

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

**ALTERACIONES CÉRVICO-VAGINALES QUE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE
CITOLOGÍAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD
USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
CHIRILAGUA, PASAQUINA Y LAS CASITAS DE ALEGRÍA. PERIODO DE 2014 A
2016.**

PRESENTADO POR:

**JASMIN GISSELE AYALA VILLATORO
GLADYS ARELY AMAYA COLATO
ABELINO ALEXANDER ALVARENGA BERNAL**

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DR. MARIO ARTURO CASTRO MELGAR

NOVIEMBRE DE 2017

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESIS JOYA ABREGO
VICERRECTOR ACADEMICO**

**MAESTRO CRISTOBAL HERNAN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GOMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

ASESORES

**DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA METODOLÓGICA**

**LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ
ASESOR ESTADÍSTICO**

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por iluminarnos siempre y guiarnos en el camino de la sabiduría en todo momento de nuestra carrera para poder alcanzar este triunfo.

A NUESTRA ASESOR:

Dr. Mario Arturo Castro por su valiosa colaboración, conocimiento, tiempo y esfuerzo, empleado para orientarnos durante el proceso de esta investigación y alcanzar los objetivos propuestos por el equipo de investigación.

A LA MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO:

Por cada ayuda que nos brindó en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

A todas y cada una de las persona que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

Jasmin, Arely y Abelino.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO Y A LA SANTÍSIMA VIRGEN MARÍA:

Por ser siempre mis guías a lo largo de mi vida y estar protegiéndome de todo lo que pueda causarme daño, logrando que llegue a la culminación exitosa de este trabajo

A MIS PADRES:

Armida y Jorge por siempre estar a mi lado apoyándome en todo, siendo los mayores impulsores en mi vida, brindándome todo su afecto y comprensión, ya que siempre han estado presentes no solo en los buenos momentos sino también en los más difíciles que he experimentado, logrando que me superara día con día y me convierta en la persona que soy ahora.

A MI HERMANO:

Ian que siempre ha creído en mí y me presta más de una vez su mano para levantarme cuando ya estaba cansada y continuo alentándome sin dejar de sonreírme.

A MIS ABUELOS:

María, José e Hilda, que han estado siempre poniéndome en sus oraciones y cada oportunidad que se les presentaba se dedicaban a mimarme brindándome su calidez, apoyo, refugio y amor incondicional.

A MIS AMIGOS:

Con quienes no solo he convivido como colegas sino también se llegaron a convertir en parte de mi familia representando un gran pilar en mi vida y con quienes he compartido tanto alegrías como tristezas.

A MIS MAESTROS:

Quienes han compartido su tiempo para brindarme parte de su conocimiento y experiencias que han ido acumulando regalándonos así un buen cimiento para continuar agrandando nuestro saber, por todo el esmero con el que siempre disponían para ayudar a otros y mostrándonos que nosotros también podemos hacer mucho más.

Jasmin Gissele Ayala Villatoro

DEDICATORIA

A DIOS:

Por iluminarme siempre y guiarme en el camino de la sabiduría en todo momento de mi carrera para poder alcanzar este triunfo y haberme dado salud para lograr mis objetivos además de su infinita bondad y amor.

A MIS PADRES:

Mi madre, Ana Gladys Colato de Amaya, por haberme apoyado en todo momento por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien y por su amor incondicional. A mi padre José Valentin Amaya por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A MIS HERMANAS:

A mi hermana Jacqueline del Carmen Amaya por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; a mi hermana Karen Jeanneth Amaya por su apoyo incondicional, ayuda, paciencia, tolerancia e infinito amor.

A MI NOVIO:

Milton Josué Chaves por su apoyo, paciencia y comprensión mientras realizábamos este trabajo así como también durante todo el proceso de formación de nuestra carrera y nuestra vida diaria, y a su madre María Francisca Estrada por su ayuda y consejos

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Por su apoyo y colaboración en todo el proceso de desarrollo de esta investigación.

AI DR. JULIO CESAR MOLINA:

Quien es el director de la UCSF de Pasaquina y me ha dado de su ayuda, comprensión y enseñanza durante este año.

A todas y cada una de las persona que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación

Gladys Arely Amaya Colato

DEDICATORIA

A DIOS

Ante todo, por haberme permitido llegar a donde estoy y por darme las fuerzas para superar todos los obstáculos que se me han presentado.

A MIS PADRES

Abdón Alvarenga y Rubidia Araujo, por ser mis pilares, por estar siempre a mi lado y darme todo su apoyo. Y por enseñarme que con sacrificios se ganan las batallas. Gracias por amarme, cuidarme y apoyarme.

A MIS HERMANOS

Hugo, Álvaro y Marlon, por ser mis ejemplos a seguir, mis guías, y mis amigos. Los quiero, gracias por estar en los momentos difíciles.

A MI ESPOSA

Krissia; por ser un pilar importante en mi vida, por sus consejos, por su tiempo, por darme las fuerzas en los momentos que ya no podía, a mi hijo Santiago por ser la parte más importante de mi vida. Los Amo.

A MIS ABUELOS,

Rómulo y Nohemy que siempre confiaron en mí y siempre me brindaron sus consejos y apoyo, también a mis abuelos Abelino (papalino) y María (mamahia) mientras estuvieron en vida me brindaron siempre sus oraciones.

A todas la personas que hicieron posible la realización de nuestro trabajo, a mis compañeras de tesis; Jasmin y Arely, gracias por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos y brindarme su apoyo. Las quiero.

Y por último a aquellas personas que pensaron que no lo lograría y de algún modo me dieron más fuerzas para seguir. A todos gracias de corazón.

Abelino Alexander Alvarenga Bernal

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE GRÁFICAS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ANEXOS	x
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	7
3 MARCO TEÓRICO	8
4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	17
5. DISEÑO METODOLÓGICO:	20
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSION.	52
8. CONCLUSIONES.	55
9. RECOMENDACIONES.	57
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores.....	18
Tabla 2: Distribución de la población de mujeres en edad fértil por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) del año 2014 a 2016.....	21
Tabla 3: Distribución de la Muestra de mujeres en edad fértil por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) del año 2014 a 2016.....	24
Tabla 4: Distribución de la Submuestra de mujeres en edad fértil por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) del año 2014 a 2016.....	29
Tabla 5: La recolección de los datos se llevará a cabo en el periodo comprendido del 09 de Junio de 2017 al 28 de Julio de 2017 y se realizó de la siguiente manera:	32
Tabla 6: Procedencia demográfica.....	32
Tabla 7: Consolidación Total de reporte Citológico de los años en estudio	34
Tabla 8: Resultados Citológicos por grupo etario del año 2014	35
Tabla 9: Alteraciones Citológicas de 2015.....	37
Tabla 10: Alteraciones Citológicas de 2016.....	38
Tabla 11: Citologías positivas por edad	40
Tabla 12: Citologías negativas por edad.....	41
Tabla 13: Resultados Positivos Vrs Negativos en los reportes citológicos	42
Tabla 15: Estado de gestación de las usuarias en los años de estudio	46
Tabla 16: Comparación entre PAP 1ra vez Vrs PAP subsecuente en los años de estudio.	47
Tabla 17: Reporte Citológicos Alterados en las UCSF de Estudio	48
Tabla 18: DesviacionEstandard Normal para calcula Zt.....	50
Tabla 19 Tabla de alteraciones citológicas en los resultados.....	50

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafico 1: Procedencia demográfica	33
Grafico 2: Consolidación Total de reporte Citológico de los años en estudio	35
Grafico 3: Incidencia de los Resultados Citológicas del año 2014	36
Grafico 4: Incidencia de alteraciones Citológicas del año 2015	38
Grafico 5: Incidencia de alteraciones Citológicas del año 2016	39
Grafico 6: Incidencia de Citologías positivas por edad	40
Grafico 7: Incidencia de Citologías negativas por edad.....	41
Grafico 8: Resultados Positivos Vrs Negativos en los reportes citológicos.....	42
Grafico 9: Utilización de ACO vrs resultado de PAP.....	43
Grafico 10: Estado de gestación de las usuarias en los años de estudio	46
Grafico 11: PAP 1ra vez Vrs PAP subsecuente en los años de estudio.	47
Grafico 12: Incidencia de PAP Alterado en cada UCSF en los años de Estudio	48

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Curva de distribución normal (Campana de Gauss) con el 95 % de confianza	50
Figura 2: Curva de distribución normal que representa valores Z_t y Z_c	52

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo a: Consentimiento informado	62
Anexo b: Instrumento	63
Anexo c: Abreviaturas	66
Anexo d: Glosario	67
Anexo e: Tabla de distribución normal	70
Anexo f: Solicitud y reporte de citología cervico-vaginal.....	71

RESUMEN

Las alteraciones cervico-vaginales es una causa de incomodidad, abortos, partos pretérminos, infertilidad e incluso de cáncer en mujeres con vida sexual activa que pueden ser causadas por diferentes agentes pudiéndose reportar por medio de las citologías volviéndose un aspecto importante en la salud de las mujeres y por qué se lleva a cabo el presente trabajo con el siguiente **Objetivo:** conocer las alteraciones cervico-vaginales que muestren los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Chirilagua, Pasaquina y Las Casitas de Alegría comprendidos en los años 2014, 2015 y 2016 y con el fin de lograrlo se realizó en base a la siguiente **Metodología:**La investigación es retrospectiva por el tiempo que abarca de 2014 a 2016, longitudinal donde se muestra la incidencia de las alteraciones citológicas encontradas en la población de muestra, realizado por una sola vez y descriptiva tomando los datos que se aíslan en los expedientes de mujeres en edad fértil que se realizarían citología en las unidades de estudio en los años 2014 a 2016, donde se especifican los datos positivos y negativos detallándolos.

Conclusiones:Al finalizar la investigación sobre los resultados citológicos en la muestra de estudio con un total de 1096 casos se observó lo siguiente: La inflamación con un 36.7%, la vaginosis bacteriana con 10.9%, candidiasis 0.9%, parásitos 0.2%, virus herpes simple 0.1%, atrofia con 0.1%, y de lesiones malignas la LIE-BG 1.7%, LIE-AG 0.6% y ASC-US 0.1%. Como se puede observar en nuestra población las infecciones cervico-vaginales no fueron las más comunes, si no que fue la inflamación esto debido a que en nuestra población existen muchos factores de riesgo que predisponen a dicha alteración, así como también un seguimiento inadecuado y falta de educación de las pacientes.

Palabras claves: Cáncer cérvico-uterino, mujeres en edad fértil, citología, infecciones cervico-vaginales, incidencia, mortalidad.

ABSTRACT

Cervico-vaginal alterations are a cause of discomfort, abortions, preterm deliveries, infertility and even cancer in women with active sexual life that can be caused by different agents being able to report through cytologies becoming an important aspect in the health of the women and why the present work is carried out with the following objective: to know the cervico-vaginal alterations that show the results of cytologies in women of fertile age from 15 to 49 years in the Family Health Community Units of Chirilagua, Pasaquina and The Casitas de Alegría comprised in the years 2014, 2015 and 2016 and in order to achieve it were made based on the following Methodology: The research is retrospective for the time span from 2014 to 2016, longitudinal where the incidence of the cytological alterations found in the sample population, performed only

once and descriptively taking the data that is they isolate in the records of women of childbearing age that cytology would be performed in the study units in the years 2014 to 2016, where the positive and negative data are specified detailing them. Conclusions: At the end of the investigation on the cytological results in the study sample with a total of 1096 cases the following was observed: Inflammation with 36.7%, bacterium vaginosis with 10.9%, candidiasis 0.9%, parasites 0.2%, herpes virus simple 0.1%, atrophy with 0.1%, and of malignant lesions the LIE-BG 1.7%, LIE-AG 0.6% and ASC-US 0.1%. As it can be seen in our population cervico-vaginal infections were not the most common, but it was the inflammation due to the fact that in our population there are many risk factors that predispose to this alteration, as well as inadequate follow-up and lack of patient education.

Key words: Cervical cancer, women of childbearing age, cytology, cervico-vaginal infections, incidence, mortality.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como propósito conocer las alteraciones cérvico-vaginales que presentan las mujeres de edad fértil, siendo un problema que experimenta toda mujer a lo largo de su vida sexual activa y que no ha tenido relevancia en nuestro país ya que no existen investigaciones sistematizadas sobre la incidencias de alteraciones citológicas que muestran la población femenina, y las autoridades correspondientes no han tomado importancia en el tema, ya que únicamente se encuentran investigaciones a nivel internacional donde se ha demostrado una alta incidencia de infecciones, inflamación, alteraciones celulares y cáncer cervico-uterino siendo este un problema de mayor incidencia en diferentes países en el mundo.

Existen varios aspectos importante en la incidencia de las alteraciones citológicas y tomando en cuenta las características de la población de nuestro país tales como: la edad, inicio temprano de relaciones sexuales, falta de educación, malos hábitos higiénicos, número de parejas sexuales, utilización de métodos anticonceptivos de barrera y promiscuidad; son factores se prestan como factor determinante en el apareamiento y recurrencia de alteraciones citológicas como: infecciones bacterianas, parasitarias, virales, o inflamaciones y lesiones pre-malignas, siendo posibles la detección temprana en el primer nivel de atención por medio de la citología y dar un tratamiento adecuado, y de ser necesario un tratamiento más avanzado como lo conlleva toda lesión premaligna que puede predisponer a cáncer in situ dar referencia para evaluación por especialista.

El cáncer cérvico-uterino (CC) es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial, en los países desarrollados, la experiencia ha mostrado que la implementación de programas organizados basados en la citología ha logrado reducir significativamente la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino (CC). Sin embargo, los países latinoamericanos que han implementado esos programas de prevención se han encontrado con limitaciones para alcanzar el impacto deseado en la reducción de la incidencia y mortalidad.

El Salvador persiste como uno de los países con mayor mortalidad por esta patología: las principales limitaciones de la toma de citologías se asocian con: baja cobertura de mujeres tamizadas; bajo porcentaje de mujeres con Papanicolaou (PAP) anormal que son efectivamente seguidas y tratadas; sensibilidad entre moderada y baja (lo que obliga a repeticiones frecuentes del tamizaje para reducir el porcentaje de falsos negativos); y factores que en su conjunto han contribuido a la baja efectividad de la prevención basada en la citología.

La presente investigación se desglosa de la siguiente manera: en el apartado 1, se encuentra lo que es el planteamiento del problema, el cual consistirá en sintetizar y describir la situación problemática existente, antecedentes del problema que toma investigaciones de años anteriores de problemáticas internacionales y locales, justificación que describe el porqué de la investigación.

El apartado 2 consisten los objetivos plateados para la investigación.

El apartado 3 El marco teórico que describe la base teórica que expresa los conocimientos previos sobre las alteraciones citológicas en mujeres en edad fértil, así como las posibles causas y tratamientos,

El apartado 4 está integrado por el sistema de hipótesis y su operacionalización

El apartado 5 muestra el diseño metodológico de investigación, donde se llegó a la determinación de que el método a utilizar en la presente investigación es Cuantitativa: porque describe la incidencia de resultados, Retrospectivo: ya que la información se recolectó de los expedientes tomados de las UCSF en los años 2014 a 2016, Longitudinal: ya que se determinó la incidencia de las alteraciones cérvico-vaginal reportadas en las citologías en los tres años de estudio. Así mismo la población y muestra que se tomó en la investigación.

El apartado 6 muestra los Resultados que reflejan todos los datos obtenidos por medio del instrumento de investigación, para la búsqueda de respuesta a la hipótesis planteada como grupo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes del problema

En el año 2012 en una recolección de datos en las unidades comunitarias de salud familiar cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán en el periodo de octubre a noviembre mostraba que las mujeres de edad fértil que consultaron presentaban alteraciones citológicas como: vaginitis inespecífica y vaginosis bacteriana; la vaginitis inespecífica se presentó en mayor porcentaje 39.08%, seguido de la vaginosis bacteriana en un 20.11%, luego la candidiasis en un 9.11%, vaginitis atrófica en un 9.77%, tricomoniasis en un 1.15% y menos de la mitad tienen un reporte citológico normal. (1)

En el área de salud de Paso Ancho- San Sebastián entre el año 2006 y el 2010 en un estudio se observó que la incidencia de citologías cervicales alteradas en mujeres menores de 20 años de los 623 PAP realizados, hubo un 95,99% que correspondieron a PAP normales, 3.69% representaron los PAP alterados y por último un 0,32 % que se catalogaron como inadecuados

Y de los PAP alterados en este periodo, se observó que la mayoría correspondieron a displasia leve con un total de 18 para un 2.88 %, le siguió ASC-US con 0.48% que correspondió a 3 casos y por último 2 displasias moderadas que fue la minoría, para un 0.32 %. En el presente estudio no se observaron resultados con displasias severas ni con cáncer in situ o invasor. (2)

En un municipio del norte de Antioquia-Colombia, 2008-2012 se muestra la prevalencia de alteraciones preneoplásicas del cáncer de cuello uterino en donde la prevalencia de citologías positivas fue 3,5%, de las alteraciones de significado indeterminado 5,0%, atrofia 6,2% e inflamación en el 44,8%. Entre los resultados indeterminados el 4,8% fue ASC-US, AGC-NOS 3 casos y ASC-H 5 casos; entre los positivos el 3,0% fue de LIE-BG y el 0,5% LIE-AG; agrupando los resultados positivos y las alteraciones de

significado indeterminado, se halló una prevalencia de alteraciones en la citología del 8,5%. (3)

En los años 2010-2012 en una empresa social del estado de Medellín (Colombia) se mostró que la prevalencia de resultado positivo de la citología para vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis era variable, y que la vaginosis bacteriana fue 18 %, candidiasis 4,7 % y tricomoniasis 0,8 %. Los subgrupos con mayor prevalencia de infecciones fueron los adolescentes, con 22,8 % de vaginosis bacteriana, 9,2 % de candidiasis y 1,0 % para tricomoniasis; y quienes usan el dispositivo intrauterino (DIU) con 25.6%, 5.1% y 1,2 % respectivamente. (4)

La Revista Medica de Honduras en el año 2000 mostró la importancia de la citología vaginal (Papanicolaou) para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años en una clínica privada; y que del total de mujeres incluidas en la revisión se obtuvo un total de 2683 pacientes obteniéndose los resultados distribuidos de la siguiente manera:

I): negativo por malignidad 2604 (97.1%).

A): negativo por malignidad más inflamación 265 que equivale a un 10.2% de las muestras.

