

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Ciencias Médicas.



Evaluación del manejo de resultados de citología cervical en pacientes embarazadas del centro de salud de Somotillo: Reymundo García, en el año 2012.

Tesis para optar al título de Doctor en medicina general y cirugía.

Autores:

Br. Judith Lucía Salinas.

Br. Itxel Karolina Torres.

Tutores:

Dra. Dolores Benavides.

(Departamento de Gineco-obstetricia)

Dr. Arnoldo Toruño.

(Departamento de Salud Pública)

A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD.

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	6
Objetivo.....	7
Marco Teórico.....	8
Diseño Metodológico.....	21
Resultados	23
Discusión.....	35
Conclusión.....	38
Recomendaciones.....	39
Bibliografía.....	40
Anexos.....	42



DEDICATORIA:

A Dios, nuestro padre celestial por darnos vida, salud y sobre todo por darnos la oportunidad de brindar ayuda al prójimo.

A nuestras madres, por siempre brindarnos su amor, apoyo moral y económico incondicional, sacrificio y sobre todo por ser nuestra razón de ser. Gracias darnos la vida.

A nuestros Maestros, quienes con su apoyo moral, humanitario y pedagógico hicieron posible este trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, por haberme iluminado y guiado en el transcurso de este trabajo investigativo.

A madre; ejemplo de amor, sacrificios, honradez y trabajo; quien es la fuente fundamental mi entusiasmo y motivación.

A mis tutores: Dra. Dolores Benavides y Dr. Arnoldo Toruño, por su dedicación y valioso apoyo incondicional que me brindaron en mi investigación.

RESUMEN

En Nicaragua la mortalidad por cáncer cérvico-uterino continúa ocupando uno de los primeros lugares en mortalidad, por lo que el Ministerio de Salud se ha dado a la tarea de elaborar normas para la atención y prevención del cáncer cérvico-uterino.

En nuestro país no hay estudios que evalúen el cumplimiento de dichas normas en el primer nivel de atención de salud; por lo que nuestro objetivo es evaluar el manejo de citología cervical en pacientes embarazadas del Centro de Salud Somotillo. La información fue recolectada mediante el llenado de fichas a través de los expediente con criterio de inclusion del Centro de Salud de Somotillo de la población total en estudio y se procesaron en el programa de Epi-info.

Del análisis de los resultados obtuvimos que el manejo que se está dando a los resultados de citología cérvicovaginal por parte de los médicos, no siguen las conductas indicadas por las normas de atención y prevención del cáncer cérvico-uterino; solo una 14% de la población en estudio tuvo un manejo adecuado, por lo que no se está contribuyendo con el plan de prevención y detección oportuna del cáncer cérvicouterino que en nuestro país sigue ocupando uno de los primeros lugares de morbimortalidad.



Introducción

Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvico uterino más alta de todos los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense. El Ministerio de Salud en el 2002 reportó tasas de muerte por Cáncer Cérvico Uterino en 13.7 por cien mil mujeres mayores de 15 años, en cambio para el año 2003 la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 35 y más años fue de 28 por cien mil mujeres en edad fértil y se esperaba que en 2006 las mismas no sufrieran variaciones (1, 8, 16). De todos los países de América Central y del Sur y del Caribe, Haití es el único que presenta una tasa normalizada según la edad superior a la de Nicaragua, llegando a casi 60 casos por 100,000 mujeres al año.

El cáncer cérvico-uterino (CaCu) representa la primera causa de muerte en mujeres mayores de 25 años en México (1). Aproximadamente el 30% de las mujeres diagnosticadas se encuentran en etapa reproductiva y el 3% se encuentran embarazadas o en el periodo posparto al momento del diagnóstico (2). El cáncer cérvico-uterino se considera una de las neoplasias malignas más comunes en el embarazo, con una incidencia estimada de 0,8 a 1,5 casos por 10.000 nacimientos. La mayoría de los casos se identifican como resultado de los programas de detección (3). Durante el embarazo la incidencia promedio de citologías cervicales anormales es de 5 a 8%; el de carcinoma in situ de 1,3 por 1000 siendo el tipo histológico más común el carcinoma de células escamosas, que constituyen más de 80% de todos los cánceres cervicales de estas pacientes y la de carcinoma invasor es 1 cada 2.200 embarazos (4,5). El pico máximo de incidencia del carcinoma cervical in situ ocurre entre los 25 y 35 años, mientras que la incidencia del CaCu aumenta después de los 40 años (6,7)



Históricamente se pensaba que el embarazo tenía un efecto adverso en la evolución del cáncer cervical. Sin embargo, estudios más recientes demostraron que no existe diferencia en la supervivencia entre embarazadas e ingravidas con cáncer cervical cuando se comparan por edad, etapa y año del diagnóstico.

En los países que tienen campañas de detección adecuadas con la toma del papanicolau, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en las que el diagnóstico es oportuno; además gracias a la introducción de la colposcopia en 1970, como técnica diagnóstica para identificar el probable sitio de lesión de una citología anormal que incluso puede realizarse en mujeres embarazada, permitiendo realizar tratamientos conservadores sin un mayor costo.

En Nicaragua, el Programa Nacional de Detección Oportuna (DOC), iniciado en 1980, no ha tenido el impacto esperado, debido a la baja cobertura asociada a la ausencia de mecanismos que permitan el control de calidad y el seguimiento de los casos como la escasez de médicos y personal de enfermería para atender a la población creciente (menos de cinco médicos y menos de cuatro enfermeras por 10,000 personas (en comparación con 2,3 médicos y 7,9 enfermeras por 1,000 personas en Estados Unidos en 2002), además que la población asciende a 5.483,447 y más de 40% vive en regiones rurales lo que dificulta la cobertura del programa.



Antecedentes

El cáncer de Cuello Uterino es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. (8) En Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan posterior a los cincuenta años de edad, representando el 9.0% de las causas de muerte en las mujeres, correspondiéndole al Cáncer Cérvico Uterino el 20.0%. (16) El Ministerio de Salud en el 2002 reportó tasas de muerte por Cáncer Cérvico Uterino en 13.7 por cien mil mujeres mayores de 15 años, en cambio para el año 2003 la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 35 y más años fue de 28 por cien mil mujeres en edad fértil y se esperaba que en 2006 las mismas no sufrieran variaciones (1, 8, 16)

La neoplasia intraepitelial del cérvix es bien conocida como precursora del cáncer cervico uterino; según Nasiell & cols en 2 estudios con seguimiento de 12 años a más de 1000 pacientes con displasia leve y moderada (NIC I y NIC II) encontraron que las lesiones NIC I regresaron en 62% de los casos en aproximadamente 39 meses; 16% progresaron a displasia moderada o carcinoma in situ y 22% persistieron sin modificaciones. En cuanto a las lesiones de displasia moderada NIC II 54% desaparecieron, 30% progresaron y 16% persistieron. (6) producto de una intervención médica y la decisión de una terapéutica precoz para evitar la progresión a neoplasia invasiva ya que un buen diagnóstico orienta a tomar la opción terapéutica más apropiada para cada caso. (7)

En Nicaragua en el año 2011 Chávez Avilés realizó un estudio sobre comportamiento de las lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes no embarazadas que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque encontrándose que el grupo etario más frecuente encontrado fue el de 15-34 años que representó el 54.9%, el 74.5% de las pacientes eran de procedencia urbana, el 41% tenían preparación académica media y el 60.9% eran amas de casa. El 83% inicio su vida sexual antes de los 15 años. La



lesión pre-invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada fue la lesión intraepitelial de bajo grado.

En Nicaragua hay estudios que evaluaron el cumplimiento de las normas de atención de Cáncer Cérvicouterino pero en segundo nivel de atención, por ejemplo el realizado en el Hospital Bertha Calderón sobre el abordaje, diagnóstico y tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en febrero de 2012 encontrando que Las pacientes en estudio son mujeres jóvenes no embarazadas de 19 a 35 años, se encuentran edad reproductiva, amas de casa, con educación secundaria y primaria, de religión católica y de procedencia urbana; las lesiones de bajo grado (NIC I) evolucionaron sin tratamiento con regresión espontanea, las lesiones de alto grado (NIC II) el tratamiento de elección fue la Crioterapia y para (NIC III) ASA Térmica y el tiempo de evolución para desarrollar LIE de bajo grado y VPH, o LIE de alto grado y VPH a partir de una citología normal fue de 1 a 2 años.



Planteamiento del problema:

- ✚ ¿Es adecuado el manejo de resultados de citología cervical en pacientes embarazadas en el centro de salud de Somotillo Reymundo García según normas de atención y prevención del cáncer cervicouterino, en el periodo de abril 2012-febrero 2013.



Justificación:

En países desarrollados la incidencia y mortalidad por Cáncer de Cérvix ha disminuido en las últimas décadas; pero en países en vía de desarrollo como Nicaragua continúa ocupando el primer lugar de morbilidad por cáncer, esto a pesar que el Ministerio de Salud (MINSAL) ha implementado conductas a seguir para reducir el número de casos y muertes por ésta neoplasia a través de la detección temprana y del tratamiento de alteraciones epiteliales según resultados de citología.

Por este motivo esta investigación está dirigida a evaluar el cumplimiento del manejo de los resultados citología de cérvix según normas de prevención y atención del Cáncer Cérvicouterino en el primer nivel de atención enfocado especialmente en embarazadas, para analizar si se están siguiendo los pasos indicados por protocolo y de esta manera reducir la morbilidad por el Cáncer de Cérvix.



Objetivo General.

- ✚ Evaluar el manejo de resultados de citología cervical en pacientes embarazadas, en el centro de salud de Somotillo Reymundo García según normas de atención y prevención del cáncer cervico-uterino, en el periodo abril 2012- febrero 2013.



Marco Teórico

El cuello uterino es un segmento cilíndrico y angosto ubicado en la porción inferior del cuerpo uterino, mide de 2- 4 cm de longitud. Se halla dividido en dos partes por la inserción de la vagina: porción Supravaginal y porción Intravaginal que es el segmento libre que se proyecta en la vagina, visible al efectuar examen con espéculo. El canal cervical se extiende desde el orificio externo hasta el interno histológico éste último localizado en la zona de transición de las glándulas endocervicales a las endometriales. En su parte inferior se abre a la vagina a través del orificio cervical externo el cual tiene morfología distinta según la paridad de la mujer. La porción vaginal de cérvix está cubierta de epitelio plano estratificado no queratinizante, idéntico en lo fundamental al de la vagina; cerca del orificio cervical externo, hacia adentro, el epitelio cambia repentinamente a cilíndrico simple, secretor de moco, que es propio del conducto cervical, el cual termina en el orificio cervical interno, área de transición de las glándulas endocervicales a la endometriales. A la unión del epitelio plano estratificado con el epitelio cilíndrico se le llama zona de transición, donde ocurre la metaplasia, lo cual es de importancia clínica porque es el lugar de asiento de las lesiones precancerosas y del Carcinoma cérvico uterino. (8)

El embarazo produce alteraciones notables en el aspecto a simple vista y colposcópico del cuello uterino o cérvix y también en la citología e histología de muestras de patología cervical.

