



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

Facultad Ciencias Medicas

**Tesis monográfica para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.**

**“Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidas en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021.”**

**Autores:**

Br . Luis Daniel Alemán Quintanilla.

Br. Serge Odel Sandoval Aguilar

**Tutor:**

Dr. Humberto Urroz.

Especialista en Medicina de Emergencia

Master en Docencia Universitaria e Investigación

Postgrado en Farmacología Clínica e Investigación Farmacología

Ejecutivo de Docencia de Grado UNAN Managua.

## **Agradecimientos**

A Dios Todo poderoso por habernos dado la vida, permitirnos haber finalizado la carrera y por ser nuestra principal guía y fuerza en el camino.

A la UNAN-MANAGUA por habernos aceptado para ser parte de ella en esta ardua carrera y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera, así como a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante

Al Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa por la orientación científica que nos dieron en nuestro trabajo y por habernos permitido realizar esta investigación ofreciéndonos todo su apoyo e información necesaria para ello.

A nuestro tutor metodológico de tesis, el Dr. Humberto Urroz Talavera por su acompañamiento previo y por habernos brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades y orientaciones, así como también habernos tenido la paciencia para dirigirnos durante todo el desarrollo de la tesis

Agradecemos a nuestros compañeros de clases que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado de gran manera nuestras ganas de seguir adelante en nuestra carrera profesional, y principalmente a nuestros padres que estuvieron motivándonos desde el inicio hasta finalizar nuestros estudios.

## **Dedicatoria**

A Dios por los ánimos, las fuerzas y la paciencia que me dio para llegar al final de esta meta y a mi familia por su apoyo incondicional en todo el proceso.

Luis alemán Quintanilla.

A Dios Todo poderoso y a mi madre, por tu apoyo diario e incondicional que a lo largo de mi vida me ha llevado por el camino del bien. Por eso te doy mi trabajo en forma de gratitud, por tu paciencia y amor madre mía, te amo.

Serge Odel Sandoval Aguilar

## Opinión del tutor

El presente estudio monográfico sobre “**Comportamiento clínico y epidemiológico de las Alteraciones Citológicas en pacientes atendidas en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020-2021**”, realizado por los **Bachilleres Luis Daniel Alemán Quintanilla y Serge Odel Sandoval Aguilar**, es un tema de interés y de mucha importancia poco en el grupo vulnerables la mujer ante enfermedades oncológicas.

Es fundamental que la mujer entienda la importancia de realizar un examen de Papanicolaou (PAP) anualmente ya que con el mismo podemos detectar: anormalidades de las células del cuello uterino, Infecciones e inflamación cervical y vaginal y adelgazamiento mucoso por falta de estrógenos. La mayoría de las mujeres desconoce específicamente el motivo por el cual debe realizarlo.

Es un problema de salud pública mundial, que para poder reducir considerablemente las tasas de prevalencia y mortalidad se han generado programas de detección mediante el frotis cervical con el Papanicolaou más el seguimiento terapéutico adecuado, siendo en Nicaragua el más importante el programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud. La información oportuna y un proceso continuo de evaluación integral a la mujer, es uno de los principales determinantes para mejorar la cobertura del programa de PAP en nuestras unidades de salud, el éxito de los programas educativos para la prevención de toda patología. La importancia que merece esta investigación sobre resultados con lesiones cervicales en nuestro medio es la comprensión de la paciente ante dicha condición, el tener estudios innovadores como éste de asociación de dos procedimientos diagnósticos, permitirá una mejor aceptación de la paciente y mejor entendimiento de la importancia del estudio

La finalización de este trabajo ha sido posible por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los Bachilleres: **Alemán Quintanilla y Sandoval Aguilar**, durante todo el proceso de la Investigación, les permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico. Por lo anterior expuesto felicito a los bachilleres por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúe profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

## Resumen

El presente estudio tiene por **objetivo** Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez, municipio Rio Blanco, Matagalpa, período Diciembre 2020- 2021.

**Metodología** Es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo con enfoque cuantitativo, el universo estuvo conformado por 390 pacientes y la muestra de 61 usuarias que se realizaron Papanicolaou y cuyo resultado determinara una lesión de alto o bajo grado en el período de estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la fuente de información fue secundaria extraída de los expedientes clínicos, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de información dividido en 4 apartados: Características sociodemográficas, Antecedentes personales, alteraciones citológicas y tratamiento empleado, para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS versión pendiente.

**Resultados:** En relación a las características sociodemográficos predominó el grupo etario mayores de 46 años, amas de casa, de procedencia rural, con escolaridad primaria, solteras, antecedentes no patológicos fue el consumo de alcohol y tabaco, los antecedentes personales patológicos fue la EPI, el inicio de vida sexual activa fue 16-19 años, menarca 13-15 años, número de compañeros sexuales 1, método de planificación familiar utilizado gestágenos orales, la ITS fue la Tricomoniasis, bigestas, partos, cesáreas y abortos 1 respectivamente. Los resultados del Sistema Bethesda fueron lesiones de bajo grado y los resultados del sistema Richard fue el NIC1. El manejo terapéutico más empleado en las pacientes fue conservador.

**Conclusiones** En relación con las características sociodemográficos encontramos que predominó el grupo etario de mayores de 46 años, amas de casa, de procedencia rural, con escolaridad primaria, solteras. Los resultados generados en el sistema de Sistema Bethesda en las usuarias investigadas fueron lesiones de bajo grado y los resultados del sistema Richard fue el NIC1

**Palabras claves:** Citología, LEIBG, Edad fértil, Comportamiento.

# INDICE

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>CAPITULO I</b> .....                                  | <b>1</b>  |
|          | <b>1.1. INTRODUCCION</b> .....                           | <b>1</b>  |
|          | <b>1.2 ANTECEDENTES</b> .....                            | <b>2</b>  |
|          | <b>1.3 JUSTIFICACION</b> .....                           | <b>5</b>  |
|          | <b>1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....              | <b>6</b>  |
|          | <b>1.5 OBJETIVOS</b> .....                               | <b>7</b>  |
|          | <b>1.6 MARCO TEORICO</b> .....                           | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>CAPITULO II</b> .....                                 | <b>34</b> |
|          | <b>2.1 DISEÑO METODOLOGICO</b> .....                     | <b>35</b> |
| <b>3</b> | <b>CAPITULO III</b> .....                                | <b>42</b> |
|          | <b>3.1 RESULTADOS</b> .....                              | <b>43</b> |
|          | <b>3.2 DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.</b> ..... | <b>45</b> |
|          | <b>3.3 CONCLUSIONES</b> .....                            | <b>47</b> |
|          | <b>3.4 RECOMENDACIONES</b> .....                         | <b>48</b> |
| <b>4</b> | <b>CAPITULO IV</b> .....                                 | <b>49</b> |
|          | <b>4.1 Bibliografía</b> .....                            | <b>50</b> |
| <b>5</b> | <b>CAPITULO V</b> .....                                  | <b>53</b> |
|          | <b>5.1 ANEXO</b> .....                                   | <b>54</b> |

## 1.1. INTRODUCCION

Las alteraciones citológicas del cuello uterino son una prioridad en la salud pública a nivel nacional, como internacional, debido a la presencia del cáncer cérvico-uterino, el cual es el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido solo por el de mama y el colorrectal. Su incidencia es 21 % mayor en los países subdesarrollados (Prieto M, 2012).

La incidencia es alta en América Latina, África Subsahariana, India, Polinesia y el Caribe, y las lesiones severas pueden encontrarse por medio de Papanicolau con una gran magnitud en la salud de la población, las lesiones son multifactoriales, pero con muchas posibilidades de prevención (James S. Marks, 2010).

En las mujeres latinoamericanas el Cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte y representa el 17 % del total de neoplasias diagnosticadas y el 14 % de muertes por cáncer en la región (Jacques Ferlay, 2010). Las lesiones iniciales en las mujeres pueden ser benignas, pero luego al tiempo surgen lesiones premalignas que conllevan a complicaciones que comprometen la vida de las mujeres (PAHO, 2014)

En Nicaragua, debido a esfuerzos gubernamentales y de otras instituciones la detección de lesiones malignas ha mejorado sustancialmente, disminuyendo de 15 a 11 muertes por cada cien mil mujeres (Flores, 2017)

A nivel nacional se realizan casi 600 mil muestras de Papanicolaou lo que con lleva a una detección temprana de lesiones premalignas y malignas, las cuales pueden ser tratadas, mejorando el pronóstico en las mujeres (MINSa, 2010)

En la región de norte y costa caribe del país, el tamizaje con el Papanicolau se enfrenta a una sociedad llena de paradigmas culturales, mitos, y un fenómeno machista que contribuye a la falta de detecciones de las lesiones citológicas.

## 1.2 ANTECEDENTES

### Internacional

**2015, Zúñiga y Diaz**, en San Luis de Potosí en México, Zúñiga y Diaz determinaron el comportamiento epidemiológico de las lesiones de cérvix en una institución pública de salud de Matehuala. Se realizó un estudio transversal y retrospectivo siendo la prevalencia de lesiones cervicales por citología vaginal fue de 10.3%, el diagnóstico citológico predominante fue la LEIBGNIC 1 en 83%. Una de las conclusiones es que el comportamiento de las lesiones cervicales en el Altiplano potosino sigue una tendencia de disminución en los últimos años (Zuñiga M, 2018).

**2017, Ardila D**, Venezuela, en su estudio descriptivos retrospectivo concluyó que 97 pacientes diagnosticadas como NIC I u otras lesiones que recibieron Electro fulguración, a los 2 años de tratamiento: el 51,55% (50 casos) no presentaron lesión, el 47,42% (46 casos) se evidencio lesión subclínica por colposcopia y/o presento signos sugestivos de infección por VPH. 1 caso (1,03%) evoluciono a Ca In situ. En el seguimiento a los 4 años de las 31 pacientes que permanecieron en el estudio, el 77,42% (24 casos) se mantuvieron sin lesiones, 19,35% (6 casos) persistieron con lesiones subclínicas u/o hallazgos citológicos. 1 caso (3,23%) progreso a Ca in situ. De las 10 pacientes diagnosticadas con NIC II/III tratadas con Cono/Biopsia en el seguimiento a 2 años: 50% (5 casos) permanecieron con lesiones subclínicas y/o hallazgos citológicos. 4 casos (40%) no presento lesión y 1 caso (10%) evoluciono a lesión maligna (Ardila-García, 2017)

**2018, Gómez y colaboradores**, Cuba, en su estudio observacional descriptivo, concluyó que el grupo de edad que con mayor frecuencia se presentó estuvo comprendido entre 26 y 35 años. Los principales factores de riesgo asociados fueron: edad de inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, virus del papiloma humano, paridad de más de dos hijos y antecedentes familiares de alguna patología de cuello. La sintomatología destacada fue el sangramiento poscoital e intermenstrual. Los resultados de los métodos diagnósticos fueron: virus del papiloma humano y displasia leve, tanto en la citología como en la biopsia, y lesiones de bajo grado en la colposcopia. (Gómez-Moya, Gonzalez, & et-al, 2018)



De Sousa y colaborador, Venezuela, en su estudio prospectivo descriptivo, concluyó que la edad promedio fue  $27\pm 1$  años, el inicio de las relaciones sexuales fue  $15\pm 1$  años, el número de parejas sexuales tuvo una mediana de 2. En 50 pacientes se encontró un solo tipo viral (44,6%), el más frecuente fue el tipo 6 (60%). El hallazgo citológico más frecuente fue lesión intraepitelial cervical de bajo grado con 63 pacientes. El epitelio acetablanco plano se presentó en 17 pacientes, El diagnóstico histológico más frecuente fue LIE de bajo grado (69,6%). (De-Sousa & Colmenares, 2019)

**2019, Paniagua S**, Republica Dominicana, en su estudio observacional descriptivo concluyó al evaluar 111 pacientes que el 25,2 por ciento se evidencio tener lesiones persistentes de NIC I y 9,9 por ciento presentó un progreso de la lesión. El rango de edad más afectado por el NIC I fue de 40-49 años. Los antecedentes obstétricos más relevantes para la persistencia y progresión del NIC I fueron el número de gestaciones y partos. En cuanto a la menarquía en la mayoría de las pacientes estuvo entre el rango habitual (11-14 años), las pacientes menopaúsicas evaluadas fueron 24 % con tendencia a la remisión; referente a la menarquía, fue de manera precoz (antes de los 18 años) en el 78,6 por ciento de la población en la cual persistió la lesión y de 81,9 por ciento en el grupo de progresión. El hábito tóxico más común fue el consumo de alcohol frecuente en un 79,2 por ciento. (Paniagua-Burgos, 2019)

**2021, Hanco y Colaboradores**, Perú, en su estudio descriptivo, concluyó que las pacientes que acuden a consultas ginecológicas tienen la edad de más de 35 años un 40.1%; la mayoría de ellas solteras el 50.0%; polígamas el 79.4%; inicio de la vida sexual fue de 16 a 18 años en el 39.8%. La comparación en el diagnóstico citológico para la inflamación según el diagnóstico indica el 76.8%, para NIC 1 VPH 11.2%, NIC 2 5.5%. La comparación en el diagnóstico colposcópico para la inflamación según el diagnóstico indica 18.0%, para NIC 1 VPH 26.6%, NIC 2 21.4%. (Hanco-Gomez, Condori-Cari, & et-al, 2021)

**2021, Chacón y Ordoñez**, Costa Rica, en su estudio descriptivo encontraron que la edad media al momento de la evaluación fue de 36.6 años. La concordancia entre los resultados de colposcopia

y biopsia según la presencia de lesión intraepitelial o cáncer fue del 83.1%. La concordancia de las colposcopías según la biopsia ante el reporte de lesión intraepitelial de bajo o alto grado fue de 71.7%. Cuando analizamos los reportes de biopsia con Lesión Intraepitelial de Alto Grado constatamos que en el 50% de los casos la colposcopia describió Lesión Intraepitelial de Bajo Grado, en el 42,8% se describió Lesión de Alto Grado y en el 7,1% la colposcopia se describió como normal. En los reportes de citología cervical de las mujeres con diagnóstico final de lesión intraepitelial de alto grado constatamos que el 50% de los casos describió Lesión Intraepitelial de Bajo Grado, 28,5% ASCUS, 14,2% Lesión Intraepitelial de Alto Grado y 7,1% ASC-H. (Chacón-Sandí & Ordóñez-Castillo, 2021)

## **Nacional**

**2014, González,** en el puesto de salud Alfonso González en Managua, se realizó un estudio transversal sobre las alteraciones en los reportes de la citología cervical de usuarias atendidas. El 97.8% fueron negativos de lesión intraepitelial y células malignas y solo el 2.2% fueron positivos. Los factores asociados que se encontraron estaban una edad de 15 a 45 años, ocupación “amas de casa”, una IVSA entre los 10 y 20 años, y el no tener un reporte de PAP anterior (Gonzalez, 2015).

**2016, Montalván,** en el Hospital Alemán nicaragüense en un estudio fueron incluidas 100 mujeres con diagnóstico histopatológico de lesión intraepitelial de alto grado (NIC II, NICIII, Ca In situ) y Cáncer invasor en el período de enero 2014 a enero 2016 que acudieron a la clínica de lesiones en consulta externa donde se encontró que el perfil sociodemográfico de las pacientes en estudio era, mujeres jóvenes en edad reproductiva, amas de casa con bajo nivel escolar, de religión católica y de procedencia urbana. Los principales factores de riesgo de las pacientes en estudio fueron; menarca entre los 12-15 años, inicio de vida sexual temprana antes de los 18 años, edad de su primer parto antes de los 20 años, uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad, más de 4 compañeros sexuales y el hábito de fumar. La lesión intraepitelial cervical que se encontró con mayor frecuencia fue NIC III asociado al virus del papiloma humano (VPH) según el resultado histológico. La Conización cervical es el método de elección terapéutica para el manejo de LIE de alto grado (NIC II – NIC III) (Montalvan, 2016)

### **1.3 JUSTIFICACION**

Las regiones rurales del país continúan siendo lugares con poco tamizaje de Papanicolau debido a factores culturales que se apropian de la mujer para no realizarse el examen. El impacto de las lesiones citológicas del cérvix aún no ha sido bien medido en poblaciones rurales en las comunidades del municipio de Rio Blanco en donde las condiciones socioeconómicas, culturales y geográficas pueden ser más favorables para el desarrollo del cáncer cervicouterino y otras lesiones intraepiteliales como la presencia del virus del papiloma humano. Esto refleja un vacío de conocimiento característico de la zona, ya que no se encuentra alguna investigación relacionada a las lesiones cervicales en el contexto del municipio.

