.

Consideraciones éticas:

El estudio no representó un riesgo para la persona ya que la información se obtuvo del expediente. Se tomaron las medidas para la protección de la confidencialidad de la información, a través de la codificación de cada uno de los instrumentos llenados y los datos del paciente de manera que no fueron divulgados los datos del paciente; ya que los datos obtenidos fueron usados únicamente para fines educativos e investigativos.

Operacionalización de las variables

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Sub Variable	Variable Operativa/Indicador	Técnica de Recolección	Tipo de Variable Estadística	Categoría
						Estadística
Describir las características demográficas de la población en estudio	Característica socio demográfica	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la realización de su PAP.	Ficha de recolección de datos	Cuantitativa discreta	< 20 años
						21-34 años
						35-49 años
						50 a + años
		Estado Civil	Condición social que revele el estado de afiliación conyugal de una persona a otra.	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Soltera
						Casada
						Acompañada
						Divorciada
						Viuda
		Procedencia	Lugar de residencia actual	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Urbano Rural
		Escolaridad	Grado de instrucción de una persona que ha cursado en un centro docente	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Ordinal	Analfabeta
						Primaria
						Secundaria
						Superior
		Religión	Grupo o Iglesia a la que pertenece	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Católica
						Evangélica

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Sub Variable	Variable Operativa/Indicador	Técnica de Recolección	Tipo De Variable Estadística	Categoría Estadística
Describir los antecedentes clínicos y ginecoobstétricos en las pacientes diagnosticadas con lesiones de alto grado.	Antecedentes Clínicos	Antecedentes patológicos personales	Patologías presentadas en el transcurso de su vida	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	DM HTA Asma Cardiopatía
		Antecedentes personales No patológicos	Datos del paciente relacionado con su medio, sus hábitos, esto con el fin de obtener los probables factores que desencadenen la patología actual.	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Fumador Alcohólico Droga Alergia
		Antecedentes patológicos familiares con Cacú	Presencia de familiares asociados con Cacú	Ficha de recolección de datos	Dicotómica	Si No
		Asociación con VPH	Presencia de familiares asociados con VPH	Ficha de recolección de datos	Dicotómica	Si No
	Antecedentes Ginecoobstétricos		Antecedentes ginecológicos de la paciente	Ficha de recolección de datos	Cuantitativa Discreta	Paridad Inicio de vida sexual Cesárea Aborto

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Sub Variable	Variable Operativa/Indicador	Tecnica de recoleccion	Tipo de Variable	Categoria Estadística
Evaluar la aplicación del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento de lesiones pre malignas.	Diagnóstico y tratamiento	Intervalo de tiempo entre PAP y biopsia diagnóstico	Intervalo en meses entre la citología y biopsia diagnóstica	Ficha de recolección de datos	Cuantitativa Discreta	Un mes o menos 2 a 3 meses 4 a 5 meses 6 a 8 meses 9 meses a 1 año
		Colpobiopsia e inicio tratamiento	Tiempo que pasa desde que se le toma la biopsia y el inicio del tratamiento correcto.	Ficha de recolección de datos	Cuantitativa Discreta	Menos de 1 mes Un mes 2 a 3 meses 4 a 5 meses 6 a 8 meses 9 meses a 1 año
		Aplicación del protocolo	Evaluación del protocolo de acuerdo a lo encontrado en la biopsia	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Colposcopia Cono por Asa Crioterapia Histerectomía Valoración por oncología

VIII. Resultados

Las características demográficas que se encontraron en las 80 pacientes que fueron parte de programa durante los años 2017 y 2018, según la edad cuando ingresaron al programa fue en primer lugar el estrato de 21 – 34 años con un 42% (n=34), segundo 35 a 49 años con 35 % (n=28), edades mayor de 50 años 20% (n=16) y por último menores de 20 años con el 2.5 % (n=2), la razón de probabilidades para las edades fue de $OR = 2.06$ ^(IC: 0.64 – 3.06)

(Ver tabla No 1, gráfico No 2 y 3)

Predominó el estrato Urbano con un 73.75 % (n= 59) y Rural 26.25 % (n=21) con un $OR = 4.31$ (IC: 1.89 – 8.76); No se presentó analfabetismo, la mayoría lograron alcanzar y culminar sus estudios secundarios 73.75 % (n=59), el 17.5 % (n=14) solo lograron completar la educación primaria y el 8.75 % (n=7) obtuvieron educación universitaria, el $OR = 0.18$ ^(IC: 0.06 – 0.31)

(Ver tabla No 1, gráfico No 2 y 3)

En su mayoría las pacientes fueron amas de casa con un 96.25 % (n=77) el remanente de mujeres en este estrato eran comerciantes en un 2.5 % (n=2) y contadoras con 1.25 % (n=1), el $OR = 8.33$ ^(IC: 4.56 – 21.31)

La mayoría profesan o se identificaron con la religión católica el 77.5 % (n= 62) y el 22.5 % (n= 18) la religión evangélica, el $OR = 0.34$ ^(IC: 0.02 – 0.63)

(Ver gráfico No 1)

Las mujeres refirieron que iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años un 82.5 % en cambio al restante 17.5 % (n=14) iniciaron después de los 20 años; el $OR = 2.0$ ^(IC: 1.23 – 6.45)

Se tipificaron como multíparas al 85 % (n= 68) y nulíparas 15 % (n=12), dicho factor presento un $OR = 0.18$ ^(IC: 0.01 – 0.32)

El 12.5 % (n=10) pacientes dentro del programa tenían antecedentes de familiares asociados con CaCu el resto estaban asociados con la aparición directa del VPH. (Ver gráfico No 4)

El cumplimiento del proceso de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de 80 mujeres con lesiones pre malignas que acudieron al programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, el 97.5 % (n=78) terminaron el programa, el 3% (n=2) se retiraron del mismo, en el caso de NIC-2 ingresaron el 78% (n=63), NIC-3 12.5 % (n=10) y con CaCu 8.75 % (n=7).

(Ver tabla No 5, gráfico No 5)

El cumplimiento del protocolo en los tres tipos de lesión pre maligna fue dada de alta el 94 % (n=59), 3% (n=2) abandonaron el programa y 1.58 % (n=1) evolucionó a NIC-3 y 1.58% (n=1) requirió de crioterapia exitosa.

El NIC-3 ingresaron el 12.5 % (n= 10) del total de mujeres y de ellas el 20% (n=2/10) requirieron de crioterapia, el 50% (n=5/10) quedaron libres de lesión al finalizar el protocolo, 10% (n=1/10) evolucionó a CaCu y otra 10% (n=1/10) se le realizó histerectomía por miomatosis persistente.

Siete mujeres ingresaron al programa con CaCu que corresponden al 8.75% de las pacientes en este periodo de tiempo, el 57% (n=4/7) de ellas requirió de inicio realizarse crioterapia de las cuales fue exitosa la crioterapia. El 28 % (n=2/7) fueron dadas de alta después del segundo PAP de control.