Otros hallazgos que fueron reportados en las muestras con inflamación tenemos:

A) Gardnerella 59 pacientes (22.2%)

B) Trichomonas 20 pacientes (7.5%)

C) Cándida sp 21 pacientes (7.9%)

II): Positivo por malignidad 79 casos, de estos: (2.9%)

A): NIC i 21 casos (26.5%)

B): NIC ii 19 casos (24.0%)

C): NIC iii 12 casos (15.2%)

D): Cáncer invasor 5 casos (6.3%)

E): Atipia escamosa 18 casos (22.8%)

F): Sospechoso de cáncer 4 casos (5.1%) (5)

En una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia 1999-2003 mostrada por la Asociación de la citología cérvico-vaginal inflamatoria con lesión intraepitelial cervical; muestran que durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003 fueron atendidas un total de 2,928 pacientes en la consulta de patología cervical y colposcopia de la clínica piloto de pro familia. Mostrando que la prevalencia de lesión intraepitelial de bajo grado fue del 48,7 % (1,427/2,928). Mientras que la prevalencia de lesión intraepitelial de alto grado fue del 9,7 % (285/2 928). Hubo 5 casos de carcinoma micro-invasor y 24 casos de carcinoma invasor, con una prevalencia del 1 % (29/2,928)

La alteración citológica más frecuente fue la citología compatible con lesión intraepitelial de bajo grado en el 55 % de las mujeres. Le siguió la citología con atipias escamosas de significado indeterminado, (antes llamadas atipias severas) con un 24,6 %. La

citología inflamatoria severa fue la causa de la colposcopia en el 4,9 % de las pacientes. (6)

En un estudio de San José de Bongo, Estado Bolívar en el año 2010 se observó la Frecuencia de infecciones cérvico-vaginales y se describe encuentran en las pacientes dos agentes etiológicos causantes de infecciones cérvico-vaginales representando 48,9 % (22 casos), las pacientes que presentaron flora sugestiva de vaginosis bacteriana representaron un 26,7% (12 casos), seguidos de hongos morfológicamente compatible con *Candida*, el cual, representa 20,0 % (9 casos), se obtuvo que para cambios celulares compatibles con virus del papiloma humano y *Trichomonas vaginalis* se encontró 2.2% (1 caso) respectivamente. No se encontraron resultados con cambios celulares compatibles con virus del herpes simple, tampoco se observó muestras con bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces*(7)

En la Universidad de Antioquia, Medellín en el año 2006 se presentó un estudio en donde la prevalencia que se encontró fue de 3.2% de los LIES distribuidos de la siguiente manera LIE de Bajo Grado 0.5%, LIE de Alto Grado 0.2%, ACG-NOS 0.2%, ASC-US 1.2%.

Y el mayor porcentaje de mujeres de resultados positivos se encuentran en las edades de 21 a 30 años con un porcentaje de 61.5% de las usuarias menores de 21 años con un porcentaje de 30.8%.

De todas las alteraciones que se presentaron 5 fueron ASC-US de los cuales 2 casos se presentaron en edades de 15 a 20 años y 3 casos entre mujeres de 21 a 30 años, en cuanto a las LIE de Bajo Grado se presentaron 2 casos 1 en mujeres de 15 a 20 años y otra entre los 41 a 50 años

Las LIE de Alto Grado, ACG-NOS y ACG-H se presentaron entre las edades de 21 a 30 años.

En el estudio se encontró que más de la mitad de las usuarias tienen una flora normal correspondiendo el 67.3%, el 24.6% presentaron alteraciones de la flora cérvico-vaginal, siendo la vaginosis bacteriana la más frecuente con un porcentaje del 11.6%, seguido de la *Gardnerella vaginalis* con un porcentaje de 6.7%, luego la infección por *Candida* spp con un 5.4% y solo presentó un caso de tricomoniasis con un porcentaje de 0.2%(8)

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son las alteraciones cérvico-vaginales que muestran los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar Chirilagua; Pasaquina y las Casitas Alegría en periodo de 2014 a 2016?

1.3 Justificación

La importancia del estudio radica en la alta incidencia de alteraciones cérvico-vaginales, ya que en nuestra población son muy comunes, y las autoridades correspondientes no tienen estudios sistematizados a nivel regional y local sobre dicha temática, por lo que se vio la importancia de realizar un estudio que denote las alteraciones cérvico-vaginales más frecuentes en las unidades en estudio.

Además algunas de estas alteraciones de no ser tratadas adecuadamente son precursoras de cáncer cervical, ocupando el segundo lugar entre las neoplasias malignas de las mujeres de todo el mundo y es el más frecuente en las mujeres de América latina; y se estima que el cáncer de cuello uterino causa alrededor de quinientas mil muertes al año.

Se realiza en las instalaciones de las unidades en estudio para determinar los datos concretos que muestra la población, y así dar comparación con futuros trabajos en donde se muestra la incidencia de las alteraciones que afectan a las mujeres entre las edades de 15 a 49 años. Siendo este estudio retrospectivo de utilidad para el lector como para estudios posteriores, ya que utilizando un medio estadístico para obtención de los resultados citológicos realizados en los últimos tres años al actual.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1 Objetivo general

Conocer las alteraciones cérvico-vaginales que muestren los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Chirilagua, Pasaquina y Las Casitas de Alegría comprendidos en los años 2014, 2015 y 2016.

2.2 Objetivos específicos

1. Determinar las alteraciones citológicas más frecuentes en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.
2. Caracterizar las pacientes según: edad, método de planificación familiar, embarazo, y toma de citología (1ra vez o subsecuente) según alteraciones citológicas en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.
3. Describir la incidencia de las alteraciones cérvico-vaginales de las usuarias por unidad de salud en estudio.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Citología

La citología cervical, se puede definir como la prueba de tamizaje para la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino; consiste en la obtención de células del endocérvix y exocérvix, su extendido en el portaobjetos, la aplicación de la técnica de tinción de Papanicolaou y la observación al microscopio de la muestra para interpretar los cambios o alteraciones en la morfología de las células (1)

Otra definición de citología se trata de una prueba de tamizaje sencilla, de bajo costo, alta especificidad, aunque de menor sensibilidad es aceptada por la población para utilizarse en forma masiva.(2)

La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja(3)

En 1916, George Papanicolaou y Stockard estudiaron los aspectos citomorfológicos del ciclo vaginal de los cobayos utilizando la técnica del frotis para predecir el momento de la ovulación de los cobayos y obtener óvulos en estado premitótico. Estos estudios se extendieron posteriormente a primates, que tienen un ciclo ovárico comparable al humano.

En 1920 había publicado un libro sobre el aspecto celular de la vagina durante el embarazo. Posteriormente aparecieron numerosas publicaciones sobre citología hormonal, fruto de su trabajo y del de sus colaboradores.

En 1923 iniciaron un proyecto para el estudio del frotis vaginal de la mujer. Como resultado de estas investigaciones, Papanicolaou y colaboradores establecieron de manera definitiva la existencia de ciclos vaginales comparables al ciclo endometrial y que la exfoliación vaginal es un reflejo de los cambios histológicos del epitelio vaginal.

En 1923, George Papanicolaou, quien desarrollaba un proyecto de investigación sobre el extendido vaginal en el Hospital de Mujeres de Nueva York, reconoció células anormales malignas de un cáncer cervical. Muy sorprendido por su observación, se dedicó al estudio de la citología en el cáncer ginecológico.

En 1927 presentó sus resultados en una Conferencia en Battle Creek, Michigan. El trabajo titulado "Nuevo Diagnóstico del Cáncer", describía las células malignas en los extendidos vaginales. Papanicolaou se asoció con Herb F. Traut, un patólogo experto en patología ginecológica.

En 1943 publicaron la clásica monografía "El Diagnóstico del Cáncer Uterino por el Extendido Vaginal", en la Revista Americana de Obstetricia y Ginecología. Lo novedoso

del método citológico de Papanicolaou fue la fijación y coloración óptimas que facilitaban la lectura de los extendidos.

Otro hito importante en el desarrollo de la citología diagnóstica fue la publicación por Papanicolaou en 1954, de su monumental Atlas de Citología Exfoliativa.

En 1947, Ernest Ayre introdujo la espátula que lleva su nombre, para obtener por raspado células del orificio cervical externo en lugar de la aspiración del fondo de saco posterior. Este instrumento permitió mejores resultados, al bajar la excesiva tasa de falsos negativos por toma inadecuada de la muestra. Un asunto conflictivo para los citopatólogos ha sido la terminología de los diagnósticos citológicos cervicales.

En 1954, Papanicolaou describió el sistema de cinco clases. Reagan propuso el uso de términos histológicos, como displasia, carcinoma in situ y carcinoma invasivo.

La citología se fue perfeccionando y en 1957 James Reagan, discípulo de Papanicolaou, hizo estudios de análisis celular, que permitieron establecer criterios de mayor rigurosidad científica para el diagnóstico citológico.

En 1966, Ralph Richard propuso la clasificación de la neoplasia intraepitelial cervical en tres grados.

En 1988 se realizó en Maryland, una reunión convocada por el Instituto Nacional del Cáncer para revisar la terminología de la citología cérvico-vaginal. Después de un ardoroso debate, los participantes acordaron ya no usar el sistema de clases de Papanicolaou y recomendaron adoptar la terminología y clasificación del Instituto Nacional de Cáncer, que se conoce como el Sistema de Bethesda, que ha sido aceptado por la mayoría de laboratorios. (4)

Una alteración citológica se produce cuando el equilibrio natural de la vagina se altera dando lugar a un ambiente propicio para la proliferación excesiva de hongos, bacterias, parásitos y virus. Además de alteraciones a nivel de las células epiteliales.

De manera más específicas se pueden delimitar de la siguiente manera:

La vaginosis bacteriana (VB) es un desorden del ecosistema vaginal caracterizado por un cambio en la flora vaginal, desde el predominio normal de lactobacilos hacia uno dominado por organismos productores de enzimas tipo sialidasa, microorganismos que incluyen *Gardnerellavaginalis*, *Mobiluncusspp*, *Prevotellabivia*, *Bacteroidesspp*, *Peptostreptococcusspp*, *Ureaplasmaurealyticumy* y *Mycoplasma hominis*.(5)

La vaginitis por Cándida: es la segunda causa de infecciones vaginales después de la vaginosis bacteriana, causada principalmente por *Cándida Albicans* (60 a 80%), y ocasionalmente por *CándidaGlabrata* (hasta un 20%) y *CándidaTropicalis* (6 a 23%)(6)

La tricomoniasis vaginal es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, causada por *Trichomonasvaginalis*; estimándose que ocurren 5 millones de casos nuevos anualmente en EE.UU. Es responsable de entre el 10% 25% de las infecciones vaginales.(7)

El herpes genital es una de las enfermedades de transmisión sexual con mayor distribución en la población mundial y representa la primera causa de ulceración genital.

El ser humano es el único reservorio de la infección por VHS2. El VHS-2 se transmite por vía sexual, tanto a partir de lesiones cutáneo-mucosas como a través de secreciones contaminadas sin clínica aparente, mientras que el VHS-1 lo hace habitualmente por vía orogenital.(8)

La inflamación del epitelio escamoso del cuello uterino: En este cuadro clínico la mucosa cervical responde a la infección con una reacción inflamatoria que se caracteriza por el daño a las células superficiales. Este daño conduce a la descamación y ulceración, que causan una reducción del espesor epitelial debido a la pérdida de células de la capa superficial y de parte de la capa intermedia.(9)

Las mujeres con infecciones cérvico-vaginales frecuentes no tratadas o mal manejadas tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones en los ovarios, las trompas de Falopio y el útero e infertilidad. Un examen vaginal que toma pocos minutos y la toma de citología nos determinara el agente de la infección para darle un tratamiento adecuado.

El cáncer cérvico-uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. En la Región de las Américas, se pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer cérvico-uterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. (10)

3.2 Estudios realizados en el salvador

En El Salvador, en 1998 se registraron 405 muertes por cáncer del cuello, cuerpo uterino y parte no especificada, constituyéndose en la primera causa de muerte por tumores entre las mujeres. A pesar de existir un subregistro importante de la mortalidad, 32% según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa estimada de mortalidad global por cáncer uterino para 1998 es de 20-25 por 100.000 mujeres; lo cual sitúa a El Salvador en el grupo de países con más alta mortalidad por esta causa en las Américas.

La normativa vigente en el Ministerio de Salud dirige sus esfuerzos a tamizar el 80% de mujeres de 15-59 años, las cuales son captadas principalmente en los programas regulares de control prenatal y planificación familiar.

Como era de esperar, del total de citologías de primera vez un porcentaje menor al 10% fueron reportadas como positivo a lesión; de las cuales un mínimo porcentaje corresponde a lesiones de alto grado (LEIAG) y cáncer invasivo. (2)

3.3 La Prueba de Papanicolaou (PAP)

Una prueba de Papanicolaou es una prueba citológica concebida para detectar células cervicales anormales, el estudio se basa en la exfoliación espontánea o inducida de células normales o patológicas del cuello del útero (exocérvix y endocérvix) y la vagina.

3.3.1 Recomendaciones previo a la toma de citología cérvico-uterina:

Los siguientes son requisitos para la obtención de una muestra citológica en condiciones óptimas para su evaluación:

- Evite relaciones sexuales dos días antes de la Prueba de Papanicolaou(PAP).
- Evite el uso de duchas o medicamentos vaginales dos días antes.
- Evite el uso de espumas, cremas o gelatinas espermicidas dos días antes.
- Que no se encuentre menstruando.
- En la mujer puérpera, debe programar la toma de la citología a partir de las doce semanas posparto, si no tiene la Prueba de Papanicolaou (PAP)vigente

3.3.2 Material necesario para la toma de la citología

Materiales requeridos

- Guantes estériles.
- Espéculos estériles.
- Láminas de vidrio portaobjeto.
- Espátulas de Ayre.
- Torundas de algodón.
- Alcohol suficiente para cubrir las láminas por fijar.
- Solicitudes de examen citológico cérvico uterino.
- Etiquetas para rotulado.
- Citocepillo.
- Pinza.

3.3.3 Técnica para la toma de citología cérvico-uterina:

- A) Con la usuaria en posición de litotomía, colocar un espéculo vaginal sin lubricante hasta lograr exponer el orificio cervical externo del cuello uterino. Si fuera necesario, utilizar solución salina normal en vez de lubricante, especialmente en las mujeres de mayor edad.

- B) Si la mujer tiene leucorrea o secreción endocervical, realizar una limpieza suave con un hisopo de algodón humedecido con solución salina normal, antes de tomar la muestra.
- C) Tomar la muestra del exocérvix primero, utilizando una espátula de Ayre de madera. Realizar inmediatamente un extendido fino (en monocapa) en forma unidireccional sobre la lámina portaobjeto. Luego, tomar la muestra del endocérvix usando el extremo delgado de la espátula de Ayre o un cepillo endocervical. Extender inmediatamente siguiendo las mismas indicaciones. Si la espátula de ayre no raspa toda la zona de transformación, hágala girar de nuevo sobre el cuello uterino. Si es posible varias veces para cubrir toda la zona de transformación.
- D) Fijar de manera inmediata la muestra con aerosol de alcohol etílico a 96 grados, aplicándolo a 20 centímetros de distancia de la lámina en un ángulo de 45 grados o sumergirla en alcohol etílico a 96 grados durante cinco minutos.
- E) Retirar el espéculo con delicadeza.
- F) Realizar tacto vaginal bimanual para completar la evaluación ginecológica.
- G) Completar el formulario para tamizaje de cáncer cérvico-uterino con letra legible con los hallazgos clínicos encontrados. (5)

3.3.4 Probables resultados de la citología cérvico-uterina

En términos generales el resultado de una citología cérvico-uterina debe brindar información sobre tres componentes básicos:

A) Calidad de la Muestra

Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al médico remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra; esto fomenta una mayor atención al momento de tomar muestras. Las categorías que se han utilizado son: Satisfactoria, insatisfactoria y una categoría intermedia denominada Satisfactoria pero limitada.

Satisfactoria: cuando en la boleta de solicitud se consigna todos los datos requeridos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas, y existe representación de la zona de transformación, que se estima con la presencia de células endocervicales.

Insatisfactoria: cuando la muestra no tiene boleta de solicitud, la lámina no está rotulada, la lámina está rota, la celularidad es muy escasa o existe factores (hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido).

B) Categorías de los Resultados

Siguiendo las recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino, los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:

- No útil o frotis inadecuado: cuando la muestra es insatisfactoria.
- Negativo a malignidad: el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión premaligna (displasia).
- Sospechosa de malignidad: existen alteraciones morfológicas pero no son concluyentes.
- Positivo por malignidad: el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:
 - 1- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC 1) (Displasia Leve).
 - 2- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC II) (Displasia Moderada).
 - 3- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NIC III) (Displasia Severa)/carcinoma in Situ.
 - 4- Carcinoma de Células Escamosas.
 - 5- Adenocarcinoma.

C) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones posteriores. Este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos.

El estudio citológico se realizó tomando en cuenta los criterios del Sistema Bethesda 2001, en toda su interpretación para el estudio de las muestras cérvico-vaginales, pero se tomaron en cuenta los organismos o agentes etiológicos que producen las infecciones cérvico-vaginales.

3.4 Sistema Bethesda

El Sistema de Bethesda define una clasificación general y la interpretación de resultados.

A) Idoneidad de la muestra:

- Satisfactoria para evaluación (describe la presencia o ausencia de células endocervicales/metaplásicas)
- Insatisfactoria para evaluación
- Muestra rechazada/no procesada
- Muestra procesada y examinada, pero no satisfactoria para evaluación de anormalidad epitelial

B) Categorización general:

- Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.
- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifican alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados.
- Otro: células endometriales en una mujer > 40 años de edad)

C) Interpretación/Resultado:

- Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad.
- Organismos:
 - 1) Trichomonas vaginalis
 - 2) Organismos micóticos morfológicamente consistente con Cándidaspp
 - 3) Cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana
 - 4) Bacterias morfológicamente consistentes con Actinomyces spp.
 - 5) Cambios celulares consistentes con Herpes simplex virus
 - 6) Otros Hallazgos No Neoplásicos
- Cambios celulares reactivos asociado con:
 - 1) Inflamación (incluye reparación típica)
 - 2) Radiación
 - 3) Dispositivo intrauterino contraceptivo (DIU)
 - 4) Estado de células glandulares post histerectomía
 - 5) Atrofia
- Anormalidades de Células Epiteliales
 - 1) Células Escamosas
 - ✓ Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad que existe en ciertos casos para brindar un diagnóstico definitivo.
 - ✓ Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H)
 - ✓ Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG)
Comprendiendo: cambios por virus del papiloma humano/displasia leve/CIN 1.