Es de gran importancia la realización de este estudio, porque la gran mayoría son realizados en zonas urbanas, sabiendo que hay mujeres provenientes de zonas rurales donde la detección de lesiones cervicales no ha tenido gran impacto, de ahí la relevancia social que este trabajo promueve.

Este trabajo pretende conocer el comportamiento clínico y epidemiológico que tienen las lesiones cervicales encontradas en las pacientes, están benignas o malignas, con esto este trabajo se convertiría en un insumo e indicador para establecer estrategias de abordaje de lesiones en mujeres de zonas rurales, las cuales estarían recibiendo un beneficioso en la salud como parámetro de restitución de derechos que el gobierno promueve sobre las poblaciones vulnerables. Este trabajo será el primer estudio que se realice en todas las unidades del municipio de Rio Blanco, siendo una referencia para próximos estudios, así como un insumo para valorar el impacto en la detección de lesiones malignas y crear un plan de intervención que mejoren la salud de las pacientes.

## **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tamizaje de Papanicolau permite identificar lesiones en el cuello del útero que pueden ser benignas o malignas, según las regiones y antecedentes familiares o personales dichas lesiones pueden comprometer la vida de las involucradas.

La realización de las citologías cervicales es una gran necesidad para detectar precozmente la presencia de lesiones de carácter maligno que pongan en riesgo la vida de las mujeres en la población nicaragüense.

En zonas rurales de difícil acceso en el país, se realizan pocos Papanicolaou por diferentes razones, tales como creencias, largas distancia, poca promoción, aspectos geográficos, y falta de una cultura de las mujeres.

En el municipio de Rio Blanco en Matagalpa durante el año 2017, 5 personas fallecieron a causa de tumores malignos, 10 fallecieron en el año 2018, 14 fallecieron en el año 2019 y 14 fallecieron en el año 2020. Los tipos de tumores malignos más frecuentes para estos años fueron el tumor pulmonar, seguido del tumor maligno del estómago, tomándose en un tercer lugar los tumores detectados en las lesiones premalignas o malignas del cuello uterino (MINSA, <http://www.minsa.gob.ni/>, 2021).

Ante esto, es necesario, conocer la situación actual en la zona de estudio, y luego tomar decisiones para mejorar la detección temprana que ayude a las mujeres de del municipio de Rio Blanco, lugar donde es conocido como la frontera entre la región caribe y la región occidental de Nicaragua. Por lo mencionado, se plantea:

**¿Cuál es el comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez, municipio Rio Blanco, Matagalpa, período periodo Diciembre 2020- 2021**

## **1.5 OBJETIVOS**

### **General**

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez, municipio Rio Blanco, Matagalpa, período Diciembre 2020- 2021.

### **Específicos**

1. Describir las características socio demográficamente de las pacientes a investigar.
2. Identificar los antecedentes personales y ginecobstetrico de las pacientes en estudio.
3. Determinar las alteraciones citológicas en las pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez.
4. Especificar el tipo de tratamiento empleado en las pacientes con alteraciones citológica

## 1.6 MARCO TEORICO

### **Estructura anatómica del cérvix**

Es la parte inferior del útero, de forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm a 3.5 cm de diámetro. Las dimensiones y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. La mitad inferior del cuello llamada intravaginal o porción vaginal, penetra en la vagina por su pared anterior, mientras la mitad superior, llamada la porción supra vaginal, queda por encima de la vagina. El cuello uterino desemboca en la vagina por el orificio cervical externo.

La porción supra vaginal se une al cuerpo muscular del útero en el orificio cervical interno. El cuello de las mujeres que han tenido hijos es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular (agujero de alfiler). La porción del cuello uterino inferior al orificio externo se llama ectocérvix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino superior al orificio externo se denomina endocérvix. El conducto endocervical, que atraviesa el endocérvix, conecta la cavidad uterina con la vagina y se extiende del orificio interno al externo. La parte superior de la cavidad vaginal que rodea la porción vaginal del cérvix se denomina fondo de saco vaginal. El cuello está soportado por dos ligamentos: los cardinales o de Mackenrodt que se extienden del cérvix a las paredes laterales de la pelvis y los ligamentos uterosacrales

Las relaciones anatómicas del cérvix incluyen anteriormente el espacio retrovesical, posteriormente los espacios entre el cuello y el recto y lateralmente los ligamentos cardinales. La irrigación del cérvix está dada principalmente por la arteria Cérvico-vaginal rama de la arteria uterina, rama de la ilíaca interna, rama de la ilíaca común, rama de la aorta abdominal.

El drenaje linfático está dado en el orden: Ilíacos externos, Mesentéricos Inferiores y Sacrales.<sup>19</sup> El estroma del cuello uterino consiste en un tejido fibromuscular denso atravesado por la trama vascular, linfática y nerviosa del cuello. La vascularización arterial del cuello uterino procede de las arterias ilíacas internas, a través de las ramas cervicales y vaginales de las arterias uterinas. Las ramas cervicales de las arterias uterinas descienden por las paredes laterales del cuello uterino en posición de las 3 y las 9 del reloj (OMS, 2010)

Las venas del cuello corren paralelamente a las arterias y desembocan en el plexo venoso hipogástrico. Los vasos linfáticos del cérvix desembocan en los ganglios ilíacos comunes, externo e interno, obturador y parametriales. La inervación del cuello uterino procede del plexo hipogástrico. El endocérvix tiene terminaciones nerviosas sensitivas extendidas, que son escasas en el ectocérvix. En consecuencia, la mayoría de las mujeres tolera bien procedimientos como la biopsia o la crioterapia sin anestesia local. Como en el endocérvix también abundan las fibras simpáticas y parasimpáticas, la manipulación del endocérvix puede estimular estas terminaciones nerviosas y, a veces, producir en la paciente una reacción vasovagal o síncope (OMS, 2010)

### **Aspectos epidemiológicos**

Según la OMS en el 2018, 570 000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en todo el mundo y unas 311 000 murieron a causa de la enfermedad, de continuar con esta tendencia se espera que la cifra de muertes aumente en un 45% para el año 2030 y pese a que la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de mujeres adolescentes puede prevenir cerca del 70% de los casos de cáncer cervicouterino, las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, por lo que el tamizaje, seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas sigue siendo una estrategia costo-efectiva de prevención del cáncer cervicouterino. (Ayala-Aponte, 2016)

## **Papanicolaou**

En 1917, George Nicholas Papanicolaou (1883-1962), médico griego nacido en Coumi, realizó investigaciones en la Universidad de Cornell de Nueva York, utilizando el frotis vaginal para estudiar la fisiología del ciclo menstrual en animales. a aplicación de la citopatología se dio en el diagnóstico del cáncer y, en especial, del cáncer de cuello uterino; y el 11 de abril de 1928 el patólogo rumano Aurel Babes.

El principal medio de tamizaje en la actualidad es el Papanicolaou, y que, gracias al trabajo de las instituciones correspondientes de promover su realización, se ha logrado en los últimos años lograr mayor detección de lesiones precursoras de Cáncer Cervicouterino, y así incidir de forma oportuna en el manejo de la paciente. Es importante mencionar que la sospecha de cáncer invasor por examen clínico al solamente observar el cuello uterino es denominado: evaluación al "ojo desnudo" (Chancafe-Morgan, 2019)

La citología cervical es el método de elección para el tamizaje de cáncer cervicouterino, se ofertará a las mujeres de 15 a 99 años que hayan iniciado su vida sexual, con énfasis:

1. Priorizando al grupo etario de 25 a 64 años de edad. (Nivel de Recomendación A).
2. Mujeres que nunca han sido tamizadas.
3. Mujeres en el rango de 30 a 45 años y su último tamizaje fue hace tres años o más.
4. Mujeres portadoras de VIH o inmunocomprometidas.
5. Mujeres con factores de riesgo para cáncer del cuello uterino.

### **Criterios de exclusión para tamizaje con Citología:**

1. No haber iniciado vida sexual
2. Sangrado intenso
3. Lesión macroscópica evidente de cáncer (referir de inmediato a ginecología)

Se deberá tener en cuenta la distribución porcentual de la siguiente manera:

- Grupo etario de 15 a 24 años de edad=10%.
- Grupo etario de 25 a 29 años de edad=15%.
- Grupo etario de 30 a 49 años de edad=60%.
- Grupo etario de 50 a 59 años de edad=10%.



## Esquema de aplicación de la prueba citológica:

Al realizar la prueba se deberá brindar consejería que conlleve aclaraciones de duda sobre el procedimiento, así mismo cuando se tengan los resultados; la citología debe realizarse según el rango de edad:

- Para mujeres menores de 25 años se debe seguir el esquema: 1-3-3 (primero a la captación, si la primera es normal la segunda a los 3 años, y luego a los 3 años, si continúan negativos mantener esta periodicidad) dado la poca probabilidad de desarrollar cáncer invasor, detectando una mayor cantidad de lesiones de bajo grado con altas posibilidades de regresión y una mayor cantidad de pacientes referidas innecesariamente para colposcopia.
- Para mujeres entre 25 y 64 años que nunca se han realizado una citología, se debe seguir en el esquema: 1-1-3 (el primero a la captación, el segundo anual si el segundo es negativo cada 3 años) debido a que el esquema ha demostrado aumentar la oportunidad del diagnóstico temprano de lesiones precursoras, reduciendo la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix. En caso de que la mujer inició tamizaje antes de los 25 años, continuar con el esquema cada 3 años. (Nivel de recomendación A).
- Para mujeres mayores de 64 años que nunca se han realizado una citología, se deben realizar dos citologías bajo el esquema: 1-3, si ambas son negativas, finalizar el tamizaje. En caso de tener un historial de citologías normales al momento de la consulta, se debe suspender las citologías.

## **Colposcopia**

La colposcopia “nació oficialmente” en 1925 cuando apareció publicado un artículo del Dr. Hans Peter Hinselman (1894-1957) acerca de la utilidad de este aparato en la clínica ginecológica. El título en español es “Mejoría de las posibilidades de inspección de vulva, vagina y cérvix”, Con este trabajo, Hinselman llamaba la atención sobre la magnificación que se obtenía con la visión colposcópica, la que permitía aclarar muchos diagnósticos y, en particular, descubrir casos iniciales de cáncer cervicouterino (CaCu).

Desde el año 1920, existe la idea por parte de muchos investigadores de la visualización del aparato genital femenino con instrumentos que logren magnificar la imagen y tener una idea clara de lo que se está observando, este deseo se hizo realidad con la invención del colposcopio y su utilización en la actualidad, se le conoce como colposcopia, es un método de exploración clínica generalmente intervencionista, con el que logramos un excelente abordaje de lesiones cervicales. (Villagaray-Ipurre, 2020).

Un colposcopio es un sistema óptico de aumento, a través del cual se puede explorar vulva, vagina y cuello uterino, en busca de alteraciones celulares y se toma muestra de tejido de ser necesario

La indicación más común para la colposcopia es un cuello uterino de aspecto sospechoso, asociado a un reporte de citología anormal. Un elemento clave del examen colposcópico es la observación de las características del epitelio cervical después de la aplicación sucesiva de solución salina isotónica, solución de ácido acético al 3% o al 5% y Solución yodada de Lugol. (Villagaray-Ipurre, 2020).

El principal objetivo de la terminología colposcopia es obtener la mejor correlación entre los cambios colposcópicos descritos y la lesión histológica. Globalmente, la colposcopia es una técnica de valoración más o menos subjetiva y operador dependiente, de manera que presenta una pobre correlación Inter observador incluso entre evaluadores expertos. Además, la colposcopia es una técnica dinámica y pierde validez cuando se interpretan imágenes estáticas.

El mayor grado de concordancia se consigue con la interpretación de las imágenes acetoblancas con un índice de kappa de 0.37, 95% IC (0,30-0,45). Sin embargo, si únicamente se evalúan los cambios acetoblancas la correlación es menor que si además se incluye la valoración del borde de la lesión y el patrón vascular. Algunos estudios han reportado una buena correlación de la clasificación colposcópica con la histología de la lesión.

Sin embargo, otros estudios obtienen una pobre correlación, lo que sugiere que el grado de concordancia puede depender de la destreza y experiencia de la colposcopia. El grado de concordancia es mayor en caso de lesiones de alto grado o cuando el epitelio es normal y es muy bajo en el caso de lesiones de bajo grado. (Villagaray-Ipurre, 2020)

### **Factores de riesgo Predisponentes a lesiones escamosas intraepiteliales.**

Se define factor de riesgo a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

#### **Infección por VPH**

La neoplasia cervical intraepitelial es más probable que empiece durante la pubertad (menarquía) o después de una gestación, momentos en los que la metaplasia es más activa. Por lo contrario, después de la menopausia una mujer tiene poca metaplasia y el riesgo de desarrollar una neoplasia cervical intraepitelial es menor.

En teoría, la infección por HPV en una mujer mayor tiene más probabilidad de ser persistente que transitoria, la edad avanzada también permite acumular mutaciones que pueden culminar en la transformación celular maligna. Como aspecto adicional, las menores necesidades de atención pre-concepcional y anticonceptiva, hacen que sea menos frecuente el acceso a programas de prevención de cáncer cervico-uterino. (Hanco-Gomez, Condori-Cari, & et-al, 2021)

La infección con más de un tipo de virus es común en las mujeres con NIC 1. En un estudio que analizó las lesiones en tejidos cervicales más de un tipo de HPV fue detectado en el 22% de los pacientes con NIC 1.

Displasia de alto grado (NIC 2 y 3) se asocia frecuentemente con el HPV 16 que se ha detectado en el 30% y 77% de las lesiones clasificadas como NIC 2 y 3 respectivamente. Los tipos 16, 18 y 31 están identificados con mayor frecuencia en mujeres con cáncer invasivo del cuello uterino de ubicaciones geográficas muy diferentes. Otros tipos que pueden ser asociados con cáncer invasor del cuello uterino incluyen el HPV 45, 56, 51, 52 y 58 (Adrian Salvent, 2017).

### **Pruebas infrecuentes o ausentes de Papanicolaou para detección de Neoplasia Intraepitelial**

Toda mujer sexualmente activa debe empezar a tomar el PAP a los 20 años. No tomarse esta prueba de tamizaje la pone en riesgo, ya que puede llegar hasta las etapas tempranas del cáncer cérvico uterino invasivo sin presentar síntomas, lo que atrasaría su diagnóstico, y tratamiento (Cordero-Martínez & García-Pimentel, 2016)

### **Multiparidad**

La elevada paridad favorece el mantenimiento de la zona de transformación durante largo tiempo en el exocérvix, lo que facilita la exposición al VPH y a los altos niveles de estrógenos que se observan durante los embarazos (Blanco--Rocha, 2017).

### **Inicio de coito a temprana edad**

Siendo el riesgo dos veces mayor para las mujeres con una vida sexual activa antes de los 20 años tienen mayor actividad sexual y por consiguiente más tiempo de exposición y probabilidad de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o bien tener mayor cantidad de inoculo (Blanco--Rocha, 2017)

## **Múltiples parejas sexuales**

Una mujer con una pareja sexual tiene un riesgo entre el 17-21 %, mientras que una mujer que ha tenido 5 o más compañeros sexuales el riesgo asciende del 69-83%. Se estima que en las trabajadoras del sexo el riesgo aumenta hasta 14 veces más en comparación con la población general (Hanco-Gomez, Condori-Cari, & et-al, 2021)

## **Tabaquismo**

La nicotina y su principal metabolito, cotonina, se encuentran en el moco cervicouterino de las mujeres y en el semen de los varones que fuman. Estos compuestos causan alteraciones que fomentan la transformación celular estimulada por HPV y la neoplasia. La posibilidad biológica de un vínculo entre el tabaquismo y las neoplasias cervicouterinas queda reforzada por algunos puntos tales como:

1. El moco cervicouterino de las fumadoras contiene carcinógenos y es mutágeno.
2. Las alteraciones genéticas del tejido cervicouterino de las fumadoras son similares a las identificadas en las neoplasias de otros sitios vinculadas con el tabaquismo.
3. El riesgo depende de la dosis y aumenta con la duración y la cantidad de tabaco usado.
4. El riesgo reduce al interrumpir el tabaquismo (Noemi Rojas Cisneros, 2021)

## **Deficiencias Dietéticas**

Las deficiencias de algunas vitaminas en alimentación como A, C, E, betacaroteno y ácido fólico pueden alterar la resistencia celular a la infección por VPH y con ello inducir la persistencia de la infección vírica y de la neoplasia cervicouterina. (Leaño-Berrios & Mena-Revollo, 2020)

## **Anticonceptivos Orales Combinados**

La toma de anticonceptivos orales (de ahora en adelante ACO) durante un período superior a 5 años incrementa el riesgo de padecer lesiones premalignas y cáncer cervical invasor. El riesgo aumenta a medida que aumenta su uso y disminuye paulatinamente tras suspenderlos. El mecanismo no es bien conocido, pero parece que las hormonas potencian la expresión vírica de las onco-proteínas E6 y E7 del VPH. El riesgo de cáncer cervical en mujeres que han utilizado anticonceptivos por períodos extensos aumenta de forma consistente, del orden de 2 a 3 veces comparado con las mujeres no usuarias. (Valerio-Ventocilla, 2016)

## **Antecedentes familiares**

Estudios recientes indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino, tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad. Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar se debe a una condición hereditaria que aún no ha sido demostrada (Ayala-Aponte, 2016)

## **Embarazo**

La paridad y la mala atención obstétrica contribuyen a las alteraciones morfológicas del cérvix uterino. Durante el parto ocurren lesiones en las comisuras cervicales. Estas lesiones se exponen a múltiples factores tales como la eversión de la mucosa endocervical exponiéndose a un medio ácido como es el de la vagina, a infecciones causadas por virus, hongos, bacterias.

