



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**

**UNAN - MANAGUA**

**TRABAJO PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**EVALUACIÓN DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO Y ALTO  
GRADO (LEIBG-LEIAG) EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CLÍNICA INTEGRAL  
BLANCA NUBIA PICADO. HOSPITAL VICTORIA MOTTA, JINOTEGA I SEMESTRE  
2016**

Autor:

**Dr. Ramiro Alberto Guido Ramos**

Médico y Cirujano

Tutor:

**Msc. Yadira Medrano Moncada**

Profesora Titular Unan- Managua

Jinotega, Enero 2017

<b>INDICE</b>	<b>Nro. De Página</b>
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Opinión del tutor	
Resumen	
<b>Capítulo I. GENERALIDADES</b>	
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Justificación	5
1.4 Planteamiento del problema	6
1.2 Objetivos	7
1.3 Marco teórico	8
<b>Capítulo II. DISEÑO METODOLOGICO</b>	
2.1 Tipo de estudio	30
2.2 Universo	30
2.3 Técnicas y procedimientos	30
2.4 Plan de tabulación y análisis	31
2.5 Operacionalización de variables	32
2.8 Aspectos éticos	32
<b>Capítulo III. DESARROLLO</b>	
3.1. Resultados	33
3.2. Discusión	36
3.3. Conclusiones	40
3.4. Recomendaciones	41
<b>Capítulo IV. BIBLIOGRAFÍA</b>	42
<b>Capítulo V. ANEXOS</b>	45

## **Dedicatoria**

**A Nuestro Señor y Padre Celestial**, por ser el artífice de nuestras vidas, concediéndonos la salud y sabiduría de la cual depende la buena andanza de nuestro desarrollo profesional, don del cual no somos dignos a plenitud.

**A mi Madre** mujer integra y ejemplar, de la cual obtenemos nuestra fortaleza y deseos de superación a diario respetando ante todo la integridad de las personas.

## **Agradecimiento**

**Msc. Yadira Medrano** por cada consejo y apoyo brindado durante este periodo de tiempo, ejemplo digno del arte del compartir el conocimiento a favor de los demás.

Al personal de la Clínica de Atención Integral de la Mujer Blanca Nubia Picado del Hospital Departamental Victoria Motta por ser un grupo de Compañeros que no conocen el cansancio de cara a la atención de las pacientes.

Gracias a todas aquellas personas que aportaron parte de su tiempo, para guiarnos y apoyarnos con sus conocimientos.

## **Opinión del Tutor**

El cuadro clínico del cáncer cérvico uterino (CaCu) en la mujer suele ser de forma intempestiva en muchas de ellas, asociados al duele familiar muchas veces. El diagnóstico temprano de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado asegurando tempranamente un diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno favorece satisfactoriamente la disminución de probabilidades para el desarrollo del CaCu.

El realizar estudios sobre la evolución de las pacientes diagnosticadas nos permitirá mejorar los diferentes procesos de calidad de la atención de los servicios de salud en cada unidad de nuestro país, siendo el Ministerio de Salud de la República de Nicaragua el garante de este buen ejercicio.

En el presente trabajo de investigación queda identificado la mística de trabajo de un gran equipo de clínicos llenos de sensibilidad y carisma de cara a la atención de la mujer en el departamento de Jinotega.

Mis muestras de satisfacción y orgullo por esta noble labor realizada a favor de la mujer.

Atentamente.

**Msc. Yadira Medrano Moncada**

Profesora Titular Unan- Managua

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación responde al objetivo de Evaluar el tratamiento aplicado a mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG) atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Mota, Jinotega I Semestre 2016.

Responde a un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se evaluó tratamiento brindado a mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG), se realizó en Clínica Integral de la Mujer Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Motta de Jinotega, durante primer semestre del año 2016. Se estudiaron al 100% de las mujeres que fueron atendidas, siendo 239 y 99 respectivamente para un total de 338 mujeres a estudio. Para el desarrollo de esta investigación se elaboró ficha de recolección.

Los principales resultados encontrados fueron:

El total de las pacientes atendidas en la clínica integral de la Mujer Blanca Nubia Picado fueron 388, de ellas 239 son pacientes con LEIG y 99 pacientes con LEIAG. La edad que más predominó corresponde al grupo de 30 a 49 años, seguido del grupo de 15 a 24 años, siendo el primer grupo el de riesgo y al que se le debe dar mayor seguimiento. Las pacientes del Municipio de Jinotega son las que acudieron con más regularidad a la clínica, seguido del Municipio de San José de Bocay, Santa María de Pantasma y San Rafael del Norte.

La mayoría de las pacientes que acudieron a la clínica por primera vez fue con resultado de Papanicolaou. Los principales diagnósticos identificados en la captación de las pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Mujer Blanca Nubia Picado, fueron en la mayoría por LEIBG, seguido de las LEIAG, siendo las LEIBG las que más inciden en la población y periodo de estudio. En relación a los medios diagnósticos utilizados en las pacientes del presente estudio, se confirmaron a través de la colposcopia un 58.7% y 41.3% por Biopsia la presencia de una LIEBG, así como las LIEAG 55.2% por colposcopia y un 44.8%.

Respecto al tratamiento realizado el 54% para las mujeres tratadas con ASA y que presentaron lesiones intraepiteliales de alto grado y 98% en las tratadas con crioterapia, según diagnóstico.

En relación al diagnóstico histopatológico posterior al tratamiento realizado a pacientes con LIEBG, el seguimiento fue dirigido al manejo y seguimiento por: Cervicitis Crónica (31.5%), Condiloma Plano (22.8%) y LEIBG (42.4%). En el caso de las pacientes manejadas con asa diatérmica se dirigió a: LEIAG (86%), Endocervicitis Crónica (8%), LEIGB (4%) y Adenocarcinoma bien diferenciado (2%) respectivamente.

Ante lo antes expuesto se recomienda la implementación de un plan que incluya acciones dirigidas a la promoción del tamizaje cervical en mujeres posterior al inicio de su vida sexual activa con énfasis en grupos de edades susceptibles al desarrollo de cualquier tipo de Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo y Alto Grado.

## **Capítulo I. Generalidades.**

### **1.1 Introducción**

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de ellas. Entre los factores de riesgo se encuentran: el inicio precoz de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, el virus del papiloma humano (HPV) y otras infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 se diagnosticaron 528 000 casos nuevos y 266 000 mujeres murieron a causa de esta enfermedad, de los cuales, casi 90 % ocurrió en países de bajos o medianos ingresos. Además, se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a CaCu podrían aumentar casi un 25 % durante los próximos 10 años.

El cáncer cervicouterino se presenta en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental.

Entre las enfermedades que afectan a la población mundial, el Cáncer Cérvico Uterino representa una de las patologías más frecuentes en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionado con las neoplasias malignas en la población general, y dentro de los procesos neoplásico que afectan el trato reproductor femenino, sobre todo detectado en su etapa más temprana a nivel de neoplasia intraepitelial cervical (displasia y carcinoma IN SITU). [1]

La detección precoz y oportuna mediante la toma adecuada y periódica del frotis de papanicolaou en el primer nivel de atención ha logrado detectar displasia y cáncer cervical pre invasivo con presencia de células anormales o lesiones precursoras, lo que permite tratar tempranamente ésta patología; y así disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer invasivo planteando estrategias y promoción de estilo de vida saludable, así como el aseguramiento del acceso de servicio de salud sexual y reproductiva. [2, 3]

Actualmente, la Colposcopia es una técnica diagnóstica clínica que está siendo utilizada en el complemento de información por el Papanicolaou, incrementándose la detección de displasia y cáncer cervical pre invasivo lo que permite brindar un diagnóstico histológico más exacto, así como la extensión de la lesión. [4]

En nuestro país; sigue siendo un reto para que el diagnóstico se realice tempranamente, que incluye una serie de factores materiales, humanos y sobretodo la cultura de la población femenina, el acceso al programa y las pacientes que acuden a las unidades de salud, hospitales cuando la neoplasia cervicouterina se encuentra en estadios avanzados. Por ende, se hace necesario realizar una evaluación al tratamiento en mujeres diagnosticadas con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG) atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Mota, Jinotega I Semestre 2016.

## **1.2 Antecedentes**

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública, constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años. (Nelly Chavarro, 2010). Cada año alrededor de 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo. Se estima que produce alrededor de 231,000 muertes por año, 80% de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo donde los programas de detección no están bien establecidos o no son efectivos. (Víctor José Tovar, 2011).

En Cuba se realiza un estudio durante los meses de enero del 2000 y diciembre del 2003 en el Servicio de Ginecología del INOR. En el cual se evaluaron a 473 mujeres. Durante el seguimiento la edad de máxima incidencia de NIC estuvo comprendida entre los 26 y los 35 años, 22 pacientes (44 %), seguida por el grupo etáreo de 20 a 25 años (32 %). Señalando la mayor prevalencia de la NIC en las pacientes más jóvenes. Con recidivas posterior a tratamiento en 2 años, sin embargo, en este estudio no fue posible calcular las tasas de curación dado que los resultados no demostraban si los márgenes estaban libres o tomados. [1]

Durante los meses del año 2002 al 2012 se realizó un estudio con 568 mujeres atendidas en la Clínica de Colposcopia del Centro Oncológico Betania, de la ciudad de Mexico, D.F. concluyendo que la edad más frecuente de NIC fue de 24 - 45 años, el inicio de vida sexual en promedio fue 16 años, y tuvieron múltiples parejas sexuales. Otros factores de riesgo encontrados fueron: multiparidad, enfermedades de transmisión sexual asociadas, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales. Los síntomas de presentación fueron inespecíficos en el 85.22%, los más frecuentes prurito, ardor y fluido vaginal. Únicamente en el 9.85% se encontraron signos clásicos de infección por VPH, como verrugas o condilomas genitales del tracto genital inferior.

La citología Cérvico vaginal tuvo una sensibilidad de 64.47%, el diagnóstico de ASCUS fue detectado en el 17.26% de los casos. En la colposcopia se encontraron signos como lesión acetoblanca, puntillado fino, mosaico fino y lesión yodo negativa en el 75% de las pacientes. La prueba de VPH (por PCR) se realizó en el 17.26% de los casos con ASCUS. El estudio histopatológico fue 83% NIC1, 6.87% NIC2 y 9.15% NIC3.

En un estudio realizado por Toruño Karla en el año 2010 en el centro de salud Leonel Rugama en el departamento de Estelí, el cual pretende correlacionar las lesiones citológicas e histopatológicas de lesiones pre malignas de cérvix revela que de 112 pacientes estudiadas la gran mayoría eran mujeres con IVSA a temprana edad entre 16 y 19 años con el 56.2%, los cuales al correlacionar la edad con el diagnóstico por PAP, en su gran mayoría presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEAG) con el 85.8% y lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG) con el 14.2%, este estudio también expresa la clasificación de las lesiones mediante PAP confirmadas por biopsia, las cuales correspondieron mayormente a lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) con un 85.8% el diagnóstico por PAP y el 86.0% confirmado por biopsia, este estudio reveló 3 ASCUS diagnosticados por PAP, de los cuales ninguno fue confirmado por biopsia, el mayor porcentaje de confirmación fue con NIC I con el 78.9%, seguido por el 13 VPH con el 71.7%, concluyendo que un poco más de la tercera parte de diagnóstico de NIC I y VPH se confirmaron por biopsia y que la mitad de las lesiones diagnosticadas por PAP corresponden al VPH.

