



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis para optar al título de Medicina y Cirugía

“Comportamiento clínico y terapéutico de lesiones premalignas del cérvix en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021”

Autores:

Bra: Sobeyda Yanine García Méndez

Br: Luis Carlos Gutiérrez Vivas

Tutor Científico

Dra. María Dolores Vílchez

Gineco Obstetra. Docente

Tutor Metodológico:

Dr. Ervin Ambota López. PhD

Salud Pública- Epidemiólogo

Economía y Gestión Sanitaria

Managua, Nicaragua, febrero, 2022

INDICE

Capítulo I: Generalidades.....	5
1.1 Introducción.....	5
1.2 Antecedentes.....	6
1.3 Justificación.....	12
1.4 Planteamiento del Problema.....	13
1.5 Objetivos.....	14
1.6 Marco Teórico.....	15
Capítulo II: Diseño Metodológico.....	34
2.1-Tipo de estudio.....	34
2.2-Área de estudio.....	34
Caracterización de la Unidad de Observación:.....	34
2.3 -Universo:.....	34
2.4- Muestra.....	34
2.5 -Técnicas, Procedimientos e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información.....	35
2.6-Plan de Análisis.....	36
2.7-Enunciados de las variables de acuerdo a objetivos específicos:.....	37
2.8 Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos (MOVI).....	38
2.9-Aspectos éticos:.....	42
Capítulo III. Desarrollo.....	43
3.1. Resultados.....	43
3.2 Análisis y discusión de los resultados.....	45
3.3 Conclusiones.....	51
3.4 Recomendaciones.....	52
Capítulo IV. Bibliografía.....	53
4.1 Bibliografía Básica.....	53
4.2 Bibliografía Consultada.....	54
Capítulo V. Anexos.....	59
5.1 Ficha de recolección de información.....	60
5.2 Tablas y Gráficos.....	63

Agradecimiento

A mis Tutores por su abnegado apoyo académico

A las mujeres protagonista del presente estudio

Y principalmente aquellas mujeres que recibieron tratamiento y salieron victoriosos al cáncer de cérvix que día a día luchan contra su enfermedad.

Sobeyda Yanine García Méndez

Luis Carlos Gutiérrez Vivas

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía espiritual de mí y familia

Familia por su apoyo incondicional en todo momento de mi carrera

A mis maestros por su enseñanza durante estos años.

Sobeyda Yanine García Méndez

Luis Carlos Gutiérrez Vivas

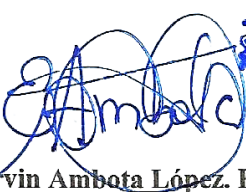
Opinión del Tutor

Los rastros de las enfermedades oncológicas, han acompañado a la humanidad a lo largo de todo su proceso evolutivo, existen evidencias de utilización de la palabra cáncer en el antiguo Egipto, desde 1600 a.c. Las descripciones de cáncer cérvico uterino se remontan hasta los años 460 a.c. con Hipócrates, quien hace una amplia descripción del cáncer, en su “corpus Hipocraticum”, sobre todo del cáncer de seno, útero y piel, y a él se atribuye la paternidad del término cáncer para designar esta enfermedad.

El cáncer de cuello uterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. En los tres últimos decenios, las tasas de esta enfermedad han descendido en la mayor parte del mundo desarrollado, en gran medida como resultado de los programas de tamizaje y tratamiento. El tamizaje (PAP) sigue siendo el principal método para la detección temprana y prevención del cáncer de cuello uterino.

Cuyo objetivo es la detección de lesiones tempranas precursoras de carcinoma del cuello uterino, con especial énfasis en las lesiones de alto grado. Las lesiones de bajo grado son lesiones que sin tratamiento, solamente el 10% progresarán a un carcinoma invasor, las lesiones de alto grado progresarán a carcinoma invasor en un 40%, y ahí radica la importancia de detectar las mismas.

En nuestro país el cáncer de cuello uterino continúa siendo la neoplasia más frecuente, con un aumento significativo de lesiones pre malignas de cérvix, es aquí la vital importancia del presente estudio; la citología cervical por Papanicolaou técnica diagnóstica más efectiva para la prevención y detección de lesiones de cérvix.



Dr. Ervin Ambota López. PhD
Salud Pública- Epidemiólogo
Economía y Gestión Sanitaria

Dr. Ervin J. Ambota López
EPIDEMIÓLOGO
COD. MINSA 9534

Capítulo I: Generalidades

1.1 Introducción

La lesión preinvasora del cérvix uterino involucra una serie de alteraciones citológicas, histológicas y colposcópicas del epitelio, que se localizan en la parte superior o superficial de la membrana basal, se incluyen la infección por virus del papiloma humano, neoplasia intraepitelial leve, moderada o severa de cérvix, y carcinoma in situ.

La importancia de estas lesiones radica en su relación, con la infección por virus de papiloma humano, y con el cáncer Cérvico uterino.

Gómez Gutiérrez, Guillermo, (2011), refiere que el origen de todas las lesiones preinvasoras, se relaciona con una infección por virus de papiloma humano persistente, que se manifiesta, de forma latente, o como lesión preinvasora.

Los virus del papiloma humano se clasifican como de alto o bajo riesgo, según su grado de invasión. Los relacionados con lesiones preinvasoras y cáncer de cérvix son: VPH 16, 18, 31, 45 y 56.

El diagnóstico y tratamiento de estas lesiones es un desafío para los profesionales de la salud por tratarse de una enfermedad asintomática y sin manifestaciones al examen ginecológico en estadios iniciales pero con alto porcentaje de cura o regresión; si el diagnóstico se realiza en ese momento y así evitar que la lesión progrese a un estadio invasor, finaliza afirmando Martínez G Cirion et al; (2010).

A nivel nacional el tema de cáncer de cérvix ha sido estudiado en muchos aspectos, con el presente estudio se pretende conocer el comportamiento del desarrollo de lesiones premalignas de alto grado y sus factores de riesgo constituyen una prioridad para su intervención, la falta de adherencia al manejo de las lesiones premalignas es un problema de salud que ha estado silente desde que inició a funcionar el programa de prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Internacionales

Gómez Gutiérrez Guillermo, (2011), Fundamentos de Oncología. Hospital General de México; refiere su reporte epidemiológico de la unidad Oncológica que las lesiones Pre invasoras de cérvix, vulva y vagina, se presenta en la población sexualmente activa entre los 15 a 30 años; hay una frecuencia de exposición al Virus del Papiloma Humano del 70 %, siendo la tasa de presentación por el mismo virus, en estudio de Papanicolaou, de 2.02% y la de NIC I de 7.13% ambos representan el 9.15% de las Lesiones Intraepitelial de bajo grado (LIE-BG). EL NIC II (1.60 %), NIC III (2.32 %), CA In Situ (0.04%) presentan una tasa de 4.16% perteneciente a las Lesiones Intraepiteliales de alto grado (LIE-AG). Las cifras difieren cuando se emplea a la colposcopia como método de detección. Las LIE-BG representan el 9.93%, las LIE-AG el 2.35% y las lesiones invasoras el 0.54%, es decir, colposcopias anormales corresponden al 12.82%, un poco menos que lo detectado mediante estudios de citología. (pp, 64-71) Así, la mayoría de las lesiones de bajo grado van a presentar regresión y presentaran progresión a lesiones de alto grado poco menos del 20 % de los casos, la mayoría de ellos asociados a virus de alto potencial oncogénico.

Carrascal, M. et al, (2014) en su estudio; Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, en la IPS. Universidad Barranquilla, Colombia; donde incluyeron 50 pacientes en los que se logró el reporte de citología cervical, colposcopia y reporte histopatológico, donde las edades de las mujeres oscilaron entre los 46 a 60 años de edad con un 52%, con inicio de la vida sexual activa entre los 16 a 18 años el 76%, las lesiones intraepiteliales de bajo grado fue el reporte de mayor prevalencia en la citología con un 58%, en la colposcopia la lesiones intraepiteliales de alto grado mostro mayor prevalencia con un 52%, de acuerdo con el reporte histopatológico la cervicitis fue más prevalente en un 52%, (pp. 85- 89). Concluyeron que la colposcopia mostró mayor correlación diagnostica que la citología en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, alcanzando una buena sensibilidad pero con una mayor especificidad.

Valencia A. Marleny, Ibarguen Judith B., Martínez Jisseth Paola (2014); en Prevalencia de hallazgos precancerosos de cuello uterino en citologías de mujeres menores de 25 años y su relación con algunos factores de riesgos en una ESE Medellín Colombia, obtuvo que la prevalencia global de alteraciones del 15,89% (4.523 casos), distribuidas así: LIEBG (lesión

intraepitelial de bajo grado) 6,80%; 0,57% LIEAG (lesión intraepitelial de alto grado), 7,80% ASC-US (alteración en células escamosas de significado indeterminado) siendo el hallazgo oncológico de mayor prevalencia; ASC-H (alteración en células escamosas que no descarta una lesión de alto grado) 0,56% y AGC-NOS (alteraciones en células glandulares de significado indeterminado) con 0,003%. (p. 89) Se encontró asociación estadística entre las diferentes alteraciones citológicas, tabaquismo, planificación hormonal, 3 o más gestaciones, menos de 18 años como edad de inicio de relaciones sexuales y 3 o más compañeros sexuales,

Escalona, R. et al, (2014) en su estudio; Características cito- histológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino donde incluyo 738 pacientes, en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de la ciudad de Santiago de Cuba. Afirma que predominó las edades de 25 a 54 años de edad, y el diagnóstico más frecuente fue la displasia moderada, de igual modo el virus del papiloma humano estuvo presente en 64.8% de los estudios citológicos y en 75.3% de las biopsias (p. 125). Siendo la efectividad del estudio citológico de 92.0%.

Vargas Hernández Víctor Manuel, Vargas Aguilar Víctor Manuel y Tovar Rodríguez José María (2014); Causa de cáncer por el virus del papiloma humano de alto riesgo. El VPH es la causa del desarrollo de cáncer cervicouterino y su detección con la prueba de VPH-ar versus citología convencional o en base líquida; la sensibilidad, VPN y reproducibilidad; así como el manejo de la citología con reporte de ASC-US y seguimiento después del tratamiento de la NIC; las pruebas de VPH-ar tienen cerca de 100% de sensibilidad y VPN para la identificación de lesiones pre neoplásicas o cáncer cervicouterino (p. 120), finaliza diciendo que el VPH es la principal prueba en la detección primaria de estas lesiones escamosas y glandulares o adenocarcinoma in situ, estas lesiones, además, son de difícil detección.

Solís José Gabriel, Briones - Torres Tomás Iván (2015), en Prevalencia de las lesiones en el cérvix, se presenta que en las edades promedio de la muestra general fue de 42.81 (DE: 10.4). La mediana fue de 44 años y la moda de 49 años. Se encontró una prevalencia de 4.49% (17) de lesión intraepitelial, de las cuales 3.17% (12) correspondían a lesión intraepitelial de bajo grado y 1.32% (5) a lesión intraepitelial de alto grado, con un 95.51% (362) de citologías negativas para malignidad. (p.89), No se encontró ninguna muestra con reporte de carcinoma invasor.

Gian Marco Junior Arango Rojas (2015). Prevalencia de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou en las mujeres atendidas en el

Hospital II Cañete. Obtuvo de 136 resultados de Papanicolaou positivos, 104 presentaron algún grado de alteración citológica, lo cual representó una prevalencia de 3.39 %, de las citologías positivas presentaron ASCUS, 43.3%; LIE Bajo Grado, 37.5%; LIE Alto Grado, 18.3% y Carcinoma de cérvix, 1%. (pp. 85-90), concluyendo que las muestras insatisfactorias corresponden a un total de 32 resultados, lo cual es 1.04%.

Fabián Gómez, Ysabel Elvira (2016), Prevalencia de cáncer, afirma que, en una población de 740 mujeres, a quienes se le tomó Papanicolaou se observó que el 79.6% de mujeres fueron adultas; con 2 a 4 gestaciones 37.2%, había tenido de 2 a más partos 58.8%; y el 54.1% tenía el hábito de fumar, el 68.6% usaba un anticonceptivo, siendo mayor los hormonales inyectables 26.5%. Se presentó anormalidad de células epiteliales 47.3% LIE BG 41.7% Inflamación 75.9% siendo inflamación moderada 61.7%; se constituyeron en relación estadísticamente significativa, para las mujeres jóvenes y las adultas. (p.128)

Abolafia B (2017), en su estudio Determinación de la concordancia entre la citología, colposcopia y biopsia cervical de 416 mujeres remitidas para estudio colposcópico y anatómico patológico en el Hospital Reina Sofía. Los resultados más importantes mostraron que el hallazgo más frecuente fue lesión la intraepitelial de bajo grado (52,2%); y mediante índice Kappa se encontró una concordancia insignificante entre citología - colposcopia ($k = 0,16$; IC 95%); moderada entre colposcopia - biopsia ($k = 0,57$; IC 95%); e insignificante entre citología - biopsia ($k = 0,21$; IC 95%). (89-133). Concluyó afirmando que el grado de acuerdo fue mejor entre colposcopia - biopsia que entre citología - biopsia o entre citología - colposcopia; y que a mayor grado de lesión, mayor correlación.

Salvent T (2017) realizó un estudio denominado determinar la relación hitocolpohistológica en pacientes atendidas con 8 Papanicolaou alterado en consulta de Patología del Tracto Genital Inferior, en Ecuador, Se revisó 82 historias clínicas, y encontró como resultados más relevantes encuentra un 21,4 % de correlación cito-colposcópica en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado, una correlación colpo-histológica de un 87,5% para lesiones intraepiteliales de bajo grado y 71,4 % para lesiones de alto grado. (pp. 8-24), concluyen afirmando que el inicio precoz de la actividad sexual, las múltiples parejas sexuales y la multiparidad continúan resaltando en la aparición de las lesiones premalignas del cuello uterino.

Lozada N (Trujillo, 2017), Determinar el grado de concordancia de los hallazgos citológicos, colposcópicos e histopatológicos en las pacientes con lesiones pre malignas de

cérvix uterino. Revisó las historias clínicas de 64 pacientes atendidas. Los resultados más importantes mostraron que el 76,6% se encontraban en el rango de edad de 20 a 39 años, el 32,8% tenían 3 compañeros sexuales, 79,7% con una edad de inicio de la actividad sexual de 15 a 19 años y 68,8% fueron multíparas. (p. 201), concluye diciendo que el Grado de concordancia entre la citología y la colposcopia: índice de kappa de 0.058, siendo ésta insignificante. El grado de concordancia entre la citología e histopatología: un índice de kappa de 0,117 lo que significa una concordancia insignificante entre los métodos diagnósticos. Concluyendo que la concordancia entre citología-colposcopía, citología-histopatología y colposcopía-histopatología fue insignificante en todos los casos.

Págalos Basantes Alexandra Nataly, Ramirez Barahona Jessica Ivonne (2018); Incidencia de Cáncer cervicouterino por HPV, De 2951 mujeres de 25 - 45 años con HPV en edad fértil, de las cuales se logró identificar 145 pacientes con HPV Positivo y de estas pacientes 2 presentan cáncer cervicouterino. (p. 21), finaliza afirmando que identificó que la incidencia de cáncer cervicouterino es baja, mientras que la incidencia de infección por virus de papiloma humano es alta.

Almaras L (2018) realizó un estudio para determinar la concordancia cito-colposcópica según la histopatología de cérvix en mujeres mayores de 30 años en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, 2016. Como resultados la colposcopia fue la prueba con mayor concordancia según la histopatología (moderada - Kappa 0.438). La prueba citológica tuvo (S) del 80%, (E) 86 %, (VPP) 66,7%, (VPN) 92,5%, mientras que la S de la prueba colposcópica fue 80%, E: 93%, VPP: 80%, VPN: 93%. (pp, 8-21) Concluye que la colposcopia demostró ser la prueba con mejor concordancia con la histopatología, además de tener valores aceptables para sensibilidad, especificidad y VPP.

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Pacheco Chévez (2012) Hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (VPH) en la ciudad de León, Nicaragua, concluyó que la frecuencia de infección por diferentes tipos de VPH en las participantes fue de 26%, esta se presentó en edades tempranas, el 67% ocurrió en menores de 39 años. Se identificaron 24 tipos diferentes de VPH dentro de los tipos de alto riesgo que se identificaron con mayor frecuencia fueron los tipos 16, 31, 33, 52, 51. (Pp, 18-21), concluyen afirmando que el genotipo de VPH que se encontró con mayor frecuencia fue el

tipo 16 con 11.4%, seguido del 31 y el 52 con un 9%. Se encontraron infecciones mixtas por dos o más tipos de virus del papiloma humano en un 20.8% de los casos.

Pérez Barbosa (2014) afirma en su estudio sobre Correlación de los exámenes citológicos y biopsias colposcópicas en el diagnóstico de las lesiones de cérvix en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez, el diagnóstico citológico reportó un 49 % de lesiones de bajo grado, 28% ASCUS y 16 % lesiones de alto grado. En cuanto al diagnóstico histológico 60% correspondieron a lesión de bajo grado, 22% fueron lesiones de alto grado, 17% fueron negativos reportando inflamación y el 1 % corresponde a carcinoma invasor. (p, 45), finaliza afirmando que la coincidencia diagnóstica entre la citología y la biopsia colposcópica fue en el 69 % de los casos (n=97), siendo mayor en las lesiones de bajo grado con el 52% de los casos (n=36).

