

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para Optar al Título de Especialista en Dirección de Servicios de
Salud y Epidemiología.**

Tema:

Evaluación del funcionamiento de la Clínica de la Mujer, con énfasis en
pacientes con lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Victoria Motta -
Jinotega, en el Segundo semestre del año 2018.

Autor:

Dr. Walter Noel Rodríguez Tórrez.
Médico General.

Tutora:

Dra. Gioconda Vásquez.
Msc Salud Pública.

Managua, Marzo 2020.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para Optar al Título de Especialista en Dirección de Servicios de
Salud y Epidemiología.**

Tema:

Evaluación del funcionamiento de la Clínica de la Mujer, con énfasis en
pacientes con lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Victoria Motta -
Jinotega, en el Segundo semestre del año 2018.

Autor:

Dr. Walter Noel Rodríguez Tórrez.
Médico General.

Tutora:

Dra. Gioconda Vásquez.
Msc Salud Pública

Managua, Marzo 2020.

¿...CÓMO PODREMOS TENER SERVICIOS DE SALUD MÁS RACIONALES Y EFECTIVOS SI NO SABEMOS CUÁLES DE LAS COSAS QUE HACEMOS SON ÚTILES, CUÁLES NO TIENEN NINGUNA UTILIDAD Y CUÁLES MÁS BIEN PRODUCEN DAÑO?”

Cochrane, A. L. (1985). Eficacia y eficiencia.

Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Salud Pública.

Dedicatoria...

Este estudio es dedicado a:

Las personas que se esfuerzan por crear Modelos de Salud innovadores y de esa manera contribuyen a construir sociedades más justas y equitativas.

Ojalá que este estudio sea un estímulo y aporte para mejorar la atención de las mujeres nicaragüenses y aportar a la reducción del cáncer cérvico uterino en nuestro país.

Dr. Walter N. Rodríguez Tórrez.

Agradecimiento

Quiero agradecer a todas y todos los que de una u otra forma contribuyeron a realizar este estudio:

Agradecemos primeramente a Dios por darme la oportunidad y victoria de dar fin a una etapa más de mi vida, por bendecirnos día a día, por su grato e inmenso amor, por brindarnos fortaleza y sabiduría, por haberme guiado y acompañado en toda mi carrera y cada momento de mi existir, por ayudarnos a vencer cada uno de los obstáculos que se nos ha presentado a lo largo de este camino, por abrirnos las puertas de la educación y el progreso, por ser el arquitecto de nuestros conocimientos y esperanzas en la búsqueda de un futuro mejor.

A mi familia por su apoyo incondicional, que con mucho amor, entrega y paciencia me han apoyado a lo largo de este largo trayecto y así poder llegar a este punto de mi vida.

Gracias a todas las personas que aportaron parte de su tiempo, para guiarme y apoyarme con sus conocimientos y ayuda, los cuales fueron sumamente importantes en este proceso.

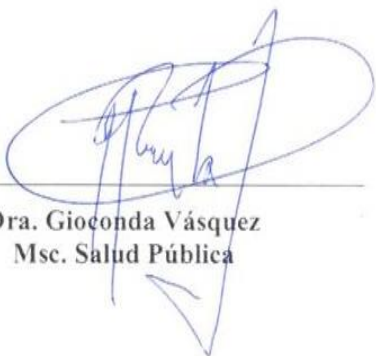
Dr. Walter N. Rodríguez Tórrez.

Opinión del Tutor

En característica de Asesor metodológico de tesis elaborada por: Dr. Walter Noel Rodríguez Torrez titulada, **“Evaluación del funcionamiento de la Clínica de la Mujer, con énfasis en pacientes con lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Victoria Motta - Jinotega, en el segundo semestre del año 2018”** cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Especialista en Servicios de Salud y epidemiología que otorga la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua.

Por dicho lo anteriormente considero que el informe final reúne los criterios suficientes para realizar su presentación pública y ser evaluado por parte del jurado que se asigne.

Dado en la ciudad de Managua, 25 de Febrero 2020.



Dra. Gioconda Vásquez
Msc. Salud Pública

ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes.....	3
III.	Justificación.....	6
IV.	Planteamiento del problema	7
V.	Objetivos	9
5.1	Objetivo General.....	9
5.2	Objetivos específicos	9
VI.	Marco teórico	10
VII.	Diseño metodológico	40
7.1	Tipo de estudio.....	40
7.2	Área de estudio.....	40
7.3	Universo y Muestra.....	40
7.4	Unidad de análisis.	41
7.5	Operacionalización de variables.	42
7.6	Método, Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	46
7.7	Plan de Tabulación y Análisis de Datos e Información.....	46
VIII.	Resultados.....	48
IX.	Análisis y discusión de resultados	52
X.	Conclusiones	59
XI.	Recomendaciones.....	60
XII.	Bibliografía	61
	ANEXOS:	65

Resumen.

De julio a diciembre 2018 en el Hospital Victoria Motta de Jinotega, se evaluó la situación actual del funcionamiento de la clínica de la mujer con énfasis en pacientes con lesiones premalignas del cérvix. Se tomó como universo 229 pacientes con una muestra de 143 mujeres; El método de estudio utilizado fue el descriptivo, retrospectivo y transversal. Se tomó como fuente de referencia la base de datos del Registro de pacientes de la clínica respaldado con expedientes clínicos; en el análisis de la información se utilizó el software estadístico SPSS, v.24 para Windows. Entre los principales resultados se destacan, el grupo de pacientes que predominó en la frecuencia de casos de LEIBG y LEIAG fueron las edades de 35-44 años representado por el 29 %, con un nivel socioeconómico y de escolaridad bajo, procedentes principalmente del area rural; el manejo de las pacientes estuvo en dependencia del tipo de lesión ya sea por bajo o alto grado atraves de crioterapias, conización con asa, e histerectomías; un 9.4 % de pacientes presentaron lesiones persistentes o progresivas, la mayoría de mujeres presentaron adherencia a su tratamiento y seguimiento con un 90.5 % de mujeres con resultados de control citológicos satisfactorios en los primeros 4-6 meses pos tratamientos, la clínica cuenta con todos los insumos y equipos suficientes para garantizar atención con calidad; se encontró deficiencia en el proceso de contrarreferencia de pacientes, lo que crea una falta de continuidad en el seguimiento de alguna de estas pacientes.

Palabras claves: Clínica de la mujer, Lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado, Papanicolaou, colposcopia, biopsia, crioterapia, conización con asa diatérmica.

Introducción

La mortalidad por Cáncer cervicouterino sigue siendo alta y aunque se efectúen actividades de tamizaje (citologías) y de educación para que las mujeres soliciten y asistan anualmente a realizarse este examen aún no se alcanzan las coberturas adecuadas en la población, por ende el impacto en la mortalidad no ha sido significativo, por esta razón debemos de concientizarnos y crear políticas que nos disminuyan este problema.

En los países desarrollados, la implementación de programas o estrategias basadas en la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos de origen ginecológicos como el cáncer cervicouterino, han logrado reducir significativamente la incidencia y mortalidad por estas causas, Sin embargo, los países latinoamericanos que han implementado esos programas de prevención se han encontrado con limitaciones para alcanzar el impacto deseado en la reducción de casos por esta patología.

La falta de cobertura y la calidad en los servicios de salud, en relación a la atención de la mujer con lesiones premalignas del cérvix, en las zonas más postergadas y más pobres de Jinotega, generó la idea de mejorar estos servicios, con espacios físicos y equipamiento necesario para un mejor funcionamiento.

Muchas veces la atención de patologías de origen ginecológico de la cual padecen muchas mujeres, se vuelve una barrera en el contexto social, ya sea por desinformación de las paciente, falta de confianza en el personal, la falta de profesionalismo o desinterés de los prestadores de servicios, conlleva a un manejo con muchas deficiencias, que se presentan desde el momento que se captan en los diferentes sectores de salud y estas son referidas para realizarles el procedimiento correspondiente, hasta que se contrarrefieren nuevamente hacia atención primaria para su seguimiento.

En Jinotega con la apertura de las clínicas de atención a la mujer se pretende que se refuerce la labor de prevención del cáncer cervicouterino, donde se brinda a las pacientes un servicio médico con profesionalismo, mayor calidad, en un espacio más confortable, privado y sin costo alguno lo que favorece la captación de un mayor número de pacientes para su tamizaje, incidiendo en la detección temprana de lesiones premalignas.

En el presente estudio se evaluó el funcionamiento de la clínica de la mujer con énfasis en mujeres con lesiones premalignas del cérvix, en el Hospital Victoria Motta de Jinotega para obtener una mejor percepción en las debilidades y fortalezas en la atención de estas pacientes; por lo que se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, la población objeto de estudio fue de 229 pacientes, tomando una muestra de 143 pacientes, en las que se observó que las mujeres con lesiones tempranas fueron atendidas adecuadamente, correspondiéndose con las normas y protocolos vigentes.

Antecedentes

(Ruano, 2012) Tesis doctoral, realizó el estudio: Análisis de los resultados del seguimiento de 372 mujeres conizadas por displasia cervical de alto grado en la Unidad de Patología Cervical por un período de 66 meses. Se observó que el 8,6% de pacientes tuvieron recidiva, sobre todo mujeres mayores de 40 años; En el 9,65 de pacientes tenían afectación en los márgenes del cono al realizarle biopsia.

(Arrivillaga, 2019) Revista de Gerencia y Políticas de Salud Realizó estudio: barreras de acceso a los servicios de salud en mujeres con lesiones precursoras de CACU. Se encontró: las edades en estudio fueron entre los 27 y 62 años, con un promedio de 39 años, El 93,7% de las mujeres del estudio presentaban LEIAG, y el 6,2% asociadas con infección por VPH, el 18,7% no había accedido a servicios de diagnóstico ni tratamiento a más de 12 meses siguientes a la tamización; el 12,5% estaba en tratamiento, y 68,7% en control pos tratamiento. Existen dificultades en la fragmentación de la atención independientemente de su procedencia, barreras en las citas médicas (solicitud, confirmaciones, cancelaciones sin aviso previo y reprogramaciones), las demoras en la asignación de un límite de cupos para la cita, la negación de servicios sin explicación clara para las usuarias, los horarios de atención restringidos, el papeleo y pérdida de documentos por parte de prestadores, la falta de dotación e insumos para el tratamiento de la enfermedad; en cuanto a la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento, se encontró que el 18,7% de las mujeres no fueron diagnosticadas ni tratadas, el 81,2% tuvo una demora de 7 meses aproximadamente entre la tamización y el diagnóstico, y 157 días promedio o aproximadamente 5 meses, entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Se encontró un mayor impacto en la economía de mujeres con lejanía geográfica a más de tres horas del centro de atención en salud, influyendo los bajos recursos económicos como una barrera real de acceso.

(Lau serrano, 2012) En la publicación que lleva por título “Lesiones Pre invasivas de Cuello Uterino”. Se evaluó mediante un estudio retrospectivo que predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I (65.5%), NIC II (27.6%), NIC III (6.9%) en

los resultados citológicos e histológicos. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico hallada fue de 64,1 %.

(Vargas, 2012) Tesis Doctoral; con el título “Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH”. Se encontró: La lesión pre-invasiva de cérvix más frecuente por Pap fue la LEIBG (NIC I) (50.6%); el (60.3%) de las pacientes tenían una edad entre 20 y 35 años. En relación a la escolaridad el (42%) tenían educación secundaria, representando en solo el (24%) el nivel de educación superior, el (66.6%) procedencia urbana.

(Aviles, 2011) Tesis Doctoral, realizó estudio: “Comportamiento de las Lesiones Premalignas de Cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa del HBCR” demostró que la lesión pre-invasiva de cérvix más frecuentemente fue la LEIBG en un (54.9%) de las pacientes correspondía a edades entre 16-34 años, en relación a escolaridad y ocupación (el 41%) de las pacientes tenían una preparación académica media (secundaria) y el (34.5%) universitaria; el (74.5%) procedían del área urbana, sin embargo el (100%) de estas pacientes desarrollaron una lesión Intraepitelial cervical en el resultado final de la biopsia, el (54.4%) de las pacientes presentaban infección por VPH o condilomas.

(Calderón., 2017). Tesis para obtener el Título de Médico y Cirujano. Realizó el estudio: Conocimiento actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil y vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud del municipio de Somoto; se encontró que el conocimiento en general fue regular, teniendo mayor fortaleza, el conocimiento de la importancia de la toma de citología cervical y las mayores deficiencias fueron observadas en la falta de información para la preparación de las usuarias para la toma del mismo; Las mujeres en su mayoría recibieron información acerca de la citología cervical que se les tomo por parte del personal de salud, a quienes se les explico en lenguaje sencillo que pudieron comprender.

(Mairena centeno, 2016). Tesis monográfica Para obtener el Título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil. Realizó el estudio: Factores y causas que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres que asisten a las unidades de

salud del departamento de Matagalpa; Se encontró que las principales causas de la no realización del Pap en las mujeres son: Vergüenza, creen que solo se realiza durante el embarazo, cuando se ha cumplido los 35 años de edad y cuando la mujer tiene marido, creen que el material que se utiliza estaba sucio, más sin embargo la mayoría refirieron no tener mitos sobre el Papanicolaou; dicen tener conocimiento sobre este, pero no saben cuándo deben de iniciárselo a realizar ni la frecuencia del mismo.

(Guerrero Saenz, 2016).Tesis Monográfica para obtener el Título de Doctor en Medicina y Cirugía. Realizó el estudio: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la citología cérvico– vaginal en mujeres en edad fértil con vida sexual activa que asisten a la Unidad de Salud de Presillas, municipio de Muelle de los Bueyes. Se encontró que el conocimiento en general fue Bueno, teniendo mayor porcentaje de mejor comportamiento en relación a utilidad del examen, y el aspecto más deficiente fue el de la frecuencia con que debe de realizarse y de la preparación para el mismo, La actitud fue favorable para la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en los factores a tomar en cuenta para la realización del examen.

(Roquebert, 2015) Proyecto de investigación impulsado por fundación Caterpillar. Realizó el estudio: barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer cervicouterino. Se encontró que las barreras están en la fase de detección, en general, se refiere un mayor obstáculo en el diagnóstico oportuno y en la capacitación del personal.

(Padilla, 2015).Tesis para obtener el título de especialista en ginecología y obstetricia. Realizó el estudio: Resultados de crioterapia en pacientes con lesión Intraepitelial de bajo grado en el servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque. Se encontró que se presentaron pacientes con una diversidad de resultados citológicos alterados, al realizar colposcopia y biopsia se logró documentar la presencia de LIEBG NIC I, los que cuatro meses posteriores a la crioterapia presentaron resultados citológico negativo.

