

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Recinto Universitario “Rubén Darío”

Facultad de Ciencias Médicas



Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía

Abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes De los municipios del departamento de Boaco, atendidas en el hospital José Nieborowski en periodo correspondiente de Enero 2016- Mayo 2017.

Autores:

Br. González López Francisco Antonio

Br. Luis Omar Duarte Lopez

.Tutor clínico y asesor metodológico.

Dr. José Guzmán – Ms.C.

Dr. Holman Miranda - Ginecólogo y Obstetra

Boaco, Nicaragua 2017

AGRADECIMIENTO

Antes que nada queremos agradecer a Dios por darnos la fortaleza y sabiduría para culminar nuestro estudio monográfico y así cumplir una meta más en nuestras vidas y como futuros profesionales de la salud.

Muy especialmente a nuestras familias por el apoyo incondicional y sus mejores deseos para con nosotros de ser profesionales

Es meritorio mencionar a nuestros tutores quienes nos han apoyado en nuestro trayecto y elaboración de este estudio su apoyo incondicional para culminar nuestro trabajo que hemos llevado a término.

RESUMEN

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo de corte transversal, que se realizó en el Hospital José Nieborowski, en donde se atendieron 305 mujeres con lesiones de bajo grado de cervical en todo el año 2016, de la cual se extrajo una muestra significativa de 90 pacientes procedentes de diferentes municipios del departamento de Boaco, con el objetivo de la aplicación del siguiente tema Abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes de los municipios del departamento de Boaco, atendidas en el hospital José Nieborowsk en periodo correspondiente de Enero 2016 Mayo 2017.

Obteniendo siguientes resultados Las pacientes en estudio son mujeres que predominaron de mayor de 35 años, estos resultados se relacionan, con los diferentes estudios, en donde comienzan a parecer las alteraciones histológicas de cérvix, pero sin embargo no podemos obviar que se encontró lesiones en mujeres en edad reproductiva, amas de casa, con educación secundaria y primaria y de procedencia urbana.

Entre los factores asociados de las pacientes estudiadas se encontró que el nivel de escolaridad baja, inicio de vida sexual a temprana edad más de un compañero sexual, el uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad,

Como método de tamizaje se utilizó el PAP y de diagnóstico la biopsia cervical, encontrando que las lesiones más frecuentes son las de bajo grado como lo es el NIC1, seguidas por las de alto grado.

Las lesiones de bajo grado VPH se les dio seguimiento citológico evolucionaron con regresión espontanea, las lesiones NIC I fueron tratadas con crioterapia, las lesiones de alto grado (NIC II y NIC III) el tratamiento de elección ASA Térmica, y en algunos casos se realizó histerectomía según criterios médicos.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. OBJETIVO GENERAL.....	6
III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. ANTECEDENTES.....	9
VI. JUSTIFICACION.....	11
VII. MARCO TEÓRICO.....	12
VIII. DISEÑO METODOLOGICO	28
IX. RESULTADOS.....	33
X. ANALISIS DE DATOS.....	35
XI. CONCLUSIONES.....	38
XII. RECOMENDACIONES.....	39
XIII. BIBLIOGRAFIA	58

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 493.000 nuevos casos y 274.000 muertes cada año, de los cuales el 83% ocurren en países en vías de desarrollo. Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en América Latina son de 28.6 y 12.9 x 100.000 mujeres respectivamente en el año 2012.

En América la situación es grave, en el 2012 más de 83,000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer Cérvido-uterino y casi 36,000 fallecieron por esta enfermedad. Si se mantiene las tendencias actuales, el número de muerte en esta región aumentara en un 45% en el 2030.

Según la oficina nacional de estadística sanitaria en Nicaragua (ONE) la tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino para el año 2011 fue de 16.5 x 100000 MEF. Los SILAIS granada (28.6), Masaya (22.0), Chinandega (20.6) y Managua (20.3) reportan la tasa de mayor mortalidad para Nicaragua para cáncer cervico uterino en el 2011.

Mientras la tasa cruda de mortalidad para Nicaragua, para cáncer cervico uterino, se estima internacionalmente en 14.5, en Centroamérica es 10.1% y a nivel mundial de 8.2%, para un total de 1.74 millones de mujeres en el país con riesgo de desarrollar cáncer.

La prueba de Papanicolaou permite detectar el cáncer del útero desde sus etapas iniciales; y gracias a esta prueba, este tipo de enfermedad es casi siempre curable. La mejor forma de evitar estas complicaciones es realizándose un chequeo rutinario y con regularidad, el cual incluye el test de Papanicolaou y el examen pélvico. La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces enfocados a pesquisar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen a un cáncer invasor; en comparación con los países desarrollados, son muy pocas las mujeres en las comunidades en desarrollo que tienen acceso a exámenes para detectar lesiones cervicales pre cancerosas. El cáncer invasivo del cuello uterino se presenta en todas las edades, no es común que acontezca antes de los 35 años, su riesgo aumenta progresivamente hasta los 60 años de edad; 95% de los cánceres invasivos ocurren en múltiparas.

II. OBJETIVO GENERAL

Describir el Abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes de los municipios del departamento de Boaco, atendidas en el hospital José Nieborowsk en periodo correspondiente de Enero 2016 Mayo 2017.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Conocer los antecedentes Gineco – obstétricos de las pacientes en estudio.
3. Identificar las lesiones cervicales pre malignas más frecuentes acorde a Papanicolaou, IVAA y biopsia.
5. Determinar el Manejo de las lesiones pre malignas de cérvix.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país Los resultados patológicos en los Papanicolaou realizados van en aumento por lo que un diagnóstico tardío y abordaje inadecuado puede conllevar al incremento de la tasa de morbilidad y mortalidad por CACU.

Por lo que nuestro estudio pretende conocer: **¿Cuál ha sido el Abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento que se le dio a las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes de los municipios del departamento de Boaco, atendidas en el hospital José Nieborowski en periodo correspondiente de Enero 2016 Mayo 2017?**

V. ANTECEDENTES

Sosa Rodríguez Noel, en el año 2006, en Nicaragua realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán – nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”, cuyos resultados fueron: La mayoría de las pacientes (58%) no se han realizado el Papanicolaou en los últimos 2 años, realizándose solo el 42% de ellas. Los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. Los conocimientos se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar.

En el centro de salud Roberto Cortez de la Ciudad de Chinandega en el periodo de Enero a Marzo 2013, durante las tomas de Papanicolaou que se realizan a diario en dicho centro se ha incrementado el número de casos donde se reportan 5 pacientes diagnosticadas con Virus de Papiloma Humano, encontrándose una de ellas con Neoplasia Intracelular estadio.

En el municipio de Siuna el Dr. Lara realizó un estudio descriptivo de corte trasversal sobre la correlación clínica y cito-histológicas de las pacientes con patología de cérvix en el servicio de crioterapia en enero 2015 a febrero 2016, encontrando los siguientes resultados: La correlación entre la clínica, la citología cervical y el estudio histológico resultó con mayor significancia cuando se asocia el estudio citológico con el histológico. El estudio citológico no resultó con sensibilidad y especificidad aceptable para correlacionar lesiones bajo y alto grado. La progresión de la lesión cervical depende de la experiencia clínica y el tiempo en que conlleva el proceso de tamizaje hasta el estudio histológico adecuado.

La Dra. Thelma González, realizó un estudio sobre Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre malignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de Enero 2014 a Diciembre 2015 encontrando Las pacientes en estudio son mujeres jóvenes de 19 a 35 años, se encuentran edad reproductiva, amas de casa, con educación secundaria y primaria y de procedencia urbana , multíparas, con más de una pareja sexual, Como método de tamizaje se utilizó el PAP y de diagnóstico la biopsia cervical, encontrando que las lesiones más frecuentes son las de bajo grado, seguidas por las de alto grado. Las lesiones de bajo grado VPH se les dio seguimiento citológico evolucionaron con regresión espontanea, las lesiones NIC I fueron tratadas con crioterapia, las lesiones de alto grado (NIC II y NIC III) el tratamiento de elección ASA Térmica.

En el hospital José Nieborowski del departamento de Boaco en el 2014 el Dr. Ortega se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre los factores de riesgos asociado a CACU , tomando una muestra de 84 pacientes encontrando los siguientes resultado: Con relación a la frecuencia del tipo de lesiones tempranas se observó que para NIC I hubo un 28.6%, para NIC II hubo un 38.1%, para NIC III hubo un 13.1% y para ASCUS un 20.2% y todo esto se encontró asociado a la alta multiparidad, las pacientes tenían más de 1 pareja, IVSA a una edad temprana

VI. JUSTIFICACION

El cáncer cervico uterino constituye una de entidades con más impacto y repercusión sobre la salud de las mujeres y sus consecuencias sociales, humanas y económicas, convirtiéndolo en una preocupación para los sistemas de salud, principalmente los países subdesarrollados y Nicaragua no es la excepción. El cáncer cervico – uterino es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la población de mujeres, a pesar de que se ha realizado esfuerzo para su control, no se reduce la tendencia de mortalidad y morbilidad por esta enfermedad.

