

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA  
UNIDAD CENTRAL



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**DIAGNÓSTICOS DE CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL EN MUJERES EN  
EDAD FERTIL, QUE CONSULTAN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS  
DE SALUD FAMILIAR ZACATECOLUCA Y PLANES DE RENDEROS,  
ENERO-JUNIO 2014.**

Informe Final Presentado Por:

**Nathaly Alejandra Gómez Aguilar**  
**Francisco Antonio Gonzalez Turcios**  
**Saúl Guillermo Garcia Peña**

Para optar al título de  
**DOCTOR EN MEDICINA**

Asesora:

**Dra. Ana Concepcion G. Polanco Anaya**

San Salvador, Octubre de 2014

## CONTENIDO

### CAPITULO I

RESUMEN.....	I
--------------	---

### CAPITULO II

INTRODUCCIÓN.....	II-V
-------------------	------

### CAPITULO III

OBJETIVOS.....	VI
----------------	----

### CAPITULO IV

#### MARCO TEORICO

4.1 Generalidades.....	1
4.2 Cáncer Cervicouterino	
4.2.1 Definición.....	2
4.2.2 Anatomía General de Cuello Uterino.....	2-4
4.3 Anatomía Microscópica.....	4-6
4.4 Etiología y Factores de Riesgo De Cáncer Cervicouterino.....	6- 8
4.5 Historia Natural de la carcinogénesis Cervical.....	8- 10
4.6 Diagnóstico: Citología, Colposcopía e Histopatología	
4.6.1 Diagnóstico Citológico.....	10- 13
4.6.2 Diagnóstico Por Colposcopía.....	13
4.7 Neoplasias Intraepiteliales Cervicales.....	13- 16
4.8 Prevención de las Neoplasias Intraepiteliales Cervical y del Cáncer del Cuello Uterino.....	17-18
4.8.1 Carga Social y Económica Del Cáncer Del Cuello Uterino.....	18-19
4.9 Citología Inflamatoria.....	19

4.10 Infecciones Vaginales	
4.10.1 Definición.....	20
4.10.2 Etiología.....	20
4.10.3 Clasificación y Diagnóstico.....	20- 21
4.10.4 Diagnóstico de Laboratorio.....	22
4.10.5 Diagnóstico Diferencial.....	22
4.10.6 Tratamiento.....	22- 23
4.11 Definición Operacional.....	24-28

#### **CAPITULO IV**

<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>29</b>
-----------------------	-----------

#### **CAPITULO VI**

<b>DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30-44</b>
---------------------------------	--------------

#### **CAPITULO VII**

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>45 -52</b>
------------------------	---------------

#### **CAPITULO VIII**

<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>53- 54</b>
-----------------------	---------------

#### **CAPITULO IX**

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>55-56</b>
--------------------------	--------------

#### **CAPITULO X**

<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>57</b>
-----------------------------	-----------

#### **CAPITULO XI**

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>58-62</b>
--------------------------	--------------

#### **ANEXOS**

## CAPITULO I

### RESUMEN

El principal objetivo de este trabajo fue identificar los resultados citológicos diagnosticados con mayor frecuencia por Citología Cervicovaginal, 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, buscando además enlistar los factores sociodemográficos y epidemiológicos observados, corroborando cual era el manejo médico recibido.

Se realizó a través de una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal en la población de mujeres entre 15 a 49 años que se realizaron citología en el primer semestre del presente año.

La muestra consistió en pacientes que asistieron a consultar por su resultado de citología durante el mes de julio, fue seleccionada a conveniencia de los investigadores y conformada por 150 pacientes, 100 pacientes de la UCSF Zacatecoluca y 50 pacientes de la UCSF Planes de Renderos, a quienes durante la consulta médica se les realizó una encuesta.

En los resultados obtenidos se observó que la mayoría de la población estudiada estaba compuesta por pacientes jóvenes eran multiparas, 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.**

## **CAPITULO II**

### **INTRODUCCION**

Durante la realización de Año social, en las consultas se ha observado una alta prevalencia de resultados citológicos anormales detectados al realizar tamizaje en la población femenina en edad fértil que consultan los centros de salud en estudio; que acuden por inscripción y control prenatal o a su cita por método de planificación familiar como un hallazgo incidental; además, es una problemática que no se ha investigado a profundidad en la región geográfica seleccionada, por lo que se ha considerado importante caracterizar epidemiológicamente la presencia de dichas patologías en la población estudiada.

En este trabajo de investigación se identificaron los resultados citológicos más frecuentes detectados a través de la Citología cervicovaginal en mujeres en edad fértil que consultaron en las Unidades de Salud Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos, describiendo las características sociodemográficas y epidemiológicas de las pacientes con resultados citológicos anormales, e identificando el manejo médico brindado a las mismas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN, plantea estimaciones de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical registrados cada año y según la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP), en un informe emitido en Ginebra en el año 2004, con base en información recibida por sus organizaciones filiales en diferentes países del mundo, reportó que casi el 80 por ciento de los estimados en el ámbito mundial, se diagnostican en América Latina, África y la India. Un motivo importante que explica porque la prevalencia del cáncer cervicouterino es mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados, es la falta de programas de tamizaje eficaces, encaminados a detectar lesiones precancerosas y tratarlas antes de que progresen a un

cáncer invasor. En América Latina la incidencia de cáncer de cérvix es de 21.5 y 40.8 por 100,000 mujeres. En El Salvador según datos de GLOBOCAN 2002, la tasa de incidencia es de 45.6 casos por 100,000 mujeres.

Durante la revisión de antecedentes en la región Latinoamericana, se encontró una tesis realizada en México, por la Universidad Veracruzana la cual lleva por título “Factores de riesgo para desarrollar Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa”, el cual es un estudio de casos y controles donde seleccionaron a las pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología, con diagnóstico histopatológico confirmado para cáncer cervicouterino residentes de la ciudad de Xalapa, Veracruz; los investigadores encontraron como factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino al grupo de edad entre 30 a 59 años, un ingreso familiar mensual  $\leq$ \$1,000 pesos (77.7 dolares estadounidenses ), no estar casada, inicio de la vida sexual activa  $\leq$ 16 años, haber tenido más de dos parejas sexuales y por último no utilizar métodos anticonceptivos.

En la Biblioteca de la Universidad de El Salvador se encontraron registradas<sup>17</sup> Tesis que tenían como temática la incidencia de lesiones premalignas y Cáncer cervicouterino en mujeres, de las cuales dos presentan similares objetivos de investigación a la investigación que se realizó, entre ellas dos: La primera 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 Cervicovaginales y las lesiones premalignas 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 premalignas (6.45%).

El segundo estudio revisado detenidamente, denominado “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 premaligna 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 cervicovaginales.

Hasta la fecha no se han efectuado investigaciones con esta temática en las Unidades de Salud donde se realizó la investigación. Uno de los principales problemas surgidos durante la investigación fue la escasa información epidemiológica disponible, a pesar que se registran todos estos hallazgos, no existen reportes anuales que permitan analizar esta problemática en un periodo de tiempo.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal; utilizando un muestreo no probabilístico a conveniencia de los investigadores en las cuales se eligieron aquellas pacientes que asistieron a consultar durante el mes de Julio del presente año. Para la realización del trabajo se utilizaron fuentes de información documentada como los expedientes clínicos y la hoja de reporte citológico, la herramienta para recolectar la información fue un cuestionario previamente elaborado y destinado a incluir todos los datos que nos

permitieron analizar las variables específicas requeridas para la investigación.

Los datos obtenidos se tabularon por medio del programa Microsoft Excel 2013. El análisis se realizó por métodos estadísticos y la representación mediante Gráficos y tablas frecuenciales.

## **CAPITULO III**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Identificar los resultados citológicos más frecuentemente diagnosticados en pacientes mujeres de 15 a 49 años, que en el mes de Julio 2014, consultaron a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos, enlistando los factores sociodemográficos y epidemiológicos observados, así como el manejo médico recibido.

#### **Objetivos Específicos**

1. Establecer los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las pacientes de 15 a 49 años, que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en Julio 2014.
  
2. Identificar el Resultado Citológico más frecuentemente diagnosticado en las pacientes de 15 a 49 años, que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en Julio 2014.
  
3. Clasificar a las pacientes de 15 a 49 años, según diagnóstico citológico que consultaron por Respuesta de citología en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en julio de 2014.
  
4. Identificar el manejo médico llevado a cabo al detectarse un Resultado de Citología cervicovaginal anormal en las pacientes en edad fértil de 15 a 49 años que consultaron a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en Julio 2014.

## **CAPITULO IV**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **4.1 GENERALIDADES**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN, plantea estimaciones de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical registrados cada año y según la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP), en un informe emitido en Ginebra en el año 2004, reportó que casi el 80 por ciento de los estimados en el ámbito mundial, se diagnostican en América Latina, África y la India. En América Latina la incidencia de cáncer de cérvix es de 21.5 y 40.8 por 100,000 mujeres.

En El Salvador según datos de GLOBOCAN 2002, la tasa de incidencia es de 45.6 casos por 100,000 mujeres.<sup>1</sup>

Según los objetivos planteados se establecerán definiciones académicas de los fenómenos que se estudiarán, para luego establecer las definiciones operativas de la investigación a realizar.

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 en mujeres cuya población fue de 1735 mujeres dio como resultados que 1061 mujeres presentaron citología normal (Negativa a Lesión, 61 %), 36 citología anormal (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.<sup>2</sup>

## **4.2 CÁNCER CERVICOUTERINO**

### **4.2.1 Definición**

Es la presencia de células malignas que invaden el cuello uterino.

### **4.2.2 Anatomía general del cuello uterino**

El cuello uterino es la parte inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm a 3.5 cm de diámetro. Las dimensiones y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. La mitad inferior del cuello llamada intravaginal o porción vaginal, penetra en la vagina por su pared anterior, mientras la mitad superior, llamada la porción supravaginal, queda por encima de la vagina (figura 1.1). El cuello uterino desemboca en la vagina por el orificio cervical externo. La porción supravaginal se une al cuerpo muscular del útero en el orificio cervical interno. El cuello de las mujeres que han tenido hijos es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular (agujero de alfiler).

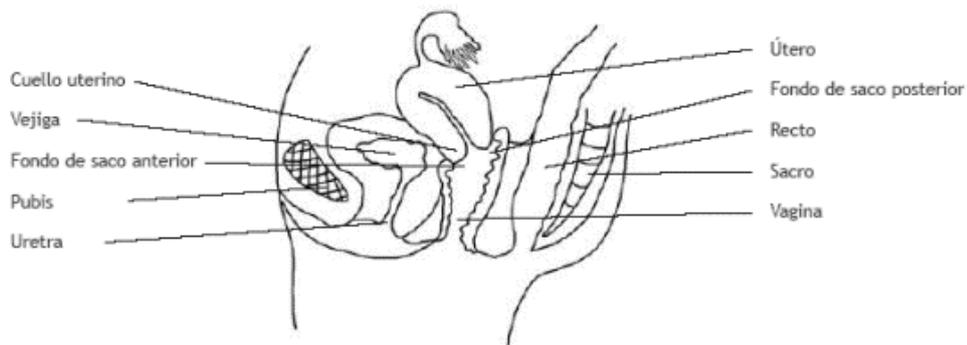
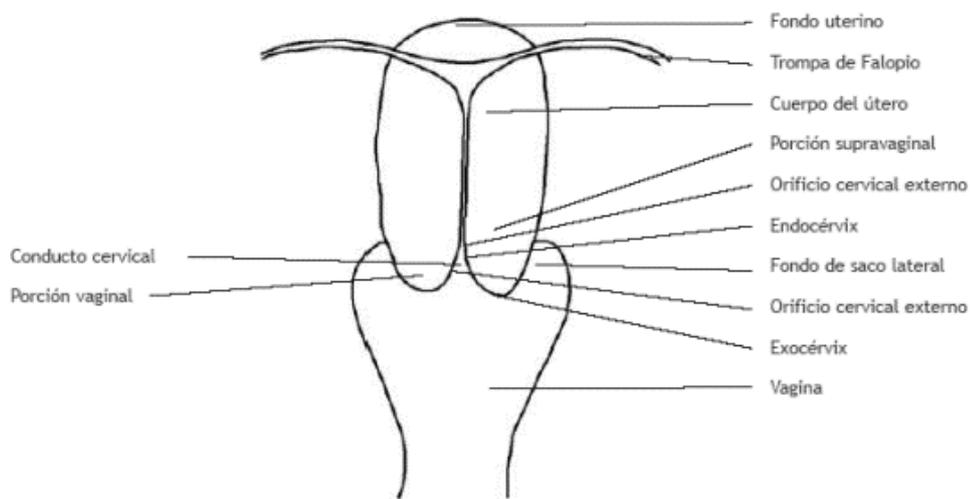


Figura 1.1: Anatomía general del aparato reproductivo femenino

La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama ectocérnix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino superior al orificio externo se denomina endocérnix. El conducto endocervical, que atraviesa el endocérnix, conecta la cavidad uterina con la vagina y se extiende del orificio interno al externo. La parte superior de la cavidad vaginal que rodea la porción vaginal se denomina fondo de saco vaginal.

El estroma del cuello uterino consiste en un tejido fibromuscular denso atravesado por la trama vascular, linfática y nerviosa del cuello. La vascularización arterial del cuello uterino procede de las arterias ilíacas internas, a través de las ramas cervicales y vaginales de las arterias uterinas. Las ramas cervicales de las arterias uterinas descienden por las paredes laterales del cuello uterino en posición de las 3 y las 9 del reloj. Las venas del cuello corren paralelamente a las arterias y desembocan en el plexo venoso hipogástrico. Los vasos linfáticos del cérvix desembocan en los ganglios ilíacos comunes, externo e interno, obturador y parametriales. La inervación del cuello uterino procede del plexo hipogástrico. El endocérvix tiene terminaciones nerviosas sensitivas extendidas, que son escasas en el ectocérvix. En consecuencia, la mayoría de las mujeres tolera bien procedimientos como la biopsia o la crioterapia sin anestesia local. Como en el endocérvix también abundan las fibras simpáticas y parasimpáticas, la manipulación del endocérvix puede estimular estas terminaciones nerviosas y, a veces, producir en la paciente una reacción vasovagal o síncope.

