



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**MANEJO DE LOS HALLAZGOS ANORMALES PREVALENTES EN REPORTE
DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL DE USUARIAS DE 20 A 59 AÑOS DE LA
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA SAN RAFAEL
CEDROS CUSCATLÁN, ENERO A JUNIO 2018**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Delmis Josefina García de Portillo

ASESORA:

Lcda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza

San Salvador, Agosto 2018.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Lcdo. ROGER ARMANDO ARIAS
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Dra. Msp. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Lcda. Msp. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
COORDINADORA DE LA MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

JURADO CALIFICADOR

Lcda. Msp. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

Lcda. Msp. MARGARITA ELIZABETH GARCIA

Lcdo. Msp. JUAN CARLOS ALVARADO

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, por siempre llevarme de su mano, ser mi guía y mi fortaleza en todo momento.

A MI PEQUEÑO HECTOR MANUEL, que desde que llego a mi vida es mi motor y mi mayor fuente de felicidad.

A MIS PADRES ANA ISMELDA Y JACINTO, mis pilares, a los que le debo todo lo que soy.

A MIS HERMANOS, A MIS SOBRINOS, mis fuentes de motivación y alegrías.

A VIRGINIA HERNANDEZ, abuela de mi hijo y como a una madre para mí.

A MI FAMILIA Y AMIGOS, a los que tengo cerca y a los que están lejos, pero siempre están para mí en todo momento.

A MIS COMPAÑEROS BELVIA Y JORGE, los amigos que me regalo el curso de esta maestría.

A MI ASESORA Lcda. Msp. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA, a la cual no tengo solo que agradecerle su guía para la realización del presente estudio, sino también su apoyo y comprensión durante todo el curso de la maestría.

RESUMEN

Título: Manejo de los hallazgos anormales prevalentes en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de 20 a 59 años de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael Cedros, Cuscatlán. Enero a junio 2018.

Propósito: Que los resultados sirvan para reforzar: 1) El programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, 2) El cumplimiento de manejo de resultados de citología cervico vaginal de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes del Ministerio de Salud y además sirva de referente para futuras investigaciones.

Materiales y Métodos: Investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, de corte transversal.

Resultados: Los tres hallazgos anormales prevalentes en una muestra de 161 usuarias fueron en primer lugar los cambios celulares reactivos asociados a inflamación (inflamación) con un 62.1%, los otros dos hallazgos fueron lesiones intraepiteliales con un 10%, de este las lesiones intraepiteliales de bajo grado LEI BG representaban el 7.5% y las lesiones intraepiteliales de alto grado LEI AG un 2.5%, entre las características de las usuarias con estos hallazgos se encontró que la mayoría tenía de 20 a 29 años, eran del área rural, multíparas, no hacían uso de métodos anticonceptivos y se realizaban toma de citología con la periodicidad establecida, en cuanto al manejo de resultados de las usuarias con Lesiones intraepiteliales el 100% fue manejado de acuerdo a lineamientos y en la inflamación en el 78% de los casos no se encontró evidencia escrita en expediente clínico de respuesta y manejo.

Conclusiones: En casi tres cuartas partes de las usuarias en estudio se verificaron hallazgos anormales en los reportes de citología, a la gran mayoría de usuarias con inflamación no se le brindó el manejo de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes.

Recomendaciones: Mejoras y supervisiones constantes al programa de prevención y control de cáncer cervico uterino en la institución.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
I.INTRODUCCION.....	1
II.OBJETIVOS.....	3
III. MARCO DE REFERENCIA.....	4
IV.DISEÑO METODOLOGICO.....	31
V.RESULTADOS.....	38
VI.DISCUSIÓN.....	55
VII. CONCLUSIONES.....	59
VIII.RECOMENDACIONES.....	61
IX.BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	66

I.INTRODUCCION

El cáncer cervico uterino tiene importancia médica, económica y social, es el más curable, fácil de diagnosticar y prevenible de todos los cánceres y es uno de los problemas de salud pública en El Salvador. Según la organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer cervico uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres alrededor del mundo, y más del 80% de los casos se diagnostican en mujeres que residen en países en vías de desarrollo como el nuestro.

Entre los años 2009 a 2013 se elaboró el Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador, el cual permitió reconocer que el cáncer cervico uterino constituye la primera causa de cáncer en las mujeres. Posterior a esto se ha apostado por fortalecer la detección temprana del cáncer cervico uterino por medio del tamizaje citológico masivo el cual requiere de identificación de población a riesgo, repetición de citologías a cortos intervalos de tiempo, altas tasas de cobertura, controles de calidad en la toma y lectura de citología, seguimiento estricto de mujeres con reportes anormales y fácil acceso a tratamientos de ser necesarios.

Más adelante en el año 2015, dando seguimiento a esta problemática y buscando unificar las conductas en cuanto a promoción, prevención, detección y manejo el Ministerio de Salud (MINSAL) formula los Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control del Cáncer cervico uterino.

En la actualidad el MINSAL cuenta con un sistema de vigilancia en el que se puede verificar por establecimiento de salud sus principales causas de morbilidad, mortalidad, coberturas, entre otros datos que estos sistemas proporcionan, dichas instituciones no realizan investigaciones locales a fondo de la información que estos sistemas arrojan y que serían de mucha utilidad en la búsqueda de soluciones a muchos de los problemas de salud actuales, la presente investigación se centró en identificar la prevalencia de hallazgos anormales en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de 20 a 59 años, dar las características principales de estas

usuarias y verificar si están siendo manejadas de acuerdo a los lineamientos técnicos vigentes del MINSAL, esta información fue recolectada en una institución de salud de primer nivel de atención en la cual previo a la realización de la presente no se encontró evidencia de estudios anteriores sobre el tema, por lo cual los resultados del estudio serán de mucha utilidad para la institución a la hora de tomar decisiones futuras respecto al programa de prevención y control del cáncer cervico uterino, además servirá de referente para futuras investigaciones.

Por todo lo antes citado se vuelve necesario dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el manejo de los hallazgos anormales prevalentes en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de 20 a 59 años de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael cedros Cuscatlán?

II.OBJETIVOS

General:

Analizar el manejo de los hallazgos anormales prevalentes en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de 20 a 59 años de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael cedros Cuscatlán, enero a junio 2018.

Específicos:

1. Identificar los hallazgos anormales prevalentes (según sistema Bethesda 2001) en los reportes de citología cervico vaginal de las usuarias en estudio.
2. Caracterizar a las usuarias con hallazgos anormales de mayor prevalencia según edad, procedencia geográfica, paridad, anticonceptivos y antecedentes de toma de citología.
3. Verificar el cumplimiento del manejo en usuarias con hallazgos anormales de mayor prevalencia, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud en los lineamientos técnicos para prevención y control del cáncer cervico uterino.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Generalidades

El cáncer cervico uterino es el más común en mujeres alrededor del mundo, su incidencia no tiene una distribución uniforme, el problema es mayor en África y Asia y afecta a Europa y a América del Norte en menor grado. Esta diferencia se debe en parte a los mejores programas de prevención de cáncer existentes en los países desarrollados para detectar el estado pre canceroso del cuello uterino y tratarlo de una manera oportuna. La mayor carga de mortalidad por cáncer cervico uterino se observa en países con recursos limitados. El cáncer cervicouterino es la causa más común de mortalidad por cáncer en países en vías de desarrollo. En Centro América ocupa el segundo lugar, siendo el cáncer de mama el más común¹.

En El Salvador, el Cáncer cervico uterino es el más frecuente entre las mujeres. Cada año alrededor de 1145 mujeres son diagnosticadas con esta enfermedad y alrededor de 563 mueren por su causa, según datos del MINSAL. La incidencia por cáncer cervico uterino en nuestro país es de 35.4/100,000 mujeres por año, en comparación al 20.6 en América Central y el 15.8 a nivel mundial. La tasa de mortalidad por esta enfermedad en nuestro país es de 17.4/100,000 mujeres por año la cual es también superior a la correspondiente a Centro América 10.1 y a la del mundo 8.2, representa la principal causa de muerte en mujeres por enfermedades neoplásicas².

La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer cervico uterino, es un virus de alta prevalencia y fácil transmisión, la mayor frecuencia de infecciones es por los tipos 16 y 18 en un 70% de

¹ MINSAL. Sitio Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_preencion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf

²

MINSAL. Sitio Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_preencion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf.

los casos, el 50 a 80% de mujeres sexualmente activas se infectan con el VPH al menos una vez en la vida y algunas personas pueden ser infectadas reiteradamente³.

No obstante, no todas las mujeres con infección por el VPH padecerán cáncer, pues requiere estar asociada a otros factores de riesgos, entre los que podemos mencionar: inicio precoz de las relaciones sexuales (menores de 16 años), múltiples parejas sexuales, el tabaquismo, la raza, Multiparidad, nivel socioeconómico bajo y la inmunosupresión crónica. Se ha descrito su relación con los anticonceptivos orales, sin embargo, no se ha demostrado de forma fehaciente⁴.

El tamizaje citológico es una herramienta fundamental para la detección temprana de lesiones precancerosas, este método de detección ha permitido disminuir la incidencia, frecuencia y mortalidad por cáncer cervico uterino, en nuestro país esta herramienta se empezó a implementar a inicios de la década de los años sesenta, como una propuesta de tamizaje, en la cual se le realizaba toma de citología a toda paciente que consultaba en el ex- Hospital Nacional de Maternidad, ahora Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”; posteriormente se inició la formación del personal técnico para la lectura de muestras citológicas en los años setenta, el personal técnico se formó en la Escuela de Citología del Ministerio de Salud de Guatemala, época en la cual se inauguró en San Salvador el primer laboratorio de citología centralizado del Ministerio de Salud.

En los años ochenta se incrementa la formación de técnicos en la lectura y se crean laboratorios de citología en los hospitales de referencia de segundo nivel, que corresponde al hospital regional por área geográfica de influencia. En septiembre de dos mil ocho se cumplió el proceso de acreditación de los laboratorios de citología,

3

MINSAL. Sitio Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenccion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf.

4

Jonathan B, Ginecología SByN. : LIPPINCOR WILLIAMS &WILKINS.

con la obtención del diplomado en "Actualización de Conocimientos en Cito tecnología" para el personal técnico encargado de la interpretación o lectura de la citología. Fue hasta ésta fecha que se implementó el reporte citológico con la nomenclatura del Sistema Bethesda 2001.

El sistema que se usa en la actualidad en el país para el reporte de hallazgos en muestras citológicas sigue siendo la nomenclatura del sistema Bethesda 2001, el cual fue introducido por primera vez en el año 1988 por el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, con la finalidad de estandarizar una nomenclatura para los informes y hallazgos de las muestras citológicas, y de esta manera evitar confusiones entre expertos. Este sistema se ha actualizado en tres ocasiones la última actualización fue en el año 2014, Sin embargo, el Ministerio de Salud continua empleando la nomenclatura Bethesda 2001, razón por la cual los hallazgos de este estudio se describen con base a la misma.

En el contexto de la profundización de la Reforma de Salud, donde se reconoce a la salud como un derecho y partiendo de la priorización que se ha dado a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas los diferentes tipos de cáncer, el Ministerio de Salud, conformó la Comisión Interinstitucional e Intersectorial para la formulación participativa de la Política Nacional para la prevención y control del cáncer. Lo anterior generó la elaboración del Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador, 2009 al 2013, el cual permitió reconocer que el cáncer de cérvix o cérvico uterino y el de mama constituyen, la primera y segunda causa respectivamente de cáncer en las mujeres, convirtiéndose en problema de salud pública. En consideración de ello, realizo la formulación de los lineamientos técnicos para prevención y control del cáncer cervico uterino y de mama, con participación interinstitucional e intersectorial para ofrecer servicios de atención integral, integrada, de calidad y lograr incidir en la morbimortalidad de las personas por cáncer de cérvix y mama.

3.2 Aportes internacionales

ESTRATEGIA DE LA OPS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

La Estrategia Regional y Plan de Acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino fue desarrollada en 2008 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para dar respuesta a la elevada carga de enfermedad y al limitado impacto de los actuales programas de tamizaje. El Consejo Directivo de la OPS, integrado por los ministros de salud de las Américas, adoptó la estrategia y pasó una resolución instando a los Estados Miembro a que fortalecieran sus programas de cáncer cervicouterino. El objetivo de la Estrategia Regional y Plan de Acción es mejorar la capacidad de los países para implementar programas sostenibles y efectivos para la prevención del cáncer cervicouterino y lograr un abordaje integral a través de los programas existentes de salud en los adolescentes, salud sexual y reproductiva, inmunización y control del cáncer cervico uterino. Para ello se propuso un plan de acción consistente en los siguientes 7 puntos:

1. Evaluar la situación
2. Intensificar la información, educación y orientación
3. Fortalecer los programas de detección y tratamiento de lesiones precancerosas
4. Establecer o fortalecer sistemas de información y registros de los casos de cáncer
5. Mejorar el acceso y la calidad del tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos
6. Generar información para facilitar las decisiones con respecto a la introducción de vacunas contra el VPH
7. Promover el acceso equitativo y la prevención integral asequible del cáncer cervicouterino.

3.3 Aportes del Ministerio de Salud de El Salvador

3.3.1 POLITICA NACIONAL DE SALUD 2010-2014

Estrategia 15 sobre salud sexual y reproductiva, plantea las siguientes recomendaciones: En coordinación con el Programa Ciudad Mujer se establecerán programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital.

15.1 Establecer un programa intersectorial de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes.

15.2 Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica.

15.3 Garantizar el derecho a la intimidad y la confidencialidad en los sistemas de registro concerniente a este campo.

15.4 Establecer procedimientos de prevención del cáncer cervico uterino, de mama y de próstata.

15.5 Detección precoz, seguimiento y tratamiento de Infecciones de transmisión sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).

15.6 Cualificar técnicamente, acreditar y supervisar a las parteras como personal de apoyo al programa de la mujer, integrarlas al sistema de registro y a la red pública de servicios.