Justificación

Originalidad:

Basado en la búsqueda exhaustiva de estudios similares, para lo cual se consultaron diferentes bibliografías científica, se constato que en el departamento de Jinotega y resto del país carece de un estudio similar, lo que motivo a profundizar en la evaluación del funcionamiento de esta unidad, siendo esta pionera a nivel nacional como una estrategia preventiva del cáncer cervicouterino, aún sabiendo que en el país no contamos con normas y protocolos actualizadas del cáncer cervicouterino, sin embargo se intenta hacer el mejor trabajo con las diferentes estrategias a fin de retroalimentar a la institución en la toma de decisiones, que figuren con un impacto positivo en la atención de sus derechohabientes.

Basados en dichos antecedentes, se consideró importante la realización de este estudio, destacando cinco aspectos en esta investigación:

Conveniencia institucional: ya que los programas de la mujer son uno de los más importantes dentro del Ministerio de salud, y los resultados obtenidos serán puntos de partida para mejorar la salud de cada una de las mujeres afectadas en esta unidad.

Relevancia Social: ya que tiene trascendencia para toda la población, sobre todo en la salud de las mujeres que juegan un roll muy importante en la familia, contribuyendo de esta manera a mejorar el nivel y calidad de vida de cada una de ellas.

Valor Teórico: por su aporte a los servicios de salud del departamento de Jinotega y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país; logrando además retroalimentar al equipo asistencial de esta unidad para identificar sus fortalezas y debilidades, incidiendo en las mismas.

Relevancia Metodológica: ya que este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, para mejorar la forma de investigar esta problemática en esta unidad.

Importancia e implicaciones prácticas económico-social y productiva: Esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre esta temática, y sobre la importancia del papel que representa la mujer en la familia, y que por cada cese de una mujer afecta la economía de una familia y por ende la economía de nuestro país.

Planteamiento del problema

Caracterización del problema:

El CaCu continúa siendo un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial, y es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres, de ahí la importancia de que todas las mujeres con resultado citológico anormal cuenten con una consulta especializada para atenderse, donde existan recursos específicos como personal entrenado, colposcopias, crioterapias y material para realizar el estudio histológico del cérvix entre otros, lo que ha sido señalado por varios investigadores, pues en su relación radica el diagnóstico precoz y por consiguiente el tratamiento oportuno y eficaz de las lesiones premalignas, incluyendo así su seguimiento por las unidades de atención primaria.

Delimitación del problema

En la Clínica de la mujer del Hospital Victoria Motta, a pesar que durante las consultas de mujeres con problemas ginecológicos, realización de los diferentes procedimientos y su seguimiento posterior para evaluar la eficacia y efectividad de esta unidad, no existe documentación de dicho ejercicio; el trabajo en la clínica es encomiable, pues recibe a toda la población femenina de los diferentes municipios del departamento de Jinotega, necesitando de estos servicios, buscando calidad y eficiencia en dicha atención.

Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de esta unidad de salud es el diagnóstico correcto con un manejo eficiente y oportuno de las pacientes que se le diagnostique una lesión premaligna del cérvix, para lograr su rehabilitación e integración plena a la sociedad, lo que generó la iniciativa de realizar una evaluación del funcionamiento de esta clínica con el fin de minimizar el impacto en la incidencia del cáncer Cervicouterino luego de conocer sus fortalezas y debilidades.

Por tanto, consideré importante dar respuesta a la siguiente pregunta:

Formulación del problema:

¿Cuál es la situación actual en cuanto al funcionamiento de la Clínica de la Mujer, con énfasis en pacientes con lesiones premalignas del cérvix en el Hospital Victoria Motta, Municipio de Jinotega, en el segundo semestre del año 2018.

Sistematización del problema:

Así mismo nos planteamos las siguientes interrogantes.

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas y ginecológicas que puedan intervenir en el proceso de la atención de la mujer que acude a esta unidad?
- 2) Cuáles son las demoras en la atención de las pacientes con lesiones premalignas del cérvix.
- 3) Como es la eficacia ante los diferentes procedimientos que se realizan en la clínica de la mujer del Hospital Victoria Motta de Jinotega.
- 4) ¿Cuenta la clínica de la mujer con los recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos médicos y no médicos necesarios para brindar una atención con calidad?
- 5) ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contra referencia de los pacientes que son atendidos en esta unidad?

Objetivos

5.1 Objetivo General

Evaluar el funcionamiento de la Clínica de la Mujer con énfasis en mujeres con lesiones premalignas del cérvix, en el Hospital Victoria Motta - Jinotega, en el segundo semestre del año 2018.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas y ginecológicas que influyan en el proceso de atención de las mujeres que asisten a la clínica de la Mujer.
- 2) Identificar las demoras en relación a la atención de las pacientes con lesiones premalignas del cérvix que acuden a la clínica de la Mujer.
- 3) Determinar la aplicación del protocolo establecido para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones premalignas en la clínica de la Mujer, en base a las normativas del MINSA.
- 4) Describir si la clínica de la mujer cuenta con la infraestructura, los recursos humanos, equipos, insumos médicos y no médicos necesarios para la atención de las usuarias en base a su demanda.
- 5) Evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes atendidas en la clínica de la Mujer del Hospital Victoria Motta de Jinotega.

Marco teórico

La iniciativa de la Clínica de la Mujer surge con la formación de recursos de enfermería siendo capacitados en la realización de IVAA y crioterapia en el año 2010, contando en ese momento con un patólogo y 1 Citólogo en la promoción de Papanicolaou, se realizaban IVAA en la área de consulta externa; se da la necesidad de preparar más recursos, debido a la demanda y hacer la atención un poco mas integral en el campo de la prevención de lesiones premalignas, se decide fundar la primera clínica de la mujer el 08 de marzo del 2014, Contando con un médico especialista en Gineco-obstetricia y una enfermera capacitada para la realización de colposcopias, biopsias y crioterapias, en la que posteriormente se fue fortaleciendo con pasantías docentes de recursos médicos y de enfermería, ya que se atendían pacientes del área rural y area urbana, además se acondicionó con mas equipos, por lo que consideraron necesario un espacio más grande, donde se inaugura un segundo espacio 30 de mayo del 2016 contando con el apoyo de un urólogo y un psicólogo asignado para esta área (con atención en base a necesidades).

En la clínica se atienden todas las paciente con sospecha de LIEBG y LIEAG; en la actualidad se cuenta con 3 patólogos, 3 citólogos que apoyan el procesamiento de muestras; con atención de lunes a viernes en horarios de 7-3 pm.

El silais Jinotega ha tenido varios avances en la conformación de nuevas clínicas en los municipios para el apoyo en la clínica sede.

8 Clínicas de la Mujer en 6 municipios:

Clínicas de la Mujer SILAIS Jinotega	Cantidad
San José de Bocay	2
Jinotega	2
Wiwili	1
Santa María de Pantasma	1
El Cuá	1
San Rafael del Norte	1

En todo el departamento de Jinotega se cuenta con la participación activa de 760 mujeres Promotoras de Salud Preventiva del CaCu (Brigadistas de Salud), quienes a través de su labor se logra captar mayor número de pacientes para el tamizaje de dicha patología y puedan tener acceso a los diferentes servicios que la clínica brinda como:

- Toma de Papanicolaou O citología de cérvix.
- Realización de IVAA.
- Inspección por colposcopia.
- Toma de Biopsia dirigida por colposcopia.
- Realización de ASA térmica.
- Realización de Cono – Biopsia.
- Realización de crioterapias.

Puntos Focales En La Red Comunitaria de cada municipio Para La Prevención De CaCu:



Características sociodemográficas que influyen en el proceso de atención de pacientes con lesiones premalignas.

Edad y la relación que tiene el Cáncer cervicouterino.

(OPS, Norma de prevención y atención del cáncer, 2002) Menciona que, en la mayoría de los países, la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La incidencia aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres de entre 50 y 70 años de edad.

(Kain, 2018) Según estudios realizados se han presentado casos de cáncer cervicouterino el cual se encontró que entre las edades de 20 años muy pocas mujeres son diagnosticadas con la enfermedad y más de la mitad de las diagnosticadas se encuentran entre las edades de 35 a 55 años pero el 20% de los casos ocurren en mujeres mayores de 60 años de edad este se debe a dos factores: Cambios en los comportamientos sexuales y La tendencia de mutaciones genéticas que se acumulan con el tiempo. La infección por VPH es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas de 18 a 30 años de edad después de los 30 años decrece la prevalencia.

Escolaridad y la relación que tiene con el Cáncer cervicouterino.

(Kain, 2018) Se considera una característica de alta prevalencia porque se presenta en mujeres con bajo nivel de escolaridad debido a la falta de información y medidas de prevención que se deben tomar en caso que sea detectada con la patología; La incidencia de cáncer cervicouterino es casi el doble entre las mujeres que tenían educación primaria o no tenían información que entre las que tenían información secundaria o superior pero la tasa bruta de incidencia revelo que el riesgo de contraer el tipo de cáncer es seis veces mayor entre las mujeres analfabetas que las que tienen educación superior.

Procedencia y la relación que existe con la prevalencia del Cáncer cervicouterino.

(OMS, 2013) En la procedencia geográfica es de vital importancia, ya que en las zonas rurales es donde predomina la incidencia del Cáncer cervicouterino debido a la falta de información y accesibilidad a un centro de salud que puedan asistir. Mundialmente, las más afectadas por esta patología son las mujeres pobres, que tienen menos acceso a la detección

precoz. Los datos que dispone la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013), indican que las tasas de Cáncer cervicouterino son mayores en los países de sub desarrollo, especialmente en América Latina. Vivir en una área urbana favorece una mejor educación y por ende, mejores conocimientos y mayor acceso a la prevención, por lo que son factores protectores de cáncer cervicouterino. Los factores socioeconómicos están en relación al: ingreso familiar, la educación de los padres y el lugar de residencia.

(Kain, 2018) Encontró en un estudio de factores de riesgo asociada a lesiones premalignas que el 74% es de la zona urbano, asociado a la baja escolaridad que presentan las mujeres, la falta de prácticas de citologías como Papanicolaou y de información o conocimientos acerca del cáncer cervical y el nivel de urbanización presente en este municipio. En los datos de procedencia de las mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas o pre invasoras, en un 26% son de la zona rural esto asociado al nivel económico de las mujeres y la ausencia de servicios de salud en algunas de las comunidades.

Situación socioeconómica y la relación que existe con el cáncer cervicouterino.

(OMS, 2013) El bajo nivel socioeconómico ha demostrado ser un factor de riesgo ya que muchas mujeres con bajo ingreso económico no tienen acceso a servicios adecuados de atención a la salud incluyendo la prueba del Papanicolaou debido a su gran impacto en los recursos educativos y médicos el cual indica que no se realicen las pruebas de detección, ni reciban tratamiento a tiempo. Uno de los factores sociales que se han retomado en el aumento de probabilidad para desarrollar lesiones precursoras y cáncer es, sin duda, la situación socioeconómica de las mujeres. Una situación socioeconómica baja generalmente está asociada con ingresos económicos precarios, acceso limitado a los servicios de salud, nutrición deficiente y baja escolaridad; además, las prioridades de las mujeres están relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas: comida, vivienda, vestido; desafortunadamente, el cuidado de la salud no es una de sus prioridades. Por todo ello, al cáncer cérvico uterino se le relaciona con la pobreza.

(Kain, 2018) En términos generales, las condiciones de pobreza se han asociado a mayor riesgo de adquirir ciertas enfermedades, entre ellas, lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Las mujeres con menor nivel socioeconómico están más expuestas a varios

factores de riesgo descritos para el desarrollo de la enfermedad, como son, el menor acceso a controles de salud (y con ello menor tasa de tamizaje y detección precoz), menor educación y conductas sexuales de mayor riesgo.

(Kumar, 2015) Las infecciones por el VPH generalmente se resuelven sin ninguna intervención a los pocos meses después de haberla adquirido y aproximadamente el 90% desaparecen en el lapso de dos años. Se estima que sólo el 5% de las mujeres infectadas con alguno de estos tipos de VPH contraen infecciones persistentes, las cuales pueden generar las lesiones. Es bastante frecuente que tras meses de ocurrida la infección el VPH provoque (LIEBG). La mayoría de las lesiones de bajo grado remiten espontáneamente. Las (LIEAG) son menos comunes y pueden surgir tanto por una progresión de las lesiones de bajo grado o directamente de la infección persistente por VPH. La mayoría de estas lesiones de alto grado remiten por sí solas y algunas progresan a carcinoma invasor.

(OPS, 2015) Es importante señalar que en la mayoría de los casos, sobre todo en las mujeres más jóvenes, las infecciones por VPH de alto riesgo oncogénico son transitorias y remiten solas sin producir ninguna displasia. (Ver anexo 1. historia natural del desarrollo de las lesiones intraepiteliales del cérvix.)

(Epidemiologia, 2012) Al iniciar la actividad sexual, la mujer puede infectarse por un virus de alto riesgo, que en la mayoría de los casos dará lugar a una infección transitoria, haciéndose indetectable a los 6 a 12 meses. También se admite que el virus puede permanecer latente en las células basales del epitelio; Ocasionalmente esta infección desarrollará una lesión Intraepitelial, pero estas lesiones regresan espontáneamente en la mayor parte de los casos. Cuando la infección persiste la lesión progresa a NIC 3 y a cáncer invasor. Estudios prospectivos demuestran que la infección cervical persistente por virus de alto riesgo precede a la aparición de NIC y es necesario para el desarrollo, persistencia y progresión de estas lesiones; Se entiende como persistente una infección por VPH cuando es posible detectar el mismo tipo viral en dos o más ocasiones en un período de 2 años; Una vez que la infección se produce, el virus puede permanecer sin replicarse, dando lugar a una infección latente o Subclínica sin cambios morfológicos

(Cielo Noreña, 2010) En un estudio realizado en un hospital de primer nivel, cuatro centros y un puesto de salud que hacen parte de la red pública de servicios de la ESE Metrosalud Medellín, Colombia,; donde se evaluó la calidad del Programa de detección temprana y control del cáncer de cuello uterino ; Se realizo la evaluación de programas de salud en los componentes problema, estructura, procesos y resultados propuesto por Avedis Donabedian (la mayor red de profesionales del mundo), quien reflejo que aunque este cáncer se considera un problema de salud pública, se carece de un programa estructurado para la intervención. Las actividades se centran en la detección y la prevención. Para su ejecución se dispone, en general, de los recursos humanos, físicos, materiales y económicos requeridos; la auxiliar de enfermería desarrolla la mayor parte de las actividades; el médico ordena tratamientos y remite usuarias a otro nivel según la red de servicios. Todas las usuarias reconocen la importancia del programa, la mayoría expresó satisfacción con la atención recibida.

El programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino debe fortalecer todos sus componentes con mayor eficiencia y eficacia para lograr mejor impacto en la salud de las mujeres, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por este cáncer, retomando el concepto de integralidad con un compromiso de todos los funcionarios que laboran en él.

(Cielo Noreña, 2010) Por otro lado, el cáncer de cuello uterino es prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención. Los programas que poseen una red de servicios estructurada, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer. Por Programa de salud se entiende, según (Alzate A, 2010), "el conjunto de estrategias definidas mediante normas técnicas y administrativas que permiten enfrentar un problema o un evento, definiendo lo que se quiere hacer, los recursos necesarios y unificando los criterios y procedimientos de atención". Un programa es un proceso sistémico que consta de los siguientes elementos: **1) El problema**, situaciones que se presentan y, dada su gravedad e importancia, ameritan de manera prioritaria organizar acciones y recursos dentro y fuera del sector salud. **2) La estructura**, organización de recursos humanos, financieros técnicos y materiales necesarios para la solución del problema. **3) Los procesos**, procedimientos técnicos y

administrativos que se emplean para utilizar eficaz y eficientemente los recursos asignados al programa. **4) Los resultados** que comprenden los logros administrativos (cobertura, producción, productividad) y el impacto en la salud de la población (cambios en los perfiles epidemiológicos). El control de los resultados facilita la redefinición y adaptación del programa a otros contextos sociales

(LEWIS, 2010) Un programa eficaz de prevención y control del cáncer de cuello uterino debe abordar varios aspectos: la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento rápidos, fiables y asequibles. Contar con infraestructura de apoyo como servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar la gestión eficaz de pacientes en el programa.

En la oferta de los programas de salud, la calidad está relacionada con la efectividad, la eficiencia y la eficacia. La calidad es un concepto integral inmerso en las actividades y programas que se realizan para alcanzar un propósito, en este caso, evitar la enfermedad o muerte por cáncer de cuello uterino. Donabedian, definió la calidad como "el juicio sobre la atención en salud, a través del cual se determina el grado en que se utilizan los medios más deseables para lograr los mayores beneficios en salud".

(Social, 2008) "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios".

(Arrivillaga, Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia, 2019) En un estudio donde analizo las trayectorias de atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cáncer de cuello uterino, que han experimentado barreras de acceso a los servicios, y que fueron tamizadas en un programa de prevención. La literatura científica en Colombia ha señalado sistemáticamente que las barreras geográficas son una de las principales limitantes del acceso a los servicios.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con el propósito de describir las trayectorias de atención en salud de las mujeres; la guía de entrevista estuvo compuesta por cinco módulos:

- ✓ características sociodemográficas y condiciones de vida de la mujer.
- ✓ barreras geográficas.
- ✓ barreras económicas.
- ✓ barreras administrativas.
- ✓ barreras propias en la atención en los servicios.

Los hallazgos del estudio mostraron que las mujeres, independientemente de su lugar de residencia, se enfrentaron a un proceso fragmentado de atención en salud con atributos de desarticulación entre actores, en dependencia de los contratos entre aseguradores y prestadores de servicios, afectación negativa de la oportunidad y la continuidad entre el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento, procesos en la atención, elevación del gasto en salud y desatención de las necesidades específicas. El estudio también detectó barreras de acceso de tipo administrativo, fallas en el seguimiento, y consecuencias en la calidad en la atención, pues el 18,7% de las participantes no fueron ni diagnosticadas ni tratadas, el 81,2% fueron diagnosticadas aproximadamente siete meses después del tamizaje, y experimentaron una demora de aproximadamente cinco meses entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Estos hallazgos muestran cómo, para el caso de las mujeres del estudio, se incumplen totalmente los parámetros de calidad establecidos en la Ruta Integral de Atención en Salud para el CaCu y en la Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Estas normas establecen que la oportunidad del diagnóstico debe ser inferior a los 30 días de la tamización, la oportunidad del tratamiento inferior a los 30 días luego del diagnóstico, y el seguimiento debe realizarse desde la identificación de resultados de tamización anormal, hasta obtener resultados de citología negativos consecutivos durante dos años posteriores al tratamiento.

Este proceso de atención fragmentada se articula con las condiciones de vida de las mujeres, y aumenta su vulnerabilidad social, económica y de género, encontrando un mayor impacto en la economía de los hogares de las mujeres que viven lejos de los centros de

atención. El gasto destinado al acceso actúa en detrimento de sus condiciones de vida y exacerba su pobreza. Se trata, entonces de un círculo vicioso donde el riesgo de mortalidad se eleva, y a su vez, se agudiza por la pobreza, el bajo nivel educativo y el desempleo (Palacio Leo, 2013)

(Paolino M, 2011) Los resultados cuestionan, no solo la implementación de un programa específico para la prevención de CaCu sino también la integralidad de estos programas en relación con los procesos de atención siguientes, teniendo en cuenta que los servicios de tamizaje deben vincularse al tratamiento y al seguimiento pos tratamiento, como componentes esenciales de un programa integral de prevención y control; De hecho, hay quienes han encontrado que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados tienen más impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad que la alta cobertura de tamizaje.

(Terán Y, 2015) De nada sirve el esfuerzo económico y social, y la implementación de las nuevas tecnologías para el cribado de CaCu, si los programas de tamización y en general de prevención, no están bien organizados y se ponen en marcha sin un plan estratégico que garantice la articulación entre actores. En esta línea, otros autores han recalcado, también, que la prevención efectiva con disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad de este tipo de cáncer podrá alcanzarse solo al reducir las brechas en disponibilidad y acceso real a los servicios de salud.

Lesión Intraepitelial

(Castañeda, 2012) Las lesiones Intraepiteliales también denominadas lesiones premalignas del cérvix preceden al cáncer invasor. Estas lesiones se caracterizan microscópicamente por una serie de cambios que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia Intraepitelial cervical (NIC), antes de progresar a cáncer invasor; La mayoría de las infecciones son transitorias especialmente en mujeres menores de 30 años, cerca del 70% desaparecen al año y ascienden al 91% en 2 años sin causar lesión cervical y solo una minoría persiste la que si no son tratadas puede progresar a cáncer.

La evidencia que soporta las conclusiones respecto a la progresión de la enfermedad son los siguientes: De las pacientes con lesión Intraepitelial (II. a III), el 14% desarrollará un carcinoma in situ y un 1,4% carcinoma invasor; sin embargo, el comportamiento en general

de la lesión Intraepitelial grado I es diferente: el 70% de las lesiones presentarán regresión espontánea, un 20% persistirá como lesión Intraepitelial de bajo grado y el 10% restante progresará a una lesión Intraepitelial de alto grado.

(Castellsague, 2012) Esto significa que aquellas mujeres que en alguna ocasión adquieren un VPH, solo el 5 o 10% de ellas desarrollarán una LIEAG, mientras que cerca del 90% de las mujeres infectadas no mostrarán evidencia alguna del tipo viral adquirido después de 12 a 36 meses. Sin embargo, en aquellos con una deficiencia inmune, heredada o inducida farmacológicamente, hay una fuerte tendencia para que la infección persista y malignice en caso de infección con VPH de alto riesgo oncogénico. Si el virus permanece en forma latente, una mujer que parece haber tenido una regresión de su infección entre sus visitas de seguimiento estaría aún en riesgo de desarrollar alguna lesión asociada al VPH.

Hasta el presente se sabe que ninguna lesión Intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses. Si la paciente presenta una neoplasia invasora antes de los 18 meses de habersele diagnosticado una lesión premaligna, probablemente lo que tenía en realidad era un carcinoma micro invasor o invasor que no se logró detectar a tiempo (carcinoma oculto o estadio clínico I – B oculto, es decir, una lesión que tiene menos de 5 mm de infiltración en el estroma pero invade vasos linfáticos).

Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIEBG) Corresponde a la displasia leve o neoplasia Intraepitelial leve, tienen bajo riesgo de progresar a carcinoma. Las células pueden mostrar cambios claros asociados con infección por HPV, el llamado efecto citopático del HPV.

Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG) Corresponde a la neoplasia intraepitelial moderada y severa (NIC2 y NIC3) carcinoma epidermoide in situ, tienen alto riesgo de desarrollar cáncer cervical invasor si no es tratada.

Colposcopia, biopsia y legrado cervical:

La colposcopia es una prueba que consiste en examinar el cérvix y la vagina mediante un colposcopio, posterior a la aplicación de una solución de ácido acético al 3%-5%; se pueden obtener biopsias de lesiones sospechosas de neoplasia. Se considera que una

colposcopia es satisfactoria cuando se observa la unión escamocolumnar y los márgenes de aquellas lesiones visibles mediante el colposcopio.

El procedimiento diagnóstico escisional hace referencia a los métodos para obtener un espécimen de la zona de transformación y el canal endocervical, con el objetivo de estudiarlo histológicamente. Dichos métodos pueden ser: conización cervical con bisturí frío o láser, conización electroquirúrgica con asa, escisión electro quirúrgica con asa. La prueba para obtener una muestra endocervical consiste en obtener un espécimen para evaluación histológica (mediante cepillo para citología (cytobrush) o cureta endocervical) o citológica (mediante el cepillo para citología). Con la biopsia del cuello uterino y el legrado endocervical se puede obtener el diagnóstico histológico de NIC.

La sensibilidad de la colposcopia seguida por una biopsia con sacabocados (punch) dirigida por colposcopia, podría ser mayor que la sensibilidad de la impresión colposcópica para la detección de NIC2. Además, tomar 2 o más biopsias podría aumentar la sensibilidad para la detección de NIC3. Una sola biopsia de la ZT en mujeres con impresión colposcópica negativa, podría aumentar la detección de NIC2 en ellas.

Conducta clínica ante el diagnóstico histológico de lesión Intraepitelial de bajo grado / neoplasia Intraepitelial de cérvix (LIEBG/NIC1)

Las mujeres con biopsia LIEBG/NIC1 tienen una baja probabilidad de tener o desarrollar un cáncer de cérvix. El objetivo del manejo en este grupo de pacientes es prevenir la posible progresión de la lesión, evitando la morbilidad asociada al sobre tratamiento. La historia natural de estas pacientes con biopsia de LIEBG/NIC1 es similar a las que presentan citología de LIEBG en ausencia de NIC en el reporte de la biopsia o a la de ASC-US con prueba VPH positiva.

Estas mujeres presentan un riesgo de tener una lesión de cérvix de alto grado NIC 2-3

Subyacente o desarrollar una lesión de alto grado en los 6-24 meses posteriores similar tanto si la colposcopia-biopsia confirma NIC1 como si la biopsia es negativa. Este riesgo oscila entre el 4-13% y no se han descrito carcinomas invasores en esta población.

Concretamente estas pacientes presentan un riesgo de NIC3 positivo del 3,8% en el seguimiento a 5 años.

(FECASOG, 2016)El Consenso realizado por la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, en su revisión sistemática en el 2016 para NIC1 recomienda:

Conducta clínica ante el diagnóstico histológico de NIC I.

En mujeres entre los 21 a 24 años con diagnóstico de NIC1 e historia de ASCUS o LIEBG, repetir la citología en intervalo de 12 meses. Colposcopia si en la citología a los 12 meses se encuentran células atípicas.

En mujeres ≥ 25 años con NIC 1 e historia de ASC-US, realizar el co-test a los 12 meses. Si VPH y citología son negativos a los 12 meses y la paciente es < 30 años se recomienda citología, si es > 30 años se recomienda co-test; ambas pruebas deben realizarse a los 3 años. Si alguna de las pruebas tiene resultados alterados, se recomienda hacer colposcopia. Si a los 3 años todas las pruebas son negativas, se prosigue con tamizaje rutinario.

En mujeres ≥ 25 años con NIC1 persistente durante al menos 2 años e historia de ASC-US o LIEBG, realizar el procedimiento diagnóstico escisional si la colposcopia no es satisfactoria, si la muestra endocervical presenta NIC2 o NIC3, o si la paciente recibió tratamiento anteriormente. No se recomienda legrado endocervical en mujeres embarazadas.

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con NIC1 e historia de ASC-H, observar durante 24 meses utilizando tanto colposcopia como citología en intervalos de 6 meses, bajo la condición de que la colposcopia sea satisfactoria.

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con NIC1 e historia de ASC-H o HSIL, realizar un procedimiento diagnóstico escisional si: la colposcopia es no satisfactoria, sin que se identifique NIC2 o NIC3 o una lesión de mayor grado.

Conducta clínica ante el diagnóstico histológico de NIC2 (FECASOG, 2016)

Un NIC2 puede resultar de la infección con genotipos de VPH carcinogénicos y no carcinogénicos, y por lo tanto representa un grupo de diagnóstico heterogéneo: premaligno y no premaligno. Aunque la tasa de regresión de NIC2 parece ser $> 50\%$, NIC2 conlleva un riesgo sustancial de progresión a NIC3 o CCU.

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC 2, observar durante 12 meses con colposcopia y citología en intervalos de 6 meses, si es posible el seguimiento.

Se recomienda en mujeres entre 21-24 años con diagnóstico histológico de NIC2 o NIC3, brindar tratamiento u observación durante un año con citología y colposcopia en intervalos de 6 meses, bajo la condición que la colposcopia sea satisfactoria.

Se recomienda en mujeres ≥ 25 años con diagnóstico de NIC 2, NIC 3 o NIC 2- 3, realizar tratamiento con escisión o ablación si la colposcopia es satisfactoria.

No se recomienda la histerectomía como terapia inicial de NIC2, NIC3, o NIC2-3.

Se acepta la histerectomía o repetir el procedimiento diagnóstico escisional en aquellas mujeres con diagnóstico histológico recurrente o persistente de NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3.

Conducta clínica ante diagnóstico histológico de NIC3 (recomendación basada en evidencia de federación centroamericana de obstetricia y ginecología)

Se recomienda en mujeres embarazadas con NIC2, NIC3 o NIC 2-3 y en ausencia de enfermedad invasiva o embarazo avanzado, realizar colposcopias y citologías adicionales en intervalos frecuentes no menores a 12 semanas. (Recomendación fuerte a favor).