### **4.3 Anatomía microscópica**

#### **Epitelio escamoso**

El cuello uterino está recubierto por el epitelio escamoso estratificado y por el epitelio cilíndrico. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamosocilíndrica. El ectocérvix está recubierto en gran parte por el epitelio escamoso estratificado no queratinizante que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares (15-20). Durante la inspección visual es de color rosado pálido. Presenta, en el fondo, una única capa de células basales redondas, con un núcleo grande de coloración oscura y poco citoplasma en la membrana basal, que separa el epitelio del estroma subyacente. Las células basales se dividen y se diferencian para formar las capas celulares parabasales intermedias y superficiales. De la capa basal a la superficial, las células aumentan el tamaño de su citoplasma mientras se reduce el de su núcleo. Las células de las capas intermedia y superficial contienen glucógeno abundante en su citoplasma, que se tiñe intensamente

de color pardo-caoba o negro tras aplicar la solución yodoyodurada de Lugol. Sin embargo, después de la menopausia, las células del epitelio escamoso no maduran más allá de la capa parabasal y no se acumulan en capas múltiples de células superficiales e intermedias. En consecuencia, el epitelio escamoso se vuelve delgado y atrófico. Así que aparece pálido y frágil, con manchas petequiales subepiteliales, por ser muy propenso a los traumatismos.

### **Unión escamoso-cilíndrica**

La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea estrecha. Su ubicación, con relación al orificio cervical externo, varía según factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto y algunas condiciones fisiológicas como el embarazo. Durante la niñez y la perimenarquia, la unión escamosocilíndrica se encuentra en el orificio cervical externo, o muy cerca de él. Tras la pubertad y durante el período reproductivo, los órganos genitales femeninos crecen por influencia estrogénica. El cuello uterino se agranda y el conducto cervical se alarga. Esto conlleva a la eversión del epitelio cilíndrico hacia el ectocérvix sobretodo en los labios anteriores y posteriores del cérvix. Esto es lo que se llama ectropión o ectopia. Así, la unión escamoso-cilíndrica está ubicada en el ectocérvix, muy lejos del orificio externo durante todo el período de reproducción y el embarazo. A la inspección visual, el ectropión es visualizable como un ectocérvix francamente rojizo.

La acción amortiguadora de moco que cubre las células cilíndricas se perturba cuando el epitelio cilíndrico evertido se ve expuesto a la acidez vaginal. Esto conduce a la destrucción y al reemplazo del epitelio cilíndrico por el epitelio escamoso metaplásico neoformado. Por metaplasia entendemos el cambio o reemplazo de un tipo de epitelio por otro. La ubicación de la unión escamoso cilíndrica va avanzando en el ectocérvix hacia el orificio externo durante el período reproductivo hasta la perimenopausia. Se va posicionando a distancias variables del orificio externo, como resultado de la formación progresiva del nuevo epitelio

escamoso metaplásico en las zonas expuestas del epitelio cilíndrico en el ectocérvix. A partir del período perimenopáusico y después del inicio de la menopausia, el cuello uterino va reduciéndose por la falta de estrógeno, con lo cual se acelera el movimiento de la unión escamoso cilíndrica por el conducto endocervical hacia el orificio externo. En las mujeres posmenopáusicas, la unión escamoso cilíndrica se sitúa en el conducto endocervical con lo cuál suele no poderse visualizar a la inspección visual.

#### **4.4 Etiología y factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino**

El cáncer cérvicouterino va usualmente precedido por las lesiones precursoras, inclusive 10 años antes de presentarse el mismo.<sup>1</sup> Se ha demostrado en un estudio de cohorte retrospectivo en 7564 mujeres que fueron seguidas por neoplasia intraepitelial cervical (NIC) durante 2-29 años, que 0.3 % desarrollaron cáncer invasor, una incidencia 3 veces más alta que lo que ocurre en la población general, sin haber tenido neoplasia intraepitelial cervical previa.<sup>1</sup>

Por otra parte, se ha demostrado que casi todos los casos de cáncer cervical y de neoplasia intraepitelial cervical severa (NIC 3) son positivos al ADN(acido desoxiribonucleico) viral del VPH(virus del papiloma humano), y que esa asociación incrementaba el riesgo de cáncer cervical, según un estudio de caso-control con 118 mujeres con cáncer invasor diagnosticado en promedio 5.6 años después del tamizaje y en 118 controles con 2 citologías normales en el mismo período de tiempo. Ningún control tenía el ADN viral, pero todas las mujeres con cáncer sí lo presentaban.<sup>2</sup> Estudios posteriores con mayor nivel de evidencia respaldaron estos resultados.

La infección por VPH se adquiere sexualmente en el 50% de todos los adultos sexualmente activos al menos una vez en su vida. En las mujeres norteamericanas se ha estimado una prevalencia de 26.8 % (23.3 - 30.9 %). A nivel mundial en la población general alrededor del 10 % de las mujeres han tenido infección por el VPH en un momento dado, y que el 70.3 % de los cánceres invasores del cuello uterino se atribuyen a los tipos VPH 16/18.<sup>3</sup>

Por otra parte, se ha comprobado que la infección aumenta en aquellas que tienen más parejas sexuales. Todo parece indicar entonces que el cáncer del cuello uterino es la consecuencia oncológica más común de la infección por el VPH, lo que puede conllevar a un cáncer invasor y eventualmente a producir la muerte de estas mujeres.<sup>4</sup>

El tipo viral parece estar relacionado con uno u otro tipo de cáncer cervical. Mientras el VPH-16 está relacionado y es más prevalente en el tipo escamoso, el HPV-18 parece relacionarse más con el adenocarcinoma cervical, según un estudio de casos-contróles, pero al parecer el VPH-18 tiene mayor poder oncogénico.<sup>5</sup>

Es importante destacar que el VPH 16 puede sobrevivir en superficies secas inanimadas por más de 7 días y que ello podría constituir un bajo por ciento de transmisión no sexual del mismo.<sup>6</sup>

Entre los posibles factores de riesgo se han mencionado:

1. La relación sexual: las mujeres inactivas sexualmente raramente desarrollan cáncer cervical, mientras la actividad sexual en edades tempranas, con múltiples parejas sexuales es un fuerte factor de riesgo.<sup>7</sup>
2. La pareja sexual masculina sin circuncidar con mayores posibilidades de infectarse con el VPH y transmitirlo a las mujeres, ya que la mayoría de los compañeros sexuales de mujeres con NIC tenían infección por VPH.<sup>8</sup>
3. El uso a largo plazo de anticonceptivos hormonales, comparado con las mujeres que nunca los han usado, se observa mayor riesgo de cancer cervicouterino. Por otra parte, en aquellas que los han usado por menos de 5 años no hay incremento del riesgo, hecho aún no debidamente comprobado.<sup>9</sup>
4. Paridad: este un factor largamente estudiado pero no estrechamente relacionado con el cáncer cervical.
5. La exposición in útero al dietilestilbestrol ha mostrado incremento del riesgo del adenocarcinoma endocervical.

6. La infección con VIH. Se ha comprobado que las mujeres seropositivas al VIH, tienen altas tasas de tipos de VPH oncogénicos y el que el cáncer invasor se presentaba en el 2.5 % de las mujeres entre 20-49 años con SIDA en 15 países europeos.<sup>10</sup>
7. El tabaquismo por su poder inmunosupresor, y porque su asociación con la infección con el VPH se ha comprobado que aumenta el riesgo de padecer de cáncer cervical.<sup>11</sup>
8. Otros factores pueden actuar en la incidencia del cáncer cervical: el nivel de ingresos, las medidas de salud pública, el acceso y uso de los servicios de salud, el estado educacional, la percepción del riesgo a enfermar, la edad y la herencia han sido considerados por varios autores como de riesgo.

#### **4.5 Historia natural de la carcinogénesis cervical**

La historia natural de la enfermedad revela la presencia de un fenómeno dinámico de progresión, persistencia y regresión de lesiones intraepiteliales en las cuales el virus del papiloma humano juega un papel preponderante.<sup>12</sup> Después de producida la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en muchos casos se produce la regresión hacia la normalidad, es decir, la cura de la infección. En otros, cuando ya el genoma viral está integrado al de las células del epitelio escamoso cervical, entonces puede ocurrir la progresión hacia las lesiones intraepiteliales cervicales, y en los casos más severos a la invasión.

Las lesiones intraepiteliales antiguamente llamadas displasias, tienen un espectro de cambios dinámicos. Las mismas tienen una alta incidencia y una alta prevalencia, y mientras más efectivos son los programas de tamizaje, el número de las mismas deberá aumentar. Inclusive en las mujeres muy jóvenes se observan lesiones intraepiteliales cervicales y esto puede deberse a los cambios en los estilos de vida, en tanto que las relaciones sexuales comienzan en edades más tempranas y es común el cambio de pareja.<sup>13</sup>

Se han realizado varias clasificaciones de los resultados citológicos, desde la inicial de Papanicolaou que se concebía en grados de severidad: desde el grado I, que correspondía a la citología normal, hasta el grado V, pasando por la de Richart que aún se utiliza en Cuba, hasta llegar a la clasificación de las lesiones detectadas por la citología según la nomenclatura de Bethesda (cuadro 1)

**CUADRO 1**

<b>Sistema de Papanicolaou</b>	<b>Sistema de Richart</b>	<b>Sistema Bethesda</b>
Negativa (I)	Negativa	Negativa
II	Atipia escamosa reactiva o imposible de clasificar	ASCUS- ASCH
	Infección por VPH	
III	Neoplasia intraepitelial cervical Grado I (NIC I)	Lesiones intraepiteliales de bajo grado de malignidad
III	Neoplasia intraepitelial cervical Grado II (NIC II)	Lesiones intraepiteliales de alto grado de malignidad
III	Neoplasia intraepitelial cervical Grado III (NIC III)	
IV	Carcinoma in situ	
V	Cáncer escamoso invasor del cuello uterino	

La conversión desde un NIC I a un cáncer invasor es poco probable, pero la de un NIC III incrementa su riesgo relativo, lo que implica la presencia de lesiones previas en el cuello del útero antes de llegar al cáncer invasor por un lado, y por el otro que mientras más severas son las lesiones más probabilidad de tener un cáncer invasor del cuello uterino, si se dejan sin

tratar. Las neoplasias intraepiteliales cervicales son más comunes en las jóvenes, mientras el cáncer invasor ocurre en edades más altas.<sup>14</sup>

La persistencia de la infección viral está relacionada con la presencia de lesiones intraepiteliales y la progresión hacia la malignización y se ha comprobado que la carga viral incrementa el riesgo del carcinoma in situ. La infección con VPH se asocia con riesgo aumentado de displasias de alto grado, especialmente dentro del año de la infección según un estudio prospectivo de 3 años de duración en 1075 mujeres que eran citológicamente normales y VPH negativas al momento del comienzo del estudio. Cuarenta y cuatro por ciento de las mismas desarrolló la infección, y más comúnmente con el tipo 16, pero el 26 % tenía múltiples tipos de VPH. 28 mujeres progresaron a NIC de alto grado, y si la infección es persistente, específicamente con los tipos 16 y 18 hay riesgo aumentado de lesiones intraepiteliales escamosas.<sup>15</sup>

A finales de los años 60, y posteriormente en el 2001, en la reunión de Bethesda se brindaron nuevas consideraciones para la clasificación de la citología orgánica del cuello uterino, y así surge el concepto de alteraciones escamosas de significación dudosa (ASCUS).<sup>16</sup> y luego también el de alteraciones de células glandulares de significación dudosa (AGUS).<sup>17</sup>

#### **4.6 Diagnóstico: citología, colposcopia e histopatología**

##### **4.6.1 Diagnóstico Citológico**

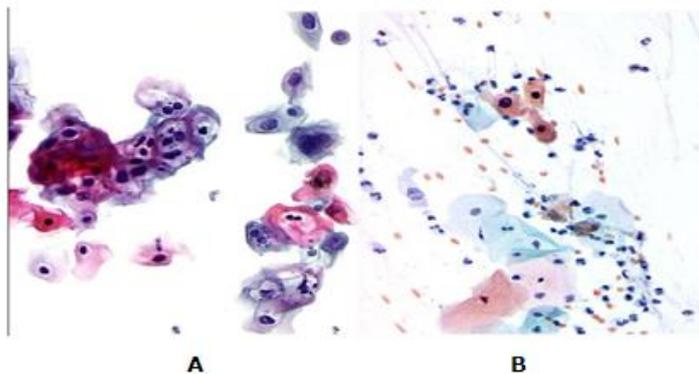
El diagnóstico citológico se basa en la técnica de Papanicolaou y Traut (1941) que tiene en cuenta las propiedades de las células de epitelio del cuello uterino, y las características nucleares y citoplasmáticas. Permite diagnosticar las lesiones inespecíficas, específicas infecciosas por Trichomonas, Chlamydias, Herpes Virus, VPH y otras, así como las restaurativas, y las neoplasias intraepiteliales cervicales en sus diferentes grados, descritos previamente.

Es bueno recordar que no es una prueba diagnóstica de certeza, y tiene por tanto falsos negativos y falsos positivos. La sensibilidad de esta prueba es

de 60 %, con variabilidad entre 29 -80 % en diferentes laboratorios del mundo y para diferentes edades.

El propósito y logro de esta prueba es detectar todas las lesiones intraepiteliales antes de que progresen a enfermedad invasora. Sin embargo, las mujeres esperan que tenga 100 % de sensibilidad, pero tiene limitaciones, y esto no es aún bien conocido por la población en su conjunto, incluida la población médica. Es cierto que ha permitido reducir la incidencia del cáncer invasor, pero no se espera que detecte todas las lesiones precursoras y no es apropiada para detectar neoplasias invasoras.

Un ejemplo del diagnóstico citológico se observa en la figura 6 A y B.



**Figura 6 A.** Frotis con infección por VPH y displasia moderada.

**B.** Frotis con displasia moderada sin signos de infección por el VPH. (Atlas de Citología de la IARC.)

Se han diseñado varios aditamentos para obtener mejores resultados con la prueba citológica: diferentes espátulas, citología en base líquida, se cambian las frecuencias de tamizaje. En fin, se han diseñado diversas estrategias para aumentar el rendimiento de esta prueba, sin lograrse un efecto total globalizador y se ha señalado que el tamizaje en mujeres de 20-24 años tiene poco o ningún impacto en las tasas de incidencia de cáncer invasor del cuello uterino, aunque se ven casos en mujeres jóvenes.