Cambios fisiológicos

Casi todos los cambios fisiológicos que experimenta el cuello uterino durante el embarazo se debe al estado estrogénico alto. El epitelio cervical es muy sensible a variaciones en las concentraciones de estrógenos. Hay reblandecimiento y expansión del volumen notables. Aumentan en grado considerable las dimensiones del cuello uterino en proporciones variables, con remodelamiento concurrente de los contornos de la superficie. Son



claramente obvios una mayor vascularidad y producción abundante de moco. Tomando en cuenta las concentraciones fluctuantes de estrógenos relacionadas con el embarazo el aspecto a simple vista del cuello uterino está determinado en gran parte por la edad de la gestación, en especial en primigrávidas. El incremento de los valores de estrógenos al principio del embarazo produce un aumento relevante del volumen del cuello, por hipertrofia del estroma fibromuscular. En consecuencia se evierte más el conducto endocervical hacia el ectocérvix. El grado de la eversión varía entre las mujeres y con la paridad. La eversión del epitelio cilíndrico endocervical es más común y notable en la gestación de primíparas. El proceso de eversión se inicia durante las primeras semanas del embarazo y suele ser particularmente evidente al principio del segundo trimestre. En embarazos subsecuentes es menos importante el grado de eversión del conducto endocervical, pero la abertura del mismo puede dar por resultado una exposición similar del epitelio cilíndrico endocervical al ambiente vaginal. El incremento de la vascularidad del epitelio cervical y del estroma produce un tinte azulado (signo de Chadwick).

Las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales (LEIC) constituyen un problema de salud para las mujeres de todo el mundo. Hoy día se cuenta con programas de detección precoz para el cáncer cervical como lo es la citología cervico- vaginal.

La citología cérvical o Papanicolaou es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anormalidades morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, así como lesiones premalignas y malignas, la citología vaginal proporciona información sobre el estado hormonal de la paciente y presencia de microorganismos; ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cervico-uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Este tipo de examen tiene una tasa de error que varía entre el 15 al 30%. (9) aunque algunos autores estiman que la eficacia del papanicolaou es de un 80% y al



acompañarse de otros métodos diagnósticos como la colposcopia es de un 98 a 100% y que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70%.² (10,11).

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

Cambios citológicos.

Por efecto de los cambios estructurales fisiológicos en el cuello uterino, durante el embarazo se dificulta más la valoración e interpretación de frotis citológicos. Se alteran los componentes celulares en este ambiente alto de estrógenos. La hiperplasia de célula basal, la metaplasia inmadura, la decidualización del estroma cervical y la reacción de Arias-Stella pueden obstaculizar la interpretación del frotis de Papanicolaou. Para el citopatólogo, estos factores contribuyen a la complejidad de la interpretación citológica. A pesar de los fenómenos celulares confusos, estudios citométricos demostraron que, morfológicamente, la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) en la paciente embarazada es igual que la CIN en la enferma sin gestación.

Cambios histológicos en el embarazo

En el embarazo, el cuello uterino o cérvix se caracteriza histológicamente por edema del estroma, decidualización incremento de la vascularidad y crecimiento de estructuras glandulares asociados con una reacción inflamatoria aguda. Las glándulas crecidas del estroma suelen estar llenas de moco y deforman la arquitectura. En cerca de 30% de las embarazadas ocurre decidualización del estroma en el segundo y tercer trimestre. Las



reacciones deciduales pueden producir cambios notables en el contorno de la superficie y parecer clínicamente sospechosos a un observador sin experiencia. El epitelio cilíndrico endocervical responde al aumento súbito de estrógenos mediante la proliferación y plegamiento hacia proyecciones polipoides. Hay un incremento concurrente en la producción de moco. Los cambios hormonales pueden estimular hiperplasia microglandular.

Muestreo citológico durante el embarazo

Debido a que la incidencia de citología anormal y de CIN comprobada histológicamente son similares en embarazadas e ingravidas, se recomienda un estudio ordinario de detección citológica en las primeras. El embarazo ofrece la oportunidad de realizar estudios de detección e impartir información sobre el cáncer cervical. La citología es aún la única prueba de detección aceptable en la actualidad para investigar cáncer cervical en el embarazo.

La presencia de cambios citológicos, metaplasia inmadura e infiltrado inflamatorio inducidos por el embarazo puede ocasionar un diagnóstico citológico engañoso. Es posible encontrar en frotis citológico cervicales los cambios fisiológicos estimulados hormonalmente. Las células naviculares, los índices cariopictórico y eosinofílicos bajos y la citólisis notable debida a la abundancia de lactobacilos que prosperan en el ambiente rico en glucógeno, puede conducir en conjunto a errores diagnósticos, en particular cuando el frotis se complica por cambios inflamatorios o infección por papilomavirus humano (HPV). Por lo contrario las alteraciones displásicas reales podrían atribuirse de manera incorrecta a los cambios del embarazo y conducir en consecuencia a una citología negativa falsa.

Citología anormal en el embarazo: Se ha hecho más común el diagnóstico de citología cervical anormal en el embarazo, por el retraso general en la procreación y los criterios citológicos amplios para el diagnóstico de lesión intra-epitelial



Escamosa de grado bajo (LSIL). Hasta 5% de los embarazos puede complicarse por un frotis de Papanicolaou anormal, incluyendo células escamosas atípicas de importancia indeterminada (ASCUS). No es de extrañar este hecho, si se considera que la incidencia máxima de lesiones cervicales preinvasoras se registra durante el tercer decenio de la vida que también es el periodo de máxima actividad de procreación. Hoy en día, aunque el cáncer cervical aún es raro en el embarazo, es inquietante la incidencia creciente de HSIL y cáncer cervical en mujeres más jóvenes en edad de procreación.

Frecuencia de la prueba:

La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última), esto significa que si el resultado de la primera citología es normal se realiza una segunda citología al año y luego una tercera citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales (8).

El Sistema de Bethesda es un método que da a conocer la interpretación citológica al ginecólogo de un modo claro y relevante. La clasificación incluye:

1. Adecuación de la muestra:

-Satisfactoria Cuando la muestra es adecuada para diagnóstico con presencia de: células endocervicales conservadas, células de metaplasia escamosa y la presencia de <75% de hemorragia, inflamación, etc..

-Insatisfactoria Cuando la muestra no es procesada por falta de identificación, preparación



rota, etc o la muestra es procesada y examinada pero insatisfactoria para evaluar anomalías de la celularidad epitelial como: > 75% hemorragia, inflamación intensa, mala fijación; insuficiente celularidad escamosa, etc.

2. **Categorización general:** Se valora si la muestra se encuentra dentro de los límites normales, cambios celulares benignos o anormalidades de las células epiteliales.
3. **Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad:** cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales pero puede haber presencia de infecciones o cambios reactivos y reparativos (inflamación o atrofia con inflamación, radiación, DIU, anticonceptivos o cambios post-histerectomía)
4. **Anomalía en Células Epiteliales:** cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares:
 - ✓ Lesiones escamosas: Atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US) y Atipia de células escamosas que no excluye lesión intraepitelial de alto grado.
 - ✓ Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye NIC I (displasia leve) está relacionada con tipos específicos de VPH y que tiende a regresar o a desaparecer.
 - ✓ Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa) relacionada con otros subtipos de virus que tienden a progresar a lesiones más graves.
 - ✓ Carcinoma de células escamosas.
 - ✓ Células glandulares: indican afección maligna, pueden ser de células endometriales citológicamente benignas en mujeres porstmenospaúsicas, células glandulares atípicas de importancia indeterminada o adenocarcinomas en situ. (1,8,12)



El término displasia representa la existencia de cambios morfológicos de las células epiteliales escamosas del cuello uterino, dándoles características de células cancerosas, pero sin afectar a todo el espesor del epitelio; cuando éste está afectado se utiliza el término de carcinoma *in situ* (CIS). Si sólo se ha producido invasión microscópicamente del tejido del estroma inmediatamente adyacente a la membrana basal del epitelio sólo se utiliza el término de cáncer microinvasor. (12)

En el protocolo de normas de prevención y atención de Cáncer de cervix de nuestro país plantea la conducta a seguir según los resultados de citología cervical en el primer nivel de atención de la siguiente manera:

Cuando el reporte de la citología es: (8)

- **NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y CÉLULAS MALIGNAS:**
Se indicara a la paciente sobre el siguiente control dentro de un año para descartar falsos negativos (ver flujograma 1, Anexo: Pág. 17) y se brindara consejería (motivar a las usuarias para que cumplan con su tratamiento y sus citas dentro del esquema). La toma de la citología Cérvico uterina deberá realizarse según el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3.



- Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como **INSATISFACTORIA O INADECUADA** deberá repetirse muestra al mes o mes y medio. (ver flujograma)
- Si la citología reporta **NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y CÉLULAS MALIGNAS,** pero se reporta ausencia de Células Endocervicales/Zona de Transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona de importancia). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4-6 meses o al año. (ver flujograma)
- Si la citología reporta **NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y CÉLULAS MALIGNAS, ASOCIADA A PROCESO INFLAMATORIO SEVERO,** que son cambios benignos, se analizan las causas, debe tomarse exudado y cultivo de secreciones cérvico vaginales y dar tratamiento de acuerdo a etiología. Se programará examen de control en 4-6 meses, posteriormente se dará igual seguimiento al de una usuaria con citología normal (esquema 1-1-1-3). Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix es sospechoso de alteración, deben ser valoradas por médico ginecólogo/a. (ver flujograma 2, anexo Pág. 17)
- En **USUARIAS EMBARAZADAS** si el resultado es **NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y CÉLULAS MALIGNAS** dar seguimiento de citología normal. Las usuarias embarazadas con menos de 12 semanas de gestación, con citología que reporta proceso inflamatorio severo ó infección vaginal esperar a que cumpla las 12 semanas de gestación, para dar tratamiento y control posterior al puerperio.



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

Citología anormal en el Embarazo:

- Usuarías embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionadas con las Lesiones Intraepitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia, por regla general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor y debe ser realizada por personal experimentado, no se deberá realizar legrado endocervical, de confirmarse la presencia de la lesión se dejará en observación, en su seguimiento se controlara con citología y colposcopia cada 3 meses, durante todo el embarazo y en el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es igualmente ante la sospecha de invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación. Pudiendo tener el parto vía vaginal y recurriendo a la cesárea sólo si hay indicación obstétrica. Se realiza nueva valoración con citología y colposcopia 8-12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos.
- Si la citología reporta **ASC-US**, se repite citología en 4-6 meses, pero:
 - ✚ Si la citología de control reporta negatividad se realiza citología en 4-6 meses. Si la citología reporta negativa, se dará seguimiento según normas (esquema 1-1-1-3).
 - ✚ Si la citología de control reporta ASC/LIE, realizar colposcopia más biopsia. Si ésta última reporta LIE/Neoplasia invasora se referirá al segundo nivel de atención, pero si es negativa, se realizará citología en 4-6 meses. Si ésta última citología es negativa seguimiento según normas (esquema 1-1-1-3)



pero si reporta ASC/LIE se realizará nuevamente colposcopia y se manejará según resultados.