En el Plan Nacional de Salud de Nicaragua se ha establecido el aumento de la Cobertura de Citologías Cervicales, las que en el año 2003 fueron de 9.3% de las MEF, se plantea que ésta aumente a 11.5% de las MEF en el 2005, en el 2010 se espera que aumente a 17.3 y para el año 2015 se pretende que sea 23.8% de las MEF. Dada la magnitud del problema en Nicaragua, es necesario realizar investigaciones que valoren los resultados del Papanicolaou y la respuesta al daño.

El estudio permitirá Dirigir acciones para el aseguramiento al acceso de servicios de salud a las enfermedades cervicales y conocer los factores de riesgo que pone en peligro a la población para el desarrollo de CACU y a si mismo promover medida preventivas y de concientización para lograr que la mayor parte de la población puedan realizarse este examen de rutina con el fin de reducir la morbilidad y comorbilidad por el CACU, brindando un enfoque integral y humanizado, incluyendo al hombre como apoyo importante en la promoción de la salud de su pareja .

VII. MARCO TEÓRICO

El útero es el órgano en el cual el óvulo fertilizado es adherido por sí mismo y se desarrolla durante el embarazo. Es un órgano hueco, en forma de pera, de unos 7.6 cm de largo y 5.8 cm de ancho. Anatómicamente se divide en dos partes: el corpus (o cuerpo) y el cérvix (o cuello). Está situado en el centro de la pelvis y guarda relación con el recto hacia atrás y con la vejiga, hacia adelante. Por encima del útero quedan las asas del intestino delgado y por debajo, la vejiga y las estructuras que forman la base de la pelvis. Las paredes del útero tienen un espesor de 1.2 cm. Dicho órgano está recubierto interiormente por una membrana llamada endometrio.

El corpus, o cuerpo, representa los dos tercios superiores; la cavidad tiene forma triangular con su base en la parte más alta. La porción ubicada encima de las trompas de Falopio recibe el nombre de fondo del útero.

Posibles causas:

Biológicamente se desconocen las causas del cáncer cervico uterino; solo puede hablarse de predisposiciones.

Los doctores Jones Howard W. Junior y Sugar Jolmes Gorgeana, en su obra Tratado de ginecología de Novak, señalan algunas de estas predisposiciones:

La práctica sexual en la adolescente puede predisponer el cáncer, debido a que la porción exterior del cuello del útero es más vulnerable a la enfermedad.

Philip Digaia y otro, en su obra, señalan otras posibles causas: Se ha relacionado el virus del herpes simple tipo 2 con la aparición del cáncer cervico uterino, aunque no se ha comprobado si realmente hay relación entre la causa y el efecto o si este virus obedece a la incidencia de un agente infeccioso común en mujeres sexualmente activas.

FACTORES DE RIESGO

Cuando le diagnostican a una persona cáncer, es natural preguntarse qué pudo haber causado la enfermedad. Los médicos no siempre pueden explicar por qué el cáncer de cérvix se presenta en una mujer, pero no en otra. Sin embargo, sí sabemos que la mujer que tiene ciertos factores de riesgo puede tener más posibilidad que otras mujeres de padecer cáncer de cérvix. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de que una enfermedad se presente.

“Los estudios han encontrado varios factores que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cérvix”. Por ejemplo, la infección con el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer cervical. La infección del VPH y otros factores de riesgo pueden actuar en conjunto para aumentar aún más el riesgo:

- Infección de VPH: Los VPH son un grupo de virus que pueden infectar el cérvix. Una infección de VPH que no se cura puede causar cáncer de cérvix en algunas mujeres. El VPH es la causa de casi todos los cánceres cervicales.
- Las infecciones por VPH son muy comunes. Estos virus se pasan de una persona a otra por contacto sexual. La mayoría de los adultos han sido infectados con VPH en algún momento de su vida, aunque la mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas.

Algunos tipos de VPH pueden producir cambios en las células del cérvix. Si dichos cambios se detectan temprano, se puede prevenir el cáncer cervical al extraer o destruir las células alteradas antes de que puedan convertirse en células cancerosas.

- Irregularidad en hacerse pruebas de Papanicolaou: El cáncer cervical es más común entre las mujeres que no se hacen pruebas regulares de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou ayuda a que los médicos encuentren células alteradas. Al eliminar o destruir estas células anormales se impide generalmente el cáncer cervical.
- Tabaquismo: En las mujeres que están infectadas con VPH, el fumar aumenta levemente el riesgo de padecer cáncer de cérvix.

- Sistema inmunitario debilitado (el sistema natural de defensa del cuerpo): La infección con VIH (el virus que causa el sida) o el tomar medicamentos que inhiben el sistema inmunitario aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.
- Antecedentes sexuales: Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de padecer cáncer cervical. También, una mujer que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales puede tener un riesgo mayor de padecer cáncer de cérvix. En ambos casos, el riesgo de padecer cáncer cervical es mayor porque estas mujeres tienen un riesgo más elevado de infección por VPH.
- Uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo: El uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo (5 años o más) puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usar dichas píldoras.
- Tener muchos hijos: los estudios sugieren que tener muchos hijos (5 o más) puede elevar ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por VPH.
- DES (dietilestilbestrol): Puede incrementar el riesgo de un tipo raro de cáncer cervical en mujeres que estuvieron expuestas a este fármaco antes de nacer. Éste se suministró a algunas mujeres embarazadas en los Estados Unidos de 1940 a 1971. (Ya no se suministra a mujeres embarazadas).

El tener una infección de VPH u otro factor de riesgo no significa que la mujer va a padecer cáncer de cérvix. La mayoría de las mujeres que tienen factores de riesgo de cáncer cervical nunca llegan a presentar dicho cáncer.

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE (PAP)

Todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en:

- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual.
- Mayores de 65 que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 con historia clínica de riesgo.
- Toda mujer embarazada.

Recomendaciones a la usuaria:

- Que no esté menstruando.
- Evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 48 horas. antes.
- Abstenerse de relaciones sexuales 48 horas. Antes.

Consideraciones Especiales

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la usuaria para realizar el examen.

En estos casos se puede tomar la citología si primero realizamos una suave y ligera limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, sin presionar ni tocar el área del orificio endo cervical, ya que el objetivo es retirar el exceso de secreción, sangre o esperma y nos permita tomar la muestra adecuada con células de la zona de transformación, que es nuestro objetivo. Las usuarias portadoras de VIH/SIDA, se recomienda tomar la citología dos veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual, en caso contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia.

En usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha probable de parto o si bien a pesar de las explicaciones la usuaria rehúsa tomarse la citología, se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto.

El tamizaje podría ser discontinuado a discreción del médico si las usuarias cumplen los siguientes requisitos:

- Mujeres con 5 o más frotis negativos previos sometidas a HTA por enfermedad benigna.
- En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 citologías negativas en los últimos 10 años.

Frecuencia de la Prueba

La toma de la citología Cervico 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. 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.

En las instituciones del Sector Publico 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. Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual. Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

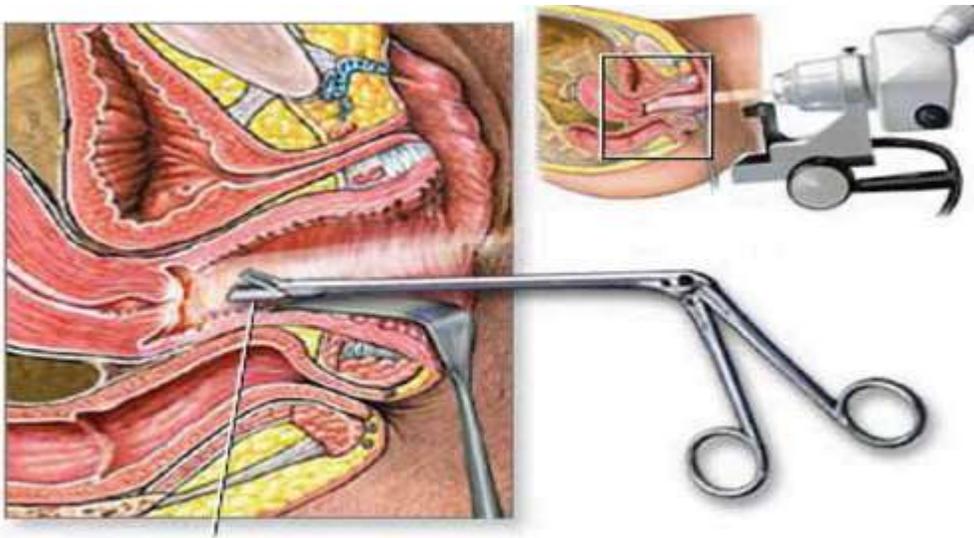
- Historia previa de ITS.
- Portadora de VPH o HIV.
- Fumadoras.
- Historia de múltiples parejas sexuales.
- Lesión pre invasora en cualquiera de los frotis previos.

