



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
FAREM-MATAGALPA**

MONOGRAFÍA

Para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

**Tema: Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de
cérvix en pacientes atendidas en la Clínica de la Mujer Hospital Victoria Motta de
Jinotega, período enero–diciembre 2018**

Autores:

Br. Wendy Paola Pérez Duarte

Br. Rafael Adán Gadea Zelaya

Br. Lilliam Junieta Matamoros Duarte

Tutores:

Dra. Gladys Lovo

Especialista de Gineco-obstetricia en HECAM

Asesor:

Dr. Carlos García

Especialista de Gineco-obstetricia en HVM

Matagalpa, noviembre 2020

DEDICATORIA

El presente trabajo monográfico lo dedicamos a nuestros padres, quienes nos han apoyado a llegar a esta instancia de nuestros estudios, dado que siempre han otorgado su apoyo moral y psicológico.

Así como la dedicamos cada uno, a todos aquellos que particularmente han sido motivación para seguir adelante con las labores que esta ha incluido.

Wendy Paola Pérez Duarte

Rafael Adán Gadea Zelaya

Lilliam Matamoros Duarte

AGRADECIMIENTO

Agradecemos antes que todo al creador, quien nos ha dotado de conocimientos y dones para poner al servicio de los demás, y por permitirnos culminar un paso más en nuestra vida profesional.

Agradecemos a nuestros padres, por ser el soporte fundamental para poder demostrar nuestros esfuerzos individuales. Así como a todos los maestros que han contribuido con el desarrollo de nuestro trabajo. Mostrando cada una de estas personas, interés en la correcta consolidación del mismo.

Al hospital Victoria Motta y al personal de esta institución donde se nos abrieron las puertas y nos dieron acceso a la fuente de información para realizar nuestro trabajo.

A nuestra tutora, la doctora Gladys Lovo por su apoyo incondicional y paciencia durante la elaboración del mismo.

Wendy Paola Pérez Duarte
Rafael Adán Gadea Zelaya
Lilliam Matamoros Duarte



**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA
DEPARTAMENTO CIENCIA TECNOLOGIA Y SALUD
VALORACION DEL TUTOR**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE	Br. Wendy Paola Pérez Duarte Br. Rafael Adán Gadea Zelaya Br. Lilliam Junieta Matamoros Duarte
TÍTULO DE LA TESIS	Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en Clínica de la Mujer Hospital Victoria Motta de Jinotega, período enero–diciembre 2018.
CURSO ACADÉMICO	

AVAL DE LA TUTORA

Por medio de la presente hago constancia de que el trabajo con título antes puesto, tiene la calidad científica para ser defendido ante un jurado examinador.

Cuenta con la estructura propuesta por la normativa de UNAN-Managua y con todos los requisitos para su presentación.

Por tanto, doy Fe del documento, a los diez y siete días del mes de noviembre del año dos mil veinte.

Firma _____

Dra. Gladys Lovo

Fecha: 17 de noviembre 2020

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística de 203 mujeres con vida sexual activa. Se estudió el abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en la clínica de la mujer en el Hospital Victoria Motta de Jinotega, en el periodo de enero a diciembre del 2018. Al analizar las variables sociodemográficas según el tipo de lesión de las pacientes estudiadas, se encontró que las edades más frecuentes fueron 40 a 49 años 34.4%, de procedencia rural con el 68.5%, escolaridad primaria con el 44.8%, de estado civil unión libre con el 52.2% y religión católica con el 44.8%. Los factores asociados a las lesiones intraepiteliales de cérvix fueron, uso de anticonceptivos con el 66.5% y multiparidad con el 77.8%. Los métodos diagnósticos utilizados para detectar las lesiones intraepiteliales fueron, en la totalidad de la muestra el papanicolaou 100%, y a un 98% de las pacientes se les realizó colposcopia y biopsia, también se realizó en un 72.9% de las pacientes, la inspección visual con ácido acético. Las lesiones cervicales más frecuentemente encontradas según la biopsia fueron: la LIEBG con 86.3%, la LIEAG con 13.7%. El abordaje terapéutico fue principalmente a través de la crioterapia con el 84.2%. Las principales lesiones intraepiteliales de cérvix en las pacientes estudiadas fueron las LIEBG y el manejo empleado fue a través de la crioterapia.

Palabras claves: lesiones premalignas del cérvix, citología cervical, Papanicolaou.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	10
IV. Planteamiento del problema.....	11
V. Objetivos.....	12
VI. Marco Teórico.....	13
VII. Diseño Metodológico.....	28
VIII. Resultados.....	34
IX. Discusión de los resultados.....	41
X. Conclusiones.....	43
XI. Recomendaciones.....	44
XII. Referencias bibliografía.....	45
XIII. Anexos.....	49

CAPITULO I

1.1 Introducción

El cáncer cervicouterino (Cacu) es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas, donde se estima que en 2018 hubo unos 570, 000 nuevos casos (el 84% de los nuevos casos mundiales). A nivel mundial, el Cacu es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2018 hubo 570,000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 311,000 defunciones por cáncer cervicouterino que se registran cada año, más del 85% se producen en las regiones menos desarrolladas. (OMS, 2019)

En los países desarrollados se han puesto en marcha programas para que las niñas se vacunen contra los VPH y las mujeres se sometan periódicamente a pruebas de detección. Estas pruebas permiten que las lesiones precancerosas se detecten en fases en las que todavía pueden tratarse fácilmente. En esos países el tratamiento precoz previene hasta el 80% de los casos de Cacu. En los países en desarrollo hay un acceso limitado a estas medidas preventivas y a menudo el Cacu no se detecta hasta que está en fases más avanzadas, ya con síntomas. Además, el acceso a los tratamientos de estas fases tan avanzadas (cirugía, radioterapia y quimioterapia) también puede ser muy limitado, por lo que en estos países la tasa de mortalidad por Cacu es más alta. (OMS, 2019)

La OMS ha elaborado una guía sobre cómo prevenir y combatir el Cacu mediante la vacunación, el cribado y el tratamiento del cáncer invasivo. La Organización colabora con los países y los asociados para elaborar y aplicar programas integrales. En mayo de 2018, el Director General de la OMS hizo un llamamiento para que se adopten medidas destinadas a eliminar el Cacu y para que los asociados y los países colaboren en la ampliación del acceso a las tres intervenciones esenciales para

prevenir este cáncer: la vacunación contra los VPH, la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas, y el tratamiento del Cáncer. (OMS, 2019).

Las pruebas de detección del Cáncer se realizan en mujeres que no tienen síntomas y se sienten perfectamente sanas, con el fin de detectar lesiones precancerosas o cancerosas. Si en el cribado se detectan lesiones precancerosas, éstas pueden tratarse fácilmente para evitar que se desarrolle un cáncer. Esas pruebas también permiten detectar el cáncer en sus fases iniciales, en las que el tratamiento tiene más probabilidades de ser curativo. (Ferlay, y otros, 2018)

Todos los países de las Américas "han realizado notables avances en la mejora de sus estrategias de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino", según un informe presentado en la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, en Washington, DC. El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de América Latina y el Caribe, aunque ocupa el cuarto lugar en la región de las Américas, matando a unas 35.000 mujeres cada año y con un estimado de 83.000 mujeres diagnosticadas anualmente. El cáncer de cuello uterino es en gran parte prevenible, a través de la vacunación del VPH durante la adolescencia temprana y mediante el cribado y el tratamiento de las mujeres de 30 años y mayores. Las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en América del Norte, y si las tendencias actuales continúan, se prevé que el número de muertes en las Américas aumente un 45% para 2030, según el Informe Final sobre la Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino.

(OPS, 2019)

1.2 Planteamiento del Problema

El cáncer cervical sigue siendo el segundo cáncer femenino más frecuente del mundo y es el único de los cánceres humanos que puede atribuirse por completo a una infección por VPH. Dos tipos de VPH (16 Y 18) son los causantes del 70% los Cacu y de las lesiones precancerosas del cuello uterino. (OMS, 2019). El impacto social se ve acentuado por la temprana edad de la defunción. Esto se debe a unas inadecuadas pruebas de detección del cáncer que llevan a un diagnóstico tardío y a la ausencia de opciones de tratamiento estándar.

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en Latinoamérica, datos de la OPS refieren que medio millón de mujeres en el mundo son diagnosticadas al año con cáncer cervical producido por el VPH y 740 fallecen al día, de las cuales 80% vive en países de bajos ingresos. Alrededor de 88% de las muertes por esa causa ocurre en América Latina y el Caribe, donde las tasas de mortalidad son siete veces más altas que en el Norte. Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por cáncer cervicouterino más alta de todos los países centroamericanos, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense.

En los últimos 30 años se han introducido en algunos países en desarrollo, particularmente en América del Sur y Centroamérica, programas de cribado basados en la citología, sin embargo, en estos países no se ha alcanzado un impacto significativo manteniéndose tasas de mortalidad bastante elevadas. Las principales limitaciones se asocian con bajo porcentaje de mujeres con Papanicolaou, o resultados anormales de este mismo, que son seguidas y tratadas inadecuadamente.

Por lo anteriormente señalado nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en la clínica de la mujer Hospital Victoria Motta de Jinotega en el período enero – diciembre 2018?

1.3 Justificación

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución.

La historia del cáncer cervicouterino implica una progresión la cual se da por etapas neoplásicas intraepiteliales NIC I, II y III, esto en dependencia del grado de lesión. Las lesiones pre invasivas se presentan del 10 a 15%. Las edades son entre los 15 y 30 años para la NIC I, 30 a 34 años para NIC II, y 35 a 49 para NIC III. Según estudios, el NIC I tiene una regresión de un 60%, un 20% persisten y un 20% progresan, pero de esto último solo un 1% se desarrollará a carcinoma invasor, NIC II tiene una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 50% y una tasa de regresión de 50% y NIC III muestra tasas de progresión a carcinoma invasor 80% y regresión del 20%.

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte en las mujeres nicaragüenses. Si bien los múltiples factores de riesgo, el inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, antecedentes de ITS/VPH. Siendo el factor de riesgo más importante la infección del cuello uterino por el Virus Papiloma Humano o VPH, que se ha reportado con una prevalencia de 50% a 80% en mujeres sexualmente activas, convirtiéndose en la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial, ya que en el 80% de mujeres y hombres sexualmente activos existe en algún momento de sus vidas.

La vigilancia de forma efectiva y seguimiento continuo de las lesiones pre invasivas, son vitales para orientar estrategias de prevención, ya que la progresión de una lesión pre invasiva a cáncer cervicouterino es evitable a través un adecuado manejo y detección temprana de estas mediante el papanicolaou. Por lo tanto, es necesario implementar un método diagnóstico-terapéutico mediante la elaboración de un protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas del cáncer cervicouterino que tiene por objetivo disminuir la incidencia del cáncer y la morbimortalidad de las mujeres.

Nuestro estudio será intrínseco para todas las áreas del sector salud, que abordan esta gama de afecciones ginecológicas, y que por ende necesitan herramientas necesarias para una intervención oportuna. Tales como los conocimientos epidemiológicos donde más se ven afectadas las pacientes en nuestro medio, llevándolos a dirigir los métodos diagnósticos de forma eficiente y temprana, e incluir específicamente en la clínica de la mujer del departamento de Jinotega el manejo adecuado de las pacientes que se han tratado. Así como será utilizado como un estudio base, para futuras investigaciones de mayor complejidad.

1.4. Objetivos

a) General:

Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en la clínica de la mujer en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo de enero a diciembre del 2018.

b) Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las pacientes en estudio.
2. Mencionar los factores de riesgo encontrados en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix.
3. Clasificar las lesiones intraepiteliales de cérvix del grupo en estudio.
4. Evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de lesiones intraepiteliales del cérvix en el grupo de estudio.

CAPITULO II

2.1 Marco Referencial

a. Antecedentes

Internacionales

Determinación de la prevalencia de lesiones intraepiteliales de cérvix LIEBG, LIEAG y ASCUS producidas por la infección del papiloma virus humano y correlación cito colposcópica, utilizando técnicas de diagnóstico de Papanicolau y colposcopia en muestras de mujeres de 25 a 50 años, de la Unidad Metropolitana de Salud Norte en Quito, Ecuador, en el período enero 2017 – mayo 2018. Un universo compuesto por 1213 muestras, un total de 242 pacientes que correspondieron al 9,55% del total de muestras, tuvieron algún grado de alteración citológica y colposcópica; determinándose que en PAP-TEST la lesión más prevalente fue la atipia celular escamosa de aspecto indeterminado (ASCUS) con un 74,13%, seguido de la lesión de bajo grado (LSIL) que presento un porcentaje de 25,86%, en cuanto a colposcopia se determinó que la lesión más prevalente fue la lesión de bajo grado (LSIL) con un 70,68%, seguido de la lesión de alto grado (HSIL) con 29,31%, encontrándose que la atipia celular escamosa de aspecto indeterminado (ASCUS) fue la más prevalente. (Tapia Calvopiña M. P., 2018)

Lesiones precancerosas del cérvix uterino y la infección por VPH en mujeres de la región de Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela 2018. Se estudiaron 60 mujeres que asistieron al servicio de ginecología de Clínica Maniapure. El estudio se realizó mediante inspección visual con ácido acético (IVA), la prueba de Schiller y la citología convencional (Papanicolaou). La detección y tipificación del VPH se llevó a cabo utilizando la reacción en cadena de polimerasa. El 58.3% de las mujeres en el estudio pertenecían a la comunidad indígena Eñepa y el 41.7% eran mujeres criollas blancas. La prueba de Schiller mostró irregularidades en la tinción del epitelio exocervical en 8.3% de las pacientes, lo que sugiere infección por VPH. El IVA fue positivo para 10.0% de las mujeres. En el informe de citopatología dio negativo para lesiones intraepiteliales con 81,6%. La frecuencia general del VPH fue del 35,0%. La infección

por VPH se detectó en el 45,7% de las mujeres de Eñepa (los Eñepa son grupos indígenas que han habitado zonas selváticas, sabaneras y montañosas en los estados Amazonas y Bolívar de Venezuela desde tiempos antiguos hasta la actualidad y aún conservan culturas y estilos de vida independiente) y el 20,0% de las mujeres criollas. 71,43% de las mujeres tuvo una sola infección de VPH de alto riesgo. El porcentaje de infección viral fue menor en los pacientes criollos que en la población indígena. (Fuenmayor, y otros, 2018)

Prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino, en mujeres en edad fértil de la región Piura, que fueron atendidas en el Laboratorio Regional de Referencia de Salud – Piura, Perú año 2015. Se obtuvieron 8900 muestras de secreción mucosa cérvico uterino que fueron sometidas a tamizaje de cáncer de cuello uterino, mediante el método de Papanicolaou, cuyo procesamiento y diagnóstico fue realizado en el Laboratorio Regional de Referencia de Salud. La prevalencia de lesiones premalignas positivas fueron del 0.79 %. Encontrándose que los niveles más altos de lesiones premalignas se relacionó con la edad entre 30 – 45 años. Además, se encontró una relación con un mayor riesgo de contraer lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres multíparas con más de tres hijos. Evaluando la relación entre el número de compañeros sexuales y la prevalencia de lesiones premalignas, podemos afirmar que las mujeres con estas lesiones tuvieron con mayor frecuencia más de un compañero sexual, pero la diferencia estadística no fue significativa. Según el estudio, se puede afirmar también, que no existe asociación directa entre el número de abortos y la prevalencia de lesiones premalignas. (Zapata Adrianzen, 2018)