Ver tabla No.2

Los Indicadores de efectividad en el cumplimiento del programa fueron: la efectividad del protocolo de tratamiento del 84.6% (n=66/80), la tasa de efectividad del tratamiento del 97.5% (n= 78 / 80) y la efectividad de Crioterapia del 80% (n= 4 / 5)

Existen muchos datos en especial los factores de riesgo que no están presente en los expedientes ni en los formatos de Papanicolaou de las pacientes como: son el tabaquismo, número de parejas sexuales y antecedentes familiares etc.

El inicio de una vida sexual a temprana edad fue uno de los factores más relevantes de la investigación en donde se determinó que el 42.5 (n=34/80) presentaron lesiones pre malignas antes de cumplir los 30 años de edad y que el inicio de la vida sexual antes de los 20 años así como el 82.5 % (n=66/80) de este estudio contribuyen a la aparición de las lesiones. (Ver Tabla No 2)

IX. Análisis de Resultados

Dentro de las características demográficas relevantes se encontró que el rango de edad con mayor predominio fueron las mujeres menores de 30 años, con un 42.5% no relacionándose con el estudio realizado por Dra Sofia Zeledon Rocha en Estelí en el año 2017, en su estudio las edades predominantes se encontraban entre las edades de 20 a 50 años de edad con lesiones pre cancerosas.

En cuanto a la religión el 77.5% de las mujeres estudiadas profesaban la católica, coincidiendo con la ideología religiosa más frecuente en el país.

En referencia a los factores ginecobstétricos como es el inicio de la vida sexual activa a temprana edad, se encontró que el 82.5% iniciaron su vida sexual antes de los 20 años; en este hallazgo es importante mencionar que a menor edad de inicio de vida sexual activa, existe un mayor riesgo de presentar lesión de alto grado en cérvix, lo que se fundamenta con el estudio realizado por la Dra Thelma Gonzaleen el año 2015, en su estudio encontró que el 21.9% de las mujeres iniciaron su vida sexual antes de los 20 años y afirma que las mujeres que inician a temprana edad el riesgo de presentar lesión de cérvix aumenta hasta 26 veces más que aquellas que inician después de los 20 años.

En la efectividad del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosa, la efectividad estuvo representada por: el NIC-2 = 94%, con NIC – 3 = 50%; y con CaCu = 29% de las pacientes que son diagnosticadas y requieren de histerectomía. Dicha efectividad esta dada por algunas consideraciones como el diagnóstico oportuno, eficacia en el tratamiento, etapa de la lesión, así como condiciones personales de la paciente, también relacionado a factores de riesgo individuales.

En cuanto a la efectividad del protocolo de atención se evidenció que un 3% registró inasistencia, lo que estuvo dada por la deficiencia en el seguimiento de las citas programas de la misma, esto articulado con el sistema de referencia y

contrareferencia establecido en el ministerio de salud a través del ESAFC del sector correspondiente al que habitaba cada una de las pacientes.

La efectividad de la crioterapia estuvo representada por el 80% que corresponde a 4 pacientes, este estudio se relaciona con lo encontrado por la Dra Sofia Rocha en Estelí en el año 2017 donde encontró a pacientes 33 pacientes que fueron diagnosticadas con lesión intraepitelial de alto grado a quienes se les aplicó todo el procedimiento desde su crioterapia, todas con evolucion satisfactoria.

La efectividad del protocolo que estuvo representada por el 1.25% de las mujeres estudiadas, a las que se les realizó la crioterapia de manera directa, debido al avance de la lesión en el momento del diagnóstico asociado a factores como son el bajo nivel escolar, origen rural y el inicio de una vida sexual activa antes de los 20 años siendo además multíparas.

Una limitante que se encontró al inicio de este estudio es que no había suficiente información reflejada en los expedientes como son: el tabaquismo, el consumo de alcohol, el número de parejas sexuales, el número de cesáreas, entre otros, limitando el número de muestra.

X. Conclusiones

Las principales características demográficas encontradas en el presente estudio fueron: las mujeres con edades entre 21-34 años, con un inicio de vida sexual a temprana edad (menos de los 20 años), multíparas (con más de dos embarazos), procedentes del area urbana, con escolaridad secundaria, siendo además amas de casa, profesaban la religión católica.

En los antecedentes familiares se encontró que la mayor asociación fue la adquirida directamente por VPH en dicho estudio, el resto de las pacientes estudiadas se encontró con poca asociación genética.

El cumplimiento del programa de prevención y tratamiento del cáncer cérvico uterino a través de la evaluación del algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento se obtuvo una excelente efectividad. Así mismo la efectividad de las crioterapias fue muy buena ya que se obtuvo una regresión óptima de las pacientes evolucionando satisfactoriamente.

XI. Recomendaciones

Esta investigación es la primera que se realizó en el departamento de Esteli como monitoreo del programa de prevención, seguimiento y tratamiento del cáncer uterino, es por ello que se recomienda, dar a conocer los resultados de esta investigación al centro de salud Leonel Rugama con la finalidad de seguir fortaleciendo el programa, a través de las debilidades así como avances encontrados.

Mejorar la calidad de registro de los expedientes, sobre todo los datos del paciente de forma clara y completa.

Mejorar la retroalimentación entre los sectores y el centro de salud con respecto al programa de detección y prevención de CaCu.

Continuar las investigaciones a nivel local con el fin de buscar mejores estrategias para seguir fortaleciendo la calidad de atención de la mujer, dado a la alta prevalencia de mujeres menores de 30 años que se encontraron en dicho estudio.

Realizar monitoreo y evaluaciones en las unidades donde se plasme la actualización los censos de las pacientes con alto grado apoyándose de los libros de citados que los especialistas (ginecólogos) tienen para los pacientes que se les realiza los procedimientos para la prevención del cáncer uterino.

Realizar evaluaciones al usuario-pacientes a través de la encuesta 037 donde plasma la satisfacción de la misma hacia ella por parte del personal médico, dicha encuesta se encuentra en la normativa la que no se realiza ya que no estaba reflejada en ningún expediente evaluado.

Fortalecer la educación continua a todo el personal de salud acerca de las actualizaciones, así como nuevas formas de abordar este tipo de lesiones, ya que con ello evitamos más sufrimiento no solo a la paciente sino también a su familia, aumentando de esta manera su sobrevivencia.

Bibliografía

Abanto Millonesa Jessica, L. e., & Emilio Vega- Gonzales, L. e. (2017). Deteccion de lesiones intraepiteliales de alto grado del cuello uterino,2017 Perú. Perú.

Aragona Alejandro, S. A. (2018). Elevada mortalidad por cancer cervico-uterino en mujeres jovenes del area metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires.

Cardonne, D. T., Cantillo, D. K., & Barroso, D. Y. (CCM 2017). Prevención y control del cancer de cuello uterino. Holguin, Cuba.