## Agentes de transmisión sexual

Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. Existe una fuerte asociación entre *Trichomona vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (se incrementa en 3 veces). Por otra parte, la *Gardnerella vaginalis* es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar fuertemente asociada con el cáncer de cuello uterino. En estudios in vitro se ha demostrado que la *Clamidia* rompe el complejo provocando el secuestro de la N-cadherina/catenina (componente estructural importante en la adhesión de las células epiteliales) con la inclusión del microorganismo. Este puede ser el mecanismo por el cual esta última altera la función de las células epiteliales y contribuye a la transformación maligna de la misma (Ayala-Aponte, 2016).

### *Trichomonas vaginalis:*

Protozoo de 8-30  $\mu$  de tamaño, que produce picor y leucorrea verdosa. Hay que destacar que puede simular fácilmente displasias de bajo grado.

### *Hongos (Candidas):*

Producen picor y leucorrea blanquecina. Se asocian a cambios en el glucógeno vaginal, flora o PH.

### *Actinomicosis:*

Se asocia en la mayoría de los casos al uso del DIU. Generalmente asintomática. Si existe dolor hay riesgo de enfermedad pélvica (sólo de forma excepcional). Citológicamente se visualizan como colonias gram positivos, filamentosas, que se disponen en cúmulos irradiándose desde la zona central.

### *Virus Herpes:*

Puede ser asintomático o presentarse como vesículas dolorosas. Se asocia con morbilidad y mortalidad neonatal, por lo que es muy importante tenerlo en cuenta en mujeres embarazadas. Las células infectadas presentan multinucleación con moldeamiento y núcleos de aspecto deslustrado. Puede simular displasias severas / carcinoma "in situ". La paciente con infección por virus herpes deben encuadrarse dentro del grupo de mujeres de alto riesgo.

#### *Clamidia Trachomatis:*

Bacteria intracelular obligada que se asocia con inclusiones granulares intracitoplasmáticas. Si exceptuamos la gonocócica, es la causa más común de uretritis / cervicitis. Es la causante del 20-30% de los casos de inflamación pélvica, pudiendo resultar en infertilidad y embarazos ectópicos. Frecuentemente es asintomática. Se infectan las células endocervicales y metaplásicas. Desgraciadamente el valor de la citología en el diagnóstico de *Clamydias* es incierto y poco específico. Puede simular también cambios de displasia leve (Ayala-Aponte, 2016).

#### **Inmunodepresión**

Las mujeres que tienen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-positivas) tienen índices mayores de neoplasia cervical intraepitelial en comparación con las mujeres VIH-negativas. En mujeres infectadas con VIH incluso 60% de las pruebas de Papanicolaou mostraron anomalías citológicas e incluso el 40% tuvo signos colposcópicos de displasia. Además las mujeres que recibieron fármacos inmunodepresores contra otras enfermedades tuvieron índices mayores de neoplasias en la porción inferior del aparato mencionado y aquellas con inmunodepresión en términos generales tuvieron una mayor intensidad, un mayor perfil de lesiones multifocales, de ineficacias terapéuticas, de persistencia y recidiva de enfermedad de la porción inferior del aparato genital en comparación con las mujeres con buena función inmunitaria (Paniagua-Burgos, 2019)

La identificación de VPH puede lograrse por diferentes métodos: pruebas de detección del ADN de VPH y pruebas de detección de ARNm E6/E7.

Uno de los elementos críticos en los programas de tamizaje de cáncer es el conocimiento de las características técnicas y operativas de las pruebas disponibles. En la actualidad, se encuentran en el mercado cerca de cien pruebas comerciales para la detección de VPH y, a pesar de que se trata de técnicas estandarizadas, aquellas que no son reproducibles, que no han sido validadas o que



carecen de pruebas de fiabilidad y precisión, no se deben utilizar en la gestión clínica ni en programas poblacionales.

Por lo tanto, es importante que las pruebas de VPH tengan la máxima sensibilidad clínica sin comprometer la especificidad. En los programas de tamizaje de cáncer de cuello uterino, la detección de VPH puede realizarse mediante pruebas directas que permiten la identificación del genoma de VPH de alto riesgo (VPH-AR), de amplificación de un fragmento de ADN viral, con o sin genotipificación, o mediante la detección de ARNm. Las primeras identifican de manera directa el ADN de algunos de los 13 tipos de VPH que son considerados carcinogénicos sin realizar amplificación previa del ADN.

Las segundas amplifican un fragmento del ADN viral mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para obtener millones de copias de este tanto de manera convencional como en tiempo real.

Es importante mencionar que existen vacunas que previenen ciertas cepas del VPH (principalmente 16 y 18) que se asocian al 70% de los cánceres cervicales y del aparato reproductor, así como de algunos tipos (6 y 8) que no se asocian fuertemente a cáncer pero si a verrugas genitales. (Rocha, 2016)

|               | CERVARIX                  | GARDASIL                  | GARDASIL 9                |
|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Cepa de virus | 16/18                     | 6/11/16/18                | 6/11/16/18/31/33/45/52/58 |
| Pautas        | 0-6 Meses<br>(9-14 años)  | 0-6 Meses<br>(9-14 años)  | 0-6 Meses<br>(9-14 años)  |
|               | 0-1-6 Meses<br>(>15 años) | 0-2-6 Meses<br>(>14 años) | 0-2-6 Meses<br>(>15 años) |

Fuente: IntraMed 2017

## **Lesiones Intraepiteliales del cuello uterino**

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de lesión intraepitelial cervical. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden ser apreciables mediante la administración de diferentes soluciones que mostraran patrones característicos que permiten al examinador establecer la presencia o no de lesiones en el epitelio cervical. (Zari-Hidalgo, 2017)

Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

- ✓ 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 clínica e histológicamente normales.

La impresión sospechosa de lesión escamosa intraepitelial se puede establecer por diferentes pruebas de tamizaje, que, en nuestro país, se han considerado la citología y la prueba de Inspección Visual con ácido acético, se complementa con la realización de colposcopia de cuello uterino y si se evidencian lesiones o existe una impresión diagnóstica patológica se realiza la toma de biopsia y su debido informe histológico. (Gomez-Oporta, 2021)

El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico (biopsia). La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino 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, lo que permite la identificación y tratamiento de lesiones preinvasores y facilita su detección precoz.

## **Lesión Intraepitelial de Alto grado**

La Lesión Intraepitelial de Alto grado (LIEAG), con lleva un riesgo significativo de desarrollar un cáncer invasor sino es tratada. La mejor comprensión de la biología del virus del papiloma humano ha permitido agrupar bajo el término de lesión Intraepitelial de alto grado a los NIC II Y NIC III (Gomez-Oporta, 2021)

### **Criterios citológicos**

Las alteraciones citológicas se presentan con células intermedias y parabasales, asociadas a distintos grados de efecto citopático viral. Estas células pueden estar aisladas, en hileras o láminas o en agregados pseudo sincitiales. En ciertas ocasiones el diagnóstico entre lesiones de bajo y de alto grado es dificultoso. Estos casos suelen corresponder histológicamente a lesiones de grado intermedio (NIC2) cuya interpretación histológica es también conflictiva, existiendo en esta categoría, poca unanimidad diagnóstica entre distintos patólogos. (Gomez-Oporta, 2021)

Entre los criterios Citológicos para LIEAG tenemos:

- ✓ Células aisladas se agrupan en colgajos o en racimos.
- ✓ Anormalidades nucleares en células con escasa maduración citoplasmática.
- ✓ Agrandamiento nuclear con marcada alteración semejante a LIEBG a como consecuencia alterando la relación núcleo/citoplasmática.
- ✓ Hiperchromasia con cromatina es gruesa granular
- ✓ Contorno nuclear irregular
- ✓ Nucléolo ausente

### **Criterios histológicos:**

Las neoplasias intraepiteliales de alto grado se hallan compuestas por proliferación de células escamosas o metaplásicas con anormalidades nucleares que incluyen incremento en el tamaño nuclear, irregularidad de la membrana nuclear con cromatina granular y aumento de la relación núcleo citoplasmática.

Los núcleos pierden su polaridad adoptando un aspecto desordenado y a veces arremolinado.

Las lesiones de alto grado pueden encontrarse a nivel exocervical, del epitelio escamoso metaplásico superficial y comprometiendo el epitelio metaplásico de las glándulas endocervicales.

Dentro de los criterios Histológicos para LIE AG tenemos:

### **1) LIE AG / NIC II - Displasia Moderada Histología**

- ✓ Maduración alterada
- ✓ Discreta alteración de la diferenciación
- ✓ Hiperplasia de células de reserva
- ✓ Glucógeno disminuido
- ✓ Puede haber presencia de mitosis no atípicas.
- ✓ Se desvía claramente del epitelio normal

### **2) LIEAG / NIC III - Displasia Severa Histología**

- ✓ Epitelio inmaduro con mala diferenciación, arquitectura alterada, no se distinguen los estratos.
- ✓ Pérdida de la polaridad.
- ✓ Tejido epitelial reemplazado por células profundas o intermedias pequeñas
- ✓ Algunas capas superficiales con cierta maduración o paralelismo.
- ✓ Citoplasma escaso, aumento de la densidad celular.
- ✓ Falta de glucógeno.
- ✓ Anisocariosis, hipercromatismo, mitosis.
- ✓ Tamaño celular aumentado.
- ✓ Ausencia de nucléolos

### **3) LIEAG / NIC III - Tipo CIS Histología**

- ✓ Todo el grosor del epitelio está reemplazado por células atípicas
- ✓ Pérdida de la arquitectura normal

- ✓ Mitosis anormales en los diferentes estratos
- ✓ Atipia nuclear marcada
- ✓ Ausencia de la polaridad
- ✓ Sobre posición de núcleos y anisocitosis.

### **Sistema Bethesda**

En términos generales el resultado de la citología cervical debe brindar información sobre tres componentes básicos: a) Calidad de la muestra b) Categorización de los resultados c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos (Barrios, 2017)

Un tercio y dos tercios, aproximadamente, de las lesiones NIC I y NIC II, respectivamente, persisten o avanzan hasta convertirse en lesiones de alto riesgo. El riesgo de cáncer se adquiere a través de un tipo de virus del papiloma humano y que depende también de otros carcinógenos o alteraciones genéticas.

### **Patogenia de la Neoplasia Cervical uterina.**

La infección con más de un tipo de virus es común en las mujeres con NIC 1. En un estudio que analizó las lesiones en tejidos cervicales más de un tipo de HPV fue detectado en el 22% de los pacientes con NIC 1.

Displasia de alto grado (NIC 2 y 3) se asocia frecuentemente con el HPV 16 que se ha detectado en el 30% y 77% de las lesiones clasificadas como NIC 2 y 3 respectivamente. Los tipos 16, 18 y 31 están identificados con mayor frecuencia en mujeres con cáncer invasivo del cuello uterino de ubicaciones geográficas muy diferentes. Otros tipos que pueden ser asociados con cáncer invasor del cuello uterino incluyen el HPV 45, 56, 51, 52 y 58. Esta asociación entre determinados tipos de HPV y los tipos específicos de lesiones ha llevado a la clasificación del HPV (Adrian Salvent, 2017)

El primer grupo, integrado por los virus de bajo riesgo oncogénico, incluye los tipos 6, 11, 42, 43, 44 y 53. Estos virus de bajo riesgo están comúnmente asociados con condiloma acuminado y NIC I, pero que rara vez se asocian con el cáncer cervical invasivo.

El segundo grupo está formado por HPV de alto riesgo oncogénico, con predominio de los tipos 16, 18 y 31, que son los tipos más comunes detectados en los pacientes con NIC II, NIC III, cáncer invasor del cuello uterino, vulva, pene y ano. HPV 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66, también se incluye con frecuencia en este grupo.

El tercer grupo consiste en aquellos tipos asociados con riesgo oncogénico intermedio como 26, 68, 73 y 82 ya que pueden estar asociados con NIC II y III. (Adrian Salvent, 2017)

## **Diagnostico**

### **Citología convencional.**

La citología es el estudio de células individuales para detectar anomalías morfológicas, las que pueden provenir de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen mediante aspiración con aguja fina (MINSA, Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino, 2006)

### **La citología cérvico-vaginal**

Estudia las células exfoliadas de la unión escamo-columnar del cuello uterino con el principal objetivo de buscar lesiones epiteliales en relación con el cáncer cérvico uterino (OMS, 2010)

### **Técnica para la toma del Papanicolaou.**

1. Brindar consejería sobre la importancia y frecuencia de la citología cervical.
2. Informar sobre los pasos del procedimiento y las molestias que pudiera tener del mismo.
3. Consentimiento informado.
4. El personal que toma la muestra debe registrar todos los datos que requeridos el formato de solicitud.
5. Asegurar la disponibilidad de todos los equipos.
6. Previa evacuación de la vejiga se coloca a la paciente en posición ginecológica se introduce en la vagina un espéculo sin lubricar para exponer el cuello uterino.
7. En los casos que presentan resequedad vaginal y hay dificultad para introducirlo, humedecer el espéculo con suero fisiológico.
8. Identificando el cérvix en su totalidad, primero tomar la muestra del exocervix con la parte corta de la espátula de ayre, aplicando la parte más larga en el conducto cervical.
9. Girar la espátula contra el cérvix en el sentido de la manecilla del reloj 360° con firmeza y colocar la muestra longitudinalmente en la mitad interna de la lámina (próxima al extremo esmerilado).
10. Luego tomar la muestra del canal endocervical con la espátula de ayre (ejerciendo ligera presión en el conducto, ya que sangra con facilidad) o el cepillo endocervical y colocarla en la mitad externa de la lámina portaobjeto.
11. El frotis debe tener un espesor suficiente, se debe tener en cuenta que si es demasiado delgado quedarán muy pocas células para la investigación.
12. Fijar de inmediato el material extendido con una solución fijadora a base del alcohol al 95%, sostener la laminilla y mantener en posición horizontal mientras se rocía el fijador sobre ésta desde una distancia de 20 centímetros y así evitar que se lave la lámina. Dejar secar y luego colocar el depósito correspondiente
13. Una vez concluido la toma de muestra citológica, se retira suavemente el especulo y se le informa a la usuaria que el procedimiento ha terminado.

14. Después de que se seque la lámina (+/- 5 minutos) envolverla inmediatamente para que no se contamine con hongos del medio ambiente.
15. Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente su resultado.
16. Garantizar el almacenamiento adecuado de la muestra en un lugar limpio y seco (MINSA, 2010)

### **Frecuencia de la toma del Papanicolaou**

La citología cervical debe realizarse según la norma nacional en el esquema 1-1-1-3 (es decir, anual por 3 años y luego realizarlo cada 3 años, a partir del último Papanicolaou anual), siempre que el reporte de cada Papanicolaou anual resulte negativo. La razón del porque realizar esta toma de citología cervical seriada (1-1-1-3), es que la misma permite disminuir o eliminar los falsos negativos.