- ✓ Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG)
Comprendiendo: cambios por displasia moderada y severa, carcinoma in situ CIN 2 y CIN 3
- 2) Carcinoma de células escamosas
 - ✓ Células glandulares
 - ✓ Células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervical, endometrial o sin especificar)
 - ✓ Células glandulares atípicas, posible neoplasia (especificar endocervical o sin especificar)
 - ✓ Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
 - ✓ Adenocarcinoma

La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células.

En cuanto a las anomalías de células glandulares, el Sistema de Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células tomando en cuenta que los hallazgos glandulares atípicos involucran un aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada y deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de célula glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento y de tratamiento.

3.4.1 Cambios celulares benignos obtenidos en la citología:

Infección:

- Candidiasis vaginal: el tratamiento específico de la pareja: clotrimazole, fluconazole o ketoconazole. Oral, tópico, vaginal. Repetir PAP en 2 años.
- Tricomonas vaginalis: tratamiento específico a la pareja: tinidazol o metronidazole. Repetir la Prueba de Papanicolaou (PAP) en 2 años.
- Vaginosis bacteriana: tratamiento específico: metronidazole o clindamicina. Repetir en 2 años.
- Vaginitis bacteriana, clamidia: tratamiento específico a la pareja: amoxicilina, azitromicina. Repetir la Prueba de Papanicolaou (PAP) en 2 años.
- Herpes genital: tratamiento específico a la pareja: aciclovir oral. Repetir la Prueba de Papanicolaou (PAP) en 6 meses.

Inflamación:

- Inflamación severa: tratamiento específico/inespecífico: repetir PAP en 6 meses si inflamación es severa y persistente referir a colposcopia.

- Vaginitis atrófica: tratamiento inespecífico: estrógenos conjugados. Repetir la Prueba de Papanicolaou (PAP) en 3 meses.
- Insatisfactorio para evaluación por calidad de la muestra: repetir inmediatamente
- Satisfactoria para evaluación/negativa para lesión intraepitelial: repetir la Prueba de Papanicolaou (PAP) en dos años
- Tres satisfactorias para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad: repetir en tres años.

3.5 Cuándo realizarse nuevamente la citología cérvico-uterina:

- ✓ Si hay un resultado normal volverá a realizarse la citología en 1 año, si hay 2 resultados normales continuos cada 2 años
- ✓ Si el resultado es inadecuado se repetiría la citología.
- ✓ Si tiene una citología con atipia incierta su ginecólogo puede ofrecerle tres procedimientos:
 - Buscar si tiene Virus Papiloma Humano.
 - Realizar una colposcopia en NIC (neoplasia intracervical) I, II, III.
 - Recomendar una nueva citología en 6 meses para ver si las células anómalas han desaparecido.
- ✓ Si hay una lesión de bajo grado hay dos posibilidades:
 1. Si tiene menos de 25 años, repetir la citología cervical a los 6 meses, ya que es muy probable que las células anormales hayan desaparecido.
 2. Realizar una Colposcopia.
- ✓ Si hay una lesión de alto grado: estas células no suelen desaparecer espontáneamente, sino que precisan un tratamiento. Por lo tanto le indicarán realizar una colposcopia para examinar el cuello del útero.(19)

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cérvico-uterino. Esto representa desafíos importantes para las mujeres, especialmente las de bajos recursos económicos.

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis de trabajo

Hi: Las alteraciones citológicas más comunes presentadas en las usuarias son las infecciones.

4.2 Hipótesis nula

Ho: Las alteraciones citológicas más comunes presentadas en las usuarias no son las infecciones.

Tabla 1 Operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES
<p>¿Cuáles son las alteraciones cérvico-vaginales que muestran los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar Chirilagua; Pasaquina y las Casitas Alegría en Periodo de 2014 a 2016?</p>	<p>Conocer las alteraciones cérvico-vaginales que muestren los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Chirilagua, Pasaquina y Las Casitas de Alegría comprendidos en los años 2014, 2015 y 2016.</p>	<p>Hi: Las alteraciones citológicas más comunes presentadas en las usuarias son las infecciones.</p>	<p>V1: Las alteraciones citológicas.</p>	<p>Alteraciones cérvico-vaginales: son producidas cuando el equilibrio natural de la vagina se altera dando lugar a un ambiente propicio para la proliferación excesiva de hongos, bacterias y parásitos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Cambios en la flora, sugestivos de vaginosis bacteriana. <input type="checkbox"/> Microorganismos micóticos consistentes con <i>Cándida Sp.</i> <input type="checkbox"/> Microorganismos micóticos consistentes con <i>Cándida Sp.</i> <input type="checkbox"/> Microorganismos micóticos consistentes con <i>TorulopsisSp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Trichomona</i> vaginales. <input type="checkbox"/> Cambios celulares asociados a Herpes simplex.</p>

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES
<p>¿Cuáles son las alteraciones cervico-vaginales que muestran los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar Chirilagua; Pasaquina y las Casitas Alegría en Periodo de 2014 a 2016?</p>	<p>Conocer las alteraciones cervico-vaginales que muestren los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Chirilagua, Pasaquina y Las Casitas de Alegría comprendidos en los años 2014, 2015 y 2016.</p>	<p>H0: Las alteraciones citológicas más comunes presentadas en las usuarias no son las infecciones.</p>	<p>V1: Las alteraciones citológicas</p>	<p>Alteración cervico-vaginales: son producen cuando el equilibrio natural de la vagina se altera dando lugar a un ambiente propicio para la proliferación excesiva de hongos, bacterias y parásitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana. <input type="checkbox"/> Microorganismos micóticos consistentes con Cándida Sp. <input type="checkbox"/> Microorganismos micóticos consistentes con Cándida Sp. <input type="checkbox"/> Microorganismos micóticos consistentes con TorulopsisSp. <input type="checkbox"/> Trichomona vaginaes. <input type="checkbox"/> Cambios celulares asociados a Herpes simplex. <input type="checkbox"/> Cambios celulares reactivos asociados a inflamación.

5. DISEÑO METODOLÓGICO:

5.1 Tipo de estudio

Cuantitativo por la manera en que se presentan los datos estadísticos.

5.2 Diseño de Estudio

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio será:

Retrospectivo: ya que la información se recolectó de los expedientes tomados de las UCSF en estudio obtenidos por medio de los resultados de las citologías cérvico-uterinas tomadas en el período de 2014, 2015 y 2016.

Según el período y secuencia del estudio es:

Longitudinal: porque se determinó la incidencia de las alteraciones cérvico-vaginal reportadas en las citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 45 años que consultaron a las UCSF que participan en la investigación en el tiempo comprendido de los años 2014, 2015 y 2016 sin ningún seguimiento posterior, a sabiendas que la información que se tomara, se realizará solo una vez.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación es:

Descriptiva: Se demuestra la incidencia de las alteraciones cérvico-uterinas que muestran los resultados citológicos (infecciones e inflamación) de las pacientes (mujeres en edad fértil) que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar que participan en la investigación.

Un reporte de citología es positivo cuando se presenta las siguientes:

- ✓ Inflamación
- ✓ Infección por bacterias
- ✓ Infección por hongos
- ✓ Infección por virus
- ✓ Infección por parásitos
- ✓ ASC-US
- ✓ LIE de bajo grado
- ✓ LIE de alto grado
- ✓ Carcinoma In situ

Un reporte de citología es negativo cuando presenta lo siguiente:

- ✓ Satisfactoria para evaluación
- ✓ Negativo a lesión intraepitelial o maligna.

5.3 Universo y muestra

5.3.1 Población

Tabla 2 Distribución de la población de mujeres en edad fértil por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) del año 2014 a 2016

Unidad comunitaria de Salud Familiar	POBLACION POR AÑO DE ESTUDIO		
	2014	2015	2016
Las Casitas, Usulután	700	705	710
Chirilagua, San Miguel	3133	3338	3134
Pasaquina, La Unión	3229	3106	3577
Total:	7062	7149	7421

Fuente: Pirámide poblacional de las Unidad Comunitaria de Salud Familiar

5.3.2 Muestra 2014

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza

p = Variabilidad positiva

q = Variabilidad negativa

N = Tamaño de la población

E = Precisión o error

Datos:

$$n = ?$$

$$N = 7062$$

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$p = 50\% = 0.5$$

$$q = 50\% = 0.5$$

$$E = 5\% = 0.05$$

Sustituyendo para el año 2014

$$n = \frac{(1.96 \times 1.96)(0.50 \times 0.50) \times 7062}{7062 \times (0.05 \times 0.05) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25) \times 7062}{7062 \times (0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{0.9604(7062)}{17.655 + 0.9604}$$

$$n = \frac{6782.34}{18.61} \approx 364.34$$

$n = 364$ mujeres en edad fértil

5.3.3 Muestra 2015

Datos:

$$n = ?$$

$$N = 7149$$

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$p = 50\% = 0.5$$

$$q = 50\% = 0.5$$

$$E = 5\% = 0.05$$

Sustituyendo para el año 2015

$$n = \frac{(1.96 \times 1.96)(0.50 \times 0.50) \times 7149}{7149 \times (0.05 \times 0.05) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25) \times 7149}{7149 \times (0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{(0.9604)(7149)}{17.8725 + 0.9604}$$

$$n = \frac{6865.8996}{18.8329} \approx 365.62$$

$n = 366$ mujeres en edad fértil

5.3.4 Muestra 2016

Datos:

$$n = ?$$

$$N = 7421$$

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$p = 50\% = 0.5$$

$$q = 50\% = 0.5$$

$$E = 5\% = 0.05$$

Sustituyendo para el año 2016

$$n = \frac{(1.96 * 1.96)(0.50 \times 0.50) \times 7421}{7421 \times (0.05 * 0.05) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25) \times 7421}{7421 \times (0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{(0.9604)(7421)}{18.5525 + 0.9604}$$

$$n = \frac{7127.1284}{19.5129} \approx 366.30$$

$n = 366$ mujeres en edad fértil

Tabla 3 Distribución de la Muestra de mujeres en edad fértil por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) del año 2014 a 2016

AÑOS	MUESTRA POR AÑO EN ESTUDIO
2014	364
2015	366
2016	366

Fuente: Población por año en estudio

5.3.5 Submuestra 2014

$$n_h = \frac{N_h(n)}{N-1}$$

N = Tamaño de la población total

n = Tamaño de la muestra total

N_h = Tamaño de la población de cada unidad de salud

n_h = Tamaño de la submuestra en cada unidad de salud

Cálculo de la submuestra de la UCSF Las Casitas Alegría del año 2014

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 700$$

$$n = 364$$

$$N = 7062$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{700(364)}{7062 - 1}$$

$$n_h = \frac{254800}{7061}$$

$$n_h = 36.08554 \approx 36$$

Cálculo de la submuestra de la UCSF Chirilagua del año 2014

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 3133$$

$$n = 364$$

$$N = 7062$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{3133(364)}{7062 - 1}$$

$$n_h = \frac{1,140,412}{7061}$$

$$n_h = 161.50856 \approx 161$$

Cálculo de la submuestra de la UCSF Pasaquina del año 2014

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 3229$$

$$n = 364$$

$$N = 7062$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{3229(364)}{7062 - 1}$$

$$n_h = \frac{1175356}{7061}$$

$$n_h = 166.45744 \approx 167$$

5.3.6 Submuestra 2015

Cálculo de la submuestra de la UCSF Las Casitas Alegría del año 2015

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 705$$

$$n = 366$$

$$N = 7149$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{705(366)}{7149 - 1}$$

$$n_h = \frac{257325}{7148}$$

$$n_h = 35.99958 \approx 36$$

Cálculo de la submuestra de la UCSF Chirilagua del año 2015

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 3338$$

$$n = 366$$

$$N = 7149$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{3338(366)}{7149 - 1}$$

$$n_h = \frac{1,218,370}{7148}$$

$$n_h = 170.44907 \approx 171$$

Cálculo de la submuestra de la UCSF Pasaquina del año 2015

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 3106$$

$$n = 366$$

$$N = 7149$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{3106(366)}{7149 - 1}$$

$$n_h = \frac{1133690}{7148}$$

$$n_h = 158.6024 \approx 159$$

5.3.7 Submuestra 2016

Cálculo de la submuestra de la UCSF Las Casitas Alegría del año 2016

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 710$$

$$n = 366$$

$$N = 7421$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{710(366)}{7421 - 1}$$

$$n_h = \frac{259150}{7420}$$

$$n_h = 34.925876 \approx 36$$

Cálculo de la submuestra de la UCSF Chirilagua del año 2016

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 3134$$

$$n = 366$$

$$N = 7421$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{3134(366)}{7421 - 1}$$

$$n_h = \frac{1,143,910}{7420}$$

$$n_h = 154.16576 \approx 154$$

Cálculo de la submuestra de la UCSF Pasaquina del año 2016

Datos:

$$n_h = ?$$

$$N_h = 3577$$

$$n = 366$$

$$N = 7421$$

Sustituyendo:

$$n_h = \frac{3577(366)}{7421 - 1}$$

$$n_h = \frac{1305605}{7420}$$

$$n_h = 175.95754 \approx 176$$

Tabla 4 Distribución de la Submuestra de mujeres en edad fértil por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) del año 2014 a 2016

Unidad comunitaria de Salud Familiar	SUBMUESTRA POR AÑO EN ESTUDIO		
	2014	2015	2016
Las Casitas, Usulután	36	36	36
Chirilagua, San Miguel	161	171	154
Pasaquina, La Unión	167	159	176
Total:	364	366	366

Fuente: Muestra de población en estudio.

5.4 Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia

Porque en esta investigación no todos los expedientes de mujeres que se realizaron la citología se incluyeron en la investigación; ya que no todos cumplen los criterios necesarios para incluirlos en la recolección de datos, el muestreo fue por conveniencia debido a que se realizó en base a los expedientes de mujeres en edad fértil que consultaron a las unidades de salud de estudio que cumplan con los criterios tanto de inclusión como de exclusión.

5.5 Criterios para establecer la muestra

Criterios de inclusión

- Género: Mujer
- Mujer que ha iniciado relaciones sexuales
- Edad: entre los 15 a 49 años
- Área geográfica: que consulten en las unidades de salud comunitaria familiar de Las Casitas, Chirilagua y Pasaquina

Criterios de exclusión

- Mujer que se realiza citología en años diferentes a los tomados para la investigación.
- Citologías que reportan insatisfactoria para evaluación.

Nota aclaratoria:

No se tomaron como criterios de inclusión los siguientes parámetros, debido a que no se encuentran en la hoja de reporte citológico utilizada como instrumento de recolección de datos.

Entre los parámetros tenemos

1. Número de parejas sexuales
2. Edad de inicio de relaciones sexuales
3. Paridad
4. Educación
5. Estado Civil
6. Ocupación
7. Promiscuidad

5.6 Técnica de recolección de datos:

- A) Documental bibliográfica:** porque permitió hacer una revisión de diferentes libros especializados en el tema donde se investiguen datos importantes sobre el método de la citología
- B) Documental hemerográfica:** porque permitió recolectar información sobre concepto, características importantes de las enfermedades y como hacer diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno según el reporte de citología de tesis especializadas en el tema, Lineamientos Técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y revistas digitales.
- C) Documental escrito:** Ya que permitió extraer información sobre la incidencia de infecciones e inflamaciones que muestren los expedientes tomados como muestra de estudio.

5.7 Instrumentos:

Una Ficha de entrevista archivológica la cual está formada de 3 partes, la primera recolectará datos generales del reporte citológico en estudio, en la segunda se indaga sobre la información ginecologica-osbtetrica de la paciente al momento de la toma y para finalizar la tercera parte conllevaba el informe citológico que demuestra si presenta alteración.

5.8 Procedimiento

A. Planificación de la investigación

Durante las primeras semanas de febrero el grupo se reunió con el tutor y la coordinadora de grupos para la selección de tema de investigación para enviar a la propuesta a Junta.

Posterior a la selección del tema durante los meses de marzo, abril y mayo se realizó la identificación de fuentes de información confiables y seguras, dentro de las cuales se tienen libros, normativas de salud pública, tesis y toda aquella información pertinente que aportó conocimiento y orientación para tener una idea clara acerca de los procedimientos necesarios que conllevo la investigación.

Esta investigación es retrospectiva, longitudinal y descriptiva ya que es de años anteriores (2014, 2015 y 2016), en un periodo de tiempo determinado y se realizará una descripción y cuantificación de la incidencia de infección e inflamación cérvico-vaginal.

El objeto de esta investigación son las alteraciones citológicas de mujeres en edad fértil tomadas en los años de estudio en las Unidades de Salud Familiar respectivas.

B. Ejecución de la investigación

La población estudiada es toda mujer en edad fértil que se realizó la citología en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Chirilagua, Pasaquina y las Casitas de Alegría, en los años 2014, 2015 y 2016, con reporte citológico presente en los expedientes.

Previo a la ejecución de la investigación se realizó una validación de instrumento (Ficha archivológica) en las Unidades Comunitarias de estudio.

Se procedió a revisar el expediente de cada una de las pacientes sometidas al muestreo con autorización del director de cada Unidad de Salud.

C. Recolección de datos

Tabla 5 La recolección de los datos se llevará a cabo en el periodo comprendido del 09 de Junio de 2017 al 28 de Julio de 2017 y se realizó de la siguiente manera:

Responsables	Semanas				Total
	1° y 2° semana de junio	3° y 4° semana de junio	1° y 2° semana de julio	3° y 4° semana de julio	
Br. Abelino Alva	25	27	32	24	108
Br. Jasmin Aya	120	125	122	119	486
Br. Arely Amay	121	125	126	130	502
Total	266	277	280	273	1096

Fuente: Cronograma de actividades

5.9 Plan de análisis

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variables, se realizó una ficha de entrevista archivología en donde se recolectaran los datos generales, información ginecológica y obstétrica e información citológica de las pacientes que se sometieron a la toma de citología en las unidades de estudio en los años ya mencionados; para conocer cuál es la edad más frecuentes en que se presenta infección e inflamación, y con lo cual se obtendrá una base de datos confiable; posteriormente se realizará la tabulación de la información recolectada y determinando si es válida o rechaza la hipótesis, utilizando el programa estadístico para realizar la tabulación de datos.