Un estudio sobre la Variabilidad diagnóstica interobservador en pacientes con diagnóstico colposcópico - histopatológico en lesiones premalignas y malignas del cérvix. De pacientes con lesiones pre malignas y malignas del cérvix en la clínica de colposcopia del Hospital Regional Veracruz, México. Estudio descriptivo, transversal de enero 2011 a noviembre 2012. Total 44 expedientes del servicio de colposcopia

con variabilidad diagnóstica colpo-histopatológica. Se aplicó Coeficiente Kappa. Total 44 casos, edad promedio 34.7 ± 11.6 años. Factores riesgo: parejas sexuales promedio 2.2 ± 1.2 , Inicio vida sexual activa promedio 17.5 ± 3.5 , paridad promedio 2.7 ± 2.02 , antecedente familiar cacu 5 (11.4%), Tabaquismo 39(88.6%). Concordancia pobre entre colposcopia y patólogo HRV; concordancia leve entre colposcopia y patólogo interobservador 1 e interobservador 2; concordancia aceptable entre histopatólogo del HRV e interobservador 1; concordancia moderada entre histopatólogo del HRV e interobservador 2; concordancia moderada entre interobservador 1 e interobservador 2. (Corona, 2013)

Se realizó un estudio de correlación citohistopatológica, para categorizar los grados de lesión y el grupo de pacientes. Se estudiaron a pacientes atendidas en la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo, Cuba con lesiones pre invasivas del cuello uterino desde enero del 2010 a junio del 2011. El universo fueron 246 citologías anormales y la muestra 89 resultados histológicos con cualquiera de los tres grados de neoplasia intraepitelial cervical obtenidos, se calculó la sensibilidad y especificidad para determinar la efectividad del diagnóstico histológico. Predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años. La sexarquia precoz y la evidencia del virus del papiloma humano (VPH) fueron muy frecuentes. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico fue del 64,1%, con una sensibilidad del 90,3% y una especificidad del 79,3. (Serrano, Millán, Fajardo, & Sánchez, 2012)

Nacionales

Abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski, Boaco en período de enero 2016 mayo 2017. De 305 mujeres atendidas, se extrajo una muestra de 90 pacientes, obteniendo los siguientes resultados. La edad que prevaleció fueron

mujeres mayor 35 años, amas de casa, con educación secundaria y de procedencia urbana. Entre los factores asociados a lesiones premalignas se encontró la escolaridad baja, inicio de vida sexual a temprana edad, más de un compañero sexual, el uso de anticonceptivos hormonales y la multiparidad. Como método de tamizaje se utilizó el PAP y la biopsia cervical, encontrando que las lesiones más frecuentes son las de bajo grado como el NIC1, seguidas por las de alto grado. Las lesiones de bajo grado VPH se les dio seguimiento citológico, las lesiones NIC I fueron tratadas con crioterapia, las lesiones de alto grado (NIC II y NIC III) tratada con el ASA Térmica, y en algunos casos se realizó histerectomía según criterios médicos. (González López & Duarte López, 2017)

Se realizó un estudio sobre Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en el Hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el período enero 2014 a diciembre 2015, Se estudiaron 356 pacientes. El grupo de edad más frecuente fue 20-35 años, de procedencia urbana, escolaridad secundaria, amas de casa y religión católica. El IVSA fue en menor de 19 años. La menarquía se presentó de 12 a 15 años, la multíparas se presentó el 70.5%, el 24.71% eran fumadoras, el 63.48% usó anticonceptivos hormonales, el 48.31% tenían de 1–2 compañeros sexuales, 30.61% tenían más de 3 compañeros sexuales, el 61.79% presentó infecciones de transmisión sexual por VPH y el 30.05% presentó cérvico vaginitis. La lesión pre-invasiva de cérvix más frecuente por Papanicolaou fue la lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) con un 52.80% siendo por Biopsia el 61.04%, por colposcopia fueron 81.17% anormales. El Papanicolaou fue el método de tamizaje más frecuente utilizado. El diagnóstico de lesión pre-invasiva de cérvix se realizó por biopsia dirigida por colposcopia. El tratamiento de elección para las pacientes con lesión pre invasiva fue la crioterapia con un 61.04% y el asa térmica con un 30.22%. (Gonzalez, 2016)

Correlación citocolposcópica e Histopatológica de Lesiones Premalignas invasivas de cuello uterino del Centro de Salud Francisco Morazán, Managua en el I semestre

del 2015. En los resultados encontrados se compararon las pruebas de tamizaje de PAP y colposcopia con la biopsia y se estableció el grado de correlación y por lo tanto la sensibilidad de las mismas en las diferentes lesiones. Las 100 mujeres presentaron diagnóstico citológico y anatomopatológico, no así colposcópico apareciendo el diagnóstico de lesión pre maligna y maligna en 54 pacientes. Sin embargo, todas presentaron mapeo colposcópico; se compararon las pruebas individualmente. Los grupos etarios predominantes fueron 21 - 30 años y 31 - 40 años con 31%% de incidencia cada uno, la escolaridad predominó la secundaria con 45%, 73% de las participantes eran amas de casa, 47% estaban casadas, 58 % inicio vida sexual antes de los 16 años. La correlación entre PAP y biopsia es baja, sin embargo, es buena para detectar lesiones de alto grado; se reportó 69 casos de LIEBG por citología de los cuales se confirmaron 40 para un 57%, 22 casos de LIEAG se confirmaron por biopsia 16 para un 72.7%, 9 casos de ASCUS reportados ninguno confirmado por biopsia. Hubo buena correlación entre colposcopia y biopsia, de 26 casos de LIEBG por colposcopia 20 se confirmaron por biopsia para un 76.9%, de 27 casos de LIEAG 25 se confirmaron por biopsia para un 92.5% y 1 caso de carcinoma invasor por colposcopia el cual se confirmó por biopsia. (Gago Espinoza & Hernandez, 2015)

Factores asociados al Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres que se realizaron el PAP en el área de consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, en el período de octubre del 2014 - enero 2015. La población de estudio la conformaron las mujeres que acudieron a realizarse el Papanicolaou en la consulta externa del hospital en el período de estudio, la muestra la conformaron 64 mujeres que obtuvieron resultado positivo en la toma del PAP y cumplieron con los criterios de inclusión. La presencia de virus del papiloma humano principalmente en mujeres mayores de 36 años, de ocupación amas de casa y estado civil unión estable/casada. Se identificó que las pacientes afectadas iniciaron su vida sexual antes de los 20 años y tenían más de 2 compañeros sexuales. Y la mayoría de las mujeres no utilizaban ningún método para planificar. Se encontró en el reporte del PAP de las participantes

que el cérvix se encontraba inflamado y con presencia de leucorrea y presencia de atipia escamosa. (Jirón Altamirano, Loasiga Palacios, & López Gómez, 2015)

Determinar la relación existente entre los hallazgos colposcópicos y los resultados de citología y biopsia de cuello uterino examinada en el Departamento de Patología HEODRA, León. Metodología: estudio: transversal analítico que comprendió de enero 2013 – mayo 2014. Realizado en el Departamento de Patología del Hospital HEODRA. Se revisaron 491 expedientes de pacientes con diagnóstico de LIE por citología que se les realizó colposcopia con biopsia dirigida. Resultado: del total de las pacientes (491), 259 (52.7%) presentaron una LIEAG por citología. Al realizar la capacidad predictiva de la prueba diagnóstica se obtuvo una especificidad colposcópica, citología e histológica de 95.2% y sensibilidad 77.5%. Conclusión: Hay una elevada concordancia citológica, colposcópica e histológica cuando las pacientes presentan una LIEAG (95.2%). (Sarria García, 2015)

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de determinar la incidencia de las lesiones pre malignas de cérvix en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, durante el año 2014. El universo fue 7,492 citologías tomadas por primera vez, obtenidas del registro de SIVIPCAN del HERSJ. La muestra se obtuvo de 129 pacientes cuyos resultados de Papanicolaou fueron alterados, reportando lesiones pre malignas en cérvix. Este dato se obtuvo del registro de citología del SIVIPCAN. Se aplicó las medidas estadísticas de frecuencia simple de cálculos de porcentaje. Entre los principales resultados encontramos que las lesiones pre malignas estuvieron ubicadas en mujeres con el rango de edades de 20 a 34 años, eran del área urbana y amas de casa. En relación a los antecedentes ginecoobstétricos, eran mujeres multíparas. Las lesiones pre malignas de bajo grado predominaron en este estudio, relacionado con las relaciones sexuales precoces, y la presencia del virus del papiloma humano. Las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado y

adenocarcinoma in situ, estaban relacionadas con el tabaquismo. (Ruiz Palacios & Picado Urroz, 2014)

Factores asociados a lesiones preneoplásicas del cérvix en mujeres que acudieron a la consulta externa de ginecología de la empresa previsual del hospital bautista, Managua enero 2006 - diciembre 2008. El universo fue de 7,290 pacientes y una muestra de 45 pacientes, que se les realizó el PAP, diagnosticándoseles lesiones pre neoplásicas del cuello uterino. Se analizaron expedientes clínicos en base al registro de patología de reportes de PAP con diagnóstico de VPH, NIC I, NIC II y NIC III. La mayoría eran jóvenes de 30 a 34 años (31%), y en segundo lugar de 25 a 29 años (26.7%), casadas, del área urbana, el nivel de escolaridad secundaria y la mayoría (97.8%) de las mujeres del estudio no fumaban. En los antecedentes ginecoobstétricos, la mayoría tenía 2 PAP en los últimos 3 años (44%) y tenía 3 o más hijos (40%). El 60% no usó anticonceptivos hormonales. En relación a la conducta sexual, el 64.4% inició su vida sexual activa entre los 16 y 19 años y la mayoría (48.9%) tuvo 1 compañero sexual. El resultado del último reporte de PAP fue VPH+NIC I (42.2%), seguido de VPH (37.8%). De las que tenían VPH+NIC II y VPH+NIC III, la mayoría usó anticonceptivos hormonales (11% y 16.6% respectivamente). Los principales factores asociados al desarrollo de lesiones Preneoplásicas del cérvix fueron: Edad de 30 a 34 años, paridad (Más de 3 hijos), uso de anticonceptivos hormonales, inicio de vida sexual activa temprana, escaso número de PAP y mala calidad de los mismos. (Lira Ramos, 2009)

b. Marco Teórico

1. Cáncer cervicouterino.

1.1. Generalidades.

El cáncer cervicouterino constituye una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero. Se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, las cuales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, con evolución hacia el cáncer en grado variable, cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor que la afectación traspasa la membrana basal. (Sanabria Negrin, 2011)

Es en estas etapas iniciales donde las intervenciones más básicas son oportunas en las pacientes con las afecciones del virus. No obstante, la mayoría de las pacientes son reacias a realizarse PAP, cuando se les ofrece en las unidades de salud de primera resolución, donde es prioridad controlar en todo este grupo la aparición de dichas lesiones.

Por su posición anatómica, es uno de los órganos que permite de forma sencilla, el examen físico por observación directa y su estudio citológico e histológico. Se facilita así el diagnóstico precoz o temprano de las lesiones premalignas, precursoras de las lesiones invasoras del cuello uterino, mediante la pesquisa que establece el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de CaCu. Su estrategia es alcanzar la cobertura del 80 % de las mujeres de 25 a 64 años, por la citología orgánica. La citología orgánica conocida también como Test de Papanicolaou o "PAP", ha sido utilizada en grandes poblaciones y ha dado muestras de reducir la incidencia de cáncer y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Este cáncer es una enfermedad que en su historia natural pasa por una fase preclínica y una fase clínica, por lo tanto es susceptible de ser pesquisada a través de una prueba de alto valor predictivo como la mencionada. (OPS, 2019)

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano (VPH), el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC II y NIC III) y al carcinoma in situ (CIS), puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente, sin tratamiento. Se plantea que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que el seguimiento de estas debe estar garantizado. (Sanabria Negrin, 2011)

En nuestras unidades de salud, se garantiza dicho seguimiento y se insta a las pacientes sobre la situación que podrían desencadenar de manera posterior.

1.2. Etimología.

La palabra cervicouterino no figura en el DRAE, pero es el nombre de un tipo de cáncer bastante común en la mujer que se da en el cuello del útero. De ahí su nombre, de cerviz (cuello) y útero (matriz). La palabra cerviz vienen del latín cervix y se refiere al cuello, sobre todo a la parte de atrás. Cervix viene de una raíz indoeuropea ker, que significa doblar o dar vueltas. La palabra útero viene del latín uterus (matriz) y este de la raíz indoeuropea udero.

1.3. Factores de riesgo.

Como factor de riesgo se entiende cualquier situación, condición o exposición que aumente la posibilidad de que una persona desarrolle cáncer. Generalmente los factores de riesgo influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provocan cáncer en forma directa. Por esta razón, algunas personas con factores de riesgo previamente identificados no desarrollan cáncer y otras, sin tenerlos, pueden desarrollarlo; sin embargo, conocer los estos permite a las pacientes, en conjunto con el médico y otro personal sanitario, tomar decisiones para actuar sobre estos factores de la manera más adecuada.

Según las investigaciones actuales, los factores de riesgo que más se asocian para el desarrollo de cáncer de cuello uterino son los siguientes:

1.3.1. Infección por el virus del Papiloma Humano (VPH)

Es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino. El VPH tiene grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los papilomaviridae y es considerada la principal infección de transmisión sexual (Bernard et al 2013). Existen diferentes cepas de VPH de las cuales el VPH16 y VPH18 son los genotipos más frecuentemente identificados como potencialmente oncogénicos; representan aproximadamente el 50% de los casos de NIC3. En mujeres con infección por VPH de tipo carcinogénico, el riesgo se puede incrementar con las siguientes condiciones, Tabaquismo, uso prolongado de anticonceptivos orales y Multiparidad. (FECASOG, 2011)

Los PVH es la causa más frecuente de infección vírica del aparato reproductor. La mayoría de los hombres y mujeres contraen la infección poco después del inicio de la vida sexual. Los PVH se transmiten por vía sexual, si bien no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca la transmisión. El contacto directo piel con piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido. (OMS, 2019)

En nuestra población el uso de los anticonceptivos de barrera no son aceptados por en su mayoría, pese a la difusión y promoción de los medios. Aumentando así la probabilidad de la propagación del VPH.

1.3.2. Escasos números de PAP

El cáncer cervical es más común en mujeres que no se hacen pruebas regulares de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou ayuda a que los médicos encuentren células alteradas o lesiones precursoras de cáncer y así realizar intervenciones oportunas. (FECASOG, 2011)

Dado por las dificultades geográficas en nuestro país, o bien por el bajo nivel sociocultural, la realización del papanicolaou, es poco frecuente en muchas pacientes, quienes pese a la promoción del examen, no están dispuestas a realizarse cuando acuden a recibir servicios de salud.