15.7 Detección y atención integral a la mujer, niña o niño, que sufra maltrato físico, psicológico o sexual.

15.8 Educación y atención en salud reproductiva preconcepcional, prenatal, perinatal, postnatal e internatal.

15.9 Atención integral al climaterio y la andropausia.

3.3.2 POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la Salud Sexual y Reproductiva, más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las desigualdades de género, integralidad que sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva.

Objetivo general:

Garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad.

Objetivos específicos:

1. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva y sus determinantes en el ciclo de vida.
2. Fortalecer la atención integral e integrada en SSR, dentro de la red de servicios del sector salud.
3. Desarrollar acciones integrales e integradas de atención en salud sexual y reproductiva con grupos vulnerables históricamente excluidos.
4. Promover la prevención, detección, atención a la violencia asociada a la SSR en el ciclo de vida, con énfasis en la violencia sexual, violencia intrafamiliar y trata de personas.

5. Potenciar la organización, participación y la corresponsabilidad social y ciudadana, en la promoción de la salud sexual reproductiva y sus determinantes, de acuerdo a necesidades específicas, según la etapa del ciclo de vida.

6. Impulsar la intersectorialidad, para contribuir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la atención adecuada en Salud Sexual y Reproductiva.

7. Garantizar la gestión y sostenibilidad en la implementación de la Política Nacional de SSR.

8. Desarrollar el enfoque de género en la SSR, que visibilice las necesidades específicas y diferenciadas de atención de mujeres y hombres y la manera de abordarla.

3.3.3 POLITICA NACIONAL PARA PREVENCION Y CONTROL DE CANCER

La prevención y control del cáncer implica la promoción de los estilos de vida saludable, la implementación de medidas preventivas, tamizaje en poblaciones sin síntomas, el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno que incluya los componentes quirúrgicos, radioterapéuticos y de quimio terapia, así como la provisión de rehabilitación y cuidados paliativos.

Objetivo general:

Establecer las intervenciones requeridas para la prevención y control del cáncer, para disminuir la carga de la enfermedad en la población salvadoreña y mejorar su calidad de vida, implementando intervenciones de promoción de la salud, prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, cuidados paliativos e investigación.

Objetivos específicos:

1. Impulsar la promoción de la salud para la adopción de estilos de vida saludable y actividades de prevención específica contra el cáncer en la población salvadoreña.

2. Desarrollar e integrar las intervenciones de detección temprana del cáncer, realizadas en el Sistema Nacional de Salud.

3. Desarrollar las capacidades institucionales del Sistema Nacional de Salud, para el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos de la patología oncológica en los diferentes niveles de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para la prestación de servicios de manera equitativa, integral y sostenible.

4. Fortalecer las capacidades institucionales en el sector salud, para la creación y unificación del Registro Nacional de Cáncer, a fin de implementar a nivel nacional la vigilancia del cáncer.

5. Impulsar el desarrollo de los recursos humanos requeridos para la atención integral a las personas con cáncer.

6. Promover el desarrollo de investigación con énfasis en las determinantes sociales, análisis de género, promoción de la salud, identificación de factores de riesgo y mecanismos de prevención del cáncer.

7. Establecer los mecanismos financieros para garantizar la sostenibilidad económica de las intervenciones relacionadas a la prevención y control del cáncer.

3.3.4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE CANCER EN EL SALVADOR

Para conocer la situación y el perfil de la enfermedad a través de los mejores datos disponibles, fue necesario obtener la base de los egresos hospitalarios por diagnósticos de cáncer codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) durante el período 2009 – 2013 del Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW) que únicamente incluye los casos de pacientes atendidos en la red de hospitales del MINSAL.

Los resultados de este diagnóstico mostraron que las principales causas de cáncer atendidas fueron cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, leucemia y cáncer gástrico, que la distribución de cáncer de acuerdo al sexo, el 63% se dan en mujeres, que las principales causas de egreso por cáncer en mujeres se relacionan con cánceres del sistema reproductivo y son: cuello uterino 17%, seguido de mama

16% y 8% leucemias⁵. Que una proporción importante de causa de egresos la constituye los diagnósticos inespecíficos de cáncer, lo que ocurre principalmente por la falta de calidad en el llenado de los formularios de ingreso egreso de los pacientes, además de contener el reporte de casos de metástasis y primarios desconocidos.

El cáncer de cuello uterino se presenta con la misma tendencia que describe la literatura médica, incrementándose en edad fértil desde los 25 años y su descenso posterior en los 65 años⁶

3.3.5 MANUAL PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE LA CITOLOGIA CERVICO UTERINA.

Objetivo general:

Establecer la metodología para el control de calidad de los resultados emitidos de la lectura de la muestra citológica por los laboratorios de citología del Ministerio de Salud.

Objetivos específicos:

- 1) Estandarizar los procedimientos relacionados al control de calidad de los resultados, de acuerdo a los parámetros establecidos para realizar la lectura de la muestra citológica.
- 2) Garantizar que los resultados del tamizaje realizado por los laboratorios de citología, sean reproducibles y confiables para el oportuno reporte al nivel local.

Propósito: Es contribuir a mejorar la calidad del procedimiento de la citología cervico uterina y a su vez el citodiagnóstico en los laboratorios de citología, como componente del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino.

⁵ MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 06. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Diagnostico_situacional_del_cancer_en_el_salvador.pdf

⁶ MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 06. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Diagnostico_situacional_del_cancer_en_el_salvador.pdf

3.3.6 LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER CERVICO UTERINO Y DE MAMA:

Objetivo General:

Establecer los lineamientos para el abordaje integral de la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, en las redes integrales e integradas de servicios de salud, con eficiencia y eficacia, en beneficio de la población salvadoreña.

Objetivos Específicos:

- 1) Estandarizar los procesos de promoción de la salud, prevención y atención integral del cáncer cérvico uterino y de mama en las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud del MINSAL.
- 2) Fortalecer el sistema de referencia, retorno e interconsulta en las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud, en relación con la atención al cáncer cérvico uterino y de mama.

Propósito:

Es establecer las disposiciones necesarias para que el personal de salud pueda desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación para reducir la incidencia y prevalencia, a través de la implementación de las medidas preventivas, así como con la detección temprana con métodos de tamizaje, la identificación oportuna de lesiones precancerosas y la sintomatología a fin de establecer su diagnóstico y confirmación a través de estudio histopatológicos, para proporcionar un tratamiento de calidad.

Ámbito de aplicación:

Quedan sujetos al cumplimiento de los lineamientos técnicos, el personal de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) del MINSAL.

Niveles de prevención:

Para el abordaje de la atención integral al cáncer de cérvix, es importante considerar los tres niveles de prevención, a fin de causar impacto en la incidencia, prevalencia y morbimortalidad.

La prevención primaria del cáncer cérvico uterino, son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca. Para lograrlo deberán ejecutarse acciones encaminadas a que las personas conozcan sobre: la causa, los factores de riesgo, sus formas de transmisión, como evitarlo, sus manifestaciones, la manera de detectarlo, el tratamiento según el progreso de la enfermedad y los cuidados que se deben tener.

La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, basada en la historia natural de la enfermedad y de acuerdo a la evidencia científica más actualizada, son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad.

El grupo de mayor prioridad para la detección temprana del cáncer cérvico uterino es el de las mujeres de 30 a 59 años. Los programas organizados de cribado poblacional mediante tamizajes (citología cervico vaginal-Papanicolaou PAP y Prueba de VPH), han demostrado su eficacia al disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix, cuando se alcanzan coberturas por encima del 70 %-80 % de la población, de manera sistemática y continuada durante muchos años. Se recomienda el tamizaje con PAP (citología convencional), a mujeres de 20 a 29 años de edad. En mujeres menores de 20 años, se recomienda la toma de PAP de acuerdo a la valoración de riesgo individual. La frecuencia más aceptada para la repetición de la prueba es cada dos años, cuando el PAP previo ha sido reportado.

La prueba de VPH se utiliza para detectar el ADN de los VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cérvix. En combinación con la observación utilizando ácido acético, es muy útil para detectar lesiones cervicales precancerosas en mujeres de 30 años o más y definir si pueden ser tratadas con crioterapia o deben

ser referidas a colposcopia. La prueba de VPH no debe ser utilizada para tamizar a mujeres menores de 30 años, ya que en ellas las infecciones por VPH suelen ser transitorias y desaparecen espontáneamente en un 90 %.

Acciones de prevención primaria:

A nivel de Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), el personal del MINSAL debe realizar las siguientes actividades:

- Tener identificada a la población de riesgo por grupos de edad, según los lineamientos, dentro de su área geográfica de responsabilidad y sus metas poblacionales de cobertura, emanados del nivel superior con base al sistema de información del MINSAL y en compatibilidad con la información comunitaria de los establecimientos de salud.
- Búsqueda activa de mujeres que no se han realizado pruebas de tamizaje para cáncer de cérvix, de acuerdo a lineamientos vigentes.
- Cumplimiento de los lineamientos.
- Incorporación del tema de cáncer cérvico uterino en los espacios de participación social en salud.
- Promoción de los servicios de educación, tamizaje, diagnóstico y tratamiento a las usuarias disponibles en el establecimiento y en el hospital que le corresponde.
- Seguimiento de las referencias, retornos e interconsultas generadas en su área geográfica de intervención.
- Sensibilización de la población sobre los factores de riesgo de los cánceres de cérvix, la manera de prevenirlo, de cómo detectarlo y recomendaciones para la atención integral.
- Planificación y evaluación en los Consejos de Gestión de micro- redes y redes del funcionamiento de los procesos de prevención del cáncer, a fin de implementar intervenciones oportunas para mejorar la calidad de la atención.

- Asegurar la incorporación de las acciones de prevención de cáncer en el Plan Operativo Anual (POA), con base en los lineamientos.
- Desarrollo de las habilidades de los liderazgos comunitarios, como actores claves para la prevención de los cánceres.
- Instauración y fortalecimiento de alianzas con las instituciones u organizaciones que trabajan la temática en el área de influencia, para el desarrollo de las actividades de prevención.
- Generación de información a través de los instrumentos de registro para el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención de los cánceres.
- Monitoreo y evaluación de las acciones de prevención primaria del cáncer cérvico uterino, ejecutadas en el marco de la RIISS.

Prevención secundaria del cáncer cervico uterino:

El personal de salud debe verificar que toda mujer de 20 años, del área de responsabilidad del establecimiento de salud, tenga actualizado su tamizaje para la detección del cáncer de cérvix, de lo contrario, debe ofrecérsele el servicio. En mujeres menores de 20 años, se recomienda la toma de citología de acuerdo a la valoración de riesgo individual.

Prueba de tamizaje	Edad de la mujer
Citología cervical convencional	20 a 29 años
PAP o Papanicolaou	60 o más años
Prueba del VPH (Virus del Papiloma Humano)	30 a 59 años

El personal de salud debe tomar el tamizaje con citología convencional con la siguiente frecuencia:

- Mujeres de 20 a 29 años: cada dos años, si el resultado del Papanicolaou (PAP) es negativo a lesiones pre invasivas y a cáncer de cérvix.

- Cuando no se dispone de prueba del VPH, las mujeres de 30 a 59 años deben ser tamizadas con PAP cada dos años si el resultado del PAP es negativo.
- Las mujeres de 60 años o más deben ser tamizadas con citología convencional cada dos años, si el resultado del PAP es negativo.
- Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino, deben continuar con las pruebas de detección como indica el lineamiento para su grupo de edad.
- Las mujeres que hayan tenido una histerectomía total que se haya hecho como tratamiento de pre-cáncer o cáncer del cuello uterino, el personal debe continuar el seguimiento con citología convencional según lo establecido en los lineamientos para Displasia Moderada (NIC 2) y Displasia Grave (NIC 3).
- Las mujeres con antecedente de NIC 2 o NIC 3 deben continuar con las pruebas de detección, con base en los lineamientos, al menos por 20 años después de haberse detectado y tratado la anomalía
- Las mujeres mayores de 65 años que les han realizado regularmente las pruebas de detección en los últimos 10 años, pueden prescindir de dicha prueba, siempre y cuando no se haya encontrado un pre-cáncer grave (NIC 2 o 3).
- En las mujeres con inmunosupresión tomar la citología, cada año: (1) mujeres recibiendo esteroides; (2) mujeres recibiendo inmunosupresores para evitar rechazo de trasplante.
- En la mujer con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tomar citología cervical cada seis meses en el primer año posterior al diagnóstico de su enfermedad. Si estas dos pruebas son reportadas como satisfactorias/negativas, se debe tomar el PAP anualmente.
- En las trabajadoras sexuales (TS) de 20 a 29 años de edad, tomar citología cervical cada dos años, si el resultado del PAP es negativo. También deberán tamizarse con PAP cada dos años, las mujeres trabajadoras sexuales de 30 años o

más, si en el establecimiento de salud que les corresponde no está disponible la prueba de VPH.

– En las clínicas o servicios de atención a las personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tomar la citología cervical a toda mujer que no se haya realizado la prueba hace dos años.

Para entregar el resultado del PAP, el personal de salud debe:

- Informar a la mujer sobre su resultado y aclarar sus dudas.
- Anotar dicho resultado en el carnet de citología cervical de la usuaria.
- Si el resultado es negativo a lesión precancerosa o a cáncer cérvicouterino, programar la toma del próximo PAP, según lo estipulado en los lineamientos.

Conducta según resultado del PAP

Resultado del PAP (Según Sistema Bethesda 2001)	Manejo
Insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra	Repetir PAP inmediata- mente
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir el PAP en dos años
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a inflamación	Dar tratamiento según el caso y repetir el PAP en un año. Si nuevo PAP es ne- gativo, continuar tamizaje según lineamientos
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos	Dar tratamiento específico y repetir el PAP en 2 años.
Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)	Referir a Colposcopia
Células escamosas atípicas donde no se	

puede excluir lesión de alto grado (ASC-H)	
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG)	
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG)	
Carcinoma de células escamosas in situ	
Carcinoma de células escamosas	
Células glandulares atípicas (AGC)	
Adenocarcinoma in situ	
Adenocarcinoma	

Fuente: Elaborado en consenso por comités técnico y consultivo para la elaboración de lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervico uterino, a partir de la bibliografía consultada 2014.