López Espinoza (2015) sobre la correlación clínica y cito histológica en lesiones premalignas y malignas en cérvix en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, encontró que el grupo etario mayormente afectado es entre 20 a 34 años con 59 casos (49%), el inicio de vida sexual activa con edades de inicio de 10 a 19 años con 112 casos (93%), (p, 23). Se demostró que 52 casos (43%) de las mujeres que presentaron algún tipo de lesión cervical no usaban métodos de planificación familiar, en los resultados de colposcopia se encontró que de los 121 casos, 96 casos (79%) eran mosaico grosero, el reporte citológico en 73 casos (60%) correspondieron a lesiones de bajo grado, con respecto a los diagnósticos histológicos en pacientes con Papanicolaou positivos se encontró que 61 casos (50%) resultaron ser lesiones de bajo grado.

Sequeria A (2016), Correlación entre los resultados cito – histológicos de pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado atendida en la consulta externa de servicio de colposcopia del hospital Bertha Calderón Roque de enero 2015 – octubre 2016. En los resultados se encontró que un 48,5% tiene entre los 35 – 49 años, un 72.2 % es de procedencia urbana, el mayor nivel de educación alcanzado fue la primaria con un 35,5% y de estas el 92,9% iniciaron vida sexual activa antes de los 20 años. (p.78). Enfatiza que la correlación cito – histológica de lesión escamosa intraepitelial de alto grado es de un 45,5% en este estudio, podemos afirmar que es multifactorial.

González & Duarte, (2017). En el Hospital José Nieborowski, realizaron un estudio, sobre abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones premalignas del Cérvix en las pacientes de los Municipios de Boaco en el Periodo de enero 2016 a mayo 2017, identificando los siguientes resultados: grupo etáreo más afectado fueron las mujeres de 26-30 años. (p. 42). Concluye afirmando que la citología de las pacientes en estudio, en todo el departamento dio como resultado que la lesión de mayor predominio fue la atipia escamosa con un 34% seguida del 28.0% con NIC I.

FECASOG (2020) en su publicación de Incidencia del cáncer del cuello uterino en Nicaragua consideran que todos los tipos de cáncer que la población femenina puede presenten; la ubicó en el puesto número uno con un 31.5%, seguido por el cáncer de mama con un 18.3%. (p, 85), concluye que el cáncer de cuello uterino es el de mayor prevalencia de cáncer en las mujeres en el país 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.

1.3 Justificación

A nivel mundial las lesiones premalignas tienen una prevalencia que oscila entre 7.8 y 111.6 por mil mujeres, y en países en desarrollo llega hacer de 40 por 100,000, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer Cérvico uterino.

En Nicaragua disminuyó la incidencia de lesiones Cérvico uterino a partir de las estrategias del Gobierno y Ministerio de Salud 2013 hasta la fecha actual, al pasar de 20,000 a 10,000 mujeres en edad fértil.

Del diagnóstico certero de una lesión intraepitelial de bajo grado la conducta que se tome, tanto de tratamiento como en el seguimiento hará que no evolucione a una lesión intraepitelial de alto grado que repercute en un mayor costo para el Ministerio de Salud y para la familia de la paciente afectada.

Las pacientes diagnosticadas con lesiones intraepiteliales de bajo grado, que muchas no asisten a sus citas de seguimiento, y hay pacientes con IVAA positivo y no continuaron el seguimiento según lo normado, despertó el interés de este estudio, se eligió este municipio por ser el que más aporta con número de lesiones intraepiteliales.

También, permitirá determinar el comportamiento de las lesiones premalignas aportando dicha información útil para la toma de decisiones gerenciales por las autoridades del SILAIS y Centro de Salud del departamento, dar seguimiento especializados a las pacientes por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario en función de tener una respuesta definitiva de cada caso identificado.

Esta problemática contribuirá a incorporar estrategias, en aras de elevar la calidad de vida de las mujeres, pues se afirma que no existen razones justificadas para que una sola mujer en el país muera por esta causa o por una complicación y que en este tema es imprescindible poner en primer plano la autorresponsabilidad.

1.4 Planteamiento del Problema

En la actualidad se ha evidenciado una mayor cobertura diagnóstica de las lesiones cervicales, a través de la promoción de ferias y brigadas de salud médica que permite la valoración continua de especialidad para su remisión y seguimiento de lesiones premalignas a centros hospitalarios de mayor resolución, por lo que, se ha observado una disminución de la morbimortalidad a nivel nacional. Sin embargo, se registra que es la principal causa de muerte por cáncer, en las mujeres nicaragüenses, con un marcado impacto en la sociedad; a nivel económico, salud y demográfico; con edad promedio de fallecimiento de 45 a 50 años.

En la Trinidad, municipio del departamento de Estelí, según el mapa de salud, la incidencia por cáncer cervico uterino, es de 28 por cada 100,000 mujeres, la cual se considera, una de la más alta tasa del país. Desde, un enfoque investigativo, no se evidencia suficientes estudios que describan el comportamiento clínico y terapéutico de las lesiones premalignas.

Por lo tanto, se considera esta enfermedad, un indicador de significativa importancia para evaluar la calidad de los equipos de salud, familiar y comunitaria en el país. Asimismo, es un tema de interés local y nacional, valorar el comportamiento clínico y terapéutico de las lesiones premalignas, por lo que, se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo es el comportamiento clínico y terapéutico de lesiones pre malignas del cérvix en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad, Estelí, I semestre 2021?

1.5 Objetivos

Objetivo General:

Determinar el comportamiento clínico y terapéutico de lesiones pre malignas del cérvix en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad, Estelí, I semestre 2021.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a las mujeres en estudio.
2. Identificar los antecedentes médicos de las mujeres en estudio.
3. Describir las lesiones pre-malignas del cérvix en el grupo de estudio.
4. Indagar el manejo terapéutico que recibieron las pacientes en estudio.

1.6 Marco Teórico

El cáncer de cérvix inicia cuando las células sanas de su superficie comienzan a dividirse, estos cambios causan anomalías, que no necesariamente van a ser cancerígenas.

Este tipo de cáncer representa una amenaza constante contra la vida de mujeres sobre todo en edad reproductiva, la cual es considerada una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial.

La Organización Panamericana de la Salud (2013). Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer Cérvico uterino en América y el Caribe, Sehu estudios de OMS/OPS, refieren que cada año existen 71,862 nuevos casos diagnosticados en el subcontinente y más de 32,000 afectadas fallecen en la región. (pp. 123 - 180). Enfatizando que cada año aproximadamente un 1 a un 2 % de las mujeres tienen Neoplasia Intraepitelial Cervical II (NIC II) y si no se trata una NIC II o una NIC III pueden progresar hacia Cáncer Cervicouterino finaliza en su análisis OMS/OPS.

La Organización Mundial de la Salud (2018), menciona que a nivel mundial existen aproximadamente 500.000 nuevos casos de Cáncer de Cuello Uterino (CCU) anualmente, y durante el 2018 se diagnosticaron 72.000 nuevos casos de los cuales aproximadamente 34.000 murieron por este tipo de cáncer y la gran mayoría de mujeres dentro de este grupo pertenecen a países tercer mundistas, por tal motivo, la mortalidad en América Latina es el triple en comparación con países desarrollados.

Las enfermedades de transmisión sexual en la actualidad representan un gran riesgo para la población en general, siendo el Virus del Papiloma humano (VPH) uno de los más agresivos por las complicaciones severas que generan los tipos de HPV de alto riesgo en el que incluyen HPV-16 y 18 provocando en su mayoría cáncer de cuello uterino (CCU).

El VPH es responsable aproximadamente del 5% de todos los cánceres, específicamente del cáncer cervical, teniendo en cuenta que este tipo de cáncer está en segundo lugar a nivel mundial.

Siendo los factores de riesgo son múltiples, entre los cuales el más importante es el número de parejas sexuales. Los serotipos de VPH más agresivos y que más se identifican son el 16 y 18, pero desde que se implementó la vacunación a las niñas de 9 a 14 años contra el VPH se ha reducido significativamente la incidencia de CaCu.

La detección del VPH como prueba inicial para el cribado de CaCu ha sido propuesto por el Congreso Americano de Ginecólogos y Obstetras, y la Sociedad Americana contra el Cáncer en el año 2017, considerando una edad entre 30 y 65, es así que la detección temprana de VPH es primordial para evitar el desarrollo de lesiones con malignidad.

En cuanto al cáncer uterino, se desarrolla a través de una infección persistente con papiloma humano de alto riesgo por lo cual es importante el control adecuado a cada paciente.

La vigilancia periódica con pruebas de Papanicolaou ha reducido notablemente el cáncer de cuello uterino. Los bajos recursos económicos pueden actuar como una importante carga socioeconómica para obtener la detección preventiva del cáncer de cuello uterino de manera oportuna, lo que resulta en una incidencia alta de cáncer cervical. Por otro lado, el cáncer de cuello uterino se caracteriza por ser agresivo y a menudo se detecta en etapas avanzadas.

En la actualidad se requiere de tratamientos menos invasivos y de esta manera proporcionar mejores estrategias para un mejor manejo, entre estas tenemos vacunas de ADN y terapia génica, las cuales mediante estudios de metaanálisis se encuentran bajo escrutinio y se dirigen a las oncoproteínas E6 y E7.

De acuerdo a (Vonsky, M., et al 2019, P.21-254), la clasificación en función de las lesiones involucradas en la evolución de CCU, inicia con Neoplasia Intraepitelial Cervical que incluye, NIC I, NIC II, NICIII y posteriormente 4 estas alteraciones intraepiteliales pueden evolucionar hasta un carcinoma invasor.

La clasificación de Bethesda fue creada en 1988 por la OMS (2018), esta clasificación se utiliza en la actualidad para reportes de informes citológicos, además en ella se incorporaron nuevos conceptos y se unificó la terminología, incluyendo en su nomenclatura lesiones leves como atipias epiteliales en células escamosas y en células glandulares de significado indeterminado ASCUS y ASGUS respectivamente, y lesiones más agresivas como las asociadas a VPH y displasia leve se consideraron dentro de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIE-BG), mientras que las lesiones asociadas a cambios celulares compatibles con displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ se incluyeron dentro de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIE-AG).(p.69)

El Papanicolaou es el método elegido para la detección de lesiones premalignas en pacientes asintomáticas, posee una especificidad de 87 a 95%. La citología ha demostrado ser una prueba segura y eficaz para la detección temprana de CCU, al permitir una reducción

considerable de la incidencia y prevalencia de esta patología. Los procedimientos de screening ha permitido que no se produzca invasión ni muerte, por ende la detección precoz de CCU se sustenta en la realización de una citología cervicouterina de manera consecutivamente cada 3 años, luego de obtener dos resultados normales con 1 año de intervalo entre los 25 y los 65 años de edad, mientras que la conducta práctica de las citologías cervicouterinas anormales ha sido objeto de nuevas recomendaciones dictadas por el Instituto Nacional de Cancer (INCa) en el año 2016, siendo la prueba de VPH la única recomendada ante el reporte de ASCUS (atipia de células epiteliales escamosas de significado indeterminado) y ACG (atipia de células glandulares).

En cuanto a la colposcopia con toma de biopsia dirigida tiene una especificidad que va de 90 a 98%, con una sensibilidad de 20 a 84%, por esto es importante educar al paciente y crear conciencia sobre los controles de calidad en el tamizaje que deben tener.

Tomando en cuenta la importancia y la prevalencia a nivel mundial de la transmisión de VPH y su asociación con lesiones neoplásicas intraepiteliales cervicales (NIC) y de carcinoma de cuello uterino, existe la necesidad de hacer promoción y prevención de salud y de esta manera amenorar el alto índice de desarrollo de CCU, se ha realizado el presente proyecto encaminado a dar seguimiento a todas las mujeres con diagnóstico de VPH positivo y las que presentaron algún tipo de lesión intraepitelial, mediante la 5 correlación de hallazgos citológicos e histopatológicos y su progresión o remisión a través del tiempo en la población rural, positivo y las que presentaron algún tipo de lesión intraepitelial, mediante la 5 correlación de hallazgos citológicos e histopatológicos y su progresión o remisión a través del tiempo en la población urbana.

1.6.1 Lesiones Premalignas del cérvix

López, Cruz J et al. (2006) afirma que la clasificación de las lesiones han evolucionado desde que George Papanicolaou en 1954 diseñó el primer sistema de notificación de lesiones precursoras de neoplasia Cérvico uterina, que incluso aún tiene algunos seguidores, hasta la clasificación más reciente, denominada Sistema Bethesda 2001, (p. 85)

Es conocido que el Dr. George N. Papanicolaou propuso en 1928 en Battle Creek Michigan, el estudio de células del cérvix y vagina para el diagnóstico de carcinoma cérvico uterino, y en 1954 estableció la primera clasificación citológica que incluía cinco clases o grados, vigente por casi 40 años; creó los conceptos de displasia y discariosis, para los cambios morfológicos menos acentuados que el cáncer.

En 1968 la Organización Mundial de la Salud adoptó el denominado sistema “descriptivo” creado por Reagan en 1953, para la clasificación histológica en donde retoma el concepto de “displasia”, que fue adoptado también por la comunidad científica en el 1er. Congreso Internacional de Citología en Viena, Austria (1961), donde se estableció el espectro de anomalías del epitelio cervical con los conceptos de carcinoma invasor, CIS y displasia, de acuerdo a López, Cruz J et al. (2006)

Richard en 1967 propuso el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) con tres grados progresivos (I, II y III), incluyendo en el III al CIS, con la ventaja de que se reconocía el espectro de lesiones precursoras de neoplasia, y se relacionaba con el tratamiento; sin embargo a pesar de que esta clasificación fue popular durante más de 20 años, fue criticada por la baja seguridad diagnóstica en la parte menos severa del espectro, por lo que se sugirió que se estableciera un sistema binario constituido por un grupo con cambios morfológicos de atipia discretos, y otro con cambios acentuados.

Lo anterior, aunado a los avances en el conocimiento del papel que juega el virus del papiloma humano (VPH) en la carcinogénesis cervical, motivó la reunión de representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos en Bethesda Maryland, en 1988, coordinados por Robert Kurman y Diane Salomón, resultando la clasificación binaria compuesta por;

Lesiones Intraepiteliales escamosas de bajo grado y alto grado (LIE-BG y LIE-AG respectivamente), concepto que no se limita al cérvix sino que puede aplicarse a cualquier anormalidad de los genitales inferiores y que se justifica por el alto índice de regresión espontánea en las LIEBG y la posibilidad de progresión a cáncer invasor en las LIE-AG, fue revisada en 1991 con modificaciones mínimas y actualizada el año 2001. (López, Cruz J et al.)

La LIE-BG incluye NIC 1 y la infección por VPH y la LIE-AG incluye NIC 2, 3 y CIS, utilizando el concepto de “lesión” en lugar de neoplasia. Por otra parte se incluyen, conceptos tales como establecer cuando una muestra es adecuada o “satisfactoria, lo que implica que dicha muestra es factible de interpretarse técnicamente y su composición celular es apropiada; y, “no satisfactoria”, cuando no se cuenta con solicitud de información clínica, la laminilla está rota, carece de identificación, 75% o más de las células están ocultas por infiltrado leucocitario, eritrocitos, necrosis etc. o la celularidad es escasa(menos del 10 % de material escamoso).