1.3.3. Uso prolongado de anticonceptivos

Se ha demostrado que las mujeres que han utilizado los anticonceptivos orales por más de 5 años están vinculadas con la persistencia de infecciones y duplican el riesgo de contraer cáncer cérvico-uterino. (FECASOG, 2011)

1.3.4. Paridad

Diversos estudios de casos y controles han revelado la asociación entre paridad elevada y carcinoma invasivo in situ. Muchos estudios relativos a mujeres VPH positivas han reportado un mayor riesgo de carcinoma, con el aumento número de embarazos. Se ha hipotetizado sobre mecanismos nutricionales, hormonales, traumáticos e inmunológicos, para explicar esta la asociación con este. (Giuseppe De Palo, 2007)

1.3.5. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Varios estudios de gran tamaño han demostrado que la severa inmunosupresión y la concentración plasmática del virus son fuertemente asociados con la presencia de neoplasias intraepiteliales (NIC). (FECASOG, 2011)

1.3.6. Historia de infección por *Chlamydia trachomatis*

Esta infección se asocia con cáncer de cérvix según un estudio de casos y controles realizado en Escandinavia, donde se incluyeron 128 mujeres con carcinoma de células escamosas de cuello uterino invasivo. (Giuseppe De Palo, 2007)

1.3.7. Quimioterapia para el Cáncer de Mama

En un pequeño estudio de cohorte realizado en el Reino Unido, donde se incluyeron 26 mujeres tratadas por cáncer de mama con quimioterapia combinada que incluía agentes alquilantes se observó un claro incremento en la prevalencia de las neoplasias intraepiteliales (NIC). El estudio citado anteriormente concluyó que era necesario realizar estudios donde se incluya una mayor cantidad de participantes para obtener resultados más representativos. (FECASOG, 2011)

1.3.8. Exposición a dietilestilbestrol (DES) *in útero*

Un estudio realizado en los Países Bajos demostró que las mujeres cuyas madres recibieron este medicamento durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo también tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vagina. DES se administró de 1940-1970. (FECASOG, 2011)

1.3.9. Bajo nivel socioeconómico

Un estudio realizado en el 2005 en los Estados Unidos que incluyó 5.060 mujeres con citologías cervicales anormales, determinó que el bajo nivel educativo y un nivel socioeconómico bajo aumentaron la progresión de NIC3. (FECASOG, 2011)

No es poco común encontrar que, en nuestras unidades de salud, los casos más avanzados en los estadios de las lesiones, pertenezcan a los grupos con menos nivel socioeconómico. Pues estas pacientes acuden a la unidad cuando la sintomatología es severa.

1.3.10. Consumo de tabaco

El tabaco es causante de displasia cervical por acción tóxica de la nicotina y la cotinina, que también se concentran en las secreciones genitales masculinas. Los carcinógenos presentes en el tabaco dañan el ADN celular, que es un precursor de cáncer, los productos de cigarrillo pueden ser encontrados en el moco cervical de las fumadoras. Estudios recientes indican puede influenciar la inmunidad intraepitelial al disminuir el número de células de Langerhans en el epitelio genital. (Giuseppe De Palo, 2007)

1.3.11. Deficiencias de Folatos y Vitamina A, C y E.

El Ácido retinoico (Vit A) es un importante regulador negativo de la proliferación celular; ejerce efectos anti proliferativos en células cancerígenas, lo que ha permitido su uso como agente quimioterapéutico para el tratamiento de lesiones precancerosas. Los antioxidantes previenen el daño causado por estrés oxidativo debido a los radicales libres, los cuales producen una disminución en la respuesta inmune y daño al ADN. Los carotenoides poseen la capacidad de evitar daños al ADN ocasionados

por radicales libres, suprimen angiogénesis, inhiben proliferación celular e inducen apoptosis. (Giuseppe De Palo, 2007)

2. Epidemiología

Según los datos tomados de GLOBOCAN 2012, si se consideran todos los tipos de cáncer que la población femenina puede presentar; la incidencia para el cáncer del cuello uterino durante el 2012 en Nicaragua se ubicó en el puesto número uno con un 31.5%, seguido por el cáncer de mama con un 18.3%. (Globocan, 2012)

El cáncer de cuello uterino es el de mayor prevalencia de cáncer en las mujeres en Nicaragua con un 40.9%, al igual que en Honduras, El Salvador y Guatemala. Además, el 40.9% es la incidencia más alta para el cáncer del cuello uterino en la región centroamericana. La mortalidad es de 22.9% y se considera la primera causa de muerte en la población femenina, seguida de cáncer de mama con un 12.3%, cáncer de hígado con un 11% y estómago con un 9.4%. (Globocan, 2012)

La cobertura del PAP reportada es de un 10% según la OPS/ OMS (2012) y este país, al igual que la mayoría de los países de la Región centroamericana, no ha incluido la vacuna del VPH como parte del sistema nacional de vacunación. (OPS, 2019)

A nivel centroamericano los datos tomados de GLOBOCAN 2012, considerando todos los cánceres que la población femenina puede presentar; la incidencia para el cáncer del cuello uterino durante el 2012 en Centroamérica se ubicó en el puesto número dos (17.0%) precedido únicamente por el cáncer de mama (22.6%). De igual manera la prevalencia para la totalidad de los cánceres en mujeres durante el 2012 en

Centroamérica se ubicó en segundo lugar (21.8%), precedido también por el cáncer de mama (31.6%). En términos de mortalidad este mismo cáncer se consideró como la segunda causa de muerte en la Región Centroamérica (17%), superada ligera y únicamente por las muertes ocasionadas por el cáncer de mama (22.6%). (Globocan, 2012)

3. Métodos diagnósticos

Un enfoque para aumentar la detección de cáncer cervicouterino, en el mundo en desarrollo es el uso de tecnologías de bajo costo. Los medios para el diagnóstico son la citología, en primera instancia, la cual es un método estático, que diagnostica la negatividad o positividad citológica; en consecuencia, se necesita un método de segundo nivel que identifique la lesión y dé las Indicaciones para el tratamiento. (OMS, 2019)

3.1. Papanicolaou

El diagnóstico citológico se basa en la técnica de Papanicolaou y Traut (1941), que tiene en cuenta las propiedades de las células de epitelio del cuello uterino, y las características nucleares y citoplasmáticas. Permite diagnosticar las lesiones inespecíficas, específicas e infecciosas por Tricomonas, Chlamydia, Herpes Virus, VPH entre otras, así como las neoplasias intraepiteliales cervicales en sus diferentes grados. (OPS, 2019)

La sensibilidad de la citología ha sido estimada entre el 50 al 75% y la especificidad del 98%. Se estima que las tasas de falsos negativos en estudios de Papanicolaou van de 6 a 50%. (OPS, 2019)

Sin embargo, a pesar de que en muchos países de América Latina, se utiliza la citología como técnica de tamizaje desde hace más de 30 años, no se ha logrado una reducción de la incidencia y la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados. El fracaso de los programas de cribado en América Latina no sólo se debe a las limitaciones de la citología como técnica de tamizaje, sino también a la organización del sistema de salud, tal vez porque la cobertura no es óptima, así como a ciertos aspectos culturales y de la comunidad. (FECASOG, 2011)

La mayoría de las mujeres entre los 21 y 65 años de edad necesitan pruebas de Papanicolaou regulares. Pero, las adolescentes y las mujeres mayores normalmente no las necesitan. Muchas mujeres tienen un riesgo muy bajo de tener cáncer cervical. El cáncer cervical es raro en mujeres menores de 21 años, incluso si son sexualmente activas. Las células anormales en las mujeres más jóvenes normalmente regresan a la normalidad sin ningún tratamiento. El cáncer cervical es raro en mujeres mayores de 65 años que se han hecho pruebas de Papanicolaou regulares con resultados normales. (CENETEC, 2018)

En Nicaragua, desde las unidades de primera resolución y en las áreas geográficas de difícil acceso, se cuenta con el Papanicolaou. Se realiza promoción y difusión de la importancia que este método implica para evitar problemas mayores en mujeres en edad fértil. No obstante, el problema más común no es la ausencia de este método oportuno, si no la falta de disponibilidad por parte del usuario para acceder a realizarse el examen.

La realización del Papanicolau estará en dependencia a edad, historial médico y los riesgos que esta pueda conllevar.

- ✓ De 21 a 30 años: La paciente debería someterse a una prueba de Papanicolaou cada tres años. El cáncer cervical toma de 10 a 20 años para desarrollarse, así que no necesita la prueba cada año. No necesita una prueba de Papanicolaou antes de los 21 años de edad, incluso si ya es sexualmente activa.

- ✓ De 30 a 65 años: Las nuevas guías de la Sociedad Americana del Cáncer y otras fuentes indican que la paciente puede someterse a la prueba de Papanicolaou cada cinco años, siempre y cuando se someta a una prueba para el virus del papiloma humano o VPH al mismo tiempo. El VPH es una infección que se contagia sexualmente y que puede causar cáncer cervical.

- ✓ De 65 años en adelante: La paciente no necesita pruebas de Papanicolaou, si las recientes han sido normales. Si tiene factores de riesgo para el cáncer cervical, el personal de salud calificado delimitará con qué frecuencia se necesita una prueba de Papanicolaou. Los factores de riesgo incluyen: células precancerosas en el cérvix, un historial de cáncer cervical o un sistema inmunológico débil. (MINSA, 2006)

La Sociedad Americana de Cáncer, y The American College Of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), sugiere el inicio del tamizaje con citología cervicovaginal a partir de los 21 años o 3 años posterior al inicio de las relaciones sexuales. Y considera un manejo conservador en la población joven, por la alta tasa de depuración del virus. Se ha demostrado que el comienzo del screening por debajo de los 25 años, produce una carga en el sistema de diagnóstico, en los recursos dando pocos resultados, ya que el cáncer cervical a estas edades es sumamente raro, aunque se detectan numerosas lesiones de bajo grado de malignidad, las cuales pueden revertirse de manera espontánea. Es necesario tener en cuenta los factores de riesgo para

incrementar el screening en las mujeres con alto riesgo de padecer de infección por VPH o de tener un cáncer cervical. (ACOG, 2016)

La ACOG recomienda discontinuar el uso de la prueba de tamizaje citología cervicovaginal en mujeres de 70 años de edad que ha tenido 3 o más reportes citológicos normales y sin ninguna anormalidad en los últimos 10 años. Así como en Mujeres con Histerectomía abdominal total por etiología benigna. En paciente con antecedente de NIC 2, 3 con manejo quirúrgico deberán seguir tamizaje anual por lo menos por 20 años. (ACOG, 2016)

La toma de la citología Cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. (MINSa, 2006)

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales. (MINSa, 2006)

En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite por razones económicas

o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. (MINSa, 2006)

Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual. Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

- Historia previa de ITS.
- Portadora de VPH o HIV.
- Fumadoras.
- Historia de múltiples parejas sexuales.
- Lesión preinvasora en cualquiera de los frotis previos.

3.2. IVAA

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones intraepiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético al 5% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país. (MINSa, 2010)

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

Los patrones anómalos característicos del tejido que reacciona con color blanco al ácido acético son provocados por la vasculatura anómala subyacente del epitelio atípico (asas y redes capilares). (Giuseppe De Palo, 2007)

Es básico que el personal capacitado, inmediatamente que aplique el ácido acético observe continuamente durante unos 2 minutos el cuello del cérvix, para que valore si se pinta de inmediato y si tarda en quitarse, ya que esto es indicativo de una LIE de bajo grado o alto grado. (MINSA, 2010)

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

- Están siendo tratadas por Lesión Intraepitelial cervical o cáncer de cérvix.
- Han tenido una histerectomía total
- No han iniciado vida sexual.
- Presentan sangrado al momento de la consulta.
- Embarazadas y puérperas. (MINSA, 2010)

La inspección visual con ácido acético se basa en la propiedad que tienen las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de tornarse de color blanquecino al entrar en contacto con el ácido acético. Sin embargo, hay que tener presente que existen cuadros benignos en los cuales también pueden dar epitelio aceto-blanco pudiendo causar confusión al examinador. Si hay duda deberá de referir de inmediato a nivel de mayor resolución. (Lorie Sierra, 2016)

Interpretación de Resultados de IVAA

a) Es Resultado Negativo cuando:

- No se observa mancha blanca en la unión escamocolumnar.
- Presenta Mancha Blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
- Línea blanca tenue en la unión escamo-columnar.

- Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o desaparece rápidamente. (MINSA, 2010)

b) Es Resultado Positivo cuando:

- Mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo-columnar.
- Las manchas que después de aplicado el ácido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves (LIEAG). (MINSA, 2010)







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

Figura 1: Interpretaciones del resultado IVAA.

Fuente: (MINSA, 2010)

3.3. El test de VPH

Se ha comprobado que la causa necesaria del Cáncer de Cuello es la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH), cuya principal vía de transmisión es la vía sexual. Existe una asociación de más del 99% entre el VPH de alto riesgo oncogénico y el cáncer de cuello de útero. (Saslow, y otros, 2012)

En base a este descubrimiento, a partir de la década del 90 se han desarrollado tecnologías de biología molecular como el test de VPH, que permiten detectar la presencia de ADN de VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cuello del útero. Diferentes estudios dieron cuenta que el test de VPH posee una efectividad mayor, en comparación con la citología, para la detección de lesiones precancerosas y cáncer. (OPS, 2019)

3.4. La Colposcopia

Dado que la citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones preinvasora o invasoras, la colposcopia con biopsia dirigida es el método ideal para realizarlo. (MINSa, 2006)

Este procedimiento debe ser realizado en las unidades de salud que deben de contar con un ginecólogo/a debidamente entrenado y certificado como colposcopista por una institución autorizada, para que además de realizar la biopsia dirigida tenga la suficiente autonomía para orientar el tratamiento adecuado, de ser posible realizarlo él mismo o remitir a un nivel superior de complejidad. (MINSa, 2006)

En la actualidad la colposcopia constituye un método aceptado universalmente para el estudio de la fisiología y patología del tracto genital inferior y, en especial, un

procedimiento útil, no sólo para diagnosticar cualquier lesión invasiva o precancerosa precoz, sino también para determinar su localización, tamaño y extensión. La colposcopia requiere un diagnóstico histológico de confirmación, ya sea mediante biopsias seleccionadas dirigidas, ya sea facilitando el diseño de un cono diagnóstico o terapéutico. (Giuseppe De Palo, 2007)

Es de los métodos más efectivos en manos de un colposcopista adecuadamente entrenado. El colposcopio es un microscopio con fuente de luz propia especial con el que se observa directamente el cérvix en vivo y permite tomar muestras del tejido (biopsia) que esté dañado por el virus (displasia o lesión de alto o bajo grado) o que se sospeche que tiene cáncer en las etapas más tempranas, cuando aún el Papanicolaou no las detecta (carcinoma in situ de pequeñas dimensiones). La colposcopia constituye un procedimiento indispensable para el diagnóstico de infección subclínica por VPH del cuello uterino, así como de la vulva. (Giuseppe De Palo, 2007)

La colposcopia consiste en la inspección después de:

- ✓ Aplicación de suero fisiológico.
- ✓ Solución de ácido acético.
- ✓ Prueba de yodo de Schiller

Suero fisiológico

El suero fisiológico destacará la visualización directa del patrón vascular del cuello uterino, especialmente mediante un filtro verde y un gran aumento. Después de eliminar el moco con una torunda de algodón, el cuello uterino se irriga con una

solución de suero fisiológico. Esto contribuye a destacar la angioarquitectura subepitelial. La evaluación colposcópica se basa por completo en la observación de diversos patrones vasculares. (Giuseppe De Palo, 2007)

Prueba del ácido acético.