– En el caso de citología cervical reportada con Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) en mujeres menores de 20 años, el personal de salud debe dar seguimiento con citología cervical anualmente. Si en la citología de seguimiento la LEI progresa, el personal de salud debe referir a la mujer a colposcopia.

– El personal de salud debe dar seguimiento a todas las mujeres con sospecha de lesiones precancerosas o de cáncer cervico uterino.

Prueba del Virus del Papiloma Humano:

El personal de salud del Primer Nivel de Atención, debe realizar la prueba VPH a toda mujer de 30 a 59 años, si la prueba está disponible en su establecimiento. En el caso del Segundo y Tercer Nivel de Atención, donde se requiera la prueba, se deberá coordinar con el Primer Nivel de Atención para la realización de ésta, de acuerdo a disponibilidad.

Resultado	Significado
Positiva	Significa que hay algún tipo de VPH de alto riesgo (oncogénico) en las células cervicales
Negativa	Significa que no existe en las células cervicales ningún Tipo de VPH de alto riesgo (oncogénico)

- Si el resultado es negativo, el personal de salud debe programar una nueva toma de la prueba dentro de cinco años (dentro del rango de edad indicado).
- Si el resultado es positivo y se cuenta con personal capacitado para realizar evaluación visual con ácido acético, debe informar a la mujer que es necesario realizar dicho examen, con el fin de determinar si la lesión cumple los criterios de elegibilidad para crio-terapia y descartar un cáncer cervical.
- Si el resultado es positivo y no se cuenta con personal capacitado para realizar evaluación visual, debe referir a colposcopia.
- Si el resultado es positivo y al realizar la evaluación visual, no observa lesión, debe dar tratamiento con crioterapia, así: dos ciclos de crioterapia de tres minutos cada uno, con período de deshielo de cinco minutos entre ellos.
- Si hay lesión visible elegible para crioterapia y se cuenta con personal capacitado, se realizará durante la misma visita la crioterapia según lo establecen los lineamientos.
- Si hay lesión visible y no es elegible para crioterapia, debe referir a la mujer a colposcopia con cita previamente programada. Si es posmenopáusica, el personal de salud debe prescribirle tratamiento estrogénico vía vaginal durante cuatro semanas y programar la colposcopia una semana después de haber finalizado el tratamiento.

3.4 Citología Cervico Vaginal, Sistema Bethesda y Cáncer Cervico Uterino

3.4.1 Citología cervico vaginal:

Se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación del epitelio cervical, con el fin de detectar anomalías celulares.

La sociedad Americana del Cáncer y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos presentan directrices en cuanto al inicio, frecuente y finalización de la toma de citología cervico vaginal:

Sociedad Americana del Cáncer:

Citología inicial: 21 años de edad o 3 años después de iniciar coito.

Intervalo:

- Anualmente con citología convencional.
- Cada 2 años con citología en medio líquido.
- Cada 2 a 3 años después de los 30 años de edad y con 3 resultados normales consecutivos.

Finalización: a los 70 años si hay 3 resultados consecutivos normales en 10 años.

Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos:

Citología inicial: 21 años de edad o 3 años después de iniciar coito.

Intervalo:

- Anualmente tanto con citología convencional como en medio líquido.
- Cada 2 a 3 años después de los 30 años de edad y con 3 resultados normales consecutivos.

Finalización: Sin límite superior de edad.

3.4.2 Sistema Bethesda 2001:

Dentro de los parámetros a evaluar en el sistema de Bethesda, se encuentra la interpretación del resultado, el mismo que puede ser:

1. Dentro de los límites de normalidad, esta categoría significa que no hay signos de cáncer, cambios precancerosos u otros, pero puede encontrarse signos de infección o inflamación del cérvix;

2. Presencia de anomalías en células epiteliales, esta categoría nos indica que las células obtenidas del cérvix muestran cambios que podrían ser cáncer o una lesión precancerosa.

Dentro de esta categoría se describe dos tipos de anomalías cervicales:

- Anormalidades celulares escamosas y
- Anormalidades celulares glandulares.

Las anomalías celulares escamosas corresponde a:

- Células escamosas atípicas de significancia indeterminada (ASCUS)
- Lesiones que no pueden excluir una lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H)
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG)
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG)
- Carcinoma de células escamosas.

Las anomalías glandulares corresponden a:

- Células endometriales citológicamente benignas en una mujer post-menopáusica
- Células glandulares atípicas de significancia no determinada (AGUS)
- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma

3. Otras neoplasias malignas, en esta categoría están incluidos los cánceres que rara vez afectan el cérvix como melanomas, sarcomas o linfomas.

3.4.3. Cambios celulares reactivos asociados a inflamación:

El cuello uterino está compuesto de dos tipos de células epiteliales: epitelio escamoso y epitelio glandular. La causa de la inflamación cervical depende del epitelio que este afectado. El epitelio ectocervical puede inflamarse por los mismos microorganismos responsables de la vaginitis. Las tricomonas, la candida y el virus

del herpes simple pueden provocar inflamación del ectocervix. Por el contrario *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* infectan solo el epitelio glandular.

3.4.4. Algunos microorganismos (infecciones) identificados en reportes de citología cervico vaginal:

En base a Lineamientos Técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual del MINSAL.

Vaginosis bacteriana:

Es una alteración de la flora bacteriana vaginal normal que provoca la pérdida de lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y un sobre crecimiento predominante de bacterias anaerobias.

Manifestaciones clínicas: Presenta secreción grisácea, verdosa, amarillenta, homogénea, escasa, con olor característico posterior al coito, prurito y ardor.

Tratamiento:

Régimen recomendado: Metronidazol 500mg vía oral 2 veces al día por 7 días.

Régimen alternativo: Clindamicina 300mg vía oral 2 veces al día por 7 días.

Candidiasis vulvovaginal:

Infección vaginal causada por un hongo, es la responsable del 85 a 90% de todas las infecciones vaginales por hongos, se estima que el 75% de las mujeres sufren al menos, un episodio a lo largo de su vida⁷.

Manifestaciones clínicas: Puede presentarse con prurito, dolor, dispareunia, disuria, secreción vaginal blanquecina, edema vulvar, fisuras y escoriaciones.

Tratamiento:

Régimen recomendado: Clotrimazol crema vaginal 1%, un aplicador intravaginal cada noche por 7 a 14 días.

⁷ Jonathan B, Ginecología SByN. : LIPPINCOR WILLIAMS & WILKINS.

Régimen alternativo: Fluconazol 150mg vía oral dosis única.

Tricomoniasis Vaginal:

Infección de transmisión sexual causada por Trichomonas Vaginalis.

Manifestaciones clínicas: En mujeres produce vaginitis y en menor grado cistitis. Algunos casos pueden ser asintomáticos. La vaginitis causada por Trichomonas vaginalis puede ser leve, moderada o severa con irritación y flujo en cantidad variable (escasa, regular o muy abundante), blanca o amarillo verdosa, de mal olor con presencia de burbujas de aire e inflamación y excoriación de la vulva.

Tratamiento:

Régimen recomendado: Metronidazol 2 gr. vía oral dosis única.

Régimen alternativo: Metronidazol 250mg vía oral cada 8 horas por 7 días.

Herpes Genital:

Es una infección viral recidivante. Posterior a la infección primaria el genoma viral reside indefinidamente en estado latente. Se reactiva por estados de inmunodepresión (estrés, fiebre, infección, quimioterapia, VIH, entre otros).

Manifestaciones clínicas: Máculas y pápulas que progresan a vesículas, (en forma de gajo de uvas), pústulas y úlceras. Provoca lesiones dolorosas con prurito, adenopatías inguinales bilaterales blandas.

Tratamiento:

Primer episodio:

Régimen recomendado: Aciclovir 400mg vía oral 3 veces al día por 7 días.

Régimen alternativo: Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 7 a 10 días.

Recurrencias:

Régimen recomendado: Aciclovir 400mg vía oral 3 veces al día por 5 días.

Régimen alternativo: Aciclovir 800 mg vía oral 2 veces al día por 5 días.

Aciclovir 800 mg vía oral 3 veces al día por 2 días.

3.4.5 Lesiones pre malignas:

Las lesiones escamosas potencialmente pre malignas se clasifican en tres categorías:

- Células escamosas atípicas ASC, se subdivide en dos categorías: aquellas de significado incierto (ASC-US) y aquellas en las que deben excluirse lesiones de alto grado (ASC-H).
- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado.
- Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.

Probabilidad de progresión a cáncer cervico uterino:

- Células escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US): Se asocia de un 10 a 20% de incidencia de displasia leve NIC 1 y de un 3 a 5% de riesgo de displasia moderada o displasia grave (NIC 1 –NIC 2)⁸.
- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado: El 75% de estas pacientes con LEI BG tendrán una displasia (NIC), un 20% será NIC 2-NIC 3.⁹
- Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado: Cualquier mujer con una muestra sugestiva de LEI AG, debería realizarse una colposcopia con biopsia dirigida, pues dos tercios de las pacientes con estos hallazgos tendrán NIC 2 o una lesión mayor¹⁰

3.4.6 Cáncer cervico uterino

Es un tumor maligno que se desarrolla en las células del cuello uterino, con capacidad para invadir los tejidos periféricos sanos y de alcanzar órganos lejanos e implantarse en ellos.

⁸ Jonathan B, Ginecología SByN. : LIPPINCOR WILLIAMS &WILKINS

⁹ Jonathan B, Ginecología SByN. : LIPPINCOR WILLIAMS &WILKINS

¹⁰ Jonathan B, Ginecología SByN. : LIPPINCOR WILLIAMS &WILKINS

Existen dos tipos principales de cáncer cérvicouterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente el 80 % a 90 % de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas. El adenocarcinoma es el segundo tipo más frecuente de cáncer cervical (10 % -15 %) y se origina en las células glandulares del endocérvix.¹¹ Con menor frecuencia, el cáncer cervical tiene características tanto del carcinoma de células escamosas como de adenocarcinoma, denominándose carcinoma adenoescamoso o carcinoma mixto.

La causa necesaria pero insuficiente del cáncer cérvicouterino es la infección persistente por una o más cepas oncogénicas del VPH.

Virus de Papiloma Humano VPH:

Es un ADN virus, que infecta tejidos específicos, es de alta prevalencia y fácil transmisión. El 50 % a 80 % de las mujeres sexualmente activas se infectan con el VPH, al menos una vez en la vida y algunas personas pueden ser infectadas reiteradamente. En el 90 % de los casos evoluciona de forma natural hacia la curación espontánea y desaparece sin haber producido lesión alguna. Sin embargo, la infección por VPH oncogénico, persiste en 10 % de los casos y puede provocar lesiones precancerosas. La mayor frecuencia de infecciones es por los tipos 16 y 18, en un 70 % y el resto son otros tipos de VPH, como el 31, 33 y 45. Si estas infecciones no reciben tratamiento, pueden transformarse en cáncer cérvicouterino¹².

3.5 Estudios relacionados

Un estudio realizado en Colombia, titulado “Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia” cuyo Objetivo era Establecer la prevalencia del resultado de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino, cuya población fue de 1735 mujeres dio como

¹¹ MINSAL. Sitio Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenccion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf

¹² MINSAL. Sitio Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenccion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf

resultados que 1061 mujeres presentaron citología normal (Negativa, 61 %), 36 citología anormal (positiva 2 %) y 638 cambios celulares reactivos asociados a inflamación (37 %). También se concluyó que tener relaciones sexuales a temprana edad, la Multiparidad, el uso de anticonceptivos hormonales y no realizarse la citología anualmente fueron factores de riesgo asociados a citología anormal.

Otro estudio realizado en Colombia titulado “Prevalencia y factores asociados al resultado anormal de la citología vaginal en estudiantes universitarias en Bucaramanga, Colombia” cuyo objetivo era Identificar la frecuencia de anormalidad en el reporte de la citología y sus factores asociados en estudiantes atendidas en los Servicios de Salud de Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander, cuya población fue los 1 549 registros de estudiantes que se tomaron la citología en el Servicio de Salud de la División de Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander en el periodo de Enero de 2009 a Diciembre de 2011 y dio como resultados que la prevalencia de anormalidad fue de 17,8 %. La anormalidad fue más frecuente en mujeres con antecedentes de embarazo, sexarquia temprana y con dos o más compañeros sexuales. Permanecieron asociadas al reporte de anormalidad después de ajustar: el número de compañeros sexuales y la sexarquia.

Un estudio en Perú titulado “Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015”, cuyo objetivo era Determinar la prevalencia y los factores asociados a los hallazgos citológicos anormales de cuello uterino en las mujeres de pescadores de una ciudad del norte peruano y dio como resultado que de las 144 encuestadas, el 20% tuvo una alteración citológica y el 26% no se habían realizado la prueba hace más de 3 años. El 14% fue positivo para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, el 1% tuvo un carcinoma escamoso invasor. Al realizar el análisis multivariado, se obtuvo una asociación entre lesión citológica y VPH ($p < 0,001$), el tener inflamación severa ($p < 0,001$), el tener un germen ($p = 0,001$) y el haber iniciado las relaciones sexuales a los 14 años o menos ($p = 0,024$), ajustado por el usar anticonceptivos y el haberse realizado un Papanicolaou.

En la biblioteca de la Universidad de El Salvador se encontraron algunas tesis con temática similares a la del presente estudio una de ellas es la titulada “Resultado de Citologías Cervico- Vaginales realizadas en adolescentes de 10 a 19 años, usuarias de la Unidad de Salud del Puerto de la Libertad en el período de Enero a Abril del 2006”, en la que se concluye que las Infecciones Cervico vaginales y las lesiones pre malignas aparecen en la mayoría de mujeres que han iniciado su vida sexual, ya que en el 90% resultaron con algunas de las alteraciones mencionadas en dicho estudio. En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales, es un factor importante en el apareamiento de alteraciones citológicas, se estableció que 33 de las 62 adolescentes estudiadas iniciaron su vida sexual entre los 10-15 años, y 29 lo hicieron entre los 16-19 años. La mayoría de las alteraciones reportadas fueron de tipo infeccioso (50%) seguidas por las alteraciones del tipo inflamatorio (41.08%) y en último lugar las lesiones pre malignas (6.45%).