- Si la citología reporta **ASC-H, se enviara colposcopia mas biopsia, pero:**
 - ✚ Si ésta es negativa, se realizará citología en 4-6 meses. Si ésta última reporta negatividad seguimiento según normas (esquema 1-1-1-3)
 - ✚ Si ésta reporta LIE/Neoplasia invasora referir a segundo nivel de atención.
- Si la citología reporta **LIE BAJO GRADO**, se realizará exudado y cultivo de secreciones vaginales y colposcopia:
 - ✚ Si el resultado de colposcopia reporta sin virus del papiloma humano se hará control de citología en 6 meses y seguimiento según resultados.
 - ✚ Si el resultado de colposcopia revela virus de papiloma humano positivo, realizar biopsia. Si el resultado de la biopsia es negativo realizar control en 6 meses y dar seguimiento según citología. Si el resultado de la biopsia reporta positivo realizar crioterapia y luego control de citología cervical en 3-4 meses para confirmar eficacia del tratamiento. Y si el resultado de citología de control es satisfactoria realizar control en seis meses, pero si el virus persiste realizar observación y seguimiento.
 - ✚ Si el resultado de colposcopia reporta insatisfactorio, no se observa columnas escamo cilíndricas, realizar legrado-biopsia endocervical. Si el resultado de éste es positivo realizar crioterapia y seguimiento con citología en 6 meses. Si el resultado es negativo realizar control de citología en 6 meses.

La citología cervical nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones preinvasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para evaluación por el



médico ginecólogo/a, quien derivará al nivel necesario para su evaluación colposcópica, como son:

- „« ASC-H
- „« ASC-US Persistentes
- „« LIE de Bajo Grado
- „« LIE de Alto Grado
- „« Carcinoma de Células Escamosas
- „« AGC
- „« Inflamación Severa Persistente
- „« Sospecha Clínica de Malignidad aun cuando la citología sea negativa

En localidades de difícil acceso al médico ginecólogo, las usuarias con reportes en su citología de Atípicas Escamosas (ASC-US), así como los que reportan LIE de Bajo Grado (NIC I / VPH) por primera vez, pueden ser seguidas con otra citología en 4-6 meses y si en esta persiste dicha alteración deben de ser referidas al ginecólogo/a para decidir conducta, si el reporte es negativo puede continuar con vigilancia y seguimiento con citología anual. (Ver flujograma 3-4-5 anexo pág. 18,19,20)

- **LIE-BG En adolescentes:** especial representa el grupo de las adolescentes en las que se diagnostica LIE BG. En mujeres adultas se reportan regresiones del 50% al 80%, sin embargo los diferentes estudios en adolescentes reportan regresiones del 90% en el grupo de edad de 13-21 años y progresión a LIE- AG en un 6%, lo que traduce un comportamiento biológico con una historia natural más benigna para la infección por VPH. Los resultados de citología que reporten LIE BG en adolescentes deben ser referidos al ginecólogo para que evalúe cada caso en particular y se le brinde la oportunidad de seguimiento con citología, por la historia natural autolimitada que tiene el VPH en la adolescencia, evitando de esta forma



manejos agresivos que causen ansiedad y que además pueden afectar la fertilidad como es el caso de las estenosis cervicales producida por algunos tratamientos.

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

Diagnóstico

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

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

Es responsabilidad de estas unidades remitir a las usuarias a una instancia de mayor complejidad de atención cuando así lo requieran, facilitando la información necesaria a la usuaria y realizando las coordinaciones con la institución a que es referida para que sea atendida. Estas unidades deben contar con un colposcopio, además se debe contar con el equipo indispensable para la toma de biopsia, con equipos de crioterapia, de electrocauterización y asa térmica para los tratamientos locales. En este nivel debe abrirse



historia clínica a todas las usuarias para consignar los hallazgos de la colposcopia (Informe Colposcópico), se deben elaborar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología/ patología. Además debe contar con un sistema de registro donde se consignen los nombres y direcciones de las usuarias, el número de historia clínica, el resultado de la colposcopia, de la biopsia y la conducta definitiva, asegurando la remisión a una instancia superior cuando el diagnóstico así lo amerite. Cuando las usuarias concluyan tratamiento y puedan ser referidas a nivel primario para su seguimiento, enviar con hoja de contrarreferencia especificando el diagnóstico, detallando el tratamiento realizado y seguimiento sugerido para ser integrado a su expediente.



Diseño Metodológico:

Tipo de estudio: Descriptivo, longitudinal

Muestra: 200 mujeres embarazadas a quienes se les realizó citología cervical en el centro de salud de Raymundo García de Somotillo-Chinandega en el año 2012.

Definición de caso: Se tomó en cuenta mujeres embarazadas con resultados de citología cervical, que fueron manejadas totalmente en el centro de Salud Raymundo García, que asistieron a sus controles y que hayan aceptado y cumplido las indicaciones médica, tanto para la paciente como a su pareja.

Procedimiento de recolección de datos: Se llevó a cabo la elaboración de una ficha previamente estructurada y destinada a investigar el manejo de resultados citológicos según normas de prevención y atención de cáncer Cérvicouterino en el Centro de Salud Raymundo García; los datos del llenado de la ficha se harán mediante el uso de los expedientes clínicos de las pacientes con criterios de inclusión.

Instrumento de recolección de datos: Ficha previamente elaborada y destinada a investigar el manejo de resultados citológicos según normas de prevención y atención de cáncer cérvico-uterino en el Centro de Salud de Raymundo García.

Fuente de información: Secundaria ya que la información se obtendrá mediante el uso de expedientes clínicos.

Aspecto ético: Se solicitó la autorización de la directora del Centro de Salud Raymundo Garcia: Dra Julia Amanda Rivera, para la revisión de expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con resultados de papanicolaou y así valoramos su manejo, asegurándole que la información obtenida será utilizada para fines del estudio; posteriormente se le entregará una copia de los resultados de la tesis en las unidades de salud de Somotillo para mejorar la atención con respecto al manejo de resultados de Papanicolaou en embarazadas.



Plan de análisis: Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa de EPI-INFO 6 de manera automatizada y los resultados se presentaran en tablas y gráficos.

Variable: El objetivo del estudio se contempló en evaluar si es adecuado el manejo de los resultados de citología cervical en el centro de salud Raymundo García de Somotillo”. Se decidió para cada paciente si ha habido o no un cumplimiento de las normas en base a la comparación de la conducta seguida por el médico con la conducta prescrita por las normas para la situación específica de la mujer en cuanto a su edad, resultado del examen citológico y cualquier otra condición especial.

Operacionalización de variables: A cada paciente se decidió si ha habido o no un manejo adecuado dependiendo de su situación clínica según resultados de citología cervical, basándonos en las normas de prevención y atención del Cáncer cérvico-uterino. Posteriormente, se obtuvo un porcentaje de paciente en que se le realizó una conducta apropiada y este mismo porcentaje se valoró de la siguiente manera:

Porcentaje de cumplimiento	Grado de cumplimiento
<60 %	Deficiente
60-69%	Regular
70-79 %	Bueno
80-89%	Muy Bueno
90-100%	Excelente



RESULTADOS

Se examinaron 200 expedientes de embarazadas a quienes se les había realizado examen de citología cervical. De ellos, 129 correspondían a muestras adecuadas para diagnóstico. En el estudio, se ha sometido a análisis las siguientes condiciones encontradas:

- Muestras inadecuadas para diagnóstico: 71; de las cuales 54 muestras presentan ausencia de células endocervicales.
- Inflamación severa: 43; de las cuales 3 presentaron Inflamación severa a repetición.
- Presencia de ASC-US: 4
- Presencia de ASC-H: 1
- Presencia de NIC1/VPH: 8

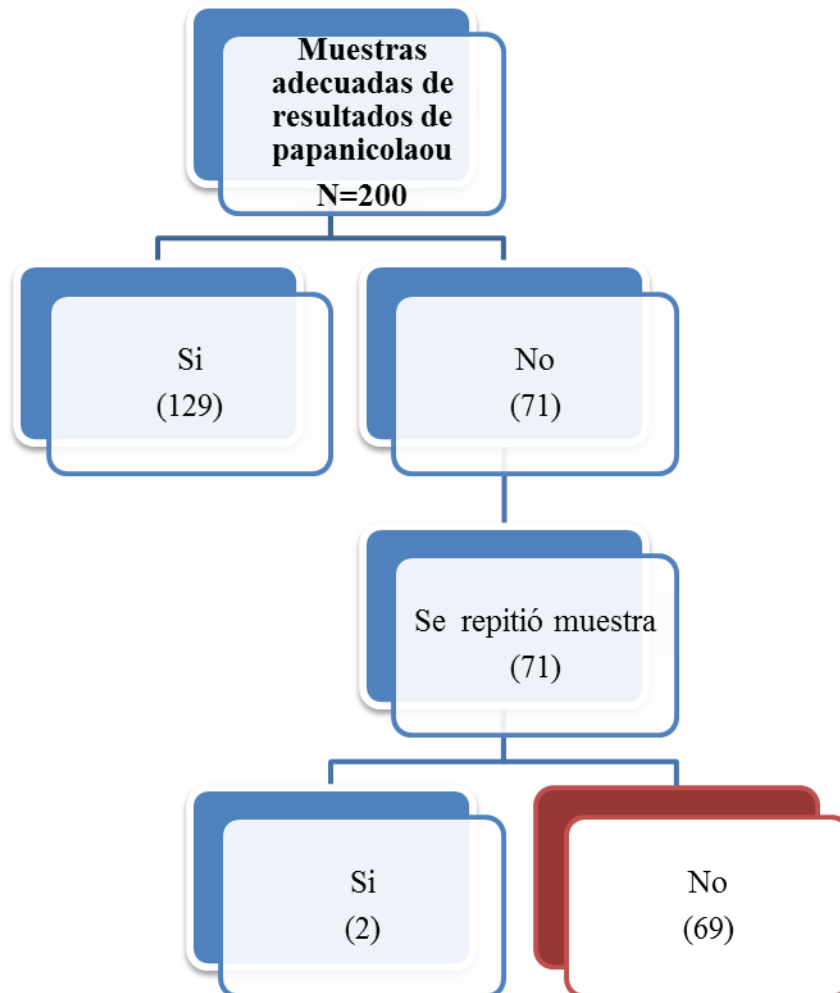
Los hallazgos más importantes del estudio fueron los siguientes:

- De 71 pacientes con muestras inadecuadas, sólo a 2 (2.8%) se le repitió muestra.
- De 54 pacientes con ausencia de células endocervicales, solo 2 (3.7%) fueron valoradas de forma individual.
- De los 43 casos con inflamación severa:
 - ✓ Se tomó exudado y cultivo de secreciones cérvico-vaginal a 3 (7%).
 - ✓ Se dio tratamiento según etiología a 24(55.8%).
 - ✓ Se programó citología de control en 4-6 meses a 12 (27.9%).
- De 3 pacientes con inflamación severa a repetición, 2 fueron referidas a ginecología.
- De 6 embarazadas con inflamación severa y con menos de 12 semanas de gestación, solo en 3 se esperó a que cumplieran 12 semanas para darles tratamiento.
- De 4 pacientes con presencia de ASC-Us, sólo a una se le envió citología de control en 4-6 meses. A esta paciente, al dar positivo un segundo examen, no se le hizo colposcopia y biopsia.
- En una embarazada positiva para ASC-H, no se realizó ningún tipo de manejo.
- De 8 embarazadas con presencia de NIC1/VPH, a 5 se le realizó citología de control en 4-6 meses; de estas 4 casos fueron nuevamente positivos y les ordenaron colposcopia y biopsia, pero no se encuentra resultado en expediente; a una paciente con resultado negativo en segunda citología, se le realizó su citología de control en 4-6 meses.