Se recomienda en mujeres embarazadas con NIC 2, NIC 3 o NIC 2-3 y en ausencia de enfermedad invasiva o embarazo avanzado, repetir la biopsia solo si empeora la apariencia de la lesión o la citología sugiere cáncer (invasivo). Se acepta realizar un procedimiento diagnóstico escisional solo si se sospecha invasión. (Recomendación fuerte a favor).

Conducta clínica ante el diagnóstico histológico de cáncer in situ. (CIS)

Se recomienda en mujeres con adenocarcinoma in situ (AIS), realizar histerectomía si la paciente no desea conservar la fertilidad o se documentó histológicamente adenocarcinoma in situ (AIS) en un espécimen de un procedimiento diagnóstico escisional. (Recomendación fuerte a favor)

Se recomienda en mujeres con AIS y que desean conservar su fertilidad, realizar el manejo conservador. (Recomendación fuerte)

Se recomienda en mujeres con AIS y en las cuales se decidió manejo conservador y los márgenes del espécimen no están involucrados o la muestra endocervical en el momento de

la escisión presenta NIC o AIS, repetir la escisión para aumentar la probabilidad de una escisión completa. Se recomienda revalorar a los 6 meses utilizando tanto co-test como colposcopia con muestra endocervical.

Aproximadamente el 15% (rango: 5-25%) de las mujeres tratadas se diagnostican nuevamente de una lesión Intraepitelial post-tratamiento en los siguientes 2 años.

(PATH, 2017) En base a los estudios revisados por la Alianza para la Prevención de Cáncer de Cérvix en relación a la eficacia de la crioterapia se resume lo siguiente:

- Las tasas de curación después de un tratamiento generalmente se sitúan entre 86% y 95%.
- Las tasas de curación son típicamente inferiores en pacientes que tienen lesiones más graves (NIC 3 o lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto [HSIL]) o lesiones que cubren el 75% o más del cuello uterino.
- La crioterapia, en general, es menos eficaz en las lesiones que se extienden en el conducto endocervical.
- Los estudios revelan una diferencia mínima entre las tasas de curación cuando se usan congelaciones únicas o dobles.
- En general, la crioterapia tiene tasas de curación equivalentes a las de otros tratamientos; no obstante, para tratar la NIC3 o lesiones que cubren 75% o más del cuello uterino, esta generalmente es menos eficaz que la ablación con láser.
- La mayoría de los fracasos del tratamiento se pueden detectar un año más tarde.
- Las tasas de curación indican que aproximadamente el 10% de mujeres tratadas presentarán una lesión persistente en los exámenes de seguimiento del primer año.

Ocho de trece estudios revisados por la Alianza para la Prevención del Cáncer de Cérvix (ACCP), que siguieron a las pacientes durante un año revelaron que entre el 50% y 80% de los fracasos se detectaron en el primer año, entre el 75% y 95% de los fracasos se detectaron en los dos primeros años.

La conización con asa de diatérmica

La conización se considera el tratamiento definitivo de las diferentes modalidades de NIC, siempre y cuando los límites exactos de la lesión sean definidos por colposcopia o cuando

el espécimen histológico muestra márgenes completamente libres de lesión durante el examen cuidadoso del cono. Es crucial el número de cortes que se examinen durante el estudio histológico. El error diagnóstico aumenta en un 22 % si solo se examina 15 cortes, y las dimensiones del cono deben ser como mínimo la base 1 cm y la altura 1,5 – 2 cm. El número de cortes como el tamaño del cono son factores determinantes en la persistencia o recidiva de la NIC.

Control o seguimiento post tratamiento:

El principal objetivo del seguimiento es el diagnóstico precoz de la enfermedad residual o recurrente y evitar el riesgo de progresión a una lesión invasora.

La importancia del seguimiento tras el tratamiento por NIC de alto grado radica en el hecho de que estas pacientes tienen un riesgo elevado (entre el 5 y el 30%) de presentar persistencia (enfermedad residual) o de sufrir una recurrencia (enfermedad de Novo) y, por lo tanto, de padecer cáncer invasivo. Se considera enfermedad residual aquella lesión que se pone de manifiesto en cualquiera de los controles realizados en el curso de los primeros doce meses tras el tratamiento y, enfermedad recidivante o recurrente la que se presenta después del primer año de seguimiento,

Regresión: el resultado negativo ocurrido entre la fecha del diagnóstico inicial del LIEAG y el siguiente examen practicado.

Persistencia: Diagnóstico de la enfermedad en los primeros 6 meses después del tratamiento. Se aconseja realizar el primer control en la misma unidad en la que se efectuó el tratamiento.

Si los márgenes de la pieza de conización estaban libres de lesión se realizará a los 6 meses pos tratamiento, pero si estaban afectados, se adelantará a los 3 meses. Se practicará una citología, una colposcopia y eventuales biopsias. Si la colposcopia no es valorable o los márgenes estaban afectados, se incluirá un estudio endocervical.

Recurrencia: (enfermedad “de novo”) es cuando habiendo transcurrido un año del tratamiento, durante el cual se ha seguido un estricto control sin detectarse enfermedad residual, aparece ésta nuevamente.

Progresión: Cuando se observaba un agravamiento de la LIE registrada inicialmente, independiente del tiempo en el cual aparezca.

A pesar de que los tratamientos actuales para las neoplasias de cérvix presentan unos porcentajes de éxito superiores al 95%, es importante informar a la paciente de la necesidad de realizar controles posteriores. Las revisiones sistemáticas indican una tasa de recurrencia del 5-15% para las diferentes técnicas.

Según una revisión sistemática la tasa de fracasos está en el 5-15% para las diferentes modalidades de tratamiento (cono con bisturí, crioterapia, ablación por láser o procedimiento electro quirúrgico con asa) sin diferencias significativas entre las distintas modalidades. Las tasas de fracaso de tratamiento son mayores en los dos primeros años tras el tratamiento.

Detección de Lesión Intra-epiteliales Pre-Invasoras:

Tamizaje:

(MINSA, 2010) La citología se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un periodo no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual independientemente de la edad; sin embargo se debe hacer énfasis en tamizar con PAP a la mujer de 25 a 64 años y tamizar con IVAA a las de 30 a 50 años. Para que los servicios de tamizaje tengan impacto en la incidencia del cáncer del cuello Uterino, es necesario evaluar al mayor número posible de mujeres. En forma ideal, los programas evaluarían al 80% de la población en riesgo.

Frecuencia de la Prueba

(Nicaragua-MINSA, 2006) La toma de la citología Cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la ultima); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales.

Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual.

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

- Historia previa de ITS.
- Portadora de VPH o HIV.
- Fumadoras.
- Historia de múltiples parejas sexuales.
- Lesión pre invasora en cualquiera de los frotis previos.

Informe de los Resultados

(Nicaragua-MINSA, 2006) Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el Sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las usuarias que acceden a los servicios de tamizaje.

Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes, En caso de que la usuaria no llegue a su resultado, realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Interpretación de los resultados de la Citología Cervical

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

Cuando el reporte de la citología es **negativo para lesión Intraepitelial y células malignas**, la Unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. En esta cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá brindarse consejería. Es de suma

Importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-1-3.

Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como **insatisfactoria o inadecuada** deberá repetirse la muestra.

Si la citología reporta **negativo para lesión Intraepitelial y células malignas**, pero se reporta ausencia de Células Endocervical/Zona de Transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona de importancia). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4-6 meses o al año siguiente.

Si la citología reporta **negativo para lesión Intraepitelial y células malignas, asociada a proceso inflamatorio severo**, que son cambios benignos, se analizan las causas, debe tomarse exudado y cultivo de secreciones cérvico vaginales y dar tratamiento de acuerdo a etiología.

Se programara examen de control en 4-6 meses, posteriormente se dará igual seguimiento al de una usuaria con citología normal, continua el esquema de tamizaje. Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix es sospechoso de alteración, deben ser valoradas por médico ginecólogo/a.

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

Cuando las usuarias concluyan tratamiento y puedan ser referidas a nivel primario para su seguimiento, enviar con hoja de contrarreferencia especificando el diagnóstico, detallando el tratamiento realizado y seguimiento sugerido para ser integrado a su expediente.

Indicaciones de conización diagnóstica:

(Nicaragua-MINSA, 2006)Usuarias con LIE alto grado y/o:

- Micro invasión en la biopsia.
- Colposcopia insatisfactoria.
- Discrepancia entre la citología, colposcopia y la biopsia guiada.
- Legrado Endocervical (+).
- Lesiones pre malignas de alto grado (NIC II, NIC III)
- La lesión se extiende en el conducto endocervical, de modo que no puede llevarse a cabo una evaluación colposcópica de su extensión.
- En CACU in Situ.
- En pacientes que desean conservar el útero
- Disociación Citocolposcópica.
- NIC I Persistente
- Persistencia de lesiones de Bajo o Alto grado posterior a una conización.

De acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del legrado del endocervix residual, se dejara como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal total o ampliada.

Posterior a la colposcopia se citara a la usuaria al mes para informarle de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de los resultados de las biopsias y alternativas de tratamiento, solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento.

Tratamiento de lesiones pre-invasiva

(Nicaragua-MINSA, 2006) La decisión terapéutica se elegirán de mutuo acuerdo, previa consejería, considerando el diagnostico histológico, ubicación de la lesión y priorizando las alternativas ambulatorias.

De igual forma es indispensable hablar con claridad sobre el pronóstico clínico, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad de vida, porque solo con este tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el éxito del tratamiento.

Los tratamientos para las lesiones pre invasoras deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos ablativos o destructivos y métodos de escisión local, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.

Lesión Intraepitelial de bajo grado (LIE-BG).

Para el tratamiento, hay que tener en cuenta que las Lesiones de Bajo Grado en un buen porcentaje (40-60%) pueden tener regresión espontáneamente, por lo que es necesario particularizar cada caso, ver las características de la usuaria, las posibilidades de seguimiento y las características de la lesión.

Los cuatro métodos más utilizados para el tratamiento de lesión de bajo grado son:

Observación (seguimiento a través de citología, ver protocolo). (MINSA, 2010)

Crioterapia (ver protocolo para crioterapia). (MINSA, 2010)

Excision electro quirúrgica con ASA (Ver protocolo). (Nicaragua-MINSA, 2006)

Vaporización laser.

Antes de aplicar cualquier tratamiento sobre lesiones de bajo grado deben cumplirse ciertos criterios:

- La totalidad de la lesión debe ser visible.
- Se han obtenido biopsias de la lesión previo al tratamiento.
- Se ha evaluado adecuadamente el canal endocervical.
- El médico debe tener conocimiento y experiencia con la elección del tratamiento.
- Se puede confiar en la usuaria para el seguimiento pos tratamiento.

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar legrado del endocervix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocervix residual, ya que la lesión puede presentar simultáneamente un mayor grado en otras áreas.

Lesión Intraepitelial de Alto Grado: NIC II, NIC III y Cáncer In Situ

La conducta cambia de acuerdo a las circunstancias y cada caso debe ser Analizado individualmente, teniendo en cuenta:

- La edad de la usuaria.
- Paridad y deseos de gestaciones futuras.
- La localización y extensión de la lesión.
- El riesgo quirúrgico.
- La facilidad de seguimiento de la usuaria.

Una situación especial representan las usuarias jóvenes o con deseo de embarazo portadoras de lesiones NIC II, pero que cumplan las siguientes características:

- Lesiones pequeñas, localizadas y limitadas estrictamente en exocervix.
- Visibles en toda su extensión.
- Sin compromiso del canal.

Se podría utilizar la crioterapia o la vaporización laser, sin embargo debe tomarse en cuenta que idealmente debe preferirse el procedimiento Con asa térmica, conos poco profundos

que permiten extraer la zona de transformación y la lesión para estudio histológico que nos brinda certeza diagnóstica y terapéutica.

En las lesiones de NIC III / Ca *In Situ*, siempre se prefieren los métodos de Excisión para obtener una muestra adicional para patología, de esta forma se confirma la extracción de la lesión completa y el estado de sus márgenes.

Cuando la lesión es más extensa, o compromete el canal se debe realizar el cono clásico bien sea con bisturí frío, con carácter terapéutico. Si la usuaria ha cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento o en etapa peri menopáusica se debe contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal extrafascial simple.

Seguimiento según estado clínico y características de la usuaria

Posterior a concluir el procedimiento se citara a la usuaria a control al mes del tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención, además se revisara reporte histopatológico si lo hubiere, explicándole con la mayor claridad posible el resultado y la importancia del seguimiento.

Las LIE de Bajo Grado se realizara el primer control a los 3-4 meses, en la institución en donde se realizo la intervención, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento.

Posteriormente se realizara otro control a los seis meses y luego controles cada año.

Las LIE de Alto Grado se realizara el primer control a los 3-4 meses, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Luego se controlaran cada 4-6 meses durante los dos primeros años, mediante examen ginecológico y citología, los controles posteriores se harán con citología cada año.

En las estrategias de “tamizaje y tratamiento”, la crioterapia es el tratamiento de primera elección para las mujeres que sean elegibles; es decir, que cumplan los requisitos necesarios para la administración de este tratamiento. En las mujeres evaluadas como no elegibles para crioterapia, la escisión electro quirúrgica con asa (LEEP) es el tratamiento alternativo. Se recomienda no utilizar la conización con bisturí en una estrategia de “tamizaje y tratamiento”.

Tratamiento de las Lesiones Intra-epiteliales de Cuello Uterino: Una vez que se detecta la presencia de lesión Intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor. Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos de conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad Intraepitelial. Los métodos se dividen en dos grupos:

Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)

1. Crioterapia. 2. Electro fulguración. 3. Fulguración con Láser.

Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)

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

Es muy importante dejar claro que si se encuentra alguna sospecha de cáncer invasor de cuello uterino, la paciente NO debe ser tratada mediante estos métodos, debiendo ser referida inmediatamente a un centro especializado para su debido manejo (radioterapia o cirugía radical).

La crioterapia: Es el tratamiento que se le realizará a la usuaria por personal capacitado, una vez que presente IVAA positivo y reúna los criterios para esto; la crioterapia es:

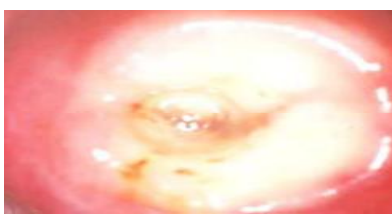
- Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico. Pero: Es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir).
- Necesita tanque de CO2.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer.