En caso de que la última citología haya sido realizada hace más de 3 años se deberá iniciar el esquema 1-1-1-3. La usuaria con resultado positivo a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberá continuar con citologías anuales. (OMS, 2010)

### **Sistema Bethesda 2001 y actualizaciones 2014**

En términos generales el resultado de la citología cervical debe brindar información sobre tres componentes básicos: a) Calidad de la muestra b) Categorización de los resultados c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos (Barrios, 2017)



## **a. Calidad de la Muestra**

Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al médico remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra, esto fomenta una mayor atención al momento de realizar esta actividad.

### **Categorización de las muestras**

#### **Satisfactoria**

Es cuando en el pedido se recogen todos los datos requeridos. El extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas (entre 8000 y 12000 células) y existe representación de la zona de transformación que se estima con la presencia de células de metaplasia escamosa o de células endocervicales

El conteo celular debe ser estimado y no contado individualmente comparado con patrones esquemáticos ya establecidos. Para la técnica de citología de base líquida el mínimo de células que son necesarias para considerar que la muestra es satisfactoria es de 5000 células. Tanto en los extendidos convencionales como en la base líquida el componente de la zona de transformación es aceptable si contiene al menos 10 células escamosas metaplásicas o endocervicales bien conservadas aisladas o en grupos. Existe una sola excepción en la que pese a existir ausencia de componente de la zona de transformación, la muestra puede ser considerada como adecuada y es que exista la presencia de una lesión intraepitelial en el componente escamoso (Nayar R, 2015).

#### **Insatisfactoria**

Es cuando la muestra no tiene solicitud de examen o información clínica, la lámina no está rotulada o está rota, la celularidad es muy escasa o existen factores perturbadores (hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido. Cuando la muestra es insatisfactoria se debe consignar si el laboratorio procesó y evaluó la muestra y por qué causa se considera insatisfactoria (Nayar R, 2015).

## **Categorización de resultados**

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones posteriores. Este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio (Neerja, Daisuke, & et-al, 2021)

## **Actualizaciones y cambios terminológicos del Sistema Bethesda 2014**

Hubo cambios mínimos relacionados con la terminología sí mismo. *La notificación de las células endometriales de aspecto benigno es ahora recomendada para mujeres mayores de 45 años.*

## **Justificación**

Aunque las células endometriales exfoliadas son un hallazgo normal durante la menstruación y la fase de proliferación del ciclo menstrual, en mujeres posmenopáusicas, su presencia se considera anormal y plantea la posibilidad de una neoplasia endometrial.

Así, TBS-1988 recomienda el reporte de la aparición benigna citológica de células endometriales en mujeres posmenopáusicas para alertar a los clínicos de la posibilidad de una anomalía endometrial. En el 2001, debido a que la condición menopáusica es a menudo poco clara, desconocido para el laboratorio, se sugirió que este informe se realice en mujeres Mayores de 40 años para maximizar la probabilidad de incluir todas las mujeres postmenopáusicas y que la correlación clínica debe dejarse a criterio del médico encargado.

La evaluación de esta recomendación TBS-2001 en la práctica clínica indica que, aunque la investigación endometrial aumenta, el valor predictivo de la hiperplasia endometrial / carcinoma disminuye significativamente comparado con La experiencia del TBS 2001. En la gestión del 2012, el ASCCP aconsejó la utilización de evaluación endometrial sólo en mujeres posmenopáusicas.

Durante la actualización del TBS-2014, después de la revisión de la literatura y el consenso de los comentarios del público, se decidió aumentar el valor predictivo de esta categoría, citológicamente

las células endometriales de "apariencia benigna" deben ser reportadas en mujeres mayores de 45 años, y debería especificar que la evaluación endometrial deber ser realizada en mujeres posmenopáusicas.

No se creó una nueva categoría para las lesiones escamosas con LIEBG y pocas células sugerentes de concurrentes LIEAG.

### **Fundamento**

Ocasionalmente, se encuentra una muestra con rasgos citológicos que se encuentran entre LIEBG y LIEAG; sin embargo, la atención a las características morfológicas suele clasificarlos como LIEBG o LIEAG. En casos con inequívoca dos LIEAG, la presencia de LIEBG concurrente no es necesaria para hacer una interpretación de LIEAG.

Desde la publicación de TBS-2001, se ha sugerido que estos patrones morfológicos intermedios podrían ser mejor designado con un término diagnóstico tales como LIEBG o LIEAG. Términos tales como 'LSIL, no pueden excluir LIEAG 'o' LSIL-H que han sido propuestos.

Para la actualización del 2015 del TBS, opiniones sobre este tema fueron abiertamente solicitados y se logró un consenso con que la nomenclatura formal del SCT debe limitarse a LIEBG y LIEAG, manteniendo las categorías de 2 niveles (Solomon et al, 2015).

### **Clasificación.**

Añadir terminología como ' LIEAG ' conduciría a un sistema de facto de tres niveles, esencialmente negando los aspectos beneficiosos de la nomenclatura de TBS de dos niveles. Además, las directrices de gestión actuales utilizan la nomenclatura LIEBG y LIEAG sin intermedia categoría, e informes histopatológicos recientes también fomentan la presentación de informes como LIEBG o LIEAG. Poca reproducibilidad y uso excesivo de cualquier terminología citológica indeterminada conduciría probablemente a la confusión entre los médicos y, posiblemente, inadecuada administración.

Para casos ocasionales en los que no es posible clasificar un SIL como de grado bajo o alto, puede ser apropiado un comentario que explique la naturaleza de la incertidumbre. Alternativamente, una interpretación de ASC no puede nombrar un LIEAG (ASC-H) puede hacerse para una interpretación LIEBG.

Esto indicaría que LIEBG está presente, así como algunas células que sugieren la posibilidad de LIEAG. En general, las directrices de seguimiento para estas interpretaciones son para colposcopia y biopsia; sin embargo, en pacientes (como mujeres jóvenes) que tienen muestras para que las directrices difieren entre LIEBG y ASC-H, la adición de la interpretación ASC-H debe conducir a la evaluación colposcópica. Las interpretaciones intermedias comprenden sólo una pequeña minoría de casos en cualquier laboratorio, porque la clasificación en LIEBG o LIEAG es posible en la mayoría de los casos después de una cuidadosa evaluación general de la morfología celular (Villagaray-Ipurre, 2020)

### **Equivalencias en nomenclatura**

| Clasificación Neoplasias de Cérvix |       |       |        |
|------------------------------------|-------|-------|--------|
| BETHESDA                           | ASCUS | LEIBG | LEIAG  |
| RICHARD                            | NIC I | NICII | NICIII |

Fuente: ELSEVIER, Gaceta mexicana de Oncología, 2014

Un tercio y dos tercios, aproximadamente, de las lesiones NIC I y NIC II, respectivamente, persisten o avanzan hasta convertirse en lesiones de alto riesgo. El riesgo de cáncer se adquiere a través de un tipo de virus del papiloma humano y que depende también de otros carcinógenos o alteraciones genéticas.

### **Aspectos clínico-citológicos de interés**

La triple toma cervicovaginal, aun siendo una prueba imperfecta, tiene la capacidad para detectar las lesiones displásicas precursoras tratables, que, unido a la sencillez y bajo costo, han conseguido una marcada reducción en la morbilidad y mortalidad del carcinoma de cérvix uterino. Las lesiones precursoras (displasias, condiloma) están aumentando su incidencia, sin embargo, el cáncer cervical invasivo está disminuyendo marcadamente.

Debemos tener en cuenta, además, que la ausencia de despistaje citológico es un significativo factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical. Las recomendaciones más extendidas son de realizar un estudio citológico anual a todas las mujeres que tienen relaciones sexuales o ya hayan alcanzado los 18 años. Después de que una mujer ha tenido 3 ó más citologías anuales consecutivas

normales, la prueba puede realizarse menos frecuentemente según el criterio de su médico (según se considere una mujer de bajo o alto riesgo). La mayoría de los médicos, no obstante, recomiendan un control citológico anual, ya que contribuye también a un mayor estímulo para tener una revisión anual médica para otros procedimientos (examen de las mamas, etc.).

Es importante valorar el riesgo de las mujeres y clasificarlo como de bajo, moderado o alto riesgo. Se considera mujeres de bajo riesgo a las mujeres sin relaciones sexuales previas, las histerectomizadas y las que tienen una pareja estable durante largo tiempo con citologías previas negativas. Las mujeres de riesgo moderado son aquellas con relaciones sexuales frecuentes, de comienzo después de los 20 años y que tienen relaciones habituales con dos hombres. Mujeres de alto riesgo son las que comienzan sus relaciones antes de los 20 años y tienen más de 2 parejas. También hay que tomar en consideración el número de parejas del hombre (James S. Marks, 2010)

Otros factores importantes de riesgo son: historia de citologías con células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS), enfermedades de transmisión sexual (especialmente condilomas), inmunodepresión y el hábito tabáquico.

### **Errores de la citología Cérvico vaginal**

Ninguna otra prueba ha tenido tanto éxito en la erradicación de un cáncer como la citología cervicovaginal. Aun así, no es una prueba infalible. En teoría el carcinoma cervical es precedido por un largo pródromo de enfermedad preinvasiva que puede ser detectada y tratada. En la práctica, aunque existe una marcada reducción en el cáncer cervical, la enfermedad no ha sido erradicada en poblaciones con un buen sistema de cribado.

El concepto de control de calidad en los laboratorios de histopatología es relativamente reciente y no muy bien entendido. Ningún estudio de diagnóstico o screening tiene 100% de sensibilidad y especificidad, no existen estándares unificados universales y cada laboratorio debe establecer sus propios lineamientos (Chancafe-Morgan, 2019)

El resultado histopatológico se considera el estándar de referencia y por lo tanto a partir de este se califica tanto a la citología como a la colposcopia y se deciden planes a seguir, los cuales pueden ser adecuados o inadecuados, oportunos o tardíos. Es pues tan importante o más el control de

calidad en los laboratorios de anatomía patológica que en los de citología y la clínica de colposcopia.

### **El control de calidad se cumple aplicando 5 fases en su desarrollo:**

- 1.-Pre-pre-analítica: selección adecuada del estudio específico.
- 2.-Pre-analítica: Identificación, preparación y transporte de la muestra.
- 3.-Analítica: Preparación e interpretación del estudio.
- 4.-Post-analítica: Reporte oportuno del resultado, archivo de copia y almacenamiento del material.
- 5.-Post-post-analítica: Actuación o tratamiento en base al resultado.

### **Factores implicados en el surgimiento de un error**

- Relacionados con la paciente:  
No acudir a la cita suele ser habitual. También influyen la preparación previa a la realización de la prueba (ducha y coito recientes pueden eliminar por fricción las capas celulares superficiales y aumentar, por tanto, el número de falsos negativos).
- Clínicos:  
Defecto de la realización de la toma y defecto del seguimiento evolutivo de la paciente.
- Instrumentación y modo de realización de la muestra:  
Debe de existir un buen número de células de las 3 zonas (vagina, ectocérvix y endocérvix) y bien extendidas.
- Errores diagnósticos y de cito preparación.

La citología cervicovaginal es sólo una prueba de "screening". Aunque es fundamental en la detección del cáncer cervical, no es el único método. El clínico debe evitar la falsa sensación de seguridad ante un resultado negativo de la citología. No debe reemplazar totalmente la evolución clínica, aunque la citología sea totalmente normal. Se cree que el 5-10% de los cánceres cervicales no se detectan (Ayala-Aponte, 2016)

Desgraciadamente, algunas mujeres desarrollarán un cáncer a pesar de ser sometidas a un cribado (generalmente por no haberlo seguido adecuadamente). Por todo ello, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Primero y más importante, la mujer debe realizarse regularmente estudios citológicos, incluso si tiene historia de normalidad.
- Se debe informar a las mujeres de la fiabilidad de la prueba.
- Seguimiento estrecho de las pacientes de alto riesgo (infecciones múltiples, inflamaciones marcadas, citologías previas anormales).
- Las lesiones sospechosas debe realizarse biopsia y los síntomas investigados, incluso si las citologías han sido negativas. El número de falsos negativos, en el mejor de los casos, estará en torno al 5-10%. Aunque puede parecer alarmante, tiene escasa significación clínica, ya que, si tiene estudios citológicos repetidos, rara vez se desarrollará una lesión invasiva potencialmente grave para la paciente. Los falsos positivos, aunque también pueden ocurrir, tienen menor significado, ya que las lesiones displásicas graves deben confirmarse por biopsia.

# **CAPITULO II**



## **2.1 DISEÑO METODOLOGICO**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo con enfoque cuantitativo.

### **Área de estudio**

El estudio se realizó en el Centro de Salud del municipio Río Blanco, que cuenta con una población estimada según INIDE para el año 2020 de 36,650 habitantes. El 51.5% de la población es del sexo femenino. El Ministerio de Salud en Río Blanco, cuenta con 1 centro de salud, 9 puestos de salud y 2 casas maternas con 29 camas.

### **Período de estudio**

El tiempo comprendido del mes de Diciembre 2020 -Diciembre del año 2021.

### **Universo**

Estuvo conformado por 390 expedientes de las pacientes que acudieron a las unidades de salud del municipio que se realizaran Papanicolaou en el período de estudio.

### **Muestra**

Estuvo constituida por 61 pacientes que se realizaron Papanicolaou y cuyo resultado determinara una lesión de alto o bajo grado en el período de estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Tipo de muestreo.**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

- ✓ Mujeres que acuden a las unidades a realizarse el Papanicolaou en el periodo en estudio.
- ✓ Pacientes pertenecientes al área geográfica de estudio.
- ✓ Mujeres mayores de 16 años.
- ✓ Pacientes con vida sexual activa.
- ✓ Expedientes con datos completos para cumplimiento de objetivos.

## **Criterios de exclusión**

- ✓ Expedientes con datos incompletos para cumplimiento de objetivos.
- ✓ Mujeres con resultados de Papanicolaou sin alteraciones.

## **Fuente de información**

La fuente de información fue secundaria, porque los datos se obtuvieron por medio de una ficha de recolección extraídos del expediente y del registro de Papanicolaou del municipio.

## **Procedimiento de recolección de datos**

Se realizó formal solicitud al director del municipio para la autorización de la revisión de expedientes y realizar el estudio. Con el compromiso de cuidar los expedientes en la recolección de la información.

El instrumento estuvo constituido por cuatro apartados **Apartado I** las características sociodemográficas, **Apartado II** los antecedentes ginecobstétricos, **Apartado III** las alteraciones citológicas de las pacientes en estudio y el **Apartado IV** el tipo de tratamiento empleado en las pacientes con alteraciones citológica

Para la validación del instrumento se realizó una prueba de pilotaje a 10 expedientes de pacientes para determinar el grado de confiabilidad de los datos obtenidos de los expedientes clínicos, si realmente respondieron a los objetivos del estudio disminuyendo así el margen de error y riesgos de sesgos, para la validación de dicho instrumento contamos con el apoyo de dos especialistas uno en Ginecobstetricia y otro en Metodología de la Investigación.

## **Técnica de recolección de datos**

Se realizó el llenado de ficha de recolección de datos, este procedimiento del llenado se revisó cada uno de los datos solicitados acorde al instrumento previamente estructurado de los expedientes de las pacientes, para realizar un control de calidad del llenado. Este llenado se realizará auxiliados por la aplicación de Google drive form, posterior los datos recolectados serán

exportados al programa SPSS 26, creando tablas dinámicas en varias ocasiones según la programación del préstamo de los expedientes según el servicio de estadística.

### **Plan de análisis**

Los datos recolectados se introdujeron en una base de datos exportada de la aplicación de Google drive form, construyendo tablas dinámicas donde se estimó la frecuencia y porcentaje de las diferentes variables por apartados, para la construcción de los resultados mostrándose en gráficos de barra y pastel.

### **Aspectos éticos**

Se solicitó la autorización al director de salud del municipio y al jefe de estadística. Se explicó el propósito del estudio, y se respetaron los datos que el expediente nos brindó como sus datos personales, médicos entre otros. Una vez con los datos obtenidos la información solo fue utilizada para fines académicos, y se dio una copia al director de la unidad de salud como compromiso de apoyo a la investigación en la unidad. Se revisaron los criterios de la Declaración de Helsinki para valoración de estudios investigativos. Se mantuvo el anonimato de los pacientes, justicia y beneficencia estas investigaciones con fines académicos, no traerá conflictos de interés, y no pone en riesgo la vida de las pacientes que se estudiarán.