Otra de ellas es la titulada “Resultados de citología en adolescentes embarazadas en las Unidades de Salud del puerto el Triunfo y Tierra Blanca departamento de Usulután en el período de abril a julio de 2007” se encontró que el grupo de mujeres más afectado son las adolescentes con edades comprendidas entre los 14-16 años con un 56%, en segundo lugar el grupo entre 17-19 años con un 44%. En cuanto al inicio de vida sexual activa en las pacientes estudiadas se observó que el 78% se encuentran en el rango de edades de 14-16 años; la lesión pre maligna más frecuentemente encontrada era la Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado con un 88%, concluyendo que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor predisponente para el apareamiento de lesiones cervico vaginales.

Y la última de estas fue la titulada “Diagnósticos de citología cervico vaginal en mujeres en edad fértil, que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Zacatecoluca y Planes de Renderos, enero-junio 2014” cuyo objetivo fue identificar los resultados citológicos diagnosticados con mayor frecuencia por Citología Cervico vaginal, en la población de mujeres en edad fértil, que consultaron durante el mes de julio a las Unidades de Salud Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos, cuya población fue conformada por 150 pacientes, en los resultados obtenidos se observó

que la mayoría de la población estudiada estaba compuesta por pacientes jóvenes eran multíparas, entre 15 y 28 años de edad, de baja escolaridad, provenientes del área rural, con bajos ingresos económicos, no utilizaban métodos anticonceptivos de barrera, con inicio precoz de relaciones sexuales y con múltiples parejas. El resultado citológico más frecuente observado fue Negativo para Lesión intraepitelial o malignidad.

3.6 Descripción de la UCSFI San Rafael Cedros

Nombre del establecimiento: Unidad comunitaria de salud familiar intermedia San Rafael Cedros.

Ubicación: Barrio Concepción, Carretera a Ilobasco. Frente a Instituto Nacional San Rafael Cedros.

Jurisdicción: Municipio de San Rafael cedros, Departamento de Cuscatlán.

Nivel de complejidad: Primer Nivel (Prevención Primaria).

Servicios que presta: Medicina General, Consulta Odontológica, Psicología, Nutrición, Laboratorio Clínico, Vacunación Humana y Animal, Saneamiento Ambiental.

Servicios de Apoyo: Terapia Respiratoria, Rehidratación Oral, Curaciones, Despacho de Medicamentos y Otros.

FOSALUD 24 HORAS: Medicina general, atención odontológica, servicios de apoyo: Terapia respiratoria, rehidratación oral, curaciones, inyecciones, despacho de medicamento.

Cuenta con 4 equipos comunitarios de salud familiar, ubicados en los cantones:

- Cerró colorado
- Soledad
- Jiboa
- Palacios

Personal médico, enfermería y promotores de salud

- Medico director
- 4 médicos consultantes
- 6 médicos en año social
- 12 promotores de salud distribuidos en el área rural.
- 2 licenciadas en enfermería
- 4 técnicos en enfermería

Población estimada (2018) 21,250 habitantes.

Grupo etareo	Masculino	Femenino	Total
Menores 1 año	214	206	420
1 a 4 años	917	911	1828
5 a 9 años	1115	1169	2284
10 a 14 años	1126	1109	2235
15 a 19 años	1227	1236	2463
20 a 29 años	1867	2164	4031
30 a 39 años	1134	1499	2633
40 a 49 años	885	1239	2124
50 a 59 años	582	770	1352
60 a 69 años	394	515	909
70 a 79 años	289	367	656
80 y mas	143	172	315
TOTAL	9893	11357	21250

Fuente: DIGESTY

IV.DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una investigación de tipo DESCRIPTIVA con enfoque cuantitativo, DE CORTE TRANSVERSAL y RETROSPECTIVO. Se describe frecuencia de hallazgos anormales en los reportes de citología cervico vaginal, se brindan características de las usuarias con estos hallazgos (edad, procedencia geográfica, paridad, anticonceptivos y antecedentes de toma de citología) y se verifica si están siendo manejadas de acuerdo a los lineamientos técnicos vigentes para la prevención y control del cáncer cervico uterino.

AREA DE ESTUDIO:

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael Cedros, en el municipio de San Rafael Cedros, en el departamento de Cuscatlán.

UNIVERSO: Lo constituyeron los 275 expedientes clínicos de usuarias de 20 a 59 años a las que se le realizó toma de citología cervico vaginal y que residían en el área geográfica de responsabilidad de la UCSFI San Rafael Cedros, en el periodo de enero a junio 2017.

MUESTRA: 161 expedientes clínicos, para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de población finita y el tipo de muestreo utilizado fue aleatorio simple.

$$n = \frac{Z^2 p q x N}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

n: tamaño de la muestra

Z: nivel de confianza (1.96)

p: probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

N: universo

d: error de estimación.

Reemplazando:

Z: 1.96 (95%)

p: 0.5

q: 0.5

N: 275

d: 0.05 (5%)

Sustituyendo valores

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 275}{(0.05)^2 \times (275 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 275}{0.0025 \times (274) + (3.84 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{264}{0.685 + 0.96}$$

$$n = \frac{264}{1.64}$$

$$n = 160.97 = 161$$

$n = 161$

CRITERIOS DE INCLUSION:

Expedientes clínicos de usuarias con reporte de citología cervico vaginal realizada en los meses de enero a junio 2017, que cumplieran:

- ✓ Edad: dentro del rango de edad en estudio.
- ✓ Residir: en el área geográfica de responsabilidad de la UCSFI San Rafael Cedros, Cuscatlán.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ✓ Expedientes clínicos de usuarias con reporte de citología cervico vaginal realizada en los meses de enero a junio 2017, estaban dentro del rango de edad en estudio, residían en el área geográfica de responsabilidad de la UCSFI San Rafael Cedros Cuscatlán, pero se evidencio en la hoja de reporte de citología que al momento de la toma de la muestra se encontraba embarazada.

TECNICA

Revisión del libro de control de toma de citología cervico vaginal, por medio del cual se pudo obtener el total de citologías cervico vaginales realizadas en el periodo en estudio, e ir depurando las que no cumplían con las características para ser incluidas en el estudio, ya con esta información se procedió a la revisión documental (de expedientes clínicos y reportes de citología cervico vaginal).

INSTRUMENTO:

Guía de recopilación de información (anexo #2), para su formulación se utilizó: la hoja de solicitud y reporte de citología cervico vaginal (anexo) y los lineamientos técnicos para prevención y control del cáncer cervico uterino del MINSAL.

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó autorización al Director de la UCSFI San Rafael Cedros y al Director de la Región Paracentral de Salud del Ministerio de Salud para poder llevar a cabo la presente investigación.

Para la recolección de la información se utilizó la revisión documental de los lineamientos técnicos vigentes para prevención y control de cáncer cervico uterino, la hoja de solicitud y reporte de citología cervico vaginal y tomando en cuenta estos dos instrumentos se procedió a formular la guía de recopilación de información (instrumento del estudio).

Luego inicio la revisión documental (libro de control de toma de citología, expedientes clínicos y reportes de citología cervico vaginal) con la que se recolecto la información requerida para el estudio, esta posteriormente fue tabulada y dio paso a la elaboración de resultados.

PLAN DE ANALISIS:

Para la presentación de resultados se utilizó el programa Microsoft Excel, se calcularon porcentajes, se construyeron tablas de frecuencia y porcentajes con sus respectivos gráficos de barra o de pastel, con lo que posteriormente se pasó a realizar el análisis de los resultados de la investigación.

ASPECTOS ETICOS.

Los datos extraídos de los expedientes clínicos y reportes de citología cervico vaginal de las usuarias fueron reservados con suma confidencialidad y solamente fueron utilizados con fines académicos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES
Hallazgos anormales	Resultados anormales en reportes de citología cervico vaginal (inflamaciones, infecciones, lesiones o malignidad, según sistema Bethesda 2001) de usuarias en estudio.	<p>-Sin hallazgos anormales.</p> <p>-Con hallazgos anormales.</p>	<p>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad.</p> <p>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad, con cambios asociados a inflamación.</p> <p>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad, con presencia de microorganismos.</p> <p>Presencia de lesiones intraepiteliales o malignidad.</p>

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES
Edad	Años cumplidos desde su nacimiento hasta el día de toma de citología.	Años cumplidos.	Grupo etareo: 20-29 30-39 40-49 50-59
Área Geográfica	Procedencia de la usuaria en estudio.	Área de procedencia.	Urbano Rural
Paridad	Número de partos de la usuaria en estudio.	Número de hijos	Nulípara (0 hijos). Primípara (1 hijo). Multípara (de 2 a 5 hijos) Gran multípara (Más de 6 hijos).
Anticonceptivos	Método anticonceptivo usado por la usuaria en estudio para evitar embarazos.	Tipo de método utilizado.	No usa Oral Inyección DIU Otros.
Antecedentes de toma de citología	Historial de toma de citología cervico vaginal de la usuaria en estudio.	Antecedentes de toma de citología.	Primera vez Subsecuente vigente Subsecuente atrasada

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES
Manejo de hallazgos anormales prevalentes.	Verificar el cumplimiento del manejo de los hallazgos anormales prevalentes en reportes de citología cervico vaginal de usuarias en estudio, de acuerdo a los lineamientos técnicos vigentes del Ministerio de Salud.	Se manejó de acuerdo a lineamientos.	Repetir citología en dos años
		No se manejó de acuerdo a lineamientos.	Dar tratamiento según caso y repetir citología en 1 año
		No hay evidencia en expediente clínico de manejo.	Dar tratamiento específico y repetir citología en 2 años
			Referir a colposcopia

V.RESULTADOS

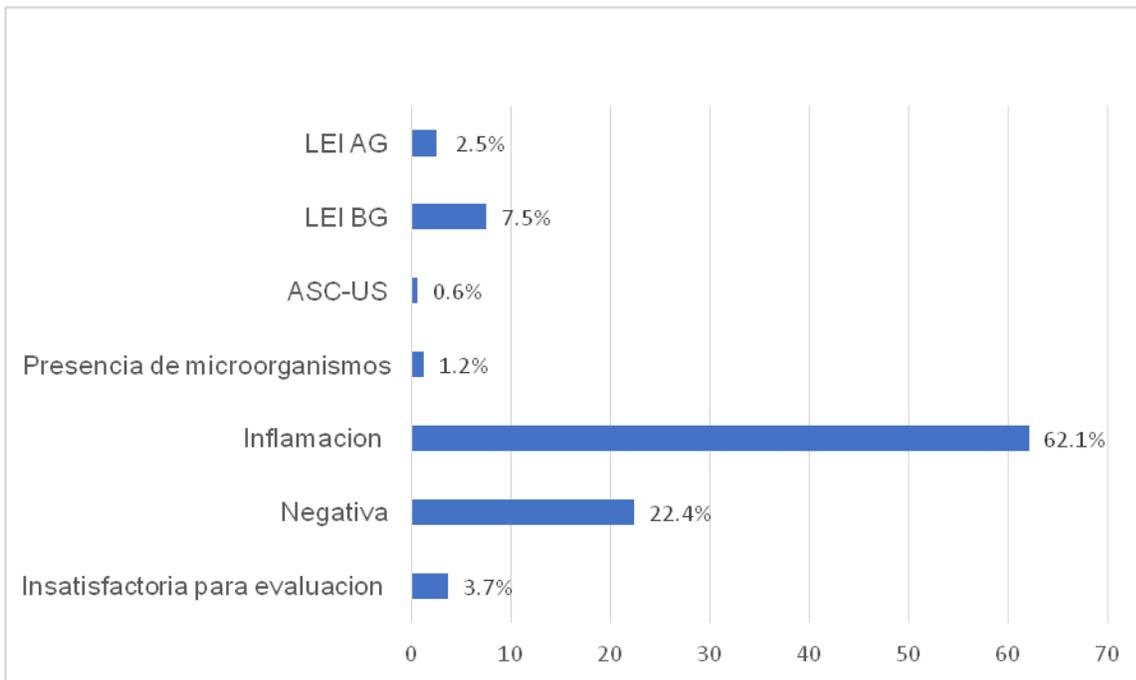
5.1 Hallazgos anormales prevalentes.

Tabla 1. Hallazgos en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de la UCSFI San Rafael Cedros, Cuscatlán.

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insatisfactoria para evaluación.	6	3.7%
Satisfactoria para evaluación, negativa Para lesión intraepitelial o malignidad	36	22.4%
Satisfactoria para evaluación, negativa Para lesión intraepitelial o malignidad, con cambios celulares reactivos asociados a inflamación.	100	62.1%
Satisfactoria para evaluación, negativa Para lesión intraepitelial o malignidad, con presencia de microorganismos.	2	1.2%
Satisfactoria para evaluación, con presencia de células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US).	1	0.6%
Satisfactoria para evaluación, con lesión intraepitelial de bajo grado (LEI BG).	12	7.5%
Satisfactoria para evaluación, con lesión intraepitelial de alto grado (LEI AG).	4	2.5%
TOTAL	161	100%

Fuente: Guía de recopilación de información.

Gráfico 1. Distribución de hallazgos en reportes de citología cervico vaginal de usuarias de la UCSFI San Rafael Cedros, Cuscatlán.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 1, el hallazgo anormal de mayor prevalencia identificado en reportes de citología cervico vaginal de las usuarias en estudio, fue cambios celulares reactivos asociados a inflamación, presente en más de la mitad de las usuarias, con un 62.1%, en segundo y tercer lugar de frecuencia tenemos la presencia de lesiones intraepiteliales con un 7.5% que eran de bajo grado y un 2.5% de alto grado. Es de hacer notar que al hacer la sumatoria de porcentajes casi tres cuartas partes de la muestra en estudio el 73.9% presentaban hallazgos anormales en sus reportes citológicos y solo un 22.4% fueron negativas a hallazgos anormales.