Toma de la muestra

Es muy común que muchos falsos negativos sucedan debido a la toma inapropiada de la muestra por lo que la persona que brinda la atención deberá de tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio.
- Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudiera sentir.
- Obtener el consentimiento informado de la usuaria.
- El personal que toma la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria, en el formato de solicitud de citología, con letra clara, e identificar adecuadamente la lámina.
- Asegurarse de que todos los instrumentos y suministros están disponibles: espejo estéril, fuente de luz, fijador, espátula, etc.
- Preparación de las láminas, tocarla solo por los bordes.
- Previa evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición Ginecológica.
- Inspeccionar genitales externos, colocar espejo, con el cérvix adecuadamente visible, fijar las hojas del espejo para que el operador pueda tener las manos libres. Ajuste fuente de luz para ver claramente el cérvix.

- Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de Ayre o Aylesbur de madera o plástico para el exocervix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360º, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad. (figura 1).
- La muestra de exocervix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina. (figura 2).



- Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente por que tiende a quedar muy grueso y a dañar las células.
- Toma de muestra endocervical idealmente con cepillo, de realizarla con hisopo de algodón impregnarlo con un poco de solución salina se introduce al canal y rotarlo 360.
- La muestra de endocervix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina. (fi gura 2).
- Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar el barrido de las células. No se recomienda la utilización de fijadores para el cabello ya que contienen otras sustancias que oscurecen la lámina y dificultan la lectura, tampoco se recomienda la inmersión de la lámina por el peligro de contaminación, si se usa alcohol al 95%, se deberá utilizar un atomizador para rociar la lámina.
- Una vez concluida la toma con suavidad retire el espejo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado.
- Después que se seque la lámina, (tarda aproximadamente unos 5 minutos), proceda a envolverla inmediatamente que se seque, evitando que este expuesta al ambiente por largos periodos ya que se contamina con hongos del ambiente.

Toma de muestra de Endocervix

- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.
- Remisión de las muestras tomadas al laboratorio, idealmente en un periodo no mayor a los 10 días.
- Se debe garantizar el almacenamiento adecuado de la lámina en una caja transportadora, bien rotulada y en un lugar seco.

Recordar

- No realizar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.
- Usar especulo sin lubricante, si es necesario utilizar agua o solución salina, tratando de utilizar el tamaño del especulo acorde a las características de la usuaria.
- Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, suave y sin presionar, ni tocar el área del orificio endocervical.
- Si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermensuales (metrorragias), post-coito o post-menopáusico, es preciso remitir la usuaria inmediatamente al ginecólogo/a sin esperar el resultado de la citología.

➤ Errores que deben evitarse

- Identificación inadecuada de la lámina.
- Toma de muestra de las paredes o fondos de saco vaginal.
- Utilización de porta objeto sucio.
- Que el talco de los guantes contamine la laminilla o el especulo.
- La desecación de las células por excesivo tiempo de exposición al ambiente antes de la fijación de la muestra, que debe ser inmediata.
- Fijar la muestra con alcohol etílico con dilución menor al 70%.
- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.

- No colocar, ni transportar muestras de citologías con muestras de biopsias.

Informe de los Resultados

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el Sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las usuarias que acceden a los servicios de tamizaje.

Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes. En caso de que la usuaria no llegue a su resultado, realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Interpretación de los resultados de la Citología Cervical

Conducta a seguir según los resultados de citología cervical en el primer nivel de atención

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son: Cuando el reporte de la citología es **NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL Y CELULAS MALIGNAS**, la Unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. En esta cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá brindarse consejería. Es de suma importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-1-3. Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como **INSATISFACTORIA O INADECUADA** deberá repetirse la muestra.

Si la citología reporta **NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL Y CELULAS MALIGNAS**, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales/Zona de Transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona de importancia). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4-6 meses o al año siguiente.

Si la citología reporta **NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL Y CELULAS MALIGNAS, ASOCIADA A PROCESO INFLAMATORIO SEVERO**, que son cambios benignos, se analizan

las causas, debe tomarse exudado y cultivo de secreciones cervico vaginales y dar tratamiento de acuerdo a etiología. Se programara examen de control en 4-6 meses, posteriormente se dará igual seguimiento al de una usuaria con citología normal, continua el esquema de tamizaje. Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix es sospechoso de alteración, deben ser valoradas por medico ginecólogo/a.

En **USUARIAS EMBARAZADAS** si el resultado es **NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL Y CELULAS MALIGNAS** dar seguimiento de citología normal.

Las usuarias embarazadas con menos de 12 semanas de gestación, con citología que reporta proceso inflamatorio severo o infección vaginal esperar a que cumpla las 12 semanas de gestación, para dar tratamiento y control posterior al puerperio. La citología cervical nos brinda un diagnostico presuntivo de lesiones pre invasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para evaluación por el medico ginecólogo/a, quien derivara al nivel necesario para su evaluación colposcopía, 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 CACU.

En localidades de difícil acceso al médico ginecólogo, las usuarias con reportes en su citología de Atipias Escamosas (ASC-US), así como los que reportan LIE de Bajo Grado (NIC I / VPH) por primera vez, pueden ser seguidas con otra citología en 4-6 meses y si en esta persiste dicha alteración deben de ser referidas al ginecólogo/a para decidir conducta, si el reporte es negativo puede continuar con vigilancia y seguimiento con citologías anual.

LIE-BG en la Adolescencia. Situación especial representa el grupo de las adolescentes en las que se diagnostica LIE BG. En mujeres adultas se reportan regresiones del 50% al 80%, sin embargo los diferentes estudios en adolescentes reportan regresiones del 90% en el grupo de edad de 13-21 años y progresión a LIE- AG en un 6%, lo que traduce un comportamiento biológico con una historia natural más benigna para la infección por VPH. Los resultados de citología que reporten LIE BG en adolescentes deben ser referidos al ginecólogo para que evalúe cada caso en particular y se le brinde la oportunidad de seguimiento con citología, por la historia natural auto limitada que tiene el VPH en la adolescencia, evitando de esta forma manejos agresivos que causen ansiedad y que además pueden afectar la fertilidad como es el caso de las estenosis cervicales producida por algunos tratamientos. Debe quedar claro que las citologías que reporten LIE AG tienen que ser referidas inmediatamente para su diagnóstico y manejo adecuado.

DIAGNÓSTICO

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 pre invasoras o invasoras, la colposcopia con biopsia dirigida es el método ideal para realizarlo.

Este procedimiento debe ser realizado en las unidades de salud que deben de contar con un ginecólogo/a debidamente entrenado y certificado como colposcopías 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 el mismo o remitir a un nivel superior de complejidad.

Es responsabilidad de estas unidades remitir a las usuarias a una instancia de mayor complejidad de atención cuando así lo requieran, facilitando la información necesaria a la usuaria y realizando las coordinaciones con la institución a que es referida para que sea atendida.

Estas unidades deben contar con un colposcopio, además se debe contar con el equipo indispensable para la toma de biopsia, con equipos de crioterapia, de electro cauterización y asa térmica para los tratamientos locales. En este nivel debe abrirse historia clínica a todas las usuarias para consignar los hallazgos de la colposcopia (Informe Colposcopico), se deben elaborar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología/ patología. Además debe contar con un sistema de registro donde se consignen los nombres y direcciones de las usuarias, el número de historia clínica, el resultado de la colposcopia, de la biopsia y la conducta definitiva, asegurando la remisión a una instancia superior cuando el diagnóstico así lo amerite. Cuando las usuarias concluyan tratamiento y puedan ser referidas a nivel primario para su seguimiento, enviar con hoja de contra referencia especificando el diagnóstico, detallando el tratamiento realizado y seguimiento sugerido para ser integrado a su expediente.

Evaluación colposcópica.

La evaluación colposcopia comprende los siguientes pasos:

- Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio antes y después la aplicación del ácido acético del 3 al 5%.
- Identificación del patrón colposcopico y definición de la colposcopia si es satisfactoria o no.
- Toma dirigida.

Reporte de la Colposcopia

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-columna completa, cualquier anomalía 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 colposcopicos con su localización y extensión.
- Señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.
- Finalmente se debe hacer una impresión diagnostica.

Colposcopía

Los fórceps de biopsia se utilizan para tomar una muestra de cuello uterino El colposcopio ilumina el cuello uterino en la biopsia

7.2. C. Conductas según resultados de Citología y Colposcopía

Resultado de las biopsias. La biopsia dirigida y el cure taje endocervical pueden reportar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatologicos:

- Negativa para neoplasia.
- LIE de bajo grado: NIC I y/o VPH.
- LIE de alto grado: NIC II, NIC III, In Situ.
- Neoplasia micro invasora: escamo celular o adenocarcinoma.
- Neoplasia invasora: escamo celular o adenocarcinoma. 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 diagnostico ya sea con bisturí o asa térmica de acuerdo a las posibilidades de la institución.

Indicaciones de conización diagnóstica

- Usuaris 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 endocervix residual, se dejara como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal total o ampliada.
 - Posterior a la colposcopia se citara a la usuaria al mes para informarle de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de los resultados de las biopsias y alternativas de tratamiento, solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento.

TRATAMIENTO DE LESIONES PRE-INVASIVA

- La decisión terapéutica se elegirán de mutuo acuerdo, previa consejería, considerando el diagnostico histológico, ubicación de la lesión y priorizando las alternativas ambulatorias.
- De igual forma es indispensable hablar con claridad sobre el pronóstico clínico, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad de vida, porque solo con este tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el éxito del tratamiento.
- Los tratamientos para las lesiones pre invasoras deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos ablativos o destructivos y métodos de escisión local, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.
- Ante el diagnóstico de lesiones micro invasoras o invasoras es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la usuaria además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las usuarias afectadas por cáncer Cervico Uterino.