Estudio realizado por González, Thelma Maritza en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense durante los meses de enero 2014 a diciembre 2015 sobre el Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix, concluye su grupo etáreo más frecuente encontrado fue el de 20-35 años representó el 51.96 %, seguido por las mayores de 35 años que representaron el 30.33%, el 76.40% de las pacientes eran de procedencia urbana y el 23.59%. La lesión pre-invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada por Papanicolaou fue la lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) representando un 52.80%, por Biopsia un 61.04%. El tratamiento de elección para las pacientes con lesión pre invasiva fue la crioterapia representando un 61.04% y el asa térmica representando un 30.22%.

### **1.3 Justificación**

El cáncer cervicouterino constituye una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable a bajo costo y con bajo riesgo, siempre y cuando se cuenten con métodos para el tamizaje en mujeres asintomáticas, a fin de lograr una detección oportuna, por ende, prevenible y tratable tempranamente.

Actualmente las nuevas directrices formuladas por la OMS/OPS sobre estrategias de tamizaje y tratamiento para detección temprana de lesiones pre cancerosas pueden ser adaptadas por países en vías en desarrollo. Nicaragua cuenta con un programa de detección temprana, donde el examen más realizado en los servicios de salud es el Papanicolaou, el cual en los últimos años se ha triplicado el muestreo citológico en aras de lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad por CACU.

Sin embargo, lograr una mejor accesibilidad a la mujer que reside en las zonas más vulnerables de nuestro país, puede ser una limitante de cara a ser beneficiada o bien tener acceso a estos servicios, así como el fortalecimiento de las capacidades instauradas en cada unidad asistencial promoviendo estos estudios teniendo como finalidad el aumento de las coberturas poblacionales sin olvidar el tratamiento necesario para la cura de la lesión cervical de bajo u alto grado.

Por tal razón, se hace necesario la evaluación del presente trabajo realizado con mujeres de zonas geográficamente distantes, a fin de evaluar el acceso de los servicios de salud y porcentajes de curación posterior al tratamiento realizado.

## **1.4 Planteamiento del Problema**

En el departamento de Jinotega en el año 2016 se realizaron 34,505 citologías cervicales, de las cuales 1260 corresponden a lesiones de bajo y alto grado para un 3.6%, aumentando el 2.5% en relación al año 2013, esto a expensas del aumento de mujeres tamizadas para cáncer cérvico uterino (CaCu) a través del Papanicolaou.

Los municipios con mayor número de casos durante el presente periodo son Jinotega, el Cua, Santa María de Pantasma para lesiones escamosas intraepiteliales de bajo Grado, igualmente se observa el mismo comportamiento con las lesiones de alto grado, dejando evidenciado que entre más sea el muestreo citológico realizado se incrementan el total de lesiones.

Durante los años 2015 y 2016 el número de defunciones ha sido el mismo (5 casos), por ende, se hace necesario fortalecer esfuerzos de cara a la contención de la morbimortalidad por cáncer cérvico uterino.

¿Cuál es el tratamiento brindado a mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG) atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Mota, Jinotega I Semestre 2016?

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General.**

Evaluar el tratamiento aplicado a mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG) atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Mota, Jinotega I Semestre 2016.

### **Objetivos Específicos.**

1. Caracterizar edad y procedencia de las mujeres.
2. Describir los medios diagnósticos y tratamiento aplicado.

## **1.6 Marco teórico**

### Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC)

Las lesiones pre neoplásicas del cuello uterino, es decir, precursora del cáncer cérvico uterino, han sido ampliamente estudiada y discutida en los años de la década de 1930 hasta la actualidad.

La displasia es una lesión en la cual parte del espesor del Epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de Atipia. Las anomalías epiteliales comprendidas en las denominaciones de displasia se observan en el epitelio pavimentoso de la por lo tanto como en el Epitelio Metaplásico de la mucosa endocervical. La displasia puede dividirse en tres grados:

- Displasia Leve (Grado I)
- Displasia Moderada (Grado II)
- Displasia Grave y Carcinoma in situ (Grado III) [7, 8,10]

El concepto de neoplasia cervical intraepitelial indicado con mayor frecuencia con el acrónimo CIN (del Inglés Cervical Intraepitelial Neoplásica) anula el Sistema Dualista, “Displasia” (Carcinoma IN SITU) y considera a las lesiones preneoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario continuo e ingravecente, con diversos grados de anomalía de diferenciación y de maduración celular en el espeso del epitelio cervical hasta el compromiso total de ésta con la configuración morfológica del Carcinoma IN SITU. [7, 8, 18]

### **Esquema Histológico:**

El CIN I está caracterizado por células por alteraciones de sus diferenciaciones que se encuentran en el tercio inferior del Epitelio correspondiente a la Displasia Leve.

El CIN II se establece cuando las células con diferenciación alterada ocupan los dos tercios inferiores del estrato epitelial y corresponde a la Displasia Moderada.

El CIN III se basa cuando las células indiferenciadas que ocupan el espesor del epitelio hasta a una altura superior a los dos tercios o todo el espesor y corresponde a la Displasia Grave y al Carcinoma IN SITU. [7, 15]

### **Patogenia.**

La historia natural convencional del Cáncer del Cuello Uterino considera como agente desconocido que actuando como las células de reservas o sobre el Epitelio Metaplásico de la zona de transformación extremadamente receptivo para Cualquier agente nocivo y en presencia de cofactores inmunológicos, hormonales, etc. Determina modificaciones morfológicas que se evidencia mediante las Colposcopia, en los diversos grados de la transformación anormal y que corresponde histológicamente al CIN de grado progresivo hasta el Carcinoma Invasor. [7, 8]

La reinterpretación del esquema convencional identifica en el agente desconocido al HPV determina una proliferación epitelial que puede mantenerse como tal, experimentar una regresión o progresión o desviarse en sentido neoplásico. [7, 17]

### **Datos Morfológicos.**

- ✓ Coexistencia de Infección por HPV con el CIN, sea como evidencia morfológica de infección sobre agregada o como infección adyacente.
- ✓ Presencia de lesiones intraepiteliales sincrónicas en localización cervical y vulvar asociado con el HPV.
- ✓ Coexistencia de infección por HPV en los carcinomas invasores e IN SITU del pene. [8]

### **Cofactores.**

Desde el comienzo de la década de 1990 se pensaba que aun admitiendo el papel del HPV en las génesis del Carcinoma Espinocelular del Cuello Uterino, y sin más, de los carcinomas del tracto genital inferior, la sola infección por HPV no sería capaz de inducir la transformación neoplásica. Si bien los clásicos factores de riesgo del Carcinoma del Cuello Uterino indicarían con los factores de riesgos de la infección por HPV; la gran difusión de ésta, el alto porcentaje de regresión espontánea de la infección y, por último, el diverso pico de incidencia de la infección por HPV (en edad joven) y del Carcinoma del Cuello Uterino (Cuarta y Quinta década de vida.) [7,8]

**En general, la participación del HPV en la cancerogénesis puede resumirse así:**

- ✓ Algunos HPV son potencialmente oncogénicos.
- ✓ Los factores de huésped controlan y previenen el crecimiento maligno inducido por estos virus.
- ✓ Los carcinógenos químicos o físicos actúan sinérgicamente con el HPV determinando la inducción neoplásica. [8]

**Los cofactores que se toman en consideración para el cuello uterino son:**

- ✓ El virus Herpes Simple tipo 2 (HSV 2)
- ✓ Factores Inmunológicos.
- ✓ El Humo de Cigarrillo.
- ✓ Factores Hormonales [8, 25]

**Historia Natural.**

La Evolución Teórica del CIN es la de una progresión regular del CIN I al CIN II, al CIN III, y de allí a la invasión del Estroma; es decir, al Carcinoma Invasor. Es sabido que existen dos tipos de estudios sobre la Historia Natural de la Displasia Cervical. El primer tipo evalúa la historia natural de la Displasia Cervical diagnosticada mediante el Examen Citológico. Este tipo de estudio tiene su limitación en el hecho de que al basar el diagnóstico en un extendido citológico; no puede ser descartada la existencia de lesiones más graves desde el momento del diagnóstico. [7, 10, 20]

El segundo tipo de estudio valora la historia natural de la Displasia Cervical después del examen histológico, éste tiene tres condicionamientos:

En primer lugar “La interpretación diagnóstica”, es conocida la variabilidad diagnóstica en el CIN, ello sugiere que la frecuencia de la progresión de un CIN de bajo grado a un CIN de alto grado, está condicionado por el grado de certeza diagnóstica del Patólogo.

El segundo punto es que áreas de CIN de bajo grado pueden coexistir con áreas de CIN de alto grado, así como áreas de CIN III se hayan a menudo presente en los bordes de un carcinoma invasor. [8]

Un tercer punto importante es que el diagnóstico de CIN es escisional, por lo tanto, pueden extirparse enteramente algunas lesiones con una biopsia cervical, determinando de este modo una aparente regresión espontánea y, en consecuencia, una reducción de los casos que podrían transformarse en invasores. [7, 8, 17]

### **Diagnóstico.**

La CIN es totalmente asintomática, la anamnesis, por lo tanto, puede orientar en el diagnóstico de estas lesiones. Igual sucede con la infección del cuello uterino mediante el espejillo disponemos actualmente de tres métodos diagnósticos de probada Eficacia para la detección del CIN: Citología Exfoliativa, Colposcopia y Biopsia.

El CIN III alcanza su máxima incidencia en la tercera y cuarta década en la vida, mientras que el carcinoma invasor tiene una incidencia máxima en la cuarta década de la vida. El CIN, por lo tanto, tiene el máximo incidencia de años antes que el pico máximo de incidencia del carcinoma invasor. El CIN III es un hecho raro después de los 50 años, son evidentes las implicaciones de estos en el contexto de un programa de detección. [2, 8]

El CIN puede tener localización Exocervical, Exo-endocervical, y Endocervical.

Las células que constituyen el cuadro Citológico del CIN I, son de modo exclusivo de tipo superficial e intermedio de elementos isodiamétricos, poligonales, con citoplasma abundantes, puede haber células superficiales, fusiformes, nucleadas, o no, con citoplasma, los núcleos son únicos o múltiples, sobre todo en presencia de infección por HPV de forma redondeada.

El CIN II (Displasia Moderada) se caracteriza por la presencia de elementos de tipo superficial e intermedio junto con células Parabasales Discarióticas, presentan un núcleo un 2 a 3 veces más grande que lo normal, con cromatina granular.

En el CIN III (Displasia Grave), carcinoma IN SITU, la célula tiene dimensiones que varían desde las de una célula de reserva a las de una célula parabasal, la relación núcleo-citoplasma, el núcleo está rodeado por escasos citoplasma de aspecto florido con membrana nuclear engrosada y multilobular por la presencia de profundas incisiones. [7, 8, 17, 22]

## **VII. Cuadro Clínico**

Los pacientes con lesión intraepitelial cervical de bajo grado suelen permanecer asintomáticas. Cuando los síntomas se presentan, por lo general son provocados por alguna infección vaginal asociada, la única manera de descubrir estas lesiones es por examen citológico, efectuado por exámenes ginecológicos periódicos de detección del cáncer.

Muchas pacientes tienen una secreción profusa a menudo mal oliente aun sin relaciones sexuales, en especial cuando la enfermedad está avanzada, el dolor no es un síntoma frecuente a menos de que la enfermedad está avanzada.