Es fundamental en colposcopia. Se emplea una solución acuosa de ácido acético al 3-5%. Esto elimina el moco y los detritos celulares, y provoca contracción vascular y edema de las papilas, dando origen al característico aspecto pálido, similar a un racimo de uvas, del epitelio columnar normal. Cuando estos cambios se extienden hasta el epitelio metaplásico y displásico, provocan un aspecto opaco y blanquecino. La observación de estas alteraciones epiteliales se produce a diferentes velocidades. Los cambios del epitelio columnar se verifican precozmente (al cabo de 30 s), pero son más transitorios. Los cambios al ácido acético que delimitan la zona de transformación anómala (ZTA) requieren más tiempo para resultar evidentes; a menudo es preciso un baño repetido en ácido acético para mantener estas características. Lo mismo ocurre en caso de infección subclínica por papilomavirus humano (VPH). (Giuseppe De Palo, 2007)

Prueba del yodo

Fue introducida por Schiller en 1928 (1886-1928). Una prueba de Schiller positiva (mediante una solución de Lugol) demuestra la presencia de glucógeno. Durante el período de madurez sexual, el epitelio escamoso originario contiene glucógeno en la capa de células intermedias. El epitelio escamoso atrófico, típico de las mujeres posmenopáusicas, casi no presenta capa de células intermedias y, en consecuencia, apenas capta la tinción con yodo o no la capta en absoluto. Además, los epitelios columnar y displásico no contienen glucógeno, y por tanto no captan la tinción con yodo. La prueba es positiva (reactiva al yodo) cuando se observa un color caoba. El

grado de tinción es proporcional a la cantidad de glucógeno que contienen las células. El color desaparece al cabo de 10 min. (Giuseppe De Palo, 2007)

Schiller introdujo la prueba a fin de establecer un diagnóstico precoz de cáncer. Pero dado que la prueba no es específica y sólo pone de relieve el déficit de glucógeno en el tejido, su papel actual en la práctica clínica puede resumirse del siguiente modo:

- Definir los límites ectocervicales de una lesión antes del tratamiento.
- Contribuir a diferenciar entre las lesiones preneoplásicas y la infección por VPH. La captación del yodo en placas ocurre con mayor probabilidad si el patrón se debe a atipia por VPH. (Giuseppe De Palo, 2007)
- Demostrar la presencia de áreas no reactivas al yodo, por ejemplo, queratosis de pequeño tamaño, áreas distróficas, colpitis asintomática o pruebas persistentes de estimulación estrogénica endógena en mujeres posmenopáusicas, como las que se producen en asociación con cáncer endometrial o tumor de las células de la granulosa del ovario. (Giuseppe De Palo, 2007)

Técnica de exploración colposcópica

La colposcopia incluye la exploración del tracto genital inferior con diferentes aumentos, tanto antes como después de la aplicación de diversos reactivos. Es preciso que incluya el examen del ectocérvix, orificio cervical externo, y cualquier parte accesible del canal cervical. (Giuseppe De Palo, 2007)

La observación clínica debe valorar el aspecto general del cuello uterino, los fórnix vaginales, el carácter del moco cervical y la presencia de posibles secreciones

vaginales. En este estadio es preciso llevar a cabo cualquier frotis de Papanicolaou o prueba bacteriológica concomitante. El frotis de Papanicolaou debe practicarse antes de la colposcopia, ya que el ácido acético o la solución de Lugol pueden distorsionar las características citológicas y eliminar células fácilmente descamables; y el frotis podría resultar demasiado escaso para proporcionar información de utilidad. Si se desea, después de una limpieza con suero fisiológico puede llevarse a cabo una observación directa de la red capilar con filtro verde antes de proceder a la siguiente fase, consistente en la aplicación de ácido acético. (Giuseppe De Palo, 2007)

La evaluación colposcópica comprende los siguientes pasos.

- ✓ Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio antes y después de la aplicación del ácido acético del 3 al 5%.
- ✓ Identificación del patrón colposcópico y definición de la colposcopia si es satisfactoria o no.
- ✓ Toma dirigida de biopsia de las áreas sospechosas de lesión.
- ✓ Legrado endocervical si la colposcopia no es satisfactoria. (excepto en el embarazo).
- ✓ Colocación de tapón vaginal si es necesario, y explicarle a la usuaria como, cuando retirarlo, que puede realizar sus necesidades fisiológicas de manera normal y no tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente manchando. (MINSa, 2006)

Este reporte debe hacerse con los siguientes criterios:

- ✓ Para que un examen sea descrito como satisfactorio el colposcopista debe observar: la zona de transformación cervical entera, la unión escamo-columnar completa, cualquier anormalidad en toda su extensión, de lo contrario se considerara insatisfactoria.

- ✓ Describir las causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria.
- ✓ En caso de colposcopia anormal, reportar los diferentes cambios, los relacionados con la presencia de lesiones virales.
- ✓ Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos con su localización y extensión.
- ✓ Señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.
- ✓ Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica (MINSA, 2006)

Tabla 1-4. Clasificación colposcópica de la IFCPC (Barcelona, 2002)

-
- I. Cuadros colposcópicos normales
 - Epitelio escamoso originario
 - Epitelio columnar
 - Zona de transformación normal
 - II. Cuadros colposcópicos anormales
 - Epitelio blanco fino
 - Epitelio blanco grueso*
 - Mosaico regular
 - Mosaico irregular*
 - Punteado regular
 - Punteado irregular*
 - Yodopositividad parcial
 - Yodonegatividad*
 - Vasos atípicos*
 - III. Sugerente de carcinoma invasivo
 - IV. Colposcopia insatisfactoria
 - Unión escamocolumnar no visible
 - Inflamación severa, atrofia
 - Cérvix no evidenciable
 - V. Miscelánea
 - Condiloma
 - Queratosis
 - Erosión
 - Inflamación
 - Atrofia
 - Deciduosis
 - Pólipo

* Cambios mayores.

Figura 2: Clasificación colposcópica.

Fuente: (Giuseppe De Palo, 2007)

Hallazgos colposc6picos

Epitelio escamoso originario

El epitelio escamoso originario tiene un aspecto liso, de color blanco-rosado, no es reactivo al 6cido ac6tico y es altamente yodopositivo. (Giuseppe De Palo, 2007)

Transformaci3n normal:

Es la zona incluida entre el epitelio escamoso originario y el epitelio cil6ndrico, en la cual se pueden localizar distintos grados de maduraci3n del epitelio que determinan una mayor o menor captaci3n de 6cido ac6tico y de Lugol.

(Giuseppe De Palo, 2007)

Epitelio columnar

Es un epitelio monoestratificado de c6lulas cil6ndricas y mucosecretor que recubre el endoc6rvix extendi6ndose entre el endometrio, cranealmente, y el epitelio escamoso originario o metapl6sico, caudalmente. (Giuseppe De Palo, 2007)

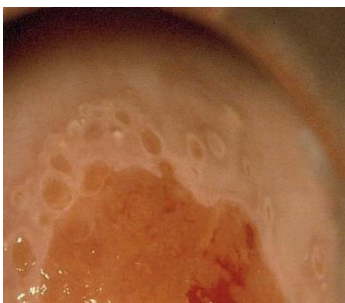
Epitelio columnar ect3pico

El epitelio columnar es uno de los tres epitelios normales que pueden identificarse en el cuello uterino. Cuando se halla en el ectoc6rvix, se denomina ectopia o ectropi3n. El ectropi3n consiste en una eversi3n del epitelio columnar fuera de su posici3n primaria. La causa del ectropi3n ocurre con el inicio de la pubertad, embarazo, uso de

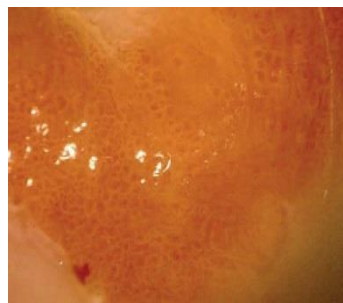
anticonceptivos orales, laceración cervical después del parto y otros posibles acontecimientos traumáticos. (Giuseppe De Palo, 2007)

Áreas blancas

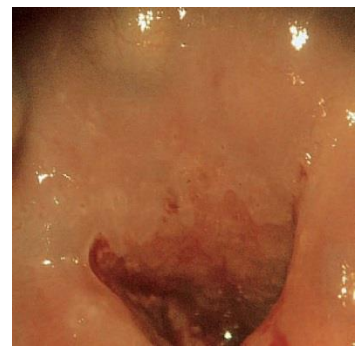
Constituyen múltiples formaciones pequeñas, redondeadas y lisas reactivas al ácido acético. Son de color blanco perlado y se hallan ligeramente sobreelevadas por encima del epitelio y distribuidas en campos. Pueden encontrarse en el epitelio escamoso originario, pero normalmente se hallan dentro de los límites de la Zona de transformación. El patrón aparece después de una observación prolongada tras la exposición a una solución de ácido acético al 5%. (Giuseppe De Palo, 2007)



Zona de transformación normal (Giuseppe De Palo, 2007)



Epitelio columnar (Giuseppe De Palo, 2007)



Zona de transformación normal con quistes de Naboth. (Giuseppe De Palo, 2007)



Áreas blancas de papiloma Humano.
(Giuseppe De Palo, 2007)

Cuadro 1:

Predicción colposcópica del diagnóstico histológico.

Índice colposcópico modificado de Reid (RCI)			
Signos Colposcópicos	Cero puntos	Un punto	Dos puntos
Color del área acetoblancos (AB)	Epitelio acetoblancos tenue (no completamente opaco); indiferenciado; transparente o translúcido Área acetoblancos más allá del borde de la zona de transformación	Coloración intermedia blanquecina y superficie brillante (la mayoría de las lesiones deben clasificarse en esta categoría).	Denso, opaco, de densidad blanco ostra; gris

	Color blanco nieve e Intenso brillo superficial (raro)		
Bordes y superficie de la lesión	<p>Contorno microcondilomatoso o micropapilar 1</p> <p>Lesiones planas con bordes indefinidos</p> <p>Bordes en forma de pluma o finamente dentados Lesiones anguladas, melladas3</p> <p>Lesiones satélites más allá del borde de la zona de transformación</p>	<p>Lesiones regulares, simétricas, de contornos netos y rectilíneos</p>	<p>Bordes dehiscentes, enrollados2</p> <p>Demarcaciones internas entre zonas de apariencia colposcópica</p> <p>dispar: una central de cambios mayores y otra periférica de cambios menores</p>
Angioarquitectura	<p>Capilares finos, cercanos, de calibre y disposición uniforme4</p> <p>Patrones vasculares mal formados de punteado o mosaico finos Vasos más allá del borde de la zona de transformación</p> <p>Capilares finos en lesiones</p>	<p>Ausencia de Vasos</p>	<p>Punteado o mosaico grueso bien definido, nítidamente delineado 5 y dispuesto amplia y aleatoriamente</p>

	microcondilomatosos o Micropapilares		
Captación de yodo	Captación positiva de yodo que confiere al tejido un color castaño-caoba Lesión insignificante que no capta la tinción con yodo, es decir, tinción amarilla de una lesión con tres o menos puntos en los tres primeros criterios Zonas más allá del borde de la zona de transformación, que resaltan en la colposcopia por ser yodo negativas (suelen deberse a paraqueratosis)	Captación parcial de yodo; aspecto moteado, jaspeado	Lesión significativa que no capta la tinción con yodo, es decir, tinción amarilla de una lesión con cuatro o más puntos en los tres primeros criterios

Fuente: (Sellors & Sankaranarayanan, 2004)

Cuadro 2: predicción colposcópica del diagnóstico histológico mediante el índice colposcópico de Reid (RCI)

RCI (puntuación General)	Histología
0 – 2	Probablemente NIC 1 (LEBG)
3 – 4	Lesión superpuesta: Probablemente NIC 1 o NIC 2 (LEAG)
5 – 8	Probablemente NIC 2-3 (LEAG)

Fuente: (Sellors & Sankaranarayanan, 2004)

3.5. Biopsia

Si bien suele afirmarse que el diagnóstico definitivo depende del patólogo, no se tiene en cuenta que pueden existir divergencias subjetivas con respecto a la evaluación histológica, así como discrepancias técnicas. Ninguna disciplina, cualquiera que sea su modalidad, mantiene un monopolio de diagnóstico definitivo. Por tanto, para establecer un diagnóstico definitivo es preciso integrar tres disciplinas: citología, colposcopia e histología. (Giuseppe De Palo, 2007)

Pueden llevarse a cabo biopsias dirigidas de los siguientes modos:

- ✓ Bajo guía colposcópica:

Permite la biopsia de un área claramente neoplásica o precancerosa sin afectar al tejido benigno o no significativo. Para obtener una muestra pequeña pero adecuada pueden utilizarse fórceps en forma de bayoneta

- ✓ Con fórceps de biopsia de mayor tamaño

Se lleva a cabo con el ojo desnudo, pero el área de biopsia se identifica previamente mediante colposcopia. (Giuseppe De Palo, 2007)

Si no puede evaluarse adecuadamente la UEC mediante colposcopio a pesar de la manipulación de los labios cervicales o el uso de un espéculo endocervical, la mayor parte de los autores consideran obligatoria la realización de una biopsia por conización diagnóstica. (Giuseppe De Palo, 2007)

3.6. Conización diagnóstica

Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, la colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a realizar un cono diagnóstico ya sea con bisturí o asa térmica de acuerdo a las posibilidades de la institución. (MINSAs, 2006)

Indicaciones de conización diagnóstica

- ✓ Usuarías con LIE alto grado y/o:
 - Micro invasión en la biopsia.
 - Colposcopia insatisfactoria.
 - Adenocarcinoma In Situ.
 - Discrepancia entre la citología, colposcopia y la biopsia guiada.
 - Legrado Endocervical (+).

- ✓ De acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del legrado del endocérvix residual, se dejará como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal total o ampliada. (MINSAs, 2006)

4. Clasificación de las lesiones

4.1. Clasificación de Bethesda 2001

La citología cervical nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones preinvasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. (MINSA, 2006)

Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para evaluación por el médico ginecólogo/a, quien derivará al nivel necesario para su evaluación colposcópica, como son:

- ✓ ASC-H
- ✓ ASC-US Persistentes
- ✓ LIE de Bajo Grado
- ✓ LIE de Alto Grado
- ✓ Carcinoma de Células Escamosas
- ✓ AGC
- ✓ Inflamación Severa Persistente
- ✓ Sospecha Clínica de Malignidad aun cuando la citología sea negativa (MINSA, 2006)

Resultado de las biopsias.

La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden reportar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- ✓ Negativa para neoplasia.
- ✓ LIE de bajo grado: NIC I y/o VPH.
- ✓ LIE de alto grado: NIC II, NIC III, In Situ.

- ✓ Neoplasia microinvasora: escamocelular o adenocarcinoma.
 - ✓ Neoplasia invasora: escamocelular o adenocarcinoma.
- (MINSa, 2006)

Anomalías celulares epiteliales

- Célula escamosa atípica (ASC), de significado indeterminado (ASC-US), no puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H).
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL). Incluye el VPH y NIC I.
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL). Incluye NICII y NICIII. (Cuba Reyes, González Pérez, Scull Martínez, Panuncia Hechavarría, & Casamor Cabrerías, 2019)

5. Tratamiento de las Lesiones Intra-epiteliales de Cuello Uterino:

Una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor. Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos de conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad intraepitelial. (MINSa, 2010)

Los métodos se dividen en dos grupos:

5.1. Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)

1. Crioterapia.
2. Electrofulguración.
3. Fulguración con Láser. (MINSa, 2010)

5.2. Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)

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

Métodos ablativos.

La crioterapia

La Crioterapia o criocirugía para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) fue introducida por Crisp et al en 1987. Fue el primer procedimiento para tratar a estas lesiones en forma ambulatoria sin el uso de la anestesia. Los criódos destruyen los tejidos a causa de la expansión relacionada con el congelamiento del agua intra y extracelular, dañando a la membrana y superficie celular. Es una opción terapéutica sencilla, efectiva, económica y relativamente fácil. La hipotermia se produce por evaporación de refrigerantes líquidos. Se permite la expansión de un chorro de óxido nitroso (N₂O) comprimido que forma una bola helada en la superficie de una sonda metálica colocada en contacto con la superficie de los tejidos que se desea congelar. La cristalización del agua intracelular provoca la muerte celular. Las temperaturas alcanzadas por la punta de la sonda son de -65 grados centígrados a -85 grados centígrados con N₂O. La muerte celular se produce entre -20 grados y -30 grados centígrados. La Criocirugía se utiliza principalmente en para las lesiones ectocervicales más pequeñas como en lesiones de bajo grado sin extensión al interior del canal endocervical. (Secretaria Salud Honduras, 2015)

Es el tratamiento que se le realizará a la usuaria por personal capacitado, una vez que presente IVAA positivo y reuna los criterios para esto; la crioterapia es:

- Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico. (MINSA, 2010)

No obstante:

- Es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir).
- Necesita tanque de CO₂.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer. (MINSA, 2010)

Criterios para crioterapia:

- Mujer con tamizaje positivo para Lesión intra-epitelial cervical.
- La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
- La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2mm de sus bordes.
- Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal. (MINSA, 2010)

Técnica:

1. Se expone el cuello del útero utilizando un espéculo y se realiza una cuidadosa colposcopia para comprobar la topografía de la lesión.
2. Se escoge la crio punta tibia que se adapta mejor a la topografía del cuello uterino y se aplica una fina capa de gel hidrosoluble a la punta.