Los programas de tamizaje basados en la prueba citológica definen la cobertura, la edad de comienzo, la frecuencia de la toma de muestras, y la

edad en que se debe concluir el mismo, lo que tiene muchas variantes en diferentes partes del mundo. Existen barreras y limitaciones, y sus perspectivas futuras deben analizarse a la luz de los conocimientos actuales del diagnóstico de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino y de la utilización del tamizaje viral.<sup>18</sup>

El tamizaje con citología se realiza a toda mujer que haya realizado relaciones sexuales penetrantes. La cobertura es un aspecto relevante. Se conoce que la mayoría de las mujeres que padecen de cáncer invasor del cuello uterino, nunca se han pesquisado, o el mismo se hace no sistemáticamente.<sup>19</sup>

Entre las razones para que no se logre impacto por el programa se señalan, además, los errores de muestreo que incrementan la proporción de falsos negativos, la presencia de frotis no adecuados totalmente por la presencia de leucocitos, sangre, presencia de patógenos vaginales, el lugar de la toma de la muestra, las relaciones sexuales practicadas la noche anterior a la toma de la muestra, el uso de duchas vaginales, el uso de tabletas vaginales, que pueden entorpecer el diagnóstico o esconder células afectadas no bien visibles al microscopio óptico.

Los resultados han sido variables y se ha comprobado que en las mujeres vírgenes, o las que no tienen por largos períodos abstinencia sexual, como las monjas, la probabilidad de padecer el cáncer cervicouterino es mínima.

La edad de comienzo es variable según el programa en cuestión, para algunos es a partir de la primera relación sexual penetrante, o a partir de los 21 años como plantean las guías norteamericanas. Sin embargo, se ha demostrado que el comienzo del tamizaje por debajo de los 25 años, produce carga en el sistema de diagnóstico, en los recursos, y da poco resultados, en tanto que el cáncer cervical a estas edades es sumamente raro, aunque se detectan numerosas lesiones de bajo grado de malignidad, que como se sabe pueden regresar espontáneamente. En las mujeres jóvenes se ha visto un incremento del adenocarcinoma cervical. No hay que olvidar que desde la infección por el VPH hasta la aparición del cáncer cervical pueden pasar hasta 10-15-20 años. Es necesario tener en cuenta

los factores de riesgo para incrementar el tamizaje en las mujeres con alto riesgo de padecer de infección por VPH o de tener un cáncer cervical.

#### **4.6.2 Diagnóstico por colposcopia**

Desde los comienzos ha habido progresos en el diagnóstico colposcópico. La utilización del ácido acético al 5 % y visión bajo colposcopio (microscopio estereoscópico) y el índice de Reid permiten detectar lesiones que se han categorizado en negativas y positivas y no satisfactorias. Sirve también este procedimiento para corroborar de una inspección visual con ácido acético al 5 % (IVA). Es útil también cuando existen resultados citológicos no útiles repetidos, y para realizar biopsias dirigidas..

Entre los resultados anormales o positivos se citan la lesión aceto blanca que puede variar en intensidad y tiempo de tinción en dependencia de la cantidad de proteínas (generalmente anómalas) acumuladas en el epitelio, el punteado, el mosaico y la presencia de vasos atípicos, entre otras. Al momento de realizar la colposcopia es importante tener en cuenta la edad y si hay presencia o no de embarazo. Como la colposcopia tiene resultados variables en sensibilidad y especificidad, y por supuesto, este es un hecho a afrontar, la auditoría de las colposcopias es también obligatoria para lograr mejor rendimiento del programa de tamizaje de lesiones cervicales.

#### **4.7 Neoplasias intraepiteliales cervicales**

Las neoplasias intraepiteliales cervicales son las lesiones consideradas como la antesala del cáncer cervicouterino. El pronóstico de las neoplasias intraepiteliales cervicales es variable. Pueden regresar, persistir o progresar a estadios más severos. Así el carcinoma in situ puede persistir durante 3-10 años para luego hacerse invasor, pero en estudio de seguimiento en jóvenes se encontró que después de 36 meses, 62 % de las lesiones había regresado, mientras 31 % tenían displasia progresiva. En la cohorte de jóvenes con lesiones de alto grado se encontró regresión en 21.8 %, y a los 36 meses se encontró progresión a lesiones NIC 3 en el 31 % de las adolescentes.

Después del tratamiento mediante escisión quirúrgica, la presencia de márgenes afectados no aumenta la tasa de error del procedimiento quirúrgico empleado, pero cuando la lesión es consistente con infección por VPH la tasa de fallo es del 8 %.

En las mujeres mayores de 50 años, la persistencia o la recurrencia de las lesiones es mayor 3 veces, y en dependencia de las lesiones observadas, se realiza legrado endocervical o ponches de los cuatro cuadrantes del cuello uterino, lo que puede producir variaciones en el diagnóstico.

El tratamiento de las NIC se basa en la escisión de la lesión, mediante observación y seguimiento adecuado, especialmente para las lesiones de bajo grado. Si la lesión es de alto grado, entonces se usa la escisión o la ablación, o si hay preocupación de que la paciente se pierda del seguimiento.

La escisión se puede realizar por la conización, a través de cuchilla fría, asa diatérmica o aguja, o láser. Ninguna de las técnicas se ha encontrado que es superior a la otra, pero hay que tener algunas consideraciones relativas al procedimiento en la radiocirugía, como es el control del sangrado. La terapia ablativa requiere de una colposcopia satisfactoria, legrado endocervical negativo y ninguna sospecha de cáncer. Se realiza con láser, electrocauterio o crioterapia.

Se han empleado algunos medicamentos pero ninguno ha tenido evidencia consistente que sugiera efecto sobre la promoción de la regresión de las NIC. Entre ellos, destacan el interferón beta intramuscular, o intralesional, o en ambos, pero tiene muchos efectos adversos. Algunos han tenido algún efecto, pero la evidencia no es suficiente. Así se tiene a los retinoides que en 5 ensayos no parecen tener efecto alguno, betacarotenos orales durante 2 años o la vitamina C, no tienen efecto en mujeres con atipia menor o NIC 1, el ácido fólico, la difluorometilornitina por 28 días, la terapia fotodinámica con ácido 5 aminolevulínico entre otros. Hay que resaltar que muchas veces existe infección múltiple por el virus del papiloma humano y por tanto los tratamientos son incompletos.

Después de establecido el diagnóstico de la biopsia y que el resultado fue de cáncer, entonces, corresponde realizar los estudios para determinar el estadio clínico y utilizar la clasificación TNM de la IARC, para lo cual se necesita de varios estudios complementarios. Entre los que se incluyen los de imágenes.

La biopsia puede decir exactamente el grado de invasión y el estadio clínico permitirá establecer el pronóstico de estas pacientes. La supervivencia dependerá, entre otros factores, del grado y el volumen del tumor, su variedad histológica y diferenciación, la edad de las pacientes y el tratamiento utilizado.

### **Estadio del Cáncer Cervicouterino**

La **Fédération International Federation of Gynecology and Obstetrics** (FIGO) y el **American Joint Committee on Cancer (AJCC)** designaron la estadificación para definir el cáncer de cuello uterino. El sistema FIGO es el que se usa con mayor frecuencia.

#### **Estadio I**

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

**Estadio IA:** Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.

**Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.

**Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.

**Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión

macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.

**Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.

**Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

## **Estadio II**

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

**Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.

**Estadio IAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

## **Estadio III**

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

**Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.

**Estadio IIIB:** Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

## **Estadio IV**

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

**Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.

**Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes.

Mientras un carcinoma in situ puede resolver con tratamiento quirúrgico, el cáncer en estadio IA debe llevar una histerectomía total abdominal, y se ha propuesto además radiación intracavitaria, con un 100 % del control del

tumor. En el subgrupo IA1, con invasión de menos de 3 mm, sin toma linfática ni vascular, se recomienda la histerectomía total vaginal, pero si el pronóstico es peor, entonces histerectomía radical y linfadenectomía pélvica. En los estadios IB, IIA, IVA, se ha investigado la cirugía radical vs. la radioterapia. El tratamiento específico para cada estadio clínico no será objeto de este trabajo, ya que hay múltiples publicaciones que lo evalúan, y en todo caso se siguen las guías clínicas de cada país.

Más recientemente se está empleando el tratamiento con vacunas anti ADN viral, con resultados promisorios.

#### **4.8 Prevención de las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales y del cáncer del cuello uterino**

La prevención primaria del cáncer cervical estaría dada por la evitación de la infección con el VPH, mediante las vacunas profilácticas, el uso de barreras para evitar que el virus infecte el cuello uterino: el condón, por ejemplo.

Las vacunas:

- A corto plazo. Obtener un impacto apreciable en la disminución de resultados citológicos anómalos y de neoplasias intraepiteliales cervicales de bajo grado.
- A mediano plazo: Es la prevención de las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterino, de alto grado. También podrían prevenir las neoplasias de vulva y vagina, sobre todo, la tetravalente.
- A largo plazo: Prevención del cáncer invasor del cuello uterino.

La prevención secundaria estaría dada por el tamizaje mediante citología como se ha planteado anteriormente, o mediante el uso de la detección del tipo y de la persistencia viral. Se han diseñado varias pruebas que difieren en su sensibilidad, especificidad, valores predictores, y complejidad técnica. Entre ellas: inmunoperoxidasa, la hibridización in situ con fluoresceína (FISH), el southernblot, la reacción en cadena de polimerasa (PCR) y la prueba de captura híbrida que no solamente mida la carga viral sino que detecta y diferencia entre virus oncogénicos y no oncogénicos.

La inspección visual en la Atención Primaria de Salud (APS) con ácido acético al 3-5 % y solución yodo-yodurada de Lugol permite detectar lesiones ocultas, con buenos resultados en los países pobres y en vías de desarrollo, aunque también se ha probado en los países desarrollados, y que incrementan el rendimiento del tamizaje, al detectar las lesiones en las mujeres con citología negativa, y que deben ser luego comprobadas mediante colposcopia. La combinación de la prueba de detección de ADN viral y la inspección visual puede ser más costo-efectiva que el tamizaje basado solo en la citología, según se ha demostrado en mujeres surafricanas.<sup>20</sup>

#### **4.8.1 Carga social y económica del cáncer del cuello uterino**

Como se ha visto el cáncer cervical es un importante problema de salud, sobre todo en los países en desarrollo, donde en muchas mujeres se presentan en estadios avanzados de la enfermedad con bajas tasas de curación. Además de la citología, la prueba de inspección visual con ácido acético y en última instancia, la detección del ADN viral como una técnica de tamizaje son las pruebas más deseables. Sin embargo, las mujeres son reticentes a asistir a las consultas de referencia, ya por falta de conocimiento, o porque no es una prioridad para ellas. Es necesario conocer más sobre la percepción de las comunidades, y sobre la comprensión sobre el cáncer cervical.

El tratamiento del cáncer cervical en los países en desarrollo es altamente dependiente de los recursos y la experiencia disponibles, y son muy caros ambos, lo que produce una carga adicional, no solamente a las mujeres si no a los estados que tratan de solucionar el problema con programas sociales de atención. La prevención siempre será más barata que el tratamiento de un solo caso de cáncer. Es importante señalar que además de la carga económica y social que presuponen los costos de los programas y de los tratamientos, existe también una carga psicológica que no debe obviarse.

Comunicarle a una mujer que el resultado de su prueba citológica es normal, no la excluye de tener alguna lesión cervical, dada la presencia de falsos negativos. También decirle que su prueba es anormal, no la exime de que al examen colposcópico y la biopsia definitiva, no tenga nada más que una lesión inflamatoria, por lo tanto, en ambos casos se transmite inicialmente, en algunos casos falsa seguridad de normalidad, y en otros la ansiedad de tener algún "problema" que repercute en la psiquis de la mujer, en dependencia de su grado educacional, y de la percepción del riesgo que tenga.

Decirle a una mujer que es portadora del virus del papiloma humano y que puede desarrollar un cáncer, produce también una carga de ansiedad y stress, así como problemas familiares, en tanto, los medios masivos han desvirtuado la exactitud de la información, y todo ello puede repercutir en la familia.<sup>21</sup>

#### **4.9 CITOLOGIA INFLAMATORIA**

Varios estudios indican que la citología inflamatoria puede estar asociada a procesos inespecíficos del cérvix, o secundarios a infecciones del tracto genital inferior, por *C. trachomatis*, *Candida Albicans*, *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana, virus Herpes simplex o a la presencia del dispositivo intrauterino. La citología inflamatoria también puede estar relacionada a la presencia del VPH, donde la respuesta inmune en el huésped promueve el reclutamiento de células inflamatorias. Se ha descrito que la infección por VPH puede afectar cerca del 10 % de las mujeres sin alteraciones en la citología. Sin embargo, la utilidad de la citología inflamatoria como predictor de lesión premaligna para CCU, ha sido rechazada por algunos autores otros consideran que la citología inflamatoria persistente debe ir acompañada de colposcopia, debido a que se encuentran anomalías en la biopsia desde un 20 % hasta un 70 %.<sup>22</sup>

## **4.10 INFECCIONES VAGINALES** <sup>23</sup>

### **4.10.1 Definición**

Vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal. Dicha inflamación es causada principalmente por la alteración del equilibrio de la flora vaginal habitual que está presente en la vagina y cuya función es la de regular el pH vaginal y con ello la presencia de bacterias y otros microorganismos en el epitelio vaginal.

### **4.10.2 Etiología**

La etiología más frecuente de este tipo de inflamación es la infecciosa y los síntomas más frecuentes el aumento de la secreción o flujo vaginal (leucorrea) y el prurito genital. Seguida de vaginitis hormonal, irritante y por cuerpo extraño.

### **4.10.3 Clasificación y diagnóstico**

#### **• Infeccioso**

Vaginosis bacteriana Vaginitis por Trichomonas Vaginitis candidiasica.pH vaginal 4.5 5-7

Características de secreción vaginal: Homogéneo, blanco-grisáceo, cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales. Adherente con olor a pescado. Espumoso, verde-amarillento, maloliente y copioso. Blanco como requesón, sin ningún olor.

Síntomas. Flujo vaginal aumentado y fétido. Flujo vaginal verde amarillento, con irritación vulvar, disuria, poliaquiuria y mal olor Prurito e irritación vaginal, disuria.

Examen físico. No hay edema ni irritación. Eritema o edema de la vulva y vagina. El cérvix eritematoso y friable. Eritema de paredes de la vulva y vagina, algunas veces placas adherentes.

Frotis en fresco Células clave, sin leucocitos Trichomonas, leucocitos Hifas y esporas, leucocitos.

- **Hormonal.**

La vaginitis hormonal incluye la vaginitis atrófica usualmente encontrada en las mujeres postmenopáusicas, postparto o tratamientos hormonales con progestágenos en forma prolongada.

- **Irritación/alergia.**

La vaginitis irritante puede ser causada por alergias a los condones, espermicidas, jabones, perfumes íntimos, duchas vaginales, lubricantes, semen y otros. Este tipo también puede ser causado por bañeras calientes, abrasión, tejidos, tampones o medicamentos.

- **Cuerpos extraños.**

La vaginitis por cuerpos extraños: Los cuerpos extraños (más comúnmente tampones o condones retenidos) causan descargas vaginales de mal olor. El tratamiento consiste en la remoción. Los tratamientos adicionales no son requeridos.