## **ENUNCIADOS DE VARIABLES SEGÚN OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

### **1.- Describir las características socio demográficamente de las pacientes a investigar.**

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

### **2. Identificar los antecedentes personales y ginecobstétrico de las pacientes en estudio.**

- Antecedentes personales patológicos.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Antecedentes ginecobstétricos.

- Antecedentes familiares de CaCu.

### 3. Determinar las alteraciones citológicas en las pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez.

- Interpretación de Resultados citológicos sistema Bethesda.
- Interpretación de Resultados citológicos sistema Richard.

### 4. Especificar el tipo de tratamiento empleado en la pacientes con alteraciones citológica

- Tipo de tratamiento empleado.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| <b>Objetivo No. 1:</b> Describir las características socio demográfica de las pacientes a investigar. |  |                             |  |
|---|--|-----------------------------|--|
| <b>Variable</b>   | <b>Concepto operacional</b>  | <b>Indicador</b>            | <b>Valor/Escala</b>  |
| Edad  | Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha en que se realizara la  | Años                        | 16-25<br>26-35<br>36-45  |
| Procedencia   | Lugar donde la paciente habita.  | Área geográfica             | Rural<br>Urbano  |
| Estado civil  | Condición social que revela el estado de afiliación conyugal de una persona con otra.  | Relación legal conyugal     | Soltera<br>Casada<br>Divorciada<br>Viuda                               |
| Escolaridad   | Estado clasificado según la cantidad de años de educación que el paciente ha cursado.  | Grados académicos cursados. | Analfabeto<br>Primaria<br>Secundaria<br>Educación Superior             |
| Ocupación   | Es la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado por la paciente en estudio. | Desempeño                   | Ama de Casa<br>Maestra<br>Trabajadora sexual<br>Policía<br>Comerciante |

| <b>Objetivo No. 2:</b> Identificar los antecedentes personales y ginecobstétrico de las pacientes en estudio. |  |                                 |   |
|---|--|---------------------------------|---|
| <b>Variable</b>   | <b>Concepto operacional</b>  | <b>Indicador</b>                | <b>Valor/ Escala</b>                              |
| Antecedentes patológicos personales   | Es cualquier tipo de enfermedad que presentó o presentan actualmente las pacientes en estudio        | Enfermedad                      | Diabetes Mellitus 2<br>HTA<br>Epilepsia<br>Asma   |
| Antecedentes no patológicos personales  | Es cualquier tipo de habito toxico que presentó o presentan actualmente las pacientes al momento del | Habito nocivo                   | Tabaco<br>Alcohol<br>Drogas<br>Ninguno            |
| Antecedentes gineco   | Edad de inicio de vida sexual activa (Edad de la primera relación sexual)                            | Años                            | 12-15<br>16-19<br>>20                             |
|   | Menarca (Edad de la primera menstruación)  | Años                            | <12<br>13-15<br>>16                               |
|   | Numero de compañeros sexuales (Cantidad de parejas sexuales)   | Cantidad                        | 1<br>2-3<br>>4                                    |
|   | Tipo de métodos de planificación familiar (Especificación de método anticonceptivo)                  | Método anticonceptivo utilizado | Condón<br>Gestágenos Orales<br>DIU<br>Inyectables |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
|  | Antecedente de ITS (infección de transmisión sexual previa)            | Enfermedad         | VPH<br>Tricomoniasis<br>Sífilis<br>VIH<br>Herpes genital<br>Candidiasis vaginal |
|  | <b>Antecedentes ginecobstétrico</b><br>Gestas (Embarazos previos)      | Numero de Embarazo | Ninguno<br>Primigesta<br>Bigesta<br>Trigesta<br>Multiparata                     |
|  | Para (Partos previos)  | Número de partos   | 0<br>1<br>2<br>3<br>>4  |
|  | Cesárea (Interrupción del embarazo)                                    | Numero de Cesáreas | 1<br>2<br>3   |
|  | Aborto (Pérdida de producto antes de las 20SG con peso menor de 500gr) | Número de aborto   | 1<br>2<br>3   |

|                              |   |                                 |          |
|------------------------------|---|---------------------------------|----------|
| Antecedente familiar de CaCu | Es el registro de las enfermedades y afecciones oncológicas del aparato reproductor femenino en cualquier miembro de la | Enfermedad oncológica familiar. | Si<br>No |
|------------------------------|---|---------------------------------|----------|

**Objetivo No. 3:** Determinar las alteraciones citológicas en las pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez.

| Variable                            | Concepto operacional   | Indicador              | Valor/Escala   |
|-------------------------------------|--|------------------------|--|
| Interpretación de resultado Sistema | Son los hallazgos encontrados por el patólogo al examinar la muestra de citología    | Examen de Papanicolaou | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEIBG</li> <li>• LEIAG</li> <li>• ASC</li> </ul>      |
| Interpretación de resultados        | Cambios en células epiteliales del cérvix uterino según la clasificación de Richard. | Examen de Papanicolau  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• NIC I</li> <li>• NIC II</li> <li>• NIC III</li> </ul> |

**Objetivo No. 4:** Especificar el tipo de tratamiento empleado en la ´pacientes con alteraciones citológica

| Variable            | Concepto operacional  | Indicador                             | Valor/Escala  |
|---------------------|---|---------------------------------------|---|
| Tipo de tratamiento | Es la actividad a realizar como terapia temprana y temporal para la lesión reportada. | Procedimiento diagnostico/terapéutico | Crioterapia<br>Colposcopia<br>Electrofulguración<br>Cono Leep<br>Histerotomía |

# **CAPITULO III**



### 3.1 RESULTADOS

En relación con el grupo etario se observó pertenecía al grupo de > 46 años 21 usuarias (34.4%) seguido de las pacientes de 36 – 45 años 19 (31.1%) y menor incidencia los grupos de 26- 35 años 12 féminas (19.7%) y las de 16 a 25 años 9 usuarias (14.8%). Con respecto a la ocupación de los pacientes investigado, se encontró que la mayor parte de las investigable eran ama de casa, 42 pacientes (68.9%) seguido de las que se desempeñaba como maestra 10 (16.4%) y en menor frecuencia las usuaria que eran comerciantes 6 (9.8%) y empleada doméstica 3 (4.9%). En relación a la procedencia, el área rural es del mayor predominio 49 (80.3%), seguido de urbana 12 (19.7%). En cuanto a la escolaridad se encontró que la mayor parte alcanzaron el grado de primaria 28 (45.9%), seguido secundaria 28 (34.4%), analfabeta 8 (13.1%) y en menor incidencia educación superior como técnico 2 (3.3%). Con relación al estado civil, se encontró que la mayor parte de las pacientes eran solteras 38 (62.3%), seguido por mujeres casada viudas 14 (23%), y en menor frecuencia usuarias divorciada 5 (8.2%) y viudas 4(6.6%). (TablaN°1)

Con respecto a Antecedentes no patológicos personales, el consumo de alcohol 3 (4.9%), seguido de del uso del tabaco 3 (4.9%) y ninguna 55 (90.2%). Los antecedentes personales patológicos fueron portadoras de EPI 53 (86.6%), seguido por HTA 41 pacientes (67.2%) y en menor frecuencia la Diabetes Mellitus con 32 usuarias (52.4%), Asma bronquial 6 (9.8%), Epilepsia 4 (6.5%) y ninguna patología 8 (13.1%). En cuanto al inicio de vida sexual en las usuarias, se encontró que la mayor parte inicia entre la edad de 16 – 19 años 36 usuarias (59.0%), siguiendo de entre 12 – 15 años 15 mujeres (24.6%) y finamente mayor de 20 años 10 pacientes (16.4%). En relación a la menarca, se evidenció que entre los 13 a 15 años 29 (47.5%), seguido entre la edad menor de 12 años 27 (44.3%) y en menor frecuencia mayor de 16 años 5 (8.2%). En cuanto al número de compañera sexual por parte de las usuarias, se identificó que al menos 1 compañeros sexual 38 (62.3%), seguido de 2 a 3 compañeros sexuales 17 (27.9%) y en menor proporción más de 4 parejas 6 (8.9%). Referente al método de planificación, se identificó que la mayor parte de las investigada prefieren el uso de gestágenos orales 33 (54.1%), seguido de métodos inyectable 14 (23%), uso de preservativos 12 (19.7%) y en menor proporción el DIU 2 (3.3%). Acerca sobre los Antecedente de ITS, se

evidencio la mayor parte de las afecciones son por Tricomoniasis 32 (52.5%), seguido por VPH 15 (24.6%) y en menor frecuencia Candidiasis Vaginal 14(23%). Con respecto a la gesta, las pacientes Bigesta se presenta en un 25 (41%), seguido primigesta 16 (26.2%), ninguna gesta 10 (16.4%), trigesta 6 (9.8%) y finalmente pacientes multigesta 4(6.6%). Acerca de parto previos, se encontró que la mayor parte de la investigable a tenido 1 parto previo 20 (32.8%), seguido de 2 parto previos 19 (31.1%), ninguno 10 (16.4%), 3 partos previos 5(8.2%) y más de 4 parto previos 1 (1.6%). En cuanto al indicador de cesárea se evidencio que la usarías que no ha tenido ninguna cesárea, fue de mayor predominio con el 48 (78.7%), al menos 1 cesárea 12 (19.7%) y en menor frecuencia, dos cesáreas 1 (1.6%). En relación al número de aborto, las usarías no han tenido ningún aborto se presentó con una frecuencia del 52(85.2%) y al menos un aborto 9(14.8%).(Tabla N°2)

En lo relacionado a las Interpretación de las alteraciones citológica, los resultados generados por el sistema de Sistema Bethesda, se encontró que la mayor parte de esta investigación eran por Lesiones de bajo grados con el 54 (88.5%) y en menor frecuencia las Lesiones por alto grados 7(11.5%). En cuanto a los resultados por el sistema de Richard se presenta en mayor frecuencia NIC 1 54(88.5%), seguido NIC2 6(9.8%) y finalmente NIC3 1(1.6%). (Tabla N°3)

En lo concerniente al manejo terapéutico el más empleado en las usarías, dentro de esta investigación fue el Manejo conservador con el 45(73.8%), seguido por la Crioterapia en un 9(14.8%), Colposcopia en un 6(9.8%) y finalmente en menor frecuencia la Histerectomía 1 (1.6%). (Tabla N°4)

## **3.2 DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

### **Relación de los resultados con las conclusiones de otras investigaciones**

En la presente investigación se estudiaron 61 pacientes que cumplieron criterios de inclusión en el estudio descriptivo. Donde se estudió su Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez, municipio Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021. Se estudiaron las variables reportadas en la literatura como factores de riesgo para desarrollar la patología de estudio.

En relación con la edad, se identificó un predominio del 34.4%, comprendiendo las edades de 46 años en adelante, respecto a la presencia de lesiones intraepiteliales. La literatura internacional consultada refiere que la edad promedio de aparición de estas lesiones se encuentra en los grupos de 34 a 35 años para lesiones intraepiteliales y 44 a 52 años para carcinoma in situ. (Gonzalez, 2015).

Con respecto a los resultados del área de procedencia, el mayor predominio es en área Rural en un 80.3%, asociado un bajo nivel académico en donde el 45.9% solo alcanzó el nivel de primaria, esto puede implicar no seguimiento y abandono de tratamiento debido a zonas de poca accesibilidad. El estado civil que predominó fue de las pacientes soltera con un 62.3%, con un inicio de vida sexual activa ante de los 16 años en un 59%. En donde se puede atribuir que tuvieron un inicio de vida sexual activa y su primer embarazo en la adolescencia, lo que constituye un factor riesgo, lo cual es respaldado por el estudio de (Montalvan, 2016) ya que en este estudio se encontró que; “El perfil sociodemográfico de las pacientes en estudio era, mujeres jóvenes en edad reproductiva, amas de casa con bajo nivel escolar, de religión católica y de procedencia urbana”.

Respecto a los antecedentes patológicos se encontró que un 86.8% de pacientes presentaba EPI, que en contraste con la investigación de (Villagaray-Ipurre, 2020), donde también se evidencia una alta frecuencia de EPI e ITS en un 60%.

En nuestro estudio el número de pareja sexuales, predominaron las que solo habían tenido un compañero, con el 62.3%. Se identificó a su vez una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual sin un tratamiento o seguimiento adecuado, donde se observó tricomoniasis en un 52.5% y VPH 24.6%. Al comparar con otro estudio las mujeres que tuvieron de 3 o más compañeros sexuales, asociado a infección de VPH, presentaron una frecuencia del 40% en el desarrollo de alteraciones pre neoplásica. (Dr Elsanía María Hernández, 2017)

Cuando asociamos el uso de métodos anticonceptivos el de mayor elección son los gestágenos oral con el 54%, lo que concluye de otros estudios realizado a nivel nacional e internacional lo que reporta el uso de gestágeno orales se asocia con alto porcentaje de desarrolla carcinoma cérvico uterino, en comparación con otras pacientes que utilizaban otros métodos de anticoncepción. (Dr Elsanía María Hernández, 2017).

En cuanto las alteraciones citológicas encontrada el 88.5% son de lesiones de LEIBG, que en contraste con la investigación de (Zuñiga M, 2018) en donde se realizó un estudio transversal y retrospectivo siendo la prevalencia de lesiones cervicales por citología vaginal fue de 10.3%, y el diagnóstico citológico predominante fue la LEIBG o NIC 1 en 83% de los casos estudiados. Coincidiendo con nuestro estudio donde las pacientes con NIC I ocupan el mayor porcentaje (88.5%). Reflejando que la mayoría de las pacientes con lesiones intraepiteliales eran de bajo grado permitiendo un abordaje y seguimiento temprano, con el fin de evitar desarrollo de este.

Esto puede deberse a que las pacientes con alteraciones preneoplásica de alto grados son con frecuencia referidas al segundo nivel de atención por lo tanto, dicho seguimiento no es registrado en el centro de salud.

### 3.3 CONCLUSIONES

1. En relación con las características sociodemográficos encontramos que predominó el grupo etario de mayores de 46 años, amas de casa, de procedencia rural, con escolaridad primaria, solteras.
2. De los antecedentes personales se encontró que los no patológicos predominó el consumo de alcohol y tabaco, de los antecedentes personales patológicos fue la EPI, el inicio de vida sexual activa fue entre los 16-19 años, menarca 13-15 años, número de compañeros sexuales 1, el método de planificación familiar gestágenos orales, la ITS más frecuente fue la Tricomoniasis, bigestas, partos, cesáreas y abortos 1 respectivamente.
3. Los resultados generados en el sistema de Sistema Bethesda en las usuarias investigadas fueron lesiones de bajo grado y los resultados del sistema Richard fue el NIC1.
4. El manejo terapéutico más empleado en las pacientes fue conservador.

### **3.4 RECOMENDACIONES**

#### **SILAIS MATAGALPA:**

Garantizar adecuadamente los recursos para la toma de citología, y adecuados manejos de las patologías infecciosas ginecológicas para dar un tratamiento oportuno, eficaz y eficiente para una óptima utilización de los recursos.

Mejorar el esquema de captación y seguimiento de las pacientes en grupos de riesgo, realizando supervisiones periódicas a las unidades de salud con la finalidad de valorar el desempeño y la práctica de los programas de atención a la mujer.

#### **Centro de salud Denis Gutiérrez:**

Capacitar al personal de salud sobre la toma e interpretación de la muestra de citología cervical, que forme parte del plan educativo sobre salud sexual y reproductiva que incluya a usuarias de la unidad de salud en estudio.

Crear un plan de consejería y charlas de promoción y educación sobre la importancia de la toma de PAP desde el momento que hayan iniciado relaciones sexuales para así prevenir infecciones vaginales, inflamación, lesiones premalignas y cáncer in situ.

#### **A la población:**

Realizar un chequeo general y toma de PAP por lo menos una vez por año y según resultados se dé seguimiento por promotor para dar tratamiento adecuado y oportuno.