Guía para el manejo de las lesiones pre invasoras de Cuello uterino. 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. Los cuatro métodos más utilizados para el tratamiento de lesión de bajo grado son:

- Observación (seguimiento a través de citología, ver protocolo).
- Crioterapia (ver protocolo para crioterapia).
- Escisión electro quirúrgica con ASA (Ver protocolo).
- Vaporización laser. 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 pos tratamiento. Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar legrado del endocervix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocervix residual, ya que la lesión puede presentar simultáneamente un mayor grado en otras áreas.

Lesión Intraepitelial de Alto Grado: NIC II, NIC III y Cáncer In Situ. La conducta cambia de acuerdo a las circunstancias y cada caso debe ser analizado individualmente, teniendo en cuenta:

- La edad de la usuaria.
- Paridad y deseos de gestaciones futuras.
- La localización y extensión de la lesión.

- El riesgo quirúrgico.
- La facilidad de seguimiento de la usuaria. Una situación especial representan las usuarias jóvenes o con deseo de embarazo portadoras de lesiones NIC II, pero que cumplan las siguientes características:
 - Lesiones pequeñas, localizadas y limitadas estrictamente en exocervix.
 - Visibles en toda su extensión.
 - Sin compromiso del canal.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo y según la secuencia en el tiempo es transversal.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el hospital Departamental José Nieborowski en el **en periodo comprendido de Enero 2016 -Mayo 2017.**

Unidad de análisis:

Todas las mujeres en edades de 15 a 65 años que fueron atendidas en el HJNB procedente de los municipios del departamento de Boaco con Papanicolaou con lesiones pre malignas de cérvix.

Universo:

Todas las pacientes que acudieron al servicio de Ginecología del hospital Jose Nieborowski con lesiones cervicales, procedentes de diferentes municipios del departamento de Boaco. En total 270 pacientes.

Muestra:

Tamaño de la Muestra

La muestra del presente estudio fue de 90 pacientes con el método aleatorio sistémicos.

Tipo de Muestreo:

De tipo probabilístico, aleatorio sistemático.

Criterios de inclusión.

1. Edades comprendidas entre 15 y 65 años
2. fichas de PAP con datos completos.
3. Pacientes no embarazadas.
4. Papanicolaou de control en el expediente.

Criterios de exclusión:

1. Edades menores de 15 años y mayores de 65 años.
2. Fichas con datos incompletos.
3. Pacientes embarazadas.
4. Paciente en el cual el expediente clínico no contiene Papanicolaou de control

Variables

Objetivo N1.

- Edad.
- Procedencia.
- Ocupación.
- Grado de escolaridad.

Objetivo N2.

- Números de gestas.
- Edad de IVSA.
- Antecedentes de PAP.
- Uso de anticonceptivo.

Objetivo N3.

- Hallazgos citológicos
- Hallazgos histopatológicos.

Objetivo N4.

- Observación.
- Crioterapia.
- Asa diatérmica. Histerectomía

Operacionalización de variables

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
EDAD	Tiempo transcurrido desde del nacimiento de la paciente hasta la captación del programa	Años	20-30 31-40 41-55
Procedencia	Lugar de origen de la población en estudio	Origen	Rural Urbano
Ocupación	Es la ocupación o profesión del sujeto	Profesión	Comerciante Ama de casa Otros
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el sujeto	Año escolar	Primaria Secundaria Universidad Analfabeta
Gestas	Es un proceso de todas las en fértil	Embarazo	1-2 3-4 5 o mas
IVSA	Edad en las que se inicia su actividad sexual activa	Años	13- 18 19-24 25 o mas

PAP anterior	Antecedentes de muestras de citología cervical	PAP	SI NO
Anticonceptivos	Son métodos de planificación para acortar el periodo intergenesico de los embarazos	Métodos de planificación	1- Inyectables 2- Orales 3- OTB 4- Ninguno 5- Otros
Hallazgos clínicos	Características clínicas que se observan en el momento de la inspección del paciente	Inspección	1- normal 2- inflamación 3- leucorrea
Hallazgos citológicos	Son características citológicas al momento de la lectura de la lamina	Resultados citológicos	1- NLICM 2- ATIPIA Escamosa 3- Cambios celulares del VPH 4- DISPLASIA LEVE NIC 1 5- DISPLASIA MODERADA NIC 2 6- DISPLASIA SEVERA NIC 3 7- Carcinoma IN

			SITU 8- CCEI 9- Inflamación 10-Atipia, inflamación, bacterias cocoides
--	--	--	--

Variable 4			
Tratamiento	Es el Procedimiento que tiene como objetivo curar y rehabilitar al enfermo.	tratamiento	Observación. Crioterapia. Asa diatérmica. Histerectomía.
Seguimiento	Es el monitoreo para valorar la respuesta del tratamiento a la enfermedad.	Papanicolaou de control	4 meses. 6 meses. 12 meses. 18 meses.

IX. RESULTADOS

En base a la información obtenida en la presente investigación sobre el manejo diagnóstico y terapéutico podemos decir los siguientes:

1. Del total de los exámenes de PAP revisados en la presente investigación, hemos encontrado con respecto a la edad, el intervalo más frecuente es el de 41 a 65 años con un 56.7%, seguido de 23.3% para la edades de 15-30. (ver tabla #1).
2. En cuanto a la ocupación podemos decir que el 60% son amas de casa, 30% comerciantes y el 10% se dedican a otras cosas. (ver tabla #2).
3. De toda la población en estudio el 23.3% es de origen rural y el 76.7% urbano. (ver tabla#3).
4. Con respecto al grado académico se encontró que el 47.8% cursaron solo con primaria, 23.3% son de educación secundaria y con el mismo porcentaje para el analfabetismo, siendo solo 5.6% universitarias. (ver tabla #4).
5. El 36.6% de la población tienen de 1-2 hijos, el 33,3% tienen 3-4 hijos, con 21.1% para aquellas pacientes que tienen de 5 hijo a más y el 10% corresponden a la población que no tienen ningún hijo. (ver tabla # 5).
6. En cuanto al IVSA el 85.6 de la población inician una vida sexual a los 13- 19 años, en cuanto las edades de 20 a 35 años corresponden a un 14.4% y solo el 1.1% inician una vida sexual a los 25 años a más. (Ver tabla N 6).

El 90% de la población tienen antecedente de realizarse PAP y el 10% no se lo habían realizado. (Ver tabla N 7).

8. En cuanto al método de planificación el 23.3% no usan ningún método de planificar, el 61.1% inyectables, el 3.3% orales y OTB, el 11.1% usan otros métodos de planificación. (Ver tabla N 8).

10. En el reporte citológico por municipios se encontraron los siguientes resultados:
Boaco: atipia escamosa 26.6%, NIC2 26.6%, en Camoapa: Atipia escamosa 20%, NIC1

33.3%, NIC2 20%. Teustepe: Atipia escamosa 46.6%, NIC1 26.6%. San José: atipia escamosa 36.6%, NIC2 33.3% NIC1 20%, San Lorenzo: Atipia escamosa 60%, NIC1 26.6%, Santa lucia: NIC1 40%, Atipia escamosa 26.6% y a nivel departamental encontramos que la lesión más prevalente fue atipia escamosa con el 34%, seguido de NIC 1 28%(Ver tabla N 9).

11. Posterior a la citología patológicas se realizó IVAA encontrando lo siguiente: Anormal 92.2%, normal 7.7%

12. Se realizaron biopsias a los pacientes con IVVA positivo encontrando los siguientes resultados Boaco: NIC 1 Con 53. %, seguido de NIC 2 23.7%, Camoapa: NIC 1 71.4%. NIC2 14.2%, Teustepe: NIC1 46.6%, NIC2 20%, San Lorenzo NIC 78.5%, NIC2 14.2%, San José NIC1 64.2%, NIC2 21.4%, Santa lucia: NIC1 65.5%, NIC2 15.3%. A nivel departamental prevaleció la lesión de NIC1 61.4%, Siguiendo NIC 18.1%

13. El seguimiento que se les brindo a las pacientes posteriores a los resultados de biopsia fueron los siguientes: 57.7% crioterapia, 17.7% observación, 15.5% ASA Térmica, 10% se realizó histerectomía.

X. ANALISIS DE DATOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en las pacientes atendidas en el HJNB sobre las lesiones cervicales de bajo y alto grado encontrando los siguientes resultados:

Según la ficha de los resultado del Papanicolaou alterados hemos encontrado que la población que más se encontró afectados fueron entre las edades de 41 – 65 años con 46.7%, seguido de Las edades de 15 – 30 años con 23.3%, en la cual estos resultados se correlacionan con diferentes literaturas, en la cual se presentan las lesiones pre cancerígenas de acuerdo a las edades antes mencionadas. Ver tabla N1.

A lo relacionado con la ocupación encontramos que el 60% de la población es ama de casa y solo el 27% se dedican al comercio, esto nos indican que la mayoría de mujeres que se realizaron el PAP son factores determinantes para la economía de su hogar, por lo que es importante realizar prevención y promoción sobre CACU, Ver tabla 2.