Cuevas Maria L.-MartínezMaría L.Vega-Pérez Abraham Rubén Tamez-Rodríguez Oscar Castañeda-Sánchezd, Factores de riesgo que retrasan la participación en el programa “Detección oportuna de cáncer cervicouterino”, Volume 23, Issue 4, October–December 2016, Pages 134-138. Ver en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301481>

Chaves., D. M. (2017). Conizacion con Laser CO2 y Asa diatermica en Lesiones pre malignas de cervix en el servicio de Ginecologia del Hospital Militar Esc. Dr. Alejandro Davila Bolaños, periodo Junio 2016-Diciembre 2017. Managua. Nicaragua.

Garaycochea Maria del Carmen, M. I. (2017). Lesiones Intraepiteliales en cuello uterino de mujeres privadas de libertad, Lima Peru. Boletin Instituto Nacional de Salud , 9-10.

Garcia, D. O. (2013-2014). Correlacion de resultados de citología, hallazgos colposcopicosy biopsia de cuello uterino examinadas en el departamento de patología, Heodra 2013-2014. Leon, Nicaragua.

Gómez, M. I., Gómez, M. M., & Sierra, A. V. (2013). Religiosidad: baluarte en el afrontamiento del cáncer de cérvix. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Gonzalez, T. (2015). Abordaje Diagnostico tratamiento de las lesiones premalignas de cervix en la consulta externa del Hospital Aleman Nicaraguense en el periodo comprendido de Enero 2014 a Diciembre 2015. Managua.

Guerrero, M. M., Perez, D. J., & Cabezas., D. C. (Enero- Junio 2015). Pruebas de detección del Cancer cervico uterino asociado al Virus del Ppiloma Humano(VPH) . Revista Universidad y Ciencia. , 10-11.

Jiron Altamirano Maria Jose, E. A. (2015). Factores asociados al virus del papiloma Humano (VPH) en mujeres que se realizaron el PAP en el area de consulta externa del Hospital Bertha Calderon Roque en el periodo comprendido de Octubre2014- Enero 2015. Managua, Nicaragua.

Morè Vega Msc Alina, M. C. (2013). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Revista Cubana Ginecobstetricia , 30.

Moreno, W. G. (2014). Eficacia de la crioterapia en la neoplasia Intra-epitelial cervical grado I y II . Guatemala.

Ribeiro FML, Minayo MCDS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. Cien Saúde Colet. 2014;19(6):1773-89. Ver en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1695-6141201800010034800012&lng=en

Rocha, O. S. (2017). Situación epidemiológica del virus del papiloma humano centro de salud Leonel Rugama enero-junio 2017. Esteli, Nicaragua.

Salud, M. d. (2006). NORMA TECNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO. Managua, Nicaragua.

Salud, M. d. (2010). Normativa 037- Protocolo de Prevencion de Cancer Cervico Uterino a través del Tamizaje con inspeccion visual con Ácido Acético (IVAA) y tratamiento con Crioterapia. Managua, Nicaragua.

Sarah Marshall, M. f., & Kevin C. Kiley, M. e. (6 de octubre, 2017). El Sistema Bethesda. Healthwise for every health desicion .

Society, A. C. (2016, Noviembre 20). Prevencion y Deteccion Temprana del Cancer Uterino. American Cancer Society .

ANEXOS

Anexo No. 1 Instrumento No I

El siguiente instrumento se utilizará para recuperar la información de los casos.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. Características Sociodemográfica
Edad
Estado civil
Escolaridad
Ocupación
Religión
II. Antecedentes Patológicos personales y familiares.
A qué edad tuvo su primera menstruación?
Tiene hijos? Cuantos?
A que edad tuvo su primera relación sexual?
Tiene algún familiar que haya presentado cáncer uterino?
III. Algoritmo en la ruta de diagnóstico y tratamiento en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado y tratamiento a seguir.
3.1) Búsqueda de la atención y realización del PAP:
15 días a 1 mes
A los dos meses
3.2) Realización del PAP y toma de biopsia:
8 días a 1 mes
Más de 1 mes
3.3) Biopsia e inicio tratamiento
15 días a 1 mes despues del resultado
A los 2 meses despues del resultado
3.4) Aplicación del protocolo
¿Se realizo colposcopia?
¿Se le realizo Cono por Asa?
¿Se realizo crioterapia?
¿Se le realizo histerectomia?
¿Se envio a valoración oncológica?

Anexo No.2 Ficha de Recolección de datos.

MINISTERIO DE SALUD

Resultado de la citología cervical apoyado del sistema de informática SIVIPCAM

Unidad de salud _____
Fecha _____ Nombre completo _____
Edad _____
Dirección exacta _____
Antecedentes obstétricos Gesta _____ Para _____ Abortos _____
Cesáreas _____ IVSA _____ FUR // _____ Embarazo actual _____
Semanas de gestación Uso de anticonceptivo _____ cual _____
Desde _____ PAP anterior _____ Fecha // _____
Resultado _____ Biopsia anterior _____ Fecha/_/_ _____
Resultado _____

DESCRIPCIÓN DEL CERVIX

ASPECTO: Normal Inflamación Atrofia Tumoral

SECRECIÓN: Normal Leucorrea Hemorragia Purulenta

Otros datos clínicos _____

NEGATIVA DE CÉLULAS MALIGNAS Inflamación

Hemorragia Gardnerella vaginal

Tricomonas vaginales Candidasp

Atrofia

Herpes virus

Cambios regenerativos

ATÍPIA ESCAMOSA (ASC-US) _____

No se descarta lesión de Alto Grado (ASC-H) _____

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) Lesión escamosa


intraepitelial de alto grado (LEIAG)

- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado con Sospecha de Invasión
- Displasia severa/ NIC III / Carcinoma in situ
- Carcinoma de células escamosas invasor

Anomalías Epiteliales Glandulares:

- Atípi glandular sin otra especificación (NOS)
- Atípi glandular. No se descarta Neoplasia Endocervical
- Atípi glandular. No se descarta Neoplasia Endometrial.
- Adenocarcinoma In Situ (AIS)
- Adenocarcinoma Invasor

PAPELERIA UTILIZADA PARA LA TOMA DEL PAPANICOLAU E INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO.