6. RESULTADOS

6.1 Datos Descriptivos

Tabla 6: Procedencia demográfica

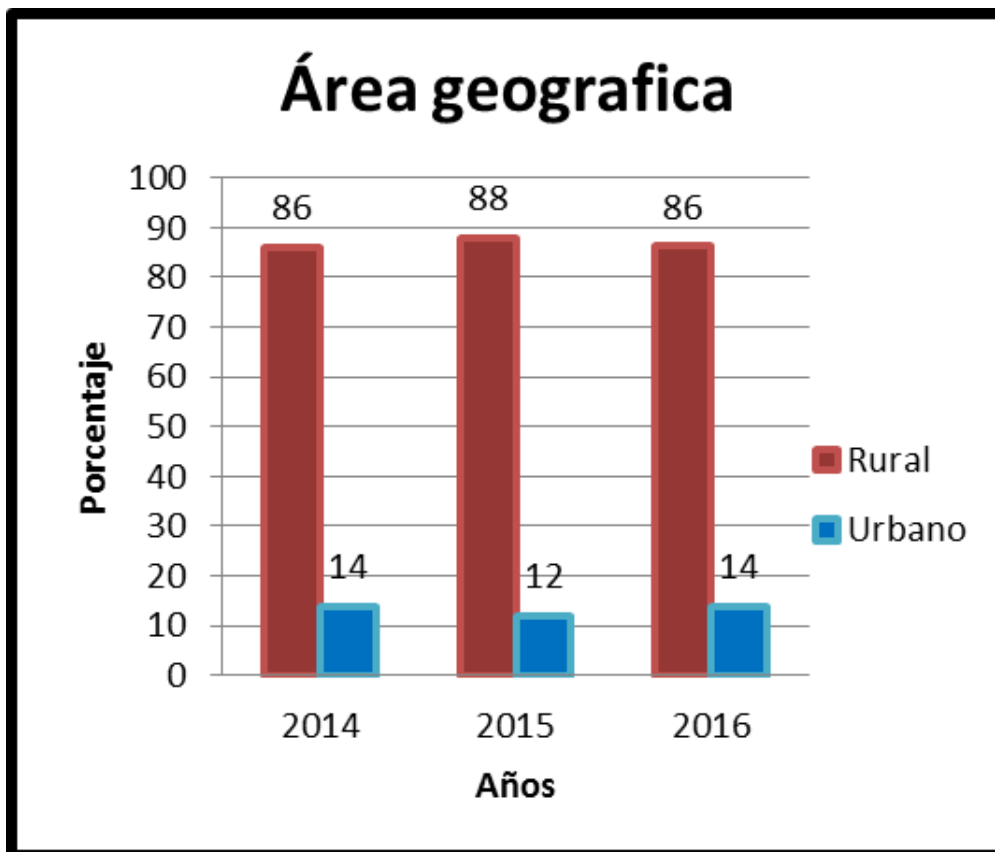
Año	Área				Total
	Rural	%	Urbano	%	
2014	315	86	51	14	366
2015	322	88	44	12	366
2016	314	86	50	14	364
Total	951		145		1096

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: en la tabla 5 se tiene los reportes de citología según su procedencia de usuarias durante los años 2014 a 2016 donde se observa que el mayor porcentaje para todos los años corresponde al área Rural; los cuales están entre 86-88% y un bajo porcentaje, un 14% procedentes del área Urbana y se muestran mucha similitud en los tres años de estudio.

Interpretación: Para los tres años en estudio observamos que hay mayor participación a toma de citología del área rural según las unidades de salud, esto es mayor ya que en 2 de las unidades se tiene asistencia tanto urbana como rural y la mayoría de las pacientes consultantes pertenecen a los cantones de dichos centros de salud.

Grafico 1: Procedencia demográfica



Fuente: Tabla número 6

Tabla 7: Consolidación Total de reporte Citológico de los años en estudio

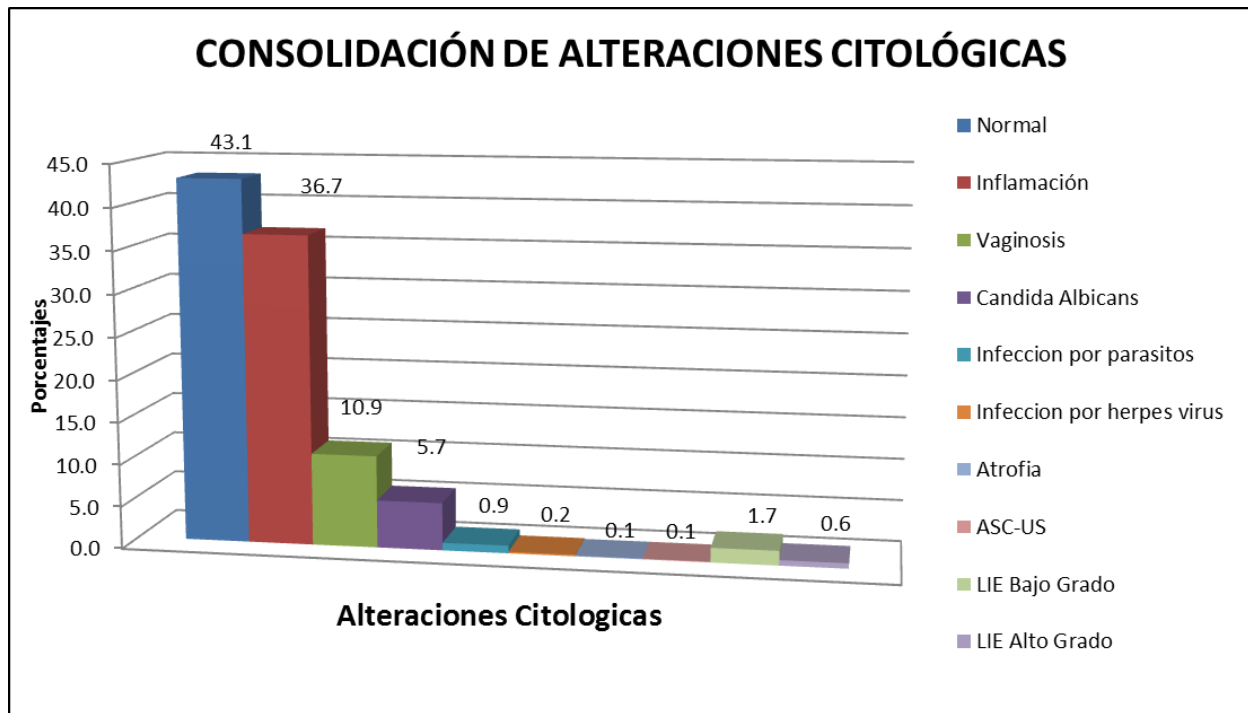
Años	Resultados de PAP																			Total	
	Normal	%	Inflamación	%	Vaginosis	%	Candida Albicans	%	Infeccion por parasitos	%	Infeccion por herpes virus	%	Atrofia	%	ASC-US	%	LIE Bajo Grado	%	LIE Alto Grado		%
2014	141	38.5	145	36.9	43	11.7	28	7.7	6	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.8	0	0.0	366
2015	168	45.9	122	33.3	47	12.8	11	3.0	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	11	3.0	3	0.8	366
2016	163	44.8	135	36.9	30	8.2	23	6.3	3	0.8	1	0.3	0	0.0	0	0.0	5	1.4	4	1.1	364
Total	472	43.1	402	36.7	120	10.9	62	5.7	10	0.9	2	0.2	1	0.1	1	0.1	19	1.7	7	0.6	1096

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: La tabla 7 se tiene la consolidación total de los reportes citológicos incluyendo los positivos y negativos, de los años 2014 a 2016, donde se observa un porcentaje de negatividad de 43.1%, un 36.7% de inflamación, 10.9% de vaginosis bacteriana, 5.7% de candidiasis, 0.9% por parásitos, 0.2% por Herpes virus, 0.1% por atrofia, 0.1% por ASC-US, 1.7% por LIE-BG, 0.6% por LIE-AG.

Interpretación: En el gráfico N° 2 se puede observar la predominancia de los resultados normales (negativo) de citología y entre los resultados positivos el de mayor frecuencia es la inflamación; seguido de las infecciones siendo la más común la vaginosis, seguida de candida, infección por parásitos, infección por herpes virus y en menor frecuencia la atrofia de igual predominio en los 3 años, y por último las lesiones premalignas donde la LIEBG fue la más frecuente en los 3 años de estudio, donde cabe recalcar que la mayor incidencia se presentó en el año 2015; de igual manera la ASC-US, mientras que la LIEAG su mayor incidencia fue en el año 2016, pero como dato relevante no se encontró cáncer in situ.

Grafico 2: Consolidación Total de reporte Citológico de los años en estudio



Fuente: Tabla número 7

Tabla 8: Resultados Citológicos por grupo etario del año 2014

2014																			
Edad	Alteraciones																		Total
	Inflamación	%	Vaginosis	%	Candidiasis	%	Infecciones por parasitos	%	HPV	%	Atrofia	%	ASC-US	%	LIEBG	%	LIEAG	%	
15-19	15	40.5	11	29.7	9	24.3	1	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.7	0	0.0	37
20-29	46	68.7	11	16.4	9	13.4	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	67
30-39	52	70.3	12	16.2	7	9.5	2	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4	0	0.0	74
40-49	32	68.1	9	19.1	3	6.4	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.1	0	0.0	47
Total	145		43		28		6		0		0		0		3		0		225

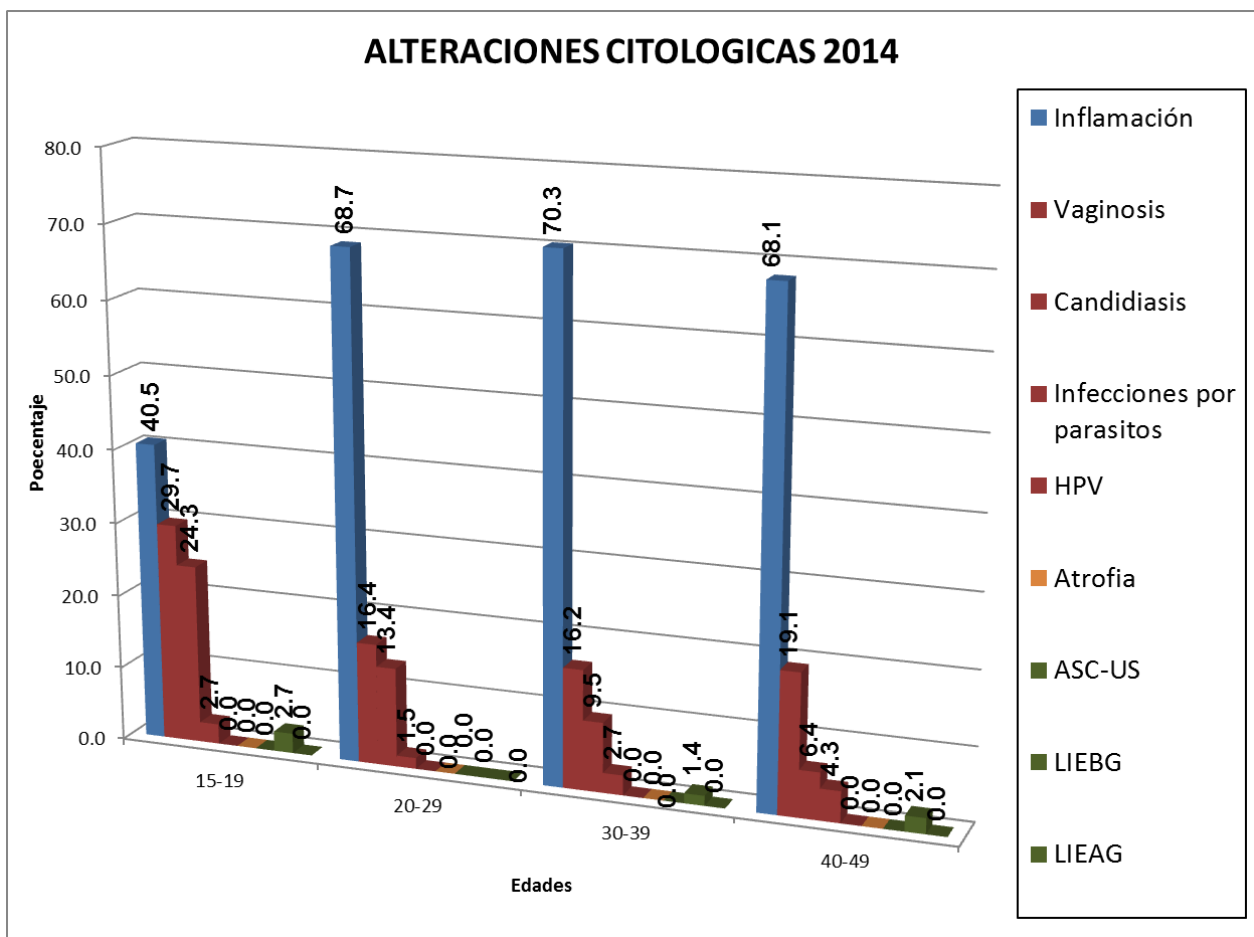
Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 8 se muestra las alteraciones citológicas según grupo etario correspondiente al año 2014, en las citologías alteradas predomina la inflamación con

70.3% en las edades de 30-39 años y con un 25.4% en las edades de 15-19 años, en las infecciones la que más se repite es la vaginosis bacteriana con un 29.7% para las edades de 15-19 años y 16.2% para las edades de 30-39 años, en las lesiones premalignas 2.7% de LIE-BG para las edades de 15-19 años.

Interpretación: en el gráfico 4 se muestra la incidencia de las alteraciones citológicas del año 2014 en donde predomina la inflamación entre las edades de 30-39 años, en segundo lugar la vaginosis bacteriana para las edades de 15-19 años, y en las lesiones premalignas la LIE-BG para las edades de 15-19 años.

Gráfico 3: Incidencia de los Resultados Citológicos del año 2014



Fuente: Tabla número 8

Tabla 9: Alteraciones Citológicas de 2015

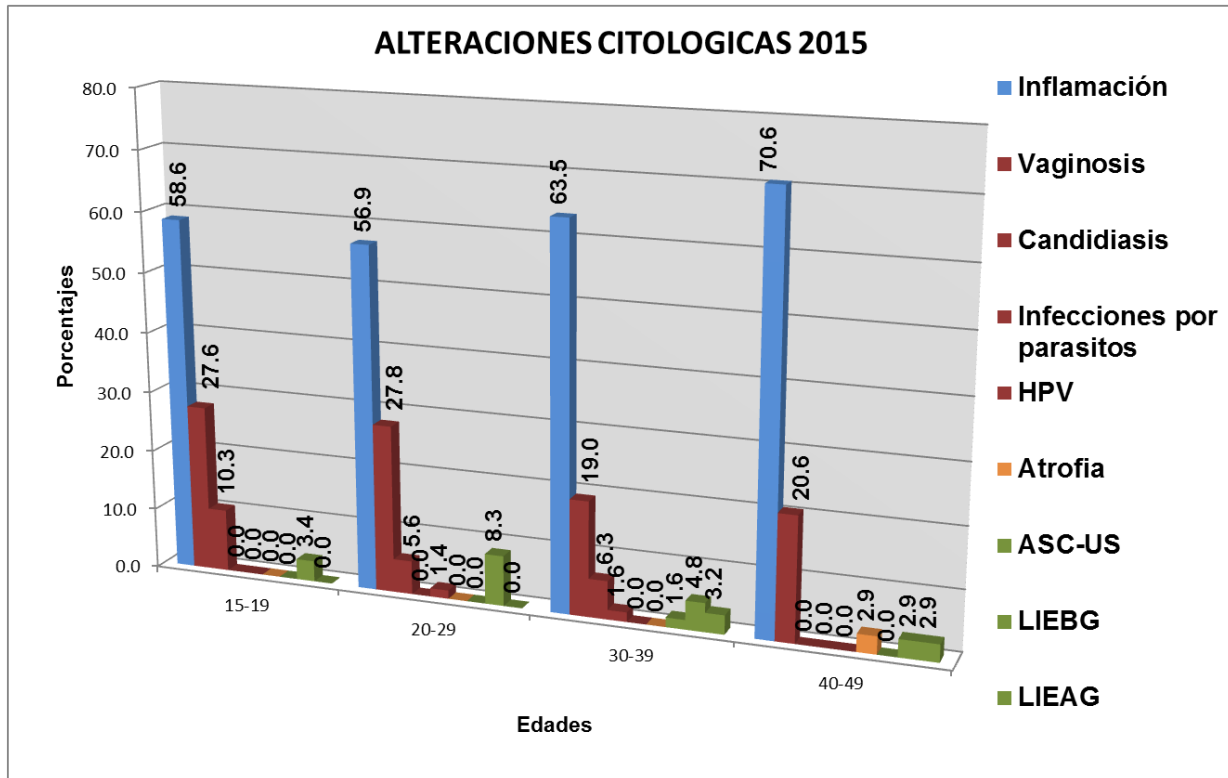
Edad	Alteraciones																		Total
	Inflamación	%	Vaginosis	%	Candidiasis	%	Infecciones por parásitos	%	HPV	%	Atrofia	%	ASC-US	%	LIEBG	%	LIEAG	%	
15-19	17	58.6	8	27.6	3	10.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.4	0	0.0	29
20-29	41	56.9	20	27.8	4	5.6	0	0.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	6	8.3	0	0.0	72
30-39	40	63.5	12	19.0	4	6.3	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6	3	4.8	2	3.2	63
40-49	24	70.6	7	20.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9	1	2.9	34
Total	122		47		11		1		1		1		1		11		3		198

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 9 se muestra las alteraciones citológicas según grupo etario correspondiente al año 2015 donde la inflamación es mayor en las edades de 40-49 años con 70.6% y menor con 56.9% en las edades de 20-29 años, en las infecciones la que más se repite es la vaginosis bacteriana en las edades de 20-29 años con 27.8% y 19.0% para las edades de 30-39 años, en las lesiones premalignas 8.3% de LIE-BG para las edades de 20-29 años.

Interpretación: en el gráfico 5 se muestra la incidencia de las alteraciones citológicas del año 2015 en donde predomina la inflamación entre las edades de 40-49 años, en segundo lugar la vaginosis bacteriana para las edades de 20-29 años, y en las lesiones premalignas la LIE-BG para las edades de 20-29 años.