Criterios para crioterapia:

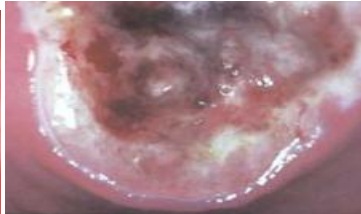
- Mujer con tamizaje positivo para Lesión Intra-epitelial cervical.
- La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
- La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2 mm de sus bordes.
- Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal.

Recomendaciones importantes en crioterapia:

- La presión de gas debe estar por encima de 40gramos / centímetro cuadrado.
- Respetar los tiempos recomendados en la aplicación de la crioterapia, 3 minutos de congelamiento, 5 minutos de descongelamiento, y 3 minutos de congelamiento; o sea el esquema 3-5-3.



Cérvix inmediatamente después de la crioterapia.



Cérvix 2 semanas después de la crioterapia.



Cérvix 3 meses después de la crioterapia.

Instrucciones para pacientes después de crioterapia del cuello uterino:

- Después del tratamiento casi todas las mujeres presentan un flujo vaginal espeso por 14 a 28 días.
- Algunas usuarias pueden tener un ligero sangrado o dolor tipo cólico. - No deberá colocarse nada en la vagina, ni usar duchas vaginales en los siguientes 28 días.
- No deberá tener relaciones sexuales por un mes y si es posible que la pareja use condón o preservativo por tres meses. (Durante el período de curación está más susceptible de contraer enfermedades transmisibles sexualmente).

Si el flujo se hace maloliente y/o se acompaña de dolor tipo cólico, por favor visite el centro de salud de su comunidad.

El criterio de alta posterior al procedimiento por la Crioterapia es realizar al año de tratamiento un PAP y una Colposcopia y que esta esté negativa.

- Regrese a consulta en 4 semanas para control.
- Evaluar el uso de cicatrizante (no debe hacerse una rutina).
- Cualquier duda que tenga háganosla saber, que gustosamente le proporcionaremos información necesaria.
- Acuda a control en la fecha programada.

(Salud, 2007) **Requerimientos mínimos que debe reunir una Clínica de Colposcopia para otorgar el servicio.**

ÁREAS: Sala de espera, Consultorio, Sala de exploración y tratamientos, Baño con vestidor.

EQUIPO: Colposcopio, Unidad de electrocirugía, Extractor de humo, Regulador de voltaje (para el equipo).

MOBILIARIO: Escritorio, Sillón para el médico, Dos sillas, Bote de basura, buroes con cajones, Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, Computadora con acceso a internet, Regulador de voltaje con No Break (para la computadora), Mesa de Pilcher con perneras, Banco de altura, Dos bancos metálicos giratorios, Vitrina, Mesa Pasteur o carrito Pasteur, Cubeta metálica, Tarja de lavado.

INSTRUMENTAL:

- Treinta pinzas de anillos o uterinas.
- Una pinza de biopsia de cérvix.
- Una pinza de Kogan
- Dos jeringas de Carpulli.
- Veinte espejos vaginales de Graves grandes.
- diez espejos vaginales de Graves medianos.
- Cuatro espejos vaginales de Peterson.

- Cuatro espejos vaginales con adaptador para extractor de humo.
- Dos electrodos de asa de 2.0 x 0.8 cm con tallo de 12 cm.
- Dos electrodos de asa de 1.0 x 1.0 cm con tallo de 12 cm.
- Dos electrodos de esfera de 5 mm con tallo de 12 cm.
- Dos torunderas.
- Placa reusable de retorno para paciente.
- Cables de conexión para placa.

MATERIAL DE CONSUMO:

- Acido acético diluido al 6%.
- Guantes medianos desechables no estériles de látex.
- Gel lubricante.
- Sulfadiazina de plata en crema.
- Gasas de 10x10 cm.
- Gasas de 3x3 cm.
- Torundas de algodón.
- lidocaína con epinefrina al 2%.
- Hisopos de algodón.
- Frascos de plástico o vidrio de 60 cc de capacidad con boca ancha y tapa (para las biopsias y los conos cervicales).
- Formol al 10%.
- Solución fisiológica.
- Cepillo endocervical (Cytobrush).
- Espátulas de Ayre.
- Cytospray.
- Portaobjetos.
- Detergente en polvo (para lavar el instrumental).
- Cloro.
- Batas para paciente, campos y sábanas (de algodón o desechables).

OPCIONAL:

- Sala de entrevista.
- Divisor de haces para el colposcopio.
- Cámara de video para el colposcopio.
- Monitor de TV o computadora con software para captura de imágenes.
- Mesa para computadora.
- Equipo de criocirugía preferentemente de óxido nitroso.
- Contenedor de nitrógeno líquido (sólo en caso de tener un equipo de criocirugía de éste elemento).
- Alcohol de 96° (en caso de no contar con Cytospray).
- El médico adscrito a la Clínica de Colposcopía debe ser de dedicación exclusiva para ésta y cumplir con los requisitos de entrenamiento exigidos para su adecuado desempeño ya definidos en éste manual.
- La enfermera debe ser capacitada por el médico colposcopista y tener el conocimiento específico para laborar en una Clínica de Colposcopía, además es deseable que su adscripción sea fija para ésta.
- La trabajadora social debe conocer íntegramente el Programa de Cáncer Cérvico Uterino así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia, es recomendable que también sea de dedicación exclusiva en la Clínica de Colposcopía.

(MINSA, 2010) **Equipo e insumos necesarios para la toma de la citología cervical:**

Antes de obtener la muestra es preciso disponer de todos los elementos necesarios para la obtención y fijación de la muestra.

- Camilla Ginecológica, con su gradilla.
- Bata para la paciente
- Mampara
- Sabanas
- Lámpara cuello de cisne
- Espéculos de tres tamaños
- Guantes descartables
- Hoja de solicitud de citología cervical

- Fijador Cito- spray o alcohol de 95 grados con atomizador
- Laminas porta - objetos
- Espátulas de madera (Ayre) o citocepillo
- Porta- laminas
- Torundas
- Pinza de ojo
- Gasas
- Solución Salina

Equipo para crio: (tipo pistola), con variedad de forma de puntas de crio que se adapten correctamente a las diferentes formas del cérvix y la lesión; tanque de 100kg con gas de óxido nitroso (N2O) y oxido de carbono (CO2) de uso hospitalario y sus anexos; torundas, guantes, espátulas de madera; casos de acero.

Sistema de referencia y contrarreferencia.

(MINSA, 2011)El funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ha constituido una de las principales preocupaciones del Ministerio de Salud en nuestro país. Se han realizado múltiples esfuerzo para lograrlo, sin embargo continúa siendo uno de sus principales retos.

Para efectos de la norma se entenderá por referencia y contrarreferencia al conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendidos de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda.

Los lineamientos para la Referencia y contrarreferencia a nivel de los diferentes grupos de población en general, constituyen una herramienta Administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención de las redes de salud pública y privada involucradas, con el objetivo de elevar la calidad de la atención que se brinde a la población sea integral, oportuna y de óptima con los recursos económicos, técnicos y humanos.

El procedimiento actual de la Normativa presenta una serie de deficiencias que no permiten la continuidad de la atención de los pacientes en la red lo cual también incide en la mala calidad de la prestación de servicios de salud.

Los principales problemas identificados son:

1. Desconocimiento por el personal de salud de la Norma y los procedimientos de Referencia y Contra referencia de los pacientes.
2. Falta de conocimiento por el personal de salud de las unidades de origen, de los servicios que ofertan cada uno de los establecimientos receptores de la red hasta el nivel de unidades de referencia nacional.
3. Deficiencias en la calidad de los traslados: No se evalúa correctamente la gravedad del paciente, la mayoría de las veces el paciente crítico es referido solo o acompañado por personal sin entrenamiento en urgencias.
4. Referencia inadecuada o no justificada, enviando pacientes a unidades distantes, cuando existen unidades de similar resolución a menor distancia. (Hospitales departamentales o bien regionales equipados).
5. Falta de asignación de presupuesto a las unidades de salud para los gastos operativos del traslado de pacientes. Las unidades de salud no cuentan con una adecuada flota vehicular u otros medios de transporte necesarios para que los traslados sean realizados en óptimas condiciones.
6. Fallas gerenciales y administrativas en el sistema implementado (suministro de papelería, flujo del paciente, procesos de registro, acceso a medicamentos, comunicación ineficiente entre las unidades de origen y la receptora y viceversa, etc.).
7. Falta de continuidad del diagnóstico y tratamiento de los pacientes referidos, por ausencia o inadecuada contra referencia.
8. Falta de monitoreo, supervisión y evaluación sistemática del Sistema de Referencia y Contra referencia en el ámbito del SILAIS y en el Nivel Central del MINSA. Se requiere un análisis conjunto de la problemática común de salud entre los diferentes niveles.

Referencia Adecuada: Es Cuando la referencia se ajusta a los criterios y parámetros considerados en la norma técnica de referencia y contrarreferencia de pacientes establecida por el Ministerio de salud, entre los que se destacan: traslado del paciente en medio de transporte confortable, acompañado por personal de salud técnicamente calificado de la unidad referente, con signos vitales estables para el traslado, formato de referencia - establecido por la norma técnica- llenado de manera adecuada, con letra legible y con los datos completos.

Contrarreferencia Adecuada: Es Cuando la contrarreferencia se ajusta a los criterios y parámetros establecidos en la norma técnica de referencia y contrarreferencia de pacientes establecida por el Ministerio de salud, entre los que se destacan: formato de contrarreferencia (establecido por la norma técnica) llenado de manera adecuada, con letra legible y con los datos completos, avalado por el recurso médico especialista de mayor jerarquía y recibido oportunamente por la unidad de salud para la continuidad de la atención y cuidado del paciente.

Principios básicos del sistema de Referencia y Contrarreferencia

1. Los mecanismos y procedimientos contenidos en ella presente norma técnica son de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos e instituciones que brindan servicios de salud en el país.
2. Los Directores de las unidades de salud serán los responsables del cumplimiento de todas las normas y procedimientos de Referencia y Contrarreferencia.
3. Los Directores de las unidades del sector salud nombrarán un responsable para la coordinación y el seguimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes, el cual funcionará como punto focal en todas las unidades del sector salud de los diferentes niveles de atención de todo el país.
4. Cuando la unidad de salud no tenga capacidad técnica ni de recursos para dar respuesta al problema de salud del paciente debe tramitar los Procedimientos de manera inmediata y oportuna de la Referencia a la unidad de mayor nivel de resolución.
5. Todo paciente referido debe ser aceptado en la unidad receptora Independientemente de errores en el proceso de referencia.
6. A todo proceso de referencia debe corresponder otro de Contrarreferencia.

7. Todo el personal de salud debe conocer los servicios que se prestan en las otras unidades de nivel superior y tener definido cuál es la unidad de referencia apropiada de acuerdo con el problema del paciente.
8. En el proceso de referencia o traslados de usuarios atendidos en situación de *Emergencia* se deberá aplicar las disposiciones *de la norma técnica respectiva*, (Conforme al reglamento de la Ley General de Salud. Arto. No. 225). Además de acatar los procedimientos generales y específicos que la presente Norma técnica dispone.
9. Todo usuario que acuda de manera espontánea a una unidad de salud de mayor complejidad debe ser atendido y posteriormente individualizado el caso contrarreferido. Solamente en aquellos casos que por la gravedad de la patología o riesgo de contagio o necesite estrecha vigilancia para dar continuidad a la atención recibida se considerará el seguimiento en esta unidad de salud.
10. Para la operativización de esta normativa se hace necesario la capacitación al personal de salud de todos los niveles de atención involucrada y su difusión a la población usuaria.
11. Los directores de los establecimientos de salud, deberán realizar gestiones para implementar una política de Motivación relacionada a la Referencia y Contrarreferencia Comunitaria.
12. Las unidades de salud implementarán un cuaderno o libro de registro donde se anotaran las referencias y contrarreferencia de las diferentes unidades utilizando el formato establecido para tal fin.

Diseño metodológico

7.1 Tipo de estudio.

De acuerdo al método de investigación el presente estudio fue observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento fue descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio fue retrospectivo; por el periodo y secuencia del estudio fue transversal.

7.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en la Clínica de la mujer “Blanca Nubia Picado” en el Hospital Victoria Motta, ubicada de la gasolinera UNO 2 cuadras al sur en el barrio 20 de mayo, Jinotega-Nicaragua.

7.3 Universo y Muestra.

Universo.

La población objeto de estudio fue definida por todas los pacientes con lesiones premalignas , que fueron atendidos en la Clínica de la mujer del Hospital Victoria Motta del municipio de Jinotega, a los cuales se les brindo atención por lesiones de bajo y alto grado del cérvix, durante el periodo de Julio a Diciembre 2018. En este contexto, la población objeto de estudio fue de **229** pacientes diagnosticados con lesiones precancerígenas del cuello uterino.

Muestra.

El tamaño de la muestra en el presente estudio, se correspondió con el criterio de censo de todos los pacientes disponibles para la población de estudio que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. El total de pacientes seleccionado en este estudio fue de **143** pacientes.

Para el caculo de la muestra utilizamos la siguiente fórmula:

$$n: \frac{Z^2 * p * q * N}{(e^2) (N- 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

- N es la población total de mujeres que acudieron a la clínica por presentar algún PAP alterado o que se detectó alguna lesión durante su visita en el periodo de estudio: 235.
- $Z_{\alpha/2} = 2.32$ (nivel de confianza de 95%)= 1.96
- P= proporción esperada en este caso el 50 %= 0.5
- $q = 1 - p$ (probabilidad en contra, en este caso el 50 %= 0,5
- e= error de muestra (en este caso deseamos un 5%= 0.05
- n= tamaño de la muestra.

Posteriormente para extraer la muestra seleccionada se realizó un muestreo estadístico de tipo no probabilístico por conveniencia en base a los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo la muestra que fue corroborado con el software estadístico Epi info CDC 2015 con un nivel de confianza del 95 %.