La mayoría de las pacientes que cursaron con lesiones cervicales corresponden al casco urbano con 64.4% y con 35.5% de origen rural, estos nos indican que hay que continuar con la concientización sobre el uso de preservativo con el objetivo de reducir las infecciones de transmisión sexual. Ver tabla 3.

El nivel escolar de la población en estudio, podemos decir que la mayoría sabe leer en donde encontramos los siguientes resultados: 47.8% llegaron hasta la primaria, 23.3% secundaria, esto es importante ya que el CACU es prevenible y para ello es importante el grado de educación de la población, pero sin embargo no podemos obviar que hay un grado importante de analfabetismo, en este caso el 23.3% de la población no sabe leer por lo que hay tomar estrategia para la promoción y prevención del CACU para ese grupo poblacional. Ver tabla 4

Es importante determinar el número de gesta de la población como factor de riesgo, ya que según estudios realizados se refleja que entre mayor gestas se multiplica los factores de riesgo, en esta investigación encontramos que las mayorías de la pacientes eran multigestas con 74.5%. Ver tabla 5.

En este estudio encontramos que la mayoría IVSA a una edad muy temprana por lo que es un factor determinante para desarrollar modificaciones cervicales, encontramos que un 85.6% IVSA antes de los 19 años. Ver tabla N 6.

De toda la población que acudieron a realizarse su PAP, la mayoría se han realizado este examen, según los datos obtenidos podemos decir que el 90% tienen resultado de citología cervical esto se debe en que la población IVSA a una edad temprana y a la vez la mayoría presentan antecedentes de paridad elevadas. Ver tabla N7.

El uso de anticonceptivo es otro factor determinante para desarrollo de CACU, en el estudio encontramos que el 61.1% planifican con inyectable y con 11.1% se han realizado OTB por paridad satisfecha, N8.

Los resultados obtenidos por la citología. Encontramos que la lesión más frecuente en Boaco, es la atipia escamosa y NIC2 con un 26.66%, Camoapa la lesión más frecuente es el NIC1 con 33.3%, Teustepe la atipia escamosa con 46.60%, San José es el NIC2 con 33.3%, San Lorenzo la atipia escamosa con 60%, Santa Lucía NIC1 con 40%. Según estos resultados la lesión que más predominó en los diferentes municipios fue la atipia escamosa en tres municipios seguido del NIC1. Tabla N 09. Según los resultados como departamento la lesión que predominó fue la atipia escamosa con 34%, seguido del NIC1 con 28%, con un porcentaje importante de lesiones intraepiteliales de alto grado con 30% de NIC2 y NIC3. Tabla 9.

Se realizaron IVAA a todas las pacientes en la cual se encontró que un 7.7% con cérvix normal al momento de inspección por lo que no se les tomó biopsia, pero sin embargo se encontró que un 92.2% salieron positivo por lo que se biopsiaron, esto nos indica que la citología tiene una alta sensibilidad y especificidad para detectar a tiempo lesiones pre cancerígenas. Tabla 10

En las biopsias realizadas a todas las pacientes se encontró que en todos los municipios la lesión que predominó fue de bajo grado como lo es el NIC1 afectando más al municipio de San Lorenzo con un 78.5%, seguido de Camoapa con un 71.4% siendo Teustepe y San José los más afectados por lesiones de alto grado. Tabla 11. De forma general como departamento podemos decir que la lesión predominante fue el NIC1 con 61.4%, lesiones de alto grado con 27.2%, esto nos indica la alta sensibilidad y especificidad que tiene la biopsia como método diagnóstico definitivo. Tabla 12.

En cuanto el abordaje del tratamiento, se decidió según el criterio médico el uso de crioterapia con un 57% ya que las mayorías de las pacientes cursaron con lesiones de bajo grado con Papanicolaou de control, con uso de asa diatérmica del 15%. Con histerectomía del 10% para lesiones de alto grado. Tabla 13.

En cuanto al seguimiento el total de pacientes tratadas, se les envió un Papanicolaou de control no encontrando progresión ni persistencia de las lesiones ya antes mencionadas. Ver tablas 14.

XI. CONCLUSIONES

- Las pacientes en estudio son mujeres que predominaron de mayor de 35 años, estos resultados se relacionan, con los diferentes estudios, en donde comienzan a parecer las alteraciones histológicas de cérvix, pero sin embargo no podemos obviar que se encontró lesiones en mujeres en edad reproductiva, amas de casa, con educación secundaria y primaria y de procedencia urbana.
- Entre los factores asociados de las pacientes estudiadas se encontró que el nivel de escolaridad baja, inicio de vida sexual a temprana edad más de un compañero sexual, el uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad,
- Como método de tamizaje se utilizó el PAP y de diagnóstico la biopsia cervical, encontrando que las lesiones más frecuentes son las de bajo grado, seguidas por las de alto grado.
- Las lesiones de bajo grado VPH se les dio seguimiento citológico evolucionaron con regresión espontánea, las lesiones NIC I fueron tratadas con crioterapia, las lesiones de alto grado (NIC II y NIC III) el tratamiento de elección ASA Térmica, y en algunos casos se realizó histerectomía según criterios médicos.

XII. RECOMENDACIONES

1. **A SILAIS:** garantizar material necesario a laboratorio de histopatología para que haya más eficiencia en el tiempo de resultado; Fortalecer el personal de salud y se mejore las capacidades y técnicas para lograr establecer una atención efectiva durante la prestación del servicio.
2. **A municipios:** Informar a la población sobre las posibilidades diagnósticas, terapéuticas disponibles y además de que el Cáncer Cérvico Uterino tiene cura si es detectado tempranamente conllevando a mejores y mayores posibilidades de vida al ser detectado tempranamente.
3. Motivar a la participación social y de grupos organizados en torno a los objetivos de los Programa de prevención. Esto permitirá multiplicar los recursos disponibles y sensibilizar a diferentes sectores en el marco de la detección temprana del Cáncer Cérvico Uterino.
4. **A sectores:** Incrementar en la población el conocimiento sobre cáncer cervico uterino y la importancia de generar cambios positivos en la actitud de las mujeres con respecto a su propia salud y por otro lado se debe promover que los hombres actúen en colaboración como facilitadores del proceso del cuidado de la salud de sus cónyuges y propiciar la adopción de estilos de vida saludable como pareja

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1- Edad:

- a) 1.20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 55.

2 – Ocupación:

- a) ama de casa.
- b) Comerciante.
- c) Otros.

3. ¿Cuál es el lugar de procedente?

- a) 1Rural ()
- b) 2 urbano ()

4. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?

- a) primaria
- b) secundaria.
- c) universitario.
- d) 4 analfabetas.

Antecedentes gineco-obstetricos

5. ¿Cuántos antecedentes de gestación ha tenido? Indique

- a) 1 – 2.
- b) 3 – 4.
- c) 5 o más.
- d) ninguno.

6. ¿A los cuantos años inicio su vida sexual activa?

- a) 1.13 – 18.
- b) 2. 19 – 24.

c) 3. de 25 a más.

7. ¿Se ha realizado pap anteriormente?

a) Sí.

b) No

8. ¿Qué tipo de anticonceptivo usa actualmente?

a) Inyectable.

b) Orales.

c) OTB.

d) Otros.

e) ninguno.

9. ¿Qué tipos de hallazgo clínico y citológico se ha encontrado durante la toma y el resultado del pap?

9.1 Aspecto clínico:

a) normal.

b) Inflamación.

c) Atrofia.

d) Leucorrea.

9.2 Reporte citológico:

a) NLICM.

b) atipia escamosa.

c) cambios celulares del VPH.

d) displasia leve NIC I

e) displasia moderada NICII

f) displasia severa NIC III

g) carcinoma in situ.

h) CCEI.

- i) inflamación.
- j) Bacterias cocoides.
- k) atipia, inflamación, bacterias cocoides.

Tabla 1. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Niebrowki de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente: instrumento de recolección del estudio.

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje acumulado
15-30	21	23.3	23.3	23.3
31-40	18	20	20	43.3
41-65	51	56.7	56.7	100

Grafico 1. . Edad de pacientes que se realizan PAP en el Departamento de Boaco

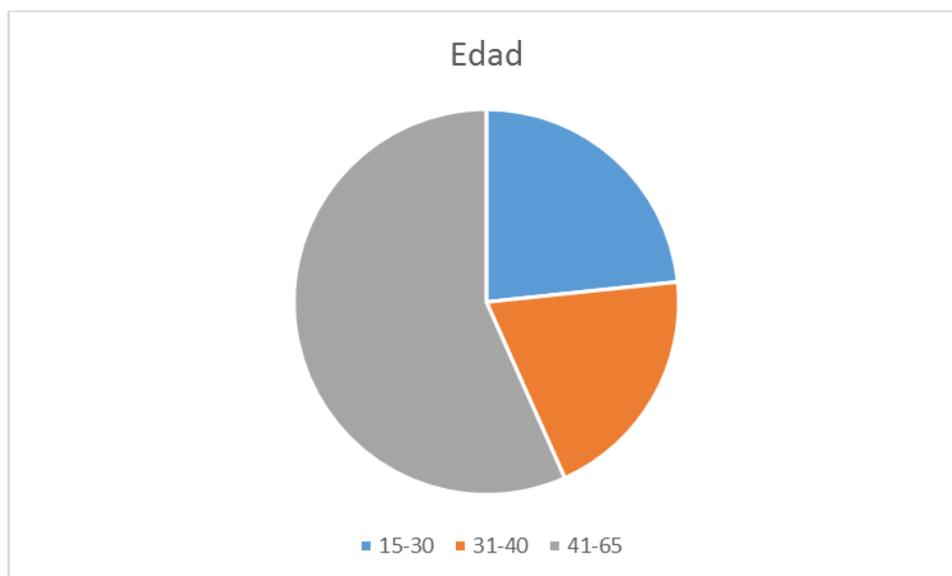


Tabla 2. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Niebrowki de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente: instrumento de recolección del estudio.