- No se encontró ningún caso de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, de carcinoma de células escamosas invasor, atipia glandular o adenocarcinomas.
- En total, de los 200 expediente de embarazadas revisados, 28 pacientes (14%) fueron manejadas de una manera adecuada.

A continuación, mediante flujogramas, se presenta información detallada de la actuación tomada ante cada condición cuyo manejo está sometido a las Normas de Atención y prevención del cáncer cervico-uterino. En los mismos, el color rojo identifica actuaciones u omisiones contrarias a las normas.



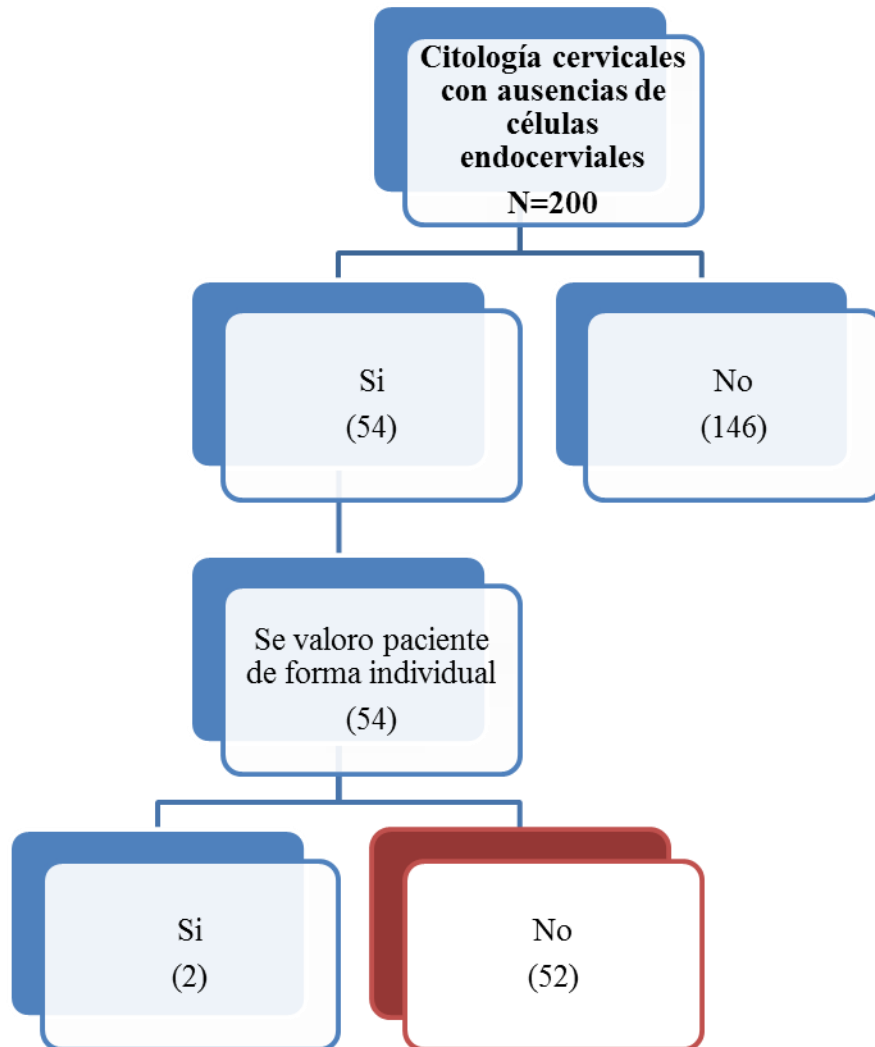
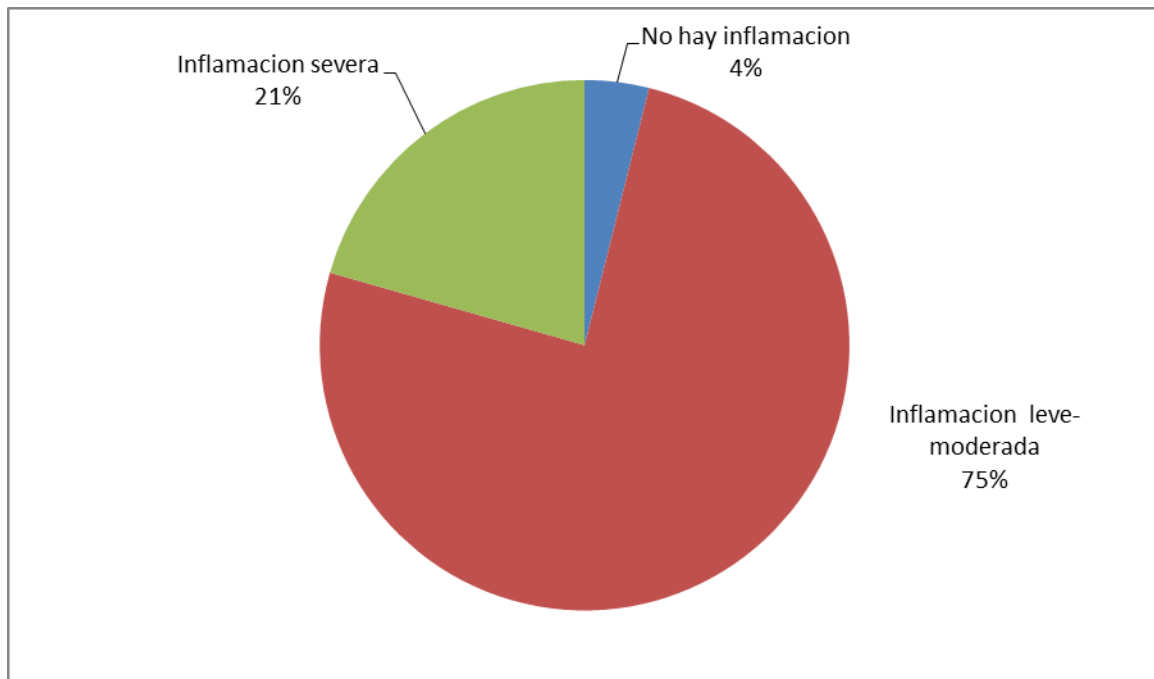
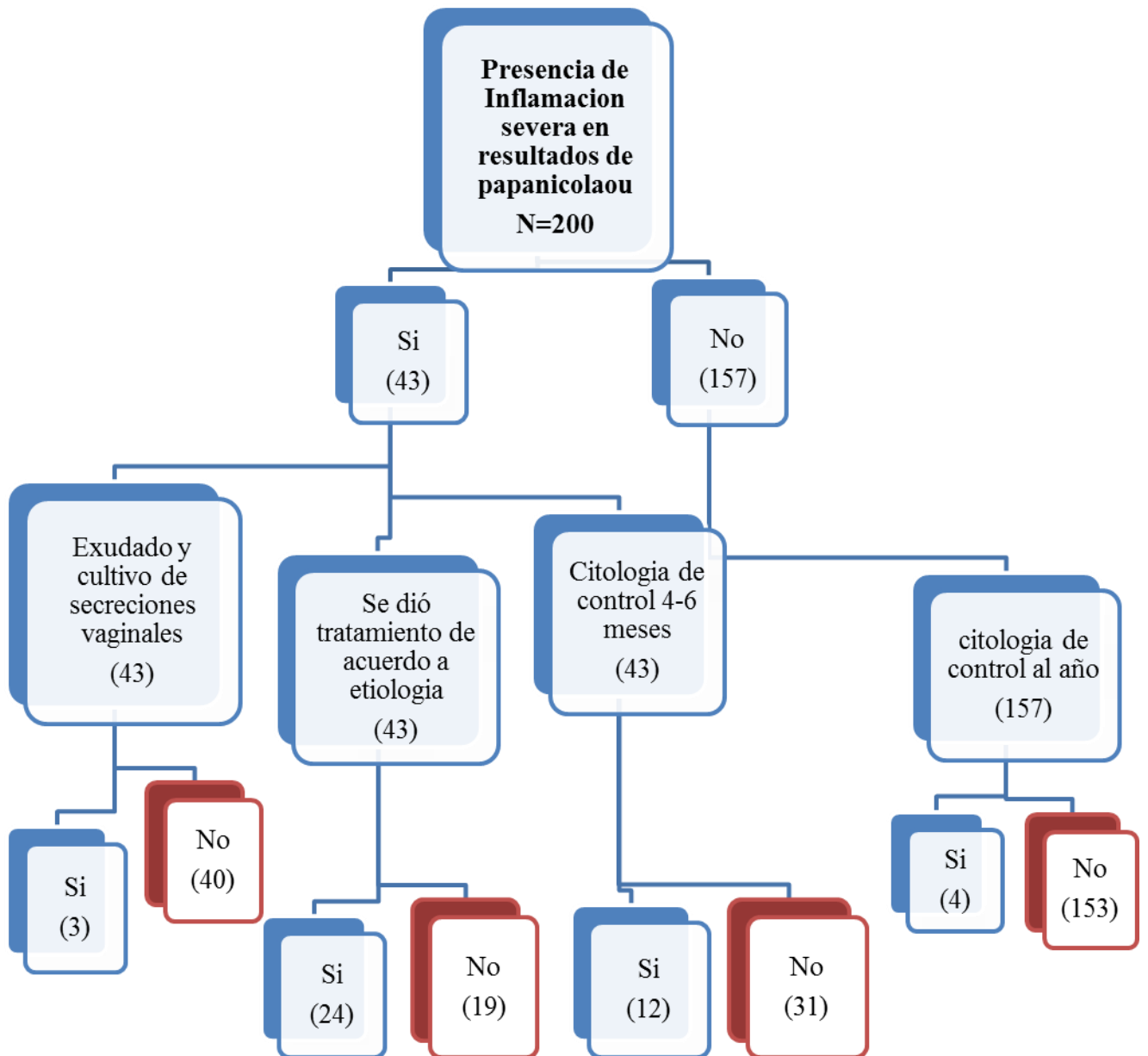