REPÚBLICA DE NICARAGUA				MINISTERIO DE SALUD	
FICHA ÚNICA DE TAMIZAJE PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMAS					
1. DATOS GENERALES					
SILAIS:	Municipio:	Nº de Expediente:			
Unidad de Salud:	Fecha de Nacimiento: / /				
1º Nombre:	2º Nombre:	1º Apellido:	2º Apellido:		
Nº Telefónico:	Nº de Cédula:	Etnia:		Edad:	
Nivel Académico:	Ocupación:	Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural			
Dirección Exacta:					
Departamento:			Municipio Residencia:		Barrio/Comarca:
2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS					
Gestos:	Partos:	Abortos:	Cesáreas:	IVSA:	FUR: / /
Embarazo Actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Semanas de Gestación:	¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usa Método Anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? Besde: / /
VPH anterior*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:				Fecha: / /
IVAA anterior*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:				Fecha: / /
PAP anterior*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:				Fecha: / /
Biopsia anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:				Fecha: / /
3. PRUEBA DEL VPH					ID EXAMEN:
<input type="checkbox"/> Tamizaje Primario <input type="checkbox"/> Seguimiento					Fecha de Toma: / /
Modalidad: <input type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/> Personal de Salud	Código de la Muestra:	Resultado de la Prueba: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Segunda Prueba: <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> IVAA	Fecha Entrada Lab: / /	
					Fecha del Reporte: / /
4. IVAA					ID EXAMEN:
<input type="checkbox"/> Primera Vez <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Segunda Prueba					Fecha del Examen: / /
Persona que lo realizó: <input type="checkbox"/> Especialista GO <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar enfermería					Fecha Tratamiento: / /
Resultado del Examen: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Sospecha Cáncer (referir)					 <p>Marque el cuadrante donde se identificó la Lesión</p> <p>CSD CSI</p>
Necesita Tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tratamiento realizado: <input type="checkbox"/> Crioterapia <input type="checkbox"/> LEEP/LEETZ (Cono con ASA diatérmica) <input type="checkbox"/> Termocoagulación					
No se realizó tratamiento <input type="checkbox"/> ¿Por qué?					
5. CITOLOGÍA DE CÉRVIX**					ID EXAMEN:
<input type="checkbox"/> Primera Vez <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Segunda Prueba <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Líquida					Fecha de la Toma: / /
Procedencia de la Muestra: <input type="checkbox"/> Exo Endocervix <input type="checkbox"/> Cúpula <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Otros	Aspecto Clínico del Cérvix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Tumoral		Secreción: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hemorrágica <input type="checkbox"/> Leucorrea <input type="checkbox"/> Purulenta	Fecha Entrada Lab: / /	
Otros Datos Clínicos:					Fecha de Lectura: / /
Calidad de la Muestra: Frotis: <input type="checkbox"/> Satisfactorio <input checked="" type="checkbox"/> Insatisfactorio	Resultado: <input type="checkbox"/> No hay Evidencia de Lesión Intraepitelial y de Células Malignas <input type="checkbox"/> Atipia Escamosa de Significado Indeterminado (ASC-US) <input type="checkbox"/> No se Descarta Lesión de Alto Grado (ASC-H) <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto grado (LEIAG) <input type="checkbox"/> Lesión Intraepitelial de Alto Grado con Sospecha de Invasión <input type="checkbox"/> Carcinoma de Células Escamosas Invasor				Control Calidad: / /
Células endocervicales y/o zona de transformación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anomalías Epiteliales Glandulares: <input type="checkbox"/> Atipia Glandular Sin Otra Especificación (NOS) <input type="checkbox"/> Atipia Glandular No se Descarta Neoplasia Endocervical <input type="checkbox"/> Atipia Glandular No se Descarta Neoplasia Endometrial <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma In Situ (AIS) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Invasor				Número de Lámina:
<input type="checkbox"/> Hemorragia Intensa					Otros Hallazgos: <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Candidas sp. <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Actinomyces <input type="checkbox"/> Herpes Virus <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Vaginosis Bacteriana <input type="checkbox"/> Tricomonas Vaginalis <input type="checkbox"/> Cambios Regenerativos <input type="checkbox"/> Células Endometriales (≥45 años)
<input type="checkbox"/> Celularidad Escasa					
<input type="checkbox"/> Mala Fijación					
<input type="checkbox"/> Extensión Incorrecta					
<input type="checkbox"/> Abundantes Polimorfonucleares					
<input type="checkbox"/> Datos Incompletos					
6.A RECOMENDACIONES DE PATOLOGÍA (PAPANICOLAU)			6.B RECOMENDACIONES DEL CLÍNICO (VPH e IVAA)		
<input type="checkbox"/> PAP Tamizaje 3 años	<input type="checkbox"/> Legrado Endocervical	<input type="checkbox"/> IVAA Tamizaje 3 años	<input type="checkbox"/> Colposcopia		
<input type="checkbox"/> PAP Control 1 año	<input type="checkbox"/> Colposcopia	<input type="checkbox"/> IVAA Seguimiento 1 año	<input type="checkbox"/> Biopsia		
<input checked="" type="checkbox"/> PAP Seguimiento 1 año	<input type="checkbox"/> Biopsia	<input type="checkbox"/> VPH Tamizaje 5 años			
<input checked="" type="checkbox"/> PAP Repetir (Ver instructivo 6.A)	<input type="checkbox"/> VPH Seguimiento 1 año	<input type="checkbox"/> VPH Seguimiento 1 año			
Observaciones:					Fecha de Entrega de Resultados a la Paciente: / /
<small>*Esta cuestionario tiene Examen control no existe evidencia de un especialista clínico de examen cervical</small>					<small>**Adaptado en base a Bethesda 2014</small>
ESQUELA DE RESULTADO					MINISTERIO DE SALUD
Nombre:			Nº de Expediente:		
Resultado:			Tipo Examen: <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> IVAA <input type="checkbox"/> MAMAS		
Unidad de Salud que Tomó Muestra:			Fecha Resultado: / /		
Unidad de Salud Próxima Cita:			Fecha de Próxima Cita: / /		
Recomendaciones/Observaciones:					

FICHA DE EXAMEN CLÍNICO DE MAMAS

7. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS PARA EXAMEN DE MAMAS:

Edad Menarca: _____ Edad Menopausia: _____ Edad al primer embarazo: _____ Lactancia: Si No Terapia Hormonal de Reemplazo: Si No Fecha: / /

8. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER DE MAMA:

Si No ¿Cuántos?: _____ Parentesco: Abuela Madre Hermana Prima Otras: _____

Mamografía: Si No Fecha: / / Resultado: _____

Ultrasonido: Si No Fecha: / / Resultado: _____

9. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MAMARIA:

ID EXAMEN: _____

Hallazgos Clínicos:

Asimetría Piel de Naranja Eritema Mastitis Otros: _____
 Ulceración Secreción Anormal Nódulo Retracción de piel/pezón

Resultado: Normal Anormal

Fecha de la exploración: / /

Comentarios:

Presunción Diagnóstica:

Unidad de Salud a la que refieren:



DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO

Fecha de Referencia: / /

Refrenda a (Nombre de la Unidad de Salud): _____

COLPOSCOPIA*

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha de la Colposcopia: / /

CRIOTERAPIA

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha de la Crioterapia: / /

LEEP / LESIONES GRANDES (CON ASA DIATÉRMICA)

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha de la LEEP: / /

Resultado Histopatológico: _____

CONIZACIÓN QUIRÚRGICA

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha de la Conización Quirúrgica: / /

Resultado Histopatológico: _____

BIOPSIA POR PINZA KEVORKIAN

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha de la Biopsia: / /

Resultado Histopatológico: _____

LEGRADO ENDOCERVICAL

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha del Legrado Endocervical: / /

HISTERECTOMÍA

Realizada: Si No (razones): _____

Fecha de la Histerectomía: / /

*Línea Funcional de Capacitación



Tips de salud:

- Cuando tenga una cita médica favor asistir en la hora y fecha programada.
- Siga las recomendaciones del personal de salud.
- Si siente algún malestar después del tratamiento, acuda al centro de salud.
- El riesgo de cáncer se aumenta luego de los 35 años.
- Una buena dieta, ejercicio, no fumar y no ingerir alcohol disminuyen el riesgo de cáncer.
- Toda mujer mayor de 19 años debe realizarse un autoexamen mensual de mamas, 8 días después de su menstruación.
- Toda mujer mayor de 40 años debe realizarse un examen clínico de mamas anualmente.

INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZÓ EL EXAMEN

Para cada examen se debe registrar al médico que lo realizó con su respectivo Nombre, Código Sanitario, Firma y Sello que avalen el resultado, en caso de no tener código se deberá poner el nombre completo del personal de salud.

VPH

Toma de Muestra

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

Procesado de Muestra

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

IVAA

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

PAP

Toma de Muestra

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

Lectura de Muestra

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

Control de Calidad

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

EXPLORACIÓN DE MAMAS

Nombre: _____ Sello: _____ Firma: _____
 Código: _____

FIRMA PACIENTE (AL RECIBIR LA ESQUELA DE RESULTADO)

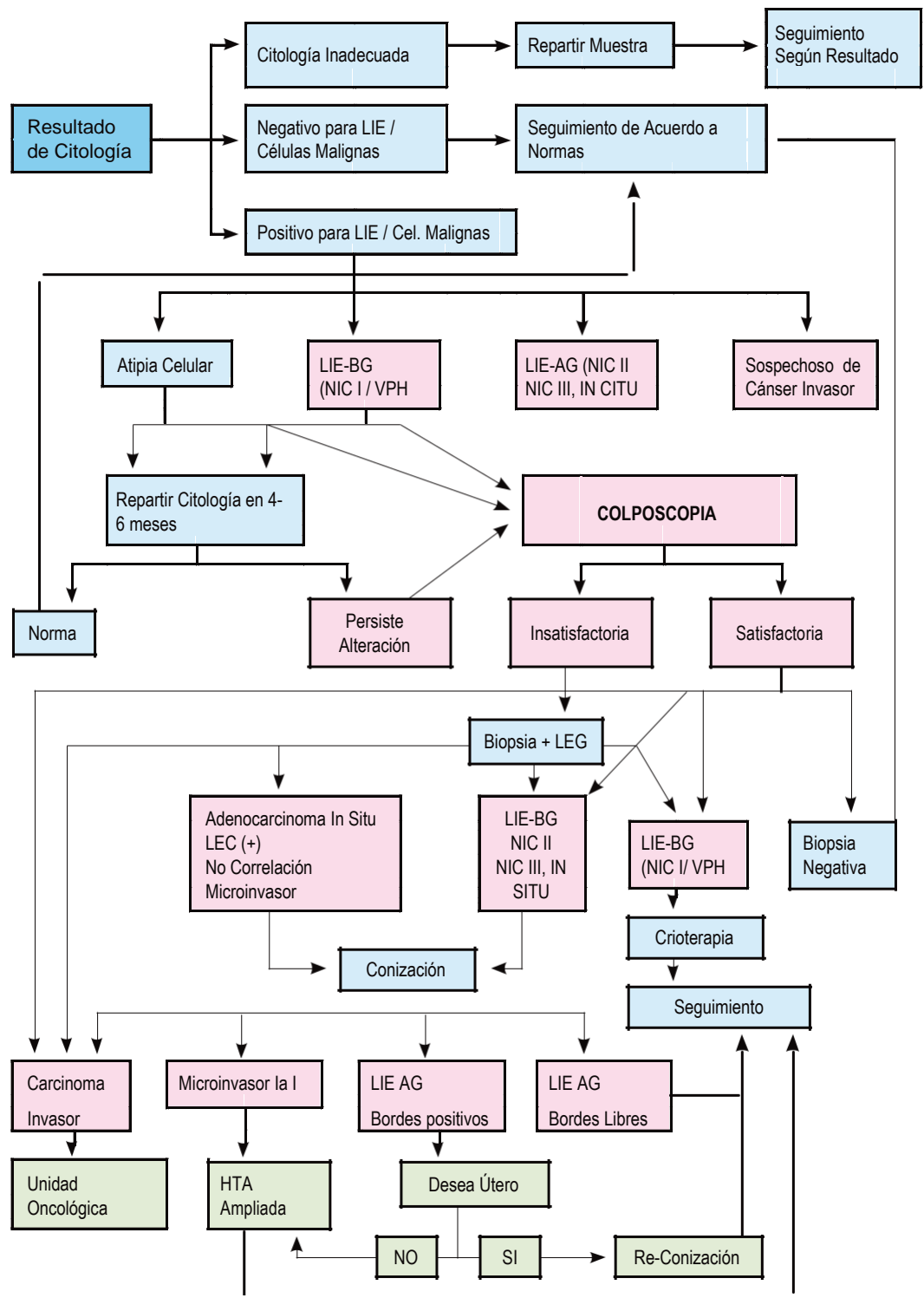
x

La paciente con lesiones de alto grado y sospecha de cáncer deberá ser contactada inmediatamente al número de teléfono que facilitó y citar para garantizar el tratamiento oportuno.