3. Se coloca la criopunta a temperatura ambiente en el cuello del útero con cuidado de cubrir toda la lesión y la zona de transformación. La sonda debe estar separa de las paredes vaginales. (Giuseppe De Palo, 2007)
4. La cristalización empieza en la parte trasera de la sonda y continúa hasta que se observa que la bola helada alcanza una extensión de 7 mm alrededor del borde de la sonda. Esta señal visual es el indicador de profundidad de la congelación (aproximadamente 5 mm) y sirve para determinar la duración del tratamiento. (Giuseppe De Palo, 2007)
5. La sonda se descongela completamente y se retira del cuello del útero, suele usarse una técnica de congelación-descongelación-congelación. Esta técnica fue propuesta por Creasman et al. Para reducir la tasa de fracaso. No se inicia la segunda congelación hasta que se observa la descongelación de los tejidos después del tratamiento inicial. (Giuseppe De Palo, 2007)
6. Las pacientes experimentan un flujo aguado, maloliente y sanguinolento durante 2 a 3 semanas posteriores al procedimiento. (MINSA, 2010)

Efectos colaterales y complicaciones de la crioterapia:

La crioterapia, como cualquier otro tratamiento, no está libre de efectos colaterales no deseados y complicaciones, los cuales son:

- Flujo Vaginal o leucorrea: la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor, si cambia sus características hacia purulenta y mal oliente se considera infección y se deberá recibir tratamiento inmediato.
- Dolor: es tipo cólico de regla y se produce durante la aplicación y algunas horas después, habitualmente cede con anti-inflamatorios. (MINSA, 2010)
- Si el dolor es pélvico y acompañado de fiebre debe sospecharse de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y recibir tratamiento inmediato. (MINSA, 2010)
- Sangrado: es raro y puede ser tipo acuoso, si aumenta significativamente, debe realizarse evaluación del cérvix usando un espéculo vaginal, con el objetivo de confirmar que el sangrado es de lecho de la crioterapia, en cuyo caso se puede

manejar con taponamiento vaginal. Este taponamiento vaginal se debe cambiar diariamente y es recomendable añadir antibiótico. En los casos que no cede el sangrado a pesar del taponamiento, se debe referir al centro especializado más cercano. (MINSA, 2010)

- Estenosis del canal endocervical, es raro, se puede manejar mediante el uso de dilatadores. (MINSA, 2010)
- Quemadura de la pared vaginal: se produce con más frecuencia en pacientes con vagina redundante, se aconseja tener especial cuidado de que la punta del aplicador no toque las paredes vaginales. (MINSA, 2010)

Electrofulguración (electrocoagulación diatérmica).

Se utiliza una unidad electroquirúrgica compacta estándar con ajuste de 40ww, junto con un espéculo bivalvo, acoplado a un extractor de humo. El área que se desea tratar siempre, se confirma de nuevo mediante colposcopia y se tiñe con solución de Lugol. Esta delimita la zona de transformación y el tejido columnar adyacente que debe tratarse. La destrucción se consigue mediante una combinación de fulguración y coagulación, utilizando un electrodo esférico y una aguja fina. El momento final de la diatermia, se verifica cuando el área está desecada y no se observa exudación de moco, lo cual indica destrucción de las criptas de las glándulas más profundas. Con un tratamiento único por primera vez la electrocoagulación diatérmica erradicó de manera satisfactoria el 98% de las lesiones precancerosas. (Giuseppe De Palo, 2007)

Vaporización con láser de CO2

Es la elección ideal para vaporizar volúmenes de tejido claramente definidos a una profundidad determinada con precisión. La terapia láser con CO2 supone el uso de la energía de un rayo concentrado de luz infrarroja, el cual quema y eventualmente vaporiza las áreas a las cuales se dirige. La energía de esta luz tiene el beneficio

adicional de dar inmediata cauterización, además de que puede formar una pequeña cicatriz. El láser es costoso y requiere capacitación adecuada para su uso porque la destrucción tisular dérmica debe limitarse en profundidad menor a 1 mm. Cuando la profundidad es bien controlada, los resultados estéticos son excelentes. Los condilomas vaginales deben ser vaporizados por debajo de la propia lámina. La terapia láser es superior a la electrocauterización por el control en la profundidad y cuando se suma a la colposcopia, el láser se adapta bien al tratamiento de lesiones en vulva, vagina, cervical y perianal. Debido a su alto costo y capacitación requerida, el tratamiento láser generalmente no es considerado terapia de primera línea, a menos que haya síntomas obstructivos. Los cuidados postoperatorios se enfocan en la comodidad, la prevención de infecciones y la aglutinación de la superficie de la piel . Los efectos adversos son generalmente leves y se limitan a quemadura del tejido circundante de la lesión, pese a estos efectos desfavorables, la penetración profunda del efecto del láser en ocasiones permite una mayor o la completa remoción del virus de la que puede observarse en otras opciones de tratamientos quirúrgicos. Además, la vaporización de las lesiones virales puede liberar el DNA del VPH en el medio ambiente, por lo que deben tomarse medidas para proteger al personal médico y asistentes. (Giuseppe De Palo, 2007)

Métodos de resección

Procedimiento de extirpación electroquirúrgica con asa.

La escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) también conocida como “escisión de la zona de transformación con asa grande”. La electrocirugía consiste en el proceso de cortar y coagular tejidos mediante corriente de alta frecuencia. La disipación de la energía eléctrica causa un aumento de la temperatura dentro del tejido que actúa de manera similar al láser de CO₂. Utiliza un alambre eléctrico delgado para eliminar toda la zona de transformación del cuello uterino. La LEEP tiene una eficacia de 90-95% en el tratamiento de la displasia de alto grado pero es más onerosa que la crioterapia por

las aptitudes requeridas del proveedor la formación, el equipo, la dependencia de la electricidad y el costo. Asimismo arroja una tasa algo mayor de complicaciones y efectos colaterales como hemorragia y dolor peri o posoperatorios. Por todo ello, lo más práctico puede ser ofrecer la LEEP en un hospital central o centro de referencia regional y la crioterapia en las consultas locales. (Giuseppe De Palo, 2007)

La técnica para la extirpación electro quirúrgica de asa es la siguiente:

1. Se visualiza el cuello del útero usando un espéculo.
2. Se evalúa colposcópicamente el cuello del útero para determinar la distribución de la lesión y de la zona de transformación. Se elige el tamaño de asa adecuado. Se aplica solución Lugol para ayudar a delimitar el margen externo de la extirpación. El procedimiento se realiza bajo control colposcópico.
3. Se infiltra en el cuello del útero 4-6 ml de anestésico local (LIDOCAINA DE 1-2 % con epinefrina) utilizando una aguja de calibre 27. Este anestésico se inyecta a modo de infiltración subepitelial lenta en las posiciones 3, 6, 9 y 12 del reloj.
4. Se conecta la almohadilla de conexión a tierra al muslo de la paciente.
5. El generador electroquirúrgico se ajusta a una potencia adecuada al tamaño del asa escogida para el procedimiento pero generalmente es de 35-55 w de corriente.
6. Se conecta la succión del espéculo.
7. Se extirpa la muestra activando el generador con un pedal o un interruptor manual con el asa a 2 mm del tejido. El asa avanza perpendicularmente por el cuello del útero desde 2 mm a 3 mm laterales a la lesión y de la zona de transformación a una profundidad de 5 a 7 mm y se arrastra a través del cuello uterino hasta 2 mm laterales del lado opuesto de la zona de transformación. La muestra extirpada generalmente tiene forma de cúpula. Las lesiones grandes requieren más de una pasada con el electrodo. (Giuseppe De Palo, 2007)

La base del cráter se fulgura levemente con el electrodo de bola de coagulación con el objetivo de detener el sangrado sin quemar el tejido del cráter ya que esto

desvitalizaría un volumen significativo de tejido y aumentaría el riesgo de sangrado o infección postoperatoria. (Giuseppe De Palo, 2007)

La técnica LEEP/LLETZ presenta una serie de ventajas sobre la conización con láser de CO₂. El coste del equipamiento es mucho menor, y la técnica resulta más fácil de enseñar y aprender; la intervención es breve, y el cumplimiento de las pacientes elevado. Presenta las desventajas de lesión térmica de las paredes vaginales si no se maneja correctamente, hemorragia considerable si la incisión es demasiado amplia, y extirpación de tejido cervical excesivo. (Giuseppe De Palo, 2007)

Conizacion Fria- Conización con láser de CO₂.

La conización con láser de CO₂ se lleva a cabo de forma ambulatoria con anestesia local y bajo control colposcópico. La profundidad y anchura del cono se determinan según la morfología del cuello uterino y la topografía de la lesión. Es tanto diagnóstica como terapéutica. La conización debe adaptarse al tamaño y a la forma de la lesión, así como la geometría del cuello del útero. El procedimiento se realiza de la siguiente manera:

1. Se realiza un examen colposcópico cuidadoso para delimitar los márgenes laterales de la lesión y de la zona de transformación. La solución de Lugol ayuda a esta delimitación.
2. Se colocan suturas laterales en las posiciones horarias 3 y 9 del cuello del útero para proporcionar tracción y hemostasia.
3. El cuello del útero se infiltra con un fármaco vasoespástico para reducir el sangrado intraoperatorio.
4. Se sondea el canal endocervical para guiar la dirección y la profundidad de la extirpación.

5. La muestra extirpada con una hoja de escalpelo número 11, preferiblemente de forma cilíndrica
6. La muestra extirpada se marca en la posición 12 utilizando sutura, para permitir la adecuada orientación del patólogo.
7. Se realiza un raspado fraccionario o biopsia del canal endocervical y del endometrio para excluir enfermedad escamosa o glandular residual del canal endocervical superior o enfermedad del endometrio.
8. Al terminar el procedimiento, se cauteriza la base del lecho quirúrgico para asegurar mantener la hemostasia, o bien se realizan suturas hemostáticas. (OMS, 2019)

La conización cervical alcanza tasas de curación de más del 95% NIC de alto grado. (OMS, 2019)

Histerectomía

Antes de realizar la histerectomía debe descartarse la existencia de un cáncer invasivo, realizando colposcopia y biopsias dirigidas. Rara vez la histerectomía se indica en el tratamiento primario de la NIC. Sin embargo, podría estar indicada en algunos casos: (Giuseppe De Palo, 2007)

1. Coexistencia de otros procesos benignos ginecológicos (mioma, prolapso, endometriosis).
2. Si tras una conización, existe la sospecha de que las lesiones pueden persistir en zonas marginales del cuello uterino.

3. Cuando se diagnostica una enfermedad invasiva precoz y la mujer no se plantea tener más hijos.
4. Cuando la lesión es muy extensa y la paciente no desea más embarazos.
5. En presencia de tumores ováricos fibroides y prolapso uterovaginal.
6. Si una paciente solicita histerectomía con fines de esterilización, o en presencia de ansiedad carcinofóbica significativa.
7. Cuando por razones técnicas (morfología y posición del cuello uterino) es difícil llevar a cabo una conización.
8. En caso de duda acerca de la capacidad para mantener un seguimiento regular.
9. En caso de frotis persistentemente anómalos o lesión recidivante después de tratamiento conservador. (Giuseppe De Palo, 2007)

5.3. Guía para el manejo de las lesiones intraepiteliales de Cuello uterino

5.3.1 Lesión intraepitelial de bajo grado (*LIE-BG*)

Infección por virus del papiloma humano (vph) y neoplasia intracervical I (nic I).

Para el tratamiento, hay que tener en cuenta que las Lesiones de Bajo Grado en un buen porcentaje (40-60%) pueden tener regresión espontáneamente, por lo que es necesario particularizar cada caso, ver las características de la usuaria, las posibilidades de seguimiento y las características de la lesión. (MINSa, 2006)

Los cuatro métodos más utilizados para el tratamiento de lesión de bajo grado son:

- ✓ Observación (seguimiento a través de citología)
- ✓ Crioterapia
- ✓ Excisión electroquirúrgica con ASA
- ✓ Vaporización láser.

(MINSa, 2006)

Antes de aplicar cualquier tratamiento sobre lesiones de bajo grado deben cumplirse ciertos criterios:

- ✓ La totalidad de la lesión debe ser visible.
- ✓ Se han obtenido biopsias de la lesión previa al tratamiento.
- ✓ Se ha evaluado adecuadamente el canal endocervical.
- ✓ El médico debe tener conocimiento y experiencia con la elección del tratamiento.
- ✓ Se puede confiar en la usuaria para el seguimiento postratamiento.
- ✓ Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar legrado del endocérvix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérvix residual, ya que la lesión puede presentar simultáneamente un mayor grado en otras áreas.
(MINSA, 2006)

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

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

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

(MINSA, 2006)

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

- ✓ Lesiones pequeñas, localizadas y limitadas estrictamente en exocérvix.

- ✓ Visibles en toda su extensión.
- ✓ Sin compromiso del canal.

Se podría utilizar la crioterapia o la vaporización láser, sin embargo debe tomarse en cuenta que idealmente debe preferirse el procedimiento con asa térmica, conos poco profundos que permiten extraer la zona de transformación y la lesión para estudio histológico que nos brinda certeza diagnóstica y terapéutica. (MINSA, 2006)

En las lesiones de NIC III / Ca *In Situ*, siempre se prefieren los métodos de Excisión para obtener una muestra adicional para patología, de esta forma se confirma la extracción de la lesión completa y el estado de sus márgenes. (MINSA, 2006)

Cuando la lesión es más extensa, o compromete el canal se debe realizar el cono clásico bien sea con bisturí frío, con carácter terapéutico. Si la usuaria ha cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento o en etapa perimenopáusica se debe contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal extrafascial simple. (MINSA, 2006)

6. Vacuna contra el VPH

La principal causa de CaCu es la infección persistente con genotipos carcinogénicos del VPH, siendo VPH 16 y 18 los causantes de aproximadamente el 70% de los casos de CaCu a nivel mundial. Los genotipos 31, 33, 34, 39, 45, 52, 58, 59, 67, 69, 73 también son carcinogénicos. (OMS, 2019)

El VPH se transmite principalmente por contacto sexual. La probabilidad de transmisión del VPH por este medio es desconocida, pero parece ser alta para los genotipos VPH 16 y VPH 18. La prevalencia de la infección con VPH es más alta en

mujeres menores de 25 años. Muchas mujeres se infectan en los primeros años después de sus primeros contactos sexuales. (OMS, 2019)

Para la prevención primaria de la infección del VPH existen tres vacunas aprobadas por la FDA: la bivalente (VPH2, dirigida contra los genotipos VPH 16 y VPH18), la tetravalente - VPH4, contra los genotipos carcinogénicos VPH16, VPH18 y los no carcinogénicos VPH 6 y VPH11; los cuales están relacionados con verrugas genitales- y la 9-valente (VPH9, contra los genotipos incluidos en la vacuna tetravalente y además contra los genotipos carcinogénicos VPH31, VPH33, VPH45, VPH52, y VPH58). (OMS, 2019)

Cuadro 3:

Indicaciones de la vacuna para VPH en mujeres de la población general

1	Se recomienda la vacunación con la vacuna bivalente, tetravalente o 9-valente en 3 dosis (bivalente 0, 1 y 6 meses; tetravalente y 9-valente a los 0, 2 y 6 meses), en todas las niñas de 9 años (edad preferible) así como en niñas y mujeres menores de 26 años que no han recibido la vacuna anteriormente.
2	Se puede considerar vacunar con solamente 2 dosis (0 y 6 meses) en vez de 3 dosis de la vacuna VPH4, en niños y niñas entre 9-13 años. Así como vacunar solamente con 2 dosis (0 y 6 meses) en vez de 3 dosis de la vacuna VPH2, en niñas entre 9 -14 años.
3	Se recomienda la vacunación independientemente de los resultados de las pruebas de citología, colposcopia, ADN-VPH, ARN-VPH o serología VPH, e independientemente de la presencia de verrugas genitales.