Grafico 4: Incidencia de alteraciones Citológicas del año 2015



Fuente: Tabla número 9

Tabla 10: Alteraciones Citológicas de 2016

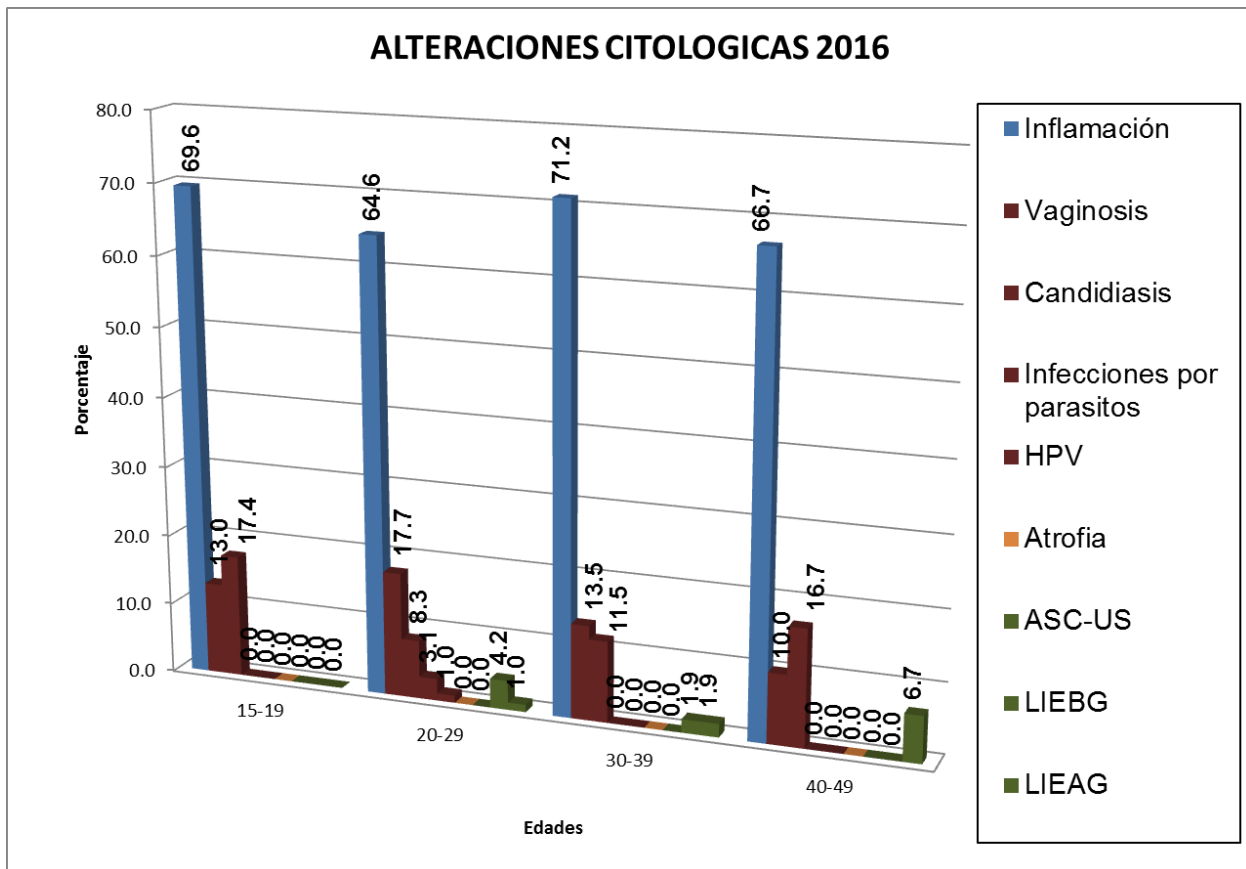
		2016																	
Edad	Alteraciones																		
	Inflamación	%	Vaginosis	%	Candidiasis	%	Infecciones por parositos	%	HPV	%	Atrofia	%	ASC-US	%	LIEBG	%	LIEAG	%	Total
15-19	16	69.6	3	13.0	4	17.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23
20-29	62	64.6	17	17.7	8	8.3	3	3.1	1	1.0	0	0.0	0	0.0	4	4.2	1	1.0	96
30-39	37	71.2	7	13.5	6	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.9	1	1.9	52
40-49	20	66.7	3	10.0	5	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	6.7	30
Total	135		30		23		3		1		0		0		5		4		201

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 10 se muestra las alteraciones citológicas según grupo etario correspondiente al año 2016 donde la inflamación es mayor en las edades de 30-39 años con 71.2% y menor con 64.6% en las edades de 20-29 años, en las infecciones la que más se repite es la vaginosis bacteriana en las edades de 20-29 años con 17.7% y 10.0% para las edades de 40-49 años, en las lesiones premalignas 6.7% de LIE-AG para las edades de 40-49 años.

Interpretación: en el gráfico 6 se muestra la incidencia de las alteraciones citológicas del año 2016 en donde predomina la inflamación entre las edades de 30-39 años, en segundo lugar la vaginosis bacteriana para las edades de 20-29 años, y en las lesiones pre malignas la LIE-AG para las edades de 40-49 años.

Gráfico 5: Incidencia de alteraciones Citológicas del año 2016



Fuente: Tabla número 10

Tabla 11: Citologías positivas por edad

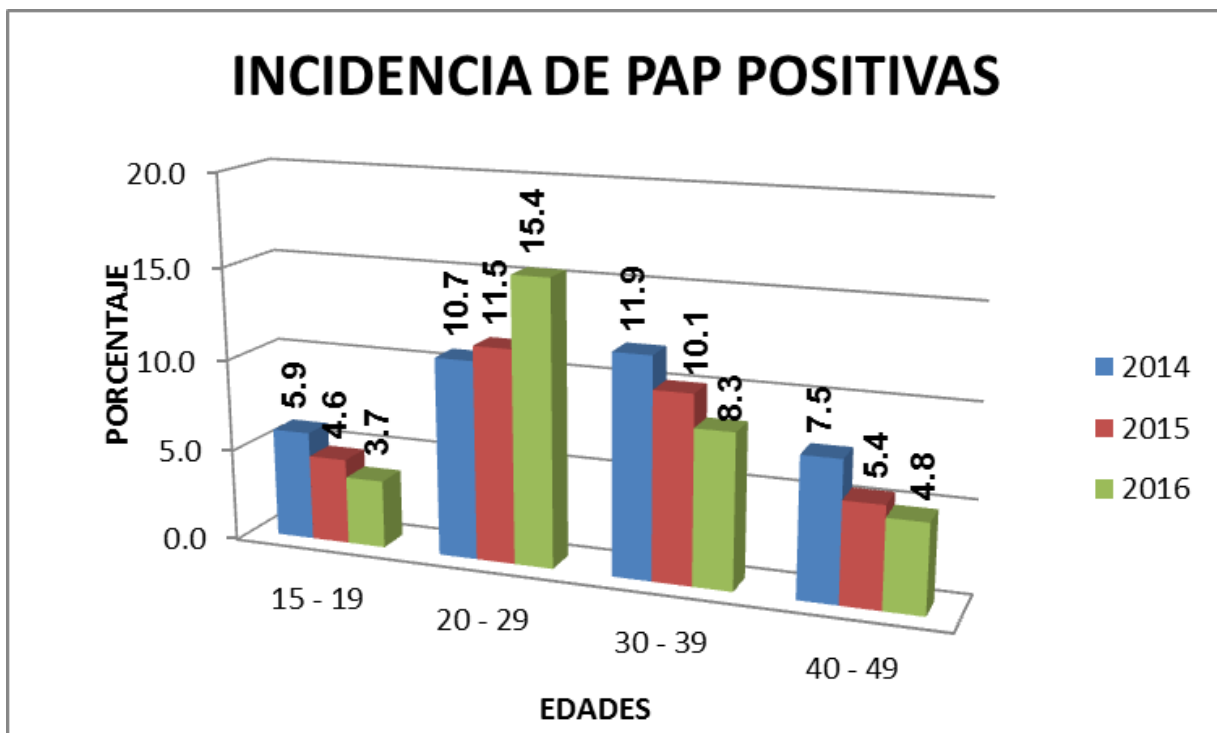
Edad	PAP +						Total
	2014	%	2015	%	2016	%	
15 - 19	37	6	29	5	23	4	89
20 - 29	67	11	72	12	96	15	235
30 - 39	74	12	63	10	52	8	189
40 - 49	47	8	34	5	30	5	111
Total	225		198		201		624

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: en la tabla 11 se muestra las citologías positivas por grupo etario, donde para el año 2014 el mayor porcentaje corresponde para las edades 30-39 años con 12%, para el año 2015 las edades 20-29 años con 12% y en el 2016 las edades 20-29 años con 15%.

Interpretación: En la gráfica 7 se muestra la incidencia de las citologías positivas por grupo etario, donde para el año 2014 presentó la mayor frecuencia en las edades 30-39 años, en el 2015 el rango de edad que predominó fue 20-29 años y para 2016 de 20-29 años.

Grafico 6: Incidencia de Citologías positivas por edad



Fuente: Tabla número 11

Tabla 12: Citologías negativas por edad

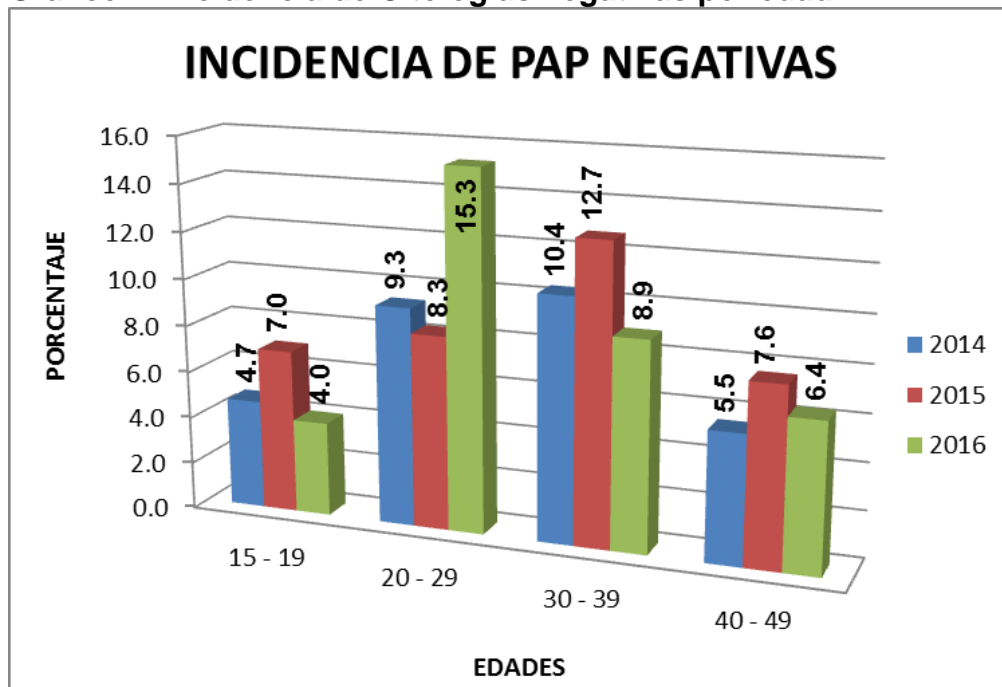
Edad	PAP -						Total
	2014	%	2015	%	2016	%	
15 - 19	22	4.7	33	7.0	19	4.0	74
20 - 29	44	9.3	39	8.3	72	15.3	155
30 - 39	49	10.4	60	12.7	42	8.9	151
40 - 49	26	5.5	36	7.6	30	6.4	92
Total	141		168		163		472

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: en la tabla 12 se muestra las citologías negativas por grupo etario, donde para el año 2014 el mayor porcentaje corresponde para las edades 30-39 años con 10.4%, para el año 2015 las edades 30-39 años con 12.7 % y en el 2016 las edades 20-29 años con 15.3%.

Interpretación: En la gráfica 8 se muestra la incidencia de las citologías negativas por grupo etario, donde para el año 2014 presentó la mayor frecuencia en las edades 30-39 años, en el 2015 el rango de edad que predominó fue 30-39 años y para 2016 de 20-29 años.

Gráfico 7: Incidencia de Citologías negativas por edad



Fuente: Tabla número 12

Tabla 13: Resultados Positivos Vrs Negativos en los reportes citológicos

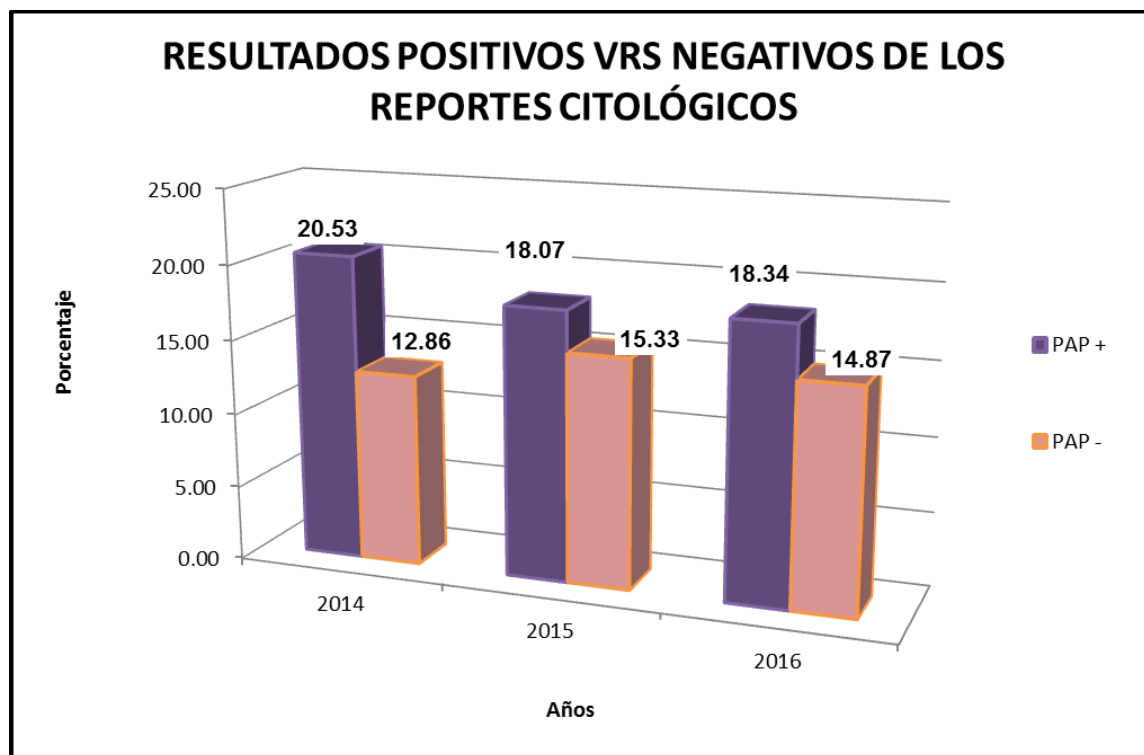
Año	Reporte de PAP				Total
	PAP +	%	PAP -	%	
2014	225	20.53	141	12.86	366
2015	198	18.07	168	15.33	366
2016	201	18.34	163	14.87	364
Total	624	56.93	472	43.07	1096

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 6 se observa un 56.93% de PAP positivos y un 43.07 de PAP negativos.

Interpretación: En la Gráfica N°2 se observa una mayor incidencia de resultados positivos con respecto a los negativos encontrados en las usuarias de las unidades en estudio en los años del 2014 a 2016.

Grafico 8: Resultados Positivos Vrs Negativos en los reportes citológicos



Fuente: Tabla número 13

Tabla 14: Utilización de ACO vrs resultado de PAP

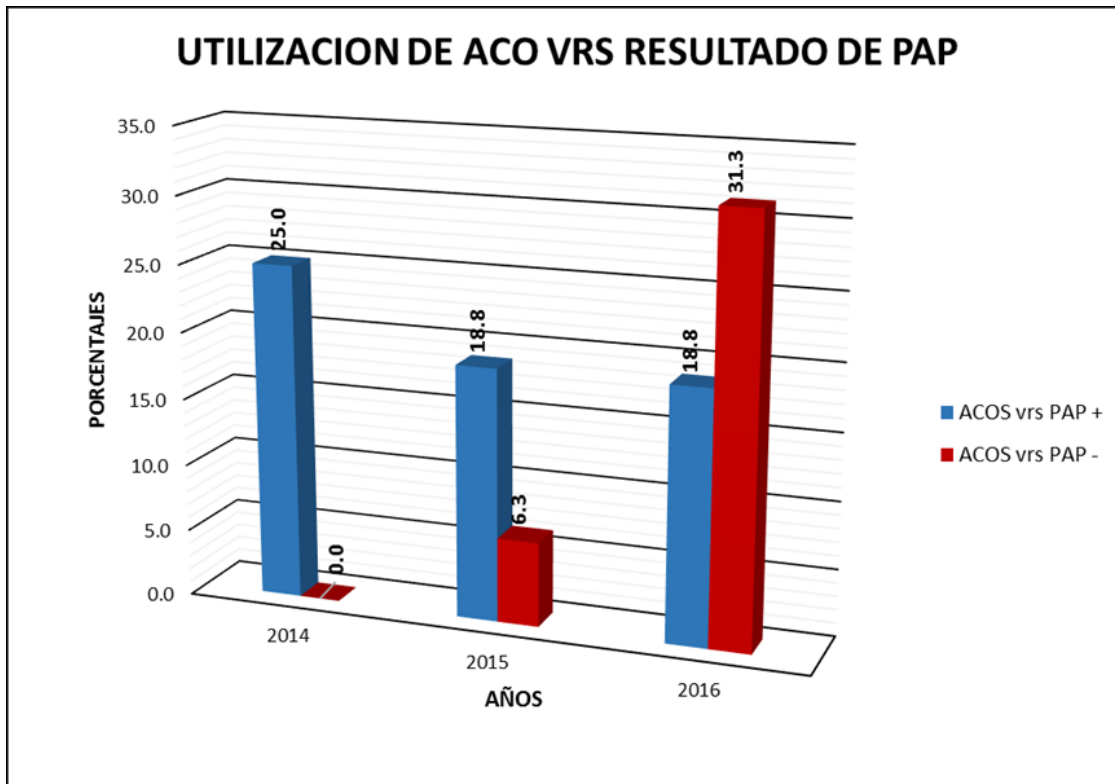
Años	ACO				Total
	ACO vrs PAP +	%	ACO vrs PAP -	%	
2014	4	25.0	0	0.0	4
2015	3	18.8	1	6.3	4
2016	3	18.8	5	31.3	8
Total	10		6		16

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 13 se muestra la relación del uso de ACO y los resultados citológicos donde en un total de 16 usuarias el mayor porcentaje fue en el 2016 que lo utilizaron obteniendo mayor porcentaje los PAP negativos con un 31.3%.

Interpretación: En el grafico 9 se demuestra que en el año 2014 se encuentra el mayor número de usuarias con PAP positivas mientras que en el 2016 la tasa de PAP negativas fue mayor. La muestra no es suficiente para realizar un estudio adecuado.