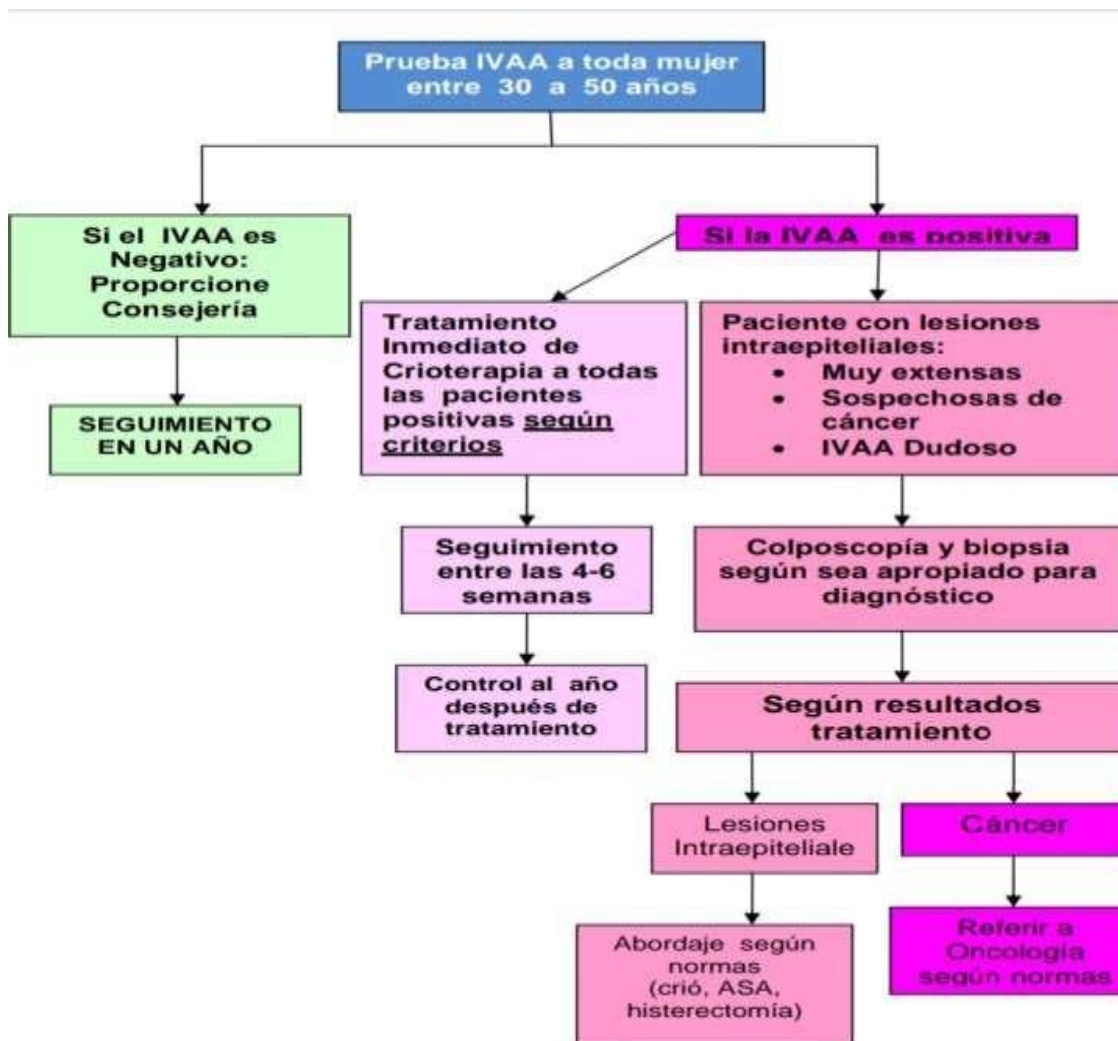
FIRMA Y SELLO

FLUJOGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE LA CITOLOGÍA CERVICAL



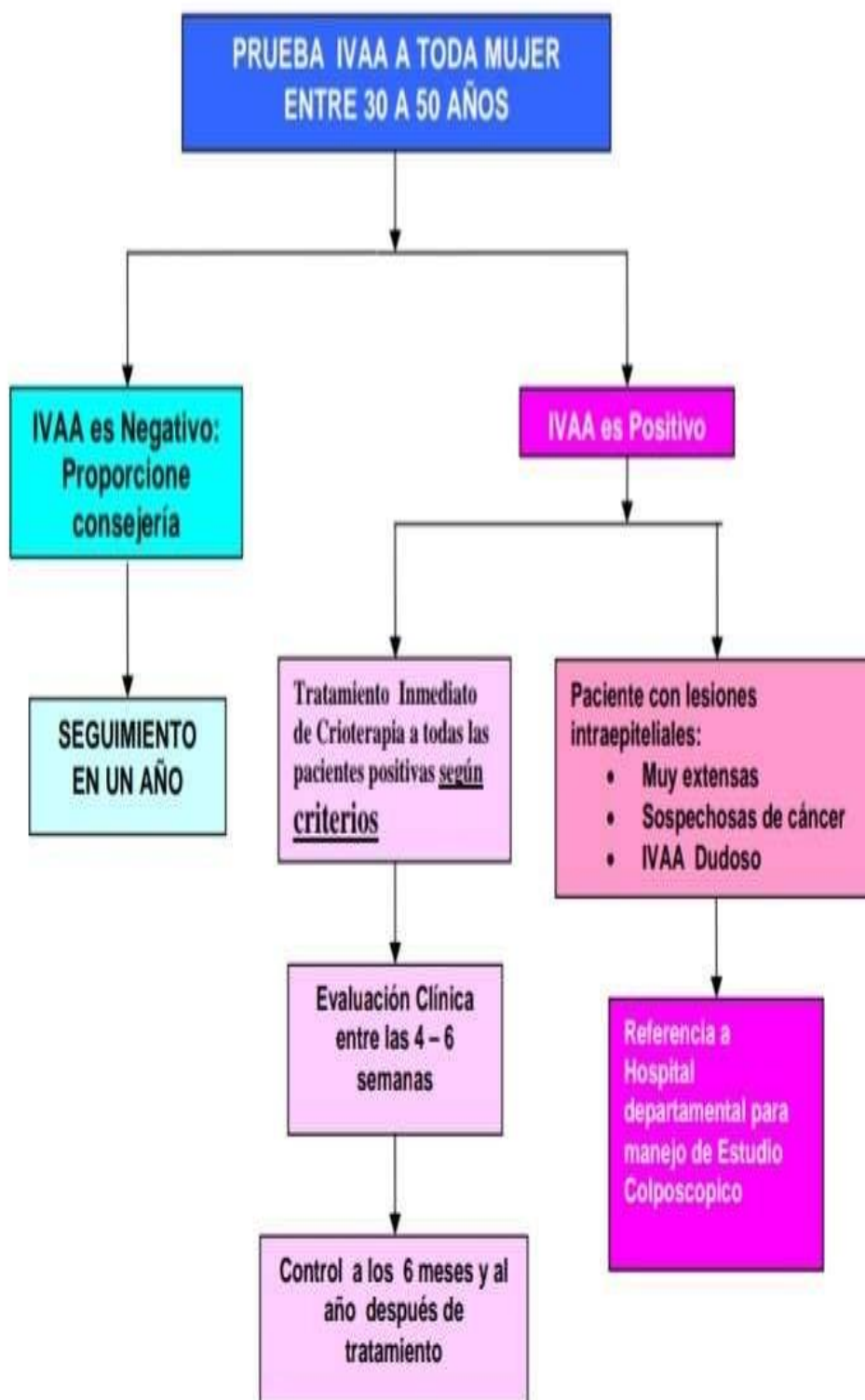
Fuente: NORMA TÉCNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

FLUJOGRAMA DE MANEJO PARA TAMIZAJE CON IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO DE CRIOTERAPIA



Fuente: Protocolo de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con inspección visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia.

FLUJOGRAMA DE MANEJO PARA TAMIZAJE CON IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO DE CRIOTERAPIA (VER Y TRATAR)



Fuente: Protocolo de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con inspección visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia.