- **Vaginitis en las niñas.**

Las infecciones vaginales tienen diferentes causas y pueden ser frecuentes según la edad.

En condiciones normales todas las niñas tienen flujo vaginal normal que mantendrán la vagina húmeda y lubricada, esta es clara, transparente y sin olor.

- La recién nacida produce un flujo más espeso por las hormonas de la madre.

- Infecciones específicas: o infecciones parasitarias intestinales: oxiuros causan picor e irritación vulvar. o Flora respiratoria y entérica que pueden pasar de la nariz y orofaringe al área vulvar por contaminación, igual que la entérica por mal aseo vulvar. o La colonización por Cándida en niñas con tratamiento con antibióticos o Los cuerpos extraños, las niñas pueden colocarse toda clase de objetos pequeños dentro de la vagina produciendo una secreción purulenta o sanguinolenta. o Irritantes: jabones o Siempre se debe investigar la posibilidad de abuso sexual.

#### **4.10.4 Diagnóstico de laboratorio.**

- Examen directo de la secreción en solución salina
- Examen con solución de hidróxido de potasio
- Tinción de Gram de secreción endocervical
- Cultivo y antibiograma de secreción vaginal.
- Citología.

#### **4.10.5 Diagnóstico diferencial.**

- Cáncer cervical.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Hiperestimulación estrogénica por anticonceptivos orales u hormonoterapia de reemplazo.
- Presencia de exceso de moco cervical.
- Ovulación.

#### **4.10.6 Tratamiento**

##### **- Vaginosis bacteriana**

- Metronidazole v.o. 2 gramos dosis única
- Metronidazole 500 mg v.o. dos veces al día por 7 días (puede usarse en embarazadas en 2do y 3er trimestre).
- Gel de metronidazole al 0.75% 5gm intravaginal al día por 7 días ( no recomendado durante el embarazo)
- Crema de clindamicina al 2% 5gm intravaginal al día por 7 días.
- Clindamicina 300 mg v.o. dos veces al día por 7 días.

##### **- Vaginitis por Trichomonas**

- Metronidazole 2 gramos dosis única o
- Metronidazole 500 mg v.o. dos veces al día por 7 días

- **Vaginitis candidiásica**

Tratamiento intravaginal:

- Crema de clotrimazol al 1% 1 aplicador (5 gm) al día por 7 días.
- Clotrimazol tableta vaginal 100 mg por 7 días.

Tratamiento oral:

- Fluconazol 150 mg v.o. dosis única.
- Itraconazol 100 mg cada 12 horas por 3 días.

El tratamiento al compañero masculino no suele ser necesario, a menos que tenga síntomas de balanitis, Candidiasis vulvovaginal complicada ( 4 o más episodios en un año, diabetes descompensada, infección por Cándida no albicans, infección VIH o tratamiento con cortico esteroides), Fluconazole 150 mg, 2 dosis con tres días de separación.

## **4.11 DEFINICIÓN OPERACIONAL**

### **1- Edad:**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

- 15-21 años
- 22-28 años
- 29-35 años
- 36-42 años
- 43-49 años

### **2- Estado civil**

Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.

Para efectos de este trabajo se establecieron los siguientes tipos:

- Soltera
- Casada
- Acompañada
- Viuda

### **3- Soltera**

Es el estado civil, con reconocimiento legal, en la que se encuentra aquella persona que no ha contraído matrimonio.

### **4- Casada**

Es el estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.

### **5- Acompañada:**

Es la unión de dos personas, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal.

## **6- Viuda**

Es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento

## **7- Nivel de escolaridad:** grado académico de mayor nivel alcanzado.

Se establecerán según el grado de escolaridad alcanzado:

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Técnico o estudio superior

**8- Primaria:** si ha cursado de 1º a 6º grado.

**9- Secundaria:** si ha cursado de 7º a 9º grado.

**10-Bachillerato:** si ha cursado dos años de bachillerato general o tres años de bachillerato técnico.

## **11-Técnico o estudio superior:**

Si ha cursado 3 años de técnico o ha completado alguna carrera universitaria.

**12-Región geográfica:** zona urbana o zona rural.

## **13-Urbana**

Pertenece o relativo a la ciudad.

## **14-Rural**

Pertenece a áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades

**15-Situación Laboral:** Condición de una persona según cuente con empleo.

## **16-Desempleada**

Persona que no cuenta con trabajo

### **17-Empleada**

Persona que cuenta con trabajo y remuneración.

### **18-Ingreso económico Familiar**

Es el total de ingresos mensuales de los miembros de un hogar. Según rangos de Ingreso Económico familiar

- Menos de \$100 mensuales
- \$100 – 200 mensuales
- \$ 200-300 mensuales
- Más de \$300 mensuales

Según la encuesta de Hogares de propósitos múltiples realizada por Dirección General de Estadísticas y Censos, DIGESTYC 2013 en **pobreza extrema** se ubican aquellos hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo de la Canasta Básica Alimentaria CBA ; en **pobreza relativa** los hogares que con sus ingreso per cápita no alcanzan el costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA). Para el 2012 el costo de la CBA en área Urbana para un hogar de 3.65 miembros es de \$170.9 y de la CBA ampliada \$341.9, en Área Rural el costo de la CBA para un hogar promedio de 4.20 miembros es de \$131.4 y de la CBA es de \$262.8. <sup>24</sup>

### **19-Inicio relaciones Sexuales**

Edad a la cual realiza su primera relación sexual. Se establecerán rangos según edad de inicio de relaciones sexuales:

- Menos de 15 años
- 15- 20 años
- 20 a 30 años
- Más de 30 años

**20-No. Parejas Sexuales**

Número de personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales. Según número de parejas Sexuales:

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

**21-Paridad**

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

**22-Nulípara** la mujer que no tiene hijos.

**23-Primipara** cuando tiene 1 hijo.

**24-Multipara** cuando tiene dos hijos o más.

**25-Uso de Anticonceptivos**

Uso de métodos de barrera (preservativo) según el uso de Anticonceptivos:

- Si, utiliza
- No, Utiliza

**26-Resultado Citológico:**

Tipo de Lesión diagnosticada en el Reporte de Citología Cervicovaginal.

Según resultado en el Reporte Citológico:

- Negativo para Lesión
- Intraepitelial o malignidad
- Cambios celulares reactivos asociados a inflamación
- Atrofia
- Positivo a Microorganismos

- LEI de bajo grado
- LEI de alto grado
- Con hallazgos sospechosos de invasión
- Carcinoma de Células escamosas

### **27-Tratamiento**

Conjunto de acciones cuya finalidad es la curación de las enfermedades o síntomas

### **28-Referencia**

Remitir a paciente a un establecimiento superior de atención de salud.

## **CAPITULO V**

### **HIPOTESIS**

El resultado más frecuentemente detectado a través de la citología Cervicovaginal en las Pacientes femeninas en edad fértil de 15-49 años que consultan las Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos es Negativa para lesión intraepitelial o Malignidad.

## **CAPITULO VI**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **Tipo de investigación**

Descriptivo, Observacional, transversal.

#### **Período de Observación**

Primer Semestre 2014

#### **Periodo de Recoleccion de Información**

Julio 2014.

#### **Universo:**

Mujeres en edad fértil, pacientes de 15 a 49 años, a las que se les realizó citología en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en el primer semestre de 2014.

(750 pacientes)

#### **Muestra:**

Total de pacientes en edad fértil de 15 a 49 años, que asistan a consultar por resultado de citología durante Julio 2014.

La muestra es de tipo no probabilística , se seleccionó a conveniencia de los investigadores; escogiendo el 20% de la población total. (150 pacientes), utilizando los criterios siguientes:

#### **Criterios de Inclusión**

- I. Mujeres en Edad Fértil 15-49 años que consultan en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos con Muestras Satisfactorias para evaluación
- II. Citologías tomadas durante enero-junio del 2014
- III. Pacientes que consulten por resultado de Citología durante Julio 2014

### **Criterios de Exclusión**

- I. Pacientes con Edad mayor de 49 años
- II. Citologías insatisfactorias para evaluación
- III. Citologías Tomadas en diferente periodo al comprendido dentro del estudio
- IV. Ausencia o pérdida de reporte citologico

### **Método:**

Durante la consulta médica, se les explicó a las pacientes, sobre el desarrollo de la investigación, el método a utilizar y el propósito de la misma, se solicitará la firma del consentimiento informado, donde queda claro el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada. Posteriormente se inició con la entrevista, se realizó una encuesta a las pacientes que consultaron durante el mes de Julio 2014, por su resultado de Citología, realizada en el primer semestre del presente año, la encuesta fue elaborada por los investigadores, consta de 14 items.

### **Fuente y Técnica de Obtención de Información**

#### **Fuentes:**

Expedientes clínicos- Reporte de citología

#### **Técnica:**

Encuesta

### **Herramienta obtención de información**

1. Hoja de Reporte citológico
2. Cuestionario previamente elaborado con los datos que nos permitieron analizar las variables específicas requeridas para la investigación.

## **Procesamiento y Análisis de Datos**

Se realizó mediante la revisión y extracción de la información encontrada en cada reporte citológico y los datos obtenidos a través de una encuesta durante la entrevista clínica de las pacientes que consultaron durante el período de estudio, Se tabuló la información en tablas frecuenciales, se realizaron sus respectivos gráficos junto con la interpretación de los mismos,

## **Consideraciones Éticas**

Los resultados del presente estudio podrán ser utilizados como fuente de referencia para futuras investigaciones acerca de los Diagnósticos Citológicos más frecuentes en pacientes en edad fértil, en ningún momento se revelarán datos personales de las personas encuestadas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
<p>1. Establecer los factores sociodemograficos y epidemiologicos de las mujeres, pacientes de 15 a 49 años, que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periferica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en Julio 2014</p>	-Edad	<p><u>Edad</u>:Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Para efectos de este trabajo se estableceran rangos de 7 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-21 años</li> <li>• 22-28 años</li> <li>• 29-35 años</li> <li>• 36-42 años</li> <li>• 43-49 años</li> </ul>	<p>Número de Mujeres pacientes de 15 a 49 años distribuidos en rangos de 7 años / Número Total de pacientes de 15 a 49 años x100</p>	<p>Numérico totales y según categorías</p>
	-Estado Civil	<p><u>Estado civil</u> es la situación</p>	<p>Número de Mujeres pacientes de 15-49 años según estado civil/Número total de mujeres pacientes de 15-49 añosx100</p>	<p>Numérico totales y</p>

		<p>de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.</p> <p>Para efectos de este trabajo se establecieron los siguientes tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soltera</li><li>• Casada</li><li>• Acompañada</li><li>• Viuda</li></ul> <p>Soltera: es el estado civil, con reconocimiento legal, en la que se encuentra aquella persona que no ha contraído matrimonio.</p>		según categorías
--	--	--	--	------------------

		<p>Casada: es el estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.</p> <p>Acompañada: es la unión de dos personas, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal.</p> <p>Viuda es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento</p>		
--	--	--	--	--

	<p>-Nivel de Escolaridad</p>	<p><u>Nivel de Escolaridad:</u> Grado academico de mayor nivel alcanzado.  Se establecerán según el grado de escolaridad alcanzado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Técnico o estudio superior</li> </ul> <p>Primaria: Si ha cursado de 1º a 6º grado.</p> <p>Secundaria: Si ha cursado de 7º a 9º grado.</p>	<p>Número de Mujeres pacientes de 15-49 años según grado de escolaridad alcanzado /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100</p>	<p>Numérico totales y según categorías</p>
--	------------------------------	---	---	--

		<p><b>Bachillerato:</b> Si ha cursado dos años de bachillerato general o tres años de bachillerato técnico.</p> <p><b>Técnico o estudio superior:</b> Si ha cursado 3 años de Técnico o ha completado alguna carrera universitaria.</p>		
	-Origen demográfico	<p><u>Región geográfica:</u> Zona urbana o zona rural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana perteneciente o relativo a la ciudad</li> <li>• Rural</li> </ul>	Número de Mujeres pacientes de 15-49 años según distribución por zona Geográfica /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100	Numérico totales y según categorías

		<p>Pertenciente a áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades</p> <p><u>Situación Laboral:</u> Condición de una persona según cuente con empleo. Según tipo de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempleada Persona que no cuenta con trabajo</li> <li>• Empleada Persona que cuenta con trabajo y remuneración.</li> </ul>	<p>Número de Mujeres pacientes de 15-49 años según cuente con empleo /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100</p>	<p>Numérico totales y según categorías</p>
--	--	--	--	--

	-Ingreso económico Familiar	<u>-Ingreso económico Familiar:</u> es el total de ingresos mensuales de los miembros de un hogar. según rangos de Ingreso Económico familiar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de \$100 mensuales</li> <li>• \$100 – 200 mensuales</li> <li>• \$ 200-300 mensuales</li> <li>• Más de \$300 mensuales</li> </ul>	Número de Mujeres pacientes de 15-49 años distribuidos en rangos según ingreso económico familiar /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100	Numérico totales y según categorías
	-Inicio Relaciones	<u>Inicio relaciones Sexuales:</u>	Número de Mujeres pacientes de 15-49 años distribuidos en	Numérico totales y



	-Paridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• 4 o más</li> </ul> <p><u>Paridad:</u> clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación, según paridad:</p> <p>Nulípara la mujer que no tiene hijos.</p> <p>Primipara cuando tiene 1 hijo.</p>	Número de Mujeres pacientes de 15-49 años distribuidos por paridad /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100	Numérico totales y según categorías
--	----------	---	--	-------------------------------------

	-Uso de Anticonceptivos	Multipara cuando tiene dos hijos o más. <u>Uso de Anticonceptivos:</u> Uso de métodos de barrera (preservativo) según el uso de Anticonceptivos: -Si, utiliza -No, Utiliza	Número de Mujeres pacientes de 15-49 años clasificadas por Uso de anticonceptivo /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100	Numérico totales y según categorías
2. Identificar el Resultado Citológico másfrecuentemente diagnosticado en las mujeres pacientes de 15 a 49 años, que consultaron por Respuesta de citologia, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periferica de Zacatecoluca y Planes de	- Resultado Citológico	<u>Resultado Citológico:</u> Tipo de Lesión diagnosticada en el Reporte de Citología Cervicovaginal. según resultado en el Reporte Citológico: •Negativo para Lesión Intraepitelial o malignidad	Número de Mujeres pacientes de 15-49 años clasificadas por resultado citológico reportado /Número total de mujeres pacientes de 15-49 años x100	Numérico totales y según categorías