Williams, et al (2009) afirma que la versión de 1988 se incluyó conceptos como el de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) siendo reclasificado en la

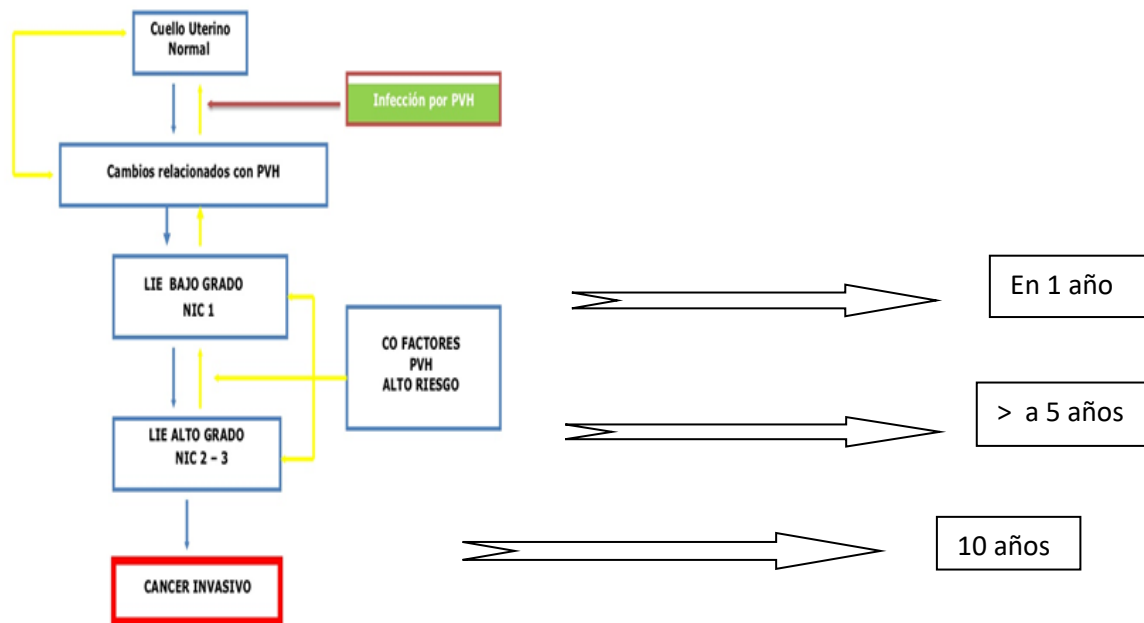
actualización del 2001, se dividió en dos categorías: Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) que corresponde al 90-95% de los casos y células escamosas atípicas en las que no se puede excluir una LIE-AG (ASC-H), que corresponden al 5-10 % restante. Por otro lado el término de células glandulares de significado indeterminado (AGUS) para el epitelio endocervical, relacionado con Adenocarcinoma in situ del endocervix en hasta el 8% de los casos, fue reemplazado en la última actualización por células glandulares atípicas (AGC), especificando si son endocervicales o endometriales cuando sea posible, en caso contrario sólo se hace la anotación de AGC sin especificar, o AGC a favor de neoplasia. Para finalizar, en la categoría de “otros” se incluye la presencia de células endometriales normales o no, en mujeres de más de 40 años. (p. 89)

1.6.2 Historia Natural de las Lesiones Premalignas del Cérvix

Nazzal, N Omar et al (2006), afirma que los subtipos de alto riesgo del Virus del Papiloma Humano (VPH) son los responsables de las lesiones precancerosas y del cáncer cervico uterino. La infección persistente del VPH es considerada casi un estado intermedio en la vía hacia el carcinoma cervico uterino invasor. Esto constituye una situación única en oncología: ningún otro cáncer tiene una relación de causalidad tan bien establecida con un virus, (pp. 89-123)

La teoría del cáncer invasor del cuello uterino pasa siempre por una etapa previa intraepitelial, no todas las lesiones intraepiteliales progresan a cáncer invasor. Así, una lesión intraepitelial puede involucionar espontáneamente, puede persistir siempre como lesión intraepitelial o puede progresar al cáncer invasor. Sin embargo, debemos recordar que las lesiones de bajo grado tienen mayor tendencia a la regresión espontánea, y las de alto grado tienen mayor tendencia a progresar hacia un estadio superior.

Figura 1: Teoría del cáncer Invasor



Fuente: Norma y protocolo de cáncer invasor

Debido a la mayor especificidad que posee y a la mayor capacidad de describir las alteraciones celulares, se hará un enfoque mayor a la clasificación de Bethesda para lesiones intraepiteliales y alteraciones celulares a nivel del tejido cervicouterino. Según (Merejildo, Miraval M, 2013, pp. 132-143) refieren que está compuesta por:

- Negativo para malignidad
- Cambios reparativos

Células escamosas

- ASC – US: Células Escamosas atípicas en grado incierto.
- ASC – H. Células escamosas atípicas con posible lesión de alto grado intraepitelial.
- LG – SIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
- HG – SIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado - Carcinoma Invasor Células glandulares
- AGC – US: Células Glandulares atípicas en grado incierto.
- AIS: Adenocarcinoma in situ
- AC: Adenocarcinoma desarrollado

1.6.3 Etiopatogenia:

El virus se transmite con facilidad por contacto sexual, la infección por VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente entre las mujeres, pudiendo llegar a afectar hasta un 70% de las mujeres jóvenes. La prevalencia de VPH presenta una gran variabilidad en la población general, relacionada con la edad y la situación geográfica. La prevalencia es máxima en las mujeres más jóvenes, debido al precoz inicio de la vida sexual, llegando a un 30-40% en los grupos de 15-25 años, y disminuye en los grupos de mediana edad (25-44 años). Según la localización geográfica, de manera general, las mayores prevalencias de infección ocurren en África, seguida de Sudamérica, con menores niveles en Asia. Las prevalencias más bajas se encuentran en Europa.

De los más de 150 tipos de VPH que han sido detectados, más de 30 infectan el tracto genital, y de ellos unos 15 se pueden considerar de alto riesgo oncogénico. Se estima que dos de los tipos oncogénicos, los VPH 16 y 18, son responsables en conjunto del 70% de todos los casos de cáncer de cuello de útero a nivel mundial.

La gran mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y asintomáticas, con una duración variable, desapareciendo un año después de haber contraído la infección. La resolución de la infección puede ofrecer cierto grado de protección frente a reinfecciones por el mismo genotipo viral.

El tiempo necesario para que el 50% de los casos prevalentes se tornaran negativos a DNA viral fue en promedio de 4,8 meses en los virus de bajo riesgo y entre 8,1 y 16 meses en los de alto riesgo. Por otra parte, el virus puede persistir por meses e incluso años en un 10 a 20% de las mujeres que son aquellas que potencialmente irán a desarrollar una lesión intraepitelial o un cáncer invasor a menos que sean oportunamente diagnosticadas y tratadas. De esta manera la historia natural de la enfermedad refleja una falla del sistema inmunológico para controlar el virus localmente, situación que es mucho más frecuente con los subtipos 16 y 18, refiere Almonte, Maribel; et al (2010)

Los factores para que una infección persista y/o progrese a lesiones pre-cancerosas incluyen características inmunológicas del huésped, como sus antígenos de histocompatibilidad, que podrían influir en la respuesta inmune, el número de embarazos, el tabaquismo, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales, la inflamación crónica causada por otros agentes infecciosos y posiblemente otros factores ambientales y genéticos. La mayoría de estos factores han sido ampliamente estudiados y se consideran co-factores establecidos de

la infección por VPH, que está establecida como una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo del cáncer de cuello uterino.

De acuerdo a la Norma técnica de prevención, detección y atención del Cáncer Cervicouterino, (2006), las lesiones más leves de neoplasia intraepitelial cervical (NIC 1) hasta la aparición del carcinoma invasor, pasa una media de 12-13 años. Durante este periodo, es posible eliminar la lesión precursora mediante técnicas mínimamente invasivas, ahorrando a la mujer un enorme sufrimiento, y gastando menos dinero de lo que costaría tratar un cáncer. De ahí la importancia fundamental del procedimiento para detectar precozmente (*screening*) las lesiones del epitelio cervical: la citología, y los procedimientos diagnósticos posteriores si ésta es positiva: colposcopia y biopsia.

1.6.4 Métodos Diagnósticos:

El objetivo de las pruebas diagnósticas para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, de acuerdo a la Norma técnica de prevención, detección y atención del Cáncer Cervicouterino, (2006), consiste en la empleación de una estrategia la cual nos ayuda a la detección temprana de los cambios anormales que sufren las células del cuello uterino (pre-canceres), para que puedan ser tratados en una etapa temprana donde es probable que el tratamiento se eficaz, antes de que estos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical.

1.6.4.1 Prueba del Papanicolaou (PAP):

De acuerdo al Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino. (p. 87); es uno de los métodos de elección para la detección oportuna de lesiones Premalignas del cérvix. Es un examen sencillo, no doloroso que se realiza durante el examen ginecológico de rutina.

Para la toma de la muestra, el personal debe explicarle a la usuaria el procedimiento del examen y sobre todo obtener el consentimiento informado de la paciente, luego registrar los datos completos en el formato de solicitud de la citología con letra clara e identificar la lámina. Luego se coloca a la usuaria en posición ginecológica, se empieza inspeccionando los genitales externos, se coloca el espéculo y se visualiza el cérvix, se toma la muestra exocervical utilizando la espátula de ayre, se introduce la parte más larga de esta hasta el conducto endocervical y se rota 360 grados, las muestra se extienden longitudinalmente sobre el porta

objeto y se fija inmediatamente con alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cms para evitar el barrido de las células y se envía a laboratorio para analizar la muestra.

Para evitar el mayor número posible de errores; es importante que la mujer siga una serie de recomendaciones antes de acudir al ginecólogo para realizar esta prueba:

- Evitar las relaciones sexuales en las 48 horas previas a la realización del PAP.
- No andar menstruando.
- No utilizar espermicida u otras cremas vaginales 48 horas antes del examen.

Se recomienda la realización de la prueba a todas las mujeres sexualmente activas, a mayores de 65 años que no tengan citología reciente, a pacientes en riesgo (portadores de HIV, VPH, múltiples parejas sexuales y lesión pre invasora en cualquiera de los frotis anteriores) y toda mujer embarazada.

Esta prueba ha tenido éxito porque ha disminuido la incidencia de cáncer cervico uterino en un 79% y además ha reducido la mortalidad en un 70% desde 1950. Según los análisis de los últimos estudios se demostró que su sensibilidad es de un 51% con un valor predictivo de un 49%. El esquema para realizar la prueba es anual consecutivo por tres años y luego cada 3 años de la última, en tanto el resultado de la citología continúe negativo, y dependiendo de muchos factores como la edad, resultado de los frotis anteriores, tipo de tinción e historia de inmunosupresión de la paciente.

De manera general se recomienda que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas sean sometidas a un frotis de Papanicolaou y un examen pélvico anual. Una mujer mayor de 30 años, después de tres resultados de citología consecutivos, normales y satisfactorios, se puede ampliar el intervalo para las revisiones según la consideración médica (cada 2 o 3 años). Se debe valorar el grado de riesgo que tiene cada paciente después de tres frotis negativos para recomendar el intervalo de la prueba.

Interpretación y resultados:

De acuerdo a la guía de la patología cervical (2008) y Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con actico acético y tratamiento con crioterapia (2008), se interpreta de manera siguiente (pp. 110-128):

- Negativos para LIE o cáncer cervical

- Microorganismos: Tricomonas vaginales, hongos con morfología de Cándida, cambios en la flora que sugiere vaginosis, Actynomicetes.
- Otros hallazgos inespecíficos tales como cambios celulares reactivos (inflamación, radiación, DIU) estado de células glandulares posterior a una histerectomía o atrofia)

Anormalidades de Células Escamosas

- ASC
- ASC-US
- ASC-H: no puede excluirse lesión intraepitelial escamosa de alto grado
- LIEBG: comprende VPH, y NIC I.
- LIEAG: incluye NIC II NIC III y carcinoma in Situ
- Carcinoma Epidermoide

Anormalidades de Células Glandulares

- AG: se debe especificar si es endocervical, endometrial,
- AG que favorecen a neoplasia
- Adenocarcinoma cervical in situ
- Adenocarcinoma

1.6.4.2 Inspección visual con ácido acético

De acuerdo a la guía de la patología cervical (2008) y Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con actico acético y tratamiento con crioterapia (2008), se interpreta de manera siguiente (pp. 110-128), Propone como prueba de tamizaje de cáncer de cuello uterino para ser utilizada como alternativa por ser un procedimiento simple que no requiere de alta tecnología y permite la detección y tratamiento en una sola visita.

Se cree que el ácido acético al 5% causa una coagulación o una precipitación reversible de las proteínas celulares. Causa también hinchazón del tejido epitelial, en particular del epitelio cilíndrico y de cualquier zona del epitelio escamoso. Igualmente, causa deshidratación de las células y ayuda a coagular y despejar el moco en el cérvix. El epitelio escamoso normal es rosado y el epitelio cilíndrico es rojo, debido a la reflexión de la luz del estroma subyacente muy vascularizado. Si el epitelio contiene muchas proteínas celulares, el ácido acético coagula estas proteínas que puedan opacar el color del estroma. Esta reacción acetoblanco produce un

efecto perceptible que contrasta con el color rosado del epitelio escamoso normal circundante, un efecto que comúnmente se distingue a simple vista.

El efecto del ácido acético depende de la cantidad de proteínas celulares presentes en el epitelio. Cuando se aplica ácido acético al epitelio escamoso normal, ocurre poca coagulación en la capa de células superficiales, donde los núcleos son escasos. Aunque las células más profundas contienen más proteínas nucleares, el ácido acético no penetra lo suficiente y, en consecuencia, la precipitación resultante no logra opacar el color del estroma subyacente.

Las NIC y los cánceres invasores experimentan una coagulación máxima debido a su mayor contenido de proteínas nucleares (en vista del número elevado de células indiferenciadas contenidas en el epitelio) e impiden el paso de la luz a través del epitelio. Como resultado, el patrón vascular subepitelial queda oculto y el epitelio toma un color blanco denso. En caso de una NIC, la reacción acetoblanco se limita a la zona de transformación cerca de la unión escamoso cilíndrico, mientras que en caso de un cáncer, esta reacción afecta a menudo el cuello uterino entero.

Interpretación del IVAA

Resultado Negativo cuando:

- No se observa mancha blanca en la unión escamo-columnar.
- 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 que desaparece rápidamente.

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).

1.6.4.3 Colposcopia:

LA Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino (2006), refiere que el motivo más común para solicitar una colposcopia es la citología cervical

anormal, pues esta nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones pre invasoras o invasoras de cérvix generalmente descubierta como resultado de un estudio de tamizaje por lo que se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. (p, 118)

Los criterios para solicitar la colposcopia en algunos centros, como, en los países en desarrollo donde se cuenta con ella, permiten practicarla de inmediato en las mujeres con anomalías de bajo grado, mientras que en otros lugares, por ejemplo, en los países desarrollados, se les cita cada seis meses para repetir el estudio citológico hasta por dos años y solo se envía a colposcopia a aquellas pacientes con anomalías persistentes o progresivas.

Indicaciones para la colposcopia:

- Cuello uterino de aspecto sospechoso
- Anomalías de bajo grado (NIC1) que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología
- Calidad insatisfactoria persistente en la citología
- Neoplasia intraepitelial cervical 2 y 3
- Citología que muestra carcinoma invasor
- Infección por virus del papiloma humano oncógenos
- Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético (IVAA)

El objetivo principal de la colposcopia es detectar la presencia de NIC de alto grado y de cáncer invasor. Para ello, es necesario observar bien todo el epitelio en riesgo, identificar con precisión las anomalías, evaluar su grado de anormalidad y tomar las biopsias apropiadas.

Criterios de colposcopia: para que este examen sea satisfactorio el colposcopista debe observar:

- Zona de transformación cervical y unión escamo-columnar completa
- Cualquier anormalidad en toda su extensión.
- Si la colposcopia es insatisfactoria describir causas del porque lo fue.
- Describir los diferentes hallazgos colposcopicos con su localización y extensión.
- Señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.

- Finalización del reporte con una impresión diagnóstica.

Para la confirmación diagnóstica de estos dos métodos existe la **Anatomía Patológica** que forma el tercer elemento básico, en el triplete del diagnóstico de las lesiones cervicales preinvasivas e invasivas del cuello uterino.

Por lo tanto este tercer elemento estará incluido en los programas de rastreamiento para el diagnóstico confirmativo, el grado de invasión del tumor tanto a los tejidos como a vasos linfáticos y vasculares, márgenes quirúrgicos y el más fiel para programas de control de calidad de los métodos colposcópicos y citológicos .

Arauz, Jaramillo Janet (2011) refieren que los tres métodos hasta nuestros días los más relevantes en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes por programas de prevención del cáncer de cuello uterino en el mundo. Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología; la colposcopia y biopsia para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta.

Resultados anatomopatológicos:

- Negativa para neoplasia
- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH Y NIC I)
- Lesión intraepitelial de alto grado (NIC II, NIC III y CA insitu)
- Neoplasia invasora (escamocelular o adenocarcinoma)

1.6.5 Tratamiento de las lesiones Intraepiteliales de cuello uterino:

Métodos ablativos (destruyen la zona de transformación)

- Crioterapia
- Electrofulguración
- Fulguración con láser

Métodos de resección (extraen la zona de transformación)

- Cono frío
- Resección electro quirúrgica con Asa de alambre (Cono LEEP)
- Cono láser
- Histerectomía

La ablación y la escisión son dos formas de tratamiento quirúrgico ambulatorio de las pacientes que presentan neoplasia intraepitelial cervical (NIC). La crioterapia, la

electrocoagulación, la coagulación fría y la ablación por láser son métodos de tratamiento exerético de la NIC. La escisión electroquirúrgica por asa (LEEP), con finos electrodos cerrados de alambre, y la escisión electroquirúrgica cilíndrica con electrodos de aguja larga son las formas principales de tratamiento ablativo ambulatorio de las pacientes con NIC.

1.6.5.1 Crioterapia: método diagnóstico que requiere menos inversión financiera en equipo y mantenimiento solo se necesita gases comprimidos refrigerantes (NO₂ Y CO₂), y puede aprenderse en un período corto.

Criterios:

- Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión al endocervix ni vagina, solo exocervix.
- Que sea visible toda la lesión y que no entre más de 2 a 3 mm en el conducto.
- La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2mm de sus bordes.
- Tamizaje positivo para lesión intraepitelial cervical.
- Que no halla embarazo.
- Que la paciente este de acuerdo con el procedimiento.

Las pacientes después del tratamiento pueden presentar algunas molestias como leucorrea no fétida que puede durar de 4 a 6 semanas, dolor tipo cólico, sangrado el cual es muy raro y quemaduras de la pared vaginal. La curación se produce en las seis semanas que siguen a la crioterapia. Durante las 2 o 3 primeras semanas tras la crioterapia, la herida está cubierta por tejido de granulación, tras lo cual la superficie se reepiteliza. Normalmente, la herida sana por completo entre las 6 y 8 semanas posteriores al tratamiento. El tratamiento fracasa en cerca del 5 al 10% de las mujeres en el primer año de seguimiento. La evaluación de seguimiento puede llevarse a cabo entre los 9 y 12 meses posteriores, y consistirá en exámenes como la citología o la IVAA y la colposcopia.