Establecer un vínculo entre las unidades de salud y los líderes comunitarios para la elaboración de un plan multidisciplinario de concientización y aclaración de dudas sobre la citología

# **4. CAPITULO IV**

## 4.1 Bibliografía

- Abolafia, C., Monserrat, J. Á., & et-al. (2017). ORIGINAL Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix: correlación entre citología, colposcopia y biopsia. *Revista Española de Patología*, 2-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2017.07.002>
- Adrian Salvent, K. R. (2017). Correlacion cito-colpo-histológica en lesiones premalignas del cuello uterino en el Hospital Básico Píllaro. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-14.
- Ardila-García, D. (2017). VIRUS DE PAPILOMA HUMANO. SEGUIMIENTO POSTERIOR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA DE COLPOSCOPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR ÁNGEL LARRALDE. PERIODO ENERO 2009 –ENERO 2015. *UNIVERSIDAD DE CARABOBO*, 3-17.
- Ayala-Aponte, Y. (2016). Relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos del cuello uterino en gestantes que acudieron al consultorio oncológico del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé –2015. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS*, 23-34.
- Barrios, M. C. (2017). Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. *SCIELO*, 45-56.
- Blanco–Rocha, C. (2017). Correlación entre la Infección por Virus del Papiloma Humano Genotipo 16, 18, 33 y Lesiones Intraepiteliales Cervicales Diagnosticadas por Biopsia en Pacientes Atendidas en el Servicio de Colposcopia del Hospital Bertha Calderón Roque Nov 2015 – Feb 2016. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua*, 15-31, 40-50.
- Chacón-Sandí, C., & Ordóñez-Castillo, P. (2021). Estudio sobre la relación citocolposcópica e histopatológica de lesiones pre-invasivas de cuello uterino en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital San Juan de Dios en el primer semestre del año 2018. *Universidad de Costa Rica*, 3-21.
- Chancafe-Morgan, R. (2019). CONCORDANCIA CITOLÓGICA, HISTOLÓGICA E INMUNOHISTOQUÍMICA DE LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA. *Universiad Peruana Cayetano Heredia*, 3-15.
- Cordero-Martínez, J., & García-Pimentelli, M. (2016). Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*, 3-10.
- De-Sousa, K., & Colmenares, E. (2019). Resultados Cito-colpo-histológicos en pacientes en edad fértil de la consulta ginecológica de patología de cuello del centro materno pediátrico Zulia. 2015-2016. Maracaibo–Zulia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(1), 2-5.
- Dr Elsanía Maria Hernadez. (2017). *Alteraciones citologica cervico uterinas y factores de riesgo asociado en mujeres que acudieron en el centro de salud municipio el jicaral*. El jicaral.
- Flores, C. E. (24 de Febrero de 2017). *Nicaragua trabaja en la detección temprana del cáncer cervicouterino y de mamas*. Obtenido de El19: <https://www.el19digital.com/>
- Gago, I., & Hernandez, J. (2017). 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. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua*, 24-36, 42-56.
- Gómez-De-Paz, G., & Orellana, B. (2017). FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN LA INCIDENCIA DE LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO, EN MUJERES DE 15 A 60 AÑOS, UNIDAD DE SALUD SAN LUIS LA HERRADURA DE ENERO-MAYO 2017. *Universidad de El Salvador*, 22-46.



- Gómez-Moya, D., Gonzalez, M., & et-al. (2018). Correlación de resultados de los métodos diagnósticos de las patologías del cuello uterino en el Hospital "Camilo Cienfuegos". *Hospital Provincial "Camilo Cienfuegos"*, 3-11.
- Gomez-Oporta, M. (2021). Correlación citológica, colposcópica e histológica de pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado, Hospital Fernando Velez Paiz Enero 2020- Enero 2021. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua*, 17-33.
- Gonzalez, E. (2015). *Reporte de Papanicolaou realizado a usuarias atendidas en el Puesto de de Salud Alfonso Gonzalez, Julio-Diciembre 2014*. Managua.
- Gonzalez-Britton, A. (2020). Concordancia diagnóstica entre hallazgos clínicos y colposcópicos del Hospital Fernando Vélez Paiz de octubre 2018 a octubre 2019. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua*, 14.26, 34-46.
- Hanco-Gomez, M., Condori-Cari, L., & et-al. (2021). Ventajas del Análisis Histo-Cito-Colposcópico en el Diagnostico de Lesiones Pre Malignas en Cervix en Pacientes que Acuden a Consulta Ginecológica en la Ciudad de Puno 2018 - 2020. *Polo del Conocimiento*, 6(8), 4-15.
- Jacques Ferlay, H.-R. S. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2010. *National Library of Medicine* .
- James S. Marks, N. C. (2010). Implementing Recommendations for the Early Detection of Breast and Cervical Cancer Among Low-Income Women. *Journal Storage*, 35-55.
- Leaño-Berrios, J., & Mena-Revollo, L. (2020). CORRELACION CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA DE LESIONES PRECANCERÍGENAS EN CÉRVIX. *Revista Medica La Paz*, 26(1), 24-31.
- MINSA. (2006). Norma tecnica de prevencion, deteccion y atencion del cancer cervico uterino.
- MINSA. (2010). "PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO A TRAVES DEL TAMIZAJE CON INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO Y TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA. Managua: Biblioteca Nacional de salud.
- MINSA. (December de 2021). <http://www.minsa.gob.ni/>.
- Montalvan. (2016). *Comportamiento epidemiologico de las lesiones de alto grado y cancer cervicouterino en usuarias atendidas en la clinica de lesiones temprana del Hospital Aleman Nicaraguense*. Managua.
- Nayar R, W. C. (2015). THE PAP TEST AND BETHESDA 2014. *Cytologica*, 121-132.
- Neerja, B., Daisuke, A., & et-al. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *FIGO Cancer Report 2021*, 3-7. doi:DOI: 10.1002/ijgo.13865
- Noemi Rojas Cisneros, R. R. (2021). Consumo De Tabaco Y Neoplasia Intraepitelial. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* , 157-168.
- OMS. (2010). *Manual de Bolsillo, Tecnicas de inspeccion visual* . Guatemala: OMS.
- Padrón, I., & Barrios, L. (2020). PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: DETECCIÓN TEMPRANA Y DIAGNÓSTICO DE LESIONES PREMALIGNAS. *Universidad de Cartagena*, 22-34, 67-89, 105-135.
- PAHO. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control*. Switzerland: WHO.
- Paniagua-Burgos, S. (2019). PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO I EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA, EN EL PERIODO JULIO 2018-SEPTIEMBRE 2019. *Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña*, 34-57.

- Prieto M, P. J. (2012). Comportamiento de las citologías orgánicas alteradas en un área de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* , 510-520.
- Rocha, B. (2016). *Correlacion entre la infeccion por VOH 16,18, 33 Y Lesiones Intraepiteliales Cervicales Diagnosticadas por Biopsia en Pacientes Atendidas en el Servicio de Colposcopia Del Hospital Bertha Calderon Roque*. Managua.
- Sánchez-Zamora, R., Vera-Gaspar, D., & et-al. (2016). Correlación histocitológica y colposcópica en pacientes en transición a la menopausia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 84(2), 66-70.
- Semblantes-Paredes, N. G. (2020). CORRELACIÓN DE HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN LESIONES CERVICALES ASOCIADAS O NO A PAPILOMA VIRUS EN PACIENTES FEMENINAS ATENDIDAS EN SOLCA- UNIDAD ONCOLÓGICA TUNGURAHUA. *UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO*, 26-45, 56-78.
- Sequeira, A. C. (2017). CORRELACION CITO – HISTOLÓGICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE ENERO 2015 – OCTUBRE 2016. *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua*, 5-21, 35-48.
- siasdfds, P. G. (s.f.).
- Tisne, J., Arab, C., & et-al. (2015). Colposcopia vaginal y vulvoscopia ventajas y desventajas. *Universidad de Chile*, 11-24.
- Valerio-Ventocilla, G. (2016). Valoración de la citología y la colposcopia como pruebas de detección precoz del cáncer de cuello uterino en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS*, 22-46.
- Villagaray-Ipurre, M. (2020). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo grado. Hospital Santa María del Socorro de Ica, periodo 2018-2019. *Universidad Cesar Vallejos*, 16-25, 34-47.
- Zari-Hidalgo, C. (2017). Correlación entre citología, colposcopia e histopatología en pacientes con lesiones cervicales sometidas a conización. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2014-2015. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS*, 33-56.
- Zuñiga M, D. R. (2018). EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES DE CERVIX ATENDIDAS EN UNA INSTITUCION PUBLICA DE SALUD . *TEQUIO*, 27-36.

# **CAPITULO V**

## 5.1 ANEXO

**Anexo N°1:** Ficha de recolección de datos

**Tema:** “Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas de los Papanicolaou en las mujeres que acuden a las unidades de salud del municipio de Rio Blanco, Matagalpa, periodo de Diciembre 2020-Diciembre 2021”.

**Ficha:** \_\_\_\_\_ **Expediente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Apartado No.1:** Describir las características socio demográfica de las pacientes a investigar.

Edad:

16-25

26-35

36-45

> 46

Procedencia • Rural \_\_\_\_\_ • Urbano \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Unión estable \_\_\_\_\_ Escolaridad:

Analfabeto \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_ Técnica \_\_\_\_\_ Educación Superior \_\_\_\_\_

Ocupación: Ama de Casa \_\_\_\_\_ Maestra \_\_\_\_\_ Trabajadora sexual \_\_\_\_\_ Policía \_\_\_\_\_ Comerciante \_\_\_\_\_ empleado domestica \_\_\_\_\_

**Apartado No.2** Identificar los antecedentes personales y ginecobstétrico de las pacientes en estudio.

Antecedentes patológicos personales: Diabetes Mellitus 2 \_\_\_\_\_ HTA \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ EPI \_\_\_\_\_

Antecedentes no patológicos personales Tabaco \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Drogas \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

|                                |                              |             |
|--------------------------------|------------------------------|-------------|
| <b>Antecedentes<br/>gineco</b> | Inicio de vida sexual activa | 12-15 _____ |
|                                |                              | 16-19 _____ |
|                                |                              | >20 _____   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Menarca                                   | <12 __<br>13-15 __<br>>16 __  |
|  | Numero de compañeros sexuales             | 1 __<br>2-3 __<br>>4 __   |
|  | Tipo de métodos de planificación familiar | Condón __<br>Gestágenos Orales __<br>DIU __                             |
|  | Antecedente de ITS                        | VPH __<br>Tricomoniasis __<br>Sífilis __<br>VIH __<br>Herpes genital __ |

|                                     |                |   |
|-------------------------------------|----------------|---|
| <b>Antecedentes ginecobstetrico</b> | Gestas         | Primigesta __<br>Bigesta __<br>Trigesta __<br>Multigesta __ |
|                                     | Partos previos | 1 __<br>2 __<br>3 __<br>>4 __                               |

|  |                               |                    |
|--|-------------------------------|--------------------|
|  | Numero de Cesárea             | 1__<br>2 __<br>3__ |
|  | Numero de Aborto:             | 1__<br>2 __<br>3__ |
|  | Antecedente familiar de CaCu; | SI__<br>NO__       |

**Apartado No:3** Determinar las alteraciones citológicas en las pacientes que acuden al Centro de Salud Denis Gutiérrez.

- Interpretación de resultado Sistema Bethesda: LEIBG\_\_ LEIAG \_\_ ASC\_\_
- Interpretación de resultados Richard: NIC I\_\_ NIC II \_\_ NIC III\_\_

**Apartado No4:** Especificar el tipo de tratamiento empleado en la ´pacientes con alteraciones citológica

Tipo de tratamiento:

- Crioterapia \_\_
- Colposcopia
- Electrofulguración\_\_
- Cono Leep\_\_
- Histerotomía\_\_
- Manejo conservador\_\_

## Anexo N°1: TABLAS DE RESULTADOS

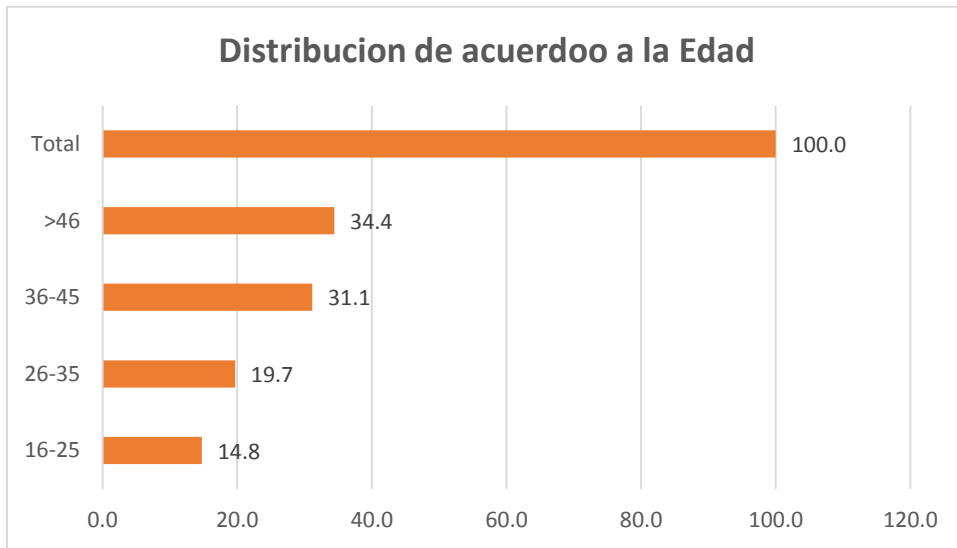
**Tabla N°1:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo con las características sociodemográficas.

| <b>EDAD</b>         | <b>FR</b> | <b>%</b> |
|---------------------|-----------|----------|
| 16-25               | 9         | 14.8     |
| 26-35               | 12        | 19.7     |
| 36-45               | 19        | 31.1     |
| >46                 | 21        | 34.4     |
| <b>OCUPACION</b>    | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Ama de Casa         | 42        | 68.9     |
| Empleada domestica  | 3         | 4.9      |
| Comerciante         | 6         | 9.8      |
| Maestra             | 10        | 16.4     |
| <b>PROCENDENCIA</b> | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Rural               | 49        | 80.3     |
| Urbano              | 12        | 19.7     |
| <b>ESCOLARIDAD</b>  | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Analfabeta          | 8         | 13.1     |
| Primaria            | 28        | 45.9     |
| Secundaria          | 21        | 34.4     |
| Educación superior  | 2         | 3.3      |
| Técnico             | 2         | 3.3      |
| <b>ESTADO CIVIL</b> | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Soltera             | 38        | 62.3     |
| Casada              | 14        | 23.0     |
| Viuda               | 4         | 6.6      |
| Divorciada          | 5         | 8.2      |

**Fuente:** Expediente clínico

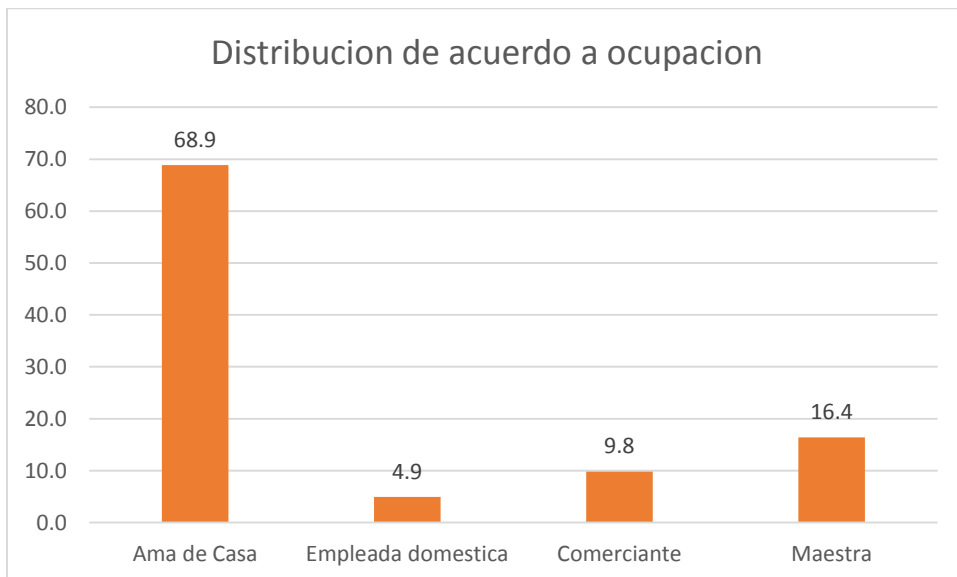
(Tabla N°1)

Gráfico N°1A: Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a grupo etario



**Fuente:** Tabla N°1

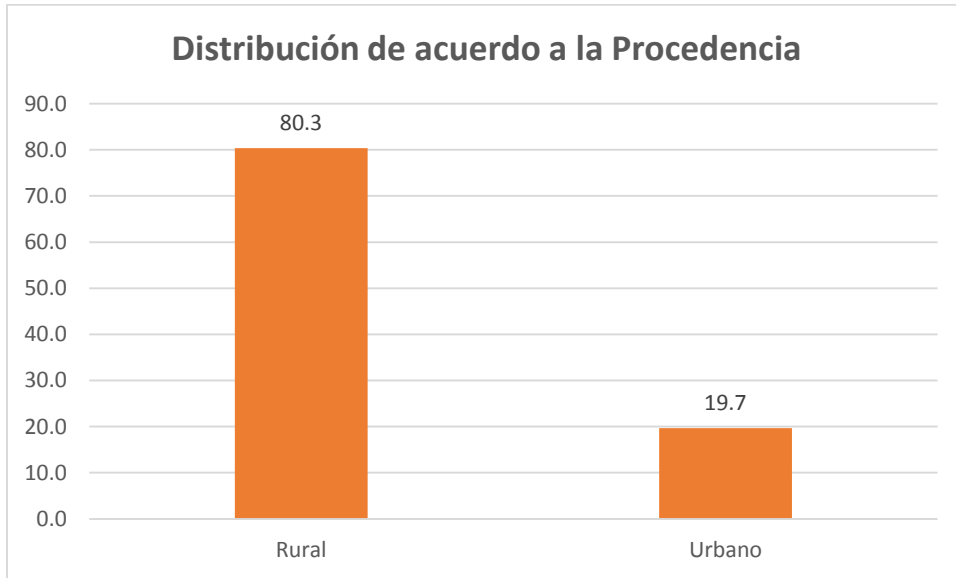
Gráfico N°1B: Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la ocupación.