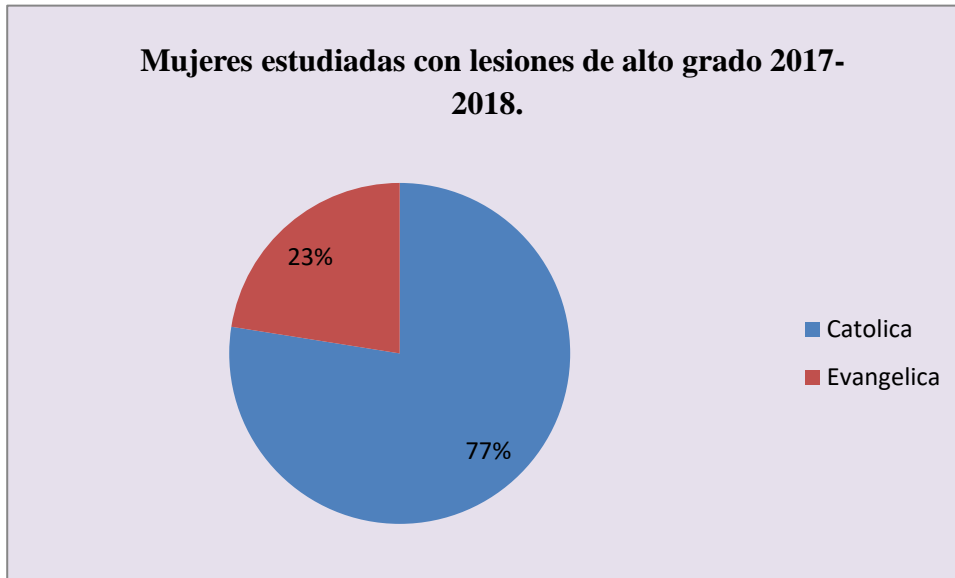
TABLAS DE RESULTADOS

Tabla No. 1 Características demográficas de 80 pacientes diagnosticadas con lesiones pre malignas en los años 2017 – 2018.

Edades de las pacientes	2017	%	2018	%	Total	%	OR 95% (0.64-2.06) 3.06
< 20 años	2	2.5	0	0	2	2.5	
21-34 años	26	32.5	8	10	34	42.5	
35-49 años	14	17.5	14	17.5	28	35	
50 a + años	8	10	8	10	16	20	
Procedencia							OR 95% (1.89-4.31) 8.76
Urbano	37	46.25	22	27.5	59	73.25	
Rural	13	16.25	8	10	21	26.25	
Escolaridad							OR 95% (0.06-0.18) 0.31
Analfabeta	0	0	0	0	0	0	
Primaria	7	8.75	7	8.75	14	17.5	
Secundaria	37	46.25	22	27.5	59	73.75	
Superior	6	7.5	1	1.25	7	8.75	
Ocupación							OR 95% (4.56-8.33) 21.31
Ama de casa	48	60	29	36.25	77	96.25	
Comerciante	2	2.5	0	0	2	2.5	
Contadora	0	0	1	1.25	1	1.25	
Paridad							OR 95% (0.01-0.18) 0.32
Nulípara	8	10	4	5	12	15	
Múltipara	42	52.5	26	32.5	68	85	
Religión que profesan							OR 95% (0.02-0.34) 0.63
Evangélicas	12	15	6	7.5	18	22.5	
Católicas	38	47.5	24	30	62	77.5	
Inicio de vida sexual							OR 95% (1.23-2) 6.45
< 20 años	42	52.5	24	30	66	82.5	
> 20 años	8	10	6	7.5	14	17.5	

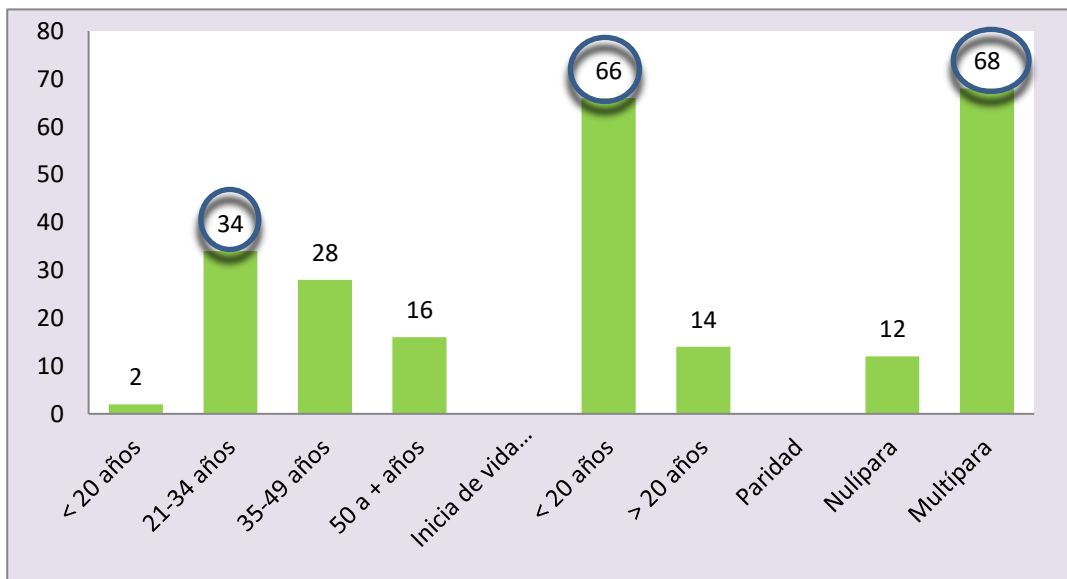
Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Grafico No 1. Religión profesada en las mujeres estudiadas con lesiones de alto grado en el periodo 2017-2018.



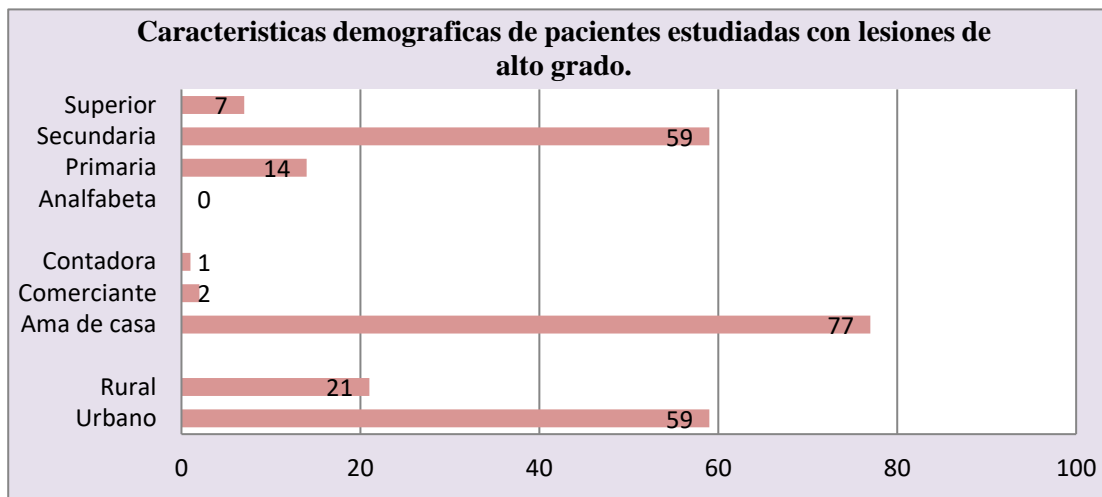
Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Grafico No 2. Características sociodemográficas, ginecobtétricas en las mujeres estudiadas con lesiones de alto grado en el periodo 2017-2018.



Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Grafico No 3. Características sociodemográficas, ginecobtétricas en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado en el periodo 2017-2018.