Grafico 9: Utilización de ACO vrs resultado de PAP



Fuente: Tabla número 14

Tabla 14 a: Utilización de inyectable vrs resultado de PAP

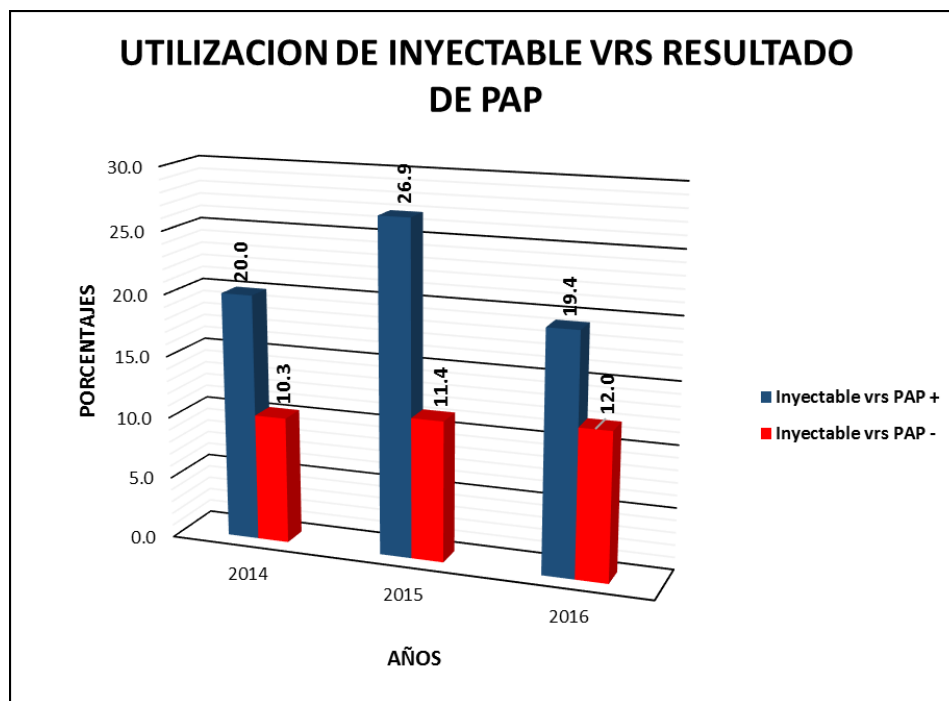
Años	Inyectable				Total
	Inyectable vrs PAP +	%	Inyectable vrs PAP -	%	
2014	35	20.0	18	10.3	53
2015	47	26.9	20	11.4	67
2016	34	19.4	21	12.0	55
Total	116		59		175

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 13a se muestra la relación del uso de inyectables y los resultados citológicos donde el mayor porcentaje presento PAP positivo siendo del 19.4 a 26.9% contrastando alas negativas con un rango de 10.3 a 12.0%.

Interpretación: En el grafico 9ª se encuentra una mayor población que utiliza este método anticonceptivo, donde la muestra es homogénea y se observa mayores resultados positivos a diferencia de los resultados negativos que utilizan este método.

Grafico 9a: Utilización de inyectable vrs resultado de PAP



Fuente: Tabla número 14a

Tabla 14 b: Utilización de DIU vrs resultado de PAP

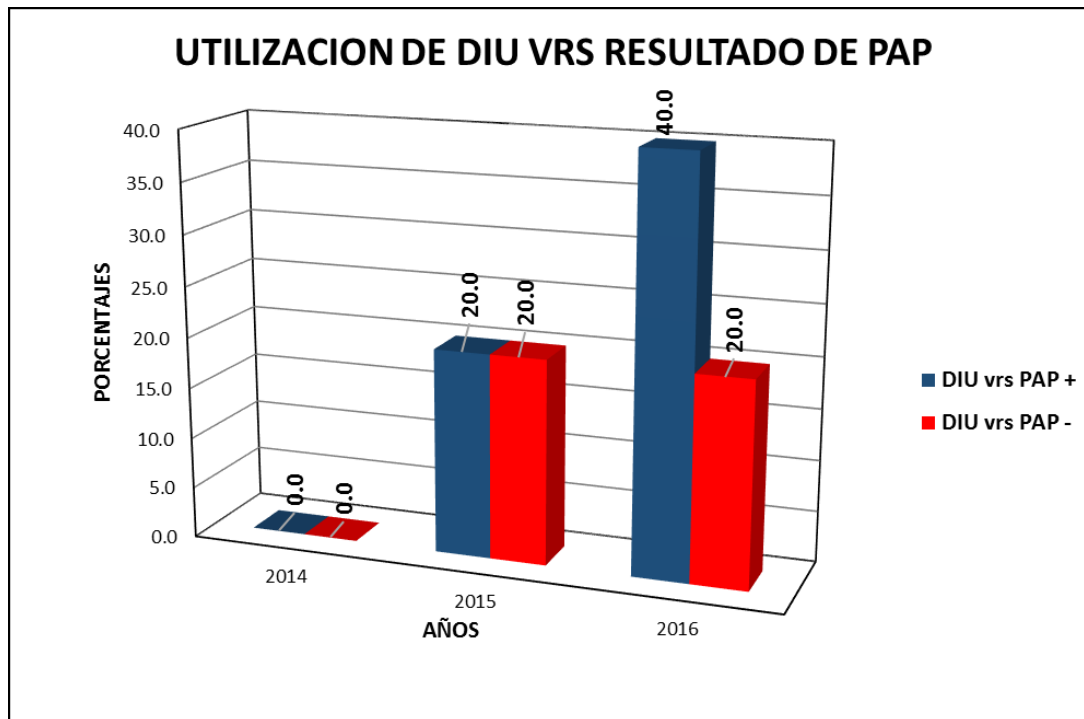
Años	DIU				Total
	DIU vrs PAP +	%	DIU vrs PAP -	%	
2014	0	0.0	0	0.0	0
2015	1	20.0	1	20.0	2
2016	2	40.0	1	20.0	3
Total	3		2		5

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 13b se muestra la relación del uso de DIU y los resultados citológicos donde en un total de 5 usuarias el mayor porcentaje fue en el 2016 que lo utilizaron obteniendo mayor porcentaje los PAP positivos con un 40.0%.

Interpretación: en el grafico 13b se demuestra que en el año 2016 se encuentra el mayor número de usuarias que utilizaron DIU, dando como resultado una mayor cantidad de PAP positivas. La muestra no es suficiente para realizar un estudio adecuado.

Gráfico 9b: Utilización de DIU vrs resultado de PAP



Fuente: Tabla número 14a

Tabla 14: Estado de gestación de las usuarias en los años de estudio

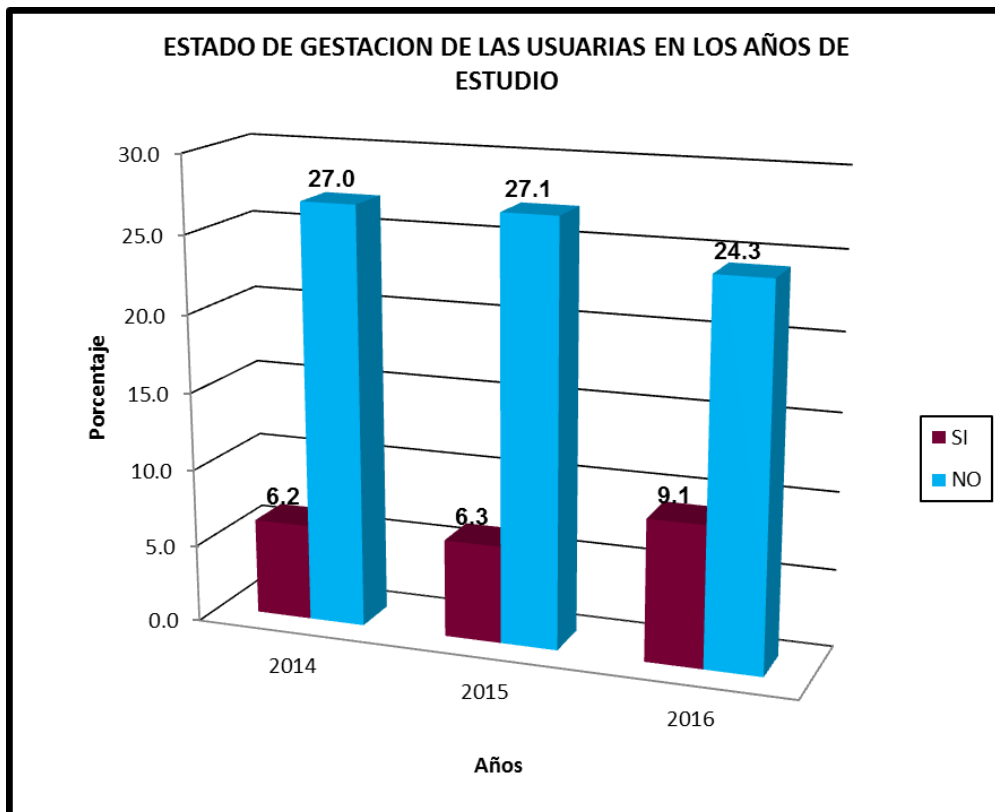
Año/	Embarazo				Total
	SI	%	NO	%	
2014	68	6.2	296	27.0	364
2015	69	6.3	297	27.1	366
2016	100	9.1	266	24.3	366
Total	237		859		1096

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En la tabla 15 se puede observar las usuarias embarazadas que se realizaron citología, que oscila en el rango de 6.2 a 9.1% vrs pacientes que no están embarazadas que se realizaron citología con un rango de 24.3 a 27.1% en los años en estudio.

Interpretación: en el grafico 11 podemos identificar que en el 2016 hubo un aumento de usuarias embarazadas que se realizaron la citología debido a una mayor cobertura en las unidades de salud.

Grafico 10: Estado de gestación de las usuarias en los años de estudio



Fuente: Tabla número 15

Tabla 15: Comparación entre PAP 1ra vez Vrs PAP subsecunte en los años de estudio.

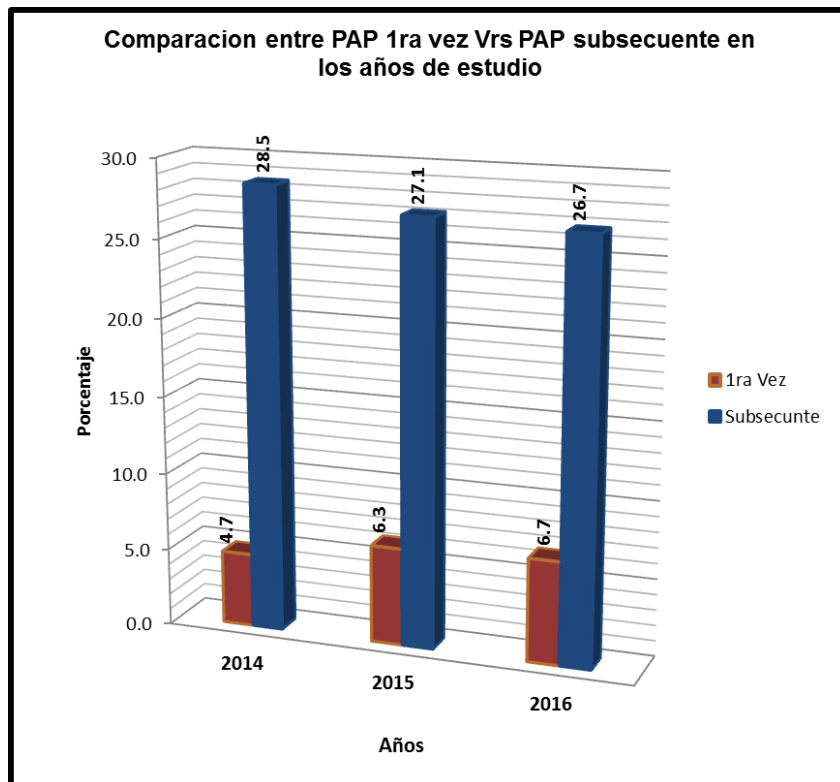
Año/ toma de PAP	1ra Vez	%	Subsecunte	%	Total
2014	52	4.7	312	28.5	364
2015	69	6.3	297	27.1	366
2016	73	6.7	293	26.7	366
Total	194		902		1096

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: en la tabla 16 se puede observar las usuarias que se realizaron citología por primera vez y subsecunte, donde la primera oscila en el rango de 4.7 a 6.7% y la subsecunte en el rango de 26.7 a 28.1% en los años en estudio.

Interpretación: en el grafico 12 podemos identificar que las usuarias de las unidades de salud que se realizaron citología por primera vez y subsecunte, donde predominó la forma subsecunte en los tres años de estudio.

Grafico 11: PAP 1ra vez Vrs PAP subsecunte en los años de estudio.



Fuente: Tabla número 16

Tabla 16: Reporte Citológicos Alterados en las UCSF de Estudio

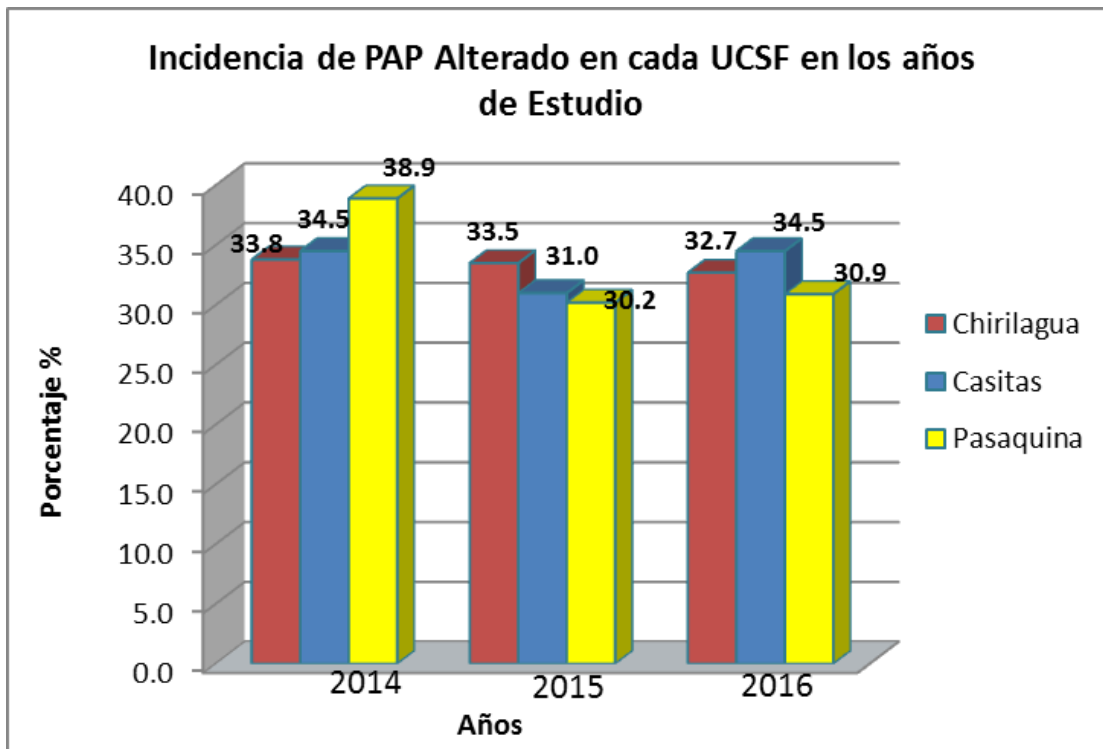
UCSF/AÑO	2014	%	2015	%	2016	%	total
Chirilagua	93	33.8	92	33.5	90	32.7	275
Casitas	29	34.5	26	31.0	29	34.5	84
Pasaquina	103	38.9	80	30.2	82	30.9	265
Total	225		198		201		624

Fuente: Ficha de entrevista Archivológica

Análisis: En el cuadro 17 se observan los resultados de citologías alteradas obtenidas por cada unidad de salud en estudio en los años de 2014 a 2016, los datos de la UCSF Chirilagua oscilan entre 32.7 a 33.8%, para la UCSF Casitas son de 34.5 a 31%, mientras que para la UCSF de Pasaquina se obtuvieron rangos de 30.2 a 38.9%.

Interpretación: En el gráfico 13 se muestra la incidencia de las PAP positivas por cada establecimiento de salud en los tres años de estudio, donde para el 2014 la UCSF Pasaquina obtuvo la mayor incidencia, 2015 la UCSF Chirilagua la de mayor incidencia y para el 2016 corresponde a UCSF Las Casitas

Gráfico 12: Incidencia de PAP Alterado en cada UCSF en los años de Estudio



Fuente: Tabla número 17

6.2 Prueba de Hipótesis.

Teniendo que las alteraciones encontradas al revisar la ficha de entrevista archivológica que se encuentra en los expedientes que se midieron secuencialmente y que el tamaño de muestra es ≥ 30 y que en este caso son 1096.