<p>Renderos en Julio 2014, y clasificar a las pacientes según esos resultados.</p> <p>3. Clasificar a las mujeres pacientes de 15 a 49 años, según aquellas en las que se detecta algún tipo de lesión escamosa de las que presentan cambios inflamatorios o infecciones por microorganismos que consultaron por Respuesta de citología en las unidades comunitarias de salud familiar periférica de zacatecoluca y planes de renderos en julio de 2014.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cambios celulares reactivos asociados a inflamación</li> <li>•Atrofia</li> <li>•Positivo a Microorganismos</li> <li>•LEI de bajo grado</li> <li>•LEI de alto grado</li> <li>•Con hallazgos sospechosos de invasión</li> <li>• Carcinoma de Células escamosas</li> </ul>		
--	--	---	--	--

<p>4. Identificar el manejo médico llevado a cabo al detectarse un resultado de Citología cervicovaginal anormal en las pacientes en edad fértil de 15 a 49 años que consultaron a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periferica de Zacatecoluca y Planes de Renderos en Julio 2014.</p>	<p>-Tratamiento  -Referencia</p>	<p><u>-Tratamiento:</u> conjunto de acciones cuya finalidad es la curación de las enfermedades o síntomas  <u>-Referencia:</u> Remitir a paciente a un establecimiento superior de atención de salud.</p>	<p>Número de Mujeres pacientes de 15-49 años clasificadas por manejo médico recibido/Número total de mujeres  pacientes de 15-49 años x100</p>	<p>Numérico totales y según categorías</p>
---	--	---	--	--

## CAPITULO VII RESULTADOS

**Tabla No. 1 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según edad.**

1. Edad de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
15-21 años	26	26	13	26	39	26
22-28 años	23	23	12	24	35	23.33
29- 35 años	18	18	10	20	28	18.66
36-42 años	18	18	9	18	27	18
43-49 años	15	15	6	12	21	14
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

El mayor porcentaje de las pacientes estudiadas se encuentra entre los 15 y los 28 años de edad (49.33%) (Tabla No.1)

**Tabla No. 2 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según Estado civil.**

2. Estado Civil de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Soltera	30	30	7	14	37	24.66
Casada	18	18	15	30	33	22
Acompañada	48	48	23	46	71	47.33
Viuda	4	4	5	10	9	6
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

La mayoría de las pacientes estudiadas corresponde a mujeres en estado civil acompañada (47.33%), seguidas por las pacientes solteras (24.66%) (Tabla No.2)

**Tabla No. 3 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según Nivel Escolaridad.**

3. Nivel de Escolaridad de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Ninguna	3	3	6	12	9	6
Primaria	31	31	17	34	48	32
Secundaria	39	39	16	32	55	36.66
Bachillerato	19	19	8	16	27	18
Técnica o superior	8	8	3	6	11	7.33
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Las pacientes con un nivel de escolaridad de primaria y secundaria constituyen la mayoría de las población estudiada en un 68. 66%. (Tabla No.3)

**Tabla No. 4 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según procedencia.**

4. Área demográfica de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Urbana	38	38	24	48	62	41.33
Rural	62	62	26	52	88	58.66
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Del total de pacientes estudiadas según área demográfica un 58.66 % corresponden a pacientes del área rural, mientras que un 41.33% pertenecen al área urbana. (Tabla No. 4)

**Tabla No. 5 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según situación laboral.**

5. Situación laboral de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Desempleada	63	63	36	72	99	66
Empleada	37	37	14	28	51	34
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Según la situación laboral de las pacientes estudiadas encontramos que el 66% de las pacientes se encuentran desempleadas, mientras que el 34% se encuentran empleadas. (Tabla No. 5)

**Tabla No. 6 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según ingreso familiar mensual.**

6. Ingreso Familiar Mensual de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Menos de \$100 mensuales	10	10	12	24	22	14.66
\$100- 200 mensuales	40	40	8	16	48	32
\$200-300 mensuales	33	33	22	44	55	36.66
Más de \$300 mensuales	17	17	8	16	25	16.66
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Referente al Ingreso familiar Mensual de las pacientes estudiadas encontramos que el mayor porcentaje percibe menos de 300 dólares mensuales. (Tabla No.6)

**Tabla No. 7 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según edad de inicio de relaciones sexuales.**

7. Edad de Inicio de Relaciones Sexuales de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Menos de 15 años	13	13	15	30	28	18.66
15 a 20 años	58	58	20	40	78	52
21 a 30 años	27	27	8	16	35	23.33
Más de 30 años	2	2	7	14	9	6
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

En cuanto a la edad del inicio de relaciones sexuales el mayor porcentaje se encuentra en la edad de 15 a 22 años (52%), seguido por las edades de 21 a 30 años (23.33%). (Tabla No.7)

**Tabla No. 8 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según su número de parejas sexuales.**

8. Número de Parejas Sexuales en la vida, de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
1	10	10	10	20	20	13.33
2	23	23	13	26	36	24
3	27	27	20	40	47	31.33
4 o más	40	40	7	14	47	31.33
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Referente al número de parejas sexuales el mayor porcentaje corresponde a las pacientes que han tenido 3 o más parejas (62.66%) (Tabla No.8)

**Tabla No. 9 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según paridad.**

9. Paridad de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Nulipara (Ningún Hijo)	7	7	5	10	12	8
Primipara (1 Hijo)	30	30	12	24	42	28
Multipara (2 hijos o más)	63	63	33	66	96	64
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Según la paridad de las pacientes en estudio el mayor porcentaje corresponde a pacientes multíparas (64%). (Tabla No. 9)

**Tabla No. 10 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según utilización de método familiar.**

10. ¿Utiliza método anticonceptivo de barrera?						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total	%
Si	13	13	15	30	28	18.66
No	87	87	35	70	122	81.33
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos de barrera en las pacientes en estudio el mayor porcentaje de las pacientes No utiliza Método anticonceptivo (81.33%) (Tabla No. 10)

**Tabla No. 11 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según tipo de lesión diagnosticada en citología.**

11. Tipo de Lesión diagnosticada en Citología						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Negativo para Lesión intraepitelial o malignidad	70	70	18	36	88	58.6
Cambios celulares reactivos asociados a inflamación	7	7	10	20	17	11.33
Atrofia	1	1	2	4	3	2
LEI de bajo grado	5	5	6	12	11	7.33
LEI de alto grado	3	3	0	0	3	2
Con hallazgos sospechosos de invasión	1	1	0	0	1	0.66
Carcinoma de Células escamosas	0	0	0	0	0	0
Positivo a Microorganismos	13	13	14	34	27	18
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Al evaluar el tipo de lesión reportada en las pacientes, el mayor porcentaje corresponde al diagnóstico Negativo Para Lesión Intraepitelial o Malignidad (58.6%)(Tabla No. 11)

**Tabla No. 12 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según tipo de microorganismo encontrado en reporte citológico.**

12. Tipo de microorganismo encontrado en Reporte Citológico						
Microorganismo	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
TricomonasVaginalis	4	30.76	4	28.57	8	29.62
Candida sp.	5	38.4	2	14.28	7	25.92
Cambios celulares consistentes con Virus del Herpes Simplex	1	7.6	0	0	1	3.70
Cambio en la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana	3	23.07	8	57.14	11	40.74
TOTAL	13	100	14	100	27	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

En cuanto al tipo de microorganismo encontrado en el reporte citológico se observó que el mayor porcentaje corresponde a cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana (40.74%) seguido por la citología positiva a Tricomonas vaginalis (29.62%) (Tabla No.12)

**Tabla No. 13 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según Manejo médico llevado a cabo según resultado de citología.**

13. Manejo Médico llevado a cabo según resultado de Citología						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Tratamiento	21	70	26	81.25	47	75.80
Referencia	9	30	6	18.75	15	24.20
TOTAL	30	100	32	100	62	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Según el manejo médico brindado a las pacientes en estudio del total de citologías anormales el 75.8% de las pacientes recibieron tratamiento, mientras que el 24.2% de las pacientes fueron referidas a un nivel superior de atención. (Tabla No. 13)

**Tabla No. 14 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según evaluación del manejo ofrecido por el médico.**

14. ¿El manejo ofrecido por el médico fue el mínimo descrito de acuerdo a la Norma del MINSAL?						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
SI	100	100	50	100	150	100
NO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

Al valorar el manejo medico brindado a las pacientes en estudio, se encontró que el 100% de los manejos fueron el mínimo descrito según la Norma del Ministerio de Salud. (TABLA No. 14)

## **CAPITULO VIII**

### **DISCUSIÓN**

- Estudios han demostrado que factores sociodemográficos como el bajo nivel educativo, áreas geográficas de difícil acceso a servicios de salud, bajos recursos económicos, están relacionados a la presencia de lesiones premalignas y cáncer Cervicouterino, en este estudio la mayoría de las pacientes fueron jóvenes entre los 21 y 28 años, en unión inestable, acompañadas o solteras, han cursado nivel académico básico, viven en el área rural y se encuentran actualmente desempleadas, en situación de pobreza extrema y relativa (según indicadores DYGESTIC 2013)<sup>24</sup>, por lo que ésta población se encuentra en alto riesgo de presentar resultados citológicos anormales.
  
- El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, la promiscuidad sexual aunado a la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera ha demostrado una mayor frecuencia de Infección por el Virus del Papiloma Humano, siendo éste el principal precursor de Lesiones premalignas y Cáncer Cervicouterino, los resultados muestran que la mayoría de pacientes iniciaron tempranamente su actividad sexual, han tenido múltiples parejas sexuales, son pacientes multiparas, y con una muy baja frecuencia del uso de preservativos, observando que la población presenta múltiples factores de riesgo de presentar patología cervicovaginal.
  
- Según el manejo indicado por las normas del Ministerio de Salud, los resultados de citologías positivas a Lesiones premalignas y Cáncer deben ser referidas para continuar el estudio por medio de colposcopia en un nivel superior de atención (2º nivel); observamos que la totalidad de las pacientes que presentaron citologías con dichos diagnósticos (10%) fueron referidas para continuar estudio; así

mismo la totalidad de los resultados citológicos positivos a microorganismos(18%) se les brindó tratamiento según norma.

- En los datos obtenidos en la investigación, no se obtuvo ningún reporte citológico con diagnóstico de Cáncer cervicouterino, a pesar de que las pacientes poseen muchos factores de riesgo de presentarlo, debido a las limitaciones en cuanto al tiempo y población estudiada, se debería llevar a cabo una investigación con una muestra más amplia y que no se realice en un corto período de tiempo.

## **CAPITULO IX**

### **CONCLUSIONES**

- La Mayoría de las pacientes estudiadas fueron jóvenes entre los 21 y 28 años, en unión inestable, acompañadas o solteras, han cursado nivel básico, más de la mitad corresponde al área rural y se encuentran actualmente desempleadas, más de la mitad se encuentra en situación de pobreza extrema y relativa (según indicadores DYGESTIC 2013) <sup>24</sup>
- Más de la mitad de las pacientes en estudio iniciaron tempranamente su actividad sexual entre 15 y 20 años de edad; la mayoría de las pacientes han tenido múltiples parejas sexuales entre 3 y 4 o más parejas sexuales; más de la mitad corresponde a pacientes multiparas, más de dos tercios de la población no utiliza método anticonceptivo de barrera.
- Se encontró que el resultado Citológico más frecuente fue Negativo a Lesión intraepitelial y malignidad, lo que confirma la hipótesis de estudio.
- En más de la mitad de pacientes se reportó como diagnóstico Negativa a Lesión intraepitelial y malignidad, el porcentaje restante corresponde a Citologías positivas a microorganismos, seguida por positiva a cambios celulares asociados a inflamación; y la minoría de resultados fueron positivos a Lesiones Premalignas y Atrofia.
- En la mayor parte de la población el microorganismo más frecuentemente encontrado fue Vaginosis Bacteriana (*Gardnerella vaginalis*), seguido por las positivas a *Tricomonas Vaginalis*; *Candida sp* y positiva a Herpex Simple en la minoría de casos.

- En las pacientes con Resultado Citológico anormal tres cuartas partes recibieron tratamiento, mientras que una cuarta parte fue referido a un nivel superior de Atención. Encontrando que en la totalidad de los casos tuvieron un manejo médico adecuado basado en las Normas del Ministerio de Salud.

## **CAPITULO X**

### **RECOMENDACIONES**

- Los médicos investigadores deben promover la presentación de los resultados del presente trabajo de investigación a los Directores de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, a quienes se les recomienda que convoquen una reunión con el personal de salud médico y paramédico para comunicar esta información.
  
- Motivar a las jefaturas de enfermería a capacitar a los promotores de salud para que ellos puedan a través de actividades extramurales informar a las mujeres de la comunidad sobre la importancia de la toma de citología anual a partir del inicio de la actividad sexual.
  
- Al personal de enfermería se sugiere incentivar por medio de charlas informativas semanales y murales educativos, la toma rutinaria de citología cervicovaginal en todas mujeres en edad fértil que ya iniciaron su vida sexual y que consultan en las Unidades de Salud.
  
- Motivar a los directores de las Unidades Comunitarias De Salud involucradas para que presenten un proyecto en educación sexual con apoyo de la municipalidad y escuelas, para disminuir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y retrasar el inicio temprano de relaciones sexuales a fin de prevenir el cáncer de cervicouterino.

## **CAPÍTULO XI**

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Sparén P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. BMJ. [Internet]. 2007 Nov 24 [Citado 14 de mayo de 2011]; 335(7629): [Aprox. 1p.].  
Disponible en: <http://www.bmj.com/content/335/7629/1077.full>
  
2. Tafurt-Cardona, Yaliana ; Acosta-Astaiza Claudia P. y Sierra-Torres Carlos H. “Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia.” [Internet] [Citado el 23 de febrero de 2012]; 14 (1): 53-66, 2012  
Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a05>
  
3. Böhmer G, van den Brule AJ, Brummer O, Meijer CL, Petry KU. No confirmed case of human papillomavirus DNA-negative cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or invasive primary cancer of the uterine cervix among 511 patients. Am J ObstetGynecol. [Internet]. 2003 Jul [Citado 26 de febrero de 2009]; 189(1): [Aprox. 2p.].  
Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15015367>
  
4. WHO/ICO. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Cuba; 2007. [citado 4 de junio de 2008].  
Disponible en: <http://who.int/hpvcentre>
  
5. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. JAMA. [Internet]. 2007 [Citado 26 de febrero de 2009]; 297(8): [Aprox. 6p.].  
Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/297/8/813.full>

6. Berlin Grace VM. HPV type 18 is more oncopotent than HPV 16 in uterine cervical carcinogenesis although HPV16 is the prevalent type in Chennai, India. Indian Journal of Cancer. [Internet]. 2009 July\_September [Citado 26 de octubre de 2009]; 46 (3): [Aprox. 4p.].