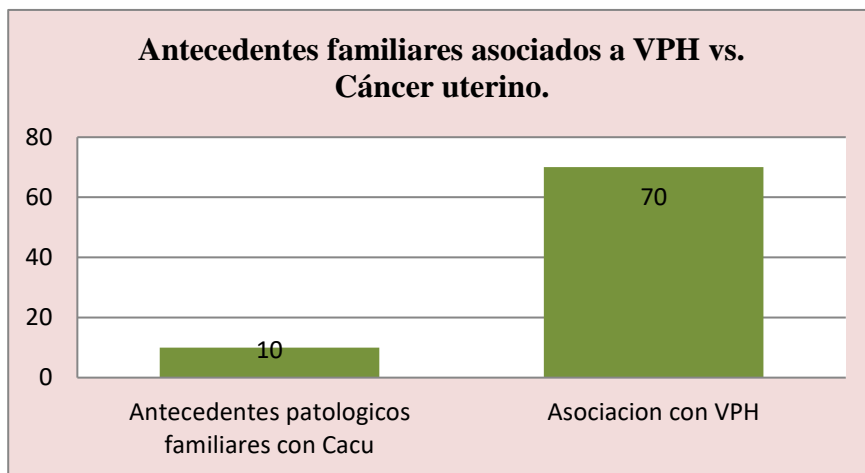
Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Tabla No. 2 Asociación de la edad con las lesiones pre malignas en las mujeres diagnosticadas con lesión de alto grado, 2017-2018

Lesion de Alto grado	Menores de 30 años	Mayores de 30 años
NIC 2	28	35
NIC 3	6	4
CACU	0	7
TOTAL	34	46

Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Grafico No 4. Antecedentes familiares sociados a Cáncer uterino vs VPH en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado en el período 2017-2018.



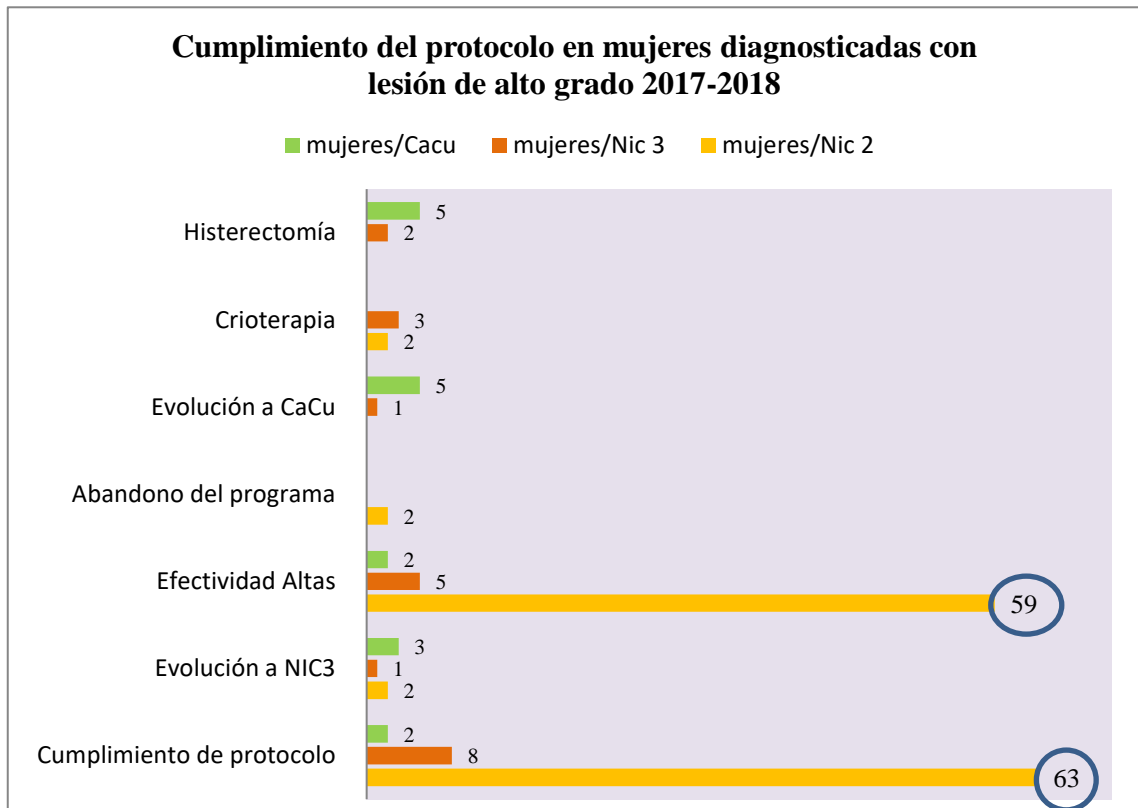
Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Tabla No.3 Cumplimiento del proceso de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de 80 mujeres con lesiones pre malignas que acuden al programa de prevención y control del cáncer cervicouterino.

	mujeres/ Nic 2		mujeres/ Nic 3		mujeres/ Cacu	
Lesión de Alto Grado	Nic 2	%	Nic 3	%	Cacu	%
Realización de PAP/IVAA	63	100	10	100	7	100
Colpobiopsia	63	100	10	100	3	43
Cono por Asa	63	100	8	80	3	43
PAP Control 1	63	100	8	80	2	29
PAP Control 2	63	100	8	80	2	29
Cumplimiento de protocolo	63	100	8	80	2	29
Efectividad Altas	59	94	5	50	2	29
Abandono del programa	2	3	0	0	0	0
Evolución a CaCu	0	0	1	10	5	71
Crioterapia	2	3	3	30	0	0
Histerectomía	0	0	2	20	5	71

Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Grafico No 5. Cumplimiento del protocolo en las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado en el periodo 2017-2018.



Fuente: SIVPCAM y expedientes de pacientes

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0.96
Coefficiente de determinación R ²	0.92
R ² ajustado	0.83
Error típico	6.02
Observaciones	3.00

R² se aproxima a 1 por lo tanto existe relación entre las variables

ANÁLISIS DE VARIANZA

	libertad	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	Valor crítico
Regresión	1.00	398.46	398.46	11.01	0.19
Residuos	1.00	36.21	36.21		
Total	2.00	434.67			

	Coefficiente	Error	Estadística	Probabilidad	Inferior	Superior	Inferior	Superior
	estándar	estándar	t	95%	95%	95.0%	95.0%	
Intercepción	-1.32	5.16	-0.26	0.84	66.89	64.24	66.89	64.24
Variable X 1	0.83	0.25	3.32	0.19	-2.34	3.99	-2.34	3.99

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elaboracion del Protocolo	Blue	Blue	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Aceptacion del Protocolo	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Obtencion de datos	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Captura de datos	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Analisis de los datos	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Grey	Grey	Yellow	Yellow
Elaboracion del Manuscrito	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
Presentacion del Resultados	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow

Cronograma de actividades dirigidas a la investigación de las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado en el centro de salud Leonel Rugama, período 2017-2018.

FOTOS



Preparación de ferias de salud: Realización de PAP en los sectores del municipio de Estelí.





Prueba de citología cervical: Papamicolau. Una forma efectiva de evitar la aparición del Cáncer Cérvico Uterino.