En los últimos estadios presentan síntomas vesicales y rectales. Cuando afecta las raíces nerviosas lumbosacros y ciáticas y la pared pelviana lateral, el dolor pelviano irradiado a la pierna se vuelve insoportable y es indicativo de enfermedad avanzada, el edema de los miembros inferiores indica obstrucción tumoral del drenaje linfático. [7, 8, 18]

### **Medios diagnósticos:**

#### **1. CITOLOGIA CERVICAL O PAPANICOLAOU.**

Es un elemento importante en la detección de lesiones cervicales precancerosas, identificado a las mujeres que requieran un seguimiento y tratamiento, debe ser realizado en intervalos adecuados a las mujeres de mayor riesgo y en fases asintomáticas para garantizar la revocación de la morbilidad y mortalidad. La técnica es relativamente barata, idónea y precisa para el diagnóstico de displasia cervical y cáncer. [7, 11]

Histopatológicamente las lesiones cervicales pre-invasoras incluyen estados progresivos de displasia (leve, moderada y severa), las cuales llevan al carcinoma “IN SITU”, a la micro invasión y finalmente a la invasión profunda y a distancia. [8]

### **Clasificación basada en el sistema de Bethesda para el reporte del diagnóstico de la Citología Cervical.**

#### **Declaración de la adecuación de la muestra:**

- Satisfactoria
- Menos que óptima
- Insatisfactoria

#### **Explicación para las muestras “menos que óptimas/insatisfactorias”**

- Celularidad escasa
- Mala fijación o preservación
- Presencia de material extraño (lubricante)
- Parcial o completamente cubierto por inflamación.
- Parcial o complemento cubierto por sangre
- Excesiva citólisis o autólisis
- Ausencia de componente endocervical, en mujer premenopáusica que tiene cérvix.
- No representativo del sitio anatómico
- Otros

#### **Categorías Generales:**

- Dentro de límites normales
- Otros:
  - a. Consúltense los diagnósticos descriptivos
  - b. Se recomienda diagnósticos más completos

#### **Diagnósticos descriptivos**

- Infección
- Hongos
- Bacterias
- Protozoos
- Viral

### **Cambios Reactivos o Reparativos**

- Inflamación
- Misceláneos

### **Anormalidades de las Células Epiteliales:**

- ✓ Células escamosas atípicas de significado indeterminado.
- ✓ Lesión escamosa intraepitelial (SIL)
- ✓ Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, incluyendo:
  - a. Cambios celulares asociados a HPV.
  - b. Displasia leve/neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I)

### **Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado, incluyendo:**

1. Displasia moderada / NIC II.
2. Displasia severa / NIC III.
3. Carcinoma IN SITU / NIC III.
4. Carcinoma de células escamosas
5. Células glandulares
6. Presencia de células endometriales Células glandulares atípicas de significado indeterminado.
  - a. Endometrial
  - b. Endocervical
  - c. Sin otra especificación

### **Adenocarcinoma.**

- a) Especificar el probable sitio de origen, endocervical, endometrial extrauterino
- b) Sin otra especificación

## **Otra neoplasia maligna epitelial.**

### **Evaluación Hormonal**

- a. Patrón hormonal compatible con la edad e historia
- b. Patrón hormonal compatible con la edad e historia específica.
- c. Evaluación hormonal no posible
- d. Otros. [8]

### **Edad de inicio y frecuencia para la toma del Papanicolaou:**

Todas las mujeres que son o han sido, sexualmente activas deben realizarse una prueba de Papanicolaou o mujeres de 25-65 años o mujeres mayores de 65 años que no tengan un estudio citológico reciente o mujeres menores de 25 años cuya historia clínica la haga población de riesgo una vez que se han realizado tres o más exploraciones anuales satisfactorias, con resultados de Papanicolaou normales, pueden reducirse la frecuencia del frotis del Papanicolaou.

### **Informe e Interpretación de los Resultados del Papanicolaou.**

1. El resultado deberá informarse a la usuaria en un periodo no mayor de un mes.
2. Para informar los resultados de la citología se utilizará el Sistema Bethesda.
3. La solicitud de citología se llenará en original y dos copias. Esta solicitud acompañada de la lámina con la muestra tomada a la usuaria, será enviada al departamento de patología para su lectura.
4. El resultado de la citología se reportará en la misma solicitud. La primera hoja (original), se conservará en el archivo de patología. La segunda hoja (primera copia). Se enviará al expediente clínico del hospital o unidad de salud de referencia, la tercera hoja (segunda copia) se enviará al registro central del programa de prevención y atención del cáncer cérvico uterino. [7, 8, 10, 16]

## **2. COLPOSCOPIA**

Consiste en la evaluación clínica del epitelio cervical permitiendo observar cambios en los patrones de superficie y red vascular. Es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos Normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos. [7, 8]

## **Historia**

Nacida como recurso de diagnóstico temprano del carcinoma del cuello uterino, la Colposcopia ha representado en el curso de los años una caracterización más precisa de sus posibilidades diagnósticas y una ampliación de sus posibilidades de aplicación práctica, hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo en el estudio de los más diversos cuadros de la patología cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad pelviana.

En 1925, Hinselmann director de la clínica ginecológica de la universidad de Hamburgo, Alemania, invento y puso un funcionamiento un dispositivo óptico que le permitió ver el cuello uterino a gran medida, pero el mérito de Hinselmann no radica solo en la concepción de la colposcopia como medio de exploración, sino que además con ayuda de su invento descubrió y sistematizó una serie de lesiones cervicales, antes totalmente desconocidas y que fueron la base para un mejor conocimiento de la patología cervical. Al practicar biopsias repetidas y correlacionar los aspectos colposcópicos con los histológicos, formuló una visión totalmente inédita de los orígenes del cáncer cervical, que aún hoy es fundamental, junto con la citología para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. [7, 11]

La colposcopia se le suman las ventajas que derivan de las posibilidades de localizar con exactitud las muestras para biopsia, de efectuar con mayor precisión tratamientos locales, de controlar a distancia los resultados de tratamiento locales de diversos tipos y de reconocer la existencia de procesos inflamatorios oligosintomáticos, a la vez tiene sus limitaciones, está estimado que el 15% de las pacientes rinde un diagnóstico insatisfactorio porque la zona de transformación no puede ser visualizada por completo, además no permite conocer las características de las células que componen el epitelio, solo indirectamente, al no poder enjuiciar la morfología del citoplasma y del núcleo de las células, y del conducto endocervical a pesar de estas limitaciones expuestas, la colposcopia es un método de gran utilidad en el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. [8, 11, 23]

### **Durante la observación del cuello se debe observar y reconocer la anatomía del:**

1. Exocervix: con apariencia uniformemente lisa de color rosado brillante.
2. Endocervix. Mucosa con discretos relieves papilares, lisos, rosados y brillantes.

3. Orificio cervical externo: coincide idealmente con el límite entre la mucosa exocervical y endocervical.
4. Zona de transformación: debe ser entendido desde el inicio que la zona entera de transformación del cérvix debe ser visualizada es aquella área entre el epitelio columnar y el epitelio escamoso original, donde la acción y cambios cervicales es marcada, por consiguiente, es el área donde el epitelio columnar se ha transformado o está siendo transformado en un nuevo epitelio escamoso.

La zona de transformación entera debe ser visualizada, en otras palabras, el epitelio columnar debe ser visualizado internamente y el epitelio escamoso original debe ser visualizado externamente, el proceso de transformación es usualmente denominado metaplasia escamosa. [7, 15]

La descripción de los cambios sistemáticos de la zona de transformación son los siguientes:

1. El epitelio columnar bajo la influencia de PH bajo o Ácido sufre una metaplasia temprana.
2. La metaplasia temprana puede tomar 2 tipos de evolución: normal o anormal.
3. La evolución normal continúa a la metaplasia fisiológica y al bien diferenciado nuevo epitelio escamoso, estos cambios son considerados como una zona de transformación normal.
4. La evolución anormal cambia a metaplasia atípica bajo la influencia quizás de experiencia sexual temprana, infección viral o uso de dietil – estilbestrol (D.E.S).

La metaplasia atípica sufre 2 respuesta alternativas, con una respuesta adecuada del huésped no propensa a la lesión, la cual podría quedarse constante y no cambiar por toda la vida de la paciente y otra con una respuesta inadecuada del huésped donde puede ocurrir una displasia leve, modera y severa, y ser seguida a cáncer IN SITU, para cáncer invasor. Esto probablemente es una enfermedad progresiva requiriendo meses y años para que ocurra. La metaplasia atípica y su progresión con una respuesta inadecuada del huésped son denominados zonas de transformación anormal. El valor real de la colposcopia consiste en el hecho de que estos cambios sean identificados. [7, 8, 10]

## **INDICACIONES DE LA COLPOSCOPIA**

1. Valoración de pacientes con citología anormal
2. Estudio diagnóstico de las pacientes sintomáticas
3. Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical
4. Apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos
5. Control del NIC durante el embarazo.
6. Selección de las pacientes con NIC para ser tratadas con terapéuticas conservadoras.
7. Diagnóstico de las infecciones virales
8. Diagnóstico de la patología vulvar (vulvoscopía)
9. Diagnóstico de la patología peniana (penescopía) [8]

## **TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA:**

Existen varios hechos que han dificultado la comprensión del valor de la colposcopia y, por lo tanto, su difusión. El primero es la terminología utilizada que con frecuencia ha incorporado términos histológicos para designar imágenes colposcópicas creando así confusiones entre la correspondencia de los cuadros colposcópicos e histológicos. En segundo lugar, se han establecido relaciones excesivamente simples entre las imágenes observadas al colposcopio y su substrato microscópico, por último, para comprender el valor real de la colposcopia, es necesario conocer las estructuras microscópicas normales y patológicas del cuello uterino. [4, 7, 8]

## **TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA DE BURGHARDT**

### **I. Hallazgos colposcópicos normales.**

- a. Epitelio pavimentoso original.
- b. Ectopia (Epitelio Cilíndrico)
- c. Zona de transformación

### **II. Hallazgos colposcópicos anormales**

- a. Queratosis (leucoplasia)
- b. Punteado
- c. Mosaico
- d. Zona de Transformación insólita

- e. Erosión (Ulcera)
- f. Área Yodo clara netamente circunscrita insignificante.

### **Carcinoma Invasor Sospechoso.**

#### **Carcinoma Invasor**

#### **Otros hallazgos colposcópicos (miscelánea)**

- a. Alteraciones inflamatorias.
- b. Pólipos.
- c. Papiloma-Condiloma.
- d. Alteraciones atróficas.
- e. Otros. [8,11]

### **3. BIOPSIA CERVICAL**

Es el método que habitualmente utilizamos para extraer pequeños fragmentos de tejido, ya que no precisa anestesia se puede practicar bajo control colposcópico, dirigiendo de esta manera la toma de la muestra hacia los puntos más sospechosos, si se efectúa más de una toma, siempre se empezara por el labio posterior para evitar que el sangrado dificulte la visión, la pinza utilizada es un sacabocado, constituida por una parte fija y una parte móvil cortante.

En la superficie que queda sangrante se aplica un taponamiento vaginal, por varias horas o electrocoagulación y la muestra se coloca en formalina 10%. [8, 10, 17]

#### **Procedimientos terapéuticos:**

##### **1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS NIC**

La histerectomía ha sido durante muchos años el tratamiento de elección para el carcinoma IN SITU del cuello uterino. En la década de 1960 se introdujo la conización mediante bisturí en frío y ha mediado de la década de 1970 los tratamientos conservadores, en los años de la década de los

80s, algunos de ellos utilizaron según el sitio y no la gravedad de la lesión, ha mediado de la misma década la conización con LASER y por último con el LEEP. [7, 22]

Todos estos métodos de tratamiento han puesto en evidencia la posibilidad de obtener resultados, comparables, a la cirugía cruenta con la ventaja específica de la conservación anatómica y funcional del órgano; según los modernos conceptos de radicalidad en Oncología, se define como tratamiento ideal a la modalidad terapéutica que permite la extirpación selectiva del área de tejido neoplásico, con el máximo respeto de tejido sano circundante, teniendo en cuenta las modalidades de discusión de extensión microscópica de la enfermedad. [8]

En conocimiento de la historia natural y la definición diagnóstica exacta de la lesión preinvasora, en cuanto a la extensión en superficie y en profundidad, representa la premisa indispensable para la selección de pacientes a tratamiento conservador.