7.4 Unidad de análisis.

Pacientes diagnosticados con lesiones premalignas del cérvix, que fueron atendidos en Clínica de la Mujer “Blanca Nubia Picado” en el Hospital Victoria Motta del municipio de Jinotega y a quienes se le brindó atención en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de lesiones.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión para los casos:

- Pacientes que fueron atendidas en la Clínica de la Mujer del Hospital Victoria Motta en el periodo de estudio.
- Consentimiento del paciente.
- Expedientes clínicos completos.
- Confirmación diagnóstica de lesiones premalignas.
- Mujeres que se les realizó algún procedimiento terapéutico o diagnóstico de lesiones premalignas.

Criterios de exclusión

Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

7.5 Operacionalización de variables.

MOVI (Matriz de Operacionalización de variables.)

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativa o indicador	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable estadística	Categoría estadística.	
1) Describir las características sociodemográficas y ginecológicas que influyen en el proceso de atención de las mujeres que asisten a la clínica de la mujer.	conjunto de características biológicas y socioeconómi cas que estan presentes en la población sujeta a estudio,incluy endo algunos detalles ginecológicos.	Edad	Edad cumplida en años.	Aplicación de la ficha de recolección de datos.	cuantitativa discreta.	< de 15 años	
						15-24 años	
					25-34 años		
					35-44 años		
					45-54 años		
					55-64 años		
					65 a mas años		
		Procedencia	es el lugar de procedencia geográfica		cualitativa nominal.	urbana	
				rural			
		Nivel educacional	Años de estudio que la persona a concluido.	cualitativa ordinal	1. Analfabeta		
					2. Primaria		
				3. Secundaria			
				4. Universitario			
		Nivel socio económico	capacidad económica y social de un individuo.	cualitativa ordinal	1. Bajo		
					2. Medio		
				3. Alto			
		Tamizaje de PAP		antecedente de pap previo: procedimiento de un pap anterior.	cualitativa dicotómica	0 = si	
						1 = no	
				frecuencia de realización de pap: incidencia de pap realizado en un tiempo determinado.	Aplicación de la ficha de recolección de datos.	cuantitativa discreta.	2 veces/ año
							Anualmente
2 años							
3 años							
4 años y mas							
primera vez							
< 1 año							
1 a 2 años							
3 a 4 años							
> de 4 años							
nunca realizado							
intérvalo entre el último pap y el alterado: tiempo entre el ultimo pap y su diagnóstico							

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativa o indicador	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable estadística	Categoría estadística.
2) Identificar las demoras en relación a la atención de las pacientes con lesiones premalignas del cérvix que acuden a la clínica de la mujer	Retraso en el cumplimiento de los diferentes momentos de atención de la paciente con lesiones tempranas de cervix.	Demoras en la atención de pacientes con lesiones premalignas.	Tiempo de espera en la consulta.	entrevista a pacientes.	cuantitativa discreta.	< 1 hora
						1-2 horas
						3-4 horas
						> 4 horas
			Tiempo entre la toma del pap y su entrega de resultado alterado.		cuantitativa discreta.	1 mes
						2 meses
						3 meses
						> de 4 meses
			Tiempo entre la realización de la colpobiopsia y la obtención del resultado		cuantitativa discreta.	< de 15 días
						15 a 30 días
						30 a 45 días
						> de 45 días
			Tiempo entre el resultado de la biopsia y su procedimiento terapéutico	Revisión de la base de datos de la clínica de la mujer en el HVMJ contrastado con el expediente clínico.	cuantitativa discreta.	< 1 mes
						1 mes
						2 meses
						3 meses
						> de 4 meses
			Tiempo entre el procedimiento realizado y su primera evaluación postratamiento		cuantitativa discreta.	< 4 semana
						4-6 semanas
						6-8 semanas
						> 9 semanas
						Sin valoración
			Tiempo entre el procedimiento realizado y la fecha de seguimiento con citología de control.		cuantitativa discreta.	< de 4 meses
						4-6 meses
						7 meses
						8- 12 meses
						> 1 año
3) Determinar la aplicación del protocolo establecido para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones premalignas en la clínica de la mujer en base a las normativas del Minsa.	Cumplimiento de la normativa 037 y norma de CACU 2006 con sus protocolo de atención.	Diagnóstico	evaluación de la condición del paciente	Revisión expedientes clínicos y base de datos de la clínica.	cualitativa dicotómica	0= si
						1= no
		Tratamiento	procedimiento ante la presencia de una patología			0= si
						1= no
		Seguimiento	observación de la evolución y desarrollo de una patología.			0= si
						1= no
		consejería brindada	información brindada a las mujeres sobre su padecimiento por parte del personal			0= si
						1= no

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativa o indicador	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable estadística	Categoría estadística.
4) Describir si la clínica de la mujer cuenta con los recursos humanos, equipos, insumos médicos y no médicos necesarios para la atención de las usuarias en base a su demanda.	Necesidades básicas que garantizan una atención con calidad y calides en base a su demanda.	Equipos	dispositivo médico operacional y funcional.	inspección en las unidades y aplicación de un check list	cualitativa dicotómica	0 = si
						1= no
		Insumos médicos	sustancia empleada para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades.			0 = si
						1= no
		Insumos no médicos	material utilizado para el diagnóstico de enfermedades.			0 = si
						1= no
		Recursos humanos	# de personal capacitado que brinda atención directa en salud			suficiente
						insuficiente
5) Evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que son atendidas en esta unidad.	Evaluación del flujo de atención que garantice un servicio con calidad, accesibilidad y continuidad al paciente.	Referido	mecanismo de atención y seguimiento en los diferentes niveles de atención a través de la RIS.	revisión de expedientes clínicos y libro de registro de referencia y contrarreferencia.	cualitativa dicotómica	Adecuado
						Inadecuado
		Contrarreferido				Adecuado
						Inadecuado

Variables por objetivo específico

Características sociodemográficas y ginecológicas

- Edad.
- Nivel educacional.
- Procedencia.
- Nivel socioeconómico.

Tamizaje de PAP:

- antecedente de Pap previo.
- frecuencia de realización de Pap.
- Intervalo entre el último Pap y el alterado.

Demoras de atención:

- Tiempo de espera en la consulta.
- Tiempo entre la toma del Pap y su entrega de resultado alterado.
- Tiempo entre la realización de la colpobiopsia y la obtención del resultado.
- Tiempo entre el resultado de la biopsia y su procedimiento terapéutico.
- Tiempo entre el procedimiento y la primera evaluación pos tratamiento.
- Tiempo entre el procedimiento realizado y la citología pos tratamiento.

Cumplimiento del protocolo de atención:

- Diagnostico.
- Tratamiento.
- Seguimiento.
- Consejería brindada.

Insumos necesarios para la atención:

- Equipos médicos.
- Insumos médicos.
- Insumos no médicos.
- Recursos humanos capacitados necesarios.
- Infraestructura.

Sistema de referencia y contrarreferencia:

- Referencia.
- contrarreferencia.

- Flujo de atención.

7.6 Método, Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Para obtener la información necesaria de los resultados se utilizó la técnica de revisión documental de los expedientes clínicos al área de estadística, utilizando como instrumento el formulario destinado a ese fin; además se contactaron algunas pacientes por vía telefónica para invitarlas a participar en el estudio posteriormente, mediante visita domiciliaria concertada, se brindó una explicación detallada de la investigación y en caso de aceptación voluntaria, se procedió a la recolección de parte de la información ya que el resto de mujeres en estudio se tuvo contacto al momento de la consulta.

Posteriormente se llenó la ficha de recolección de información, para obtener datos de las características sociodemográficas de interés en el estudio como la edad, procedencia, nivel socioeconómico, nivel educacional, y algunas características ginecológicas de las pacientes en cuanto al tamizaje de Pap; además se recolectó información del diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para evaluar el cumplimiento de normas y protocolo (Ver anexo 6 y 7).

Se aplicó un *check list* sobre los equipos e insumos médicos y no médicos necesarios con los que cuenta la clínica para garantizar servicios con calidad y calidez. Ver anexos (cuadro 18).

7.7 Plan de Tabulación y Análisis de Datos e Información

A partir de los datos que sean recolectados, se diseñará la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows; luego de realizado el control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes para la distribución de las variables de forma medible en nominal u ordinal, esto permitió detallar con mayor claridad los resultados, realizando asociación de los mismos contra la información teórica para ser analizada;

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (*cuantitativas o cualitativas*) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, fueron

realizados los análisis descriptivos correspondientes para las variables nominales transformadas en categorías, El análisis de frecuencia, para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizarán las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas.

Se utilizó Microsoft Office Word para el informe, Excel para las tablas de resultados y Microsoft Office Power Point para la presentación de la información.

Fuente de información

- Expedientes clínicos de pacientes atendidos en esta unidad.
- registro de datos estadísticos vitales en el departamento de estadística del hospital.
- base de datos de registro de pacientes atendidas, diagnosticadas y manejadas en la clínica de la mujer del hospital victoria Motta.
- base de registro en el área de patología.
- Libro de registro de referencias y contrarreferencia de la clínica

Consideraciones éticas

Dadas las características de este estudio, los cuestionarios o encuestas fueron identificados con número y no con el nombre del paciente lo que garantizaría la confidencialidad de la información. La información se manejó confidencialmente y solo para efectos del estudio; se obtuvo la autorización para la realización de este estudio por parte de las autoridades correspondiente del hospital.

Trabajo de campo

Se solicitó la autorización para el estudio por medio de una carta dirigida al director del Hospital Victoria Motta; el trabajo de campo se inició con la elaboración de las fichas de recolección de datos durante los meses de agosto a septiembre 2019, se recolectó la información, los expedientes de los pacientes fueron ubicados en el área de estadística. Las fichas fueron aplicadas por el investigador, una vez terminada los formularios completos fueron ingresados y analizados.

Resultados

Se estudiaron un total de 143 pacientes, donde la edad promedio de mujeres con lesiones fue de 40 años, observando que el grupo de edad que predominó fueron las de 35 - 44 años con el 29 %, seguido de las de 25-34 años con el 22 %, de 45-54 años el 17 %, 15-24 años con el 14 %, 55-64 años el 13 % y en menor porcentaje las de 65 a mas años con el 5 %. *Ver anexo (Cuadro 1).*

La mayor cantidad de pacientes asistentes a la clínica venían principalmente del municipio de Jinotega con un 30.8 %, seguido del municipio de Yalí con el 27.4 %, San Rafael del Norte con el 12.3 %, el Cuá con el 7.5 %, wiwili con el 6.8 %, y en menor porcentaje los municipios de Pantasma, la concordia con el 5.5 % y Bocay apenas con el 2.1 %. Donde el 66.4 % de mujeres provenían principalmente del sector rural *Ver anexo (Cuadro 2).*

En relación a la escolaridad, el 55 % tenían bajo nivel de escolaridad cursando la primaria, el 24 % aprobando la secundaria, seguido del nivel universitario con el 11 % y por último los analfabetas apenas con el 10 %. *Ver anexo (cuadro 3).*

La mayoría de la población en estudio pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, representando por el 53.8 %, seguido de la clase media y la clase alta con un 32,9 % y el 13.3 % respectivamente. *Ver anexo (Cuadro 4).*

El intervalo entre el último PAP realizado previo al PAP alterado fue de 1-2 años representado por con el 44.8 %, los de > de 4 años representaron el 21%, los de 3-4 años el 15.4 % donde además el 9.1 % nunca se realizo un Pap previo, y estos se realizaban el Pap con una frecuencia anual en el 43.4 %, seguido de los que frecuentaban cada 2 años con el 20.3 %, de 3 años con el 13.3 %, 2 veces al año el 9.1 % y por ultimo > de 4 años con el 4.9 % . *Ver anexo (cuadro 5, 6.)*

El tiempo que espero el paciente para ser atendido al momento que acude a la clínica fue principalmente de 2 horas en un 42 %, seguido de 1 hora con el 23 %, los que esperaron 3

hras con 20% y resultados similares los que esperaron < del hra y más de 4 hras con el 8%. *Ver anexo (cuadro 7).*

El tiempo que esperó el paciente para obtener el resultado de Pap luego de su realización, refiriendo que fue de forma rápida en un 79.7 %, (114 pacientes) generalmente en los primeros 30 días de realizado, seguido a quienes se les entregaban a los 2 meses con el 14.7 % y en menor porcentaje a los 3 meses con un 3.5 %. *Ver anexo (cuadro 8).*

El tiempo que transcurrió entre la realización de la colpobiopsia y la obtención del resultado predominó el rango de 30 a 45 días, representando el 59.4 % seguido a quienes se les ha entregado a los 15-30 días con el 23.8 % y en menor porcentaje a quienes se le entregó en un plazo menor de 15 días en un porcentaje de 12.6 % *Ver anexo (cuadro 9).*

Tiempo que transcurrió entre la obtención del resultado de la biopsia y su procedimiento terapéutico fue representativo en el 55.2 % a quienes se le realizó su tratamiento en los primeros 7 días, seguido las de 7-14 con el 24.5%, de 15-30 días representaron un 12.6 % y un menor porcentaje menor las de 30-45 días y mayores de 45 días con un 6.3 y un 1.4 % respectivamente. *Ver anexo (cuadro 10).*

Tiempo que transcurrió entre el procedimiento realizado y su primera evaluación por el personal de salud, encontrando el 72 % valorado entre las 4-6 semanas, el 11.9 % no fue valorada, mientras que el 8.4 % fue valorada entre las 6-8 semanas, y en menor porcentaje las valoradas en < de 4 semanas y > de 9 semanas con el 6.3 % y 1.4 % correspondientemente. *Ver anexo (cuadro 11)*

Tiempo que transcurrió entre el procedimiento terapéutico realizado y la fecha que se le realizó su citología de control para seguimiento, estuvo consignada con el 53.1 %, realizando la citología de control entre los 4 – 6 meses, seguido los de 7 meses con el 32.9%, por último los < de 4 meses y > de 8 meses con el 7.7 % y 6.3 % *Ver anexo (cuadro 12).*

En el reporte citológico las LEIBG predominaron en el 61.5 % de las Citologías. (Cuadro 11), Mientras que las LEIAG mostraron un comportamiento del 38.5 %, El total de lesiones estaban asociados al VPH en el 50.3 % (72). *Ver anexo (Cuadro 13).*

El diagnóstico por colpobiopsia fue realizada al 97.9 % (140) del total de pacientes, reportando que el 59.4 % con LEIBG, mientras que las LEIAG se diagnosticó un 32.9 %, del total de muestras resultaron negativas el 5.6 % (8), Observando que existe una disociación cito-histológica. *Ver anexo (cuadro 14).*

En relación al procedimiento realizado el 51 % fue a través de crioterapias, el 29.4 % conización por asa diatérmica, y el 1.4 % histerectomía; el 5.6 % de los resultados la biopsias fueron negativas y en otras situaciones el procedimiento se les reprogramó en su municipio *Ver anexo (cuadro 15).*

Al 94 % (29) de mujeres con LEIAG (NIC2) se les realizó Conización, y 2 paciente fueron manejadas con crioterapia y solamente en una se observó persistencia de la lesión, al igual que los otros casos de LEIAG solo 2 casos de conización reportó márgenes tomados por la lesión. *Ver anexo (cuadro 14,16).*

De los 117 procedimientos realizados el 90.5 % de pacientes presentaron en las citologías de control con reportes negativos en los primeros 4 a 6 meses pos tratamiento; Las citologías alteradas durante su seguimiento fue del 9.4 % de la muestra (11 pts.), 9 pacientes manejadas con crioterapia y 2 paciente se le realizó Conización como manejo inicial. *Ver anexo (cuadro 16).* Al evaluar el seguimiento de mujeres con LEIBG el 8.2 % (8 pacientes), de este grupo posterior a su primer manejo con crioterapia mostraron alteración en las citologías de control. *Ver anexo (cuadro 16).* Además se encontró que el 97.2 % (139) recibió consejería en todo el proceso de atención por parte del personal asistencial.