1.6.5.2 Escisión electroquirúrgica con ASA: (LEEP)

La electrocirugía consiste en emplear corriente eléctrica de radiofrecuencia para cortar tejidos o lograr la hemostasia. Quien realiza la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) debe recordar que la electricidad se descarga en el suelo a través de la vía que opone la menor

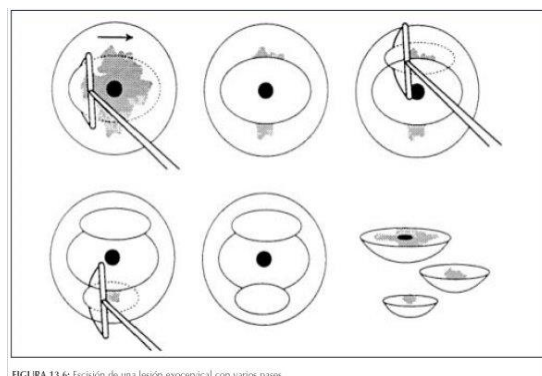
resistencia. La energía eléctrica empleada en electrocirugía se transforma en calor y en energía lumínica. El calor generado por el arco eléctrico de alto voltaje formado entre el electrodo y el tejido permite al médico cortar tejido por vaporización (a 100°C) o coagularlo por deshidratación (por encima de 100°C).

El objetivo de la LEEP es extirpar las lesiones y la zona de transformación en su totalidad y enviar el tejido afectado al laboratorio de histopatología para su estudio. Hay que usar la mínima cantidad de corriente necesaria para una electrocirugía eficaz, para reducir al mínimo el riesgo de los tejidos no afectados de la paciente y que la muestra extirpada esté en condición aceptable (con un mínimo de artefacto térmico) para el estudio histopatológico. La potencia empleada depende del tamaño del electrodo que corta el tejido y de si va a aplicarse fulguración. Todo esto debe determinarse previamente en la consulta y comunicarse al operador de LEEP que elegirá una potencia del generador para cortar o para fulgurar.

Si la mujer vuelve a la consulta para una segunda visita de tratamiento, hay que proceder a una evaluación colposcópica inmediatamente antes de la LEEP para confirmar que la ubicación y la longitud de la lesión permiten una intervención eficaz.

Criterios de admisibilidad para LEEP

- Que haya NIC confirmada por biopsia cervical si es posible.
- Si la lesión afecta el conducto cervical, debe verse su límite distal, la máxima extensión no será superior a 1 cm.
- Que no se evidencie cáncer invasor.
- Que no se evidencie EPI, cervicitis, vaginosis bacteriana ni trastorno hemorrágico.
- La paciente debe dar su consentimiento por escrito después de haberle explicado detalladamente el procedimiento, su eficacia, efectos adversos, complicaciones, y secuelas a largo plazo.



1.6.5.3 Conizacion con bisturi frio: procedimiento quirúrgico en el cual se extirpa una parte del cérvix en forma de cono. Este procedimiento permite diagnosticar definitivamente el origen de la anormalidad reflejada en la prueba de Papanicolaou, y muchas veces logra curar al mismo tiempo la enfermedad cuando se establece un seguimiento adecuado. La muestra obtenida se envía al patólogo para ser examinada y verificar que el área anormal ha sido eliminada totalmente y que no exista un cáncer invasor.

Este procedimiento es el menos utilizado hoy en día, desde la aceptación de la criocirugía, la conización por asa diatérmica, y el láser como técnicas más apropiadas para el tratamiento de los problemas precancerosos más comunes del cérvix

Indicaciones para la conizacion mediante bisturí frio:

- La lesion se extiende al conducto cervical y no es posible confirmar el grado exacto.
- La lesion se extiende al conducto y el extremo mas alejado excediendo la capacidad ablativa de la tecnica del cono de LEEP y del colposcopista.
- La citologia es anormal sugiere neoplasia pero no existe anomalia colposcópica.
- La citologia indica una lesión mas grave que la observada y confirmada por la biopsia.
- Citologia ó colposcopia muestra celulas glandulares atípicas que indican posibilidad de adenocarcinoma.

Lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG): comprende **VPH, displasia leve, y NIC 1**, para su tratamiento es importante saber que estas lesiones tienen un porcentaje de regresión espontanea de un 40 a 60% lo cual dependerá de las características de la usuaria y de la lesión.

Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino (2006). Refiere que el Tratamiento de elección: citología, crioterapia, excisión electroquirúrgica con ASA. Se dará seguimiento a los 3-4 meses después de la intervención la cual deberá incluir control de citología y colposcopia para confirmar el éxito del tratamiento. (p. 55)

Lesión intraepitelial de alto grado (LIE-AG): comprende **NIC 2, NIC 3 y Cáncer In Situ**, el tratamiento depende de la lesión; ya que si es pequeña, limitada al exocervix y visible en toda su extensión se podría utilizar la crioterapia; o asa térmica.

En lesiones de NIC 3 y CA In Situ se prefieren métodos de excisión para muestra de patología y confirmar el estado de sus márgenes para contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal sobre todo si la paciente ha cumplido su deseo reproductivo. Se dejara control a los 3-4 meses después del procedimiento el cual incluirá citología y colposcopia.

1.6.6 Factores de riesgo llevan a desarrollar Cáncer de Cérvix

Almonte; Maribel et al. Nuevos Paradigmas y Desafíos en la prevención del Cáncer de cuello uterino en América Latina. (2010), refieren que los múltiples factores puede con llevar a cáncer cervico uterino entre los más incidentes tenemos: (pp.544- 559)

- Iniciar una vida sexual activa a temprana edad, IVSA antes de los 18 años.
- Infección por VPH: Presentar Virus del Papiloma Humano, sobre todo alguno perteneciente al tipo oncogénico principalmente son los tipos 16 y 18.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y la mujer): Tener más de un compañero sexual.
- Multiparidad, es decir: un elevado número de partos.
- Presentar alguna enfermedad de transmisión sexual
- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Antecedentes de haber padecido enfermedades de Transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes,
- Paciente con inmuno-deficiencias.

1.6.6.1 Tabaquismo y el cáncer de cérvix.

El tabaquismo en la mujer facilita la aparición del Virus del Papiloma Humano (VPH), generador del cáncer cérvico uterino.

El cigarro en general está compuesto por cerca de cuatro mil sustancias tóxicas, de las cuales 40 son cancerígenas para el ser humano, y entre ellas la nicotina, la cual facilita la aparición del VPH. Dentro de las sustancias que contiene el cigarro, se encuentran el arsénico, butano, amoniaco, cianuro, metano, alquitrán y nicotina, por mencionar algunos, los cuales producen daños severos a nivel cerebral, cardiovascular y pulmonar.

El tabaquismo en la mujer ocasiona daños graves, ya que toxinas como la nicotina es eliminado a través del moco cervical, causando problemas a nivel vaginal. Es en la vagina

donde comienza a destruir las células Langerhans, las cuales son originadas por la médula ósea y distribuidas en todo el cuerpo, especialmente en lugares expuestos al exterior como las mucosas, boca, tracto gastrointestinal y tracto genital femenino, son presentadoras y procesadoras de antígenos, además ayudan a reforzar el sistema inmune. El tabaco lleva a sus toxinas a esta zona y destruye estas células dando paso a microorganismos dañinos como el Virus del Papiloma Humano (VPH), generador del cáncer cervicouterino. Por la facilidad de reproducción de dichas células, al dejar de fumar permite que éstas lleven a cabo su función de manera normal en el sistema inmune. Por ello, es importante evitar el consumo de cigarrillos para que problemas como el VPH no se hagan presentes en nuestro organismo, ya que este padecimiento es fácilmente transmisible, concluye afirmando Castaldo, (2011).

1.6.6.2 Virus de papiloma humano (VPH)

El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo que el CaCu sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente. Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH. Actividad sexual a temprana edad. Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente. Verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales. Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene. (Smith, 2009)

1.6.6.3 Edad

La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia. El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.

1.6.6.4 Uso prolongado de anticonceptivos orales.

La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona. Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral. 6.5 Síntomas y señales de alarma Es muy frecuente que sea sintomático, sobre todo cuando se presenta la etapa preinvasora la cual puede durar de 10-20 años antes de presentar algún síntoma, una vez que las células malignas han invadido el tejido se presentan diferentes síntomas entre los cuales destacan los siguientes:

- Hemorragias que pueden ser fuertes o leves
- Sangrado vaginal anormal
- Sangrado vaginal en mujeres mayores después de la menopausia.
- Irregularidad en los ciclos menstruales, cuando se han manifestado siempre de forma regular (normal)
- Flujo Vaginal.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Dolor en la pelvis.
- Dolor constante en la parte baja del abdomen
- Dolor de las piernas
- Fatiga.
- Pérdida de peso rápidamente, Inapetencia
- Inflamación de ganglios
- Palpación de bolitas en la ingle, región de los ovarios o parte baja del vientre.
- Malestar general
- Fracturas óseas.
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina.

Capítulo II: Diseño Metodológico

2.1-Tipo de estudio: de acuerdo al método de investigación el estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

2.2-Área de estudio: El estudio se realizó en el municipio de La Trinidad, departamento de Estelí, que limita al norte con el municipio de Estelí, al sur con los municipios de Santa Rosa del Peñón y San Isidro al este con la Concordia, al oeste con el Sauce, el municipio cuenta con una extensión de 261 km, en el Centro de Salud “Fátima Pavón” que comprende 11 ESAFC (Equipo Salud Familiar y Comunitario, cuenta con 10 médicos, 13 Enfermeras, 11 enfermeras comunitarias).

Caracterización de la Unidad de Observación: La Trinidad tiene una población actual de 22 521 habitantes. De la población total, el 49.5% son hombres y el 50.5% son mujeres, de las cuales 6.150, son mujeres en edad fértil.

2.3 -Universo: El universo fue conformado con 2,520 mujeres tamizada con citología cervical en el periodo de estudio.

2.4- Muestra

2.4.1 Tamaño de la muestra

Corresponde a 175 mujeres con tamizaje de citología cervical, para dicho cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para la estimación del universo finita, tomando en cuenta los criterios como el nivel de confianza siendo este del 95%, el nivel de precisión esperado 2% (0,2) y la variabilidad esperada del tamizaje en el Centro de Salud Fátima Pavón, ubicado en el municipio de la Trinidad, en el departamento de Estelí.

Poblaciones > 10,000 $n = z^2pq/d^2$

n = tamaño de la muestra

d = 0.02 (Grado de precisión)

z = 1.96 (95%) Confianza

p = prevalencia (20%)

q = 1 - p.

$$n = (1.96)^2 \times (0.5) (1-0.2) (1630)$$

$$(0.02)^2 (2520 - 1) + (1.96)^2 \times (0.2) \times (0.2) \quad n = 175$$

2.4.2 Tipo de muestreo

Se seleccionó la muestra mediante el **muestreo probabilístico simple**, que incluye las mujeres que cumplieron los criterios de selección. Para dicha selección se ordenó en un listado los números de expediente dándole un número de 1 al 2,520, seleccionando de un expediente de cada 10, siempre en cuanto cumplan con los criterios de inclusión, en caso contrario se tomó el inmediato superior de dicho expediente, hasta completar los 175 de total de la muestra.

2.4.3 Criterios de inclusión:

- Citología cervical con lesiones pre-malignas
- Expediente clínico completo

2.4.4 Criterios de exclusión:

- Citología cervical normal
- Expediente clínico incompleto

2.5 -Técnicas, Procedimientos e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La técnica que se utilizó fue la revisión documental, utilizando la revisión de expedientes clínicos por lo que la fuente de información fue secundaria, se elaboró un instrumento de recolección de información, una vez revisado e integrado los hallazgos de la validación, se diseñó una versión final.

Para la obtención de la información se realizó el siguiente proceso de acuerdo a objetivos del estudio:

- Validación del instrumento, a través de prueba piloto, del 10% del total de la muestra, estos también fueron incluidos en la muestra, en el caso que se encontraban incompleto, se tomaron el inmediato superior con el objetivo de brindar la misma probabilidad de participar en el estudio.
- Solicitud por escrito a las autoridades competentes de la unidad de salud para la recolección de la información de los expedientes clínicos.

Posterior a la recolección de datos, se precedió a relacionar la información necesaria para responder al problema y objetivos específicos planteados, a través de una serie de tablas de salida, que, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, se organizó a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara la información de los resultados del análisis estadístico.

El diseño del plan de tabulación responde a los objetivos específicos, se limitó solamente a especificar cuadros de salida que se presentan según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables importantes.

2.6-Plan de Análisis

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico IBM+SPSS, v. 24 para Windows. Se realizó control de calidad de los datos registrados, previo a realizar los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables y guiados por los objetivos específicos, se realizó los análisis descriptivos correspondientes.

Análisis de la información, se realizarán tablas del tipo:

- a) Univariado para variables continuas,
- b) Univariado para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta.
- c) Bivariado: mediante tablas cruzadas entre las variables independientes con la variable dependiente.

2.6.1 Cruce de Variables

- Edad / Escolaridad
- Edad / Procedencia / Localidad
- IVSA / Numero de compañeros sexuales / ETS
- Citología anormal / Colposcopia
- Citología anormal / Biopsia
- Colposcopia / Biopsia
- Citología anormal / Colposcopia / Biopsia

2.7-Enunciados de las variables de acuerdo a objetivos específicos:

Objetivo 1.Caracterizar socio demográficamente a las mujeres en estudio

- Edad
- Escolaridad
- Localidad
- Religión

Objetivo 2. Identificar los antecedentes médicos de las mujeres en estudio

- Antecedentes Obstétricos
- Antecedente Patológico
- Antecedentes de familiares con cáncer

Objetivo 3. Describir las lesiones premalignas del cérvix en el grupo de estudio

- Papanicolaou
- Biopsia del cuello uterino

Objetivo 4. Indagar el manejo terapéutico que recibieron las pacientes en estudio

- Crioterapia
- Asa térmica
- Conización con bisturí frío

**2.8 Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos
(MOVI)**

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente de las mujeres en estudio.				
Edad	Periodo de tiempo en años que tiene la mujer registrado en el expediente clínico	Edad	Años	15 – 24 años 25 –29 años 30 -49 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la mujer registrado en el expediente clínico	Escolaridad	Nivel escolar alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Técnica
Localidad	Comunidad o barrio perteneciente a la localidad en la que habita la paciente	Residencia	Zona	Urbano Rural
Religión	Creencias que profesa según sus principio	Creencia	Tipo	Católica Evangélica Nazareno Moraga Otros
Objetivo 2. Identificar los antecedentes médicos de las mujeres en estudio				
Antecedentes obstétricos	Situaciones vividas desfavorables	Gestas	Número	1,2,3 >4
		Partos	Número	1,2,3 >4
		Abortos	Número	1,2,3 >4

	durante el embarazo anterior, el cual desencadenó complicaciones	Cesáreas	Número	1,2,3 >4
		Inicio de la vida sexual activa	Años	<15 15-24 25-29 30 o más
		Compañeros sexuales	Número	1, 2, ≥ 3
		ITS	Tipo	Condiloma / VPH Gardnerella vaginal Cándida sp Tricomonas vaginales Herpes virus
Antecedentes patológicos	Situaciones vividas desfavorables durante la vida		Tipo	Múltiples parejas Multiparidad, ETS Mujeres de 25 a 64 años Tabaquismo Desnutrición, VIH / sida
Antecedentes familiares con cáncer	Circunstancia familiar del pasado que sirve como referencia	Condición clínica	Tipo	Grado de consanguinidad: Primer grado: Abuelos

	para comprender un hecho posterior			Padres Hermanos
			Área anatómica del cáncer	Mama Estomago Colon Pulmón
Objetivo 3. Describir las lesiones premalignas del cérvix en el grupo de estudio				
Lesiones	Facilitado por el sistema Bethesda , un método estandarizado para informar los datos de la citología		Tipo	Lesión escamosa intraepitelial: Bajo grado: VPH NIC 1 Alto grado: NIC 2 NIC 3 Carcinoma insitu Carcinoma de células Escamosa invasor: Atipia glandular Adenocarcinoma in situ o invasor

Colposcopia	Procedimiento ; diagnóstico en el que se emplea un aparato de sistema óptico de aumento , a través del cual se puede explorar vulva, vagina y cérvix		Tipo	Anormal: Epitelio blanqueado Leucoplasia Punteado Mosaico Vasos atípicos Otros(especifica que
Biopsia del cuello uterino	Procedimiento a través del cual se obtiene una muestra de tejido o células del cuello uterino para examen microscópico con fines de diagnóstico.		Tipo	Lesiones pre-malignas y malignas Cervicitis crónica
Objetivo 4. Indagar el manejo terapéutico que recibieron las pacientes en estudio				
Tratamiento recibido por las pacientes según su diagnóstico	Acción que se realizó en beneficio de la paciente según tipo de lesión cervical encontrada premaligna o maligna		Tipo	Crioterapia Asa térmica Cotización con bisturí

2.9-Aspectos éticos:

El carácter retrospectivo del presente estudio conllevó a que la información de los mujeres sea no publicado y divulgada; garantizándose la confidencialidad de las mismas; de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki donde se insta que todo investigador de la salud, además de proteger la vida y la salud debe proteger; la dignidad, integridad, intimidad y la confidencialidad de información personal.