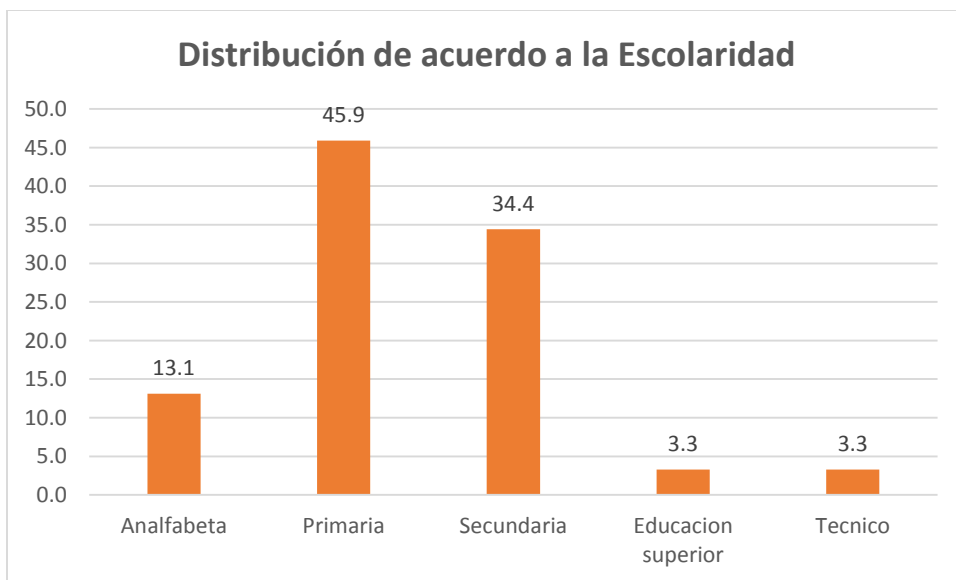
**Fuente:** Tabla N°1

Gráfico N°1C: Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Procedencia.



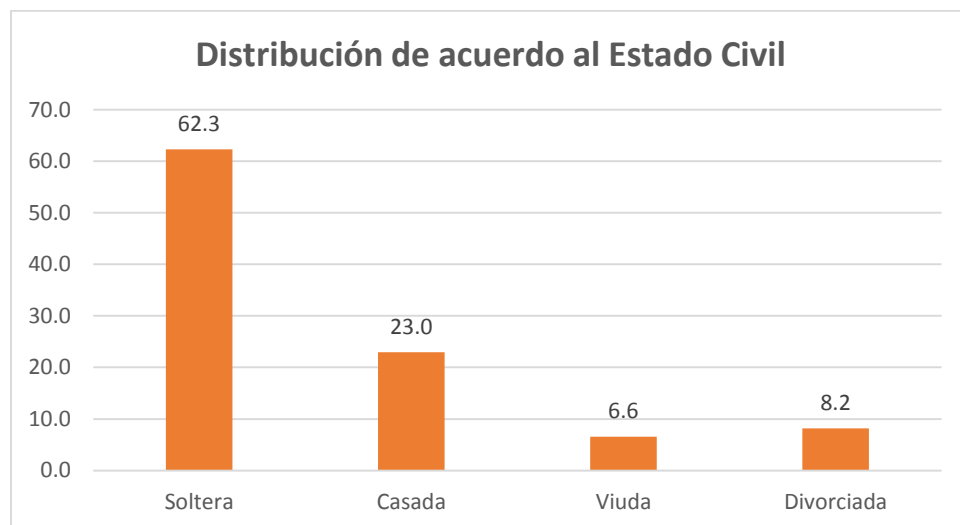
**Fuente:** Tabla N°1

Gráfico N°1D: Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la escolaridad



**Fuente:** Tabla N°1

Gráfico N°1E: Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo al estado civil.



**Tabla N°2:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a antecedentes personales y ginecobstetrico

| <b>Antecedentes no patológicos personales</b> | <b>FR</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| Alcohol                                       | 3         | 4.9      |
| Tabaco  | 3         | 4.9      |
| Ninguno                                       | 55        | 90.2     |
| <b>Antecedentes Patológicos Personales</b>    | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Diabetes Mellitus                             | 32        | 52.4     |
| HTA   | 41        | 67.2     |
| Epilepsia                                     | 4         | 6.5      |
| Asma bronquial                                | 6         | 9.8      |
| EPI   | 53        | 86.8     |
| Ninguna                                       | 8         | 13.1     |
| <b>Inicio de vida sexual activa</b>           | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| 12-15   | 15        | 24.6     |

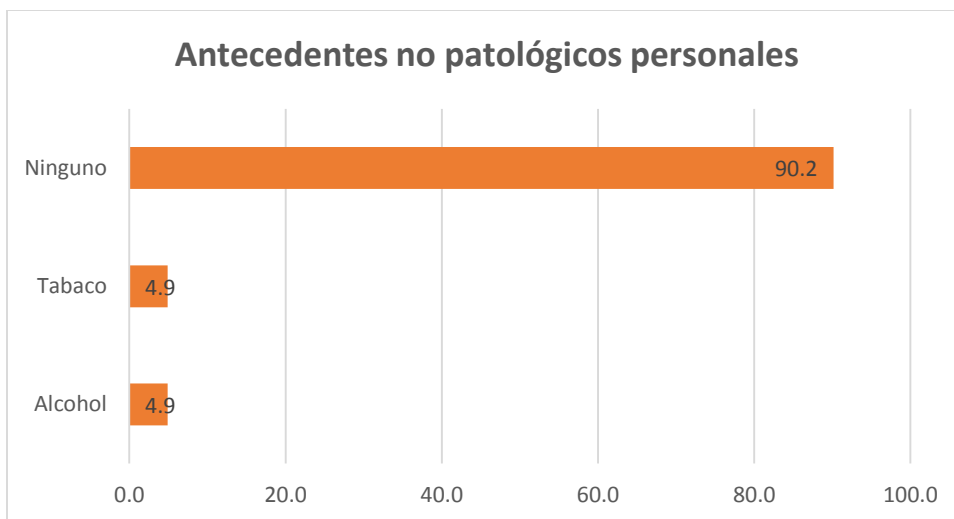
|                               |           |          |
|-------------------------------|-----------|----------|
| 16-19                         | 36        | 59.0     |
| >20                           | 10        | 16.4     |
| <b>Menarca</b>                | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| <12                           | 27        | 44.3     |
| 13-15                         | 29        | 47.5     |
| >16                           | 5         | 8.2      |
| <b>Compañeros sexuales</b>    | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| 1                             | 38        | 62.3     |
| 2-3                           | 17        | 27.9     |
| >4                            | 6         | 9.8      |
| <b>Planificación familiar</b> | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Condón                        | 12        | 19.7     |
| Gestágenos orales             | 33        | 54.1     |
| inyectables                   | 14        | 23.0     |
| DIU                           | 2         | 3.3      |
| <b>Antecedente de ITS</b>     | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| VPH                           | 15        | 24.6     |
| Tricomoniasis                 | 32        | 52.5     |
| Candidiasis Vaginal           | 14        | 23.0     |
| <b>Gestas</b>                 | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| Ninguno                       | 10        | 16.4     |
| Primigesta                    | 16        | 26.2     |
| Bigesta                       | 25        | 41.0     |
| Trigesta                      | 6         | 9.8      |
| Multigesta                    | 4         | 6.6      |
| <b>Partos previos</b>         | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| 0                             | 16        | 26.2     |
| 1                             | 20        | 32.8     |
| 2                             | 19        | 31.1     |
| 3                             | 5         | 8.2      |

|                          |           |          |
|--------------------------|-----------|----------|
| >4                       | 1         | 1.6      |
| <b>Numero de Cesárea</b> | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| 0                        | 48        | 78.7     |
| 1                        | 12        | 19.7     |
| 2                        | 1         | 1.6      |
| <b>Numero de Aborto</b>  | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| 0                        | 52        | 85.2     |
| 1                        | 9         | 14.8     |

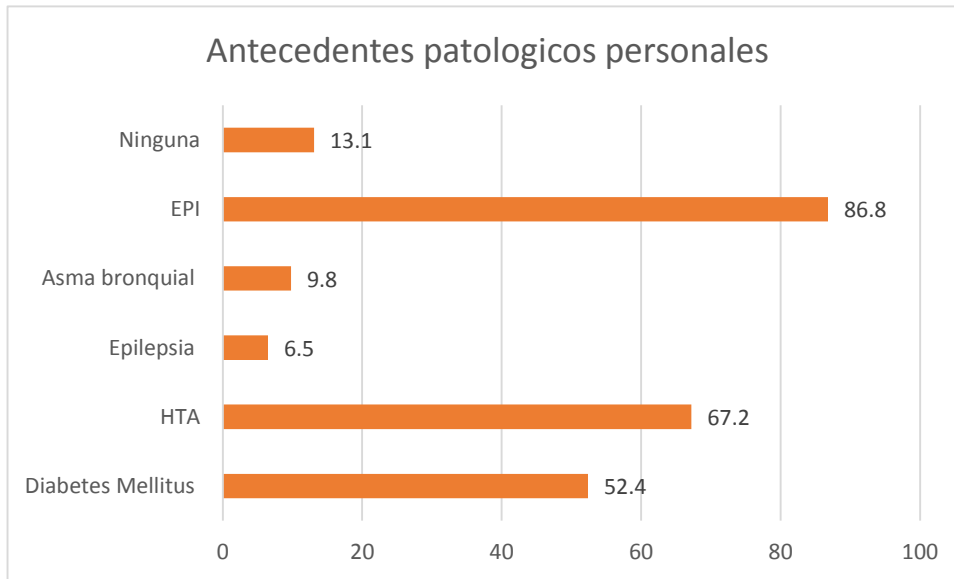
**Fuente:** Expediente clínico

**(Tabla N°2)**

**Gráfico N°2A:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo Antecedentes no patológicos personales

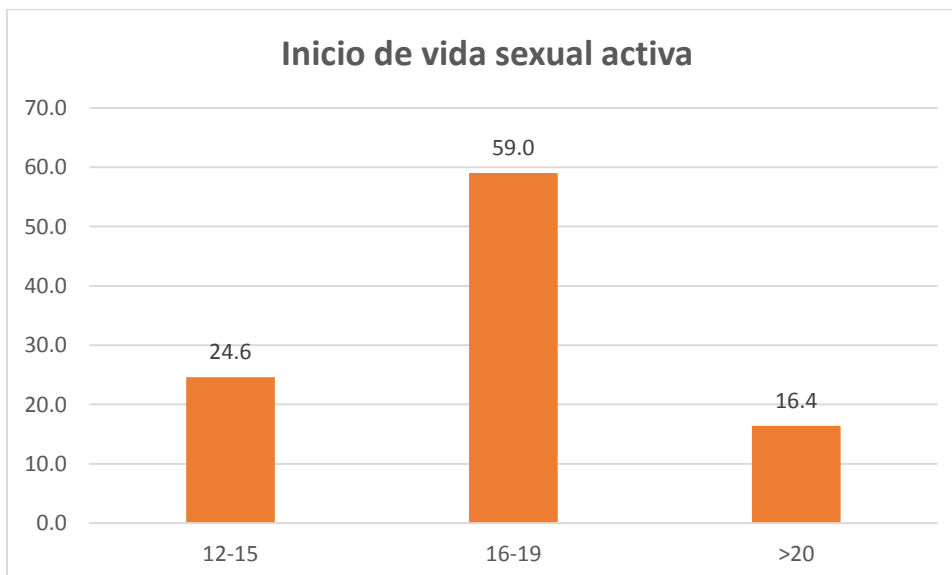


**Gráfico N°2B:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo Antecedentes patológicos personales



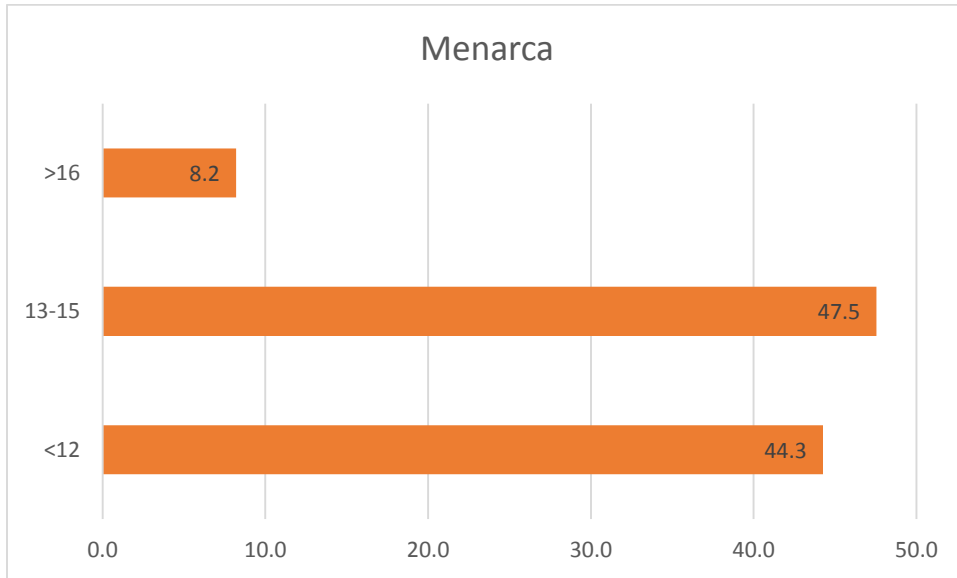
**(Tabla N°2)**

**Gráfico N°2C:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo al Inicio de vida sexual activa



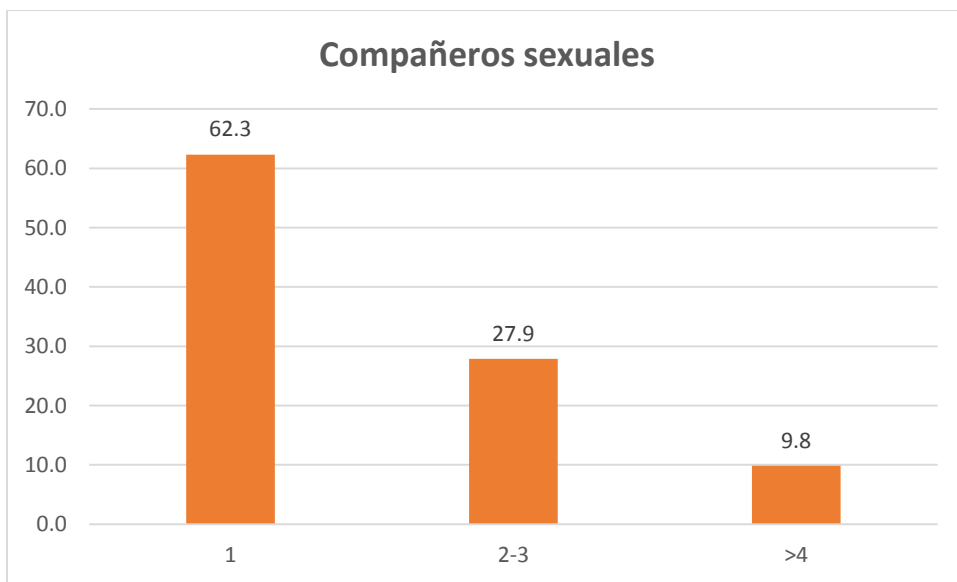
(Tabla N°2)