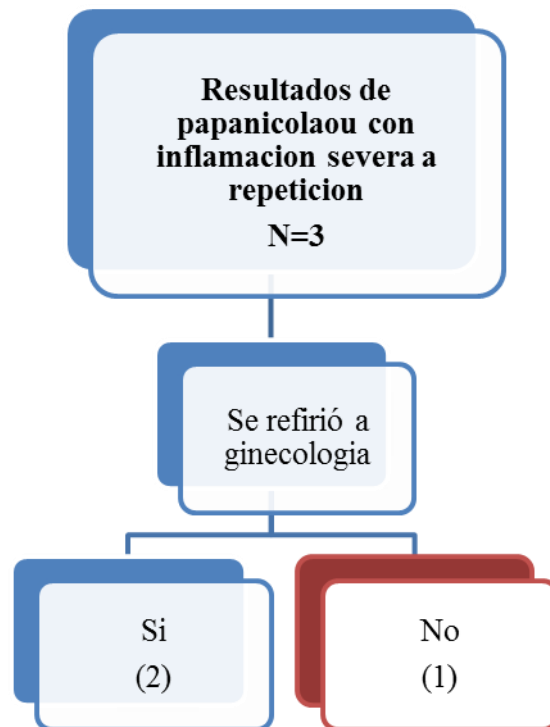


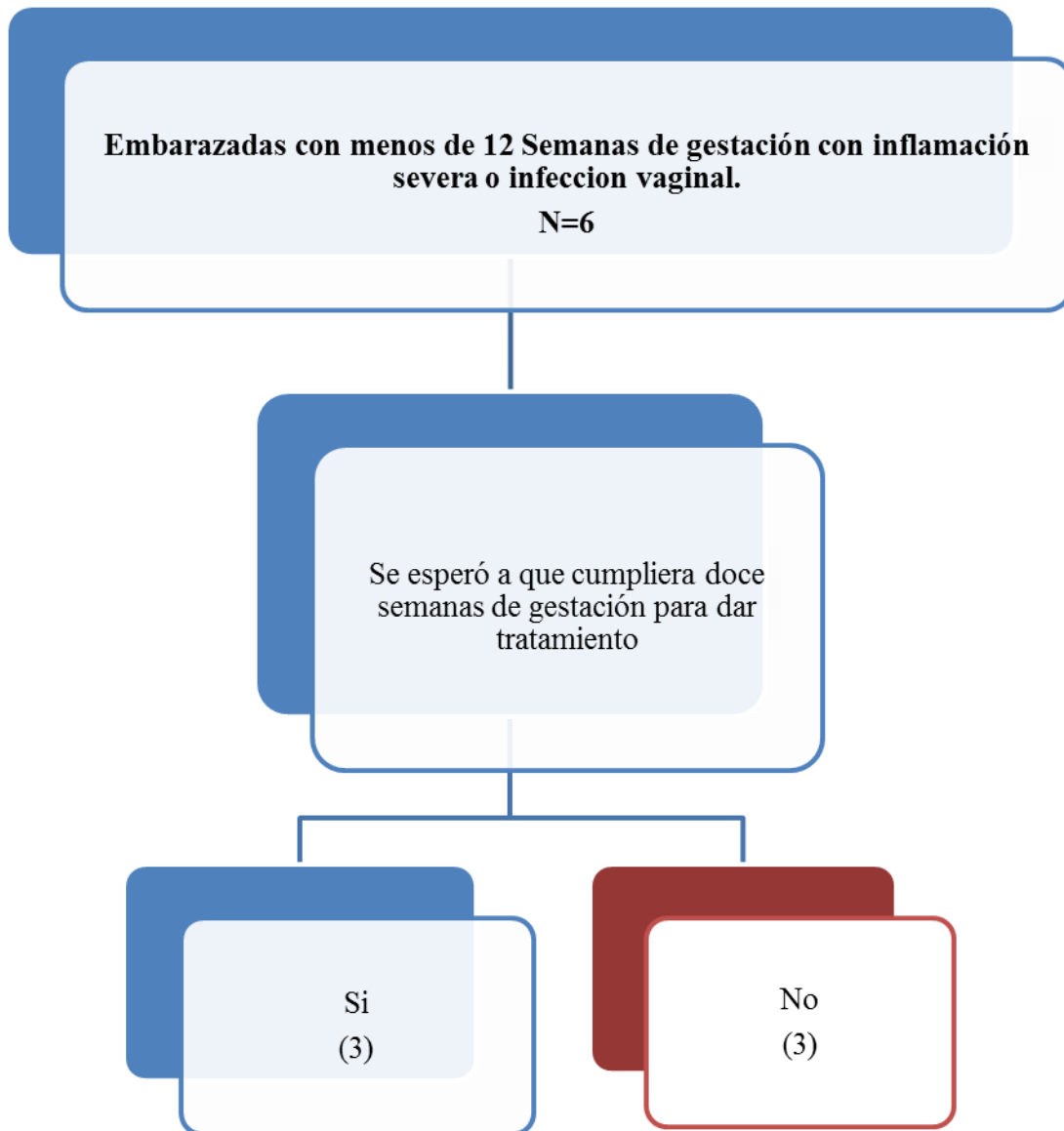
Gráfico 1: Resultados citológicos con datos de inflamación cervical.