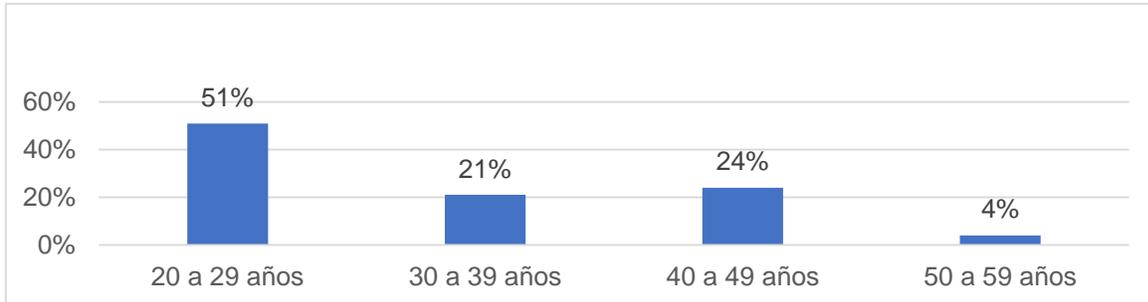
5.2 Características de las usuarias con hallazgos anormales prevalentes

Tabla 2. Caracterización de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a inflamación.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Grupo etareo		
De 20 a 29 años	51	51%
De 30 a 39 años	21	21%
De 40 a 49 años	24	24%
De 50 a 59 años	4	4%
Procedencia geografica		
Urbano	28	28%
Rural	72	72%
Paridad		
Nulipara	13	13%
Primipara	28	28%
Multipara	55	55%
Gran multipara	4	4%
Anticonceptivos		
No usa	50	50%
Anticonceptivos orales ACO	4	4%
Inyectables INY	22	22%
Dispositivo intrauterino DIU	9	9%
Otros	15	15%
Antecedentes de toma de citología		
Primera vez	18	18%
Subsecuente vigente	45	45%
Subsecuente atrasada	37	37%
TOTAL	100	100%

Fuente: Guía de recopilación de información.

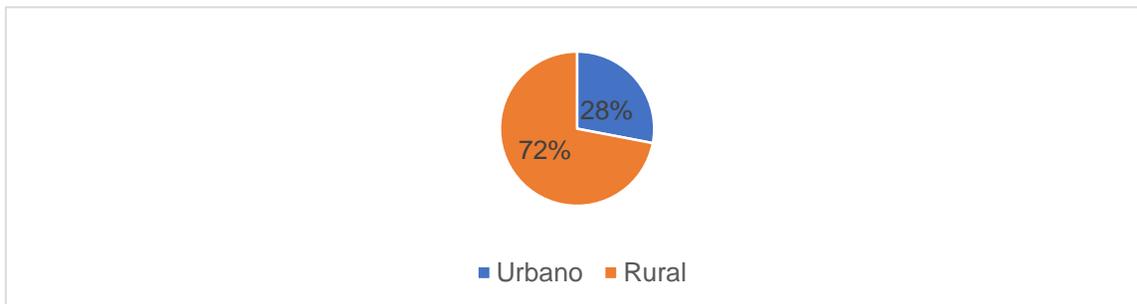
Gráfico 2. Distribución según grupo etareo al que pertenecen las usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 2, de distribución según grupo etareo al que pertenecen las usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a inflamación, más de la mitad el 51% está en el rango de edad de 20 a 29 años, una prevalencia del doble en comparación con los grupos de edad de 30 a 39 años con el 21% y 40 a 49 años con el 24% y solo el 4% está en el rango de edad de 50 a 59 años.

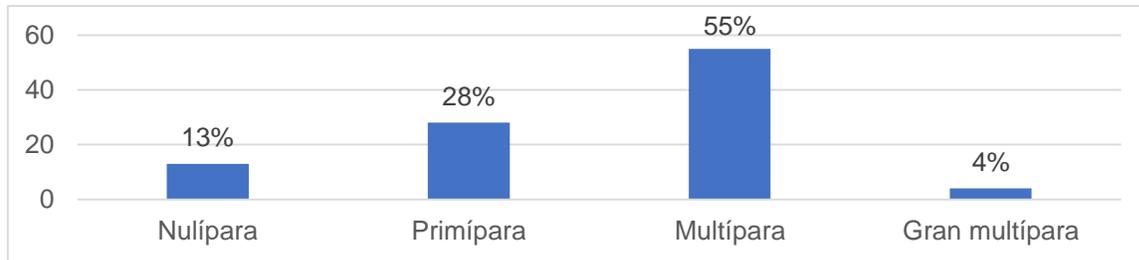
Gráfico 3. Distribución según procedencia geográfica de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 3, de distribución según procedencia geográfica de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a inflamación, casi tres cuartas partes de las usuarias, el 72% residen en el área rural y solo el 28% en el área urbana.

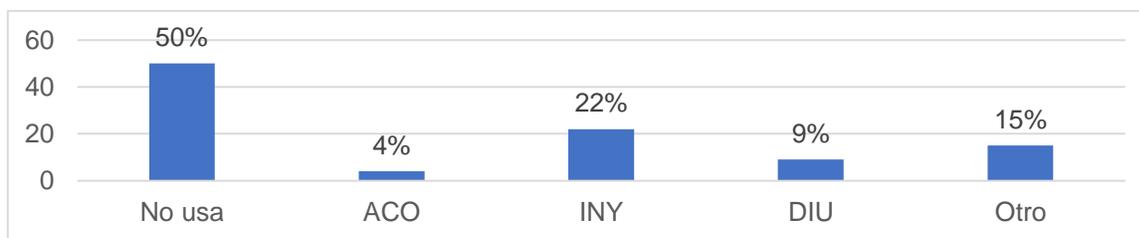
Gráfico 4. Distribución según paridad de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 4, de distribución según paridad de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a inflamación, un poco más de la mitad el 55% son multíparas, es decir, han presentado de 2 a 5 partos, seguidas en orden de frecuencia por las primíparas (1 parto) con un 28%, el 13% son nulíparas (no han presentado partos) y solo el 4% eran gran multíparas, es decir, han presentado 6 o más partos.

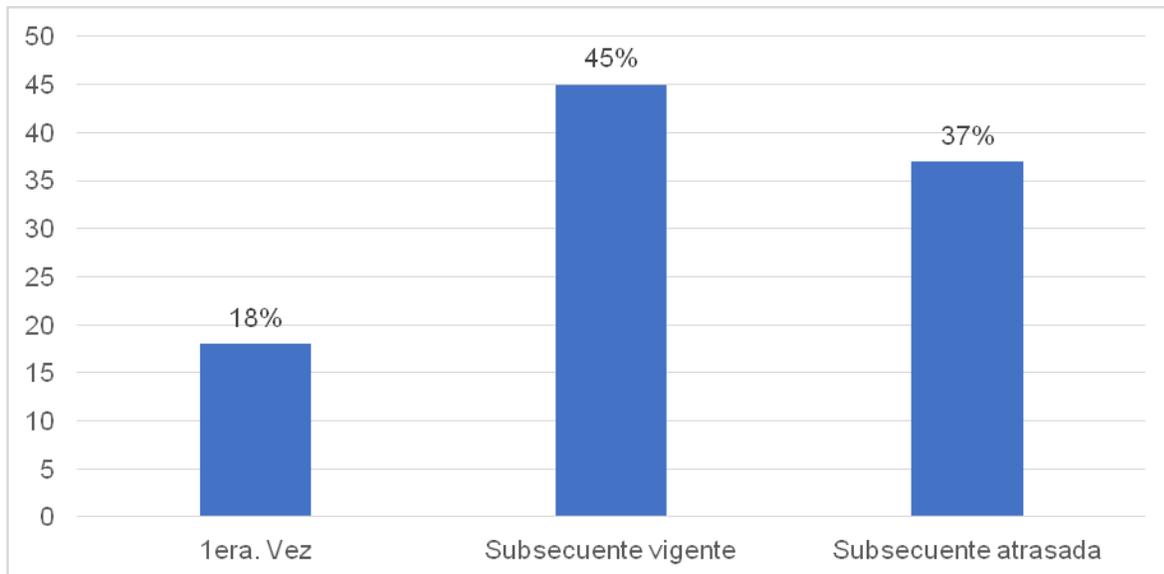
Gráfico 5. Distribución según uso de anticonceptivos de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 5, la distribución según uso de anticonceptivos de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a inflamación, la mitad el 50% no usa ningún método anticonceptivo para prevenir embarazos y del otro 50% que si hace uso de estos, casi una cuarta parte el 22% usa inyección, seguido de un 15% que hace uso de otros métodos anticonceptivos de los cuales no se pudo obtener información específica, el 9% hace uso del dispositivo intrauterino DIU y solo un 4% usa anticonceptivos orales ACO.

Gráfico 6. Distribución según antecedentes de toma de citología de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

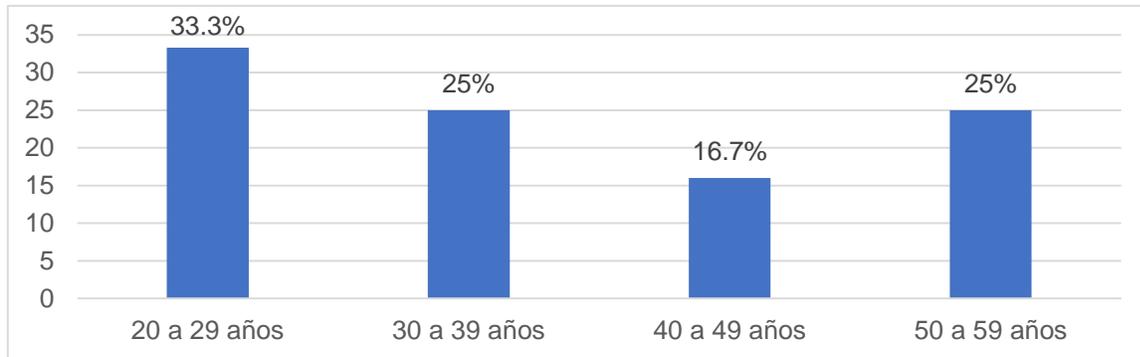
Como se observa en el gráfico 6, de distribución según antecedentes de toma de citología cervico vaginal de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a inflamación, casi la mitad el 45% se realiza la toma de citología subsecuente vigente, esto es de acuerdo con la periodicidad establecida en los lineamientos técnicos del MINSAL y más de una tercera parte el 37% es subsecuente atrasada esto quiere decir que no se realiza toma de citología con la periodicidad establecida y un 18% eran tomas de citología de primera vez en la vida.

Tabla 3. Caracterización de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**

Características	Frecuencia	Porcentaje
Grupo etareo		
De 20 a 29 años	4	33.3%
De 30 a 39 años	3	25%
De 40 a 49 años	2	16.7%
De 50 a 59 años	3	25%
Procedencia geografica		
Urbano	5	41.7%
Rural	7	58.3%
Paridad		
Nulipara	0	0
Primipara	4	33.3%
Multipara	6	50%
Gran multipara	2	16.7%
Anticonceptivos		
No usa	5	41.7%
Anticonceptivos orales ACO	0	0
Inyectables INY	2	16.7%
Dispositivo intrauterino DIU	4	33.3%
Otros	1	8.3%
Antecedentes de toma de citologia		
Primera vez	3	25%
Subsecuente vigente	5	41.7%
Subsecuente atrasada	4	33.3%
TOTAL	12	100%

Fuente: Guía de recopilación de información.

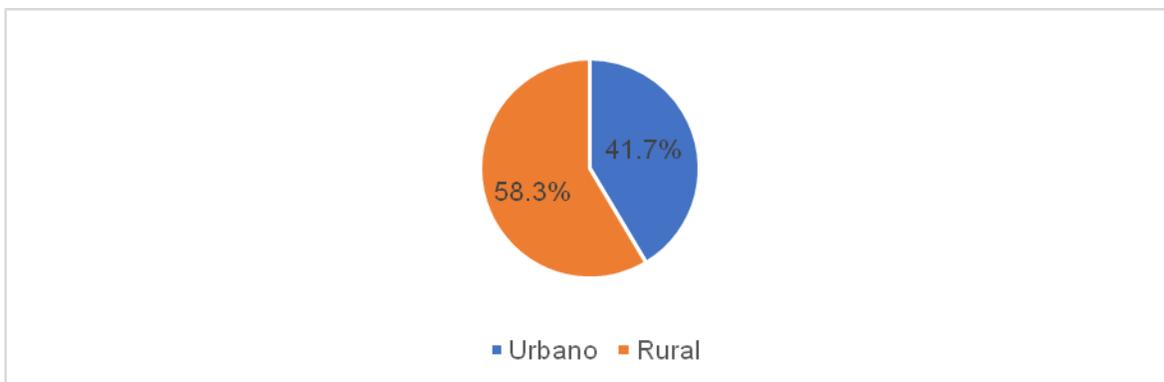
Gráfico 7. Distribución según grupo etareo al que pertenecen las usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 7, de distribución según grupo etareo al que pertenecen las usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado, una tercera parte el 33.3% pertenecen al rango de edad de 20 a 29 años, seguido en frecuencia de los grupos etarios de 30 a 39 años y de 50 a 59 años que comparten el mismo porcentaje 25% y el 16.7% tienen de 40 a 49 años.

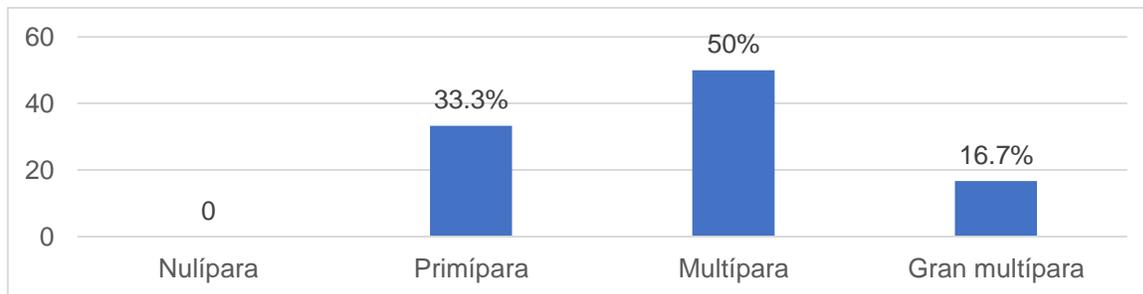
Gráfico 8. Distribución según procedencia geográfica de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 8, de distribución según procedencia geográfica de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado, hay una leve prevalencia de usuarias que residen en el área rural 58.3% al compararlas con las del área urbana 41.7%.