## **2. Crioterapia.**

Es un método que ha tenido amplia difusión en la década de 1970, sobre todo en los Estados Unidos. La Crioterapia de las lesiones cervicales aprovecha el efecto lesivo de la Hipotermia sobre tejidos humanos. El instrumento está constituido esquemáticamente por una sonda de extremo en Perilla, intercambiable de diferentes formas y dimensiones a través de la cual el paso de gas refrigerante provoca un descenso de la temperatura hasta los valores de  $-800\text{ C} / -900\text{ C}$ . [8, 21]

El efecto destructivo deriva de la compleja interacción de diferentes procesos Biológicos en la adyacencia inmediata del tejido congelado, el progresivo descenso de la temperatura comporta un cambio de estado del agua intracelular con cristalización, y rotura de las membranas celulares; la Criocirugía puede realizarse con un solo ciclo de congelamiento o con dos ciclos. Durante el tratamiento la paciente puede advertir una sensación de calambre abdominal análoga a la que se experimenta en el curso de la electrocoagulación, pero de menor intensidad. Las reacciones más violentas son rarísimas. [7, 10, 18]

La Sintomatología en los días sucesivos a la Crioterapia no es diferente de la que sigue con tratamiento con electrocoagulación, desde el primer día del tratamiento se producen el área

necrosada abundantes pérdidas vaginales no sanguíneas, el tiempo de curación con reepitelización completa; se extiende de 6-8 semanas.

### **3. Conización con Bisturí Frío.**

La conización fue introducida por Miller y Todd en 1938, más adelante el Bisturí eléctrico fue sustituido por el Bisturí en frío angulado para obviar la necrosis del tejido sometido. [7]

La conización consiste en la extirpación de un cono de tejido en ápice truncado, cuya circunferencia de base pasas por fuera de la zona yodo negativa con la solución de lugol y cuyas paredes comprenden en canal cervical en buena parte de su altura, siendo finalmente una técnica diagnóstica y curativa. [18, 20]

### **4. Electrocoagulación.**

La Electrocoagulación se utiliza desde mediado de la década de 1950 para el tratamiento del CIN, el cual no fue tan popular debido al número de factores como el dolor Pélvico por contracción del útero, dolor vaginal debido al calor, las pérdidas vaginales después de la intervención. La elevada frecuencia de complicaciones tardías como la Estenosis Cervical y sobre todo el alto porcentaje de residías o de persistencia de la enfermedad. [8]

### **5. Termocoagulación.**

Propuesta por Semm, en la década de 1960 para destrucción de lesiones benignas, y en 1983 para el tratamiento del CIN. La termo coagulación aprovecha el efecto destructivo del calor sobre los tejidos humanos. Esto requiere una instrumental similar y una técnica de ejecución no diferente a la Crioterapia. A diferencia de la termo coagulación, no hay paso de corriente eléctrica al organismo y el aumento de la temperatura en el Epitelio se produce una irradiación térmica, las facilidades de ejecución que permite así mismo que un operador poco experimentado obtenga la destrucción del Tejido Cervical con una profundidad de 2 a 4 mm, y una extensión predeterminada de acuerdo con las dimensiones de las sondas utilizadas, lo cual constituye la principal ventaja del método. Por otro lado, la escasa flexibilidad del método, unido a un efecto destructivo excesivamente estandarizado constituye la alimentación principal. La técnica ofrece escasos efectos colaterales como el sangrado y pérdida vaginal. [16, 21]

## **6. Diatermia Quirúrgica (LEEP).**

La Diatermia Quirúrgica (ASA DIATERMICA) y en la actualidad LEEP del acrónimo del inglés “Loop Electrosurgical Escisión Procedures). El ASA diatérmica fue introducida en Francia en los primeros años de la primera década de 1940 por Palmer para la Escisión de Pólipos Cervicales. Después fue ampliamente utilizado por Couper y por Cartier para tomar muestra de la transformación atípica. Hacia fines de la década de 1980 Boulanger y Col. Utilizaron el ASA diatérmica como método quirúrgico del CIN a método terapéutico. [8]

El ASA diatérmica es un instrumento ablativo constituido por un electrodo activo de diferentes perfiles, con filamentos metálicos cuyo espesor no debe ser superior a 2/10 de mm, que se utiliza para la función de corte coagulante con emisión de corriente alternada de alta frecuencia, regulada en la medida apropiada. [7, 8]

### **Las ASAS de las viejas generaciones son:**

- El ASA clásica
- El ASA de Cartier
- El ASA rotatorio.

El porcentaje de complicaciones (Hemorragias Perioperatorias y Postoperatorias, Infecciones, Estenosis Cervical) del tratamiento es escisional con LEEP está comprendido entre el 6-12 %. En el periodo Postoperatorio son frecuentes las perdidas vaginales no hemáticas. La Escisión completa del CIN con LEEP se obtiene con mayor frecuencia cuanto menos penetra la lesión en el canal. La principal ventaja del LEEP es poder efectuar el diagnóstico y tratamiento en una única sesión. La segunda ventaja es que el instrumental para el LEEP es poco costoso en relación con el costo del aparato LASER. [8, 16, 25]

## **7. Histerectomía**

Es la Extirpación del útero con preservación de los anexos, indicada cuando por conización cervical los bordes de las piezas operatorias no están libres de enfermedad o cuando existen una Citología Cérvico vaginal anormal persistente después de la conización o con la presencia de Ca IN SITU. [8]

## **Flujograma para el manejo de las LEIBG y LEIAG**

### **Tamizaje con prueba de ADN del VPH (mujeres mayores de 30 años)**

Positiva:	hacer citología o IVAA.
Citología Positiva:	seguir protocolo de citología.
IVAA Positivo:	seguir protocolo de IVAA.
Citología con Sospecha de Cáncer:	Referir para diagnóstico y Tratamiento.
IVAA con Sospecha de Cáncer:	Referir para diagnóstico y Tratamiento.
Citología o IVAA Negativa:	repetir VPH al año.
VPH al año negativo:	realizar tamizaje a los 5 años.
VPH al año positivo:	hacer Colposcopia.
Colposcopia positiva:	seguir protocolo de Colposcopia.
Colposcopia negativa:	repetir citología y VPH al año.

### **Tamizaje con citología**

Citología Positiva en mujeres mayores de 25 años

#### **ASC-US o Lesiones de Bajo Grado (LBG)**

- ✓ Repetir citología en un año.
- ✓ Control anual negativo: tamizaje cada 3 años.
- ✓ Control anual positivo: hacer Colposcopia.
- ✓ Colposcopia Negativa: Tamizaje cada 3 años.
- ✓ Colposcopia Positiva con o sin biopsia: Tratamiento con Crioterapia.

#### **Lesiones de Alto Grado (LAG)**

- ✓ Hacer Colposcopia con o sin Legrado Endocervical
- ✓ Colposcopia Negativa: Legrado endocervical biopsia control en 1 mes
- ✓ Colposcopia nuevamente negativa y LEC negativo: Repetir Colposcopia con o sin LEC.
- ✓ A los 6 meses, luego anual y si es negativa entonces seguimiento a los 3 años.
- ✓ Colposcopia positiva a los 6 meses (con o sin biopsia) o LEC negativo: Hacer ASA.
- ✓ DIATERMICA o Crioterapia.

- ✓ Colposcopia positiva a los 6 meses (con o sin biopsia) o LEC positivo: Hacer ASA
- ✓ DIATERMICA
- ✓ Control anual negativo: seguimiento cada 3 años.
- ✓ Control anual positivo: Repetir ASA DIATERMICA (solamente podrán hacerse 2 Asas Diatérmicas por paciente)

### **Grupos especiales**

Citología Positiva en Pacientes menores de 25 años

ASC-US o Lesiones de Bajo Grado (LBG)

- ✓ Repetir citología en un año.
- ✓ Control anual negativo: tamizaje cada 3 años.
- ✓ Control anual positivo: repetir tamizaje en 1 año
- ✓ Segundo control anual negativo: tamizaje cada 3 años
- ✓ Segundo control anual positivo: hacer Colposcopia con o sin biopsia.
- ✓ Colposcopia Negativa: Tamizaje cada 3 años
- ✓ Colposcopia Positiva con o sin biopsia: Tamizaje cada 3 años con citología y colposcopía.

### **Lesiones de Alto Grado (LAG)**

- ✓ Hacer Colposcopia con o sin Legrado Endocervical
- ✓ Colposcopia Negativa: Legrado endocervical biopsia y cita de control en 1 mes para entrega de resultados.
- ✓ Colposcopia de control a los 6 meses con resultado negativo y LEC negativo: Tamizaje cada 3 años.
- ✓ Colposcopia de control positiva (con o sin biopsia) o LEC Positivos: Hacer ASA DIATERMICA. Escisión tipo I o II y Control con citología y colposcopía al año.
- ✓ Control anual negativo: seguimiento cada 3 años
- ✓ Control anual positivo: Repetir ASA DIATERMICA

## **Citología positiva en mujeres Posmenopáusicas**

### **ASC-US o Lesiones de Bajo Grado (LBG)**

- ✓ Si hay Atrofia Severa de Cérvix: Tratamiento con estrógenos locales por 8 semanas.
- ✓ Repetir PAP 2 semanas después de finalizar el tratamiento.
- ✓ Si la citología es Negativa: Tamizaje cada 3 años.
- ✓ Si la citología es Positiva: hacer Colposcopia con o sin biopsia y LEC.
- ✓ Colposcopia negativa y LEC negativos: Tamizaje cada 3 años
- ✓ Colposcopia Positiva y LEC negativo: Tratamiento con Crioterapia
- ✓ Colposcopia negativo y LEC positivo: Asa Diatérmica o Cono Frío
- ✓ Colposcopia positiva y LEC positivo: Asa Diatérmica o Cono Frío
- ✓ Si la mujer no responde al tratamiento con estrógeno local y no es posible realizar legrado endocervical: seguimiento anual con Papanicolaou.

### **Lesiones de Alto Grado (LAG)**

- ✓ Si hay Atrofia Severa de Cérvix: Tratamiento con estrógenos locales por 8 semanas.
- ✓ Hacer Colposcopia con o sin Biopsia y LEC 2 semanas después de finalizar el tratamiento.
- ✓ Colposcopia Negativa y LEC Negativo: Repetir Citología y Colposcopia a los 6 meses.
- ✓ Colposcopia de control Negativa y LEC Negativo: Tamizaje cada 3 años -Colposcopia Positiva y LEC negativo: Tratamiento con Asa Diatérmica (recomendado) o Histerectomía según criterios definidos en protocolo.
- ✓ Colposcopia negativo y LEC positivo: Asa Diatérmica o Cono Frío
- ✓ Colposcopia positiva y LEC positivo: Asa Diatérmica, Cono Frío o Histerectomía.

## **Citología positiva en mujeres embarazadas:**

### **ASC-US o Lesiones de Bajo Grado (LBG)**

- ✓ Valorar 12 semanas después del parto
- ✓ Seguir protocolo general basado en el resultado de la citología

### **Lesiones de Alto Grado (LAG)**

- ✓ Realizar una Colposcopia sin biopsia ni legrado endocervical para descartar invasión.
- ✓ Valorar 12 semanas después del parto
- ✓ Seguir según protocolo general basado en el resultado de la citología

### **Citología positiva en mujeres Inmunodeprimidas**

Mujeres con CD4 igual o mayor a 200 uc/ml o tratamiento antirretroviral: seguir igual Tamizaje que para mujeres sin inmunodepresión.