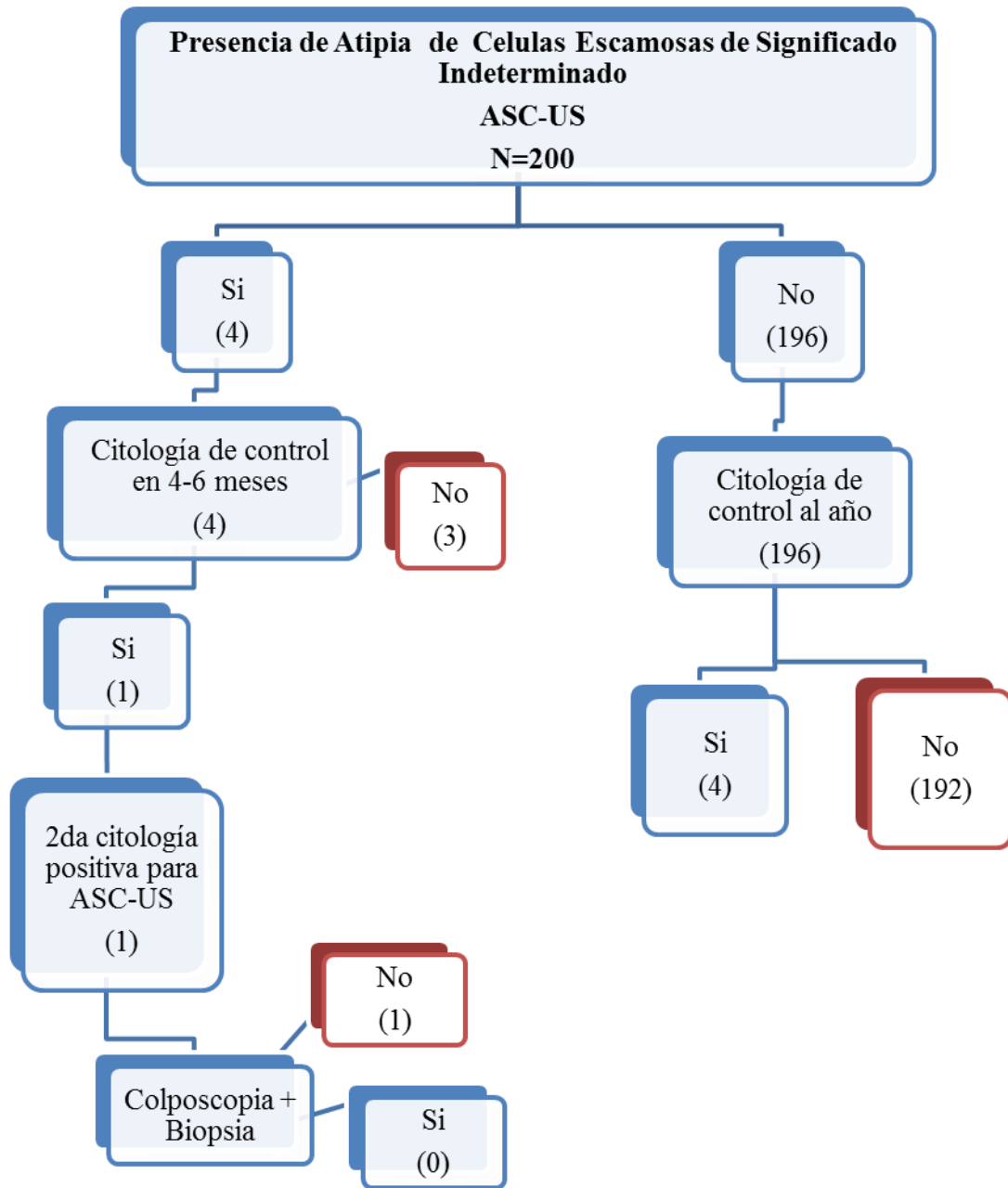


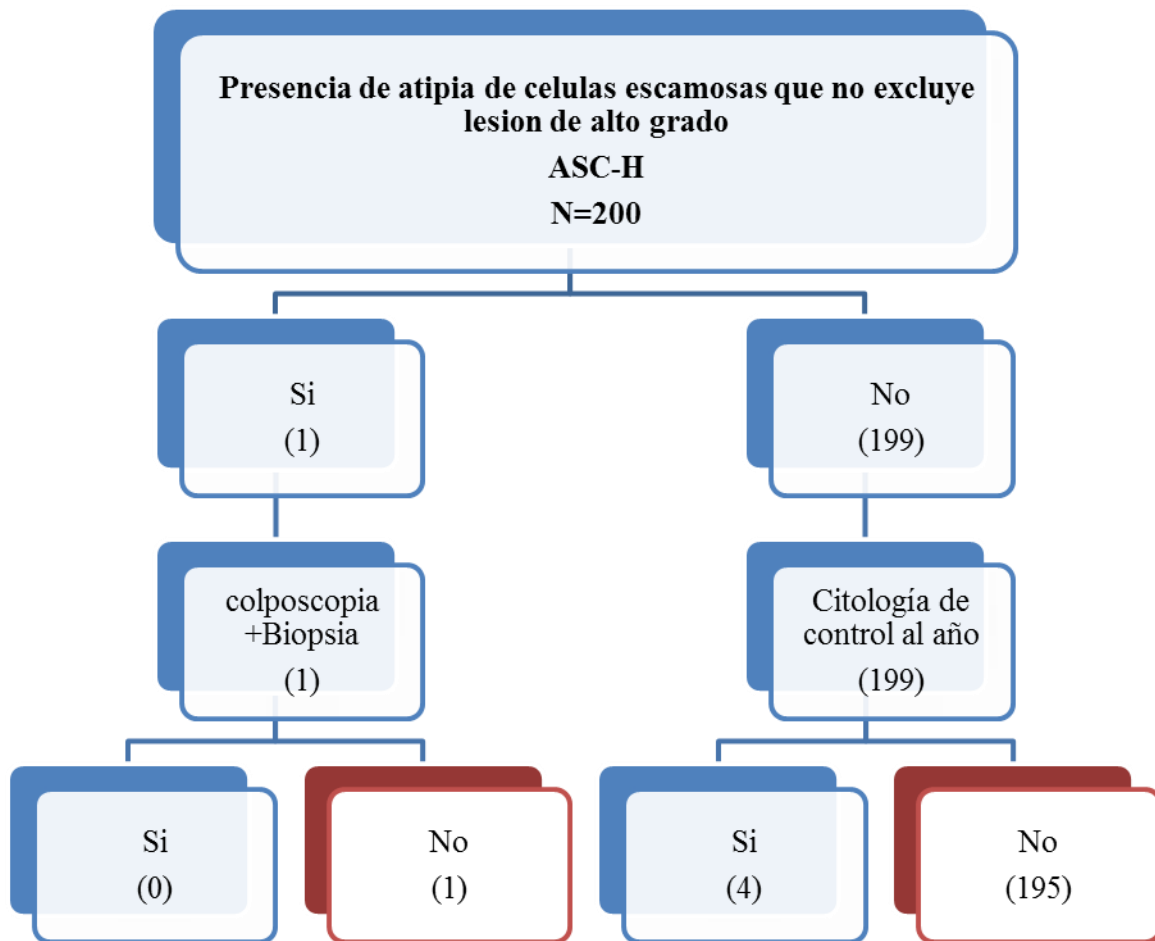
N=200

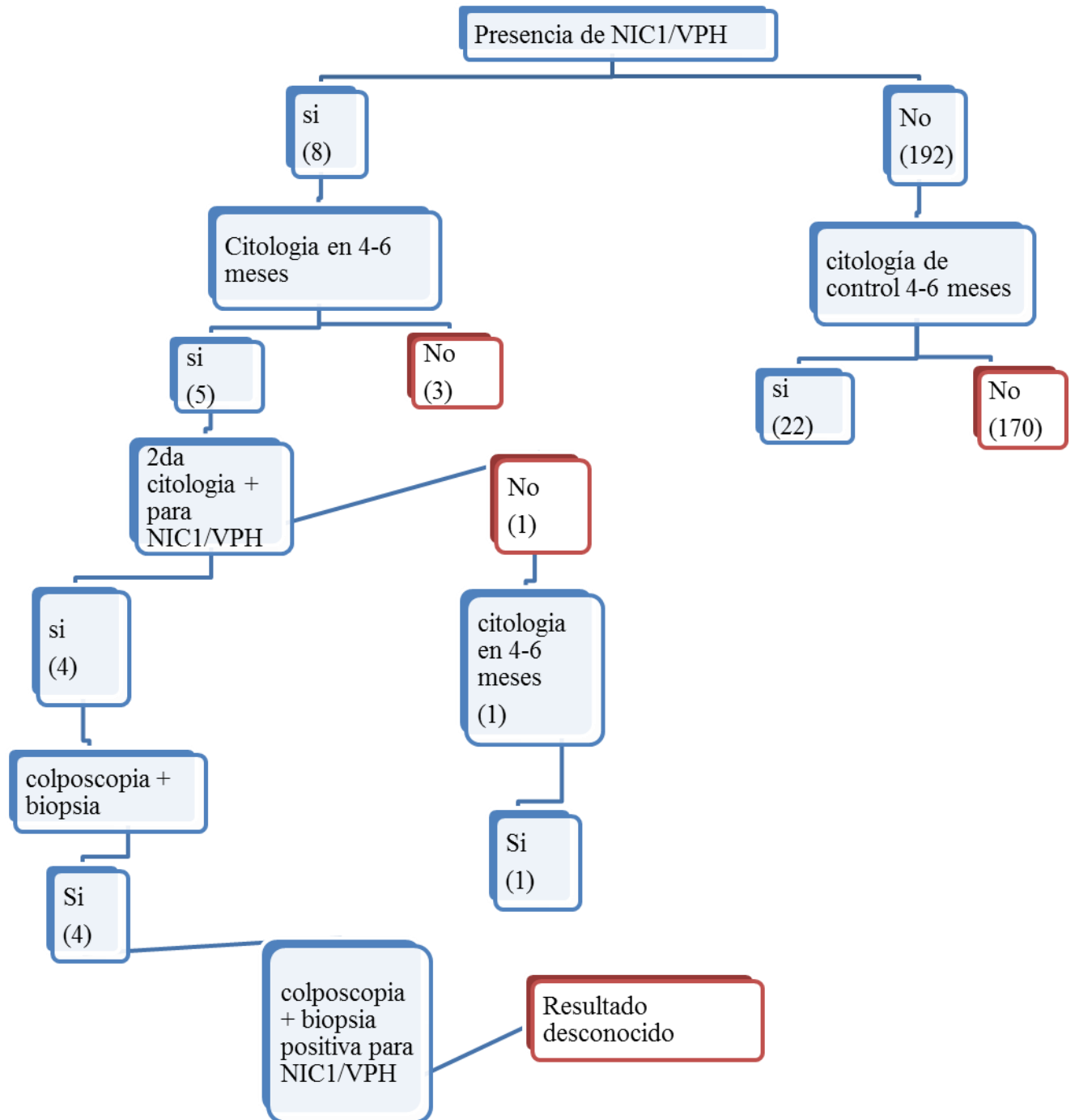








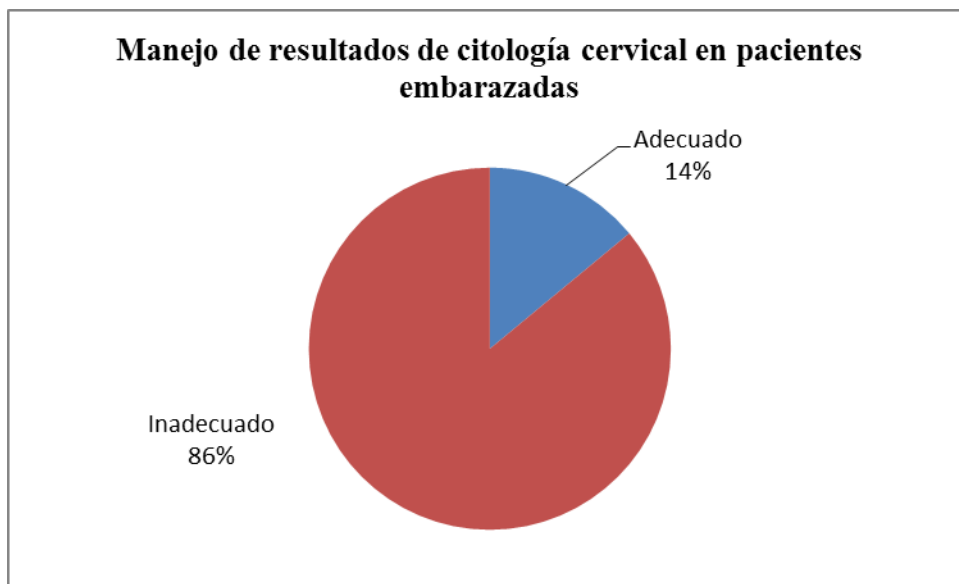




N=200



Gráfico 2: Evaluación del manejo de las lesiones de cérvix en pacientes embarazadas que se realizaron citología cervical.



N:200



DISCUSION

De los 200 expedientes de pacientes embarazadas analizadas se encontró lo siguiente:

De los 71 casos reportados como muestras inadecuadas, solo a 2 de esos casos se les repitió la muestra lo cual demuestra que en 69 casos no se siguieron los pasos del manejo de resultados citológicos según normas de atención y prevención del cáncer cérvico-uterino, ya que dichos casos fueron valorados como si la citología reportara calidad de la muestra adecuada. Encontramos que en 54 pacientes los resultados de citología reportaron ausencia de células endocervicales y solo 2 pacientes fueron sometidos a una valoración individual.

De 43 mujeres embarazadas con inflamación severa, solo a 3 mujeres de éstas se les tomó exudado y cultivo de secreciones cérvico-vaginales incumpliendo que a toda inflamación severa cérvico-vaginal se le debe tomar exudado y cultivo; pero hay que reconocer que a 24 mujeres se les dió tratamiento según etiología de resultado de papanicolaou, sin embargo 19 casos de inflamaciones severas aunque no se les tomó exudado y cultivo cérvico-vaginales se les aplicó tratamiento haciendo uso de los conocimientos médicos sobre presentación clínica y epidemiología de las infecciones; El control citológico que en los casos de inflamación severa se debe mandar a los 4 a 6 meses sólo se les envió a 12 mujeres, además de los 3 casos de inflamación severa a repetición, solo a 2 de ellos se refirió a ginecología y al otro caso no se les dio ningún control especial, por lo tanto a esta paciente no se manejo adecuadamente convirtiéndola en paciente de riesgo a desarrollar cualquier lesión cérvico-vaginal por la no detección oportuna de dichas alteraciones. En los casos de inflamación leve y moderada (153 casos) a uno de los casos de inflamación moderada se le tomó exudado y cultivo, y a 36 casos se les aplicó tratamiento según la etiología revelada por el resultado de PAP, lo cual fue adecuado según normas, aunque también se debe de enviar citología de control en 1 año pero solo a 4 pacientes se envió citología de control en 1 año que son pacientes que no tuvieron inflamación, al resto (22



casos) se les programó citología en 4 a 6 meses lo cual no es lo estipulado por las normas; a las demás pacientes no se les programó citología de control . De las 6 embarazadas con menos de 12 semanas de gestación solo en 3 casos se aplicó tratamiento antes de haber cumplido las 12 semanas de gestación incumpliendo con las normas, mientras que en 3 de ellas se esperó a que cumplieran las 12 semanas de gestación para dar tratamiento lo cual va acorde con las normas.