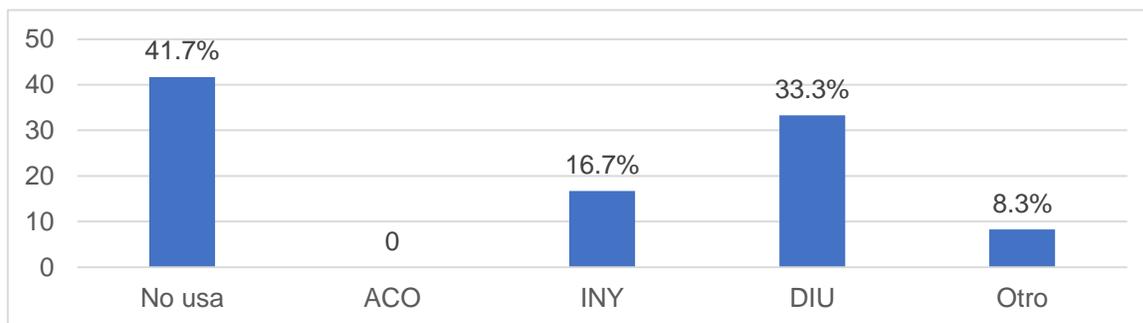
Gráfico 9. Distribución según paridad de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 9, de distribución según paridad de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado, el 100% de estas han presentado de 1 a más de 6 partos, la mitad el 50% son multíparas, seguidas por una tercera parte el 33.3% que son primíparas y un 16.7% que son gran multíparas.

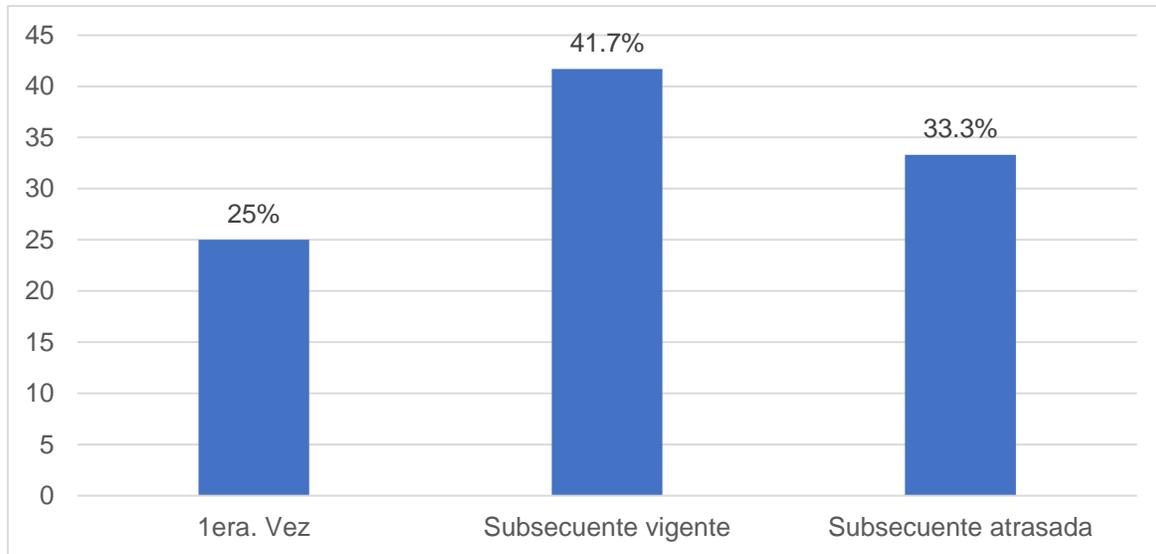
Gráfico 10. Distribución según uso de anticonceptivos de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 10, la distribución según uso de anticonceptivos de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado, un poco más del 40% no utilizaban un método anticonceptivo para prevenir embarazos, casi un 60% si hacían uso de métodos anticonceptivos, donde con un 33.3% el más utilizado fue el dispositivo intrauterino DIU, seguido de un 16.7% por los inyectables, un 8.3% hacia uso de otros métodos anticonceptivos y ninguna hacía uso de anticonceptivos orales ACO.

Grafico. 11 Distribución según antecedentes de toma de citología de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

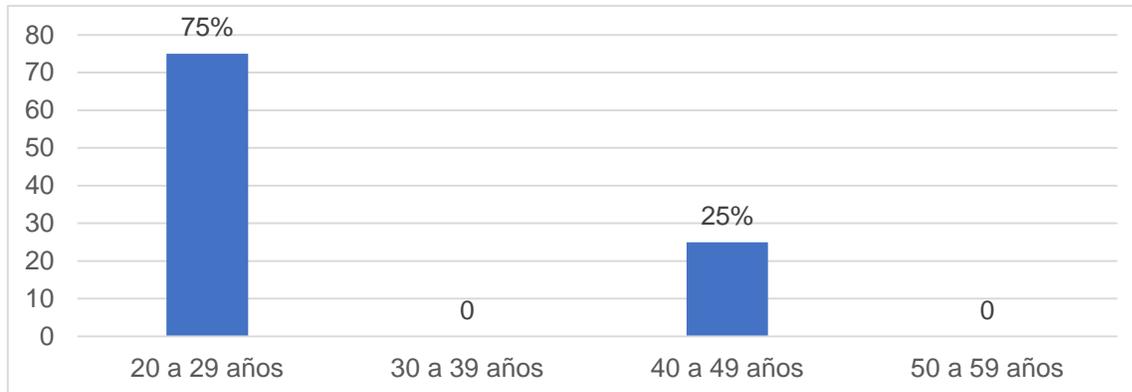
Como se observa en el grafico 11, de distribución según antecedentes de toma de citología cervico vaginal de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado, Un poco más del 40% eran usuarias que se realizaban la toma de citología con la periodicidad establecida, seguidas de una tercera parte el 33.3% que no se la realizaba de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos del MINSAL, también es de hacer notar que una cuarta parte de estas el 25% eran usuarias que se realizaron la toma de citología por primera vez en la vida.

Tabla 4. Caracterización de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG**.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Grupo etareo		
De 20 a 29 años	3	75%
De 30 a 39 años	0	0
De 40 a 49 años	1	25%
De 50 a 59 años	0	0
Procedencia geografica		
Urbano	1	25%
Rural	3	75%
Paridad		
Nulipara	1	25%
Primipara	1	25%
Multipara	2	50%
Gran multipara	0	0
Anticonceptivos		
No usa	3	75%
Anticonceptivos orales ACO	0	0
Inyectables INY	0	0
Dispositivo intrauterino DIU	1	25%
Otros	0	0
Antecedentes de toma de citologia		
Primera vez	0	0
Subsecuente vigente	3	75%
Subsecuente atrasada	1	25%
TOTAL	4	100%

Fuente: Guía de recopilación de información.

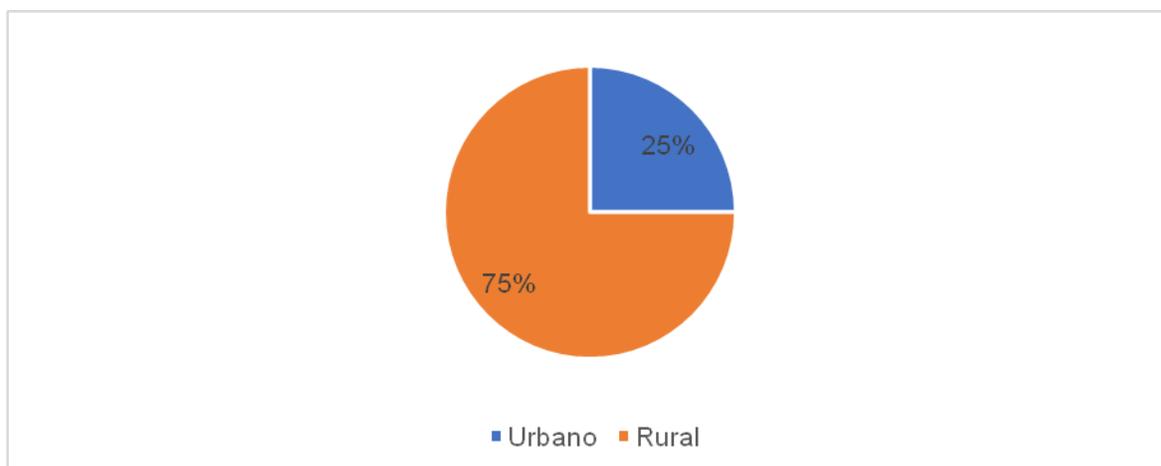
Gráfico 12. Distribución según grupo etareo al que pertenecen las usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 12, de distribución según grupo etareo al que pertenecen las usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado, el rango de edad de mayor prevalencia fue el de 20 a 29 años con un 75%, seguido con un 25% por el rango de edad de 40 a 49 años.

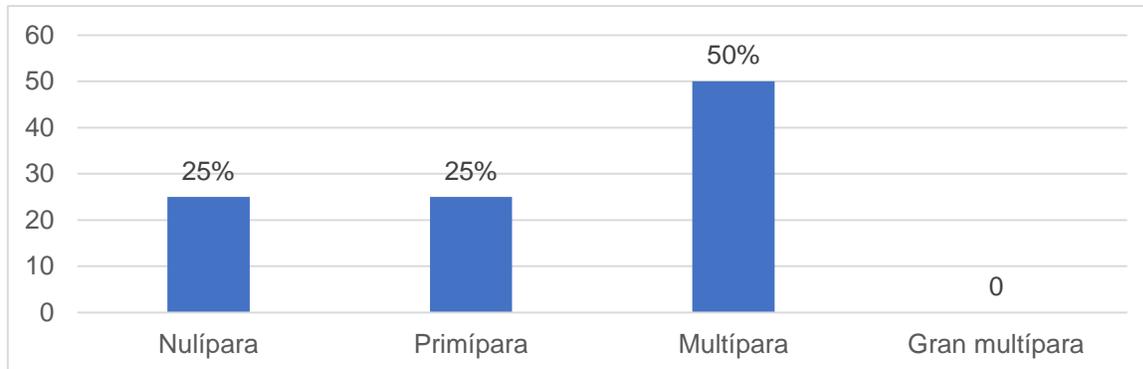
Gráfico 13. Distribución según procedencia geográfica de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 13, de distribución según procedencia geográfica de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado, el 75% residía en el área rural y el 25% en el área urbana.

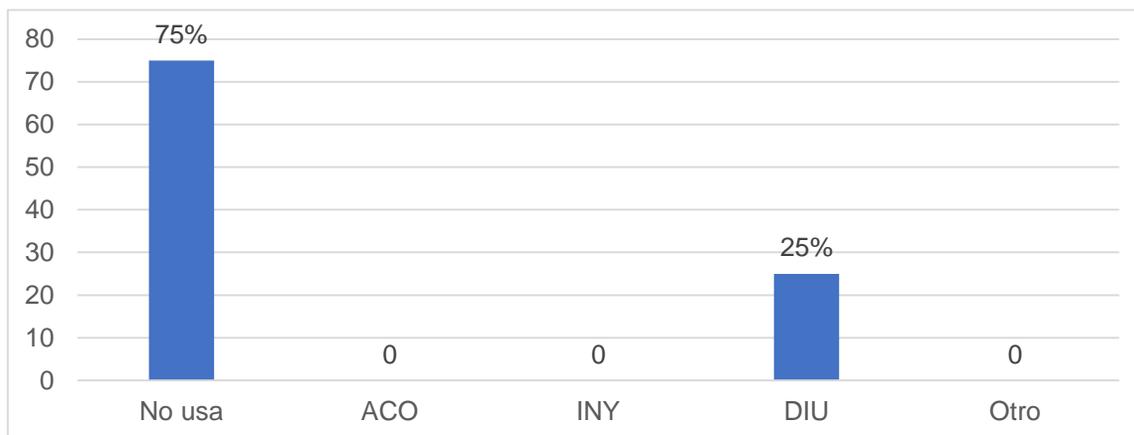
Gráfico 14. Distribución según paridad de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 14, de distribución según paridad de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado, el 50% son multíparas, el 25% son primíparas y el otro 25% son nulíparas.

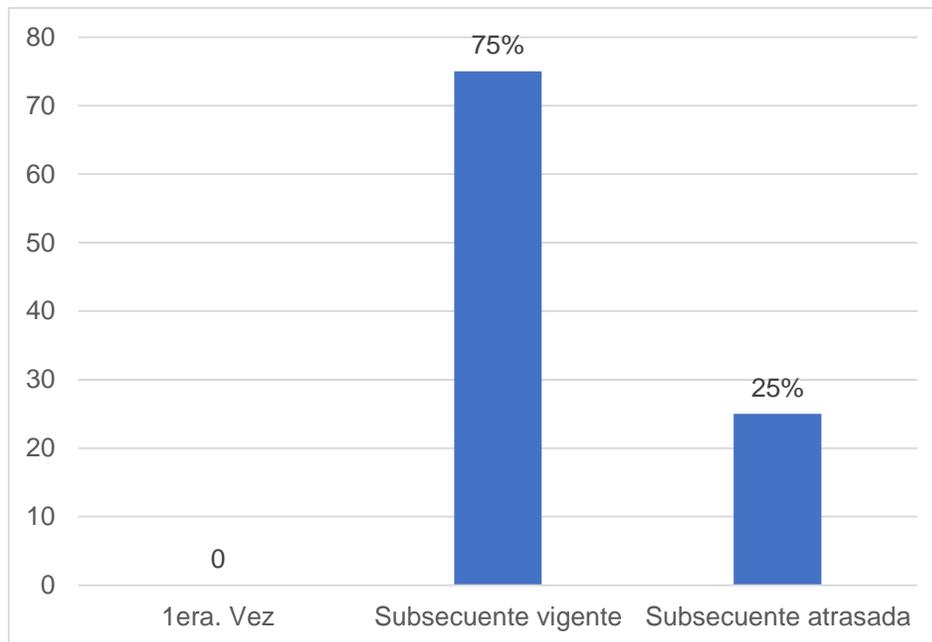
Gráfico 15. Distribución según uso de anticonceptivos de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 15, la distribución según uso de anticonceptivos de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado, Tres cuartas partes el 75% no utilizaban ningún método anticonceptivo para prevenir embarazos y el restante 25% hacia uso del dispositivo intrauterino DIU.