Entonces se realiza la prueba de hipótesis haciendo la medición de una diferencia de proporciones para las dos alteraciones más frecuentes, en este caso las infecciones versus inflamación mediante una aproximación a la distribución normal con una confiabilidad del 95% según muestreo haciendo para ello los 5 pasos de prueba estadística

1) Establecimiento de hipótesis

$$H_1 : P_1 > P_2$$

$$H_0 : P_1 < P_2$$

Dónde:

P_1 es el porcentaje de pacientes con infección

P_2 es el número de personas con inflamación

2) Obteniendo el valor Z de tabla de distribución normal (Z_t) con una confianza del 95%

La siguiente gráfica muestra una tabla de distribución normal con un nivel de confianza del 95%, dicho valor se representa en la sección central, dejando en sus extremos el margen de error que corresponde al 5% divididos de forma equitativa en ambos extremos, asignándoles el valor de 2.5% (0,025) a cada uno. El valor Z_t tomará el valor correspondiente a su posición respectiva en el gráfico siguiente, el cual se comparará en la Tabla de distribución normal.

$$P_1 : \text{Infecciones} = 17.7\%$$

$$P_2 : \text{Inflamación} = 36.7\%$$

$$\text{Total de datos} = 1096$$

$$Z_t = \frac{17.1 + 37.7}{1096}$$

$$Z_t = 0.04963$$

Figura 1: Curva de distribución normal (Campana de Gauss) con el 95 % de confianza

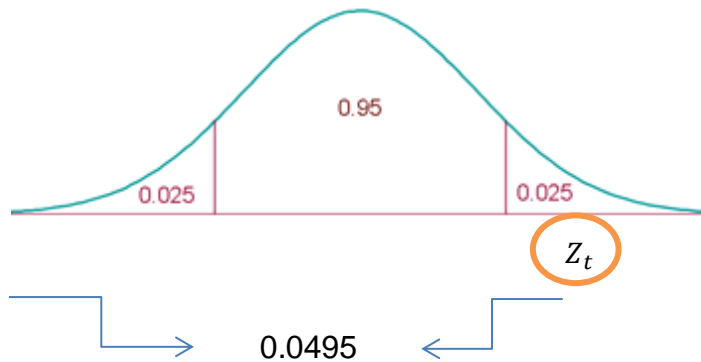


Tabla 17: Desviación Estandard Normal para calcula Z_t

Desviación normal	0.00	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06
1.1	0.1357	0.1335	0.1314	0.1292	0.1271	0.1251	0.1230
1.2	0.1151	0.1131	0.1112	0.1093	0.1075	0.1056	0.1038
1.3	0.0968	0.0951	0.0934	0.0918	0.0901	0.0885	0.0869
1.4	0.0808	0.0793	0.0778	0.0764	0.0749	0.0735	0.0721
1.5	0.0668	0.0655	0.0643	0.0630	0.0618	0.0606	0.0594
1.6	0.0548	0.0537	0.0526	0.0516	0.0505	0.0495	0.0485

3) Calcular Z con los datos de la muestra (Z Calculado)

Tabla 18 Tabla de alteraciones citológicas en los resultados

Alteración Citológica	Porcentaje
Inflamación	36.70%
Infecciones	17.70%
Atrofia	0.10%
Negativas	43.10%
Lesiones premalignas	2.30%
Cáncer in situ	0.00%

Se utilizó la fórmula siguiente:

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_1(1-P_1)}{n_1} + \frac{P_2(1-P_2)}{n_2}}} > 0$$

Dónde:

P_1 : representa las mujeres con infecciones = 0.177

P_2 : representa las mujeres con inflamación = 0.367

n_1n_2 : representa el total de la muestra = 1096

$$Z_c = \frac{0.177 - 0.367}{\sqrt{\frac{0.177(1-0.177)}{1096} + \frac{0.367(1-0.367)}{1096}}} > 0$$

$$Z_c = \frac{-0.19}{\sqrt{0.00013 + 0.00021}} > 0$$

$$Z_c = \frac{-0.19}{\sqrt{0.00034}} > 0$$

$$Z_c = \frac{-0.19}{0.0184} > 0$$

$$Z_c = -10.33 > 0$$

4) Regla de decisión

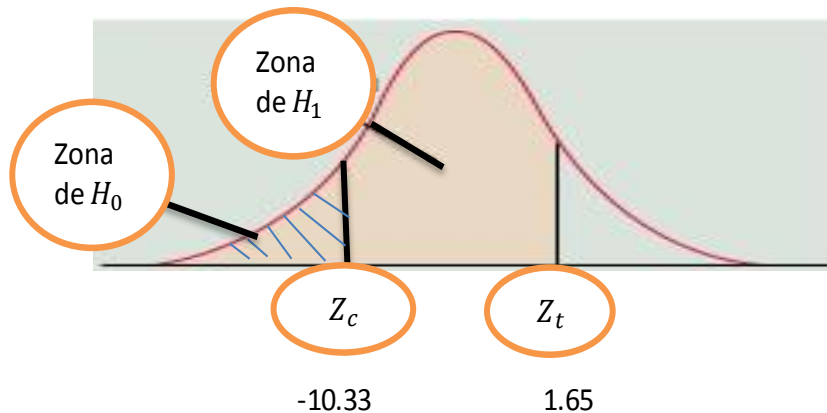
Para aceptar o descartar la hipótesis de trabajo se necesita cumplir las siguientes condiciones:

- Si $Z_c > Z_t$ se acepta la hipótesis de trabajo.
- Si $Z_c < Z_t$ se acepta la hipótesis Nula.

5) Decisión Estadística

A partir de que $Z_c = -10.33$ es menor que $Z_t = 1.65$, entonces se tiene la aceptación de la hipótesis nula la cual afirma que las inflamaciones son la alteración más frecuente en nuestro estudio

Figura 2: Curva de distribución normal que representa valores Z_t y Z_c



7. DISCUSION.

Después de organizado el trabajo con sus objetivos, marco teórico, hipótesis, se realizó la interrelación de los elementos de cada una de estas secciones, los cuales serán descritos de la siguiente forma; por su caracterización de las unidades estudiadas, descripción de las alteraciones citológicas más frecuentes, caracterización de las usuarias con presencia de alteraciones citológicas y La descripción de significativa en las frecuencias de alteraciones (prueba de hipótesis):

En el presente trabajo se realizó para conocer las alteraciones cérvico-vaginales de los resultados citológicos en mujeres en edad fértil en las UCSF de estudio en los años 2014 a 2016.

En comparación con los estudios anteriores realizados en otros países, tomando datos de investigaciones previas el 31.4% de los casos presentaba alguna alteración citológica, de los cuales la inflamación presenta mayor porcentaje con 22.6% siendo entre estas más predominante la vaginosis bacteriana, seguida de las lesiones premalignas con 18.7%, la atrofia 14.5% y el cáncer con 6.2%.

Mientras que los datos obtenidos en los expedientes de 1096 casos que fue la muestra de mujeres en edad fértil que se realizaron citologías en los años de estudio en las unidades de salud antes mencionada se observó: el 43.1% (472 casos) son negativos y 56.93% (624 casos) presentaron alguna alteración citológica.

Entre las positivas la inflamación presento la mayor incidencia con 36.7% (402 casos), seguido por 17.7% (194 casos) de Infecciones, atrofia 0.1% (1 caso) y lesiones premalignas con 2.4% (27 casos).

De las infecciones: 10.9% de vaginosis bacteriana, 5.7% de candidiasis, 0.9% por parásitos, 0.2% por Herpes virus

De las lesiones premalignas: 0.1% por ASC-US, 1.7% por LIE-BG, 0.6% por LIE-AG.

El mayor porcentaje de pacientes pertenece a la zona rural 87%, mientras que un 13% pertenecen al área urbana

Para una mejor clasificación se decide dividir las edades en cuatro grupo correspondiendo así:

15-19 años: 14.9% (163 casos) y de estos presenta el 8.1% alteración citológica

20-29 años: 35.6% (390 casos) y de estos presenta el 21.4% alteración citológica

30-39 años: 31% (340 casos) y de estos presenta el 17.2% alteración citológica

40-49 años: 10.2% (203 casos) y de estos presenta el 10.2% alteración citológica

Por lo que se afirma que las pacientes que mayormente se realizan la citología son en las edades de 20 a 39 años, pero se observó un pico mayor con respecto a la positividad de los resultados citológicos en las edades de 20 a 29 años, por lo que ninguna mujer está exenta a presentar alguna alteración a lo largo de toda su vida fértil con vida sexual activa.

Según los años de estudio se observó lo siguiente:

En el año 2014: se identificó a la inflamación con 70.3% en las edades de 30-39 años, las infecciones en edades de 15-19 años, y la que más se repite es las vaginosis con 29.7%, las lesiones premalignas, la más repetida es LIE-BG con 2.7% para las edades de 15-19 años.

En el 2015: la inflamación se encontró mayor en mujeres de 40-49 años con 70.6%, las infecciones en mujeres de 20-29 años con 27.8% y las lesiones premalignas la más repetida fue de 20-29 años LIE-BG con 8.3%.

En el 2016: la inflamación en edades de 30-39 años, con 71.2%, mientras que las infecciones la más repetida son las vaginosis bacteriana a los 20-29 años con 17.7%, y las lesiones premalignas con 4.2% LIE-BG a los 20-29 años

Del total de resultados solo se identifican un 21.6% (237 casos) de mujeres en edad fértil gestantes por lo que la muestra resulta ser insuficiente; cuando se observaron las tomas de citologías por primera vez se obtuvo 17.7% (194 casos) por lo que también se encuentra insuficiente el dato, así mismo con las mujeres que utilizan métodos de planificación con solo 11.7% (casos 196) por lo que no se profundiza por insuficiente muestra.

En cuanto a estudios realizados en nuestro país, no hay investigaciones sobre dicho tema, por lo que para nuestro resultado se presenta mayor índice de inflamación por falta de recursos económicos para asistir al establecimiento de salud más cercano, falta de cultura sobre medidas higiénicas adecuadas, falta de educación sobre la importancia de la toma de citología, vivir en una área geográfica con dificultad para acceder a los servicios de salud, inadecuado seguimiento a las usuarias con alteración citológica.

Como limitación para recolección de datos valiosos para una investigación a profundidad sobre el porqué de la prevalencia de las alteraciones citológicas encontradas en el presente trabajo tenemos: número de parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales, educación, estado civil; que no se encuentran en la hoja de reporte citológico utilizada como instrumento de recolección de datos.

Para futuras investigaciones se recomienda que el personal de las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar oriente a las mujeres que consultan, para la toma de citología cérvico-vaginal, diagnosticar oportunamente infecciones vaginales, inflamación, lesiones premalignas y cáncer in situ para dar tratamiento adecuado, importancia sobre cumplimiento de tratamiento y dar seguimiento de toma de PAP por resultado citológico obtenido, y utilización métodos de barrera para prevenir infecciones a futuro.

8. CONCLUSIONES.

Al finalizar la investigación sobre alteraciones cérvico-vaginales que muestran los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de las UCSF Chirilagua, Pasaquina y las casitas alegría de años 2014 a 2016 el grupo investigador presenta las siguientes conclusiones:

Del total de reportes citológicos que se tomaron en el estudio que corresponde a 1096 casos donde se presentó un 56.93% (624 casos) de PAP positivos y un 43.07% (472 casos) de PAP negativos, las alteraciones citológicas más frecuentes encontradas en los reportes citológicos tomados de los expedientes clínicos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar se observó lo siguiente: La inflamación con un 36.7% (402 casos), Infecciones en general con 17.7% (194 casos); encontrando en este grupo como más frecuente la vaginosis bacteria con 10.9% (120 casos), seguido de la infección con *Candida sp* 0.9% (62 casos), infección por parásitos 0.2% (10 casos) e infección por virus herpes simple 0.1% 2 casos, luego tenemos la atrofia con 0.1% (1 caso) y las lesiones premalignas con 2.4% (27 casos); en las lesiones premalignas la más común 1.7% (11 casos) por LIE-BG, 0.6% (3 casos) por LIE-AG y 0.1% (1 caso) ASC-US. Como se puede observar en nuestra población las infecciones cérvico-vaginales no fueron las más comunes (frecuentes), si no que fue la inflamación esto debido a que en nuestra población existen más factores de riesgo que predisponen una inflamación, así como también un seguimiento inadecuado a las usuarias, y por negligencia o falta de educación de las pacientes.

Según las características del reporte citológico de cada uno de los expedientes tomados para el estudio se encontró que por grupo etario donde para el año 2014 el mayor porcentaje de PAP positivas corresponde para las edades 30-39 años con 12%, para el año 2015 las edades 20-29 años con 12% y en el 2016 las edades 20-29 años con 15%; aunque también en las otras edades se presentaron PAP positivas pero en menor porcentaje; por lo que se entiende que todas las mujeres en edad fértil sin importar la edad no están exentas de presentar algún tipo de alteración citológica, de ahí la importancia de realizar este método de tamizaje para su prevención.

Respecto a las usuarias embarazadas que se realizaron citología, en los años 2014 y 2015 hubo una baja tasa de su realización 6.2 y 6.3% respectivamente, pero en el año 2016 se encontró un incremento al 9.1% que equivale al año en el que la citología se incluyó dentro del Plan Operativo Anual de cada uno de los establecimientos de salud. En contraparte existe un porcentaje importante (78.4%) de usuarias no gestantes que se realizan la citología en esta etapa de su vida.

Las usuarias que optaron por utilizar métodos anticonceptivos llámense estos como ACO, Inyectables y DIU se demostró que las usuarias prefieren utilizar estos métodos de planificación solamente para no provocar un embarazo; no siendo así para prevenir infecciones cérvico-vaginales donde el único método para prevenir dichas infecciones son los métodos de barreras y ninguna usuaria utiliza dicho método. Ya que en un total de 196 usuarias planificando el mayor porcentaje de PAP positivas corresponden a los métodos inyectables, porcentaje que en el 2016 alcanza su máximo pico con 26.9%

En cuanto a la toma de citología por primera vez y de forma subsecuente se encontró que existe un bajo porcentaje de toma de primera vez en todos los años de estudio, mientras que la forma subsecuente predomina ampliamente, eso nos permite concluir que existe poca promoción, educación, y eficacia de toma de PAP por primera vez en las usuarias de los distintos establecimientos de salud.

De acuerdo con los resultados de citologías positivas obtenidas por cada unidad de salud en estudio existe una variación en cada uno de los establecimientos ya que en el 2014 fue mayor en Pasaquina con un 38.9% en 2015 fue Chirilagua con 33.5% y en el 2016 corresponde a Casitas que obtuvo 34.5%, dichas variaciones se deben a varios factores tales como: migración de población, aumento o disminución de tomas de PAP por 1^{ra} vez y subsecuente en cada año, conductas de riesgo, falta de educación a la población.

9. RECOMENDACIONES.

Para personal de unidad comunitaria en salud familiar:

Que el personal de las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar oriente a las mujeres que consultan, para la toma de citología cérvico-vaginal y así diagnosticar oportunamente infecciones vaginales, inflamación, lesiones premalignas y cáncer in situ para dar tratamiento adecuado.

Aumentar la toma de PAP en las pacientes embarazadas para diagnosticar oportunamente las infecciones vaginales y posibles lesiones premalignas y brindar tratamiento adecuado ya que en el presente estudio hubo una menor participación de mujeres embarazadas.

Que el personal de salud médicos, personal de enfermería, promotores de salud, sean capacitados para la consejería y charlas de promoción y educación sobre la importancia de la toma de citología desde el momento que hayan iniciado relaciones sexuales para así prevenir infecciones vaginales, inflamación, lesiones premalignas y cáncer in situ.

Que el personal de salud de consejería y educación de higiene personal para disminuir así la prevalencia de reportes citológicos con inflamación; dato corroborado en presente trabajo con una mayor incidencia de dicha patología.

Que el personal de salud concientice a la población sobre los riesgo que tienen de presentar una alteración citológica (infecciones, inflamación, lesiones premalignas e incluso cáncer in situ) tales como infertilidad, partos pre términos, abortos, enfermedad pélvica inflamatoria.

Que el personal de salud haga promoción de métodos para disminuir las alteraciones citológicas como lo es el uso de métodos de barrera y así limitar el contacto para las infecciones de trasmisión sexual y se de orientación sobre métodos de planificación que solo cumplen para evitar embarazos y no de infecciones e inflamación.

Para el Ministerio de Salud:

Que el Ministerio de Salud realice un esfuerzo en garantizar adecuadamente los recursos para la toma de citología, y se hagan adecuados manejo de las patologías infecciosas ginecológicas, según el agente etiológico causal, así poder dar un

tratamiento oportuno, eficaz y eficiente, disminuyendo los tratamientos empíricos, para lograr la óptima utilización de los recursos materiales.

Que el Ministerio de Salud Pública haga hincapié al personal de cada unidad de salud que atienden a las usuarias del programa de Citología a que posteriormente regresan por su resultado y se dé seguimiento oportuno.

Que el ministerio de salud realice un nuevo formulario donde se especifique la información pertinente que abarque los posibles factores de riesgo entre los cuales: paridad, número de parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales, educación, estado civil, ocupación, resultado de PAP previo, prácticas sexuales; para un abordaje integral de las usuarias del programa de citologías.

Que el ministerio de salud promueva las medidas necesarias para que las pacientes de cantones o caseríos lejanos a cada UCSF puedan llegar para chequeo general y toma de PAP por lo menos una vez por año y según resultados se dé seguimiento por promotor para dar tratamiento adecuado y oportuno.

A la Universidad de El Salvador:

Que en conjunto con el Ministerio de Salud, brinden capacitaciones extramurales, para una adecuada educación sexual, reproductiva y toma temprana de citología orientada a la prevención de toda alteración citológica.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nancy Johana Guevara Padilla JALY. Vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Cantón el Niño, San Miguel, y Trompina, Sociedad, Morazán. En el periodo de octubre a noviembre de 2012. Tesis doctoral. San Miguel: Universidad Nacional de El Salvador, Departamento de Doctorado en Medicina; 2012.
2. Dr. Henry Ulate Arguedas DRAP. INCIDENCIA DE CITOLOGÍAS CERVICALES ALTERADAS EN MUJERES MENORES DE 20 AÑOS, EN EL ÁREA DE SALUD DE PASO ANCHO-SAN SEBASTIÁN ENTRE EL 2006 Y EL 2010. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTRO AMERICA LXVIII. 2011; 596(127-137).
3. Catalina Andrea Sampedro Ossa LAROJACA. Prevalencia de alteraciones preneoplásicas del cáncer de cuello uterino en un municipio del norte de Antioquia-Colombia, 2008-2012. Archivos de Medicina. 2014; X(1:14).
4. Jaiberth Antonio Cardona Arias DHPMVA. Prevalencia de resultados positivos de la citología para vaginosis bacteriana candidiasis y tricomoniasis en una empresa social del Estado de Medellín (Colombia), 2010-2012. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014 Julio-Septiembre; 65(3).
5. Max Sosa Montiel RRL. Importancia de la citología vaginal (papanicolau) para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años a nivel de una clínica privada. Revista Medica de Honduras. 2000; 68(86-88).
6. Hernando Gaitán Duarte JARRJES. Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia 1999-2003. Revista de Salud Pública. 2004; 6(253-269).
7. Astrid de los Ángeles Navarro YYMB. Frecuencia de infecciones cervicovaginales. San José de Bongo. Estado Bolívar. Título de Licenciada en Bioanálisis. Bolívar: UNIVERSIDAD DE ORIENTE NUCLEO BOLÍVAR ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS; 2010.
8. Beatriz Elena Rivera Rúa JAQT. Prevalencia de lesiones epiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología. Tesis de Microbiología y Bioanálisis. Antioquia: Universidad de Antioquia, Medellín; 2006.
9. Avila MH. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento control y vigilancia epidemiológica

del cáncer cérvico uterino. Diario Oficial. 2007 Mayo: p. 52-70.