Mujeres con CD4 menor a 200 uc/ml o sin tratamiento retroviral:

### **ASC-US o Lesiones de Bajo Grado (LBG)**

- ✓ Colposcopia con biopsia
- ✓ Colposcopia y biopsia negativa: Tamizaje con citología y colposcopia cada 6 meses por 12 meses
- ✓ Colposcopia y biopsia negativa: seguimiento anual
- ✓ Colposcopia y biopsia positivas: crioterapia y control anual.
- ✓ Control anual negativo: controles anuales
- ✓ Control anual positivo: ASA DIATERMICA

### **Lesiones de Alto Grado (LAG)**

- ✓ Colposcopia con biopsia y LEC si es necesario
- ✓ Colposcopia- biopsia y LEC negativos: Control cada 6 meses por 12 meses.
- ✓ Control anual negativo: seguimiento anual
- ✓ Colposcopia-biopsia o LEC positivos: ASA DIATERMICA. Control cada 6 meses.
- ✓ Control negativo a los 6 meses: continuar control anual con Citología y colposcopia.
- ✓ Control positivo a los 6 meses: Histerectomía

### **Atipia de Células Glandulares**

Atipia Sin Otra Especificación (NOS):

- ✓ Hacer Colposcopia, Biopsia y legrado endocervical

- ✓ Resultados negativos: citología y VPH a los 12 meses
- ✓ Se confirma Neoplasia: referir a Oncología.

No se descarta Neoplasia Endocervical (ACG-H):

- ✓ Colposcopia y Legrado endocervical
- ✓ Estudio endometrial (para mujeres mayores de > 40 años)
- ✓ Colposcopia Negativa: ASA Diatérmica o Cono Frío
- ✓ Se confirma Neoplasia: Referir a Oncología

No se descarta Neoplasia Endometrial:

- ✓ Legrado Endocervical, Legrado Endometrial y Ultrasonido Transvaginal.
- ✓ Ambos resultados negativos: hacer Colposcopia y seguir protocolo.
- ✓ Se confirma Neoplasia: Referir a Oncología

#### **Adenocarcinoma In Situ:**

- ✓ Hacer Colposcopía y Legrado Endocervical
- ✓ Colposcopía positiva y Legrado Positivo: Transferir a Oncología
- ✓ Colposcopía positiva y Legrado Negativo: Seguir Protocolo de Colposcopía
- ✓ Colposcopía negativa y Legrado Positivo: Transferir a Oncología
- ✓ Colposcopía negativa y Legrado Negativo: Asa Diatérmica o Cono Frío

#### **Adenocarcinoma Invasor**

- ✓ Referir a Oncología

#### **Poblaciones Especiales**

Menores de 25 años: igual a las mayores de 25

Mujeres embarazadas: igual a no embarazadas, pero sin realizar legrado endometrial o endocervical.

Mujeres posmenopáusicas: descartar patología endometrial.

### **Tamizaje con IVAA:**

- ✓ Pacientes mayores de 25 años IVAA Negativo repetir en 3 años
- ✓ Pacientes mayores de 25 años IVAA Positivo tratar con crioterapia y seguimiento en 1 año
- ✓ Seguimiento al año negativo: enviar a tamizaje cada 3 años
- ✓ Seguimiento al año positivo: enviar a Colposcopia

### **Indicaciones de Crioterapia**

- ✓ Se podrá indicar Crioterapia a pacientes mayores de 25 años con lesiones IVAA positivas completamente visibles, que cubran menos del 75% de la zona de transformación, que no se introduzcan al endocervix y no se extiendan a vagina.
- ✓ Menores de 25 años con Colposcopia Positiva con o sin biopsia que revele lesiones de alto grado.
- ✓ Mayores de 25 años con Colposcopia Positiva con o sin biopsia que revele lesiones de Bajo grado persistentes de 12 a 24 meses.
- ✓ Mayores de 25 años con Colposcopia Positiva con o sin biopsia que revele lesiones de alto grado.

### **Indicaciones de Asa Diatérmica**

Se podrá indicar Asa Diatérmica a pacientes mayores de 25 años con lesiones positivas al IVAA o a la Colposcopia no visibles completamente, que cubran más del 75% de la zona de transformación y que se introduzcan al endocervix.

- ✓ Se indicará ASA DIATERMICA inmediatamente a pacientes menores de 25 años con Colposcopia Positiva con biopsia que revele Lesiones de Alto Grado persistentes por 2 o más años.
- ✓ Se indicará ASA DIATERMICA inmediatamente a pacientes mayores de 25 años con Colposcopia Positiva con o sin biopsia que revele Lesiones de Alto Grado.

### **Indicaciones de Histerectomía**

- ✓ Mujeres mayores de 30 años con o sin paridad satisfecha con LEIAG residual después de 2 ASAS diatérmicas.
- ✓ Mujeres mayores de 30 años que solicita Histerectomía, con paridad satisfecha y LEIAG residual después de 1 ASA Diatérmica.
- ✓ En mujeres menores de 30 años no está indicada la Histerectomía.

## **Capítulo II. Diseño Metodológico.**

### **2.1 Tipo de Estudio:**

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se evaluó tratamiento brindado a mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG) atendidas en la Clínica Integral de la Mujer *Blanca Nubia Picado* del Hospital Victoria Motta de Jinotega, I Semestre 2016.

### **Área de Estudio:**

Este estudio se realizó en Clínica Integral de la Mujer *Blanca Nubia Picado* del Hospital Victoria Motta de Jinotega.

### **Periodo de estudio:**

Mujeres atendidas durante primer semestre del año 2016.

### **2.2 Universo y Muestra:**

Se estudiaron el 100% de las mujeres que fueron atendidas en la Clínica Integral de la Mujer *Blanca Nubia Picado* del Hospital Victoria Motta de Jinotega que presentaron Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo y Alto Grado en el periodo de estudio, siendo 239 y 99 respectivamente para un total de 338 mujeres a estudio.

### **2.3 Técnicas y procedimientos**

Para el desarrollo de esta investigación se elaboró ficha de recolección. Una vez validado el instrumento se procedió a revisar el libro de registro de patología de la Clínica Integral de la Mujer Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Motta de Jinotega. Además, se constataron datos de las mujeres en estudio en el expediente clínico de cada una de ellas.

## **2.4 Plan de análisis**

La información se procesó con ayuda del programa Epi-info7 para obtener distribución de frecuencia y asociación de variables en números de casos y proporciones. Los resultados se presentan en tablas y gráficos de Word y PowerPoint.

## 2.5 Operacionalización de las variables

Variables	Concepto operacional	Indicador	Escala/Valor
1. Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la actualidad.	Edad cumplida	a. < 20 b. ≥ 20 años
2. Procedencia	Lugar donde habita	Origen	a. Urbano b. Rural
3. Diagnóstico de ingreso	Tipo de lesiones determinadas por tamizaje primario	Tipo de lesiones identificadas	a. ASC-US b. ASC-H c. LEIBG d. LEIAG e. CA in Situ f. CA Invasor
4. Resultados según Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Resultados histopatológicos obtenidos por medio de alguno de los siguientes procedimientos: Biopsia Cervical, colposcopia, asa diatérmica, crioterapia, colpobiopsia.	Tipo de lesiones identificadas y extensión de las mismas.	a. ASC-US b. ASC-H c. LEIBG d. LEIAG e. CA in Situ f. CA Invasor Con bordes libres o tomados que indican la extensión de la lesión.
5. Seguimiento posterior a las indicaciones terapéuticos	Acciones tomadas posterior a los resultados según procedimientos, así como su seguimiento y asistencia al mismo.	Seguimiento brindado una vez tratada la lesión	a. Paps de control b. Inasistentes al seguimiento c. Pendiente tratamiento d. Sin seguimiento e. Histerectomía Abdominal o vaginal f. Referidas a oncología g. Otros

## 2.6 Consideraciones éticas

Para realizar este estudio se solicitó autorización del Director de dicha institución y se tomó en cuenta el derecho a la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas en estudio.

## **Capítulo III. Desarrollo.**

### **3.1 Resultados**

Los grupos de edades en los cuales se presentaron un mayor número de casos de LIEB y Alto Grado se distribuyen de la siguiente manera: 30-49 años el 34.6%, de 25 a 29 años el 28.4%, seguido del grupo de 15 a 24 años con un 24.6%, igualmente las mujeres que formaron parte del presente estudio cuyas edades se encuentran entre los 15 y 49 años pueden presentar tanto una lesión de bajo, como de alto grado.

En relación a la procedencia el 34.3% son de Jinotega, el 11.2% de Santa María de Pantasma, el 10.6% de San José de Bocay y San Rafael del Norte respectivamente, así como el 10% de Wiwilí y San Sebastián de Yalí. Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 1.

Como medios diagnósticos se utilizaron el Papanicolaou y la Biopsia. Sobre un total de 338 mujeres atendidas durante el periodo, se diagnosticaron 224 pacientes con Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, de estas el 100% (224) contaba al menos con un reporte de citología (papanicolaou) y solo a el 6.6% (15) se les realizo Colpobiopsia para confirmar la sospecha diagnóstica de bajo grado. El hecho que a no todas las pacientes con LIEBG se les realice confirmación con toma de biopsia está relacionado a que la mayoría de las pacientes son sometidas a tratamiento con la estrategia “ver y tratar”, sumado al alto número de pacientes jóvenes donde incluso el seguimiento solo con citologías es una opción.

Asimismo, 89 mujeres fueron diagnosticadas con Lesión escamosa intraepitelial de alto grado, de las cuales el 100% (89) contaban con al menos un reporte por citología (papanicolaou) y solo el 11% se les realizó o contaban con un reporte por biopsia como parte de su manejo. Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 2.

Se realizaron 149 colposcopias como parte del abordaje, de las cuales el 58.7% (101/149) se les realizó a pacientes con LIEBG y 55.2% (48/149) a las pacientes con LIEAG, respecto al total de colposcopias realizadas. Pero en relación al total de pacientes con lesiones escamosas, el número de colposcopias solo representó el 47.6% (149/313), de las cuales solo cubrieron el 45% de las LIEBG (101/224) y el 54% (48/89) de las LIEAG. Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 3.

En relación al tratamiento aplicado a las mujeres atendidas en la Clínica de Atención Integral, se realizaron 117 crioterapias y 56 ASA, para un total de 173 procedimientos. Del total de crioterapias realizadas, el 82% (96/117) fueron a mujeres con LIEBG y solo al 18% (21/117) a mujeres con LIEAG. Pero del total de mujeres con alguna lesión escamosa premaligna la crioterapia se realizó solo al 37% (117/313), de las cuales solo se realizó al 43% (96/224) de las pacientes con LIEBG y al 23.59% de las pacientes con LIEAG.

Respecto al ASA térmica, se realizaron 56 en total, de las cuales solo el 3.57% (2/56) se les realizó a pacientes con LIEBG y la gran mayoría que representa el 96.42% (54/56) se les realizó a pacientes con LIEAG. Respecto al total de pacientes con lesiones escamosas, el ASA térmica fue realizada solo al 0.89% (2/224) de las pacientes con bajo grado y el mayor uso fue con pacientes de alto grado donde representó el 60.67% (54/89) del total. Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 4.