Grafico 16. Distribución según antecedentes de toma de citología de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG.**



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 16, de distribución según antecedentes de toma de citología cervico vaginal de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado, Tres cuartas partes el 75% se realizaban la toma de citología con la periodicidad establecida y solo un 25% no se la realizaba con la periodicidad establecida.

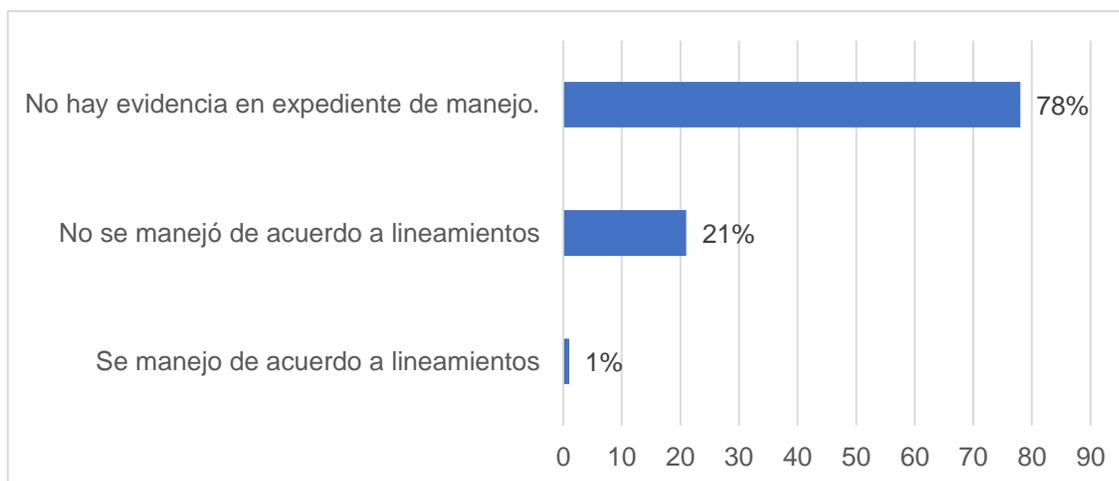
5.3 Manejo de hallazgos anormales prevalentes

Tabla 5. Manejo de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.

Manejo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo a lineamientos.	1	1%
No se manejó de acuerdo a lineamientos.	21	21%
No hay evidencia en expediente clínico de manejo.	78	78%
Total	100	100%

Fuente: Guía de recopilación de información.

Gráfico 17. Distribución según manejo de usuarias con resultado de: cambios celulares reactivos asociados a **inflamación**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

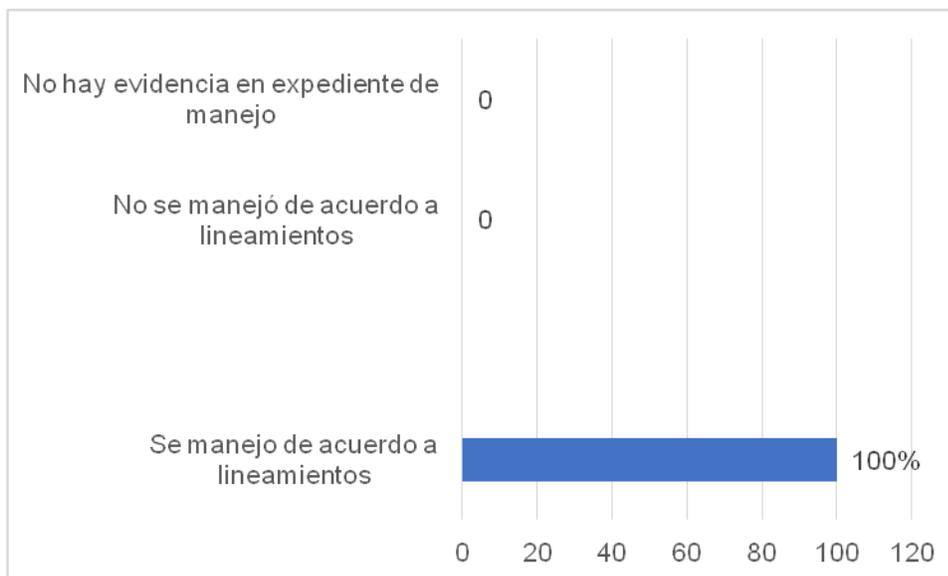
Como se observa en el gráfico 17, en un poco más de tres cuartas partes el 78% no se evidenció en la revisión de expedientes clínicos de las usuarias manejo de resultados de reportes de citología cervico vaginal, en el 21% en el que si se evidencia manejo, este no fue realizado de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos por el MINSAL, y solo en un 1% se evidenció manejo de acuerdo a los lineamientos vigentes.

Tabla 6. Manejo de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.

Manejo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo a lineamientos.	12	100%
No se manejó de acuerdo a lineamientos.	0	0
No hay evidencia en expediente clínico de manejo.	0	0
Total	12	100

Fuente: Guía de recopilación de información.

Grafico 18. Distribución según manejo de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de bajo grado **LEI BG**.



Fuente: Guía de recopilación de información.

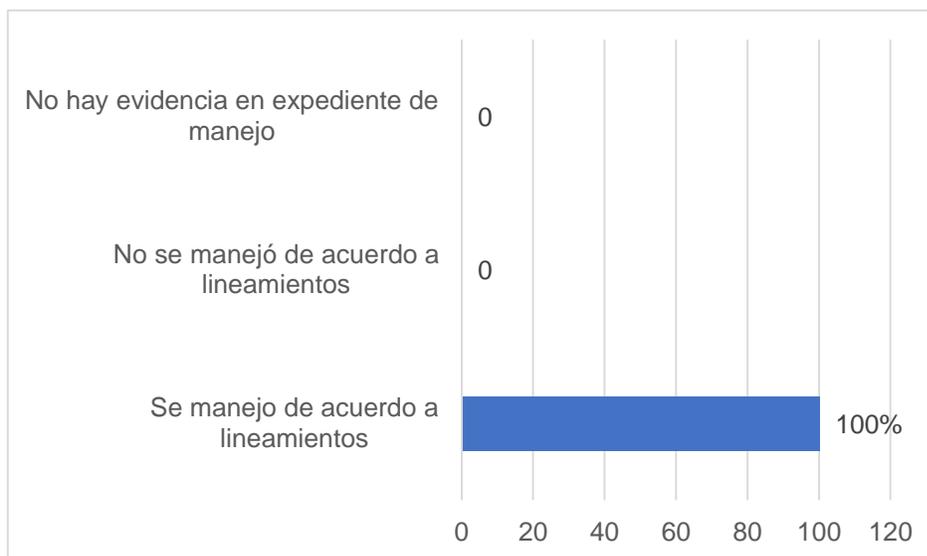
Como se observa en el grafico 18, el 100% de usuarias con resultado de lesión intraepitelial de bajo grado fue manejado de acuerdo con lineamientos técnicos vigentes.

Tabla 7. Manejo de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG.**

Manejo	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo a lineamientos.	4	100%
No se manejó de acuerdo a lineamientos.	0	0
No hay evidencia en expediente clínico de manejo.	0	0
Total	4	100%

Fuente: Guía de recopilación de información.

Gráfico 19. Distribución según manejo de usuarias con resultado de: lesión intraepitelial de alto grado **LEI AG.**



Fuente: Guía de recopilación de información.

Como se observa en el gráfico 19, el 100% de las usuarias con resultado de lesión intraepitelial de alto grado fue manejado de acuerdo con lineamientos técnicos vigentes.

VI.DISCUSIÓN

En el presente estudio la prevalencia de hallazgos anormales (infecciones, inflamaciones, lesiones o malignidad) en reportes de citología cervico vaginal fue de 73.9%, siendo los cambios celulares reactivos asociados a inflamación los de mayor prevalencia con un 62.1%, seguido de las lesiones pre malignas: lesión intraepitelial de bajo grado (LEI BG) con un 7.5% y la lesión intraepitelial de alto grado (LEI AG) con un 2.5%, seguidos en orden de frecuencia el resultado citológico con presencia de microorganismos con 1.2% y la presencia de células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US) con un 0.6%, es de hacer notar que el periodo de este estudio no hubo evidencia de lesiones malignas en los reportes de citología, también es de destacar que solo el 22.4% de las citologías cervico vaginales fueron normales es decir negativas para infecciones, inflamaciones, lesiones o malignidad.

En el estudio realizado en Cauca, Colombia reportó que el 37% de sus hallazgos fueron cambios celulares reactivos asociados a inflamación, mucho menor a la prevalencia detectada en este estudio que fue de 62.1%, en ese mismo estudio realizado en Cauca, Colombia, solo el 2% presento hallazgos de lesiones pre malignas o malignas, dato que difiere con el del presente estudio, en el cual al hacer la sumatoria de porcentajes de hallazgos de lesiones pre malignas es de 10.6% encontrando mayor prevalencia en este estudio. En cuanto a la lesión pre maligna más frecuente encontrada en un estudio realizado en Perú fue LEI BG con un 14% en el presente estudio también lo fue LEI BG pero con un 7.5%

La identificación de los hallazgos pre malignos que reporta el presente estudio son de suma importancia ya que según la literatura citada en el marco referencial el 75% de pacientes con reporte citológico de LEI BG tendrán una displasia (NIC) y dos tercios de las pacientes con reportes de citología de LEI AG tendrán NIC 2 o una lesión mayor, con esto se evidencia la importancia del manejo y seguimiento estricto que se le tendría que dar a pacientes que presentes estos resultados.

Al caracterizar, los 3 hallazgos anormales prevalentes en este estudio, en cuanto a rango de edad de las usuarias con resultado de cambios celulares reactivos asociados a inflamación (inflamación), el 96% de las usuarias con inflamación tienen de 20 a 49 años, del cual el 51% de las usuarias tienen de 20 a 29 años, siendo el rango de edad de mayor prevalencia de usuarias con resultado de inflamación. En el caso de las usuarias con lesión intraepitelial de bajo grado LEI BG en todos los rangos de edad en estudio se encontró frecuencia, con una mayor prevalencia de usuarias en el grupo etario de 20 a 29 años con un 33.3% y el grupo etario de usuarias menos afectadas con un 16.7% fue el de 40 a 49 años. En el caso de usuarias con lesión intraepitelial de alto grado LEI AG con un 75% el rango de edad de las usuarias fue 20 a 29 años, en los tres casos ha sido el grupo de edad de 20 a 29 años en el que se encuentran las usuarias con los hallazgos anormales prevalentes, en literatura citada se hace referencia que el rango de edad de mayor riesgo para la presentación de lesiones pre malignas y malignas es de los 30 a 49 años, en el presente estudio en el que solo se encontró presencia de lesiones pre malignas el rango de edad en el que se encontró mayor prevalencia de estas lesiones fue el de 20 a 29 años.

De acuerdo con el área geográfica en la que residen, el 72% de las usuarias con resultado de cambios celulares reactivos asociados a inflamación residen en el área rural, en el caso de las usuarias con LEI BG las frecuencias son un poco similares con un 58.3% de usuarias que reside en el área rural y un 41.7% de usuarias que residen en el área urbana, en cuanto a LEI AG el 75% de las usuarias con este hallazgo residen en área rural, en todos los casos la prevalencia estuvo en usuarias del área rural, que es donde se conoce hay población con bajos recursos económicos y según literatura citada en el presente estudio, el nivel socio económico bajo y el residir en áreas rurales son factores presente en pacientes con lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino .

Los casos de usuarias con LEI BG donde los porcentajes son un poco similares en ambas áreas geográficas, puede llevar a suponer que se podrían estar presentando similares o más altos porcentajes no solo de LEI BG sino también de inflamaciones y

LEI AG en la población femenina del área urbana pero el establecimiento de salud no tiene acceso a información de esta parte de la población o si lo tiene pero solo de la que llega a buscar servicios de salud en la institución, a esta parte de la población no se le da un seguimiento domiciliario como lo hacen los equipos comunitarios de salud familiar (ECOS) a través de los promotores de la salud.

En lo que respecta a la paridad de las usuarias en estudio en los tres hallazgos anormales prevalentes (inflamación, LEI BG, LEI AG) han sido las multíparas es decir, las que presentaron de 2 a 5 partos, con un porcentaje del de 50% o arriba de este, las que con mayor prevalencia presentan estos hallazgos anormales, en el presente estudio la característica de Multiparidad de las usuarias coincide con el resultado del estudio de Cauca, Colombia y con el de literatura citados, en el que la Multiparidad es un factor de riesgo asociado para presencia de lesiones pre malignas y malignas de cuello uterino.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos de usuarias con resultado de inflamación el 50% de estas usuarias no utilizaban ningún método anticonceptivo, en el otro 50% que si hacía uso de estos, el más utilizado con un 22% fue la inyección, seguido de otros métodos anticonceptivos no específicos con un 15%, en el caso de usuarias con resultado LEI BG el 41.7% de estas usuarias no hacían uso de métodos anticonceptivos y en otro 58.7% que si hacía uso de estos métodos con un 33.3% el más utilizado fue el dispositivo intrauterino, y en las usuarias con resultado de LEI AG el 75% de estas no hacía uso de ningún método anticonceptivo y otro 25% hacia uso del dispositivo intrauterino. En los 3 hallazgos prevalentes casi en el 50% en algunos casos más, las usuarias no hacían uso de ningún método anticonceptivo y el dispositivo intrauterino DIU fue el método más utilizado en las usuarias con resultado de lesiones pre malignas.