Ocupacion				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje acumulado
ama de casa	54	60	60	60
Comerciante	27	30	30	90
Otros	9	10	10	100
Total	90	100	100	

Gráficos2. Ocupación de las pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco

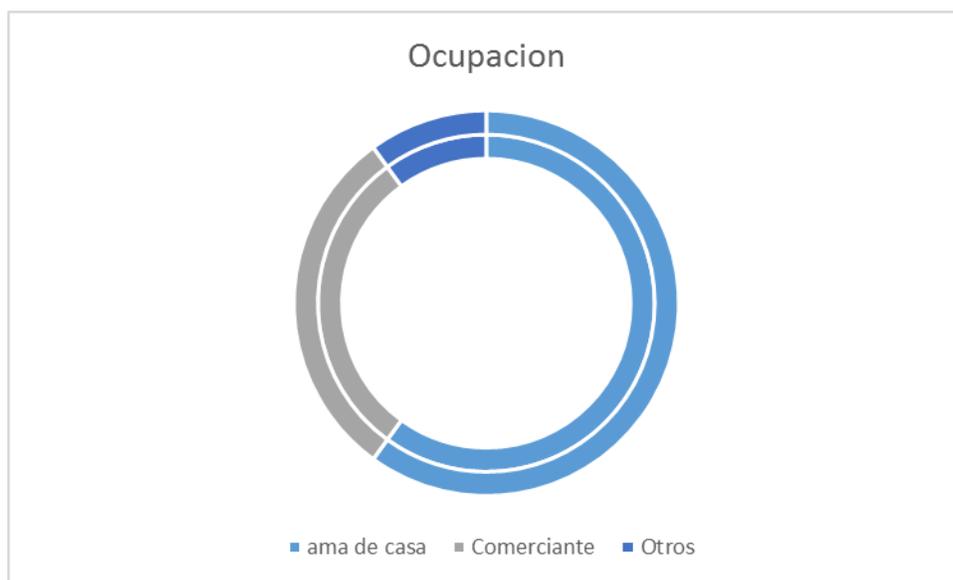


Tabla 3. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio

Procedencia					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje acumulado	
Urbano	69	76.7	76.7	76.7	
Rural	21	23.3	23.3	100	
Total	90	100	100		

Grafico 3. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

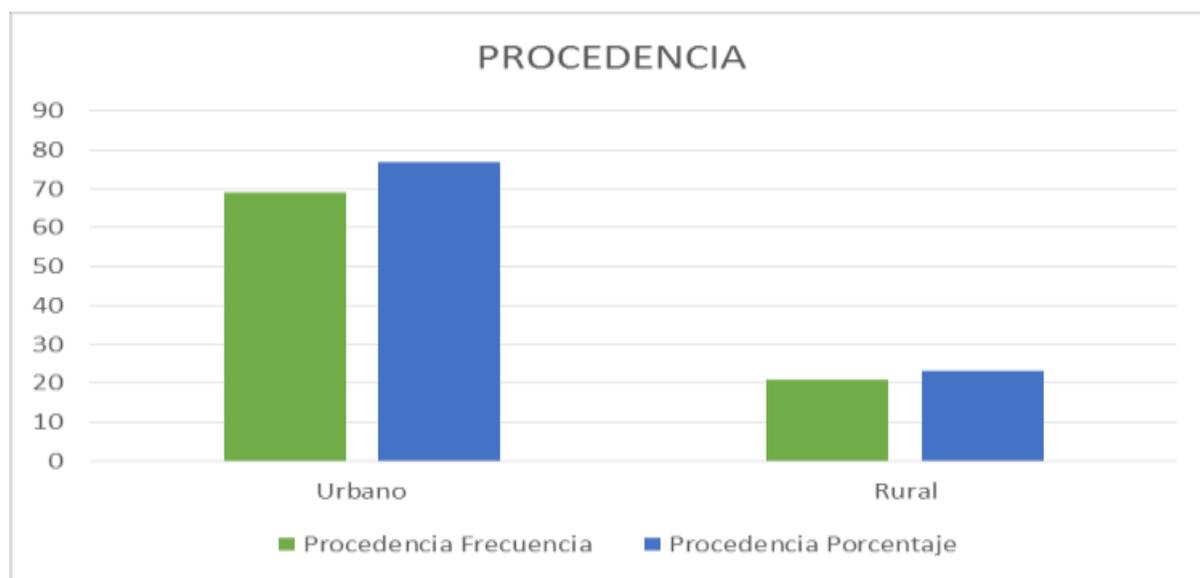


Tabla 4. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Niebrowki de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

Escolaridad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primaria	43	47.8	47.8	47.8
secundaria	21	23.3	23.3	71.1
universitario	5	5.6	5.6	76.7
Analfabeta	21	23.3	23.3	100
Total	90	100	100	

Grafico 4. Grado de escolaridad de las pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco

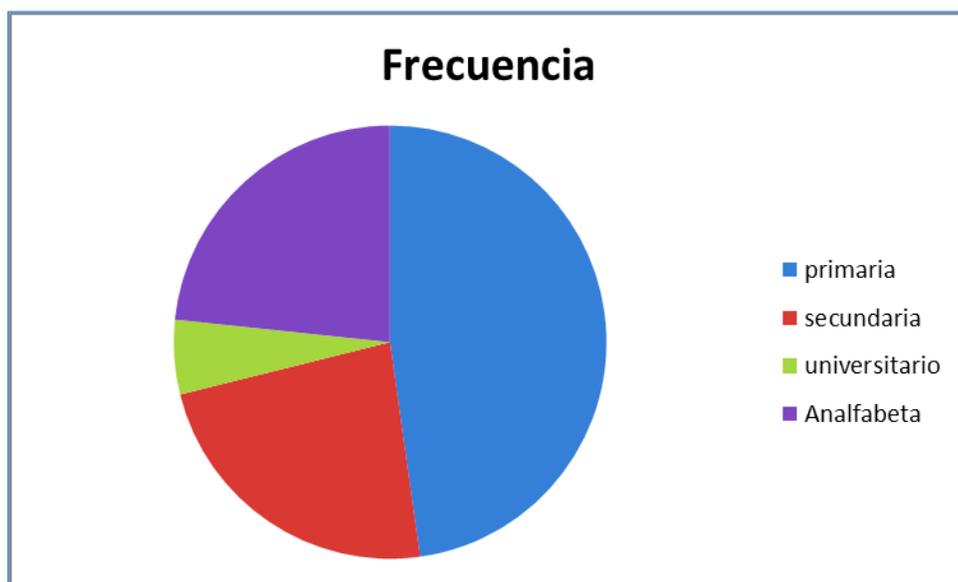


Tabla5. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

Gestas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje a
Nulipara	14	15.5	4.4	4.4
Multipara	76	84.4	95.6	100
Total	90	100	100	100

Gráficos 5. Numero de gesta de las pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco.



Tabla6. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

IVSA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje acumulado
menor 19	77	85.6	85.6	85.6
20 a 35	13	14.4	14.4	100
35 a mas	0	0	100	
total	90	100		

Grafico6. Edad de IVSA de las pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco.