4	Se recomienda no vacunar a las mujeres mayores de 26 años, porque todavía no hay evidencia para la efectividad de la vacunación en este grupo.
5	Se recomienda también seguir el procedimiento del tamizaje para lesiones premalignas en las mujeres vacunadas.

Fuente: (OMS, 2019)

Cuadro 4:

Recomendaciones para mujeres en situaciones especiales:

1	Se recomienda posponer el inicio o la continuación de las vacunas en las mujeres que se conoce su condición de embarazo (en caso de existir alguna duda NO es necesario realizar una Sub-Beta). En el caso de las mujeres en período de lactancia pueden realizar la aplicación de las vacunas bivalente, tetravalente y 9-valente.
2	Para las mujeres inmunocomprometidas o VIH positivo se recomienda el esquema de vacunación igual al de las mujeres de la población general.
3	En mujeres tratadas por NIC2 se recomienda la vacunación para la prevención de recidivas de lesiones premalignas.

Fuente: (OMS, 2019)

c. Marco contextual

El hospital Victoria Motta, está ubicado en la ciudad de Jinotega, departamento de Jinotega, fundado el 14 de julio del año 1925. Perteneciente al ministerio de Salud Nicaragüense, atiende las 24 horas del día a la población de todo el departamento. Cuenta con los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía general y subespecialidades quirúrgicas, Ortopedia, y ginecología-Obstetricia, con su respectivo personal que incluye personal capacitado en cada especialidad.

Cuenta además con otros servicios como consulta externa, y la clínica de la mujer. El último con personal muy capacitado, que atiende a mujeres en edad fértil, la mayoría remitida desde otros puntos de atención en salud, las cuales presentan alteraciones en los métodos diagnósticos aplicados en nuestro país. Por ende, esta clínica da un seguimiento diagnóstico terapéutico a las pacientes por el personal de gineco-obstetricia, según del nivel de asistencia que estas requieran.

No obstante, la clínica de la mujer tiene como mayor objetivo, la prevención de todas las afecciones que más afectan a mujeres en edad reproductiva, interviniendo de manera oportuna en los puntos más vulnerables. Con métodos diagnósticos básicos que se ofrecen en esta.

PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles son las variables socio demográficas y gineco-obstétricas de las pacientes en estudio?
2. ¿Qué factores de riesgo están asociados a las lesiones cervicales?
3. ¿Cuáles son las lesiones intraepiteliales de cérvix?
4. ¿Cuál fue el abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes con lesiones intraepiteliales de cérvix?

CAPITULO III

Diseño Metodológico

Enfoque del estudio:

Cualitativo.

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal retrospectivo en el tiempo. Nos limitamos a medir las características y distribución de nuestro problema en estudio, sin establecer ninguna relación causal con otro fenómeno. Los datos obtenidos, hacen referencia a un tiempo transcurrido en un año dado.

Área del estudio

Se realizó en la clínica de la mujer del Hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega.

Población de estudio

Todas las mujeres con vida sexual activa que fueron atendidas en clínica de la mujer en el transcurso del año 2018 con un total de 1820 pacientes.

Muestra

Todas las pacientes con lesiones intraepiteliales en el cuello uterino correspondiente a un número de 203 pacientes.

Tipo de muestreo

No probabilística, por conveniencia. Se seleccionó una muestra de 203 pacientes que asistieron a la clínica de la mujer en el periodo de estudio.

Criterios de inclusión

Pacientes con el diagnóstico citológico de lesión intraepitelial de cérvix. Pacientes que se realizaron citología cervical en el periodo de estudio. Pacientes que tienen los datos completos en las fichas que contienen los resultados de citologías.

Criterios de exclusión

Citologías con resultados insatisfactorios. Pacientes con datos incompletos en expediente clínico.

Procedimientos para recolectar la información

Para realizar este estudio se solicitó a la subdirección docente del Hospital Victoria Motta el acceso a las fichas que contienen los resultados de citología cervical. Una vez aprobada la solicitud se procedió a revisar los registros de citología de la clínica de la mujer y buscar la información solicitada de acuerdo a los objetivos del estudio. La información se plasmó en una ficha previamente elaborada la cual contiene las variables sociodemográficas, los datos gineco-obstétricos, factores de riesgos, métodos diagnósticos, clasificación de las lesiones y tratamiento utilizado.

Técnicas e instrumentos para recoger la información

La recolección de datos se realizó a través de una ficha previamente diseñada y validada por los investigadores del estudio que incluye todas las variables según los objetivos del estudio. La fuente de información fue secundaria mediante la revisión de

las fichas que contienen los resultados de citología cervical de las pacientes ingresadas a la clínica de la mujer Hospital Victoria Motta de Jinotega. (Ver anexos)

La fuente de información es secundaria mediante el programa del sistema de vigilancia para la prevención del cáncer de la mujer con el fin de registrar los datos de citología cervical y convertirla en un sistema de vigilancia de lesiones precursoras de cáncer que permite administrar información de las usuarias del sistema público de salud y promover el análisis de datos para la planificación y el seguimiento de indicadores de salud.

Plan de análisis

Los datos fueron procesados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows. Para el análisis de los datos se hizo uso de medidas de frecuencia en porcentajes y medidas de tendencia central. Los datos son presentados en cuadros estadísticos y gráficos.

Plan de Tabulación

- 1.- Característica socio-demográfica/ Frecuencia y porcentaje
- 2.- Antecedentes Gineco-Obstétricos/ Frecuencia y porcentaje
- 3.- Factores relacionados a lesiones premalignas/ Frecuencia y porcentaje
- 4.- Tipo de lesiones premalignas del cérvix/ Frecuencia y porcentaje
- 5.- Características socio-demográficas/ Tipo de lesión premaligna
- 6.- Factores asociados/ Tipo de lesión premaligna
- 7.- Métodos diagnóstico/Tipo de lesión premaligna
- 8.- Tratamiento / Tipo de lesión premaligna

Aspectos éticos del estudio

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos del estudio inicialmente se solicitó al Subdirector docente del Hospital Victoria Motta de Jinotega la autorización para tener acceso a la información y poder revisar las fichas que contienen los resultados de citologías en el departamento de patología, en el periodo de estudio. En el hospital no existe comité de bioética Médica, el estudio por sus características no afecta en ningún proceso biológico ni se interviene con los pacientes ya que se está trabajando con expedientes clínicos. Toda la información obtenida será de manera anónima, y por lo tanto no es necesario poner el nombre de los pacientes, los datos obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para fines investigativos.

CAPITULO IV

4. Análisis y Discusión de Resultados

4.1. Variables socio demográficas y gineco-obstétricas

Tabla 1: Características sociodemográficas según el tipo de lesión de las pacientes

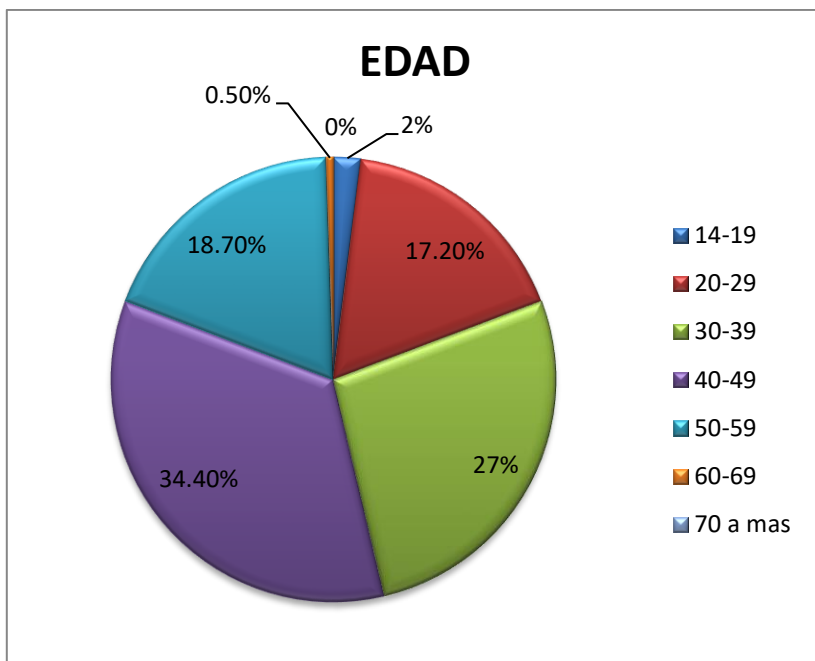
VARIABLES	TOTAL	TIPO DE LESION	
		LIEBG	LIEAG
EDAD	Porcentaje		
14-19	4 (2.0%)	4	0
20-29	35(17.2%)	31	4
30-39	55 (27%)	47	8
40-49	70 (34.4%)	62	8
50-59	38 (18.7%)	31	7
60-69	1 (0.50%)	0	1
70 a mas	0	0	0
TOTAL	203	175	28
PROCEDENCIA			
Urbana	64(31.5%)	53	11
Rural	139(68.5%)	122	17
TOTAL	203	175	28
ESCOLARIDAD			
Analfabeta	20(9.9%)	13	7
Primaria	91(44.8%)	78	13
Secundaria	78(38.4%)	70	08
Universitaria	14(6.9%)	14	00
TOTAL	203	175	28
ESTADO CIVIL			
Casada	68(33.5%)	60	08
Soltera	22(10.8%)	17	05
Unión libre	106(52.2%)	92	14
Otras	7(3.4%)	06	01
TOTAL	203	175	28
RELIGION			
Católica	91(44.8%)	76	15

Evangélica	65(32.0%)	60	05
Ninguna	47(23.2%)	39	08
TOTAL	203(100.0%)	175(86.2%)	28(13.8%)

Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018

Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en la Clínica de la Mujer Hospital Victoria Motta de Jinotega, período enero–diciembre 2018

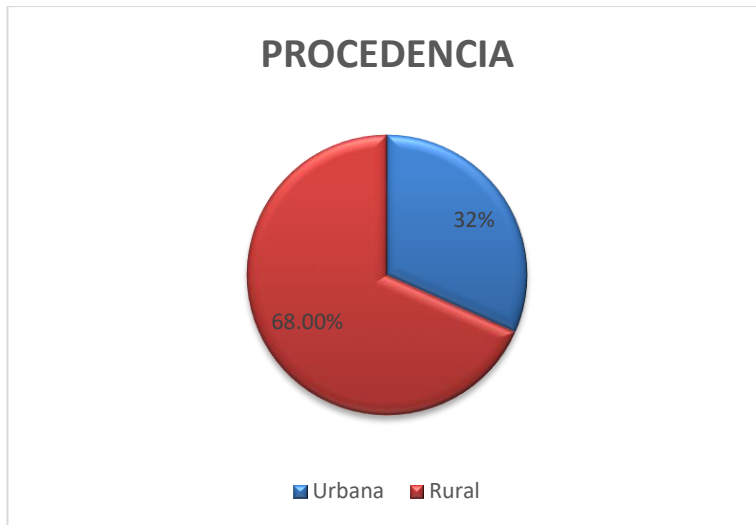
Gráfico 1



Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018

Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en la Clínica de la Mujer Hospital Victoria Motta de Jinotega, período enero–diciembre 2018

Gráfico 2



Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018

Al analizar las variables sociodemográficas se encontró que el 34.4% pertenece al grupo etario de 40 a 49 años, siendo éste el grupo etario de mayor riesgo para presentar lesiones intraepiteliales de cérvix, la mayoría de procedencia rural con el 68.5%, escolaridad primaria con el 44.8%, de estado civil unión libre con el 52.2% y religión católica con el 44.8%. Sabemos que estos factores son determinantes para que las pacientes acudan a las unidades de salud a realizarse chequeos médicos, entre ellos el papanicolaou, muchas por desconocimiento y otro por lejanía geográfica, similar a un estudio realizado en hospital Escuela Bertha Calderón Roque durante en el año 2011 sobre la incidencia de cacu, donde se encontró que en las pacientes estudiadas desconocían la importancia de realizarse el papanicolaou; sin embargo sabemos que actualmente el tamizaje con el PAP es una prioridad para ministerio de salud y se está llevando a cada comunidad de nuestro país, por lo que se debe seguir concientizando a la población sobre la importancia de este. (ver tabla 1, gráfico 1 y 2)

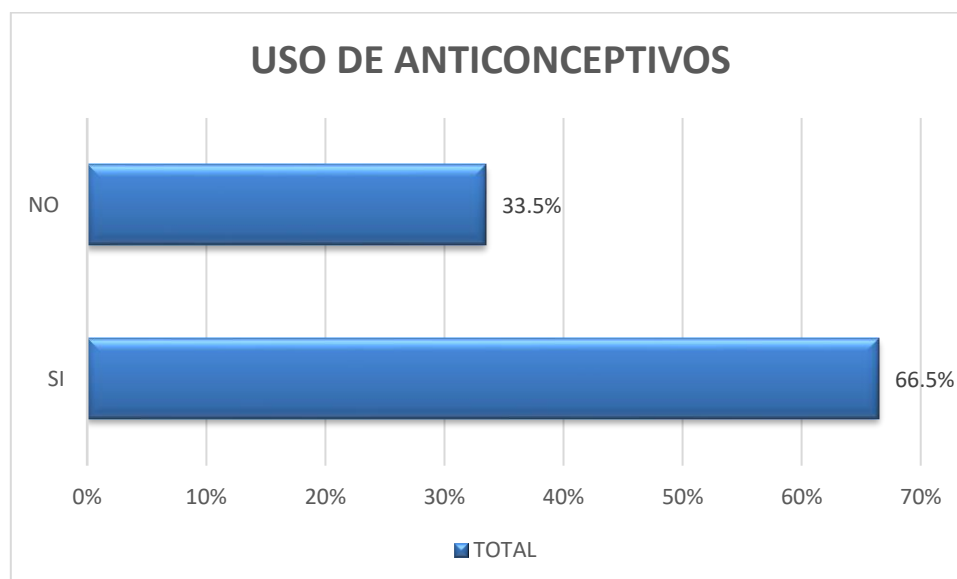
4.2. Factores asociados con las lesiones intraepiteliales de cérvix.

Tabla 2: Factores asociados a las lesiones intraepiteliales cérvix.

Factores Asociados	TOTAL	TIPO DE LESION	
		LIEBG	LIEAG
Antecedentes de ITS			
Si	01(0.5%)	1	00
No	202(99.5%)	174	28
Tabaquismo			
Si	1(0.5%)	01	00
No	202(99.5%)	174	28
Uso de anticonceptivos			
Si	135(66.5%)	124	11
No	68(33.5%)	51	17
Multiparidad			
Si	45(22.2%)	36	09
No	158(77.8%)	139	19
TOTAL	203(100%)	175(86.3%)	28(13.7%)

Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

Gráfico 3.



Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

En relación a los factores asociados para desarrollar lesiones intraepiteliales de cérvix, se encontró el uso de anticonceptivos orales con el 66.5%, multiparidad en 22.2%, tabaquismo en 0.5% sin embargo solo estos factores no son determinantes para desarrollar una lesión cervical; sabemos que contraer la infección por VPH de tipo carcinogénico más condiciones como el Tabaquismo, uso prolongado de anticonceptivos orales y Multiparidad pueden aumentar el riesgo de lesiones intraepiteliales. En nuestro estudio estos cofactores tuvieron poca relevancia. Estos hallazgos difieren a un estudio realizado en la consulta externa de ginecología de la empresa previsual del hospital bautista en el año 2009. Donde los principales factores asociados al desarrollo de lesiones Preneoplásicas del cérvix fueron: Edad de 30 a 34 años, paridad (Más de 3 hijos), uso de anticonceptivos hormonales, inicio de vida sexual activa temprana, escaso número de PAP y mala calidad de los mismos. (Lira Ramos, 2009) (Ver tabla 2)

4.3 Métodos utilizados para el diagnóstico de lesiones intraepiteliales del cérvix.

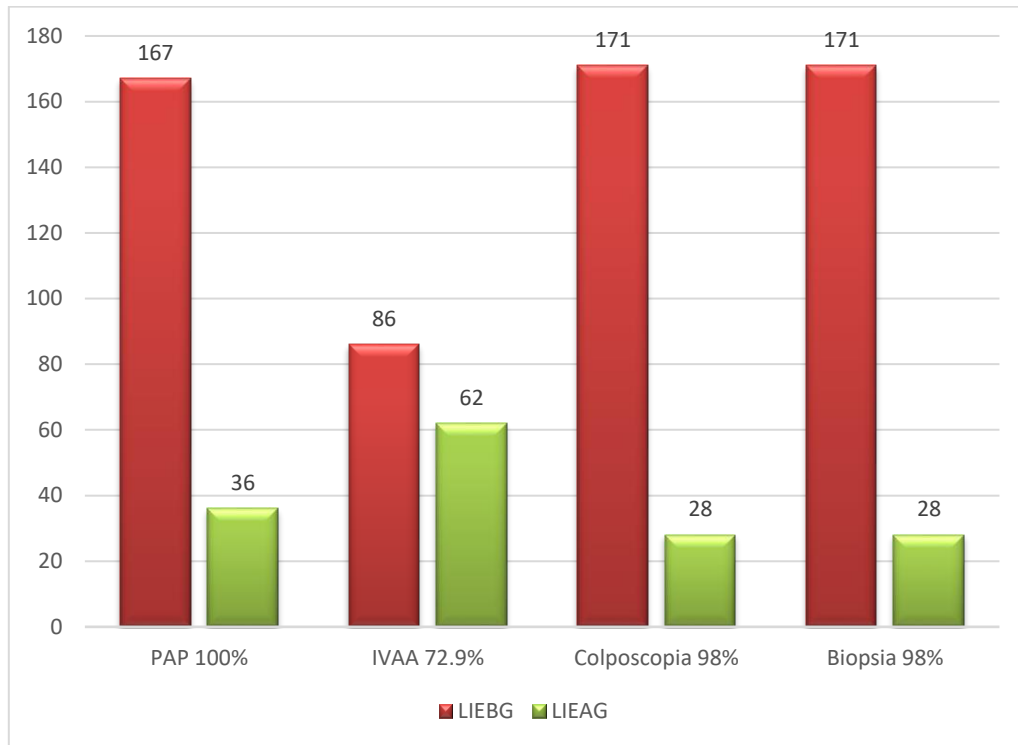
Tabla 3: Métodos diagnósticos utilizados para detectar lesiones de cérvix.

METODOS DIAGNOSTICOS	TOTAL	LIEBG	LIEAG
Papanicolaou	203(100%)	167	36
IVAA	148(72.9%)	86	62
Colposcopia	199(98%)	171	28
Biopsia	199(98%)	171	28

Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes atendidas en la Clínica de la Mujer Hospital Victoria Motta de Jinotega, período enero–diciembre 2018

Gráfico 3



Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

Los métodos diagnósticos para identificar lesiones intraepiteliales del cérvix se encontró; que a todas las pacientes se les realizó el Papanicolaou ya era el método de tamizaje, luego para establecer un diagnóstico definitivo se realizó la colposcopia con biopsia dirigida a 199 pacientes que corresponde al 98%, el 2% restante consisten en 4 pacientes con LIEBG que se les dio seguimiento según normativa con papanicolaou, resultando en controles posteriores negativa para LIEBG. Estos resultados son similares a los de un estudio realizado en el hospital José Nieborowski en periodo de enero 2016 mayo 2017. Donde se utilizó como método de tamizaje el Papanicolaou y la biopsia cervical. (González López & Duarte López, 2017) (Ver tabla 3)

En relación a los resultados de la colposcopia, reporta 171 pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) el 84.3%, seguido de las lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG) con el 13.7% estos resultados coinciden con los de biopsia, lo cual indica que el diagnostico colposcópico es 100% seguro para el diagnóstico de lesiones intraepiteliales.

4.4. Lesiones intraepiteliales de cérvix según los métodos diagnósticos.

Tabla 6: Lesiones intraepiteliales de cérvix según los métodos diagnósticos.

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
LIEBG	175	86.3%
LIEAG	28	13.7%
TOTAL	203	100.0%

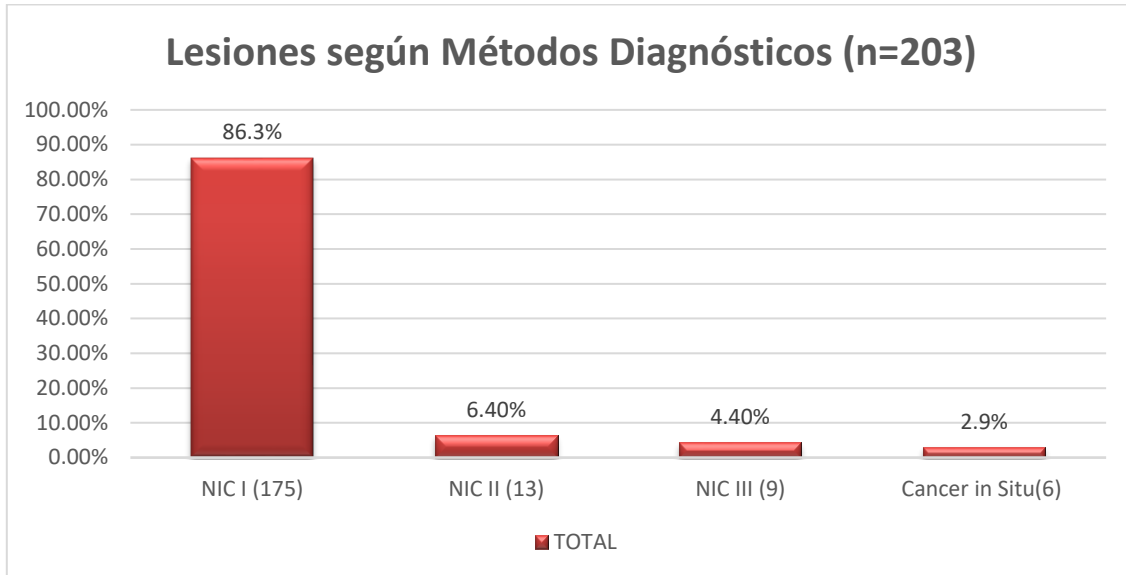
Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

Tabla 7: Lesiones intraepiteliales de cérvix según los métodos diagnósticos.

LESIONES CERVICALES	NUMERO	PORCENTAJE
VPH y/o NIC I		
Si	175	86.3%
NIC II		
Si	13	6.4%
NIC III		
Si	9	4.4%
Carcinoma in situ		
Si	6	2.9%
TOTAL	203	100.0%

Fuente: Resultado de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018

Gráfico 4



Fuente: Resultado de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018

Según resultados las lesiones más frecuentes son las LIEBG con 84.2% seguido de las LIEAG y de estas las NIC II con un 6.4%.

Estos resultados también son similares a un estudio realizado en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski en periodo de enero 2016 mayo 2017. Donde las lesiones más frecuentes fueron: las de bajo grado como el NIC1, el VPH, seguidas por las de alto grado (NIC II y NIC III). (González López & Duarte López, 2017)

(Ver Tabla 6 y 7, gráfico 4)

4.5 Abordaje terapéutico de las lesiones premalignas del cérvix.

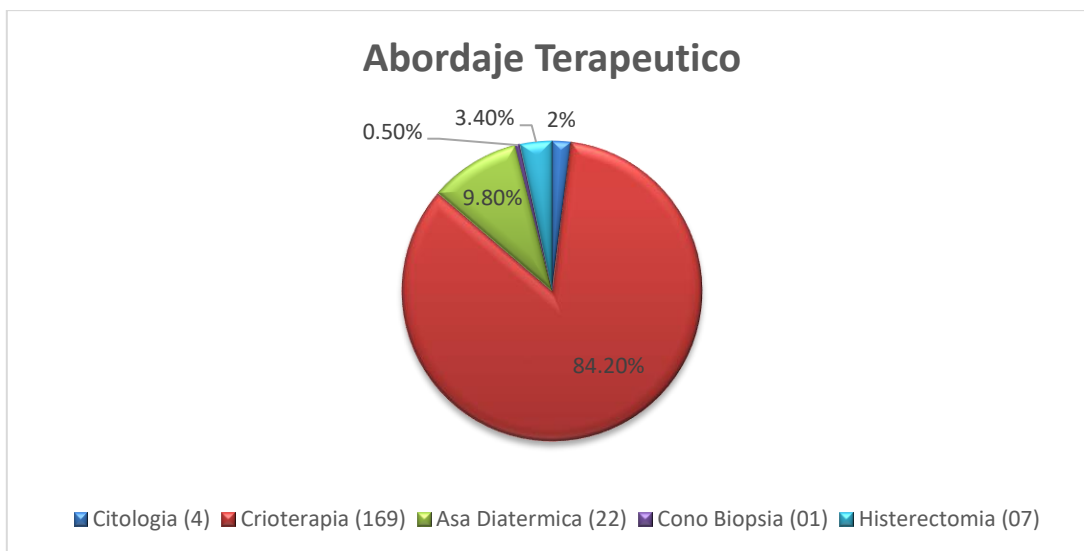
Tabla 8: Abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales del cérvix.

ABORDAJE TERAPEUTICO	TOTAL	LIEBG	LIEAG
-------------------------	-------	-------	-------

Citología	4 (2%)	4	0
Crioterapia	169(84.2%)	161	08
Asa diatérmica	22(9.8%)	10	12
Cono biopsia	01(0.5%)	00	01
Histerectomía	07(3.4%)	00	07
TOTAL	203(100%)	175	28

Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

Gráfico 5



Fuente: Resultados de investigación en base a instrumentos aplicados, 2018.

En relación al tratamiento encontramos que 4 de las pacientes con LIEBG solamente se les dio seguimiento con citología de acuerdo a la norma nacional, pacientes que en controles posteriores presentaron citología negativa.

Del restante de pacientes con LIEBG encontramos que a 161 pacientes se les realizó crioterapia y a 10 pacientes asa diatérmica, esto de acuerdo con el protocolo nacional para el manejo de prevención y tratamiento de cáncer cervicouterino, donde se establece que en las lesiones de bajo grado se debe considerar la crioterapia y el

asa diatérmica. Las lesiones de bajo grado también se pueden manejar solamente con seguimiento citológico. Sin embargo, por las características de nuestra población y su lejanía geográfica, se considera la crioterapia y el asa diatérmica como primeras opciones.

En las lesiones intraepiteliales de alto grado, las conductas cambian de acuerdo a las circunstancias. Es por que 8 pacientes con NIC II, fueron manejadas con crioterapia. Estas eran pacientes jóvenes, con lesiones pequeñas. No obstante, debe preferirse el procedimiento con asa térmica y conos pocos profundos que nos brinde una certeza diagnóstica y terapéutica. Además, se realizó en 7 de las pacientes (3.4%) con LEIAG, histerectomía abdominal simple. La cual es una opción terapéutica cuando la lesión es más extensa en pacientes que han cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento.

Estos resultados son similares a los datos encontrados en un estudio realizado en el hospital José Nieborowski en el periodo de enero 2016 mayo 2017. Donde el abordaje terapéutico de las lesiones de bajo grado VPH se les dio seguimiento citológico, las lesiones NIC I fueron tratadas con crioterapia, las lesiones de alto grado (NIC II y NIC III) tratada con el ASA Térmica, y en algunos casos se realizó histerectomía según criterios médicos. (González López & Duarte López, 2017) .

CAPITULO V

4.1 Conclusiones

1. Las mujeres más afectadas pertenecen al grupo etario de los 40 a los 49 años, de procedencia rural, amas de casa, con educación primaria.
2. Entre los factores de riesgo asociados de las pacientes estudiadas se encontró, la escolaridad baja, el uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad, y con menor relevancia el tabaquismo y las ITS.
3. Como método de tamizaje se utilizó el Papanicolaou, y método de diagnóstico definitivo la biopsia cervical. Encontrando con más frecuencia, las lesiones de bajo grado.
4. La colposcopia es un método seguro para el diagnóstico de lesiones intraepiteliales, coincidiendo en el 100% con los resultados de la biopsia.
5. A las lesiones de bajo y alto grado, se les dio un manejo individualizado según las condiciones de cada paciente. No obstante, el más frecuente en las lesiones de bajo grado fue la crioterapia. En las lesiones de alto grado se utilizó asa diatérmica, y menor frecuencia histerectomía. Todas las pacientes se encontraban en seguimiento por citología cervical.

5.2 Recomendaciones

1. Promover en las unidades de salud de atención primaria, la captación temprana de la citología cervical para la prevención de los casos de pacientes con lesiones cervicales de bajo y alto grado para un tratamiento oportuno.
2. Realizar educación continua para los recursos humanos en la toma adecuada de muestras para papanicolaou.
3. Promover el uso de preservativos y dar charlas de educación sexual a todas las pacientes que se atiendan por individual para crear conciencia acerca del tema.
4. Formar grupos de apoyo organizados en la unidad.
5. Realizar salidas a terreno para buscar a las pacientes con lesiones intraepiteliales con inasistencia a su seguimiento.
6. Garantizar dentro del Ministerio de Salud el flujo continuo de atención posterior a los resultados de PAP con lesiones intraepiteliales.