Se obtuvo 4 casos resultaron positivos para ASC-US, a 3 casos positivos no se le realizó citología de control en 4-6 meses solo a un caso. A éste único caso se le realizó citología de control en 4-6 meses (según normas) el cual reporto negativo para ASC-US se envió citología de control en 4-6 meses. Solo este caso fue manejado adecuadamente según normas del MINSA. De los 196 casos que resultaron negativos para ASC-US, únicamente a 4 casos se le envió citología de control en 1 año, y 22 casos se envió citología de control en 4-6 meses, lo que nuevamente nos muestra un manejo inadecuado.

Se encontró un caso positivo para ASC-H pero no se le realizó ningún tipo de manejo según normas, lo cual se considera manejo inadecuado.

De los 8 casos de NIC I/VPH positivos sólo a 5 casos se les hizo la citología de control en 4 a 6 meses de los cuales a 4 resultaron nuevamente positivos por lo que les enviaron colposcopia y biopsia pero no hay datos en el expediente que nos sugieran el manejo realizados posterior a resultados de colposcopia y biopsia. El caso que resultó negativo para NIC I/VPH se le realizó citología de control a los 4 a 6 meses. De los 8 casos solo la mitad de los casos fueron manejados adecuadamente según normas aunque en el caso de los resultados de la colposcopia y biopsia no se siguió ningún protocolo o al menos en el expediente no se plasmó el seguimiento que se les haya dado a estas pacientes.

Debido a que no obtuvimos en la revisión de expedientes ningún caso de lesión intraepitelial de alto grado, carcinoma de células invasoras, no pudimos analizar el manejo que se les está dando a estos resultados de citología.



Para finalizar, de los 200 resultados de papanicolaou valorados encontramos que solo 28 pacientes fueron manejados de forma adecuada con un porcentaje de 14%, ello puede estar reflejando un severo problema en la calidad de atención a las pacientes, en cuanto a diagnóstico y tratamiento precoz de sus lesiones cervicales.

Lamentablemente no se puede hacer comparación con otros estudios, porque los que hay en existencia han sido realizados en hospitales que generalmente atienden a pacientes con lesiones intraepiteliales de alto grado o con carcinomas de células escamosas invasor.



CONCLUSIÓN

- ✚ El manejo que se les dio a los 200 resultados de citología cervical por parte de los médicos en pacientes embarazadas, solo un 14% cumplen según las normas de atención y prevención del cáncer cérvico-uterino, por lo tanto no se está contribuyendo con el plan de prevención y detección oportuna del cáncer que en nuestro país sigue ocupando uno de los primeros lugares de morbilidad.



RECOMENDACIONES

- Al Centro de Salud de Somotillo “Raymundo García”, se le recomienda implementar un círculo de calidad donde con la participación de todos los involucrados, se identifiquen las causas de la deficiencia encontrada, y se elabore un plan de mejoramiento de la calidad.
- Al centro de salud de Somotillo se le sugiere fortalecer la auditoría, con el fin de apoyar a los médicos para conseguir un mejor cumplimiento de las normas.
- Al Centro de Salud de Somotillo se le recomienda gestionar con el SILAIS-Chinandega los equipos necesarios(personal y maquinaria) para realización de exudado y cultivo en dicha unidad de salud para un manejo de calidad a las pacientes a como envían normas de atención y prevención de cáncer de cérvico-uterino.
- A los médicos se les aconseja detallar en el expediente todo tipo de procedimiento que se realice al paciente; tanto la consejería que se le brinda al paciente como dificultades que éste tenga para realizarse algún procedimiento, ya que el expediente es un documento médico-legal.
- Promover charlas educativas en el centro de Salud sobre la importancia de la toma de papanicolaou sobre todo en mujeres embarazadas.



Bibliografía

1. Ministerio de Salud, Nicaragua, Normas de prevención y atención del cáncer cervico uterino. Septiembre del 2000.
2. Manual de Procedimientos para Diagnóstico de Citología Cérvico Vaginal, Ministerio de Salud Perú 2000.3.
3. Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino Ministerio de Salud, Perú 2000.
4. Manual de Referencia para la Aplicación de las Normas de Atención de Cáncer Cérvico Uterino, Ministerio de Salud de Guatemala, Septiembre 1999.
5. Normativa Técnica de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El salvador 2002.
6. GR Montanari y B de Palo, Estudio citológico y biopsia, Segunda Edición Panamericana, Buenos Aires 1996. páginas 30-23.
7. Lascano Hernández Alonso, Cáncer cervicouterino Diagnóstico Prevención y Control, Primera Edición Panamericana 2000, página 71-76.
8. Ministerios de Salud. NORMA TÉCNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO. 1era Edición - Managua: Ministerio de Salud, 2006.
9. Di saia Philip, creasman MD William, Oncología Ginecológica y clínica 5ta Edición 1998. páginas 1-27.



10. Koss LG. Aspiration Biopsy. Cytological Interpretation and Histologic Base. 2ª edición, New York. 1992 pp5-6. 2.
11. World Health Organization. Cytology screening. [Revista en línea] accesada el 24/08/12, accesible en www.who.int/entity/cancer/detection/cytology_screen/en/index.html.
12. Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak, 12 va edición 1998.
13. Piura, Julio. Metodología de la investigación II edición. 2006
14. Day, Roberts. Como redactar y escribir trabajos monográficos. OPS II edición 2003.
15. Organización mundial de la salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: OMS 2007 P. 18-21.
16. Planificación de Programas Apropriados para el Cáncer Cérvico Uterino, 3ra edición 2002, Organización Panamericana de la Salud.



Anexos



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



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

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

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

DESCRIPCIÓN DEL CERVIX

PROCEDENCIA DE LA MUESTRA ASPECTO CLINICO SECRECION
Exo- Endocervix Normal
Vagina Inflamación
Cúpula Atrofia
Otros Tumoral
Otros datos Clínicos Fecha de la toma

NOMBRE DEL/ LA EXAMINADOR/A

II. REPORTE CITOLOGICO
Frotis Adecuado Frotis Inadecuado Por:
SI NO Cel. Endocervicales / Cel. de Hemorragia
Zona de Transformación Mala Fijación
Calularidad Escasa
Abundantes Polimorfonucleares
Extensión Incorrecta

NEGATIVA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS

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

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

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO

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

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

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

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INVASOR

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

Comentarios

Recomendaciones

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

Fecha del Reporte

Nombre y Firma de Cito tecnólogo
Patólogo

Fecha de notificación de resultados a la usuaria



Ficha de recolección de datos: No de ficha ____ No de exp. _____

Edad: ____ Embarazada: Si ____ No ____ Rural ____ Urbano ____

G: ____ P: ____ A: ____ C: ____

Si la citológico cérvicouterina reporta:

1. Calidad de la muestra:

Adecuada ____ Inadecuada ____

2. Si la muestra fue inadecuada ¿Se repitió muestra? Si ____ No ____

3. Células endocervicales/zona de transición Si ____ No ____

4. Si se dio ausencia de células, ¿Se valoró paciente de forma individual? Si ____ No ____

5. Inflamación: Leve ____ Moderada ____ Severa ____ No hay ____

5.1. Se tomó exudado y cultivo de secreciones cérvicovaginales? Si ____ No ____

5.2. ¿Se dio tratamiento de acuerdo a etiología? Si ____ No ____

5.3. ¿Se programó citología de control en 4-6 meses? Si ____ No ____

5.4. ¿La paciente presenta inflamación severa a repetición: Si ____ No ____

5.5. Con el caso anterior ¿Se refirió a ginecología? Si ____ No ____

5.6. ¿Es una embarazada con menos de 12 semanas de gestación, con citología negativa para lesión intraepitelial y células malignas pero con inflamación severa o infección vaginal?
Si ____ No ____

5.7. En el caso anterior, ¿Se espero a que cumpliera 12 semanas de gestación para dar tratamiento? Si ____ No ____

5.8. ¿Se le hizo control posterior al puerperio? Si ____ No ____ No aplica ____

6. Tiene atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US):

Si ____ Pasar con la pregunta 6.2

No ____ Pasar a pregunta 6.1

6.1. ¿Se realizo control de citología al año? Si ____ No ____

6.2. Si fue positivo para ASC-US, ¿Se le repitió citología en 4-6 meses?

Si ____ pasar a la pregunta 6.3

No ____

6.3. Si 2da. Citología de control resulta negativa, ¿Se le repitió la citología en 4-6 meses?

Si ____

No ____

6.4. Si 2da citología reportó positiva ASC ¿Se realizó colposcopia y biopsia?

Si ____ Pasar con la pregunta 6.5

No ____

6.5. Si la colposcopía + biopsia resulta: Negativa, ¿Se le envió citología de control en 4-6 meses? Si ____ pasar a pregunta 6.6

No ____

6.6. Si la colposcopía + biopsia resulta: LIE/neoplasia invasora ¿Se refirió a 2do. Nivel de atención?

Si ____ No ____

7. Tiene atipia de células escamosas que no excluye lesión de alto grado (ASC-H)



Si ___ Pasar a la pregunta 7.2

No ___ pasar a la pregunta 7.1

7.1. Si el examen resulto negativo para ASC-H, ¿se le realizo citología de control en 4-6 meses? Si ___ No ___

7.2. Si el resultado fue positivo para ASC-H, ¿se realizó colposcopia + biopsia?

Si ___ pasar a la pregunta 7.2

No ___

7.3. Si la colposcopia + biopsia fue negativa, ¿se le realizo citología de control a los 4-6 meses? Si ___

No ___

7.4 Si la colposcopia + biopsia fue positiva para LIE/Neoplasia invasora, ¿Se refirió a 2do nivel? Si ___

No ___

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado:

8. ¿El examen citológico resulto NIC-1/VPH positivo?