Por otro lado, previo a la finalización del presente estudio fue aprobado el Protocolo de investigación por la Coordinadora de trabajo monográficos de grado y postgrado, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, de la Facultad de Ciencias Médicas, para realizar recolección de la información y la elaboración del informe final, quienes garantizan el cumplimiento de los principios bioéticos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia que todo estudio debe respetar.

En la elaboración del informe final no existirá conflicto de intereses, no se proporcionó ningún financiamiento por parte de la Facultad de Ciencias Médicas, ni de ninguna empresa para la realización de dicho estudio.

Capítulo III. Desarrollo

3.1. Resultados

Se realizó un estudio en Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí con 175 mujeres que asistieron a realizar estudios citológicos, cuyos principales resultados según objetivos específicos son:

Objetivo 1- Características socio demográfico de las mujeres en estudio.

El grupo de edad más frecuente fue de 30 a 49 años, con 102 (58.3%), mujeres, seguido por el grupo de 15-24 años, con 41(23.4%) y 25-29 años con 32 (18.3%).

El nivel de escolaridad que se presentó con mayor frecuencia fue la Primaria 111 (63.4%), seguido de secundaria con 50 (28.6%), en menor proporción el analfabeto 7 (4.0%); Universitario 5 (2.9), técnico superior 2 (1.1%).

En cuanto a localidad el urbano reporto 128 (73.1%), y rural 47 (26.9%), en relaciona a la religión evangélica predomino con 102 (58.3%), católica 66 (37.7%) y Nazareno 7 (4.0%). Ver anexo, tabla 1.

Objetivo 2- Identificar los antecedentes médicos de las mujeres en estudio

En cuanto a los antecedentes obstétricos obtuvimos que; a las Gestas la mayoría tenía Gesta uno con 97 (55.4%), dos 57 (32.6%), tres 11 (6.3%) y mayor a tres 10 (5.7%), en cuanto a Para; uno 91 (52.0%), dos 10 (5.7%) y cero 74 (42.3%); en Aborto; cero 60 (34.3%), uno 108 (61.3%), dos 7 (34.3), en relación a las cesáreas cero 116 (66.3%), uno 58 (33.1%), dos 1 (0.6%)

En relación al IVSA la mayoría iniciaron vida sexual a edad de 15 -24 años con 153 (87.4%), menor de 17 años (9.7%), 25 – 29 años 2 (1.2%) y mayor de 30 años 3 (1.7%).

Los compañeros sexuales que refieren los pacientes son; uno 102 (58.3%); dos 62 (35.4), mayor de tres 11 (6.3%); 12 (6.9%) refieren haber presentado con una ITS durante su tiempo de vida; de los cuales 12 (100%) se observó que había candida y Tricomonas vaginal respectivamente, condiloma / VPH 7 (58.3%) y Gardnerella

En cuantos a los antecedentes patológicos encontramos: múltiples parejas 11 (6.2%), multiparidad 10 (5.7%), mujeres de 25 a 64 años 134 (76.5%), tabaquismo 2 (1.14%), ETS 12 (6.8%). Antecedentes de cáncer 7 (4.0%), de ellos 2 (28.5%) cáncer de mama, CACU, 2 (28.5 %) Colon,

Pulmón, Próstata, 1(14.2%), grado de consanguinidad; abuelos 4 (57.1%), padres 2 (28.5%), hermanos 1 (14.2%). Ver anexo, tabla 2 y 3.

Objetivo 3- Describir las lesiones pre-malignas del cérvix de las mujeres

Las lecturas de Papanicolaou reporta; 60 mujeres con VPH (34.2%), 55 NIC I (31.4 %), 1 NIC II (0.57 %), 0 NIC III (00 %), 40 ASC-US (22.8 %), 9 ASC-H (5.1 %), 10 células glandular atípica (5.7%), y 0 adenocarcinoma cervical in situ o invasor (0.0 %).

Entre los patrones colposcópicos se observó que; lesión acetoblanco 105 (60.5%), mapeo colposcópico 97 (55.4%), mosaico 49 (28.0%), vasos atípicos 24 (13.7%), leucoplaquia y punteados 4 (2.2 %) y 3 (1.7%) respectivamente.

Resultados por colposcópicos; VPH 60 (34.2%), NIC I 55 (31.4%), NIC II 1 (0.57); NIC III 0 (0.0%), Cáncer in situ 0 (0.0%), Neoplasia escamocelular invasor 0 (0.0%) y sin lesión 59 (33.7%). Ver anexo, tabla 4 ,5 y 6

Objetivo 4- Indagar el manejo terapéutico que recibieron las pacientes en estudio

El tratamiento recibido por las mujeres consignadas en los expedientes clínicos fueron los siguientes:

De las 175 mujeres con alteración citológica, 60 recibieron tratamiento que ocupa el 34.2 % siguiendo el flujograma de normativa 037, 52 pacientes con crioterapia (86.6%), 3 ASA térmica (5%), 5 pacientes Conización cervical (8.4). Ver anexo, tabla 7.

3.2 Análisis y discusión de los resultados

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente de las mujeres en el mundo y constituye la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina en los países en desarrollo.

La implementación de programas adecuados de tamización con citología cervical en los países desarrollados ha disminuido la incidencia y la mortalidad en cerca de un 75%.

En Latinoamérica es considerado como un problema de salud pública; cerca del 30% del total de neoplasias en la mujer afecta, sobre todo, al grupo etario en edad reproductiva y económicamente menos favorecido.

Dentro las características socio demográfico de las mujeres en estudio; encontramos que las edades más frecuente son de 30 a 49 y 15-24 años; datos que difieren con Gómez Gutiérrez Guillermo, (2011); que afirma que las lesiones pre invasoras de cérvix, vulva y vagina, se presenta en la población sexualmente activa entre los 15 a 30 años; en cambio Carrascal, M. et al, (2014), sustenta en su estudio que las lesiones pre-malignas predomina en las edades entre los 46 a 60 años de edad con un 52%.

La detección del VPH como prueba inicial para el cribado de CaCu ha sido propuesto por el Congreso Americano de Ginecólogos y Obstetras, y la Sociedad Americana contra el Cáncer en el año 2017, considerando una edad entre 30 y 65, es así que la detección temprana de VPH es primordial para evitar el desarrollo de lesiones con malignidad

Escalona, R. et al, (2014) en su estudio; características cito- histológicas de lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino refieren que las edades más frecuentes son de 25 a 54 años de edad.

En cuanto a Solís José Gabriel, Briones - Torres Tomás Iván (2015), en prevalencia de las lesiones en el cérvix, se presenta que en las edades promedio de la muestra general fue de 42.81 (DE: 10.4). La mediana fue de 44 años y la moda de 49 años.

Lozada N (Trujillo, 2017), Determinar el grado de concordancia de los hallazgos citológicos, colposcópicos e histopatológicos en las pacientes con lesiones pre malignas de cérvix uterino. Revisó las historias clínicas de 64 pacientes atendidas, se encontraron el rango de edad de 20 a 39 años.

Págalos Basantes Alexandra Nataly, Ramírez Barahona Jessica Ivonne (2018); Incidencia de Cáncer cervico uterino por HPV, predominio mujeres de 25 - 45 años con HPV en edad fértil.

En estudios nacionales Pacheco Chévez (2012), encontró en su estudio hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres menores de 39 años.

En cambio, resultados de López Espinoza (2015) sobre la correlación clínica y cito histológica en lesiones pre-malignas y malignas en cérvix en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, encontró que el grupo etario mayormente afectado es entre 20 a 34 años.

Sequeira A (2016), Correlación entre los resultados cito – histológicos de pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado atendida en la consulta externa de servicio de colposcopia del hospital Bertha Calderón Roque de enero 2015 – octubre 2016. En los resultados se encontró que un 48,5% tiene entre los 35 – 49 años.

El nivel de escolaridad, la procedencia y religión son variables no tomadas en cuentas en los diferentes estudios de consulta y de referencia, por lo que concluimos que el nivel académico constituye un factor de riesgo para desarrollar tempranamente lesiones cervicales pues inician de forma precoz su vida sexual activa. El origen geográfico de la mayoría de las mujeres afectadas pertenecía al área urbana, que no es un factor que influye en la aparición de las lesiones pre-malignas, tampoco la religión que las mujeres practican, no son tomada en cuenta en los diferentes estudios:

Con cuanto al objetivo 2 sobre los antecedentes médicos de las mujeres en estudio: en ocasiones no son tomado como importantes para el desarrollo de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, tales como el número de Gestas, Para, Aborto, Cesáreas

Almonte; Maribel et al. (2010), En su artículo Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención del Cáncer de cuello uterino en América Latina, atribuyen múltiples factores que conllevan al desarrollo del cáncer cérvico uterino entre los cuales tenemos; iniciar de una vida sexual activa a temprana, IVSA antes de los 18 años, infección por VPH, múltiples parejas sexuales, multiparidad, haber presentar alguna ITS, ser mujeres de 25 a 64 años de edad, tabaquismo, desnutrición, deficiencia de antioxidantes.

Valencia A. Marleny, Ibarguen Judith B., Martínez Jisseth Paola (2014); obtuvo que la prevalencia global encontró asociación estadística entre las diferentes alteraciones citológicas,

tabaquismo, planificación hormonal, 3 o más gestaciones, menos de 18 años como edad de inicio de relaciones sexuales y 3 o más compañeros sexuales,

Fabián Gómez, Ysabel Elvira (2016), la prevalencia de cáncer a través de Papanicolaou se observó que el 79.6% de mujeres fueron adultas; con 2 a 4 gestaciones 37.2%, había tenido de 2 a más partos 58.8%; y el 54.1% tenía el hábito de fumar, el 68.6% usaba un anticonceptivo, siendo mayor los hormonales inyectables 26.5%. Se presentó anormalidad de células epiteliales 47.3% LIE BG 41.7% Inflamación 75.9% siendo inflamación moderada 61.7%; se constituyeron en relación estadísticamente significativa, para las mujeres jóvenes y las adultas.

En relación a la descripción de lecturas de las lesiones citológicas (PAP) reporta; 60 mujeres con VPH (34.2%), 55 NIC I (31.54 %), 1 NIC II (0.57 %), 0 NIC III (0.0 %), 40 ASC-US (22.8 %), 9 ASC-H (5.1 %), 10 células glandular atípica (5.7%), y 0 adenocarcinoma cervical in situ o invasor (0.0 %).

De acuerdo a la clasificación de Bethesda de la OMS (2018), esta clasificación se utiliza en la actualidad para reportes de informes citológicos, además en ella se incorporaron nuevos conceptos y se unificó la terminología, incluyendo en su nomenclatura lesiones leves como atipias epiteliales en células escamosas y en células glandulares de significado indeterminado ASCUS y ASGUS respectivamente, y lesiones más agresivas como las asociadas a VPH y displasia leve se consideraron dentro de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIE-BG), mientras que las lesiones asociadas a cambios celulares compatibles con displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ se incluyeron dentro de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIE-AG).

Gómez Gutiérrez Guillermo, (2011), en fundamentos de Oncología de Hospital General de México; refiere su reporte epidemiológico la presencia de NIC I de 7.13% ambos representan el 9.15% de las Lesiones Intraepitelial de bajo grado (LIE-BG). EL NIC II (1.60 %), NIC III (2.32 %), CA In Situ (0.04%) presentan una tasa de 4.16% perteneciente a las Lesiones Intraepiteliales de alto grado (LIE-AG). Las cifras difieren cuando se emplea a la colposcopia como método de detección.

Carrascal, M. et al, (2014) refiere que existen correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones pre-malignas de cáncer cervicouterino, en la IPS. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado fue el reporte de mayor prevalencia en la citología con un 58%, en la colposcopia la lesiones intraepiteliales de alto grado mostro mayor prevalencia con un 52%, de acuerdo con el reporte histopatológico la cervicitis fue más prevalente en un 52%.

Valencia A. Marleny, Ibarguen Judith B., Martínez Jisseth Paola (2014); obtuvo que la prevalencia global de alteraciones del 15,89% (4.523 casos), distribuidas así: LIEBG (lesión intraepitelial de bajo grado) 6,80%; 0,57% LIEAG (lesión intraepitelial de alto grado), 7,80% ASC-US, siendo el hallazgo oncológico de mayor prevalencia; ASC-H (alteración en células escamosas que no descarta una lesión de alto grado) 0,56% y AGC-NOS.

Gian Marco Junior Arango Rojas (2015). De 104 PAP 3.39 %, representó una prevalencia citologías positivas presentaron ASCUS, 43.3%; LIE Bajo Grado, 37.5%; LIE Alto Grado, 18.3% y Carcinoma de cérvix, 1%. (pp. 85-90), concluyendo que las muestras insatisfactorias corresponden a un total de 32 resultados, lo cual es 1.04%.

En cuanto a Solís José Gabriel, Briones - Torres Tomás Iván (2015), encontró una prevalencia de 4.49% de lesión intraepitelial, de las cuales 3.17% correspondían a lesión intraepitelial de bajo grado y 1.32% a lesión intraepitelial de alto grado, con un 95.51% (362) de citologías negativas para malignidad.

Abolafia B (2017), en su estudio encontró en sus resultados más importantes mostraron que el hallazgo más frecuente fue lesión la intraepitelial de bajo grado (52,2%); y mediante índice Kappa se encontró una concordancia insignificante entre citología - colposcopia ($k = 0,16$; IC 95%); moderada entre colposcopia - biopsia ($k = 0,57$; IC 95%); e insignificante entre citología - biopsia ($k = 0,21$; IC 95%). (89-133).

A nivel nacional se observó coincidencia en los diferentes resultados de los estudios revisados; Pacheco Chévez (2012), encontró en su estudio Hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (VPH) en la ciudad de León, Nicaragua, que la frecuencia de infección por diferentes tipos de VPH en las participantes fue de 26%, esta se presentó en edades tempranas, el 67% ocurrió en menores de 39 años.

Pacheco Chévez (2012), concluyó que la frecuencia de infección por diferentes tipos de VPH en las participantes fue de 26%, esta se presentó en edades tempranas, el 67% ocurrió en menores de 39 años.

González & Duarte, (2017), concluye afirmando que la citología de las pacientes en estudio, en todo el departamento dio como resultado que la lesión de mayor predominio fue la atipia escamosa con un 34% seguida del 28.0% con NIC I.

Sequeira A (2016), Enfatiza que la correlación cito – histológica de lesión escamosa intraepitelial de alto grado es de un 45,5% en este estudio, podemos afirmar que es multifactorial.

Entre los patrones colposc6picos se observ6 en el presente estudio se observa que en orden de frecuencia; lesi6n acetoblanco 105 (60.5%), mapeo colposc6picos 97 (55.4%), mosaico 49 (28.0%), vasos at6picos 24 (13.7%), leucoplaquia y punteados 4 (2.2 %) y 3 (1.7%) respectivamente. En cambio, en el mismo resultado por colposc6picos; VPH 60 (39.7%), NIC I 40 (26.4%), NIC II; NIC III 18 (11.9%), C6ncer in situ 0 (00%), neoplasia escamocelular invasor 0 (00%) y sin lesi6n 33 (21.8%)

Sabemos que la colposcopia con toma de biopsia dirigida tiene una especificidad que va de 90 a 98%, con una sensibilidad de 20 a 84%, por esto es importante educar al paciente y crear conciencia sobre los controles de calidad en el tamizaje que deben tener.

En cuanto a resultados de G6mez Guti6rrez Guillermo, (2011), refiere en su reporte epidemiol6gico los resultados de la citolog6a difieren en cifras cuando se emplea a la colposcopia como m6todo de detecci6n. Las LIE-BG representan el 9.93%, las LIE-AG el 2.35% y las lesiones invasoras el 0.54%, es decir, colposcopias anormales corresponden al 12.82%, un poco menos que lo detectado mediante estudios de citolog6a.

Escalona, R. et al, (2014) en su estudio; caracter6sticas cito- histol6gicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino donde incluyo el diagn6stico m6s frecuente fue la displasia moderada, de igual modo el virus del papiloma humano estuvo presente en 64.8% de los estudios citol6gicos y en 75.3% de las biopsias.

Salvent T (2017) realiz6 un estudio determin6 la relaci6n hitocolpohistol6gica en pacientes encontr6 como resultados m6s relevantes encuentra un 21,4 % de correlaci6n cito-colposc6pica en el diagn6stico de las lesiones de bajo grado, una correlaci6n colpo-histol6gica de un 87,5% para lesiones intraepiteliales de bajo grado y 71,4 % para lesiones de alto grado.

Lozada N (2017), afirma la concordancia de los hallazgos citol6gicos, colposc6picos e histopatol6gicos en las pacientes con lesiones pre malignas de c6rvix uterino, concluyendo que el Grado de concordancia entre la citolog6a y la colposcopia: 6ndice de kappa de 0.058, siendo 6sta insignificante. El grado de concordancia entre la citolog6a e histopatolog6a: un 6ndice de kappa de 0,117 lo que significa una concordancia insignificante entre los m6todos diagn6sticos.