Con el formato de check list se determinó que la clínica cumple funcionalmente en todos sus aspectos, cuenta con 3 recursos de atención directa, contaba con los insumos y equipos necesarios para llevar a cabo los diferentes procedimientos; en cuanto a la infraestructura cuenta con 2 áreas de procedimiento que están bien equipadas, área climatizada, bien iluminada, con buena privacidad visual y auditiva; consultorios divididos únicamente por cortinas, con poca privacidad al interrogatorio o al brindar la consejería. *Ver anexo (Cuadro 18).*

El 72 % venían referidas de centros de salud y hospitales primarios, mientras que el 19.6 % de mujeres acudieron por demanda espontanea y el 7.7 % referidas del sector privado. *Ver anexo (Cuadro 17).*

No se aplica el sistema de contrarreferencia directa hacia las diferentes unidades con su debido formato para el seguimiento de forma estandarizada.

Análisis y discusión de resultados

Según la edad el promedio de edad de las mujeres que presentaron lesiones premalignas en el estudio fue de 40 años; de igual manera se observó que el 29 % de los pacientes atendidos se encuentra en el grupo de edades de 35-44 años. Estos resultados son similares a los encontrados por el Dr. Alfonso Mendoza en un estudio realizado en Colombia donde La mediana de la edad fue 38 años con predominio del grupo de 29-46 años. (Mendoza, 2012)

A pesar que la clínica de la mujer del Hospital Victoria Motta este localizada en la ciudad, el 67.1 % de mujeres provenían del sector rural, Jinotega y Yalí son los que cuentan con la mayor cantidad de población atendida, debido a que el municipio de Jinotega es quien presenta mayor número poblacional y Yalí carece de una clínica propia en su municipio para el manejo de las mismas.

El bajo nivel escolar que se reflejó en el estudio fue el 55 % de las mujeres que apenas habían terminado la primaria y un pequeño porcentaje no sabían leer. En muchos estudios realizados en México, Colombia y otros países de Latinoamérica, han considerado el bajo nivel de escolaridad un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer incluyendo el cáncer de cérvix y lesiones precursoras. Aunque también se observó que el 35 % habían terminado la secundaria o un nivel superior por donde este conocimiento les permitió a las mujeres un mayor cumplimiento en los tamizajes de prevención de cáncer de cérvix y una mayor adherencia al seguimiento posterior a los manejos de las lesiones premaligna.

La mayoría de la población en estudio pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, representando el 52.7 %, seguido de la clase media con un 32,8 %, todo esto lo podemos relacionar al pobre nivel educacional, lo que no les permite crecer económicamente.

El intervalo entre el ultimo PAP realizado, previo al PAP alterado que las pacientes se realizaron tanto en la clínica de la mujer como en otras unidades tanto públicas como privadas, la mayoría refirieron que tenían 2 años de habérselo realizado lo que representó el

28.1 % , donde las pacientes refirieron que no se habían realizado el Pap de control anual debido a que se les dificultaba por que tenían que cuidar a sus niños o no tenían dinero para viajar, sus esposos no las dejaban salir, o simplemente se les había olvidado; También tenemos las que tenían alrededor de 1 año de habérselo realizado estas representaron el 23.3 % de las mujeres que llevan su control anualmente ya que reconocen la importancia de realizarse sus chequeos frecuentemente, información recibida por el personal de salud a través de la consejería; importante mencionar las pacientes quienes nunca en su vida se habían realizado un Papanicolaou encontrando a 11 pacientes (entre 25-34 años), el cual representa el 7.5 % de la muestra, y con esto podemos hacer ver el trabajo orientado por el Minsa, sobre todo mejorar las coberturas de tamizaje de mujeres en edades de riesgo quienes pueden adquirir alguna LIE en algún momento de sus vidas y que gracias a esta tarea ayudamos a minimizar el daño en relación a esta patología.

En relación al tiempo que esperó el paciente para obtener el resultado de Pap luego de habérselo realizado, refirieron que fue de forma rápida, reportado por un 79.7 % de pacientes,(118 pacientes) generalmente en los primeros 30 días y que acudieron en busca de su resultado según la cita que les había orientado; mientras el 19 % que refirieron que fue algo tardado, ya que no acudieron a buscar su Pap en tiempo y forma ya que en el último trimestre del año se dedicaron a las actividades de cortes de café, y estos están movilizándose de un lado a otro, dificultando la localización de la misma, y el tiempo estuvo comprendido entre 2 y 3 meses.

En cuanto al tiempo que transcurrió entre la realización de la colpobiopsia y la obtención de sus resultados estuvo comprendido entre 30 – 45 días, en un 59.4 % que es un poco más de lo que tarda el resultado del Pap ya que en ocasiones los resultados son enviados a los municipios si así la paciente lo solicitara; los que luego son retirados por los sectores correspondientes para contactar a cada una de las mujeres y a la vez que se les hace entrega del resultado, se le brindan la consejería y se le realiza el procedimiento terapéutico en los primeros 7 días a un 55.2 % de los pacientes, cumpliendo los requisitos establecidos en la norma 0-37 para la realización de crioterapia por el personal capacitado en base al tipo de lesión.

Al evaluar el seguimiento de las pacientes posterior al tratamiento encontramos que el 91.4 % (107) de los pacientes que se les realizó su procedimiento se les realizó valoración en base a la evolución post-tratamiento entre los 4-6 semanas, donde no se presentaron eventos negativos en el proceso; mientras que en el segundo momento en el proceso de control citológico un poco más de la mitad de los pacientes se les logro realizar su citología de control entre los 6-7 meses representando un 89 %, a como lo establece la norma, posterior al tratamiento.

Los reportes de mujeres con Papanicolaou alterada fueron muy variables, desde infecciones por VPH, hasta lesiones intraepiteliales de alto grado como cáncer in situ; Como reportan los estudios epidemiológicos, las lesiones intraepiteliales de bajo grado son las alteraciones citológicas más frecuentes en mujeres que presentan una infección por el virus del papiloma humano, hallazgo que se reportó en 72 pacientes lo que representa el 50.3 % de las mujeres tratadas en la clínica; representando las LEIBG el 60.3 % de las citologías reportaron casos de ASCUS, ASC-H, LEIBG Y VPH. Mientras que las lesiones intraepiteliales de alto grado mostraron un comportamiento del 38.5 % de las citologías lo que incluye el grupo de los NIC II, NIC III y CA in situ.

Dado que el diagnóstico definitivo lo refleja la biopsia dirigida por colposcopia esta fue realizada al 97.9 % (143) del total de pacientes, reportando los siguientes diagnósticos por biopsia; el 59.4 % de las mujeres tenían lesiones intraepiteliales de bajo grado asociada a VPH(condilomas plano) o NIC1, acá tomaremos en cuenta que 7 pacientes de los cuales el resultado de la biopsia fueron negativos, lo que represento el 5.6 % de pacientes que por medio del Pap se catalogaban como lesiones de bajo grado, mientras que las lesiones de alto grado se diagnostico en un 32.9 %, distribuyéndose en NIC2 (21.7%), NIC3 (7.7%) y el 3.5 % restante fueron 5 casos de cáncer in situ. Al relacionar las lesiones intraepiteliales con la edad de las mujeres se observó que el 66.6 % (18 casos) de los NIC1 se presentaron en mujeres jóvenes (15 a 34 años) representando el 36 % de casos con lesiones premalignas entre estas edades; La literatura describe a la NIC1 como una patología que se presenta en mujeres jóvenes, a veces en la etapa de la adolescencia dado la mayor prevalencia del virus del papiloma humano en este grupo de edad en la que la mayoría de las veces remiten de forma espontánea en un período menor de dos años,

progresando solo un pequeño porcentaje a NIC2 para transformarse en una lesión de alto grado.

La década de los 30 y 40 años son las edades para diagnosticar las lesiones premaligna de cérvix de alto grado incluyendo el cáncer in situ, Esto explica también el menor porcentaje encontrado en mujeres mayores de 45-54 años (17%) y a medida avanzan que avanzan los años se van reduciendo el número de casos . Estos resultados fueron similares a los reportados en otros estudios dejando claro que las lesiones precursoras de alto grado de cáncer de cérvix se presentan con una mayor prevalencia en mujeres mayores de 30 años, edad en que las lesiones persistentes por virus de papiloma humano de alto riesgo son mayores.

El manejo se realizó en un periodo menor de 7 días en el 79 % de las mujeres posterior a que estas recibieran el resultado de la biopsia, mientras que el 7.7 % se les realizo su procedimiento terapéutico después de los 30 días, ya que al momento de la entrega del resultado cursaban con infecciones vaginales, quienes fueron puestas en tratamiento, y luego de terminarlo pasaron días en poder localizarlas en su comunidad. Es importante que las mujeres con lesiones pre malignas de cérvix esperen un lapso menor a 45 días para su tratamiento ya que cuando la espera se hace prolongada les crea una mayor tensión y muchas veces puede ser causa de abandono y una menor adhesividad al seguimiento.

En relación al manejo recibido por las pacientes, el 51 % fue a través de crioterapias, el 29.4 % conización por asa diatérmica y el 1.4 % histerectomía. Es conocido que el manejo que se le realizará a una paciente con lesiones de cérvix va a estar en dependencia del tipo y tamaño de lesión y otras características propias de la paciente como la edad, paridad, el deseo de conservar la fertilidad, entre otros, por tal razón todas las mujeres con endocervicitis crónica, NIC1 y VPH recibieron crioterapia por tratarse de lesiones de bajo grado.

Al 93.5 % (29) de mujeres con NIC2 recibieron manejo escisional a través de conización con ASA diatérmica, mientras que las 2 restantes se les realizo crioterapia y una de ellas posterior al Pap de control luego de 6 meses pos tratamiento, presento una lesión persistente, por lo que fue reintervenida para una conización con ASA diatérmica.

En los casos de NIC3 y cáncer in situ solo 1 caso de conización reporto márgenes quirúrgicos tomados por la lesión por lo que se le realizó una reconización.

El manejo de las mujeres NIC3 y cáncer in situ se basó en procedimientos de conización con asa diatérmica e histerectomía (33.6 % y 2.1 % respectivamente). Según la literatura consultada, la crioterapia produce tasas de curación mayores cuando las lesiones son de bajo grado. Las lesiones más graves (NIC3), especialmente las lesiones más grandes tienen bajas tasas de curación cuando se realiza crioterapia. La Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, en un informe emitido en el 2012 recomienda observación por un año y seguimiento con colposcopia y citología cada 6 meses cuando la lesión y la zona de transformación son totalmente visibles y el legrado endocervical es negativo. En mujeres mayores de 25 años con diagnóstico de NIC 2 y NIC 3 se recomienda tratamiento con escisión ya sea que la colposcopia sea satisfactoria o no.

Al analizar el seguimiento de mujeres con lesiones de bajo grado (NIC1/VPH) al 2.7 % (2 pacientes), de este grupo posterior a su primer manejo con crioterapia mostro progresión a NIC 2 luego de un Pap de control a los 6 meses por lo que fue necesario realizar conización por ASA Diatérmica; mientras que el 8.2 % presentaron persistencia de la lesión optando por realizarles a 4 de ellas una segunda crioterapia y a las 2 restantes conización con ASA diatérmica presentando una efectividad del 89%; Estudios revisados reportan una efectividad en la crioterapia del 89.5 al 90% y que esta va a depender del grado y tamaño de la lesión, siendo menos efectiva en los casos de NIC3.

Al analizar el seguimiento de las mujeres tratadas con crioterapia o por un procedimiento escisional, posterior al tratamiento el 91.4 % (107) fueron valoradas entre los 4-6 semanas para evaluar la evolución del tratamiento realizado, posteriormente una segunda valoración para el control citológico entre los 6-7 meses a un 86 % de las pacientes y en algunos casos con visualización por colposcopia y biopsia. La mayoría de las mujeres presentaron en las citologías de control reportes negativos a lesiones intraepiteliales en la primera toma realizada en los 6 meses pos tratamiento en un 90.5 %; mientras que porcentaje de mujeres que presentaron citología y biopsias alteradas durante su seguimiento fue del 9.4 % de la muestra (11 pts.), considerándose como lesiones persistentes por estar presentes en un

periodo de un año o menos; La persistencia de una lesión es un factor de riesgo importante para que una lesión progrese a cáncer invasor,

En total el 6.8 % de mujeres conizadas reflejaban márgenes quirúrgicos tomados por la lesión; Los márgenes quirúrgicos comprometidos representan un factor predictor de recurrencia, especialmente el endocervical. Sin embargo, un elevado porcentaje de estas pacientes no desarrollaran recurrencia, por lo tanto es preferible el seguimiento estricto cito-colposcópico cada 6 meses. El adecuado seguimiento permitirá el diagnóstico oportuno de eventual persistencia o recurrencia.

Hasta la fecha la citología sigue siendo uno de los métodos de seguimiento más utilizados en muchos países principalmente donde no se cuentan con pruebas de detección del ADN/VPV, por lo que recomiendan en estos casos que este sea con citología rutinaria para detectar precozmente casos de recidiva. Estos resultados reflejan que no todas las mujeres se adhieren al tratamiento por igual por lo que el seguimiento debe ser más dirigido a mujeres con riesgo de presentar recidiva o recurrencia.