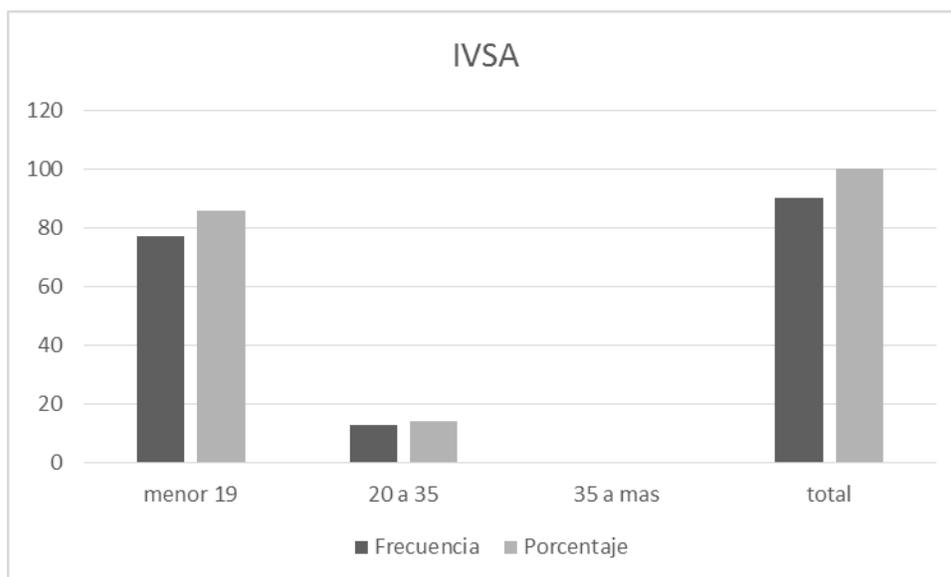


Tabla7. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

PAP				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje acumulado
si	81	90	90	90
no	9	10	10	100
Total	90	100	100	

Grafico7. Antecedente de PAP anterior de las pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco

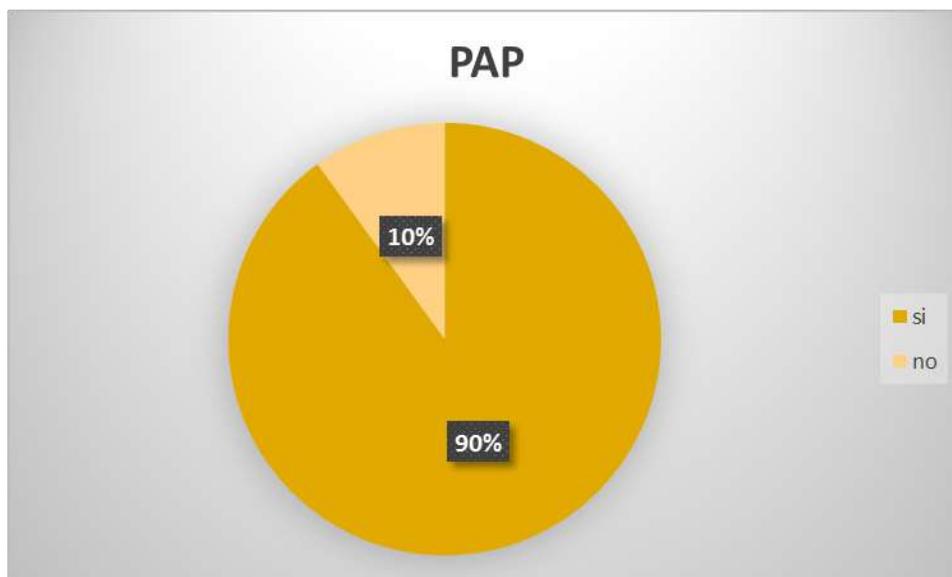


Tabla8. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Niebrowki de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

Anticonceptivos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje a
inyectables	55	61.1	61.1	61.1
Orales	3	3.3	3.3	64.4
OTB	10	11.1	11.1	75.6
Otros	1	1.1	23.3	98.9
Ninguno	21	23.3	1.1	100
Total	90	100	100	

Grafico 8. Uso de anticonceptivo de las pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco

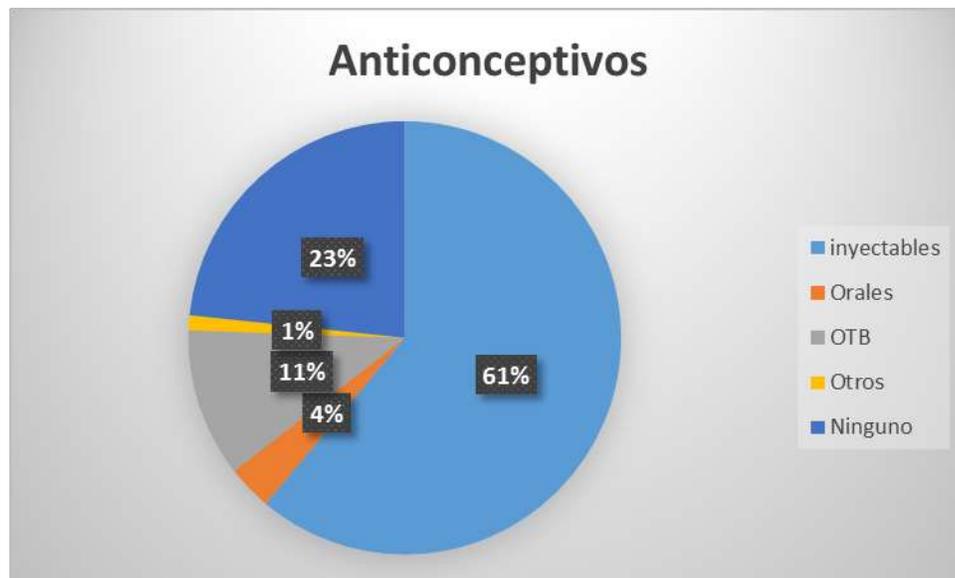


Tabla 9. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

Citología						
	Boaco	camoapa	Teustepe	San jose	San lorenzo	Santa lucia
Atipia Escamosa	26.66%	20%	46.60%	26.66%	60%	26.66%
VPH	6.66%	13.33%	6.66%	13.33%	0	6.66%
NIC 1	20.10%	33.33%	26.66%	20%	26.66%	40%
NIC 2	26.66%	20%	13.33%	33.33%	3.33%	20%
NIC 3	20%	13.30%	6.50%	6.66%	0%	6.66%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 9 Hallazgos citológicos de las `pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco por municipio.

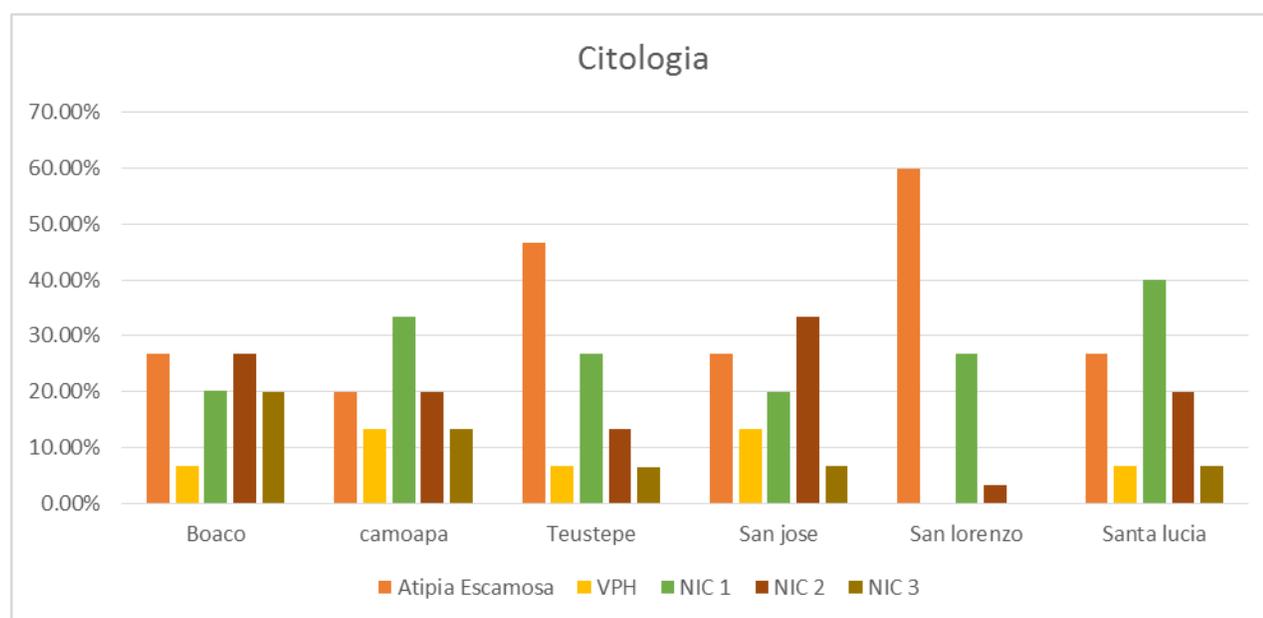


Tabla 9. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Fuente. Instrumento de recolección del estudio.

Citología				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje acumulado
Atipia Escamosa	31	34.44%	45.6	45.6
Cambios celulares del VPH	7	7.77%	17.8	63.3
NIC 1	25	27.77%	14.4	77.8
NIC 2	19	21.11%	15.6	93.3
NIC 3	8	8.88%	5.6	98.9
Total	90	100.00%	100	100

Tabla 9 Hallazgos citológicos de las `pacientes que se realizaron PAP en el departamento de Boaco por municipio.