**Gráfico N°2D:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Menarca.



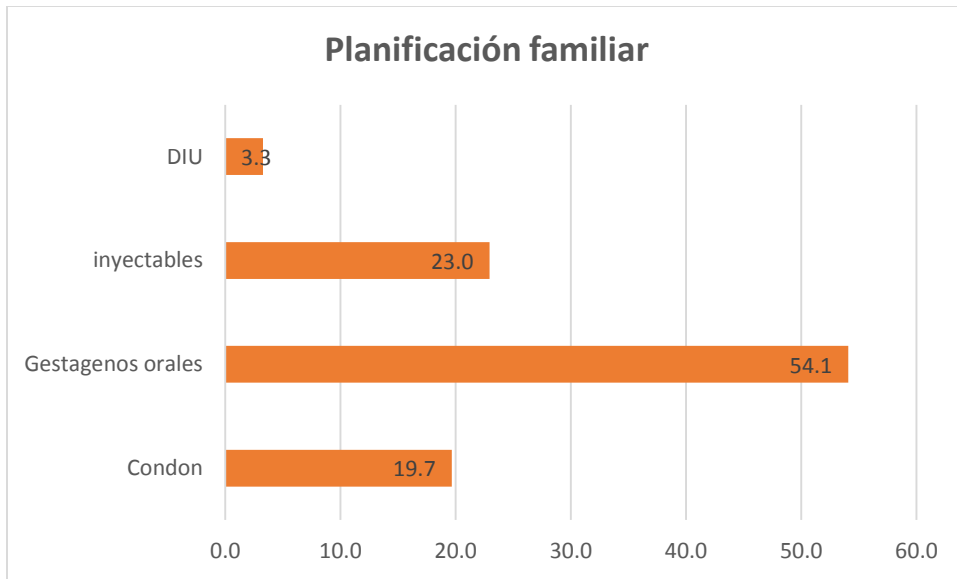
(Tabla N°2)

**Gráfico N°2E:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Compañeros sexuales.



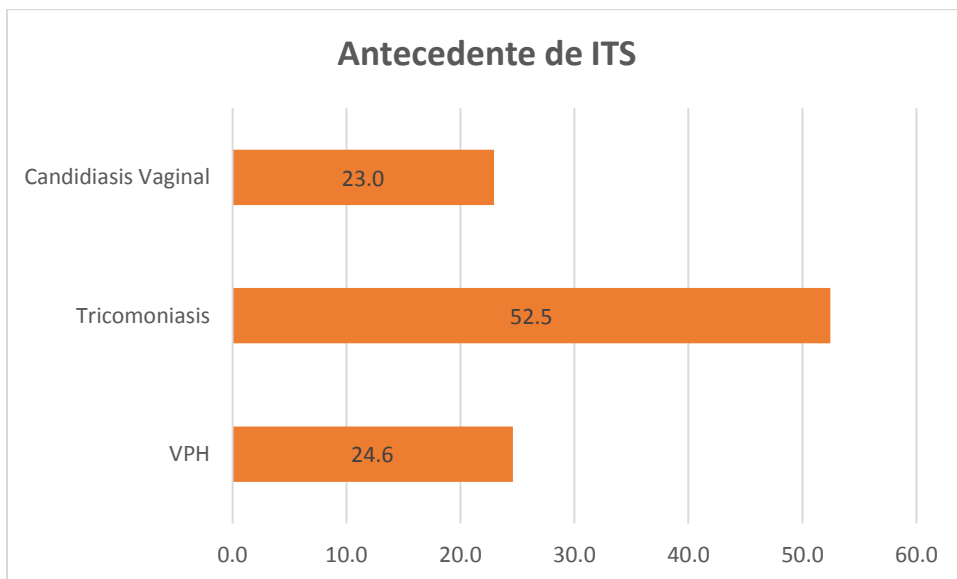
(Tabla N°2)

**Gráfico N°2F:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Planificación familiar.



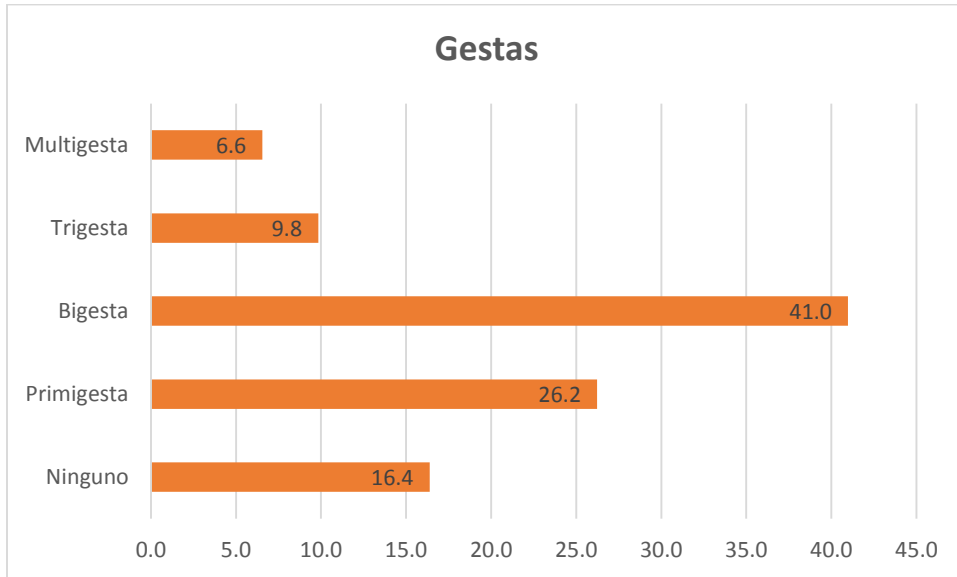
(Tabla N°2)

**Gráfico N°2G:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo con los Antecedente de ITS



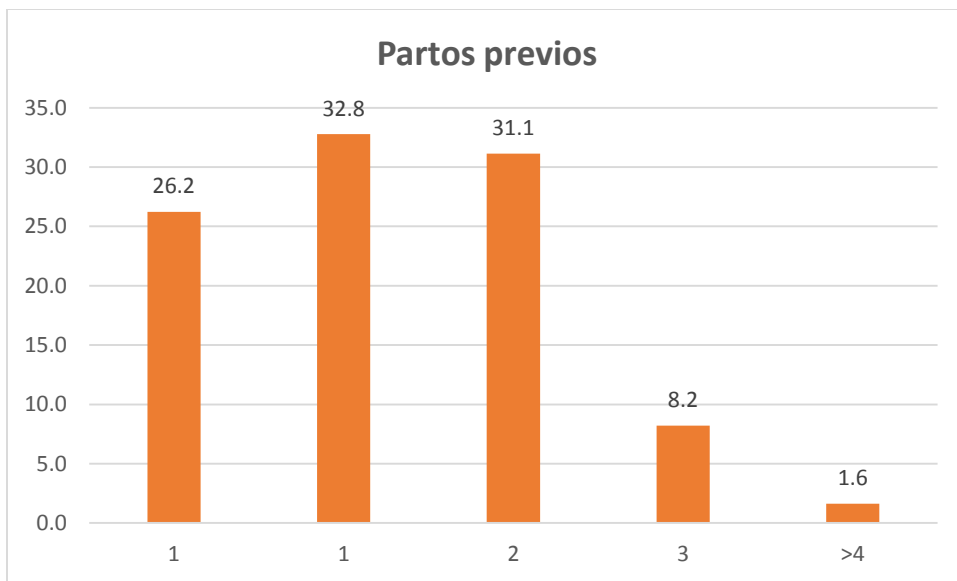
(Tabla N°2)

**Gráfico N°2H:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Gestas



**(Tabla N°2)**

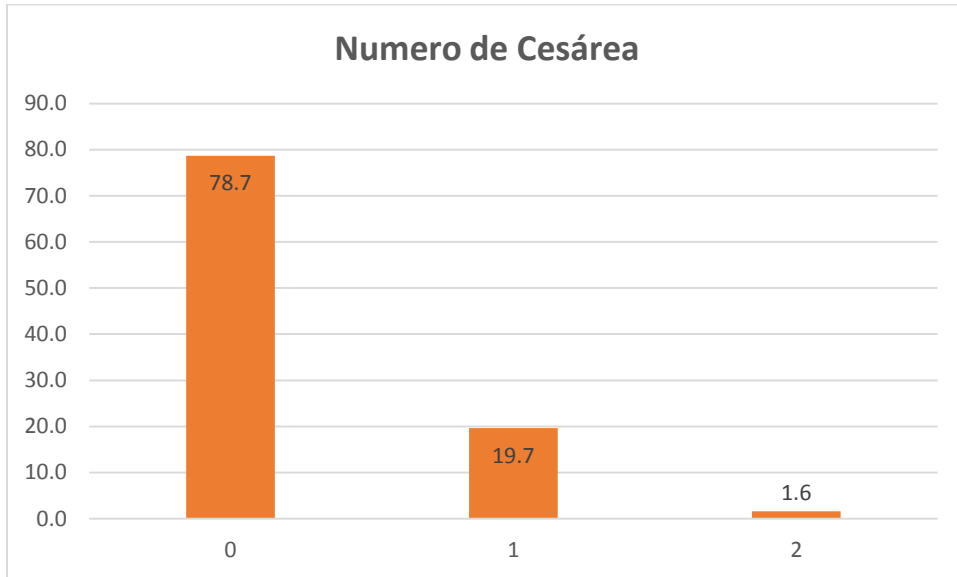
**Gráfico N°2I:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Partos previos.



**(Tabla N°2)**

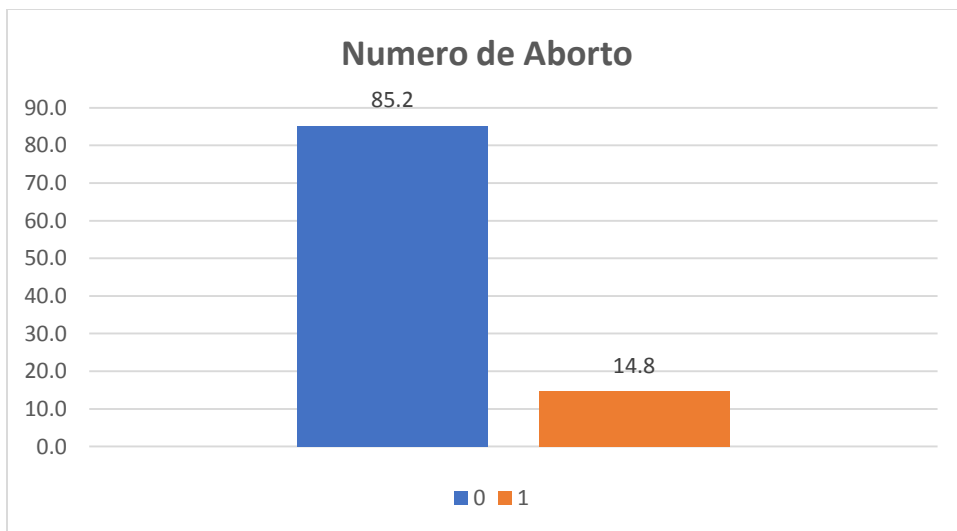


**Gráfico N°2J:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a la Numero de Cesárea



(Tabla N°2)

**Gráfico N°2K:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo al Numero de Aborto



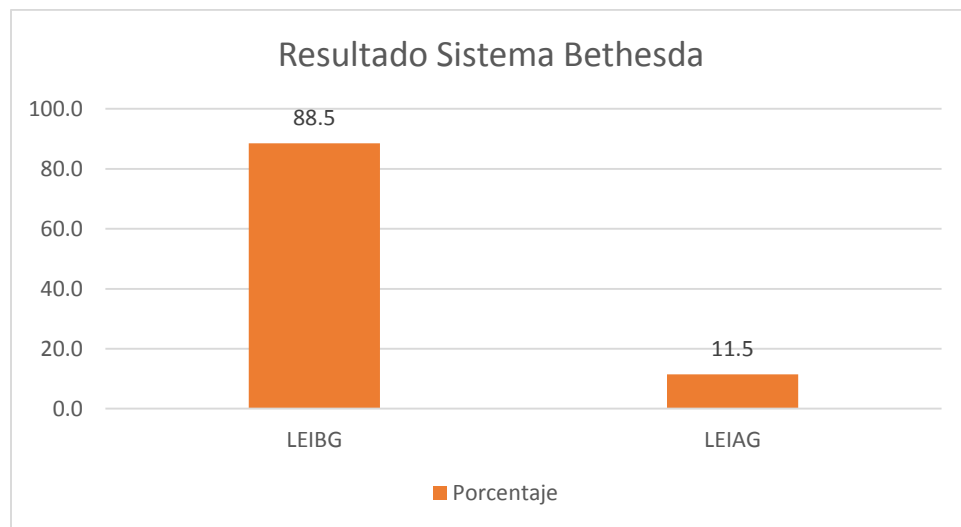
**Tabla N°3:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, Interpretación de las alteraciones citológicas

| <b>Resultado Sistema Bethesda</b> | <b>FR</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|-----------|----------|
| LEIBG                             | 54        | 88.5     |
| LEIAG                             | 7         | 11.5     |
| <b>Resultados Richard</b>         | <b>FR</b> | <b>%</b> |
| NIC1                              | 54        | 88.5     |
| NIC2                              | 6         | 9.8      |
| NIC3                              | 1         | 1.6      |

Fuente: Expediente clínico

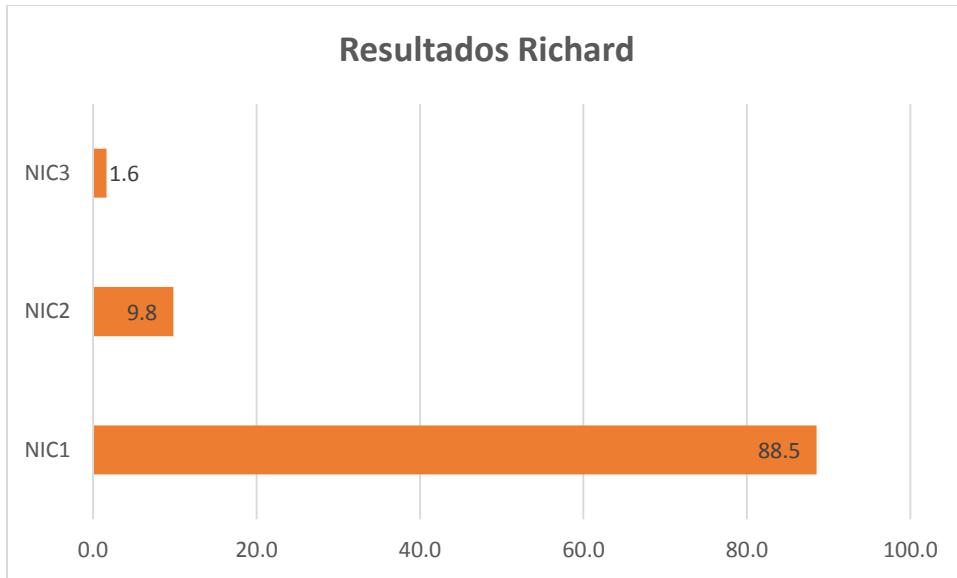
(Tabla N°3)

**Gráfico N°3A:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo las Interpretación de las alteraciones citológicas



(Tabla N°3)

**Gráfico N°3B:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo las Interpretación de las alteraciones citológicas



**Tabla N°4:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo a las Interpretación de las alteraciones citológicas

| Tratamiento empleado | FR | %    |
|----------------------|----|------|
| Manejo Conservador   | 45 | 73.8 |
| Crioterapia          | 9  | 14.8 |
| Colposcopia          | 6  | 9.8  |
| Histerectomía        | 1  | 1.6  |

Fuente: Expediente clínico

**(Tabla N°4)**

**Gráfico N°4A:** Comportamiento clínico y epidemiológico de las alteraciones citológicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud Denis Gutiérrez, Rio Blanco, Matagalpa, periodo Diciembre 2020- 2021, distribución de acuerdo al tratamiento empleado.