Si ___ pasar a pregunta 8.2

No ___ pasar a pregunta 8.1

8.1. Si el examen resulto NIC-1/VPH negativo, ¿se le realizo citología de control en 4-6 meses? Si ___ No ___

8.2. Si fue positivo ¿se le realizo citología de control en 4-6 meses?

Si ___ pasar a la pregunta 8.3

No ___

8.3. Si la 2da citología le resulta nuevamente positivo ¿Se le realizo Colposcopia y biopsia?

Si ___ pasar con la pregunta 8.4

No ___ pasar a la pregunta 8.6

8.4. Si la 2da citología le resulta negativa ¿Se realizó citología de control en 4-6 meses?

Si ___ No ___

8.5. Si los resultados de Biopsia y Colposcopia dió positivo ¿Fue referida paciente a 2do nivel de atención? Si ___ No ___

8.6. Si los resultados de biopsia y colposcopia dio negativo, ¿Se le realizo citología de control en 4-6 meses? Si ___ No ___

9. El examen citológico reporto Lesión escamosa intra-epitelial de alto grado, carcinoma de células escamosas invasoras o células glandulares

Si ___ pasar a la pregunta 9.1

No ___

9.1. Si fue positiva, ¿Fue referida la paciente a un nivel superior?

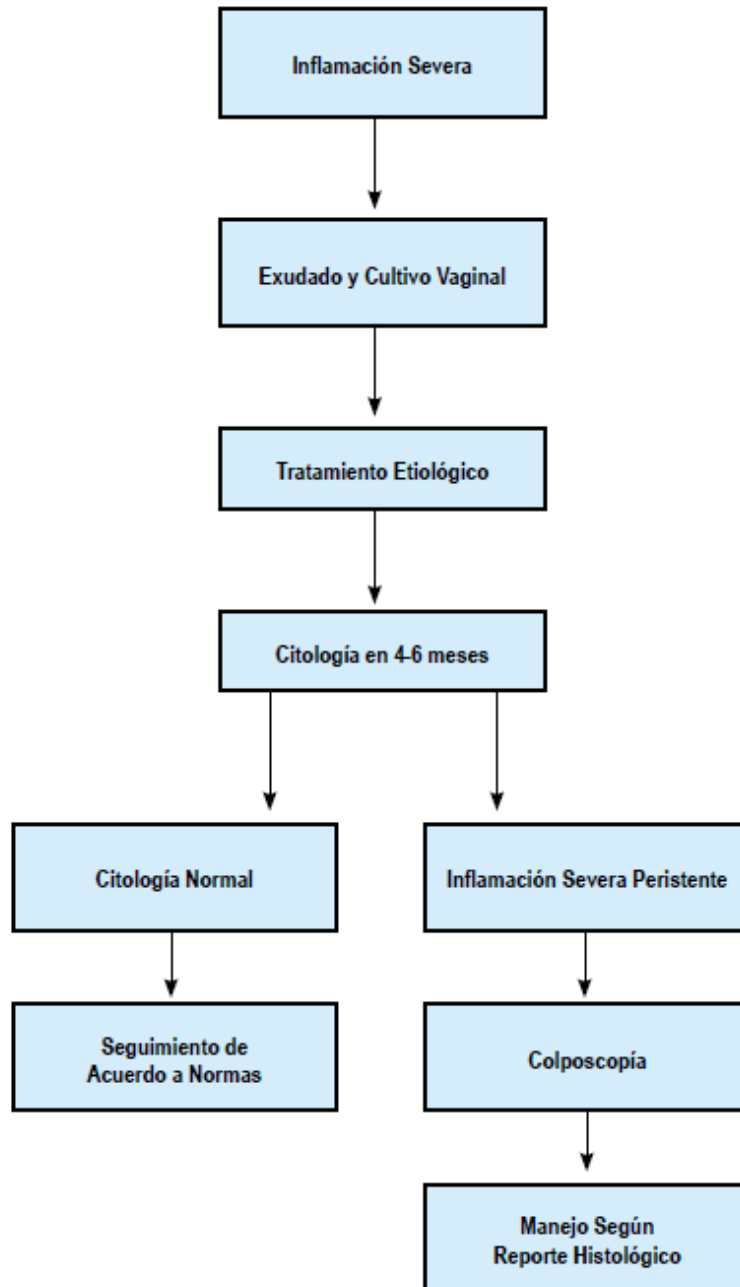
Si ___ No ___

10. ¿Es adecuado el manejo de los resultados de citologías?

Si ___ No ___

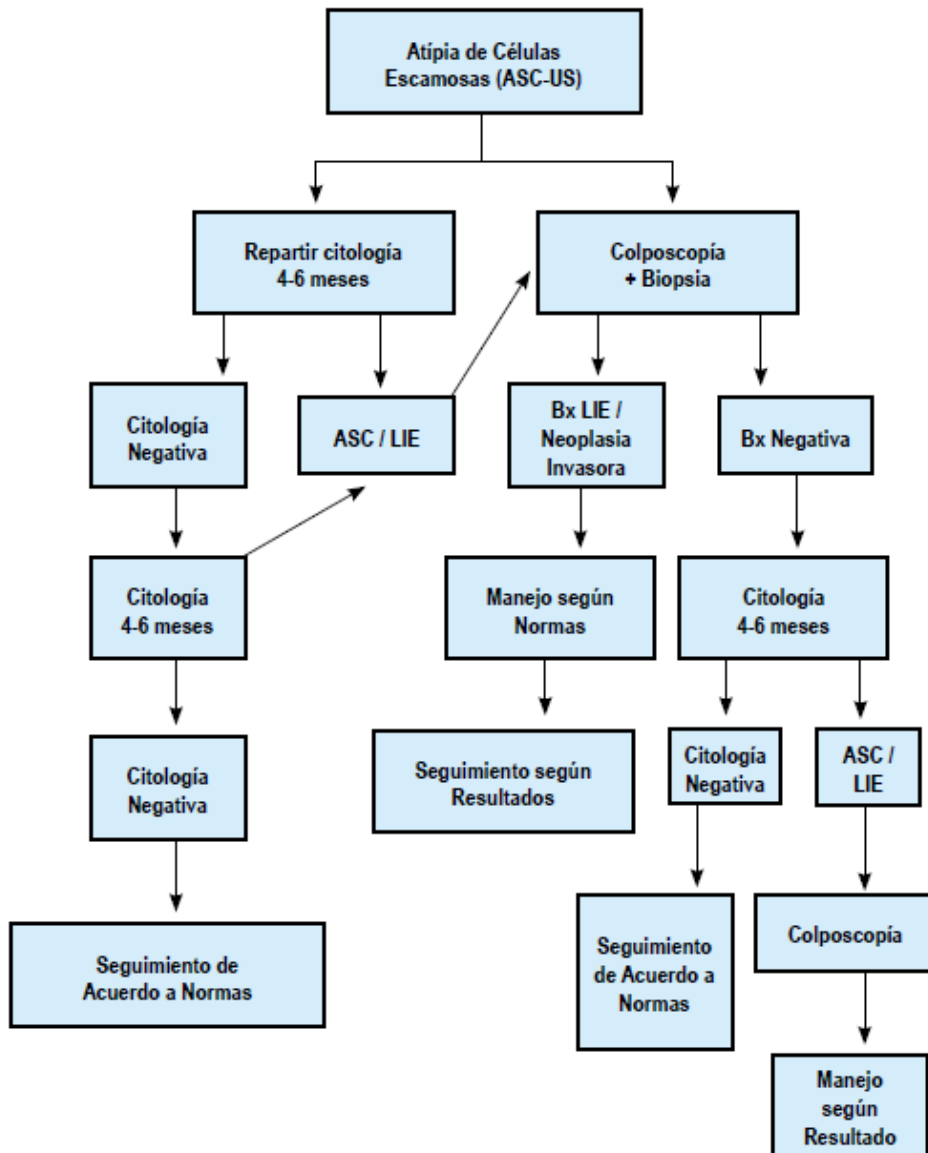


CITOLOGÍA CERVICAL REPORTA INFLAMACIÓN SEVERA



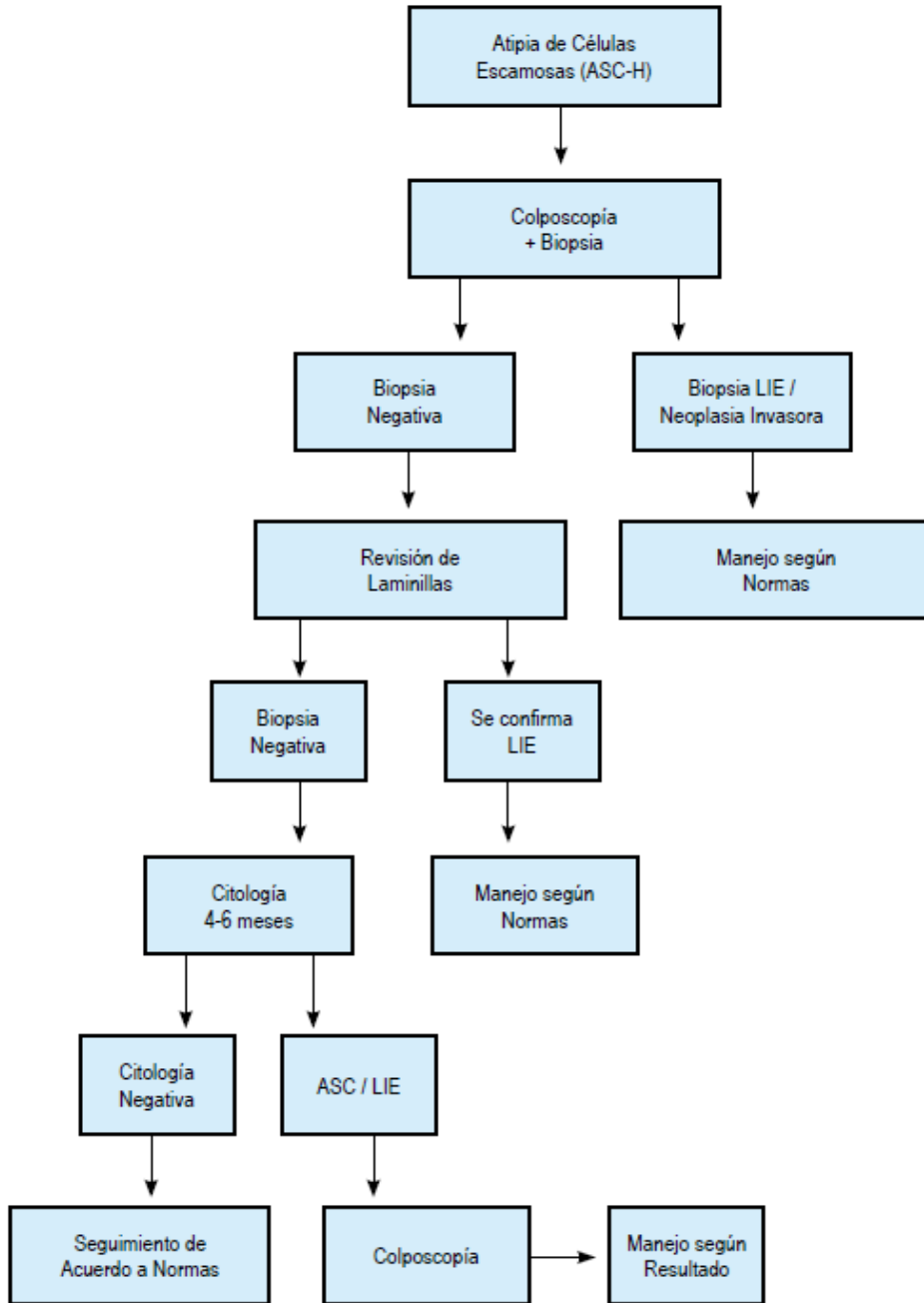


CITOLOGÍA CERVICAL REPORTA CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (ASC-US)





CITOLOGÍA CERVICAL REPORTA CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS NO EXCLUYE LIE DE ALTO GRADO (ASC-H)





CITOLOGÍA CERVICAL REPORTA LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (VPH/NIC-I)