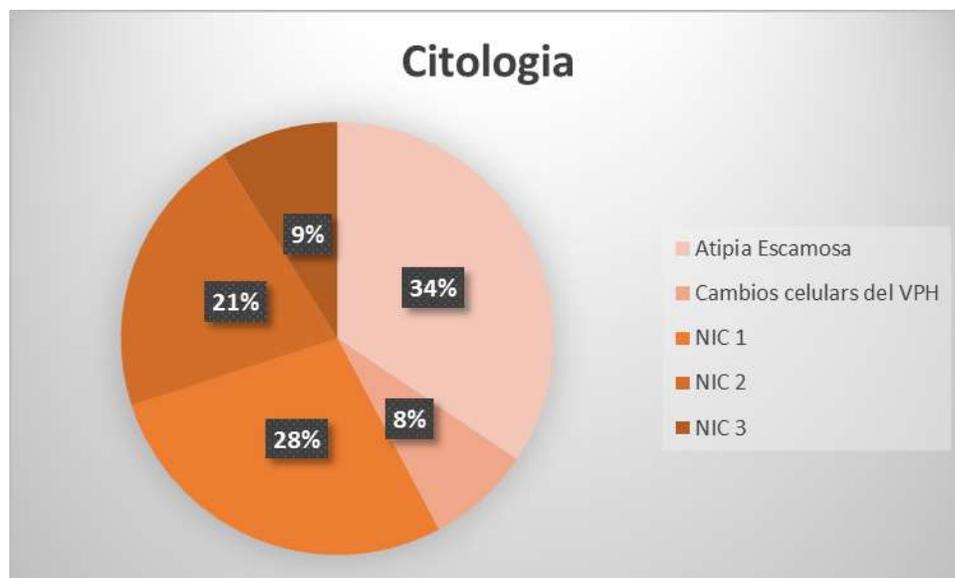


Tabla 10. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

	Boaco		Camoapa		Teustepe		san lorenzo		San jose		Santa lucia	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Normal	2	22.2	1	6.7	0	0	1	6.7	1	6.7	2	22.2
Anormal	13	86.6	14	93.3	15	100	14	93.3	14	93.3	13	86.6

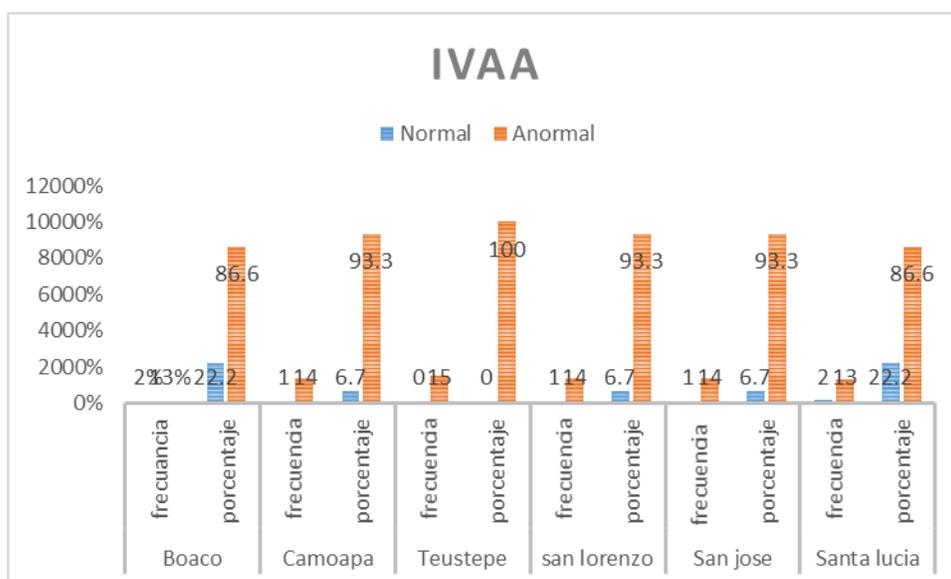


Tabla 11. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017.

Biopsia						
	Boaco	Camoapa	Teustepe	San lorenzo	San jose	Santa lucia
Normal	15.3	7.1	13.3	7.1	7.1	15.3
NIC 1	53.8	71.4	46.6	78.5	64.2	61.5
NIC2	23.07	14.2	20	14.2	21.4	15.3
NIC3	7.6	7.1	13.3	0	7.1	7.6
total	100	100	100	100	100	100

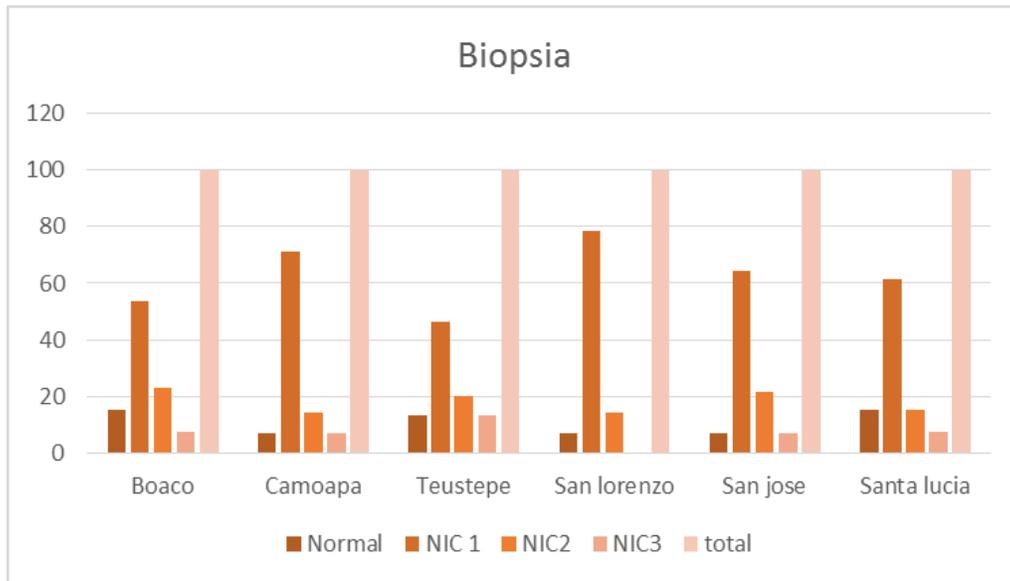


Tabla 11. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Nieborowski de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017

Biopsia		
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	9	10.8
NIC 1	51	61.4
NIC2	14	16.8
NIC3	9	10.8
total	83	100

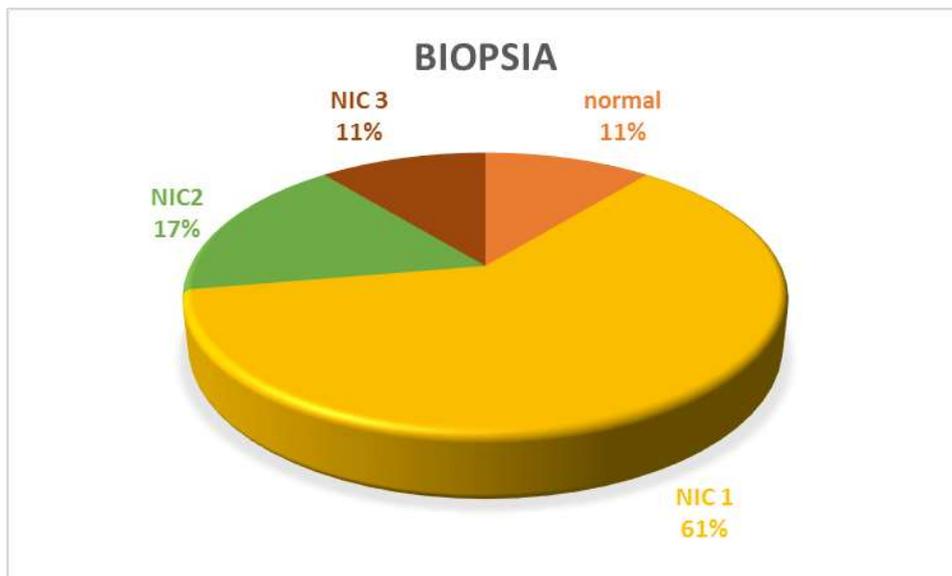


Tabla 11. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas y maligna de cérvix en pacientes atendidas en el hospital José Niebrowki de los municipios del departamento de Boaco en periodo correspondiente de Enero 2016 a Mayo 2017

Tratamiento				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v	Porcentaje a
Observacion	16	17.7	22.2	22.2
Crioterapia	51	56.6	50	72.2
Asa termica	14	15.3	7.8	80
Histerectom	9	10	20	100
Total	90	100	100	



XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz L.R; Fescina R & Duverge C. (2005) Obstetricia. Buenos Aires Argentina. Ediciones El Ateneo 6ta ed.
2. Protocolo del manejo de CACU MINSA. 2006
3. Norma de técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino. MINSA. NICARAGUA 2010
4. Manual de Procedimientos para Diagnóstico
 - a. de Citología Cérvico Vaginal, Ministerio de Salud Perú 2000
5. Manual de Referencia para la Aplicación de las Normas de Atención de Cáncer Cérvico Uterino, Ministerio de Salud de Guatemala, Septiembre 1999.
6. Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y Guía de Atención de Lesiones Preneoplásicas de Cuello Uterino, Servicio de Salud Colombia 2000

7. Dallas, d. o. (2009). ginecologia de williams volumen 2.
8. Mc graw Hill. Herrera, j. (en Junio 2004 a julio 2005).

9. Factores asociados a lesiones precursoras de Cancer cervicouterino detectados por PAP en el hospital Bertha Calderon Roque.

10. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de.../que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>29 ene. 2016 - Refiérase a esta guía de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para información sobre el cáncer de cuello uterino (cervical)
- 11.: [//www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/.../factores-de-riesgo.html](https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/.../factores-de-riesgo.html)29 ene. 2016