Almaras L (2018) realizó un estudio para determinar la concordancia cito-colposcópica según la histopatología de cérvix en mujeres mayores de 30 años en el obtuvo como resultados que la colposcopia fue la prueba con mayor concordancia según la histopatología (moderada - Kappa 0.438). La prueba citológica tuvo (S) del 80%, (E) 86 %, (VPP) 66,7%, (VPN) 92,5%, mientras que la S de la prueba colposcópica fue 80%, E: 93%, VPP: 80%, VPN: 93%.

Pérez Barbosa (2014) afirma en su estudio sobre correlación de los exámenes citológicos y biopsias colposcópicas en el diagnóstico de las lesiones de cérvix con el citológico reportó un 49 % de lesiones de bajo grado, 28% ASCUS y 16 % lesiones de alto grado. En cuanto al diagnóstico histológico 60% correspondieron a lesión de bajo grado, 22% fueron lesiones de alto grado, 17% fueron negativos reportando inflamación y el 1 % corresponde a carcinoma invasor, finaliza afirmado que la coincidencia diagnostica entre la citología y la biopsia colposcópica fue en el 69 % de los casos (n=97), siendo mayor en las lesiones de bajo grado con el 52% de los casos (n=36).

En cambio resultados de López Espinoza (2015) sobre la correlación clínica y cito histológica en lesiones pre-malignas y malignas en cérvix encontró que de los 121 casos, 96 casos (79%) eran mosaico grosero, el reporte citológico en 73 casos (60%) correspondieron a lesiones de bajo grado, con respecto a los diagnósticos histológicos en pacientes con Papanicolaou positivos se encontró que 61 casos (50%) resultaron ser lesiones de bajo grado

En relación a objetivo 4, sobre indagar el manejo terapéutico que recibieron las pacientes Los tratamientos más frecuentes por las mujeres; fueron la crioterapia, Conización y ASA térmica, la ablación y la escisión son dos formas de tratamiento quirúrgico ambulatorio de las pacientes que presentan neoplasia intraepitelial cervical (NIC). La crioterapia, la electrocoagulación, la coagulación fría y la ablación por láser son métodos de tratamiento exerético de la NIC.

Siendo la crioterapia un método diagnóstico que requiere menos inversión financiera en equipo y mantenimiento solo se necesita gases comprimidos refrigerantes (NO2 Y CO2), y puede aprenderse en un período corto. El método de resección es la histerectomía donde se extraen la zona de transformación, de forma completa.

3.3 Conclusiones

1. Las características socio demográfico de las mujeres en estudio que predominó fueron edades de 30 a 49 años, nivel de escolaridad primaria, de localidad urbano y religión evangélica.
2. Los antecedentes obstétricos encontrados de mayor frecuencia fue; Gesta uno, Para uno, aborto uno, cesáreas cero, con vida sexual a edad de 15 -24 años, con números de compañeros sexuales uno, con menor número de mujeres que reportan haber tenido ITS (cándida, Tricomonas vaginal, condiloma y Gardnerella. En los antecedentes de riesgo, con predominio, de múltiples parejas, multiparidad, edad entre 25 a 64 años y con menor número de antecedente de cáncer.
3. Con respecto, a las lesiones premalignas en las lecturas de Papanicolaou se encuentra predominio de VPH, seguida de NIC 1, ASCUS, ASC-H y célula glandular atípica con menos casos de NIC 2 y sin evidencia de carcinoma in situ y adenocarcinoma cervical in situ o invasor en las pacientes de estudio. Entre los patrones colposcópicos, se observó, en su mayoría lesión acetoblanco, seguido de mapeo colposcópicos, mosaico, vasos atípicos y con menor, leucoplaquia y punteados. En los resultados colposcópicos, con mayor predominio VPH, NIC I, NIC II, NIC III, seguido de sin lesión y sin evidencia de cáncer in situ y neoplasia escamocelular invasor.
4. De las 175 mujeres con alteración citológica, siguiendo el flujograma de la normativa 037; la mayoría de las pacientes recibieron crioterapia, seguida con menos pacientes que recibieron conización cervical y Asa térmica.

3.4 Recomendaciones

Unidad de Salud de Fátima Pavón de la Trinidad, Estelí

1. Fortalecer estrategias para el cumplimiento de la prueba de tamizaje (PAP) en mujeres en edad fértil, con inicio tempranamente de vida sexual, enfocadas en mejorar las actitudes y consecuentemente las prácticas, de manera organizada, adaptándolas a las circunstancias y características de la región; con la finalidad de que las mujeres se hagan por iniciativa propia la Prueba de Papanicolaou de manera temprana, periódica y oportuna.
2. Garantizar en zonas rurales el seguimiento de mujeres a través de la citología, en lugares de difícil acceso a servicios de salud a través de la promoción y prevención de la enfermedad.
3. Evaluar expediente clínico de pacientes captadas con lesiones cervicales a través de supervisión y monitoreo continuo con el objetivo de que contenga papelería completa (consentimiento informado de procedimientos, solicitud de reporte de citología cervical, colposcopia y Biopsia e historia clínica) con el fin de aportar información clínica para investigaciones futura.
4. Promover la detección oportuna y precoz de lesiones pre-malignas a través de estrategias que eduquen de forma continua a las mujeres en edad fértil y de inicio de vida sexual temprana población en general, pero haciendo énfasis en la población más vulnerable que son adolescentes y mujeres en edad fértil.
5. Realizar estudios de prevalencia de lesiones pre-malignas y malignas en otros niveles de atención, como por ejemplo en zonas rurales y urbanas de difícil acceso a las unidades de atención en salud.

Capítulo IV. Bibliografía

4.1 Bibliografía Básica

American Psychological Association. Traducción al español de Publication Manual of the American Psychological Association 3aed. México: El Manual Moderno. 2016, p. 75.

Argimón Pallas J.M., Jiménez Villa J. Métodos de investigaciones aplicadas a la atención primaria de salud. 2ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994, 297-302.

Fletcher RH. Fletcher SW., Wagner EH. Epidemiología clínica. 2ª ed. Barcelona: Masson-Williams & Wilkins; 1998, p. 57.

Martín Andrés A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: NORMA; 1993, pp. 210 – 258.

Martin, P.W. Introduction to Basic Legal citation. De la American Psychological Association APA. Sexta edición. Adaptación Normas APA. 2014, pp. 258-305.

Menéndez Echavarría, A. L. Citas y referencias: Estilo de la American Psychological Association. APA, sexta edición. Adaptación Normas APA. 2015, p.55

Piura López, J. Metodología de la in e la investigación científica: un enfoque integrador. Managua, 2006, pp. 54-61.

4.2 Bibliografía Consultada

Arauz - Jaramillo Janet. Correlación Citológica, Colposcopia, e Histopatológica en pacientes con Patologías Cervicales. Hospital Regional, 2012, p. 125.

Abolafia B, Monserrat J, Cuevas J, Arjona JE. Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix: correlación entre citología, colposcopia y biopsia. Rev Esp Patol. 2017

Almonte, Maribel; et al. Nuevos Paradigmas y Desafíos en la prevención del Cáncer de cuello uterino en América Latina. Rev. Salud Pública de México 2010. pp.544- 559.

Almaras L (Lima, 2018) Concordancia diagnóstica cito-colposcópica según la histopatología cervical en el hospital PNP Luis n. Sáenz, año 2016 LIMA

Anatomía, citología, histología del cuello uterino, la vagina y la vulva normales. Ecosistema vaginal. Sección I. 2010. pp. 3-7.

Castro AA, Pérez MF. Virus del papiloma humano. Revista de Costa Rica y Centro América. 2013; pp. 211-217.

Carrascal, M. Chávez, et al. Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, IPS Universitaria Barranquilla, Biocencias, 2014, pp. 37-44

Cirion-Martínez G, et al. Correlación cito-histológica de las lesiones premaligna y malignas del cuello uterino. Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Rev. Ciencias Médicas; Vol. 14 (1) .Pinar del Rio Cuba. 2010, p. 25.

Contreras - Zeledón. Correlación Citológica, Colposcópica e Histológica de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidos en el hospital Fernando Vélez Paiz. 2007, p. 17.

Directrices de la OPS/OMS sobre Tamizaje y Tratamiento de las Lesiones precancerosas para la Prevención del Cáncer Cervicouterino. Washington 2013, p 178.

Escalona Veloz R, et al. Características citohistológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. MediSan. 2014, pp. 1071-1080.

Escalona, R. Navarro, M. et al. Características cito histológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, MEDISAN, 2014, pp. 1099- 1109.

Félix - Liliam, Sánchez - Magnolia; et al. Correlación diagnóstica entre Citología, colposcopia y Biopsia en la neoplasia intraepitelial cervical, Hospital de la mujer, Dominicana. Rev. Médica. Dominicana. 2011, pp 107-110.

Gómez Gutiérrez, Guillermo. Fundamentos de Oncología. Lesiones Preinvasoras de Cérvix, Vulva y Vagina. 2011, pp. 337-343.

Guerrero MZ, Ballester YE, García WM, Ramírez MA, Rodríguez LL, Gómez IT. Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en pacientes atendidos en la Policlínica de Antilla, Holguín. Correo Científico Médico. 2012, pp.14- 16.

Guía clínica de la patología cervical fundación Instituto Valenciano de oncología Enero, 2008.

González-López S, et al. Frecuencia de lesiones epiteliales cervicales reportadas en el Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa de Jalisco. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; p. 53.

Lau Serrano D, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012, pp. 366-77.

Léniz Martelli J, et al. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. Revista médica de Chile. 2014; pp.1047 - 1055.

López - Cruz J; Hernández - Martínez A; et al. Nomenclatura de las lesiones precursoras del cáncer cervico uterino. Rev. SANID MILIT. México. Noviembre a Diciembre 2006. Vol. 60 (6); pp.406- 410.

Lozada N. Concordancia citológica, colposcópica e histopatológica de lesiones premalignas del cérvix uterino. Hospital Belén de Trujillo 2012 -2017”

Luzoro A. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en una población de mujeres chilenas. 2015, p. 89.

Miraval M, Merejildo M, et al. Importancia de la evaluación externa del desempeño en citología cervicouterina: programa piloto. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; pp. 142-143.

Maribel Almonte; et al. Nuevos Paradigmas y Desafíos en la prevención del Cáncer de cuello uterino en América Latina. Rev. Salud Pública de México 2010. pp.544- 559.

Marvel Marleny, Cruz Orellana. Comparación de resultados entre técnica de IVAA Vr PAP en el diagnóstico de lesiones preinvasivas de cérvix, unidad de Zacamil. 2011, p. 76.

Malagón Montano L, et al. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015, p. 31.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino. -- Asunción: OPS, 2010; p.120.

Mendoza LA, Pedroza MJ, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; pp.129-36.

Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Gálvez Castellón AM, Fuentes E, Luis M, Arbolaes Á, Luis J. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013, pp. 354-367.

Morillo MC, Sandoval CC, Sesin F. Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino. Ips universitaria barranquilla 2013. Biociencias. 2014; pp. 37- 44.

Nicaragua. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cervicouterino. 1ra edición. Managua 2006, p.130.

Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de extensión y Calidad. Protocolo de Prevención del Cáncer Cervico Uterino a través del Tamizaje con inspección Visual con ácido acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia. N - 037. 2009; p .45.

Pacheco Chevez, L. (2012). Hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (VPH) en la ciudad de León, Nicaragua. 2010, pp. 202.

Pérez, Barbosa (2014), Correlación de los exámenes citológicos y biopsias colposcópicas en el diagnóstico de las lesiones de cérvix en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez. 2013, p.125. Omar Nazzal N, y cols. Lesiones Preinvasoras del cuello uterino: Una visión actual. Rev. Chile. Obstetricia y Ginecología. 2006; pp. 341-348.

Ramírez Valle M, et al. Evaluación del programa de detección precoz de cáncer cervicouterino en Consolación del Sur. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2013, pp. 36-48.

Posso Moar AG, Rangel Pérez MA, Marchán N, González Blanco M. Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014, pp.193-202.

Reyero MP, Naviero J. Evaluación diagnóstica de la Citología, la colposcopia y la Biopsia en mujeres con sospecha de lesiones precursoras de neoplasia cervical en el Hospital de León España. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2004, pp. 155-161.

Rengifo E. NIC: Colposcopia y biopsia dirigida en el diagnóstico de lesiones iniciales del cuello uterino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015, pp. 92-96.

Reyes Zúñiga YI, Sanabria Negrín JG, Marrero Fernández R. Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2014, p. 753-766.

Torres - Lobaton A, Bustamante - Iglesias J; et al. Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1217 pacientes. Rev. Obstetricia y ginecología. México. Febrero 2013, pp. 71-76.

Terrazas S, Ibáñez C, et al. Examen de detección de virus papiloma humano en el tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago, Chile. Revista médica de Chile. 2015, pp. 56-62.

The International Agency for Research on Cáncer (IARC), OMS. Bases Anatómicas y patológicas de la inspección visual con ácido acético (IVA) y Clasificación de la FIGO de Estadios del Cáncer de Cuello uterino. 2013, p. 178.

The International Agency for Research on Cáncer (IARC), OMS. Tratamiento de la Neoplasia intraepitelial cervical mediante crioterapia, escisión electroquirúrgica con ASA (LEEP) y Conización con bisturí frío. 2015, pp. 201-208.

Sanabria Negrín JG, Cruz Hernández ID, Oriolo Pérez L, Pérez Herrera MA, Valdés Abreu B. Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncer cervicouterino en dos policlínicos. Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2012, pp. 139-60.

Salvent. Correlación cito-colpo-histológica en lesiones premalignas del cuello uterino en el Hospital Básico Píllaro en Ecuador. Ecuador 2017.

Sureda Peña M, Martínez Cárdenas D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Mediacentro Electrónica. 2014, p.6.

Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. Cirugía y Cirujanos. 2012; p. 80.

Williams. Et al. Ginecología. 16ta edición, editorial McGrawHill Interamericana S.A. 2009, pp. 617-635.

Zeledón (2008): correlación citológica, colposcópica e histológica de las lesiones premalignas de cérvix en pacientes atendidas en el hospital materno infantil Dr. Fernando Vélez Paiz. 2008 p. 180.

López, Espinoza. (2015), Correlación clínica y citohistológica en lesiones premalignas y malignas en cérvix en el hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. 2014, pp. 12 -15.

Pacheco, L. Hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (VPH) en la ciudad de León, Nicaragua. 2012, pp.12-24.

Salvent Tames A, et al. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012, pp.190-198.

Zaldívar Lelo de Larrea G, Martín Molina F, Sosa Ferreyra CF, Ávila Morales J, Lloret Rivas M, Román Lara M, Vega Malagón G. Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(4):315-21.

Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. Cirugía y Cirujanos. 2012; pp. 80-83.

Valencia A. Marleny, Ibarguen Judith B., Martínez Jisseth Paola (2013-2014). Prevalencia de Hallazgos precancerosos de cuello uterino en citologías de mujeres menores de 25 años y su relación con algunos factores de riesgos en una ESE de Medellín Colombia.

Vargas Hernández Víctor Manuel, Vargas Aguilar Víctor Manuel y Tovar Rodríguez José María (2014); realizaron estudio de Detección Primaria del cáncer cervicouterino en México.

Anexos

5.1 Ficha de recolección de información



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FICHA

“Comportamiento clínico y terapéutico de lesiones pre malignas del cérvix en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad, Estelí, Enero a Junio 2021”

Ficha:

Expediente:

Fecha: _____

Características socio demográficas:

1. Edad: (años)

15 – 24 años

25 – 29 años

30 – 49 años

2. Escolaridad:

Analfabeta_____

Primaria_____

Secundaria_____

Universidad_____

Técnico superior_____

3. Localidad:

Urbano _____

Rural_____

2. Religión:

Católica_____

Evangélico _____

Nazareno _____

Otros _____

Antecedentes obstétricos, familiares y patológicos:

Gestas_ 1___ 2___ 3___ > 4

Partos: 1___ 2___ 3___ > 4___

Abortos: 1___ 2___ > 3___

Cesáreas: 1___ 2___ 3___

Inicio de la vida sexual activa: < 15 ___ 15-24___ 25-29___ 30 a más años___

Compañeros sexuales:1___ 2___ ≥ 3___

ITS: No___ Si_____ Especifique:

Gardnerella vaginal_____

Cándida sp_____

Tricomonas vaginal_____

Herpes Virus_____

Antecedentes familiares de cáncer: No___ Si___

Si hay antecedentes especificar:

Grado de consanguinidad: Padres_____ Abuelos_____ Hermanos_____

Área anatómica _____

Resultado de Papanicolaou:

1. Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIE-BG):

VPH_____

NIC 1_____

2. Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIE-AG):

- NIC 2 _____
- NIC 3 _____
- Carcinoma In Situ_____

3. Células escamosas Atípicas: ASC-US_____ ASC-H_____

- Célula Glandular Atípica____
- Adenocarcinoma cervical In Situ o invasor ____

Patrón Colposcópico encontrado: Si___ No___ en el caso que si responda los siguientes

1- Anormal:

1.1. Epitelio blanqueado_____

1.2. Leucoplasia____

1.3. Punteado_____

1.4. Mosaico____

1.5. Vasos atípicos____

Resultado histopatológico:

- Cervicitis crónica____
- Negativa para neoplasia_____
- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH Y NIC I ____
- Lesión intraepitelial de alto grado (NIC II, NIC III y CA insitu)____
- Neoplasia invasora (escamocelular o adenocarcinoma) ____

Plan terapéutico:

- Crioterapia_____
- Asa térmica____
- Conización____

5.2 Tablas y Gráficos

Tabla 1

Características socio demográficamente de las mujeres con lesiones premalignas del cérvix atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.