Al verificar en la hoja de reporte citológico de las usuarias los antecedentes de toma de citología se valoran 3 escenarios: 1) si es primera vez en la vida que se toma citología, 2) si es subsecuente vigente lo que quiere decir que se toma la citología con la periodicidad establecida o 3) si es subsecuente atrasada lo cual quiere decir

que no lo hace de acuerdo a la periodicidad establecida, los resultados de la investigación muestran que en el caso de reportes con inflamación y de LEI BG comparten misma frecuencia un poco más del 40% de usuarias se toman su citología con la periodicidad establecida, en el caso de LEI AG lo es el 75% y solo el 25% no se realiza con la periodicidad establecida, llama la atención por ser una tercera parte de las usuarias que presentan inflamación 37% y LEI BG 33.3% las que no se realizan su toma de citología de acuerdo a la periodicidad establecida en los lineamientos técnicos vigentes del ministerio de salud. El 18% de las usuarias con inflamación y el 25% de las usuarias con LEI BG eran toma de citología de primera vez en la vida.

En lo que respecta al manejo recibido por las usuarias con reporte citológico con cambios celulares reactivos asociados a inflamación en el 78% de los casos no hay evidencia escrita en expediente clínico de que la usuaria recibió la respuesta y manejo que corresponde según lineamientos técnicos del Ministerio de salud, a pesar de evidenciar que en la gran mayoría de casos hubo contacto con la usuaria posterior a la toma de citología por otros motivos de consulta, además se pudo verificar en algunos expedientes clínicos que tenían reportes de citología de años previos (dato que no se pudo obtener estadísticamente dado que no en todos los expedientes clínicos de las usuarias se encontraron reportes dichos reportes) que no era primera vez que la usuaria presentaba inflamación y tampoco hubo en su momento evidencia de manejo a esos reportes con inflamación, pero resulta a un más interesante el hecho de que en el 21% de los casos en los que si se le dio la consulta de respuesta de citología estas no fueron manejadas de acuerdo con los lineamientos técnicos vigentes que dictan dar tratamiento según caso y la toma de citología en un año. En lo que respecta a LEI BG y LEI AG que como ya hemos mencionado son lesiones pre malignas el 100% de los casos respectivamente fue manejado de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes, estos dictan referencia para evaluación por colposcopia.

VII. CONCLUSIONES

1. Se encontró una alta prevalencia de hallazgos anormales en los reportes de citología cervico vaginal de las usuarias del establecimiento de salud.
2. El hallazgo anormal de mayor prevalencia fue el de cambios celulares reactivos asociados a inflamación y la lesión pre maligna de mayor prevalencia fue lesión intraepitelial de bajo grado.
3. La mayoría de usuarias con estos hallazgos son mujeres jóvenes (20 a 29 años), de procedencia rural y multíparas.
4. Podemos estar ante la presencia de prevalencia de estos hallazgos también en usuarias del área urbana.
5. La mayoría de estas usuarias que son mujeres jóvenes no están haciendo uso de métodos de planificación familiar.
6. En un tercio de estas usuarias no se está cumpliendo un control citológico vigente como lo establecen los lineamientos técnicos del MINSAL.
7. Las usuarias con hallazgos de lesiones pre malignas lesión intraepitelial de bajo grado LEI BG y lesión intraepitelial de alto grado LEI AG, todas fueron referidas a colposcopia como dictan los lineamientos técnicos vigentes.
8. En las usuarias con hallazgos de cambios celulares reactivos asociados a inflamación, en la que el personal del establecimiento de salud tiene que brindar el resultado, dar manejo y seguimiento de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes, esto no se está cumpliendo de forma óptima y eficaz.

9. Los hallazgos del presente estudio llevan a concluir que no hay un enfoque preventivo (prevención primaria y secundaria) en este establecimiento de salud, generalizando este hallazgo presente en una de las más de 700 unidades comunitarias de salud familiar en el país, y asumiendo que esta es la realidad no solo de este establecimiento sino la de muchos más, es evidente la necesidad de seguir apostándole al enfoque preventivo en este caso en particular, para la prevención y control del cáncer cervico uterino.

VIII.RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD:

- Promover la realización y posterior difusión de estudios de investigación a nivel local, ya que la realidad y capacidad resolutive instalada de cada establecimiento así sean del mismo nivel de complejidad es diferente.
- La formulación de una hoja de control citológico que se anexe a expedientes clínicos y sirva para verificar al contacto con la usuaria si tiene control citológico vigente o el seguimiento recibido si hay presencia de hallazgos anormales.

A LA REGION PARACENTRAL DE SALUD:

- Supervisiones continuas y de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes al programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino.

A LA UCSF INTERMEDIA SAN RAFAEL CEDROS:

- Promover en el establecimiento de salud que se brinde a las usuarias con reporte citológico de cambios celulares reactivos asociados a inflamación, el resultado, manejo y seguimiento de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes.
- Capacitar y reforzar en el personal de salud del establecimiento los conocimientos técnicos para que las atenciones que le son brindadas a las usuarias sean de acuerdo a lineamientos vigentes.

- Aprovechar todos los espacios de contacto con las usuarias para tratar temáticas sobre importancia de la prevención y control del cáncer cérvico uterino.
- Búsqueda activa de las usuarias que nunca se han realizado un examen citológico y de las que no se lo realizan con la periodicidad establecida.
- Crear e implementar estrategias de captación o en su defecto con las que se pueda tener acceso a información de los controles citológicos de usuarias del área urbana.

IX.BIBLIOGRAFIA

1. Rodriguez DMI. PAHO- El Salvador. [Online].; 2009 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=658-politica-nacional-de-salud-construyendo-la-esperanza&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364"
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=658-politica-nacional-de-salud-construyendo-la-esperanza&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364 .
2. MINSAL. Sitio web Oficial MINSAL. [Online].; 2011 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_citologia_cervicouterina.pdf"
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_citologia_cervicouterina.pdf .
3. MINSAL. Sitio Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenscion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf"
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenscion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf .
4. MINSAL. PAHO-EI Salvador. [Online].; 2012 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1044-politica-de-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=364"
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1044-politica-de-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=364 .
5. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2009 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_minsal_2010-2014.pdf"
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_minsal_2010-2014.pdf .
6. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/politica-nacional-de-salud-2015-2019_version_imprenta.pdf"
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/politica-nacional-de-salud-2015-2019_version_imprenta.pdf .
7. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Diagnostico_situacional_del_cancer_en_el_salvador.pdf"
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Diagnostico_situacional_del_cancer_en_el_salvador.pdf .
8. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2015 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_prevenscion_y_control_del_cancer.pdf"
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_prevenscion_y_control_del_cancer.pdf .

9. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2017 [cited 2018 07. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_de_implementacion_politica_de_cancer.pdf" http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_de_implementacion_politica_de_cancer.pdf .
10. MINEC. DIGESTYC. [Online]. [cited 2018 07. Available from: HYPERLINK "http://www.digestyc.gob.sv/" <http://www.digestyc.gob.sv/> .
11. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2012 [cited 2018 07. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_control_its.pdf" http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_control_its.pdf .
12. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_nacional_de_investigacion_para_la_salud.pdf" http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_nacional_de_investigacion_para_la_salud.pdf .
13. MINSAL. Sitio Web Oficial MINSAL. [Online].; 2017 [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_funcionamiento_comite_nacional_etica_investigacion_en_salud.pdf" http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_funcionamiento_comite_nacional_etica_investigacion_en_salud.pdf .
14. Pineda EB, H. DAELYDCF. Metodología de la Investigación, Manual del Desarrollo del Personal de Salud. PAHO/WHO.
15. Solomon.MD D, Diane Davey M, Robert KURMAN M. Terminología para reportar los resultados de la citología terminal. JAMA. 2014 Diciembre.
16. Jonathan B, Ginecología SByN. : LIPPINCOR WILLIAMS & WILKINS.
17. PAHO. PAHO.El Salvador. [Online]. [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/4-Deteccion-Temprana-CACU.pdf" <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/4-Deteccion-Temprana-CACU.pdf> .
18. JG SN. Virus del Papiloma Humano. Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Rio. 2009.
19. PAHO. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Hoja Informativa 2. 2015.
20. PAHO. ¿Que es el Cancer Cervico Uterino? 2015..

21. PAHO. CANCER CERVICO UTERINO EN LAS AMERICAS. 2014..
22. PAHO. Estrategia y Plan de Accion Regional para la Prevencion y Control del Cancer Cervico-Uterino en America Latina y El Caribe. 2011..
23. PAHO. Control Integral del Cancer Cervico Uterino; Gia de Practicas Esenciales. 2014..
24. Int. W. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 07. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer" [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) .
25. PAHO. [Online]. [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5521&Itemid=3962&lang=es" https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5521&Itemid=3962&lang=es .
26. Tafurt-Cardona Y, P AAC, H. STC. Scielos. [Online]. [cited 2018 06. Available from: HYPERLINK "http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a05" <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a05> .
27. Garcia Rueda AFPMTCBMC&CFFA. [Online].; 2016 [cited 2018 07. Available from: HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200001&lng=es&tIng=es." [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200001&lng=es&tIng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200001&lng=es&tIng=es)
28. Ruiz-Leud ABRS&MCR. Hallazgos Citologicos y Factores de Riesgo en Citologia Cervical Anormal en Mujeres de Pescadores del Norte Peruano. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. 2017; 82.
29. Moya- Salazar JRZVMR&RVL. Hallazgos No Neoplasticos y Anormalidades Celulares Epiteliales en Citologia Cervical. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia. 2016; 42.
30. Gomez Aguilar Nathaly Alejandra GTFAPSG. Diagnostico de Citologia Cervico-Vaginal en Mujeres en Edad Fertil, Que Consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Zacatecoluca y Planes de Renderos Enero-Junio 2014.

ANEXOS



**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO
EL SALVADOR
SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL**



NIP _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

PRIMER APELLIDO _____			SEGUNDO APELLIDO _____			NOMBRES _____			DUI _____						
DIRECCIÓN _____						URBANO <input type="checkbox"/>			RURAL <input type="checkbox"/>			OTRO _____			
FECHA DE NACIMIENTO _____			EDAD _____			No. EXPEDIENTE _____			No. CITOLOGÍA _____			FECHA TOMA MUESTRA _____			
DATOS CLINICOS															
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"/>			DIU <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			NÚMERO _____ FECHA _____ / _____ / _____			
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"/>			RESULTADO _____			PAP 1ª VEZ <input type="checkbox"/>			
To.: CRIO <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> CONDO <input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/> RADIACIÓN <input type="checkbox"/> HORMONAL <input type="checkbox"/>						FECHA _____ / _____ / _____			PAP SUBSECUENTE VIGENTE <input type="checkbox"/>			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				ORGANISMOS				CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A				OTROS			
<input type="checkbox"/> SATISFACTORIA PARA EVALUACIÓN <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA PARA EVALUACIÓN (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> PROCESADA <input type="checkbox"/> NO PROCESADA POR: _____				<input type="checkbox"/> CELULARIDAD ADECUADA <input type="checkbox"/> FIJACIÓN O PRESERVACIÓN INADECUADA <input type="checkbox"/> MATERIAL EXTRAÑO				<input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN SANGRE <input type="checkbox"/> CITOLISIS				<input type="checkbox"/> AUSENCIA COMPONENTE ZONA TRANSFORMACIÓN <input type="checkbox"/> LÁMINA QUEBRADA <input type="checkbox"/> FALTA DE INFORMACIÓN CLÍNICA <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN INADECUADA			
<input type="checkbox"/> NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD				<input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALES <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICÓTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICÓTICOS 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 _____				<input type="checkbox"/> RADIACIÓN <input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> DIU				<input type="checkbox"/> ATROFIA <input type="checkbox"/> CÉLULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS			
ANORMALIDADES DE LA CÉLULA ESCAMOSA						ANORMALIDADES DE LA CÉLULA GLANDULAR									
CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS <input type="checkbox"/> ASC - US <input type="checkbox"/> ASC - H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LEI DE BAJO GRADO <input type="checkbox"/> LEI DE ALTO GRADO <input type="checkbox"/> CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASIÓN <input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____						CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES <input type="checkbox"/> ENDOMETRIALES <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> ENDOMETRIAL <input type="checkbox"/> SIN ESPECIFICAR OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____									

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO CITOTECNÓLOGA _____

FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD _____

SELLO LABORATORIO _____

FECHA RECEPCIÓN _____ / _____ / _____

FECHA REPORTE _____ / _____ / _____



GUIA DE RECOPIACION DE INFORMACION SOBRE MANEJO DE HALLAZGOS ANORMALES PREVALENTES EN REPORTES DE CITOLOGIA CERVICO VAGINAL DE USUARIAS DE 20 A 59 AÑOS DE LA UCSFI SAN RAFAEL CEDROS CUSCATLAN, ENERO A JUNIO 2018.

Fecha: _____ #: _____

Edad: _____ Procedencia: U__ R__ Numero de hijos: _____

Anticonceptivos: No usa__ ACO__ INY__ DIU__ OTROS__

Antecedente de toma de citología: Pap 1era.vez__ Subsecuente vigente__ Subsecuente atrasada__

Resultado de citología	Manejo
Insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra	Repetir PAP inmediatamente
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir el PAP en dos años
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a inflamación Especificar: _____	Dar tratamiento según el caso y repetir el PAP en un año. Si nuevo PAP es negativo, continuar tamizaje según lineamientos
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos Especificar: _____	Dar tratamiento específico y repetir el PAP en 2 años.
Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)	Referir a Colposcopia
Células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H)	Referir a Colposcopia
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG)	Referir a Colposcopia
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG)	Referir a Colposcopia
Carcinoma de células escamosas in situ	Referir a Colposcopia
Carcinoma de células escamosas	Referir a Colposcopia
Células glandulares atípicas (AGC)	Referir a Colposcopia
Adenocarcinoma in situ	Referir a Colposcopia
Adenocarcinoma	Referir a Colposcopia
OBSERVACIONES:	No hay evidencia en expediente clínico de manejo