Disponible en: <http://www.indiancancer.com/article.asp?issn=0019-509X;year=2009;volume=46;issue=3;spage=203;epage=207;aulast=Berlin>

6. Kramer A, Schwebke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. BMC Infect Dis. [Internet]. 2006 Aug 16 [Citado 26 de febrero de 2009]; 6: [Aprox. 1p.].

Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130>

7. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines and Preventable Diseases: HPV vaccine question and answers.

Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/vac-faqs.htm> [citado en enero de 2007]

8. Chin Hong PV. Cutting Human Papillomavirus infection in men. J Infect Dis. [Internet]. 2008 [Citado 20 de agosto de 2011]; 197(6): [Aprox. 2p.].

Disponible en: <http://jid.oxfordjournals.org/content/197/6/781.short>

9. Stewart J 3rd, Bevens-Wilkins K, Ye C, Kurtycz DF. Clear-cells of cervical adenocarcinoma in a 19-year-old woman. Diagn Cytopathol. [Internet]. 2006 Dec [Citado 23 de mayo de 2009]; 34(12): [Aprox. 3p.].

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183758>

10. Serraino D, Dal Maso L, La Vecchia C, Franceschi S. Invasive cervical cancer as an AIDS-defining illness in Europe. AIDS. [Internet]. 2002 Mar 29 [Citado 23 de mayo de 2009]; 16(5): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964535>

11. Collins S, Rollason TP, Young LS, Woodman CBJ. Cigarette smoking is an independent risk factor for cervical intraepithelial neoplasia in young women: a longitudinal study. Eur J cancer. [Internet]. 2010 Jan [Citado 26 de marzo de 2010]; 46 (2): [Aprox. 6p.].

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808403>

12. Schiffman M, Kjaer SK. Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. J Natl Cancer Inst Monogr. [Internet]. 2003 [Citado 26 de marzo de 2010]; 2003(31): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://jncimonographs.oxfordjournals.org/content/2003/31/14.short>

13. Sanabria Negrín JG. Virus del Papiloma Humano. Revisión Bibliográfica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. 2009 [Citado 26 de marzo de 2010]; 13(4):

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000400019&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019&lng=en)

14. Kaferle JE, Malouin JM. Evaluation and Management of the AGUS Papanicolaou Smear. Am Fam Physician. [Internet]. 2001 [Citado 23 de mayo de 2009]; 63(11): [Aprox. 5p.].

Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20010601/2239.html>

15. Kjaer S, Høgdall E, Frederiksen K, Munk C, van den Brule A, Svare E, et al. The absolute risk of cervical abnormalities in high-risk human papillomavirus-positive, cytologically normal women over a 10-year period. Cancer Res. [Internet]. 2006 Nov 1 [Citado 30 de marzo de 2008]; 66(21): [Aprox. 1p.].

Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org/content/66/21/10630.abstract>

16. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. [Internet]. 2002 [Citado 26 de marzo de 2010]; 287 (16): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/287/16/2114>
17. Kaferle JE, Malouin JM. Evaluation and Management of the AGUS Papanicolaou Smear. Am Fam Physician. [Internet]. 2001 [Citado 23 de mayo de 2009]; 63(11): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20010601/2239.html>
18. CDC. Cervical Cancer Screening. [Internet]. USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. [Actualizado el 29 Marzo de 2011; Citado 15 de mayo de 2011].  
Disponible en: [http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic\\_info/screening.htm](http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/screening.htm)
19. Wensveen CW, Kagie MJ, Veldhuizen RW, Trimbos JB, Boon ME. Combining HPV and MIB-1 tests reduces the number of colposcopies in women with equivocal cytology. Acta Obstet Gynecol Scand. [Internet]. 2006 [Citado el 20 de julio de 2009]; 85(12): [Aprox. 4p.]. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=17260227&](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=17260227&)
20. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. Lancet. [Internet]. 2007 Aug 4 [Citado el 17 de ago de 2009]; 370(9585): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17679017?>

21. McCaffery K, Waller J, Forrest S, Cadman L, Szarewski A, Wardle J. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. BJOG. [Internet]. 2004 Dec [Citado Jul 25, 2005]; 111(12): [Aprox. 6p.].

Disponible en: <http://eprints.ucl.ac.uk/1471/>

22. Tafurt-Cardona, Yaliana ; Acosta-Astaiza Claudia P. y Sierra-Torres Carlos H. "Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia." [Internet] [Citado el 23 de febrero de 2012]; 14 (1): 53-66, 2012

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a05>

23. El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales. San Salvador, El Salvador. C.A. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia [Internet] [Citado febrero 2012] 245(28-32) [Aprox 5 p], 2012 Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias\\_Clinicas\\_de\\_Ginecologia\\_y\\_Obstetricia.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Ginecologia_y_Obstetricia.pdf)

24. El Salvador, Ministerio de Economía. Dirección General de Estadísticas y Censos. San Salvador, El Salvador. C.A. Encuesta de Hogares de propósitos múltiples 2012. [Internet] [Citado mayo 2013] 24(23-24) [Aprox 2 p], 2013

Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/EHPM2012/digestyc/resultado.pdf>

## ANEXO NO.1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina**

Título del protocolo:

**Diagnóstico citológico en mujeres en edad fértil, en Unidades Comunitarias de Salud familiar Zacatecoluca y Planes de Renderos, julio 2014.**

Investigadores:

**Nathaly Alejandra Gómez Aguilar  
Francisco Antonio González Turcios  
Saúl Guillermo García Peña**

Sede donde se realizará el estudio: **UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR PLANES DE RENDEROS.**

Nombre \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ paciente:

Por este medio se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

## 1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Por Medio de la investigación se intenta Establecer el diagnóstico más frecuente reportado a través de la Citología cervicovaginal, con el fin de conocer la Incidencia de Lesiones Premalignas y Cáncer Cervicouterino y los factores de riesgo relacionados a la aparición del mismo.

## 2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Establecer los resultados Citológicos más frecuentemente detectados en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, enumerando los factores sociodemográficos presentes en dicha población y el manejo médico llevado a cabo al detectar resultados citológicos anormales en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos, durante el mes de Julio 2014.

## 3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

Con este estudio conocerá de manera clara si usted presenta en su resultado Citológico un resultado citológico anormal.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido ya que al reconocer la efectividad de la prueba de Papanicolao o Citología Cervicovaginal, se podrá promover la realización de la misma como medio efectivo de detección precoz de Cáncer Cervicouterino.

## 4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos, antecedentes médicos, e información de carácter personal.

## 5. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ANEXO NO.2

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**



### INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

#### OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Describir los resultados citológicos más frecuentemente diagnosticados en pacientes mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, que en el mes de Julio 2014, consultaron a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica de Zacatecoluca y Planes de Renderos, enlistando los factores sociodemográficos y epidemiológicos observados, así como el manejo médico recibido.

Fecha: \_\_\_\_\_

#### A. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

##### 1. Edad

- a) 15-21 años
- b) 22-28 años
- c) 29-35 años
- d) 36-42 años
- e) 43-49 años

##### 2. Estado Civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Acompañada
- d) Viuda

### 3. Nivel de Escolaridad

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Técnica o Superior

### 4. Área Demográfica

- a) Urbana
- b) Rural

### 5. ¿Cuál es su Situación Laboral?

- a) Desempleada
- b) Empleada

### 6. ¿Cuál es su ingreso Económico familiar mensual?

- a) Menos de \$100 mensuales
- b) \$100 – 200 mensuales
- c) \$ 200-300 mensuales
- d) Más de \$300 mensuales

### 7. ¿Cuál fue su Edad de Inicio de Relaciones Sexuales?

- a) Menos de 15 años
- b) 15- 20 años
- c) 20 a 30 años
- d) Más de 30 años

**8. Número de parejas Sexuales**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más

**9. ¿Cuántos Hijos tiene?**

- a) Nulipara (Ningún Hijo)
- b) Primipara (1 Hijo)
- c) Multipara ( 2 hijos o más)

**10. ¿Utiliza Método anticonceptivo de barrera?**

- a) Si
- b) No

**B. RESULTADO DE CITOLOGÍA**

**Fecha de Toma de Citología:** \_\_\_\_\_

**11. Resultado Citológico reportado:**

- a) Negativo para Lesión Intraepitelial o malignidad
- b) Cambios celulares reactivos asociados a inflamación
- c) Atrofia
- d) LEI de bajo grado
- e) LEI de alto grado
- f) Con hallazgos sospechosos de invasión
- g) Carcinoma de Células escamosas
- h) Positivo a Microorganismos

**12. ¿Qué Tipo de microorganismo fue encontrado?**

\_\_\_\_\_

**13. ¿Manejo Médico Llevado a Cabo Según resultado de Citología?**

a) Tratamiento Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

b) Referencia

**14. EVALUACION DEL INVESTIGADOR: ¿El Manejo ofrecido por el médico fue el minimo descrito de acuerdo a la norma del MINSAL?**

Si  No

## **ANEXO NO.3**

### **DEFINICIÓN TEÓRICA**

#### **1. Edad**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo

#### **2. Estado Civil**

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.

#### **3. Nivel de Escolaridad**

Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero. Los niveles son: preescolar o kínder, primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.

#### **4. Origen demográfico**

Espacio geográfico donde habita una persona, puede ser rural o Urbano.

#### **5. Situación Laboral:**

Situación de una persona en la que cuenta con un Trabajo o no.

#### **6. Ingreso económico Familiar:**

Ingresos mensuales de cada uno de los habitantes económicamente activos de una familia. Según la encuesta de Hogares de propósitos múltiples realizada por Dirección General de Estadísticas y Censos, DIGESTYC 2013 en **pobreza extrema** se ubican aquellos hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo de la Canasta Básica Alimentaria CBA ; en **pobreza relativa** los hogares que con sus ingreso per cápita no alcanzan el costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA). Para el 2012 el costo de la CBA en área Urbana para

un hogar de 3.65 miembros es de \$170.9 y de la CBA ampliada \$341.9, en Área Rural el costo de la CBA para un hogar promedio de 4.20 miembros es de \$131.4 y de la CBA es de \$262.8. <sup>24</sup>

#### **7. Edad de Inicio Relaciones Sexuales:**

Edad en la cual una persona experimenta su primera relación coital.

#### **8. Paridad**

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 28 o con un neonato de peso mayor a 500 g.

#### **9. Uso de Anticonceptivos**

Uso de anticonceptivos de barrera, Hormonales, métodos naturales, químicos y mecánicos.

#### **10. Tratamiento**

Aplicación de medidas técnicas encaminadas a la recuperación de la salud. Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) que se ponen en práctica para curar o aliviar una enfermedad.

#### **11. Referencia**

Es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.

#### **12. Atrofia Vaginal o Vaginitis Atrófica**

La vaginitis atrófica involucra enrojecimiento, comezón y sequedad de la vagina. Se debe al adelgazamiento del epitelio por falta de estimulación hormonal; es frecuente después de la menopausia en más del 75% de las mujeres y también puede producirse en algunas mujeres después del parto.

### **13. Vaginosis Bacteriana**

Es la causa más común de infección vaginal (vaginitis). El síntoma más común es una secreción anormal de la vagina con un desagradable olor a pescado. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres con VB no notan ningún síntoma. Una vagina saludable contiene muchos microorganismos, uno de los más comunes es el *Lactobacillus acidophilus* (LA). El LA evita que otros microorganismos vaginales se reproduzcan a un nivel en donde pudiesen causar síntomas. Los microorganismos relacionados con la VB incluyen *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, bacteroides y *Mycoplasma*. Por razones desconocidas el número de éstos organismos crecen con la VB mientras el número de organismos LA baja, esto ocasiona dicha patología.

### **14. Candidiasis Vaginal**

Es una infección fúngica (micosis) de cualquiera de las especies *Candida* (todas las levaduras), de las cuales la *Candida albicans* es la más común. Entre los síntomas pueden ser prurito grave, ardor, dolor, irritación y una descarga blanquecina o blanco grisáceo con consistencia como de requesón, a menudo con una apariencia similar a grumos.

### **15. Tricomoniasis Vaginal**

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital del hombre y de otros animales por protozoos de la especie *Trichomonas vaginalis*.

En los seres humanos, *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito

y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata y la uretra.

## **16. Herpes Genital**

El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2).

Ambos tipos, el VHS 1 y 2, pueden producir llagas (también conocidas como lesiones) en y alrededor del área vaginal, en el pene, alrededor del ano, y en los glúteos o muslos. Ocasionalmente, las lesiones aparecen en otras partes del cuerpo donde el virus ha entrado por lesiones de la piel.

El VHS permanece en ciertas células nerviosas del cuerpo, de por vida y puede producir síntomas esporádicos en algunos pacientes infectados.

## **17. Lesión Epitelial de Alto Grado (LEI de alto grado)**

Las lesiones de alto grado son denominadas HSIL (High grade Superficial Intra-epithelial Lesion) o lesión escamosa intraepitelial de alto grado. Estas lesiones fueron nombradas en otro tiempo: CIN II, CIN III, CIS, displasia media, displasia severa o carcinoma in situ. Las células presentan Polimorfismo celular.

## **18. Lesión Epitelial De Bajo Grado**

Las lesiones intraepiteliales son llamadas en inglés Low grade Superficial Intra-epithelial Lesion (LSIL). Las lesiones premaligna de bajo grado también se llaman displasia 5 leve o neoplasia intraepitelial cervical 6. Estas lesiones corresponden al primer estadio de la lesión premaligna.