N: 175

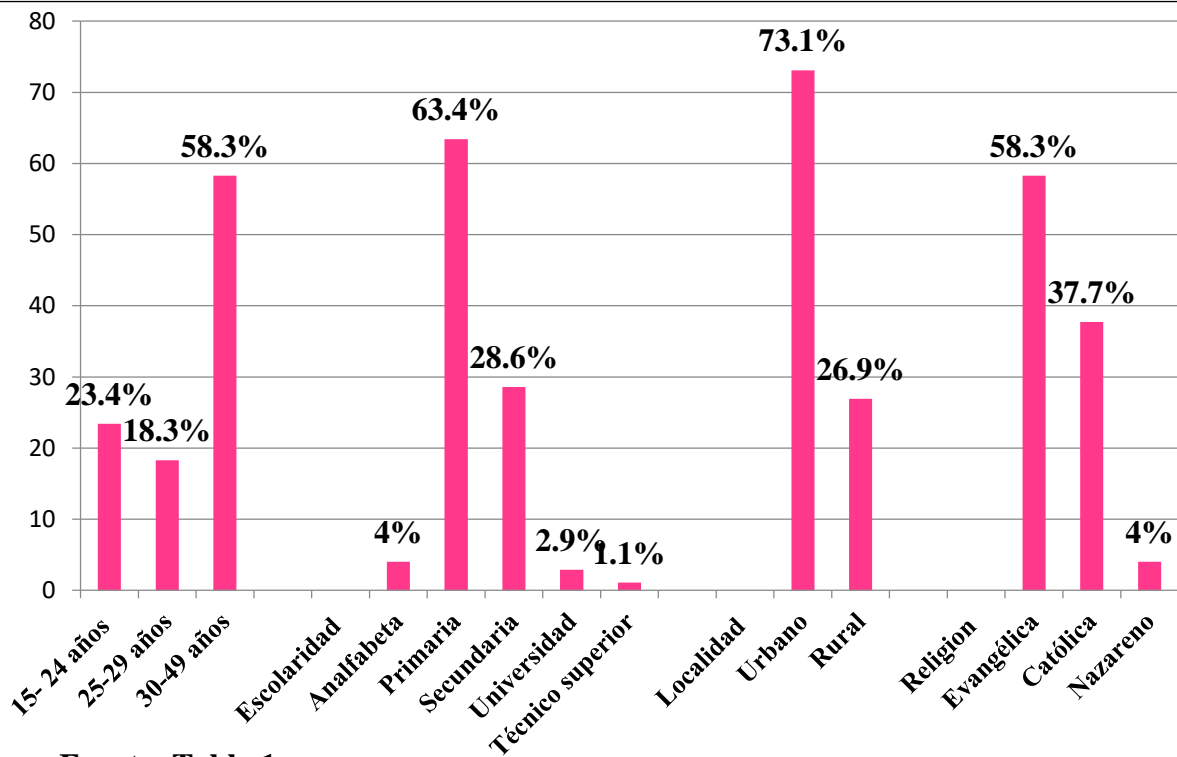
Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	41	23.4
25-29 años	32	18.3
30-49 años	102	58.3
Escolaridad		
Analfabeta	7	4.0
Primaria	111	63.4
Secundaria	50	28.6
Universidad	5	2.9
Técnico superior	2	1.1
Localidad		
Urbano	128	73.1
Rural	47	26.9
Religión		
Evangélica	102	58.3

Católica	66	37.7
Nazareno	7	4.0

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

Gráfico 1

Características socio demográficamente de las mujeres con lesiones pre-malignas del cérvix atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2

Antecedentes Obstétricas en mujeres con lesiones pre-malignas del cérvix atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.

N: 175

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Uno	97	55.4
Dos	57	32.6
Tres	11	6.3
Mayor a tres	10	5.7
Para		
Cero	74	42.3
Uno	91	52.0
Dos	10	5.7
Tres	0	0
Mayor a tres	0	0
Aborto		
Cero	60	34.3
Uno	108	61.7
Dos	7	4.0
Cesáreas		
Cero	116	66.3
Uno	58	33.1
Dos	1	0.6
IVSA		
Menor de 15 años	17	9.7
15-24 años	153	87.4
25-29 años	2	1.1
Mayor 30 años	3	1.7
Compañeros sexuales		
Uno	102	58.3
Dos	62	35.4
Mayor a tres	11	6.3

ITS		
No	163	93.1
Si	12	6.9
Tipos de ITS		
Condiloma / VPH	7	58.3
Gardnerella vaginal	5	41.6
Cándida sp	12	100.0
Tricomonas vaginales	12	100.0

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

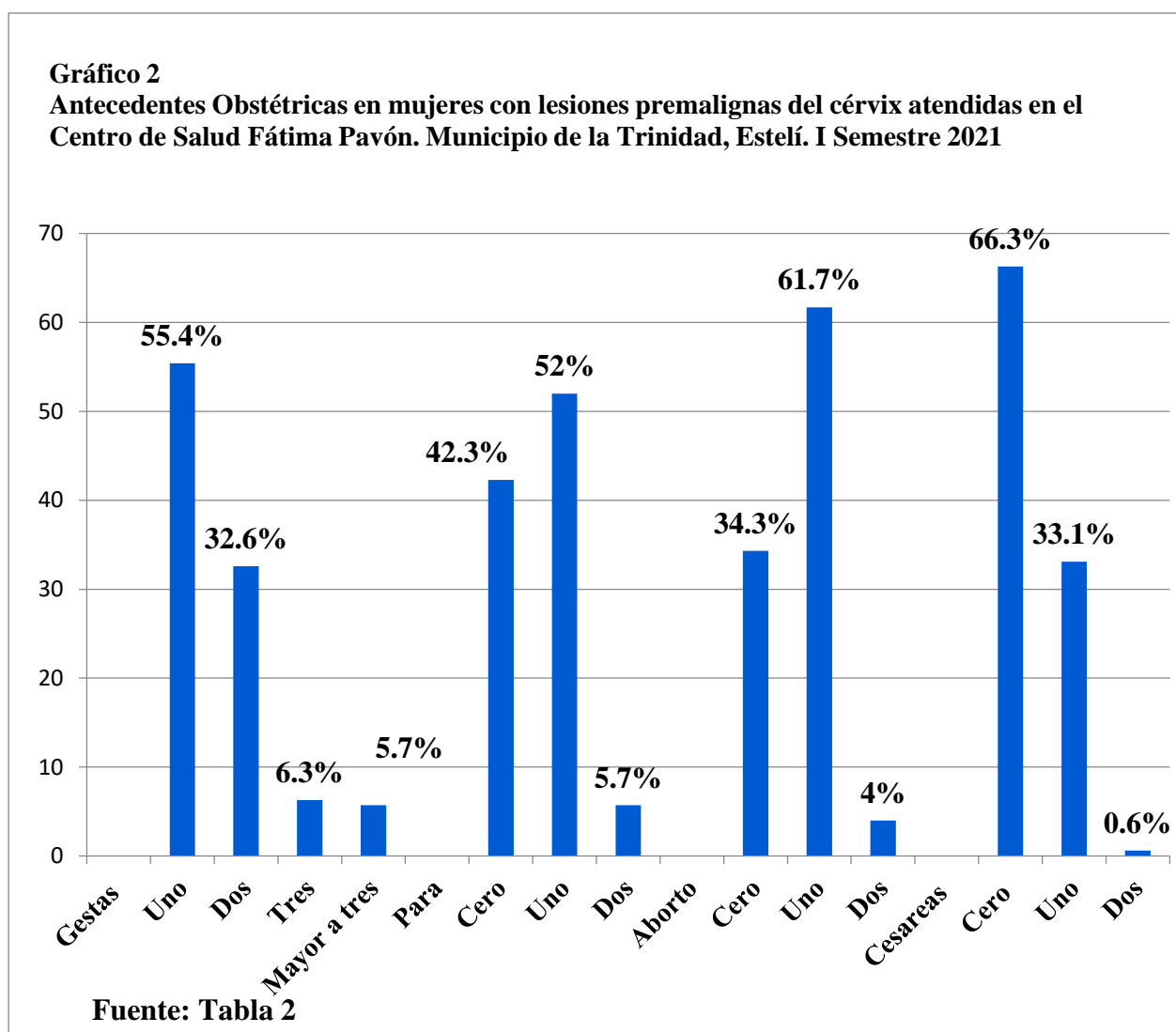


Tabla 3

Antecedentes Patológicos en mujeres con lesiones premalignas del cérvix atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.

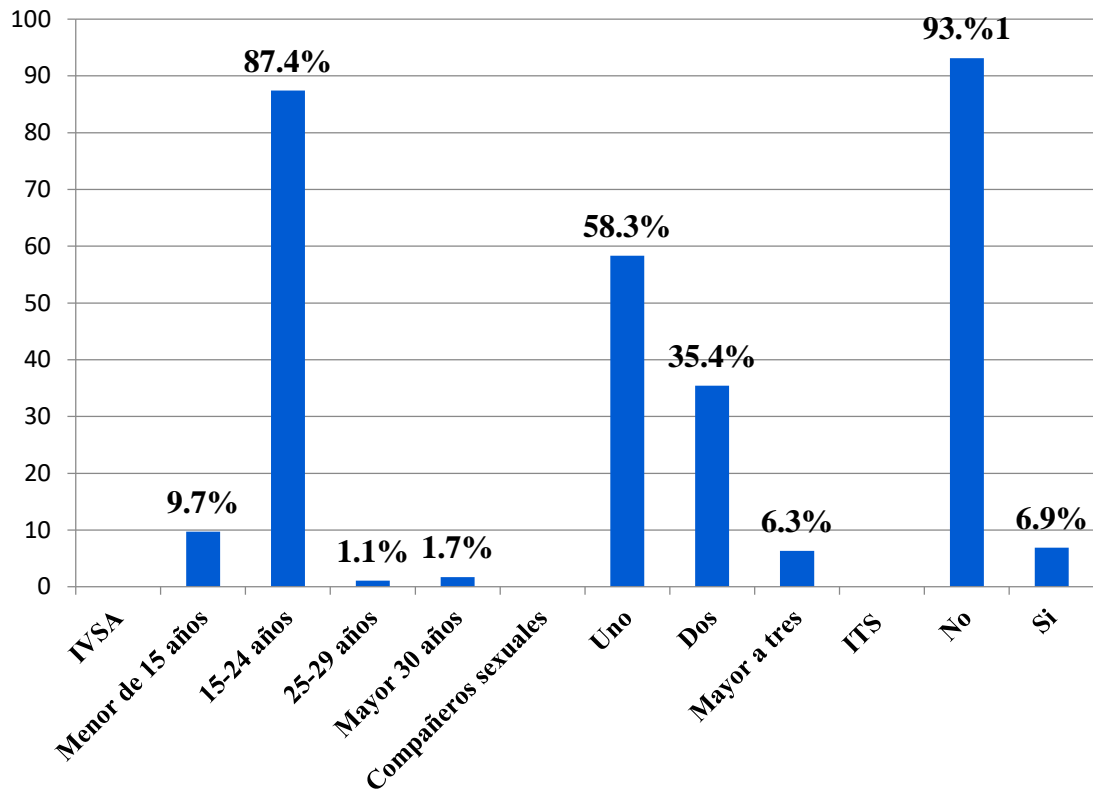
N: 175

Patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Múltiples parejas	11	6.2
Multiparidad	10	5.7
Mujeres de 25 a 64 años	134	76.5
Tabaquismo	2	1.14
ETS	12	6.8
Antecedente de Cáncer en la familiar		
No	168	96.0
Si	7	4.0
Localización de cáncer del familiar (7)		
Mama	2	28.5
CACU	2	28.5
Colon	1	14.2
Pulmón	1	14.2
Próstata	1	14.2
Grado de consanguinidad de paciente (7)		
Abuelos	4	57.1
Padres	2	28.5
Hermanos	1	14.2

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

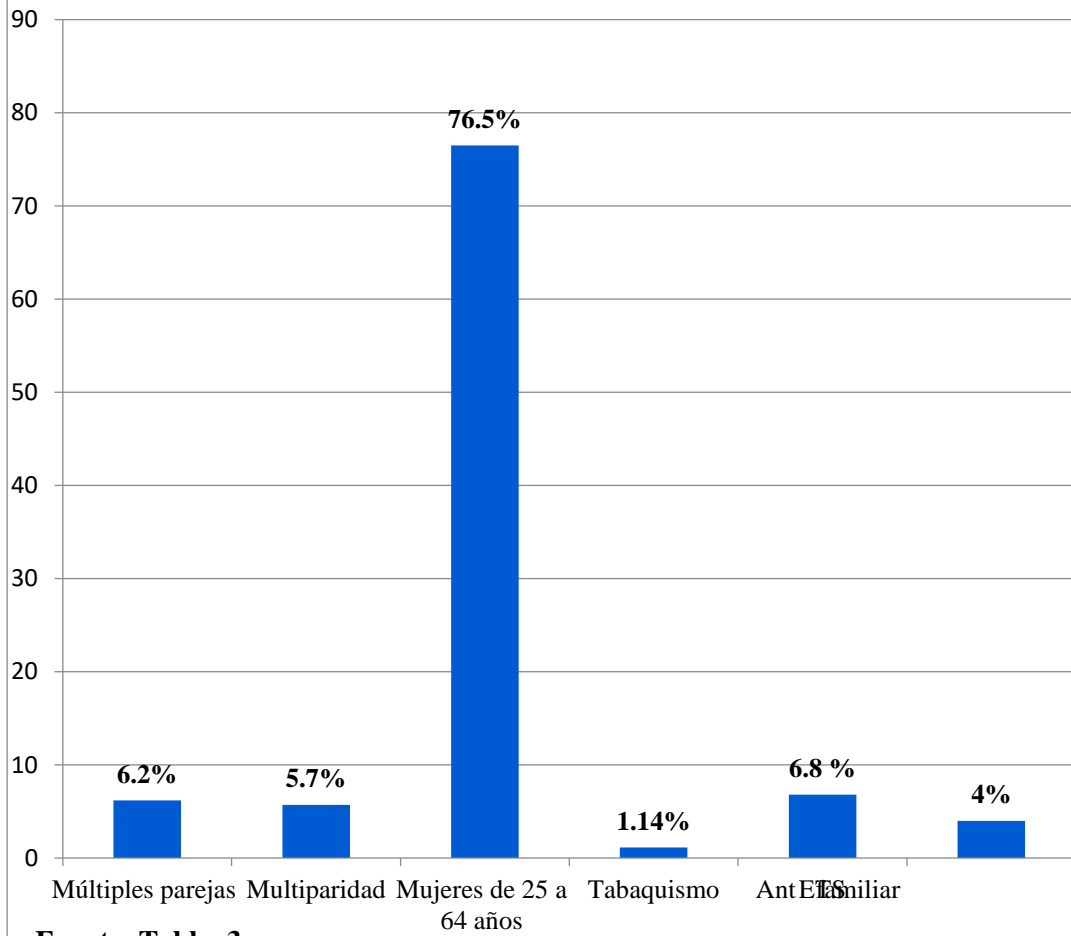
Gráfico 3

Antecedentes de riesgo en mujeres con lesiones premalignas del cérvix atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021



Fuente. Tabla 2

Gráfico 3
Antecedentes Patológicos en mujeres con lesiones premalignas del cérvix
atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí.
I Semestre 2021.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4

Descripción de las lesiones pre-malignas del cérvix citológicos en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.