10. Jorge Alberto Meléndez Andrade JCMHLCR. Factores socioculturales que influyen en la toma de citología en las mujeres entre 20 a 59 años que consultan en las unidades de salud de la Playa, San Alejo en la Unión y Santa Elena en Usulután, período de septiembre a noviembre del año 2010. Tesis doctoral. San Miguel: Universidad Nacional de El Salvador, Departamento de Doctorado en Medicina; 2011.
11. Leopold G. Koss SWWO. Aspiration Biopsy. Cytologic Interpretation and histologic bases. segunda ed. Igaku-Shoin , editor. New York: Tokyo; 1984.
12. Albújar P. Reseña histórica de la citología diagnóstica. In Discurso de Orden en la Ceremonia de Homenaje al Dr. Jorge Campos Rey de Castro; 1998; Trujillo.
13. García PJ. Vaginosis Bacteriana. Revista Per Ginecol Obstet. 2007 Julio-Septiembre ; 53(53:167-171).
14. Reynaud AC. Infecciones Vaginales por Cándida: diagnostico y tratamiento. Revista Per Ginecol Obstet.. 2007 Julio-Septiembre ; 53(159-166).
15. M. J. Cancelo Hidalgo CCHF CG. Vaginitis por tricomonas. Revista SEMERGEN medicina familiar. 2005; 31(121-4).
16. José M. Martín Hernandez GVEJ. Actualización en el tratamiento del herpes genital. Novedades en dermatología. 2009; 100(22-32).
17. Jhon W. Sellors RS. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Primera ed. Lyon: the International Agency for Research on Cancer; 2003/4.
18. Biblioteca Sede OPS. Analisis de la Situación del Cáncer cérvicouterina en América Latina y el Caribe. In Organizacion Panamericana de la Salud ; 2004; Washington, D.C.
19. bebes y mas. [Online].; 2013. Available from: <https://www.bebesymas.com/lactancia/mitos-sobre-la-lactancia-materna-si-das-el-pecho-no-puedes-tomar-casi-medicamentos>.
20. M Wart R. El Paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche. American Academyc Of Pediatrics. 2001.

21. Castro DC. Drogas y medicamentos y su relación con la lactancia materna. Revista Médica Hospital Nacional De Niños Dr. Carlos Saenz Herrera. 1886.
22. Jimenez DG, Calvo DD, Alfonso DI, López DM, Silva DL. Utilización de medicamentos en el embarazo. Boletín Información terapéutica para la APS. 2012 enero;(32).
23. Gutierrez DR. Pasaje de Fármacos a la Leche Materna. Vademécum Pediátrico del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". 2002.
24. García SA. Investigación De La Utilización De Medicamentos Durante La Lactancia Materna En un Sector de la Población Guatemalteca. 1998..
25. Recalde JM. Medicamentos y Lactancia. Boletín Terapéutico Andaluz. 2001;(19).
26. Cruz MA, Davila T, Ffuronos J, Broche L. Percepción de Riesgo del uso de Medicamentos. Electron Journal Biomed. 2013.
27. MEDICINA AD. VOL. N0.1:14. In LICDA. CATALINA ANDREA SAMPEDRO LLAROLJAC.; 2014.
28. LICDA. BEATRIZ ELENA RIVERA LJAQT. Proyecto de investigación de la universidad de Antioquía, Medellín 2006 prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología. .
29. Henry Ulate Arguedas RAP. Incidencia de citologías cervicales alteradas en mujeres menores de 20 años en el área de salud de Paso Ancho-San Sebastián entre el 2006 y el 2010. Revista medica de Costa Rica y Centro America. 2011; Lxviii(127-131).

ANEXOS

Anexo a: Consentimiento informado

En la Unidad de Salud Comunitaria Familiar se realiza una investigación clínica titulada:

ALTERACIONES CERVICO-VAGINALES QUE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE CITOLOGÍAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR CHIRILAGUA; PASAQUINA Y LAS CASITAS ALEGRÍA. PERIODO DE 2014 A 2016.

Con el objetivo principal de Conocer las alteraciones cervico-vaginales que muestren los resultados de citologías en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Chirilagua, Pasaquina y Las Casitas de Alegría comprendidos en los años 2014, 2015 y 2016.

Y por el método de recolección utilizada se solicita la autorización para revisión de expedientes siendo utilizado únicamente para información concerniente al cumplimiento de los objetivos de esta investigación. Siendo necesarios los expedientes de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años que se hayan realizado citologías en los años 2014, 2015 y 2016 en la respectiva unidad, por lo cual no se divulgara ningún resultado ni datos personales de los expedientes de muestreo a otros entes fuera del proyecto de estudio.

Director de la UCSF

Anexo b: Instrumento

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FICHA DE RECOPIACIÓN DE DATOS DE CITOLOGÍAS**

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

UCSF DE TOMA DE MUESTRA _____

FECHA _____

EDAD _____

DIRECCIÓN _____

DEPARTAMENTO _____

PROCEDENCIA: URBANO RURAL

2. INFORMACIÓN GINECO-OBSTETRICA

FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /

EMBARAZADA ACTUALMENTE SI NO

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: SI NO

CUAL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: INYECTABLE ACO
DIU

PRIMERA VEZ

SUBSECUENTE

FECHA DE TAMIZAJE PREVIO

FECHA DE TAMIZAJE ACTUAL

3. INFORME CITOLÓGICO

NEGATIVO A LESIONES INTRAEPITELIALES O MALIGNAS	<input type="checkbox"/>
TRICHOMONAS VAGINALIS	<input type="checkbox"/>
CÁNDIDA SP	<input type="checkbox"/>
TORULOPSIS SP	<input type="checkbox"/>
VAGINOSIS BACTERIANA	<input type="checkbox"/>
VIRUS DEL HERPES SIMPLE	<input type="checkbox"/>
CAMBIOS ASOCIADOS A RADIACIÓN	<input type="checkbox"/>
CAMBIOS ASOCIADOS A INFLAMACIÓN	<input type="checkbox"/>
CAMBIO ASOCIADOS A DIU	<input type="checkbox"/>
ATROFIA	<input type="checkbox"/>
CÉLULAS GLANDULARES POST-HISTERECTOMIA	<input type="checkbox"/>
CÉLULAS ENDOMETRIALES EN MAYORES DE 40 AÑOS	<input type="checkbox"/>
ASC-US	<input type="checkbox"/>
ASC-H	<input type="checkbox"/>
LIE DE BAJO GRADO	<input type="checkbox"/>
LIE DE BAJO GRADO	<input type="checkbox"/>
HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASIÓN	<input type="checkbox"/>

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	<input type="checkbox"/>
CEL. GLANDULARES ATÍPICAS ENDOCERVICALES	<input type="checkbox"/>
CEL. GLANDULARES ATÍPICAS ENDOMETRIALES	<input type="checkbox"/>
CÉLULAS DE ORIGEN NO DETERMINADO	<input type="checkbox"/>
CEL. GLANDULARES ATÍPICAS ENDOCERVICALES QUE FAVORECE NEOPLASIA	<input type="checkbox"/>
CEL. GLANDULARES ATÍPICAS QUE FAVORECE NEOPLASIA	<input type="checkbox"/>
ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU	<input type="checkbox"/>
ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL	<input type="checkbox"/>
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	<input type="checkbox"/>
ADENOCARCINOMA EXTRAUTERINO	<input type="checkbox"/>
ADENOCARCINOMA SIN ESPECIFICAR	<input type="checkbox"/>

Anexo c: Abreviaturas

CC:	Cérvico-uterina
PAP:	Prueba de Papanicolaou o Citología
VPH:	Virus Papiloma Humano
MINSAL:	Ministerio de Salud El Salvador
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ITS:	Infecciones de Trasmisión Sexual
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
LEIBG:	Lesión de bajo grado
LEIAG:	Lesiones de alto grado
NIC1:	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (Displasia Leve).
NICII:	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (Displasia Moderada).
NICIII:	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (Displasia Severa)/carcinoma in Situ.
DIU:	Dispositivo intrauterino contraceptivo
ASC-US:	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
ASC-H:	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
AGC:	Células glandulares atípicas
AIS:	Adenocarcinoma endocervical in situ
UCSF:	Unidades Comunitarias de Salud Familiar
SEM:	Semana
Dr.	Doctor
USD:	Dólar Estadounidenses
USB:	Universal Serial Bus
ACO:	Anticonceptivos orales combinados
SP:	Especie
VPH:	Virus del Papiloma Humano
POA:	Plan Operativo Anual

Anexo d: Glosario

Anormal: Una lesión o crecimiento anormal pueden ser cánceres, pre malignos (que posiblemente se conviertan en cánceres) o benignos (no son cánceres).

ASC-US: Células anormales en la pared exterior del cuello uterino (la parte baja y estrecha del útero). Se encuentran células escamosas anormales (células delgadas, planas que lucen como escamas) en pequeñas cantidades en los frotis de Papanicolaou (procedimiento que se usa para detectar el cáncer de cuello uterino) y podría indicar una infección con el papiloma virus humano (VPH) o cualquier otro agente de infección.

Cáncer: Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).

Cándida: Albicans. Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.

Cervicitis: Inflamación-infección del cuello del útero.

Cérvix: Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina

Citología: Papanicolaou. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.

Colposcopia: Observación con una óptica de aumento del cérvix y vagina.

Endocervix: Canal del cuello uterino.

Enfermedades de transmisión sexual: ETS. Incluyen las enfermedades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma inguinal) y la Tricomoniasis, candidiasis, infecciones genitales inespecíficas, clamidias, papiloma virus humano, herpes, SIDA, etc.

Espátula de ayre: Material de madera con bordes atraumáticos para la recolección de muestras del fórnix y del ectocérvix.

Espéculo vaginal: Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix.

Gardnerellavaginalis: Haemophilusvaginalis. Bacilo gramnegativo presente en vaginitis y uretritis inespecíficas.

Incidencia: va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado.

Morbilidad: cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

Mortalidad: indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.

Neoplasia: Formación, en alguna parte del cuerpo, de un tejido cuyos elementos sustituyen a los de los tejidos normales. Se usa principalmente refiriéndose a los tumores cancerosos, aunque es posible una neoplasia no cancerosa, sino benigna.

Papanicolaou: Método de tinción especial para el diagnóstico citológico.

Papiloma virus: Género de virus tipo ADN que se transmite por contacto y producen diferentes patologías (verrugas, papilomas y lesiones precancerosas).

Patología: define etimológicamente la rama de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades. Comprende principalmente la búsqueda de sus causas, de sus factores desencadenantes o de los factores que las favorecen así como del pronóstico, con el objetivo final de entender mejor manera cómo tratarlas y también de prevenirlas.

Prevalencia: es el número total de los individuos que presentan una enfermedad en un momento o durante un periodo previamente determinado.

Puérpera: es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

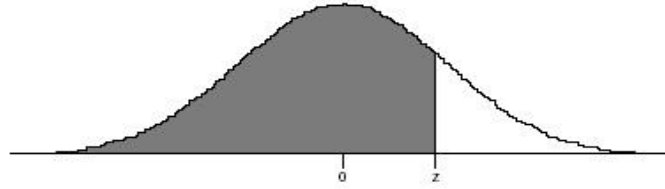
Sistema Bethesda: es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología.

Tamizaje: Implica la aplicación de una prueba relativamente simple y barata a sujetos asintomáticos con el objeto de clasificarlos como portadores probables o no de la enfermedad objeto del tamizaje. Los casos positivos pueden someterse a subsiguientes procesos convencionales de diagnóstico.

Trichomonasvaginalis: es un protozoo patógeno flagelado perteneciente al orden Trichomonadida que parasita el tracto urogenital tanto de hombres como de mujeres, pero únicamente en humanos.


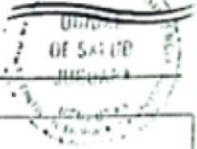
Vaginosis bacteriana: Vaginitis por bacterias generalmente producida por Gardnerella.

Anexo e: Tabla de distribución normal



Normal Deviate z	.00	.01	.02	.03	.04	.05	.06	.07	.08	.09
-4.0	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000
-3.9	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000
-3.8	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000
-3.7	.0001	.0001	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000
-3.6	.0002	.0002	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001
-3.5	.0002	.0002	.0002	.0002	.0002	.0002	.0002	.0002	.0002	.0002
-3.4	.0003	.0003	.0003	.0003	.0003	.0003	.0003	.0003	.0003	.0002
-3.3	.0005	.0005	.0005	.0004	.0004	.0004	.0004	.0004	.0004	.0003
-3.2	.0007	.0007	.0006	.0006	.0006	.0006	.0006	.0005	.0005	.0005
-3.1	.0010	.0009	.0009	.0009	.0008	.0008	.0008	.0008	.0007	.0007
-3.0	.0013	.0013	.0013	.0012	.0012	.0011	.0011	.0011	.0010	.0010
-2.9	.0019	.0018	.0018	.0017	.0016	.0016	.0015	.0015	.0014	.0014
-2.8	.0026	.0025	.0024	.0023	.0023	.0022	.0021	.0021	.0020	.0019
-2.7	.0035	.0034	.0033	.0032	.0031	.0030	.0029	.0028	.0027	.0026
-2.6	.0047	.0045	.0044	.0043	.0041	.0040	.0039	.0038	.0037	.0036
-2.5	.0062	.0060	.0059	.0057	.0055	.0054	.0052	.0051	.0049	.0048
-2.4	.0082	.0080	.0078	.0075	.0073	.0071	.0069	.0068	.0066	.0064
-2.3	.0107	.0104	.0102	.0099	.0096	.0094	.0091	.0089	.0087	.0084
-2.2	.0139	.0136	.0132	.0129	.0125	.0122	.0119	.0116	.0113	.0110
-2.1	.0179	.0174	.0170	.0166	.0162	.0158	.0154	.0150	.0146	.0143
-2.0	.0228	.0222	.0217	.0212	.0207	.0202	.0197	.0192	.0188	.0183
-1.9	.0287	.0281	.0274	.0268	.0262	.0256	.0250	.0244	.0239	.0233
-1.8	.0359	.0351	.0344	.0336	.0329	.0322	.0314	.0307	.0301	.0294
-1.7	.0446	.0436	.0427	.0418	.0409	.0401	.0392	.0384	.0375	.0367
-1.6	.0548	.0537	.0526	.0516	.0505	.0495	.0485	.0475	.0465	.0455
-1.5	.0668	.0655	.0643	.0630	.0618	.0606	.0594	.0582	.0571	.0559
-1.4	.0808	.0793	.0778	.0764	.0749	.0735	.0721	.0708	.0694	.0681
-1.3	.0968	.0951	.0934	.0918	.0901	.0885	.0869	.0853	.0838	.0823
-1.2	.1151	.1131	.1112	.1093	.1075	.1056	.1038	.1020	.1003	.0985
-1.1	.1357	.1335	.1314	.1292	.1271	.1251	.1230	.1210	.1190	.1170
-1.0	.1587	.1562	.1539	.1515	.1492	.1469	.1446	.1423	.1401	.1379
-.9	.1841	.1814	.1788	.1762	.1736	.1711	.1685	.1660	.1635	.1611
-.8	.2119	.2090	.2061	.2033	.2005	.1977	.1949	.1922	.1894	.1867
-.7	.2420	.2389	.2358	.2327	.2296	.2266	.2236	.2206	.2177	.2148
-.6	.2743	.2709	.2676	.2643	.2611	.2578	.2546	.2514	.2483	.2451
-.5	.3085	.3050	.3015	.2981	.2946	.2912	.2877	.2843	.2810	.2776
-.4	.3446	.3409	.3372	.3336	.3300	.3264	.3228	.3192	.3156	.3121
-.3	.3821	.3783	.3745	.3707	.3669	.3632	.3594	.3557	.3520	.3483

Anexo f: Solicitud y reporte de citología cervico-vaginal

 Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO EL SALVADOR, C.A. SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL		REPÚBLICA DE EL SALVADOR UNIÓN PARA CRECER 
NIP _____		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____		
PRIMER APELLIDO _____		SEGUNDO APELLIDO _____
NOMBRES _____		DUI _____
DIRECCION _____		
URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> OTRO _____		
FECHA DE NACIMIENTO _____	EDAD _____	No. EXPEDIENTE _____
No. CITOLOGIA _____		FECHA TOMA MUESTRA _____
DATOS CLÍNICOS		
G _____ P _____ P _____ A _____ V _____ FUR _____ / _____ / _____ FUP _____ / _____ / _____		PAP PREVIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
LACTANCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO AOC <input type="checkbox"/> INY <input type="checkbox"/>		NUMERO _____ FECHA _____ / _____ / _____
		RESULTADO _____
LEUCORREA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SANGRADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CERVICITIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PAP 1ª VEZ <input type="checkbox"/>
Tto.: CRIO <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> COND <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> RADIACION <input type="checkbox"/> HORMONAL <input type="checkbox"/>		PAP SUBSECUENTE VIGENTE <input type="checkbox"/>
FECHA _____ / _____ / _____		PAP SUBSECUENTE ATRASADO <input type="checkbox"/>
BIOPSIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA _____ / _____ / _____		
RESULTADO _____		
FIRMA Y SELLO RESPONSABLE TOMA PAP: _____		
CALIDAD DE LA MUESTRA <input type="checkbox"/> SATISFACTORIA PARA EVALUACION <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA PARA EVALUACION (ESPECIFICAR) _____ <input type="checkbox"/> PROCESADA <input type="checkbox"/> NO PROCESADA POR _____		<input type="checkbox"/> CELULARIDAD ADECUADA <input type="checkbox"/> FIJACION O PRESERVACION INADECUADA <input type="checkbox"/> MATERIAL EXTRAÑO
		<input type="checkbox"/> INFLAMACION <input type="checkbox"/> SANGRE <input type="checkbox"/> CITOLISIS
		<input type="checkbox"/> AUSENCIA COMPONENTE ZONA DE TRANSFORMACION <input type="checkbox"/> LAMINA QUEBRADA <input type="checkbox"/> FALTA DE INFORMACION CLINICA <input type="checkbox"/> IDENTIFICACION INADECUADA
<input type="checkbox"/> NEGATIVA PARA LESION INTRAPITELIAL O MALIGNIDAD	ORGANISMOS <input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALES <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON TORULOPSIS SP <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA FLORA SUGESTIVOS DE VAGINOSIS BACTERIANA <input type="checkbox"/> CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A HERPES SIMPLEX <input type="checkbox"/> OTROS _____	CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A <input type="checkbox"/> RADIACION <input type="checkbox"/> INFLAMACION <input type="checkbox"/> DIU
		OTROS <input type="checkbox"/> ATROFIA <input type="checkbox"/> CELULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> CELULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS
ANORMALIDADES DE LA CELULA ESCAMOSA CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS <input type="checkbox"/> ASC - US <input type="checkbox"/> ASC - H <input type="checkbox"/> LEI DE BAJO GRADO <input type="checkbox"/> LEI DE ALTO GRADO <input type="checkbox"/> CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASION <input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS		ANORMALIDADES DE LA CELULA GLANDULAR <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES <input type="checkbox"/> ENDOMETRIALES <input type="checkbox"/> ORIGEN NO DETERMINADO <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> GLANDULARES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU ADENOCARCINOMA <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/> EXTRAUTERINO <input type="checkbox"/> ENDOMETRIAL <input type="checkbox"/> SIN ESPECIFICAR
OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____		OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____
OBSERVACIONES _____		
FIRMA Y SELLO CITOTECNOLOGA _____	FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD _____	SELLO LABORATORIO _____
FECHA RECEPCION _____ / _____ / _____	FECHA REPORTE _____ / _____ / _____	