### **19. Carcinoma In situ de Cérvix:**

**Estadio 0 o carcinoma in situ.** El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

**ANEXO NO.4  
CRONOGRAMA**

		<b>Mayo</b>				<b>Junio</b>				<b>Julio</b>				<b>Agosto</b>				<b>Septiembre</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Semanas</b>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>1. Elaboración del Protocolo de Investigación</b>		X	X	X	X																
<b>2. Aprobación del Protocolo de Investigación</b>						X	X	X	X												
<b>3. Aplicación de Instrumentos de Investigación</b>										X	X	X	X								
<b>4. Procesamiento y Presentación de datos</b>											X	X	X								
<b>5. Entrega de Primer Avance del Informe Final</b>												X									
<b>6. Entrega del Informe Final</b>																X					
<b>7. Defensa de Tema de Investigación</b>																				X	X

## ANEXO NO. 5 HOJA DE REPORTE CITOLÓGICO



**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICU UTERINO  
EL SALVADOR, C.A.  
SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICU VAGINAL**



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

## ANEXO NO.6

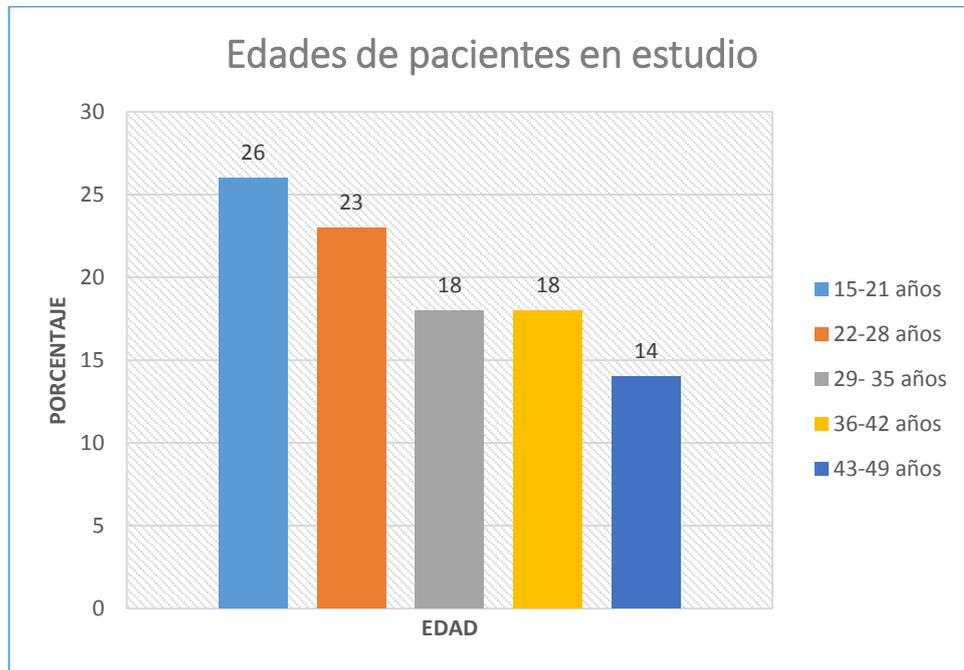
### GRÁFICOS Y TABLAS

**Tabla No. 1 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según edad.**

2. Edad de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
15-21 años	26	26	13	26	39	26
22-28 años	23	23	12	24	35	23.33
29- 35 años	18	18	10	20	28	18.66
36-42 años	18	18	9	18	27	18
43-49 años	15	15	6	12	21	14
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

#### GRÁFICO #1

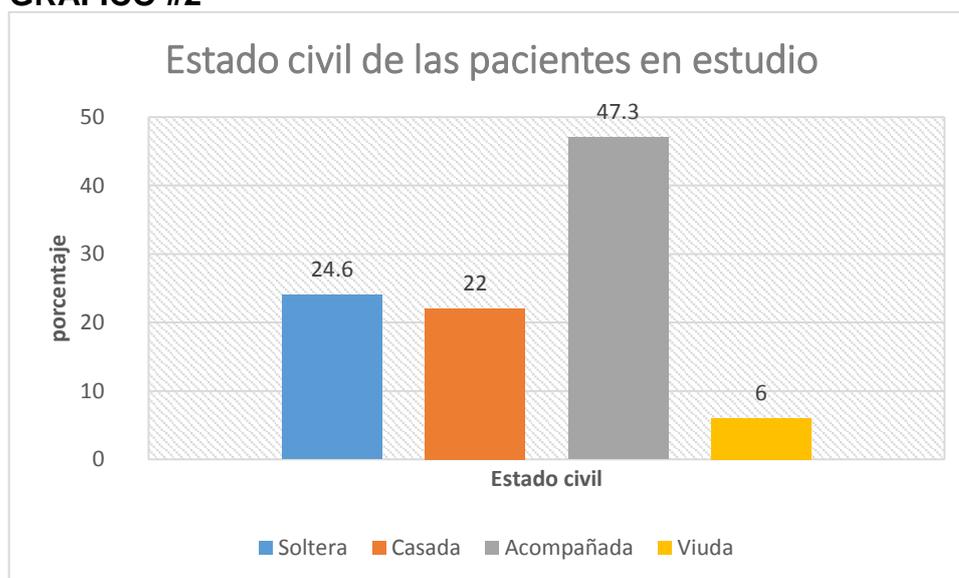


**Tabla No. 2 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según Estado civil.**

2. Estado Civil de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Soltera	30	30	7	14	37	24.66
Casada	18	18	15	30	33	22
Acompañada	48	48	23	46	71	47.33
Viuda	4	4	5	10	9	6
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #2**

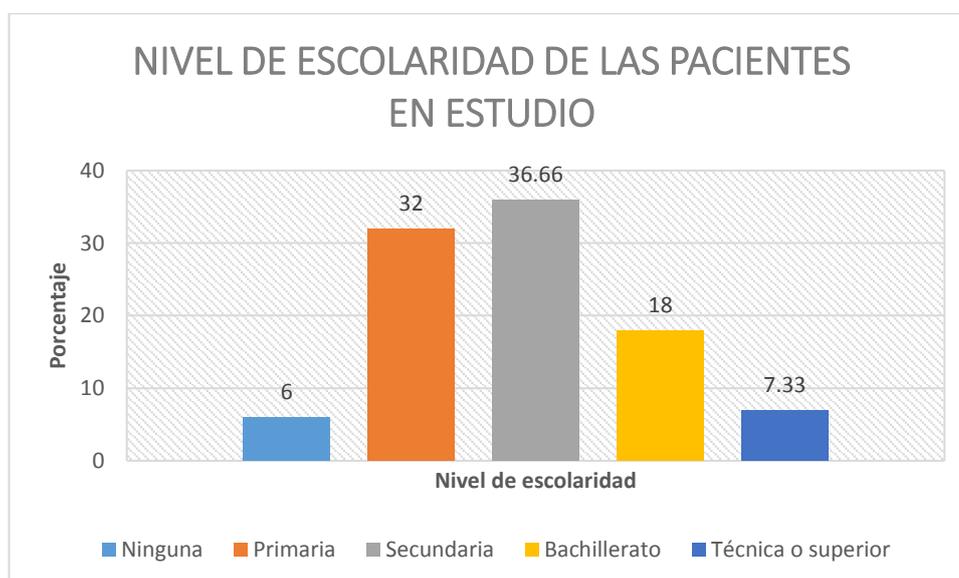


**Tabla No. 3 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según Nivel Escolaridad.**

3. Nivel de Escolaridad de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Ninguna	3	3	6	12	9	6
Primaria	31	31	17	34	48	32
Secundaria	39	39	16	32	55	36.66
Bachillerato	19	19	8	16	27	18
Técnica o superior	8	8	3	6	11	7.33
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #3**

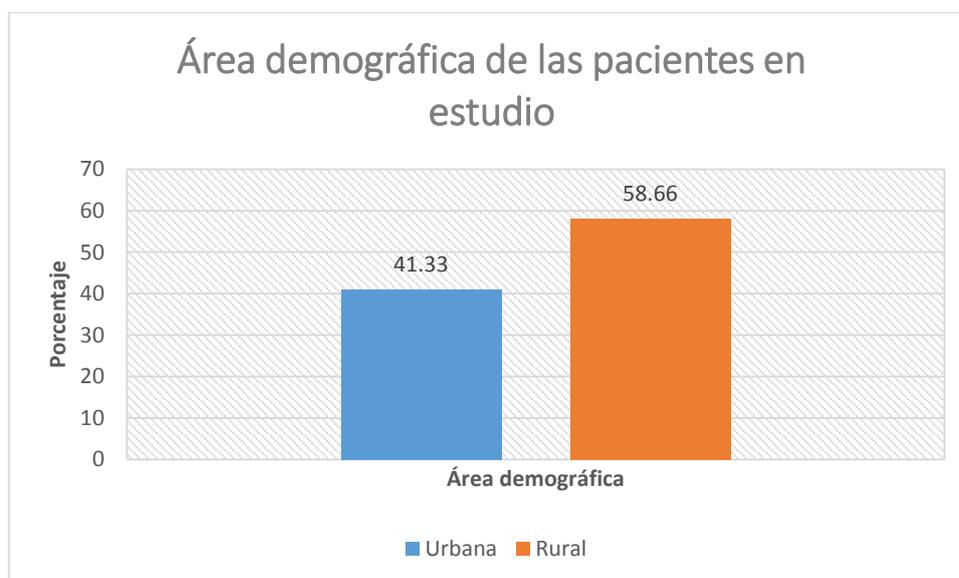


**Tabla No. 4 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según procedencia.**

4. Área demográfica de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Urbana	38	38	24	48	62	41.33
Rural	62	62	26	52	88	58.66
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #4**

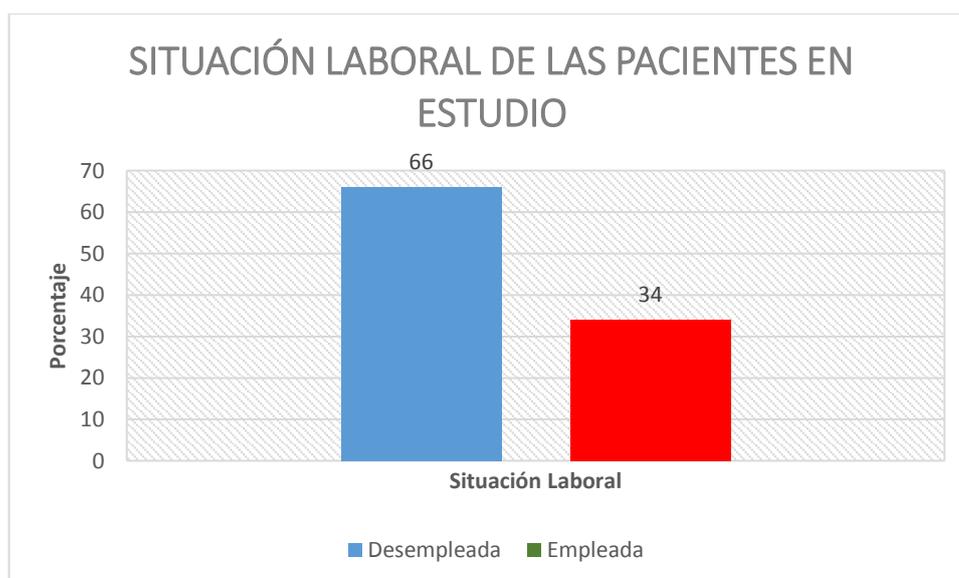


**Tabla No. 5 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según situación laboral.**

5. Situación laboral de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Desempleada	63	63	36	72	99	66
Empleada	37	37	14	28	51	34
TOTAL	100	100	50	100	150	1001

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #5**

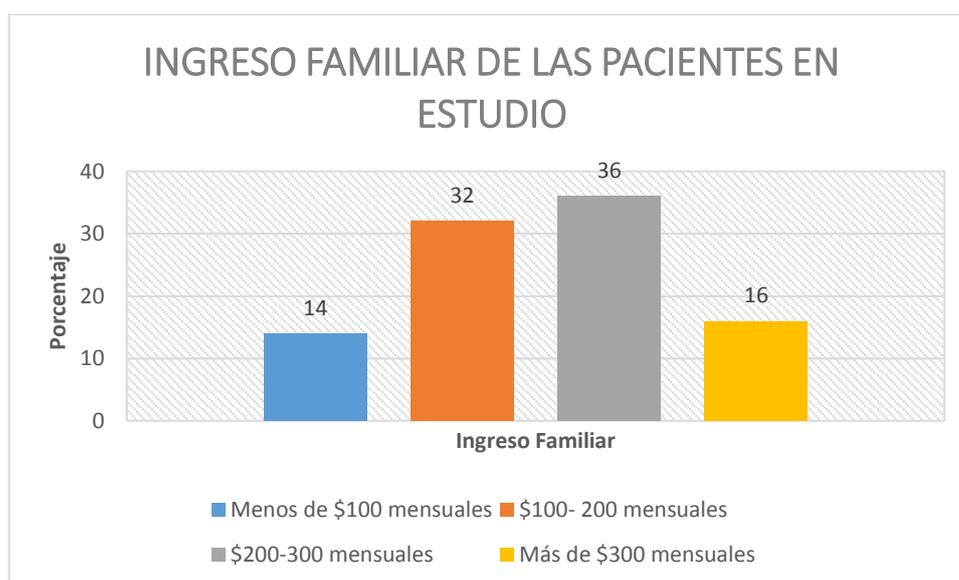


**Tabla No. 6 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según ingreso familiar mensual.**

6. Ingreso Familiar Mensual de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Menos de \$100 mensuales	10	10	12	24	22	14.66
\$100- 200 mensuales	40	40	8	16	48	32
\$200-300 mensuales	33	33	22	44	55	36.66
Más de \$300 mensuales	17	17	8	16	25	16.66
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

### GRÁFICO #6

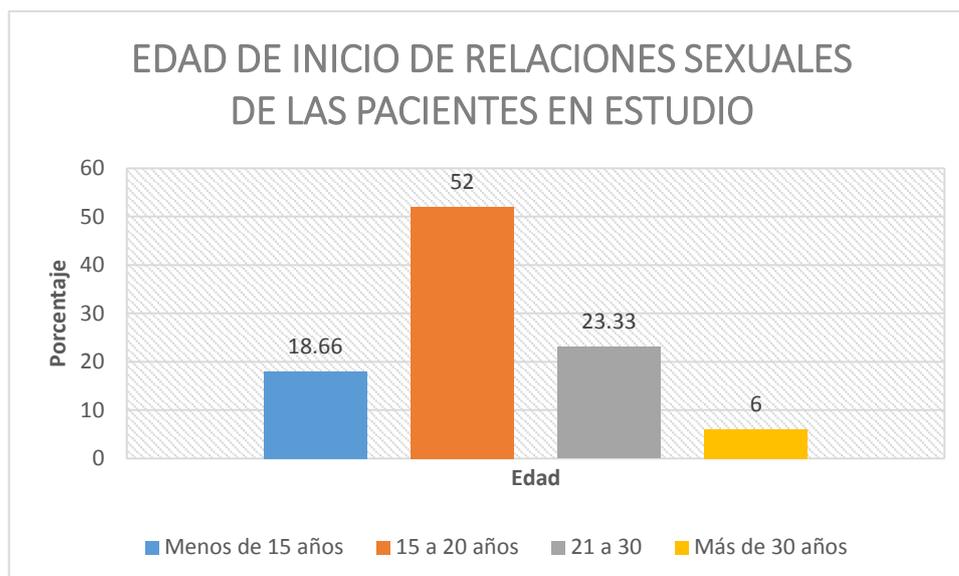


**Tabla No. 7 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según edad de inicio de relaciones sexuales.**

7. Edad de Inicio de Relaciones Sexuales de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Menos de 15 años	13	13	15	30	28	18.66
15 a 20 años	58	58	20	40	78	52
21 a 30 años	27	27	8	16	35	23.33
Más de 30 años	2	2	7	14	9	6
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #7**