En resumen, desde el punto de vista del abordaje inicial de las lesiones escamosas, del total de pacientes con LIEBG (224), el 100% (224) tenía un reporte citológico como medio diagnóstico, se les realizó colposcopia al 45% (101/224), Colpobiopsia solo al 6.69% (15/224) para confirmar diagnóstico en patología, tratamiento con crioterapia al 42.8% (96/224), y con ASA térmica al 0.89% (2/224).

De igual manera, del total de pacientes con LIEAG (89), el 100% (89) tenía un reporte citológico como medio diagnóstico, se les realizó colposcopia al 53.93% (48/89), Colpobiopsia solo al 11.23% (10/89) para confirmar diagnóstico en patología, tratamiento con crioterapia al 23.59% (21/89), y con ASA térmica al 60.67% (54/89), lo que refleja que en el grupo de las pacientes con lesión premaligna alto grado, solo se le realizó algún tipo de tratamiento al 84% (75/89). Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 5

En relación al diagnóstico Histopatológico posterior al tratamiento realizado a pacientes con LEIBG, el resultado de control nos revela que el 42.4% (39 mujeres) aun presentaban una LEIBG, el 31.5% (29 mujeres) presentaban una Cervicitis Crónica, el 22.8% (21 mujeres) Condiloma Plano y el 3.3% (3 mujeres) Metaplasia escamosa.

De igual manera, en relación a las pacientes con LEIAG, el resultado de control reporta el 72.4% (21 mujeres) aun presentaban una LEIAG, el 10.3% (3 mujeres) con LEIBG, el 10.3%

(3 mujeres) presentaban una Cervicitis Crónica, el 6.9% (2 mujeres) Condiloma Plano respectivamente. Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 6.

Con respecto al diagnóstico Histopatológico posterior a la realización de una ASA diatérmica como tratamiento en pacientes con LEIAG el 86.0% (43 mujeres) presentaron aun la LEIAG, el 8% (4 mujeres) una Endocervicitis Crónica y el 4.0% (2 mujeres) una LEIBG. Ver anexos 5.1 Resultados. Cuadro 7.

### **3.2 Discusión**

Se estudiaron 338 pacientes en un corte transversal durante el primer semestre del año 2016, en el cual se consideró el tratamiento brindado a mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG), así como los diferentes factores de riesgo asociados ya establecidos en la literatura ginecológica.

Sobre las características socio demográficas existe un elevado porcentaje de lesiones premalignas en la población de 25 a 49 años, representando el 63% (28.4% de 25-29 y 34.6% de 30-49), lo cual es un hallazgo de mucha relevancia porque está acorde a las recomendaciones internacionales, uno de ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que para tener un buen sistema de detección y tratamiento oportuno del cáncer cérvico-uterino, es necesario intensificar esfuerzos para el tamizaje y tratamiento en mujeres de 30-49 años, debido a que es cuando se detectan más lesiones premalignas y se puede incidir en la tasa de mortalidad, es decir, que aunque se realice tamizaje desde el inicio de la vida sexual, el mayor porcentaje de mujeres tamizadas debe ser entre 30-49 años, para tener un impacto en la reducción de la mortalidad.

Antes de los 30 y después de los 49 años se pueden presentar lesiones, pero en las mujeres más jóvenes es muy probable que algunas lesiones de bajo grado se logren controlar (autolimitado y/o resolución con tratamiento local), en las mujeres de mayor edad es más probable encontrar lesiones avanzadas o ya en carcinoma invasor con menor probabilidad de curación; pero el mayor objetivo es lograr diagnosticar y tratar la mayor cantidad posible de pacientes con lesiones en etapas tempranas y así evitar que lleguen a carcinoma invasor y disminuir considerablemente la mortalidad, que es el objetivo final de la estrategia del tamizaje.

La mujer en su etapa adolescentes por sus características inmunológicas logra desaparecer y limitar la presencia del VPH, recordando igualmente que en ellas la zona de transformación celular al estar anatómicamente en la entrada del cuello cervical permite la toma de una muestra satisfactoria durante el procedimiento, el rango de edad corresponde al periodo reproductivo de la mujer el inicio, de su vida sexual y la exposición a las diferentes patologías

genitales. Lo cual está relacionado con la literatura, ya que una de las cuatro principales fases para el desarrollo de una lesión cancerosa es la infección del epitelio metaplásico de la zona de transformación por una o más tipos carcinógenos del VPH.

En relación a lo antes expuesto se realizó un estudio en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, por González, Thelma Maritza durante los meses de enero 2014 a diciembre 2015, sobre el Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix, donde concluyen que: su grupo etáreo más frecuente encontrado fue el de 20-35 años represento el 51.96 %, seguido por las mayores de 35 años que representaron el 30.33%. [2]

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), tiene como parte de su estrategia de tamizaje, incrementar el número de citología en éste grupo etáreo (30-49 años), por tanto, los datos de este grupo de mujeres tratadas en la clínica, está en relación con los datos encontrados.

De acuerdo al lugar de origen prevalece el área rural, los municipios con mayores porcentajes de pacientes atendidos con LEIBG y Alto Grado proceden de: Jinotega (34.3%), Santa María de Pantasma (11.2%), San José de Bocay (10.6%), esto relacionado con el acceso a las unidades de salud por parte de la población, donde se han atendido a través de brigadas médicas de salud, así como la construcción, remodelación o bien reemplazo de las unidades de salud ya existentes.

El abordaje inicial de las pacientes que acuden a la clínica de la mujer tiene 5 aspectos fundamentales relacionadas a las herramientas descritas en los resultados y están en relación al medio diagnóstico (pap, biopsia), inspección colposcópica y medio terapéutico (crioterapia y ASA térmica), cada uno de los cuales es relevante al evaluar por separado las lesiones de bajo y alto grado

En este estudio es evidente que el medio diagnóstico presente en el 100% de las pacientes con lesiones de bajo y alto grado es la citología cervical (papanicolaou), lo que está acorde con las recomendaciones nacionales e internacionales que señalan el tamizaje con citología cervical como medio costo-efectivo.

Respecto al uso de la colposcopia en una mujer con lesión escamosa, en este estudio el porcentaje global es bajo, tanto en LIEBG realizándose a menos de la mitad de las pacientes (45%) y en los casos de alto grado (53.93%), en la bibliografía internacional se refiere que a todas las pacientes con sospecha por citología cervical de lesión escamosa de bajo o alto grado se le debe realizar inspección colposcópica y/o inspección visual con ácido acético si no hay una lesión fácilmente reconocible. En nuestro ámbito es de relevancia el cumplimiento de la estrategia “ver y tratar” por las condiciones sociodemográficas.

Sin embargo, es necesario hacer mención el uso de la colpo-biopsia para confirmación histopatológica de las lesiones, que, aunque no es necesario que sea en todas las pacientes con lesiones de bajo grado, si lo es en las de alto grado, previo a la realización de cualquier tratamiento. En esta revisión el uso de la biopsia en pacientes con lesiones de bajo grado es del 41.3%, pero es de mayor relevancia el poco uso en las lesiones de alto grado donde solo se realizó en el 44.8%, lo cual representa una dificultad en el manejo, independientemente si se le realiza o no crioterapia posterior a la toma de biopsia, como una estrategia para dar tratamiento, teniendo presente que muchas pacientes son de zonas muy alejadas y existe alta probabilidad que no regresen. Evitando conocer con más exactitud el grado de extensión de la lesión de alto grado también dificultará el seguimiento.

Respecto al uso de las modalidades de tratamiento: crioterapia y el ASA térmica, éste último con enfoque diagnóstico y terapéutico, el estudio refleja la realización de dicho procedimiento en 96 mujeres (98%) de un total de 98 y solo al 28% (21 mujeres de 75) se les realiza crioterapia, prevaleciendo el 54% de mujeres con lesiones de alto grado manejadas con asa diatérmica. El uso de la crioterapia en las lesiones de alto grado estuvo más en relación con la edad de la paciente (jóvenes), así como el bajo uso del ASA térmica en pacientes con lesiones de bajo grado (2%), que no debe usarse, sin embargo, algunas pacientes tenían LIEBG a repetición y la bibliografía internacional lo recomienda. Es importante tener presente que a las lesiones de bajo grado se les puede manejar con seguimiento citológico y de presentar persistencia o progresión en los próximos 12 meses realizar crioterapia o escisión excepto en las mujeres embarazadas, por el mayor riesgo de abortos, partos pretérminos y riesgo de pérdida de la gestación. [2]

Ha sido demostrado que el seguimiento cito-colposcópico en mujeres con Lesión Endocervical Intraepitelial de Bajo grado no debe de considerarse inferior al tratamiento inmediato debido al bajo riesgo de desarrollar una lesión de alto grado; pero no se debe de desconocer que existe el inconveniente del incumplimiento y la ansiedad que genera el manejo expectante en la mujer.

En relación al diagnóstico histopatológico posterior al tratamiento realizado a pacientes con LIEBG, el seguimiento fue dirigido al manejo y seguimiento por: Cervicitis Crónica (31.5%), Condiloma Plano (22.8%) y LEIBG (42.4%). En el caso de las pacientes manejadas con asa diatérmica se dirigió a: LEIAG (86%), Endocervicitis Crónica (8%), LEIGB (4%) y Adenocarcinoma bien diferenciado (2%) respectivamente. La importancia del manejo adecuado y oportuno de la LEIB y alto grado radica en evitar el desarrollo de un cáncer posterior o las complicaciones asociadas al sobre-tratamiento.

El cumplimiento en el seguimiento en las clínicas de atención integral a la mujer en las diferentes unidades de salud debe ser un componente esencial en la evaluación de la eficacia de cualquier programa de prevención de cáncer de cuello uterino, y se ha demostrado que la falta de adherencia es un factor que contribuye a los resultados adversos, en análisis retrospectivos de la enfermedad cervical avanzada. Sin embargo, el no cumplimiento podría estar directamente relacionado al nivel de educación entre más bajas ellas son menos susceptibles a adherirse a las recomendaciones de seguimiento debido a la comunicación ineficaz entre el médico y la paciente. Por lo cual esto deberá tomarse en cuenta al realizar intervenciones educativas donde se explique claramente temas como: condición de salud, necesidad del seguimiento y cuidados posteriores, a fin de evitar que las pacientes que procedan de zonas rurales no reciban la calidad de atención acorde a los servicios de salud con los que cuenta el Minsa.

### **3.3 Conclusiones**

1. El total de las pacientes atendidas en la clínica integral de la Mujer *Blanca Nubia Picado* fueron 388, de ellas 239 son pacientes con LEIG y 99 pacientes con LEIAG. La edad que más predominó corresponde al grupo de 30 a 49 años, seguido del grupo de 15 a 24 años, siendo el primer grupo el de riesgo y al que se le debe dar mayor seguimiento. Las pacientes del Municipio de Jinotega son las que acudieron con más regularidad a la clínica, seguido del Municipio de San José de Bocay, Santa María de Pantasma y San Rafael del Norte.
2. La mayoría de las pacientes que acudieron a la clínica por primera vez fue con resultado de Papanicolaou. Los principales diagnósticos identificados en la captación de las pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Mujer *Blanca Nubia Picado*, fueron en la mayoría por LEIBG, seguido de las LEIAG, siendo las LEIBG las que más inciden en la población y periodo de estudio. En relación a los medios diagnósticos utilizados en las pacientes del presente estudio, se confirmaron a través de la colposcopia un 58.7% y 41.3% por Biopsia la presencia de una LIEBG, así como las LIEAG 55.2% por colposcopia y un 44.8%.
3. Respecto al tratamiento realizado el 54% para las mujeres tratadas con ASA y que presentaron lesiones intraepiteliales de alto grado y 98% en las tratadas con crioterapia, según diagnóstico.
4. En relación al diagnóstico histopatológico posterior al tratamiento realizado a pacientes con LIEBG, el seguimiento fue dirigido al manejo y seguimiento por: Cervicitis Crónica (31.5%), Condiloma Plano (22.8%) y LEIBG (42.4%). En el caso de las pacientes manejadas con asa diatérmica se dirigió a: LEIAG (86%), Endocervicitis Crónica (8%), LEIGB (4%) y Adenocarcinoma bien diferenciado (2%) respectivamente.