5.3 Bibliografía

1. Almaras Arias L. (2018). Concordancia diagnóstica cito-colposcópica según la histopatología cervical en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, año 2016. 22 Nov 2019, de Universidad privada San Juan Bautista Sitio web: [repositorio.upsjb.edu.pe › handle › upsjb › T-TPMC- Laura Almaras Arias](http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/T-TPMC-Laura%20Almaras%20Arias)
2. (ACOG) The American College Of Obstetricians and Gynecologist (2016). Pruebas de detección del cuello uterino. Noviembre 2019, de ACOG Sitio web: [m.acog.org › Files › Pruebas-de-deteccion-de-cancer-de-cuello-uterino](http://m.acog.org/Files/Pruebas-de-deteccion-de-cancer-de-cuello-uterino)
3. Cuba Reyes M, González Pérez, Scull Martínez M, Panuncia Hechavarría Y, Casamor Cabrera G. Importancia del sistema de Bethesda en el diagnóstico citológico de lesiones precancerosas del cérvix. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 41(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2318/4158>
4. CENETEC (2018). *Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer del cuello cérvicouterino en primer y segundo nivel de atención*. Nov 2019, de CENETEC Sitio web: www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-18/ER.pdf
5. Corona R. P. (2013). *Variabilidad diagnóstica interobservador en pacientes con diagnóstico colposcópico-histopatológico en lesiones premalignas y malignas de cérvix*. Nov 2019, de Universidad Veracruzana Sitio web: [https://cdigital.uv.mx/cdigital.uv.mx › handle](https://cdigital.uv.mx/cdigital.uv.mx/handle)
6. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. OMS. International Agency for Research on Cancer. 15, 978-992.
7. Fuenmayor A., Fernández C., Pérez V., Coronado J., Ávila M., Fernández A., Fuenmayor J. (2018). *Detección de lesiones precancerosas en el cuello uterino y la infección por VPH en Mujeres en la región de Maniapure, Estado Bolívar Venezuela*. . Nov 2019, de Ecancer Sitio web: www.ecancer.org

8. González T. M. (2016). *Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de enero 2014 a diciembre 2015*. Nov 2019, de UNAN Managua Sitio web: <http://repositorio.unan.edu.ni/repositorio.unan.edu.ni> ›.
9. Guía de Práctica clínica (2011). *Prevención y detección oportuna del Cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención*. Nov 2019, de Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio web: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
10. González López FA & Duarte López LO. (2017). *Abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones premalignas de Cérvix en pacientes de los Municipios del Departamento de Boaco, atendidas en el Hospital José Nieborowski en período correspondiente de enero 2016-mayo 2017*. Nov 2019, de UNAN - Managua Sitio web: <http://repositorio.unan.edu.ni/repositorio.unan.edu.ni>
11. Huarcaya Damiano YY, Vasquez Tafur DL. (2016). *Correlación cito-histológica de anormalidades cérvicouterinas en el hospital nacional docente madre niño “San Bartolomé”- 2016*. Nov 2019, de Universidad Nacional Federico Villarreal Sitio web: <http://repositorio.unfv.edu.pe/repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV>
12. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Weekly epidemiological record 2014 89 (43): 465–492. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf?ua=1>.
13. Jirón Altamirano MJ, Loáisiga Palacios EA, López Gómez AF. (2015). *Factores asociados al Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres que se realizaron el PAP en el área de consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de octubre del 2014 - enero 2015*. Nov 2019, de UNAN Sitio web: <http://repositorio.unan.edu.ni/repositorio.unan.edu.ni> ›...
14. Lozada Rodríguez NJ. (2018). *Concordancia citológica, colposcópica e histopatológica de lesiones premalignas del cérvix uterino. Hospital Belén de Trujillo 2012 -2017. Perú 2018*. Nov 2019, de Universidad privada Antenor Orrego Sitio web: <https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record>

15. Lau Serrano D, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. (2012). *Lesiones preinvasivas del cuello uterino*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 38(3), 366-377.
16. Lorie Sierra L. E. (2016). *Diagnóstico clínico de lesiones premalignas de cuello de útero con inspección visual al ácido acético al 5 %*. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo Cuba. Rev Inf Cient, 95(2), 317-330.
17. Lira Ramos G.M. (2009). *Factores asociados a lesiones preneoplásicas del cervix en mujeres que acudieron a la consulta externa de ginecología de la empresa previsional del Hospital Bautista, enero 2006 - diciembre 2008*. Nov 2019, de Universidad Americana Sitio web: <http://biblioteca.uam.edu.ni/biblioteca.uam.edu.ni> › xmlui
18. MINSA. (2010) *Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia*. Normativa 037. Vol 1, Pág. 1 - 38.
19. OMS. (2018). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. Nov 2019, de OMS Sitio web: <https://www.who.int>
20. OPS/OMS. (2017). *Avances en la prevención y el control del cáncer de cuello uterino*. Nov 2019, de OPS Sitio web: <https://www.paho.org/www.paho.org> › Inicio › News
21. OMS. Agencia internacional para la investigación del cáncer. GLOBOCAN 2012. *Últimas estadísticas mundiales sobre el cáncer: incidencia, mortalidad y prevalencia estimadas del cáncer en todo el mundo en 2012*. Disponible en: www.globocan.iarc.fr
22. OPS. (2010). *Nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino: desde la evidencia científica a la planificación de programas*. Informe de la Reunión Subregional de América Latina sobre Prevención de Cáncer Cervicouterino, Panamá, 2 y 3 de junio del 2010. Nov 2019, de Rev panamericana de la salud Sitio web: <https://www.paho.org/www.paho.org> ›...› Determinantes sociales y el medio ambiente

23. Perrotta M., Häbich D. (2014). *“Manejo de las Lesiones Intraepiteliales de Cuello uterino”*. 22 Nov 2019, Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) Sitio web: www.fasgo.org.ar › archivos › consensos › consenso41014
24. Porta Gonzales. E. E. (2016). *Correlación citológica e histológica en el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes tamizadas en el hospital nacional docente madre niño San Bartolomé – Lima*. Nov 2019, de Universidad nacional del centro del Perú Sitio web: <http://repositorio.uncp.edu.pe/repositorio.uncp.edu.pe> › handle › UNCP
25. PAHO/WHO (2019). *Manual para tamizaje del cáncer cervicouterino. Prevención y detección temprana de cáncer cervicouterino*. Noviembre 2019, de PAHO/WHO Sitio web: www.paho.org › gut
26. Pérez García, C. y Corea Flores, J. M. (2011). *Incidencia de cáncer cervicouterino Hospital Bertha Calderón Roque, durante el II semestre del año 2011*. Noviembre 2019, de UPOLI Sitio web: <http://repositorio.upoli.edu.ni/id/eprint/7>
27. Ruiz Palacios JM, Picado Urroz EE. (2014). *Incidencia de lesiones cervicales pre-malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de julio del 2014*. Nov 2019, de UNAN Managua Sitio web: <http://repositorio.unan.edu.ni/repositorio.unan.edu.ni> ›...
28. Sarria García O. J. (2015) *Correlación de los resultados de citología, hallazgos colposcópicos y biopsia de cuello uterino examinadas en el departamento de patología HEODRA en el período comprendido de enero del 2013 a mayo 2014*. Nov 2019, de UNAN León Sitio web: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/7563>
29. Secretaria de Salud Honduras. (2015). *Protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del cáncer cérvicouterino*. 22 Nov 2019 de Secretaria de Salud. Sitio web: <https://www.iccp-portal.org> › sites › default › files › resources › Cervical C...
30. Saslow D, Solomon D, Herschel W. Lawson. et al. (2012). *American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American*

- Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer.* CA CANCER J CLIN, 62 (3), 147-172.
31. Sanabria Negrín JG. Fernández Montequín ZC. Cruz Hernández I. Oriolo Pérez L. LLanuch Lara M. (2011). *El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica.* Rev. Ciencias Médicas. 15 (4): 295-319.
 32. Sellors J.W. & Sankaranarayanan R. (2003). *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes.* Nov 2019, de OMS Sitio web: <https://screening.iarc.fr/screening.iarc.fr> › doc › colpoesmanual
 33. Zapata Adrianzen C. (2018). *Prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres en edad fértil-laboratorio de referencia regional de Salud-Piura año 2015.* Nov 2019, de Universidad nacional Federico Villarreal Sitio web: <http://repositorio.unfv.edu.pe/repositorio.unfv.edu.pe> › handle › UNFV.
 34. Giuseppe De Palo, S. D. (2007). *Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior.* Barcelona-España: Elsevier Doyma, S.L.

5.4 ANEXOS

Anexo 1

Ficha de recolección de datos

ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CERVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE LA MUJER HOSPITAL VICTORIA MOTTA, PERÍODO ENERO – DICIEMBRE 2018

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1. EDAD: _____ 2. ESCOLARIDAD: _____
3. OCUPACION: _____ 4. ESTADO CIVIL: _____
5. RELIGION: _____ 6. PROCEDENCIA: _____

II. DATOS GINECO-OBSTETRICOS:

7. PARIDAD: _____ 8. MENARCA: _____ 9. IVSA: _____
10. NÚMERO DE PAREJAS: _____ 11. NUMERO DE PAP: _____
12. USO DE ANTICONCEPTIVOS: SI _____ NO _____

III. FACTORES DE RIESGOS:

13. ANTECEDENTES DE ITS SI () NO ()
14. TABAQUISMO: SI () NO ()
15. MULTIPARIDAD: SI () NO ()
16. USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES: SI () NO ()

IV. METODOS DIAGNOSTICOS:

17. PAPANICOLAOU: SI () NO () 20. DIAGNOSTICO: _____
18. IVAA: SI () NO () 22. RESULTADO: _____
19. COLPOSCOPIA: SI () NO () 24. RESULTADO: _____
20. BIOPSIA: SI () NO () 26. RESULTADOS: _____

V. CLASIFICACIONES DE LAS LESIONES DEL CUELLO UTERINO:

21. NIC I SI () NO ()
22. NIC II SI () NO ()
23. NIC III SI () NO ()
24. CANCER IN SITU: SI () NO ()

25. Seguimiento por citología: Sí _____ No _____

VI. TRATAMIENTO UTILIZADO:

26. CITOLOGÍA: SI () NO ()

27. CRIOTERAPIA: SI () NO ()

28. ASA DIATERMICA: SI () NO ()

29. CONO BIOPSIA: SI () NO ()

30. HISTERECTOMIA: SI () NO ()

VII. OBSERVACIONES:

Anexo 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo específico1:

Describir las variables sociodemográficas de las pacientes

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA /VALORES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de la toma del PAP.	Años cumplidos de la paciente	15 – 19 20 – 34 35 – 49 50 y mas
Procedencia	Área geográfica donde reside la paciente	Lugar de origen de la paciente	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la realización del PAP	Nivel académico De la paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Ocupación	Actividad laboral que realiza la mujer para general ingresos económicos para el hogar	Tipo de actividad que realiza la paciente	Ama de casa Obrera Técnico Profesional
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en	Estado conyugal de la persona	Soltera Casada Unión libre

	función de si tiene o no pareja.		
Religión	Conjunto de normas y creencias religiosas de mujer	Creencias religiosas	Católico, Evangélico, Testigo de jehová, ninguna

Objetivo específico1:

Describir las variables gineco-obstétricas de las pacientes

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA /VALORES
Paridad	número total de partos que ha tenido una mujer	Número de partos	Nulípara Multípara
Menarca	La aparición de la primera menstruación de la mujer	Primera menstruación	12 – 15 16 – 19 20 y mas
IVSA	Edad de inicio de la primera relación sexual	Primera relación sexual	< 15 años 15 – 19 20 y mas
Número de parejas sexuales	Compañeros sexuales que a tenido la paciente	Parejas sexuales	1 2 3 y mas
Numero de PAP	Estudio citológico de rutina y seguimiento realizadas a las	Pruebas citológicas	1 2 3 y mas

	pacientes		
Uso de anticonceptivos	Uso de métodos de planificación familiar	Anticoncepción	SI NO
Antecedentes de ITS	ITS previas en la mujer antes de la prueba citológica	ITS Previas	Condilomatosis (VPH) Herpes genital Clamidia etc.

Objetivo específico 2:

Identificar los factores asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA /VALORES
Infección por el VPH	Es la infección sexualmente transmitida más común que existe.	Infecciones transmitidas por el sexo	Si No
Antecedentes de ITS	Infecciones de transmisión sexual previas	Infecciones previas transmitida por el sexo	Si No
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo del tabaco	Consumo de tabaco	Si No
Multiparidad	La mujer que ha tenido varios partos	Número de partos	Si No

Uso de anticonceptivos	Uso de métodos de planificación familiar	Métodos de planificación familiar	Si No
-------------------------------	--	-----------------------------------	----------

Objetivo específico 3:

Identificar los métodos diagnósticos más utilizados para el diagnóstico de las patologías del cérvix.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA /VALORES
Papanicolaou	Método citológico para detectar lesiones de cérvix	Tamizaje citológico	Si No
IVAA	Método citológico visual para diagnosticar lesiones cérvix	Tamizaje citológico visual	Si No
Colposcopia	examen visual del conducto vaginal y del cuello del útero mediante un aparato óptico	Prueba para confirmar el diagnóstico de la citología	Si No
Biopsia	Estudio microscópico para analizar la naturaleza benigna o maligna de un fragmento de cérvix	Estudio microscópico	Si No

Objetivo específico 4:

Identificar las lesiones cervicales más frecuentes según los métodos diagnósticos utilizados.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA /VALORES
NIC I	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	Neoplasia benigna del cérvix	Si No
NIC II	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado	Presencia de lesión cervical	Si No
NIC III	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado	Presencia de lesión cervical avanzada	Si No
Carcinoma in situ	Neoplasia cervical localizada	Presencia de neoplasia	Si No

Objetivo específico 5:

Describir el abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales del cérvix.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA /VALORES
Observación	Seguimiento a las pacientes que presentan lesiones benignas del cervix	Observación de la lesión	Si No
Crioterapia	Puede ser usada para tratar una variedad de lesiones de tejidos del cervix	Crioterapia	Si No

Asa diatérmica	Es la extirpación electro quirúrgico para tratar las enfermedades del tracto genital bajo de las mujeres.	Extirpación electro quirúrgica	Si No
Cono biopsia	Es una cirugía para extraer una muestra de tejido anormal del cuello uterino.	biopsia en cono del cuello uterino	Si No
Histerectomía	Cirugía abdominal Para extirpación de todo el útero	Cirugía abdominal	Si No

Anexo 3

GLOSARIO

Abreviaturas

ASC-US: Atipia de células Escamosas de Significado Indeterminado.

ASC-H: Atipia de Células Escamosas que no excluye Lesión Intraepitelial de Alto Grado.

CACU : Cáncer Cérvico Uterino.

CIS : Carcinoma “in situ”.

ITS : Infección de Transmisión Sexual.

IVA : Inspección Visual con ácido acético (del cuello uterino).

IVSA : Inicio de Vida Sexual Activa

LEC : Legrado endocervical

LIE : Lesión Intraepitelial Escamosa.

LIE-AG : Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.

LIE-BG : Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.

NIC-I-II-III : Neoplasia Intraepitelial Cervical, que de acuerdo al compromiso del epitelio cervical, puede ser clasificado como I, II o III.

PAP : Papanicolaou.

VPH : Virus del papiloma humano

Definiciones

ÁCIDO ACÉTICO

Solución de vinagre al 3% a 5%, que se aplica al tejido del cuello uterino interactúa con las células enfermas, haciendo que las lesiones epiteliales adopten una tonalidad blanca para facilitar la identificación del tejido anormal.

BIOPSIA

Procedimiento a través del cual se obtiene una muestra de tejido o células para examen microscópico con fines de diagnóstico.

CARCINOMA IN SITU

De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el grosor del epitelio o la mayor parte de él muestra cambios citológicos y aspecto celular compatibles con un carcinoma, respetando la membrana basal y sin evidencia de invasión del estroma subyacente.

CITOLOGÍA CÉRVICAL

Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix que se extienden en un porta objeto, son fijadas y sometidas a una tinción conocida como Papanicolaou, para establecer un diagnóstico. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino.

COLPOSCOPIA

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

CONIZACIÓN CERVICAL

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

CONIZACIÓN CON ASA TÉRMICA

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

CRIOCIRUGÍA

Tratamiento que consiste en la aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados, con el objetivo de alcanzar el punto de congelación en las células

produciendo la muerte celular por crionecrosis, puede utilizarse equipos que funcionan con Nitrógeno líquido, Oxido Nitroso o CO2.

HISTERECTOMÍA

Intervención quirúrgica que consiste en extirpar parcial o totalmente el útero, puede ser realizado por vía vaginal o abdominal.

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

Término usado por la nomenclatura del sistema Bethesda, para designar las alteraciones del epitelio que incluye la displasia moderada, displasia severa y carcinoma In Situ. (LEI AG).

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO

Término usado por la nomenclatura del sistema Bethesda, para designar las alteraciones del epitelio que incluye el Virus del papiloma humano y la displasia leve.(LEI BG).