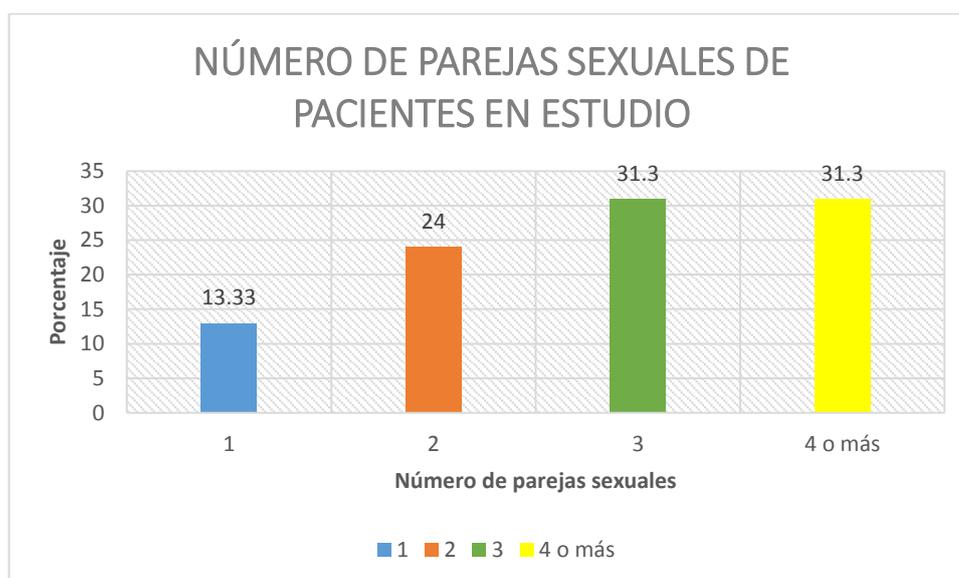


**Tabla No. 8 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según su número de parejas sexuales.**

8. Número de Parejas Sexuales en la vida, de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
1	10	10	10	20	20	13.33
2	23	23	13	26	36	24
3	27	27	20	40	47	31.33
4 o más	40	40	7	14	47	31.33
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #8**

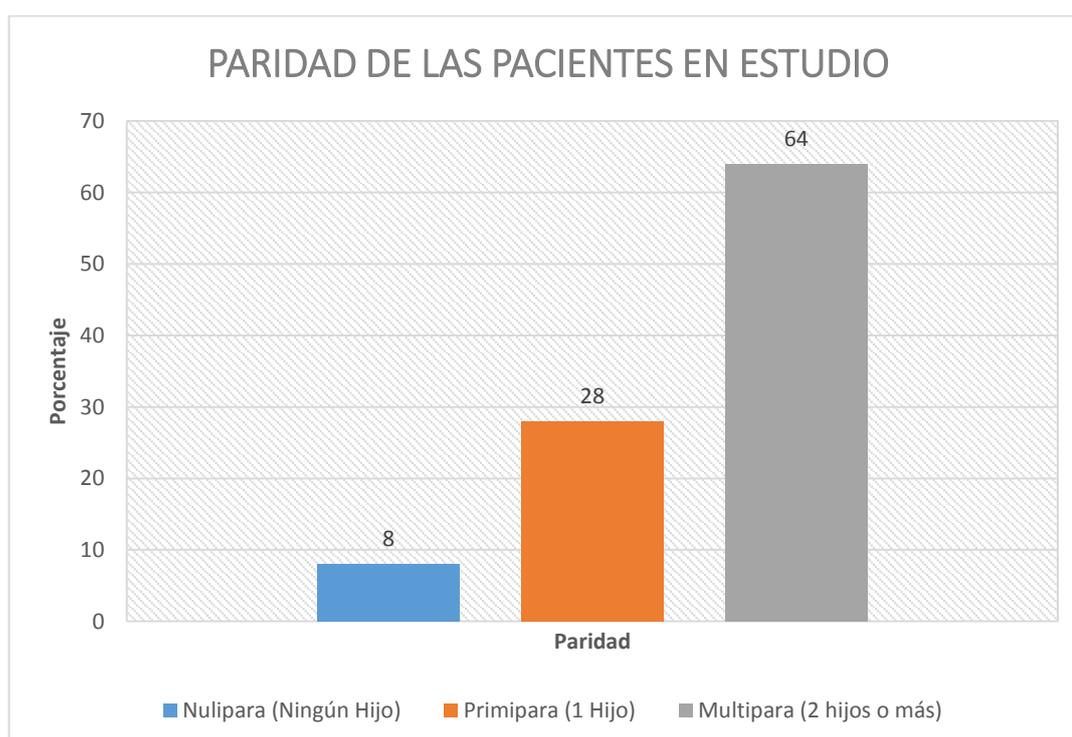


**Tabla No. 9 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según paridad.**

9. Paridad de las pacientes en estudio						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Nulipara (Ningún Hijo)	7	7	5	10	12	8
Primipara (1 Hijo)	30	30	12	24	42	28
Multipara (2 hijos o más)	63	63	33	66	96	64
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #9**

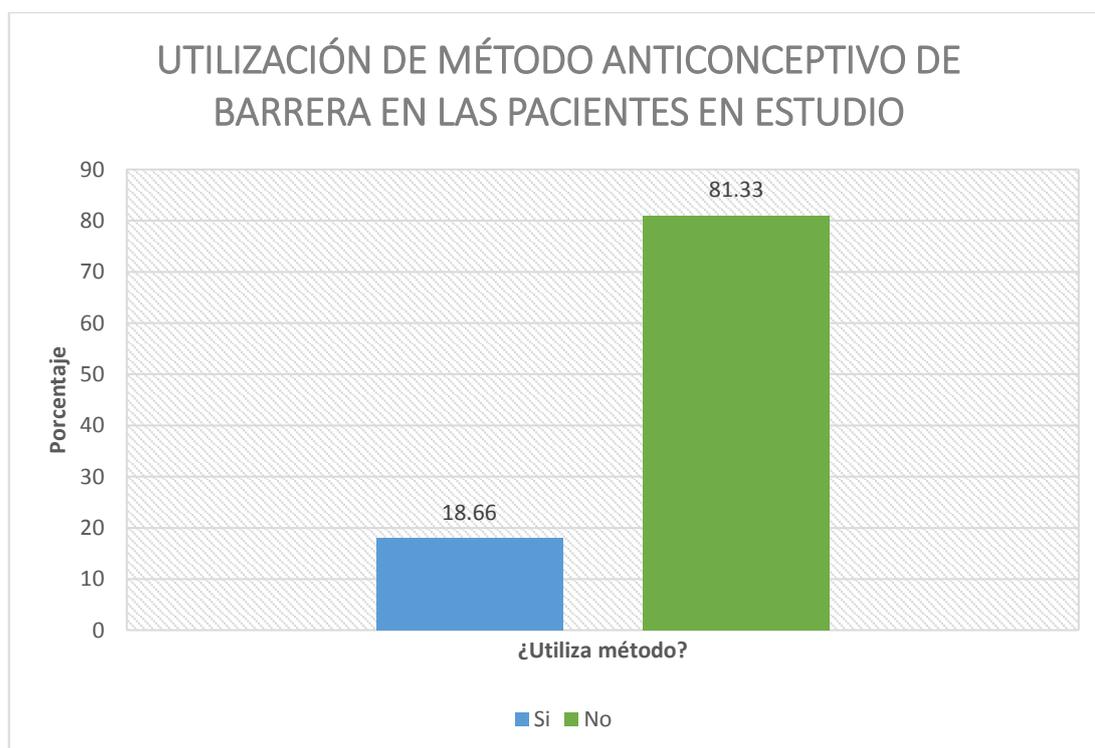


**Tabla No. 10 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según utilización de método familiar.**

11. ¿Utiliza método anticonceptivo de barrera?						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total	%
Si	13	13	15	30	28	18.66
No	87	87	35	70	122	81.33
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #10**



**Tabla No. 11 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según tipo de lesión diagnosticada en citología.**

12. Tipo de Lesión diagnosticada en Citología						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Negativo para Lesión intraepitelial o malignidad	70	70	18	36	88	58.6
Cambios celulares reactivos asociados a inflamación	7	7	10	20	17	11.33
Atrofia	1	1	2	4	3	2
LEI de bajo grado	5	5	6	12	11	7.33
LEI de alto grado	3	3	0	0	3	2
Con hallazgos sospechosos de invasión	1	1	0	0	1	0.66
Carcinoma de Células escamosas	0	0	0	0	0	0
Positivo a Microorganismos	13	13	14	34	27	18
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #11**

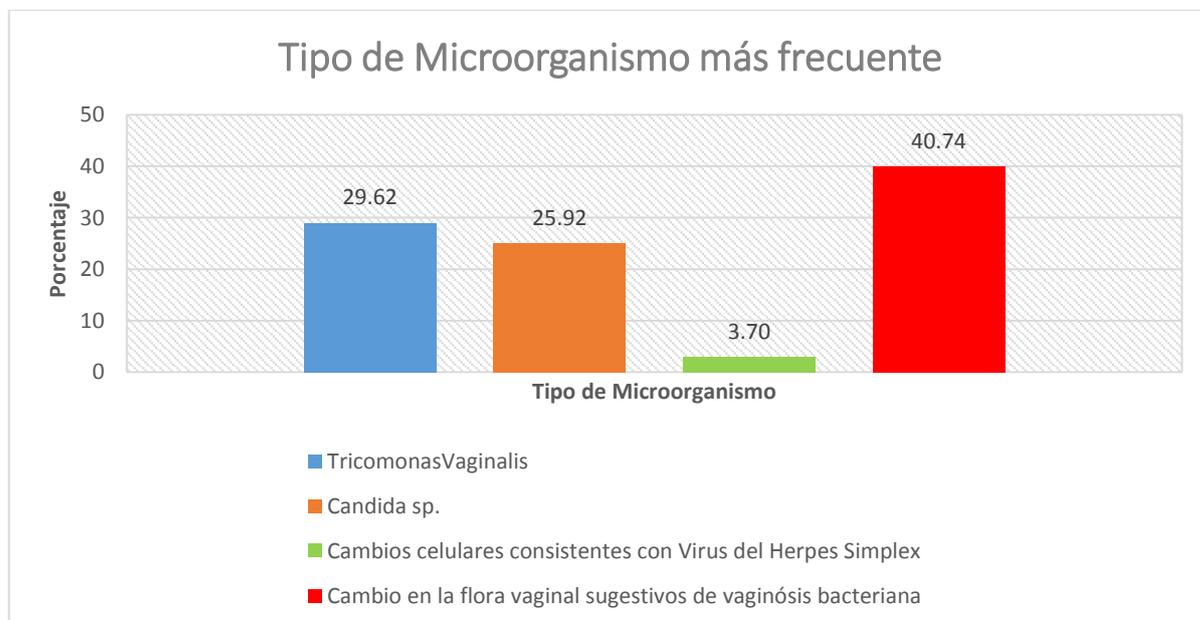


**Tabla No. 12 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según tipo de microorganismo encontrado en reporte citológico.**

13. Tipo de microorganismo encontrado en Reporte Citológico						
Microorganismo	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
TricomonasVaginalis	4	30.76	4	28.57	8	29.62
Candida sp.	5	38.4	2	14.28	7	25.92
Cambios celulares consistentes con Virus del Herpes Simplex	1	7.6	0	0	1	3.70
Cambio en la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana	3	23.07	8	57.14	11	40.74
TOTAL	13	100	14	100	27	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

### GRÁFICO #12

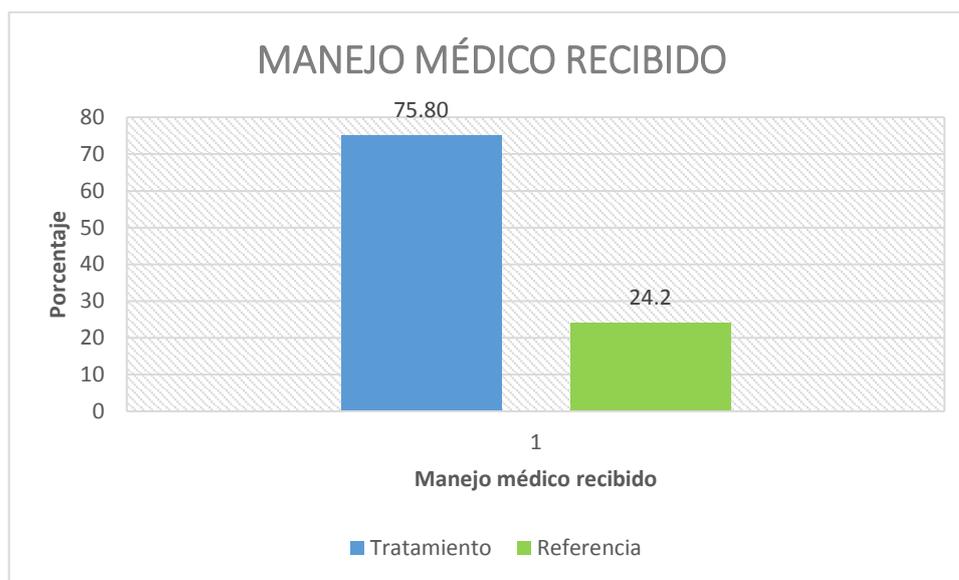


**Tabla No. 13 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según Manejo médico llevado a cabo según resultado de citología.**

15. Manejo Médico llevado a cabo según resultado de Citología						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
Tratamiento	21	70	26	81.25	47	75.80
Referencia	9	30	6	18.75	15	24.20
TOTAL	30	100	32	100	62	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #13**



**Tabla No. 14 Distribución de las pacientes femeninas que consultaron por Respuesta de citología, en las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Periférica De Zacatecoluca Y Planes De Renderos en julio 2014, según evaluación del manejo ofrecido por el médico.**

16. ¿El manejo ofrecido por el médico fue el mínimo descrito de acuerdo a la Norma del MINSAL?						
	UCSF PERIFERICA ZACATECOLUCA		UCSF PLANES DE RENDEROS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	No.	%
SI	100	100	50	100	150	100
NO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	100	100	50	100	150	100

FUENTE: Datos de Formulario realizado a pacientes femeninas en edad fértil que consultaron por diagnóstico de Citología en el periodo de Julio 2014.

**GRÁFICO #14**