### **3.4 Recomendaciones**

1. Definir o bien establecer la realización del Papanicolaou como estudios propios a toda mujer en edad de riesgo al momento de ingreso o atención ambulatoria por el Equipo de Salud desde el sector según el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
2. Organizar campañas de sensibilización masiva a nivel local, comunitario y nacional a favor de la prevención del cáncer cervicouterino de cara a la prevención de la morbimortalidad de la mujer considerando los grupos afectados son muy jóvenes.
3. Establecer o bien fortalecer los mecanismos de captación de pacientes a nivel de las comunidades rurales del municipio de Jinotega, ferias de salud, salidas integrales, visitas de terreno, entre otras.
4. Organizar medios y flujos de atención que acerquen los servicios de salud a las zonas más distantes del país, de tal manera estos servicios se encuentren disponibles a todas las pacientes que los requieran como único medio para el control de la morbimortalidad por cáncer cervicouterino.
5. Realizar actualización en la Norma Técnica de Prevención Detección y Atención del Cáncer Cérvico Uterino al personal de salud a nivel nacional, y así garantizar el medios diagnósticos y terapéuticos, considerando los avances médicos actuales, así como la vigilancia y cumplimiento de los mismo en los centros asistenciales o bien consultorios médicos privados.
6. Continuar con el fortalecimiento de las habilidades técnicas y de equipos de las Clínicas de Atención integral a la Mujer en cada una de las sedes de salud municipal, bien sean: Puestos de Salud, Policlínicos, Centros de Salud Familiar y Comunitarios, Hospitales Primarios, así como Departamentales.

#### **Capítulo IV. Bibliografía.**

1. Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. MINSA 2009.
2. González, Thelma Maritza. Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de Enero 2014 a Diciembre 2015. Tesis (Trabajo Monográfico para optar al Título de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia). UNAN-Managua/ 2015.
3. Gago Espinoza, Iris Gardenia y Hernández, Juan Francisco. Correlación Citocolposcópica e Histopatológica de Lesiones Pre e Invasivas de Cuello Uterino en las pacientes que acuden a la Consulta Ginecológica del Centro de Salud Francisco Morazán, Managua I semestre de 2015. Tesis (para optar al título de medicina y cirugía). UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. 2015.
4. Cárdenas Cárcamo; Ligia Lorena. Correlación clínica Colpocitohistopatológica de lesiones cervicales. HEODRA. 1989-1991. Tesis (para optar al título especialidad ginecoobstetricia). UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. Enero 1993.
5. Castellón Benavides, Janeth. Hallazgo colposcópicos e histológicos en pacientes con citología cervical positiva por infección de virus del papiloma humano en el HEODRA. 1999. Tesis (especialidad en ginecología y obstetricia) UNAN-León. / Biblioteca HEODRA. 1999.
6. Cruz Sánchez Luis; Medina Eveling; Méndez Carolina. Factores de Riesgos asociados a neoplasia intraepitelial cervical en mujeres del Municipio de Mirafior, Estelí que se les realizó papanicolaou de Enero a Noviembre de 1999. Tesis (para optar al título de medicina y cirugía) UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud, Campus Médico.

7. Delgadillo Vivas; Brenda Patricia. Cáncer cérvico uterino en el Departamento de León de 1999-2002. Tesis (para optar al título ginecoobstetricia) UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. Marzo. 2003.
8. Delgado G.; Nelson. Correlación citológica, colposcopia e histológica de pacientes con Atipia escamosa en el Hospital Bertha Calderón Roque de Abril-Septiembre 1995. Managua, UNAN/Biblioteca Nacional De La Salud Concepción Palacios.
9. Dexeussi; López Maríns. Tratado y Atlas de Patología cervical. Colposcopia y Microscopia. 1989. Madrid, España.
10. Gerald P. Muphy MD; Walter Lawrene; Raymond E. Lenhard. Oncología Clínica. Manual de la American Cáncer Society. II Edición. O.P.S. 1996
11. Howard Jones, Colston W. Anne, Burnett Jonie. Tratado de Ginecología de Novak. 11ava Edición. Editorial Interamericana S.A. McGraw-Hill. 1991. México.
12. Hopkins Johns. Ginecología y Obstetricia Editorial Marban. 2005. Marban. España.
13. Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak. 13ra Edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana S.A. 2004. México D.F.
14. López Jenny; Villanueva Jenny. Evaluación de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical y seguimiento realizado a través del programa de detección oportuna de cáncer en el Departamento de Patología del HEODRA de 1997-1998. Tesis (para optar al título medicina y cirugía) UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud, Campus Médico.
15. López Cristela; López Jamileth; Villanueva Lenni. Evaluación y seguimiento de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervicouterino en el programa de detección

- oportuna del cáncer cérvico uterino diagnosticadas en el Departamento de Patología. HEODRA de 1994-1995 Trabajo de Investigación en Salud. UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. Agosto 1996.
16. Latino Gaytán; José Santos; Hernández; Patricio José. Detección precoz de cáncer cérvico uterino a través del papanicolaou en mujeres en estado fértil del Municipio de San Juan de Oriente de Abril – Septiembre de 1997. Tesis (optar al título de medicina y cirugía) UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud. Campus Médico.
  17. Martin L. Pernoll - Alan H. Decherney. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. 7ma edición de la 8ava edición en inglés. Editorial Manual Moderno. 1997. México D.F.
  18. Normas de prevención y atención del cáncer cérvico uterino. Departamento de atención integral a la Mujer. Septiembre 2000 MINSa.
  19. Normas de promoción, prevención y atención del cáncer cérvico uterino. II Borrador. Plan Nacional de Salud. 2004-2015. Minsa.
  20. J, Montero León et al. Tratamiento y seguimiento de las lesiones pre malignas del cuello uterino Rev. Cubana Cir v.47 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2008.
  21. A, Agüero et al. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. Rev Obstet Ginecol Venez Vol. 72, N° 2, junio 2012 pp 89-102.
  22. E. Medina-Villaseñora, et al. Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. La Gaceta Mexicana de Oncología (GAMO) Vol. 13. Núm. 1. pp 12-25. Enero 2014

**Capítulo V.**

# *Anexos*

## 5.1 Tablas de Resultados

Cuadro 1.

<b>Edad y procedencia de las mujeres diagnosticadas con LEIB* y Alto Grado** atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016</b>						
<b>EDAD</b>	<b>TIPO DE LESIONES</b>					
	<b>LEIBG n= 239</b>		<b>LEIAG n= 99</b>		<b>TOTAL n: 338</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<15	1	0.4	10	10.1	11	3.3
15-24	77	32.2	6	6.1	83	24.6
25-29	38	15.9	58	58.6	96	28.4
30-49	102	42.7	15	15.2	117	34.6
50-59	18	7.5	8	8.1	26	7.7
60 a más	3	1.3	2	2.0	5	1.5
<b>Municipio de Procedencia</b>						
Jinotega	<b>88</b>	<b>75.9</b>	<b>28</b>	<b>24.1</b>	<b>116</b>	<b>34.3</b>
Santa María de Pantasma	24	63.1	14	36.8	38	11.2
San José de Bocay	30	83.3	6	16.7	36	10.6
San Rafael del Norte	28	77.8	8	22.2	36	10.6
Wiwilí	19	55.9	15	44.1	34	10
San Sebastián de Yalí	23	67.6	11	32.3	34	10
El Cua	16	61.5	10	38.5	26	7.7
TIRED AWB	6	46.1	7	53.9	13	3.8
La Concordia	5	100	0	0	5	1.5

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

**Cuadro 2.**

**Diagnóstico de Primera Instancia en mujeres atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016**

Medio Diagnostico	LEIBG*		LEIAG**		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Papanicolaou	224	93.7	89	89.9	313	92.6
Biopsia	15	6.3	10	10.1	25	7.4
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

**Cuadro 3.**

<b>Resultado según medio diagnóstico aplicado a pacientes con LEIB* y Alto Grado** en mujeres atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016</b>				
<b>Medio Diagnóstico</b>	<b>LEIBG</b>		<b>LEIAG</b>	
	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Colposcopia	101	58.7	48	55.2
Biopsia	71	41.3	39	44.8
<b>Total</b>	172	100.0	87	100

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

**Cuadro 4.**

<b>Tipo de tratamiento realizado a pacientes con LEIB* y Alto Grado** atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016</b>				
<b>Tipo de Tratamiento</b>	<b>LEIBG</b>		<b>LEIAG</b>	
	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Crioterapia	96	98.0	21	28.0
Asa Diatérmica	2	2.0	54	72.0
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

**Cuadro 5.**

<b>Resumen de las pacientes con LEIB* y Alto Grado** y abordaje diagnóstico-terapéutico en mujeres atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016</b>					
	<b>Colpo-biopsia</b>	<b>Papanicolaou</b>	<b>Colposcopia</b>	<b>Crioterapia</b>	<b>ASA térmica</b>
<b>LIEBG (n=224)</b>	15	224	101	96	2
<b>LIEAG (n=89)</b>	10	89	48	21	54
<b>Subtotal</b>	25	313	149	117	56
	338				

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

**Cuadro 6.**

**Diagnostico Histopatológico posterior al tratamiento realizado a pacientes con LEIB\* y Alto Grado\*\* en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016**

Diagnostico	LEIBG n: 92		LEIAG n: 29	
	Número	%	Número	%
Cervicitis Crónica	29	31.5	3	10.3
Condiloma Plano	21	22.8	2	6.9
Metaplasia escamosa	3	3.3	0	0.0
LEIBG	39	42.4	3	10.3
LEIAG	0	0.0	21	72.4

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

**Cuadro 7.**

<b>Diagnostico Histopatológico por ASA diatérmica posterior al tratamiento en pacientes con LEIB* y Alto Grado** atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016</b>				
<b>Resultado</b>	<b>LEIBG n: 2</b>		<b>LEIAG n: 50</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Endocervicitis Crónica	1	50.0	4	8.0
LEIGB	1	50.0	2	4.0
LEIAG	0	0.0	43	86.0
Adenocarcinoma bien diferenciado	0	0.0	1	2.0

Fuente: Instrumento de Recolección de Información.