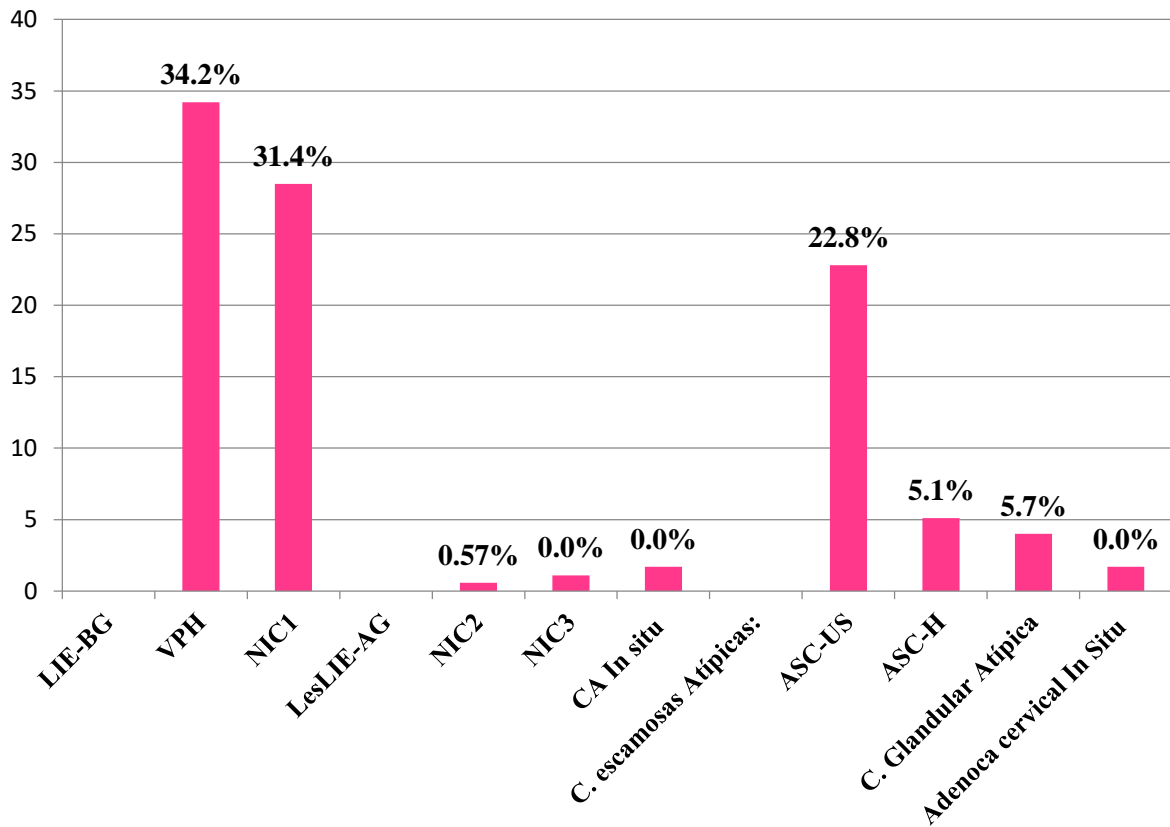
N: 175

PAP	Frecuencia	Porcentaje
Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIE-BG)		
VPH	60	34.2
NIC1	55	31.4
Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIE-AG)		
NIC2	1	0.57
NIC3	0	0.0
Carcinoma In situ	0	0.0
Células escamosas Atípicas		
ASC-US	40	22.8
ASC-H	9	5.1
Célula Glandular Atípica	10	5.7
Adenocarcinoma cervical In Situ o invasor	0	0.0

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

Gráfico 4

Descripción de las lesiones premalignas del cérvix citológicos en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

Descripción de las lesiones pre-malignas del cérvix según patrón colposcópicos en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.

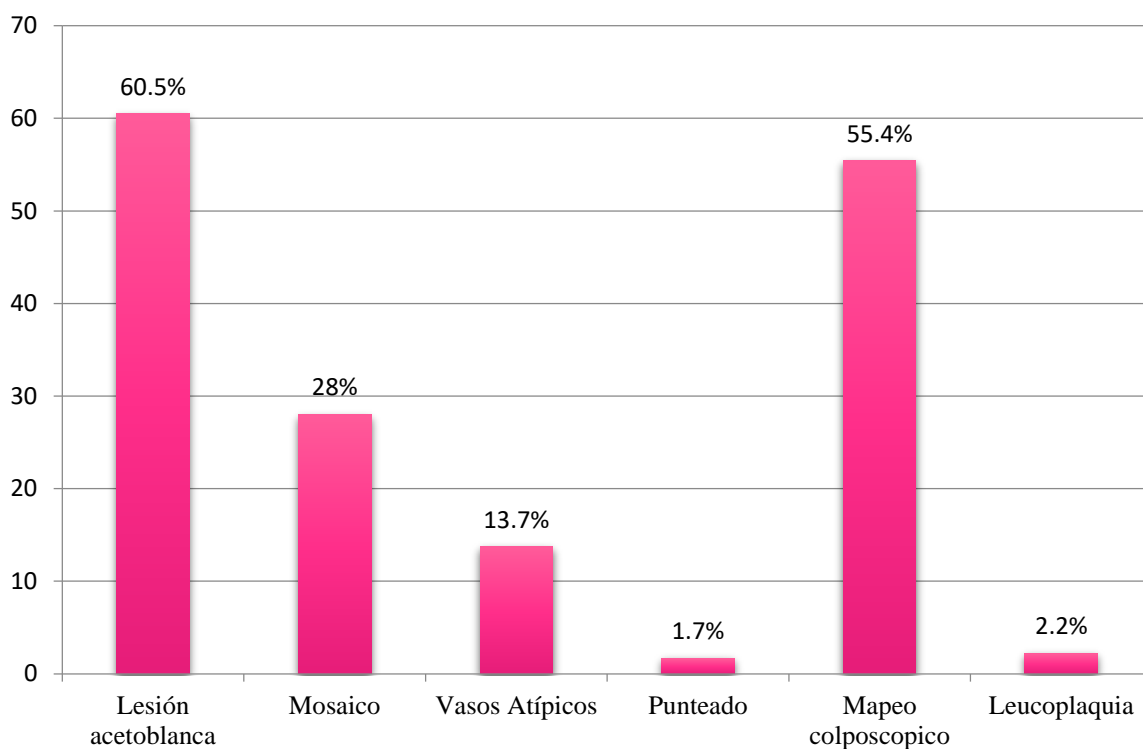
N: 175

Patrón colposcópicos	frecuencia	Porcentaje
Lesión acetoblanca	105	60.5
Mosaico	49	28.0
Vasos Atípicos	24	13.7
Punteado	3	1.7
Mapeo colposcópicos	97	55.4
Leucoplaquia	4	2.2

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

Gráfico 5

Descripción de las lesiones premalignas del cérvix según patrón colposcópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6

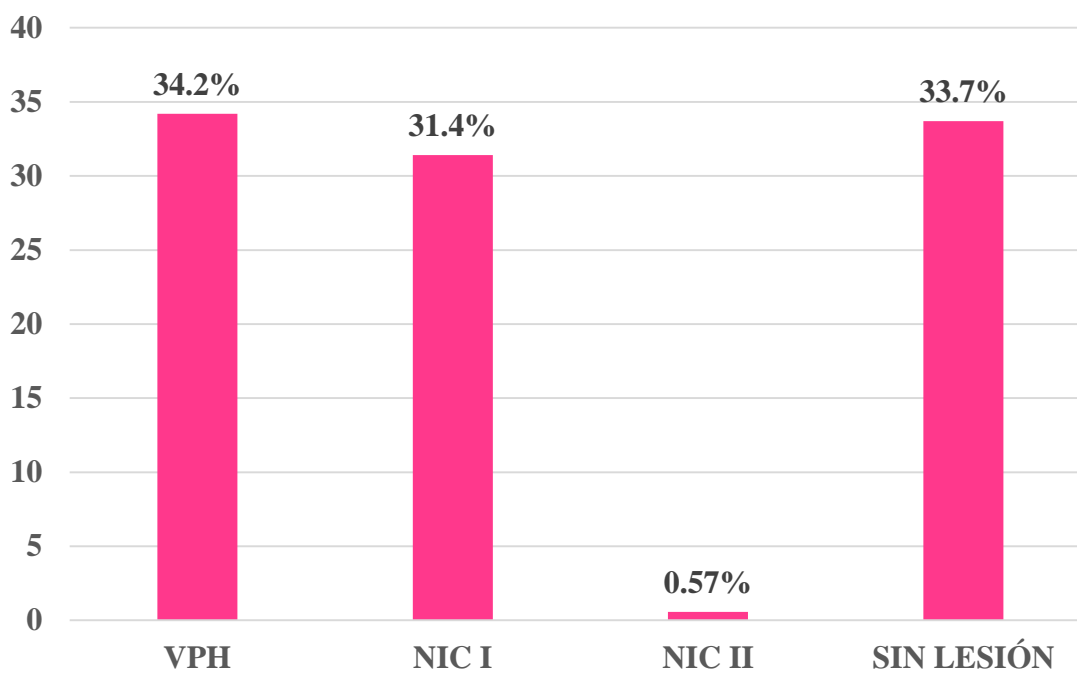
Diagnósticos de las lesiones pre-malignas del cérvix según patrón colposcópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021. **N:175**

Diagnóstico Colposcópico	frecuencia	Porcentaje
VPH	60	34.2
NIC I	55	31.4
NIC II	1	0.57
NIC III	0	0.0
C.A In Situ	0	0.0
Neoplasia escamocelular invasor	0	0.0
Sin lesión	59	33.7
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

Gráfico 6

Diagnósticos de las lesiones pre-malignas del cérvix según patrón colposcópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

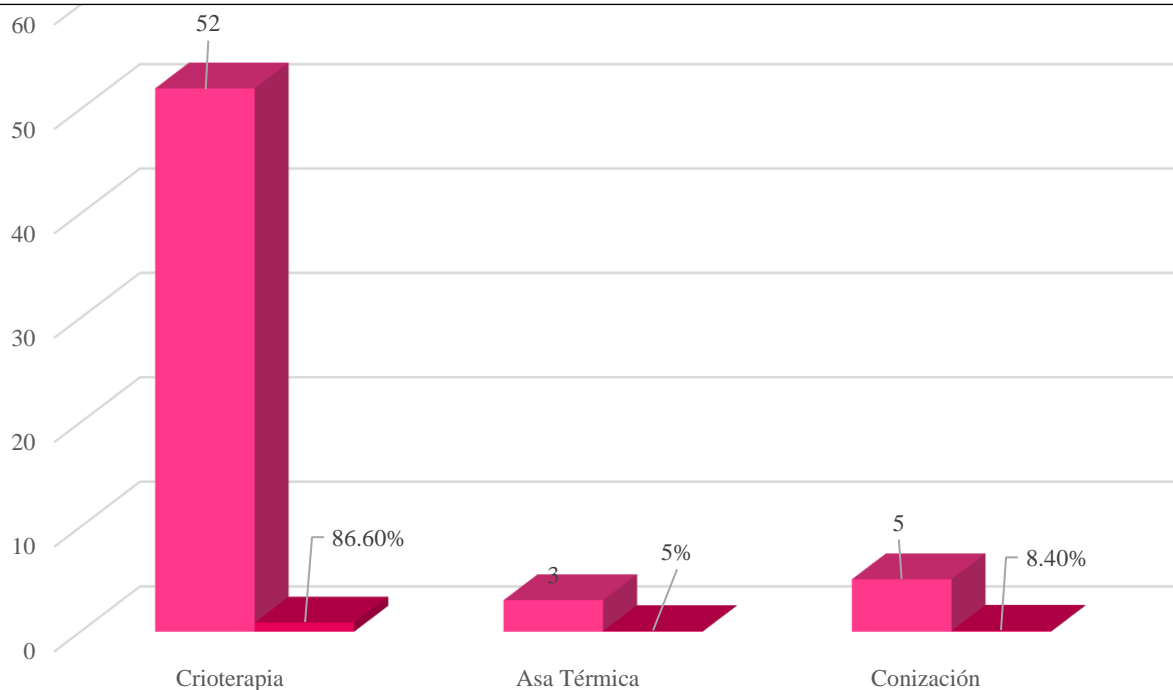
Manejo terapéutico que recibieron las mujeres con lesiones pre-malignas del cérvix según patrón colposcópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021. N: 175

Tratamiento (142)	Frecuencia	Porcentaje
Crioterapia	52	86.6
Asa térmica	3	5
Conización	5	8.4
Total	60	100.0

Fuente: Ficha de registro del expediente clínico

Gráfico 7

Manejo terapéutico que recibieron las mujeres con lesiones pre-malignas del cérvix según patrón colposcópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de la Trinidad, Estelí. I Semestre 2021.



Fuente: Tabla 7



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Solicitud y Reporte de Citología Cervical



I. Unidad de Salud _____ Exp No. _____
FECHA _____
Nombre Completo _____
Edad _____ Dirección Exacta _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Gestas _____ Partos _____ Abortos: _____ Cesárea _____ IVSA: _____ FUR: ____/____/____
Embarazo Actual _____ Semanas de Gestación _____ Fuma Si _____ No _____
Uso de Método Anticonceptivo _____ Cuál _____ Desde _____
PAP anterior _____ Fecha ____/____/____ Resultado _____ Primera Vez _____
Biopsia Anterior _____ Fecha ____/____/____ Resultado _____

DESCRIPCIÓN DEL CERVIX

PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

- Exo- Endocérvix
 Vagina
 Cúpula
 Otros _____
Otros datos Clínicos _____

ASPECTO CLINICO

- Normal
 Inflamación
 Atrofia
 Tumoral

SECRECION

- Normal
 Leucorrea
 Hemorrágica
 Purulenta

Fecha de la toma ____/____/____

NOMBRE DEL/ LA EXAMINADOR/A _____

II.

REPORTE CITOLOGICO

- Frotis Adecuado
 Si NO Cel. Endocervicales / Cel. de Zona de Transformación
 Frotis Inadecuado Por:
 Hemorragia
 Mala Fijación
 Celularidad Escasa
 Abundantes Polimorfonucleares
 Extensión Incorrecta

NEGATIVA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS

- Inflamación
 Cambios Regenerativos
 Atrofia
 Gardnerella Vaginal
 Herpes Virus
 Bacterias Cocoides
 Cándida sp.
 Tricomonas Vaginales
 Otros

ATIPIA ESCAMOSA de Significado Indeterminado(ASC-US) No se descarta lesión de Alto Grado (ASC-H)

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO

Cambios Celulares del Virus del Papiloma Humano Displasia Leve / NIC I

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

Displasia Moderada / NIC II Displasia Severa / NIC III / Carcinoma In Situ

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INVASOR

Atipia Glandular (AGC): NOS No Se Descarta Neoplasia Endometrial Endocervical
 Adenocarcinoma In Situ (AIS) Adenocarcinoma Invasor

Comentarios _____

Recomendaciones

- Repetir PAP Urgente PAP Control en 4-6 Meses Control Post Tratamiento
 Hacer Colposcopia Hacer Curetaje Endocervical Hacer Biopsia Dirigida

Fecha del Reporte ____/____/____

Nombre y Firma de Cito tecnólogo _____
Patólogo _____

Fecha de notificación de resultados a la usuaria _____



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
Solicitud y Reporte de Colposcopia



Unidad de Salud: _____ Expediente: _____
 Nombre Completo: _____
 Edad: _____ Fecha: ____/____/____ Dirección Exacta: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesárea _____ IVSA _____ # Cros. Sexuales _____ FUR ____/____/____
 Embarazo Actual: _____ Semanas de Gestación: _____ Fuma: Si _____ No _____
 Uso de Método Anticonceptivo: _____ Cuál _____ desde _____
 PAP anterior _____ Fecha: ____/____/____ Resultado _____
 Biopsia Anterior _____ Fecha: ____/____/____ Resultado _____
 Diagnostico de Referencia: _____

COLPOSCOPIA

- Satisfactoria: Unión EscamoColumnar Exocervical Endocervical
 Insatisfactoria Por: Cérvix No Visible Visualización Incompleta de Zona de Transformación
 Lesión penetra al canal Inflamación /Atrofia Severa

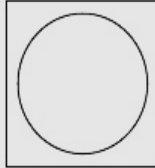
HALLAZGOS DIVERSOS DE LA COLPOSCOPIA

- Ectropión Inflamación Atrofia
 Quiste de Nabot Pólipos Tumor
 Condiloma Erosión/Ulceración Otros _____

DESCRIPCIÓN DE LA COLPOSCOPIA

- Zona de Transformación Normal Mosaico Fino/Regular Vasos Atípicos
 Leucoplaquia Acetoblanco Grueso Sospecha Neoplasia Invasora
 Acetoblanco Fino/Tenue Mosaico Grueso/ Irregular Lesión Yodo Negativo
 Puntilleo Fino/ Regular Puntilleo Grueso/ Irregular Otros _____

MAPEO COLPOSCOPICO



Biopsia: Si No
 LEC: Si No
Diagnóstico colposcópico _____

Comentarios: _____

Recomendaciones:

- Referir Oncología Citología Control en 4-6 meses Control Post Tratamiento
 Otros: _____

Fecha del Reporte: ____/____/____

Nombre y Firma del Colposcopista: _____



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD

Informe Mensual de Reporte de Citología Cervical



SILAIS: _____ MUNICIPIO: _____
UNIDAD DE SALUD: _____ MES: _____ / _____

A. RESULTADOS	CLASIFICACION	GRUPO DE EDAD EN AÑOS					SIN DATO	TOTAL	OBSERVACION	
		10-14	15-19	20-34	35-49	50 a - +				
SIN ALTERACIONES										
NEGATIVO DE LESIÓN EPITELIAL Y CÉLULAS MALIGNAS	Inflamación									
	Cambios reactivos									
	Atrofia									
	Infección	Gardnerella								
		Hongos								
		Bacterias								
		Tricomonas								
		Viral / Virus Herpes Simple II								
		De significado indeterminado								
	ATIPIA ESCAMOSA	No se descarta lesión alto grado								
LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	Cambios celulares del VPH									
	Displasia leve/NIC I									
LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO Y CÁNCER	Displasia moderada / NIC II									
	Displasia severa/NICIII									
	Cáncer Invasor									
ATIPIA GLANDULAR	No se descarta Neoplasia	Endometrial								
		Endocervical								
	Adenocarcinoma in situ									
	Adenocarcinoma Invasor									
TOTAL										
B. CALIDAD DE MUESTRA										
MUESTRAS ADECUADAS										
MUESTRAS INADECUADAS										
TOTAL										

Nombre y firma del responsable de programa/Patólogo/a: _____

Flujograma de manejo integral de la Citología Cervical