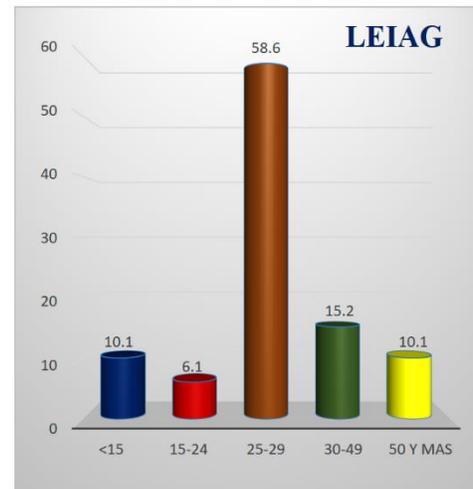
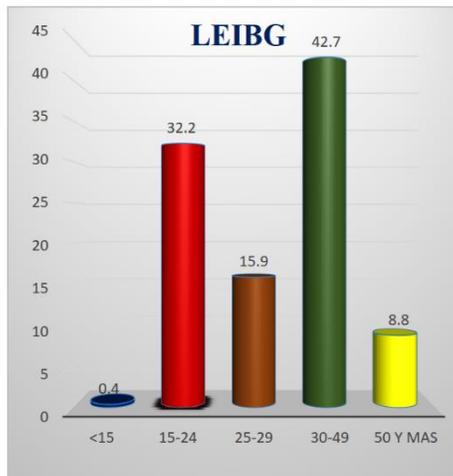
\*Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado

\*\* Lesiones Escamosas Intraepitelial de Alto Grado

## 5.2 Gráficos de Resultados

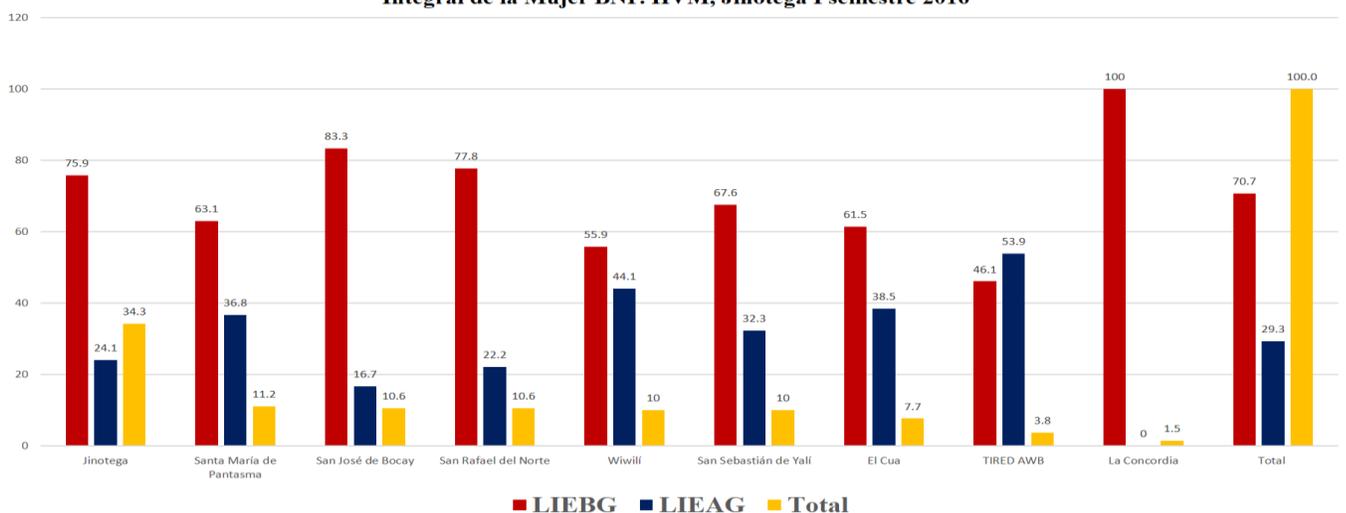
Gráfica: No. 1 y 2

Edad y Tipo de Lesión de las Mujeres Atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I Semestre 2016.



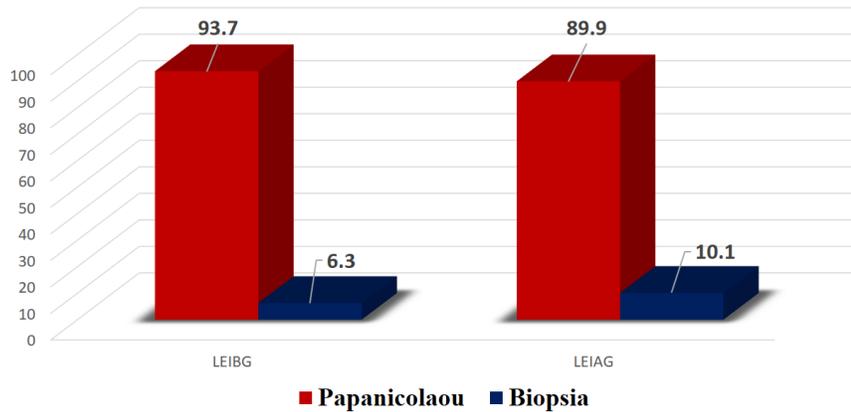
Fuente: Cuadro No. 1

Gráfica: No. 3 Procedencia de mujeres diagnosticadas con LEIBG y LEIAG atendidas en la clínica Integral de la Mujer BNP. HVM, Jinotega I semestre 2016



Fuente: Cuadro No. 1

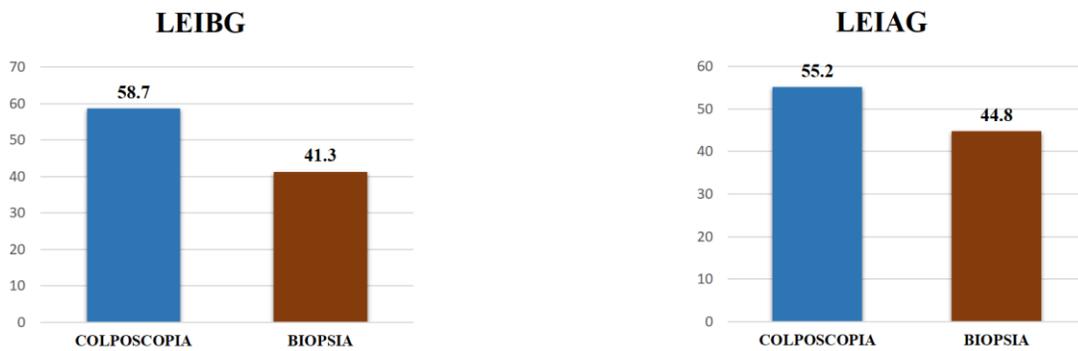
**Gráfica: No. 4 Diagnóstico de Primera Instancia en mujeres atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Motta, Jinotega I semestre 2016.**



Fuente: Cuadro No. 2

**Gráfica No. 4 y 5**

**Resultados según medio diagnóstico utilizado en las mujeres atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I Semestre 2016.**



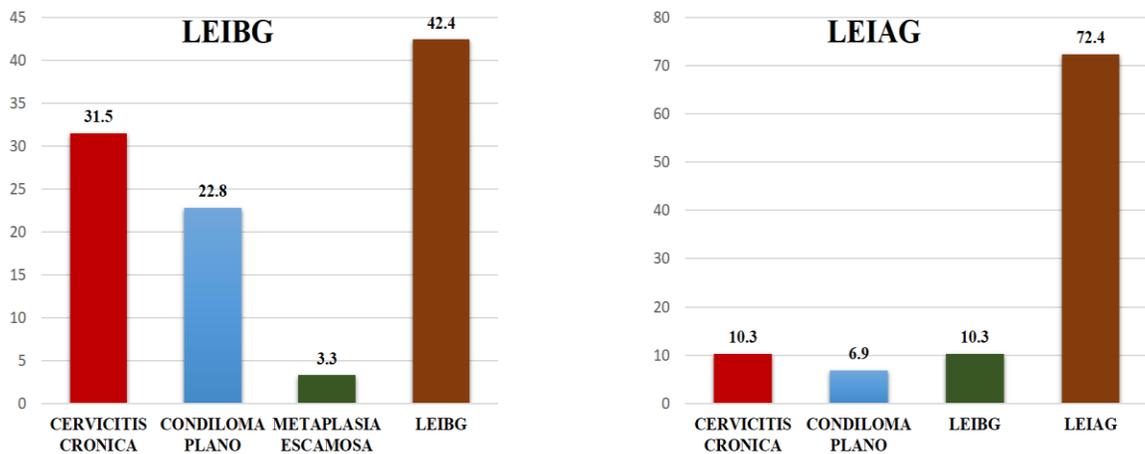
Fuente: Cuadro No. 3

**Gráfica No. 6 Tipo de tratamiento aplicado a las mujeres con lesiones escamosas de bajo y alto grado atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I Semestre 2016.**



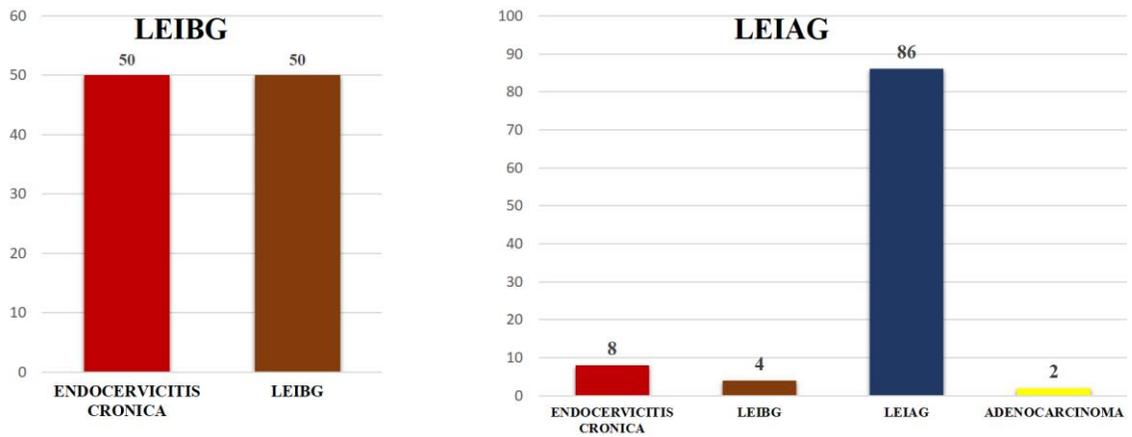
Fuente: Cuadro No. 4

**Gráfica No. 7 Diagnóstico Histológico posterior al Tratamiento aplicado a las Mujeres con Lesiones Escamosas de Bajo y Alto Grado atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I Semestre 2016.**



Fuente: Cuadro No. 6

**Gráfica No. 8 Diagnóstico Histológico por Asa Diatérmica Posterior al Tratamiento aplicado a las Mujeres con Lesiones Escamosas de Bajo y Alto Grado Atendidas en la Clínica Integral Blanca Nubia Picado. Hospital Victoria Motta, Jinotega I Semestre 2016**



Fuente: Cuadro No. 7

### 5.3 Instrumento de Recolección de la Información

Evaluación del tratamiento en mujeres diagnosticadas con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG-LEIAG) en pacientes atendidas en la clínica de la Mujer Blanca Nubia Picado del Hospital Victoria Mota del Departamento de Jinotega, Enero a Junio 2016.

<b>I- Datos Generales</b>	
1. Edad en años: /___/___/	2.Procedencia: 1. Urbana: <input type="checkbox"/> 2. Rural: <input type="checkbox"/>
<b>II- Diagnóstico de ingreso:</b>	
Resultado de Papanicolaou y/o resultado biopsia de cérvix:	
a) ASC-US	
b) ASC-H	
c) LEIBG	
d) LEIAG	
e) NOS	
f) ACG-H	
g) Adenocarcinoma in situ	
h) Adenocarcinoma invasor	
<b>III- Resultados según procedimientos diagnósticos y terapéuticos</b>	
Procedimiento (Marque con una X)	Resultados
Colposcopia	
Colpo Biopsia	
Biopsia de cérvix	
Crioterapia	
ASA Diatérmica	
<b>IV- Seguimiento posterior a las indicaciones terapéuticos</b>	
1) Papanicolau de control	
2) Inasistentes al seguimiento	
3) Pendiente tratamiento	
3) Sin seguimiento	
4) Histerectomía Abdominal o vaginal	
5) Referidas a oncología	
6) Otros	