Al corroborar los resultados obtenidos en la aplicación del formato de check list para evaluar si la clínica en donde se brindan los servicios de toma de Papanicolaou, crioterapias, colposcopias y biopsias de tejidos endo o exocervicales, cumple funcionalmente en todos sus aspectos encontramos que cuenta con 3 recursos que brindan atención directa: 1 médico especialista en Gineco-obstetricia contratado por 4 horas por la mañana, una enfermera especialista y una enfermera general, quienes se encuentran laborando de 7 am-3 pm de lunes a viernes.

Se constató que la clínica cuenta con los insumos y equipos necesarios para llevar a cabo los diferentes procedimientos, y que estos estén a disposición para garantizar una atención completa y con calidad; , se encontraron 5 colposcopio y únicamente utilizan 2 de ellos, debido a que solo son 2 recursos quienes están capacitados; en cuanto a la infraestructura cuenta con 2 ambientes equipados para realizar todos los procedimientos en base a los tipos de las lesiones intraepiteliales, cuenta con los servicios básicos dentro de la unidad, sin embargo no pasa así con los consultorios ya que están dentro de la instalación divididos

únicamente por cortinas, no existiendo tanta privacidad sobre todo cuando se lleva a cabo el interrogatorio o cuando se están brindando la consejería.

En cuanto al sistema de referencia y contra referencia, los pacientes son referidos de las unidades MINSA ya con el resultado de PAP alterado en un 72 % procedente de los diferentes municipios del SILAIS Jinotega, donde son referidos por criterios o sospecha de lesiones de alto grado para manejo en un segundo nivel de atención, donde el municipio de Yalí aporta el 27.4 % de pacientes referidos ya que en esta unidad no se cuenta con una clínica de la mujer para manejo de pacientes con lesiones de bajo y alto grado y tienen que ser referidas hasta la clínica de la mujer del HVMJ, seguido del municipio de Jinotega que aporta el 30.8 % de pacientes tomando en cuenta que el municipio cuenta con una clínica de atención de la mujer, donde se realizan procedimientos en pacientes con lesiones de bajo grado a través de la crioterapia, sin embargo solo el 80 % (36 pts.), de pacientes del municipio de Jinotega son referidos por una unidad de salud, mientras el otro 20 % (9 pts.) acudieron por demanda espontánea a la clínica a realizarse sus chequeos donde fueron diagnosticadas con alguna lesión Intraepitelial de cuello uterino.

Los pacientes que acuden por demanda espontánea a la clínica de la mujer referían que decidían acudir a esta unidad debido a que a los sectores a los que corresponden no tienen mucha confianza en el personal, ya que en ocasiones les enviaban el resultado con el brigadista u otra persona ajena a su persona, lo que conllevaba a malos entendidos; por lo que decidieron acudir a esta unidad a realizarse sus chequeos periódicos.

Pudimos constatar que no se aplica el sistema de contrarreferencia directa hacia las diferentes unidades con su debido formato para el seguimiento de estas pacientes de manera estandarizada, sino que solo se reportan vía telefónica al responsable del componente de cada municipio para dar seguimiento o para realizar la búsqueda de las pacientes que se encuentran inasistentes.

Al prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, estaríamos garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, sobre todo en el seguimiento de las mismas.

Conclusiones

Para responder a los objetivos definidos en el presente estudio y fundamentados en los resultados obtenidos en el mismo, sobre el funcionamiento de La Clínica de la Mujer con énfasis en pacientes con lesiones premalignas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el segundo semestre del año 2018, se procede a concluir:

1. Las lesiones premalignas del cérvix, se presentan en mujeres jóvenes, en edad reproductiva principalmente entre los 35-44 años, con un promedio de 40 años, la mayoría con nivel de escolaridad bajo, procedentes principalmente del área rural.
2. Las demoras encontradas en la atención de los pacientes que acudieron a la Clínica de la Mujer en el periodo de estudio fueron aceptables en base a los flujogramas establecidos en las normas y protocolos del Ministerio de Salud de Nicaragua.
3. El manejo de las mujeres con lesiones premalignas estuvo en dependencia del tipo de lesión, corroborando así el cumplimiento a la normativa 0-37 (protocolo del CACU a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia y la Norma técnica de prevención, detección, y atención del cáncer cervicouterino 2006).
4. Al realizar la evaluación de la clínica de atención a la mujer, pudimos constatar que cuenta con los recursos humanos, infraestructura, insumos y equipos básicos que garanticen una atención completa, confiable y oportuna.
5. Existe una falta de continuidad en el seguimiento de los pacientes, sobre todo en el sistema de contrarreferencia estipulado según la normativa 0-68 (Norma técnica de referencia y contrarreferencia.)

Recomendaciones

1. A la clínica de la mujer, crear estrategias a nivel interno que permitan llevar un seguimiento eficaz y con mayor énfasis en mujeres con factores de riesgo de presentar recidivas, recurrencia o progresión de las lesiones y que permitirá una mejor evolución, seguimiento y adhesividad de las mujeres en tratamiento.
2. Poner en práctica el sistema de referencia y contrarreferencia según la normativa 0-68 para contribuir a mejorar la gerencia de las unidades, fortaleciendo la coordinación con la red comunitaria, redes de salud pública y privada involucradas, con el objetivo de elevar la calidad de la atención que se brinde a la población en general mediante una atención integral, oportuna con optimización de recursos económicos, técnicos y humanos.
3. Realizar monitoreos, supervisión y evaluación sistemática del Sistema de Referencia y Contra referencia por parte del nivel local y a través del SILAIS e instaurar un análisis en conjunto de la problemática común de salud entre los diferentes niveles.
4. En el marco investigativo considerar este trabajo como el inicio de otras investigaciones con un período mayor de tiempo y que permita evaluar el seguimiento y eficacia de los diferentes tipos de tratamiento utilizados en las mujeres con enfermedades premalignas.

Bibliografía

Alzate A, V. J. (2010). Programas de atención a las personas. Aspectos básicos. Medellín Colombia: direccion seccional de salud.

Arrivillaga, M. (2019). Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia. Dpto El Cauca, Colombia: Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 18, núm. 37.

Arrivillaga, M. (2019). Barreras de acceso a los servicios de salud en mujeres con lesiones precursoras de CaCu. Cauca, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Arrossi S., T. L. (2015). Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer . The Lancet Glob Health , 16.

Aviles, R. C. (2011). Comportamiento de las lesiones premalignas de cervix en pacientes que acuden al servicio de consulta externe del Hospital Bertha Calderon Roque. Managua, Nicaragua.: Facultad de ciencias Medicas.

Calderón., A. G. (2017). conocimientos ,actitudes y practicas sobre la toma de papanicolaou en mujeres en edad fértil con vida sexual activa. Somoto, Madriz: repositorio de la UNAN.

Callejas V, M. (2016). Evolucion y seguimiento postratamiento de mujeres con enfermedades premalignas de Cervix. Managua, Nicaragua.: repositorio UNAN.

Castañeda, M. (2012). Cancer cervical como problema de salud pública y su relación con el VPH. Mexico: Universidad de Barcelona.

Castellsague, X. (2012). Epidemiología de la infección por VPH y del cáncer de cérvix. Nuevas opciones preventivas. Barcelona, España: SEMERGEN VOL 3.

Cielo Noreña, L. S.-A. (2010). Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. Medellín Colombia: unioversidad de la sabana, Aquichan.

Epidemiologia, S. e. (2012). Virus del Papiloma Humano y Cáncer. Valencia, España: EMISA.

FECASOG. (2016). Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones. San jose, Costra Rica: International health central America Institute foundation ISBN: 978-9930-9469-6-1 .

Guerrero Saenz, A. R. (2016). conocimiento y actitudes practicas sobre la citologia cervico vaginal en mujeres en edad fértil con vida sexual activa en la unidad de Presillas, Muelle de los Bueyes. Zelaya Central: repositorio UNEN.

Isaqui, L. S. (2016). Satisfacción de los usuarios con la atención en los consultorios médicos. Matanzas, cuba: rev.medica electron vol 40.

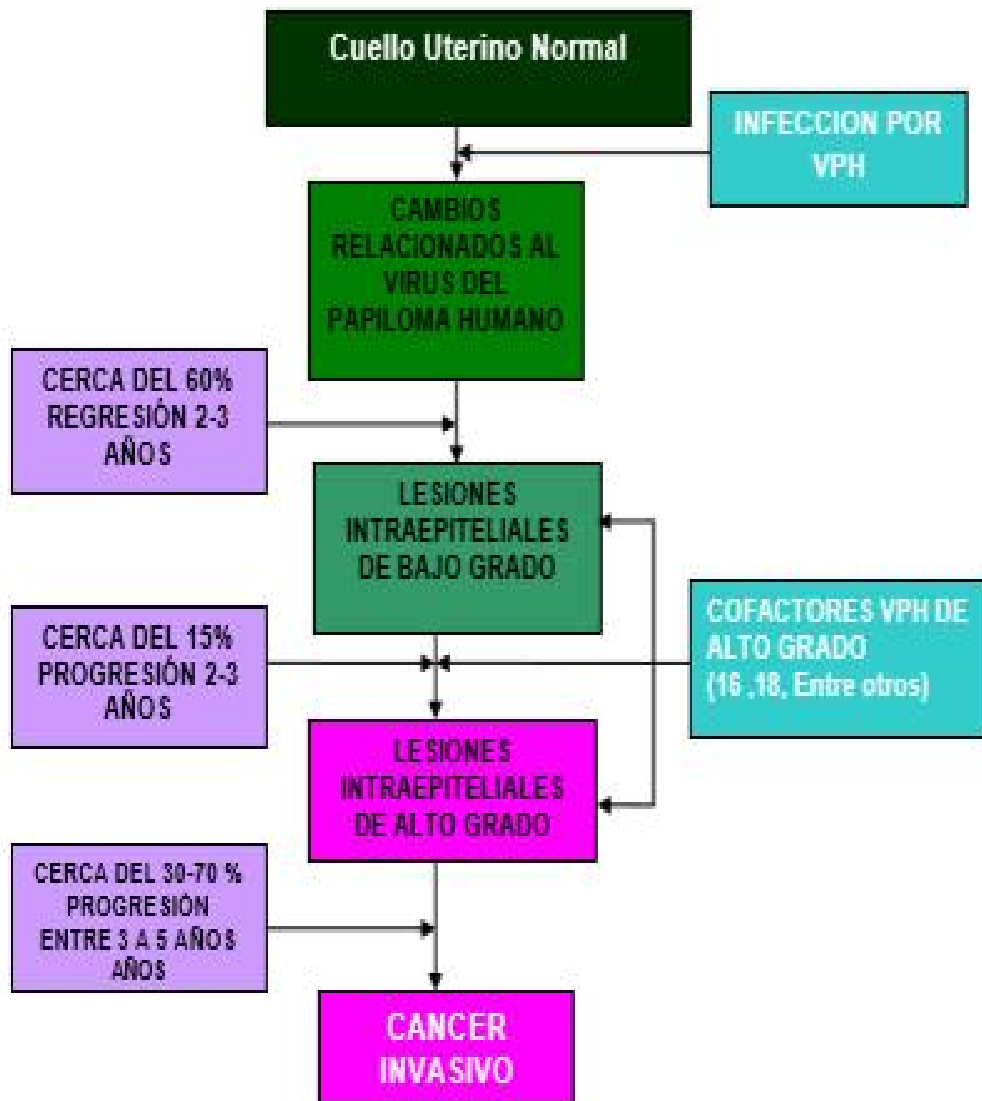
- Jawetz, M. &. (2016). microbiologia medica. italia: by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.
- Kain, W. C. (2018). Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones premalignas de cáncer cérvicouterino. Puerto Cabezas, Nicaragua: Revista universitaria del Caribe vol 21(02), 71-83.
- Kumar. (00 de Septiembre de 2015). Cervix premalignant and malignant neoplasias. madrid, españa: 8th edition.
- Lau serrano, M. V. (2012). Lesiones Preinvasivas de Cuello uterino. Gramma, CUBA: Revista cubana de Obstetricia y ginecologia.
- LEWIS, J. (2010). A situational analysis of cervical cancer in Latin America & the Caribbean. Washington, D.C: . PAHO.
- lewis, M. J. (2015). Analisis de la situacion del cancer cervicouterino en america latina y el caribe. ISBN,OPS , 22.
- Mairena centeno, k. M. (2016). factores y causas que influyen en la no realizacion del papanicolau en mujeres con vida sexual activa en las unidades de salud del municipio de Matagalpa. Managua: repositorio UNAM.
- matrona, E. (2015). Adherencia al tamizaje de cancer cervicouterino. Revista chilena de obstetricia y ginecologia .
- Mendoza, L. A. (2012). prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. , vol 77(2) 120-136.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, A. S. (2015). PREVENCION Y DETECCION TEMPRANA DE CANCER. Guatemala: MANUAL PARA TAMIZAJE DEL CANCER CERVICOUTERINO.
- MINSA. (2010). “PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CANCER CERVICO UTERINO A TRAVÉS DEL TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVVA) Y TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA. Managua,Nicaragua: NORMATIVA – 037 .
- MINSA. (2011). NORMA TÉCNICA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Managua, Nicaragua.: Dirección Superior del Ministerio de.
- Nazar hernandez, s. y. (2015). Protocolo para el Tamizaje y Tratamiento de Lesiones Premalignas para la Prevención del Cancer Cervicouterino. Honduras: monografía.
- Nicaragua-MINSA. (2006). Norma tècnica de prevenció, detecció y atenció del càncer cèrvico uterino. Managua, Nicaragua: 1ra edicion Managua.
- OMS. (2013). Definición de factores de riesgo para cancer cervicouterino. Organizacion Mundial de la Salud.

- OPS. (2015). Epidemiología del cancer cervicouterino en las americas. materiales de abogacia , 13.
- OPS. (2015). guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO , 13.
- OPS. (2002). Norma de prevención y atención del cáncer. Dpto AIMN.
- Ottaviano, & Torre, L. (2015). inspeccion visual del cuello uterino con Acido Acetico IVAA. Reseña critica , 18.
- Padilla, G. C. (2015). resultados de crioterapia en pacientes con lesion intraepitelial de bajo grado NIC I en el servicio de ginecologia del Hospital Bertha Calderon. Managua: repositorio UNAN managua.
- Palacio Leo, R. G. (2013). Cáncer cervical, una enfermedad de la pobreza: diferencias en la mortalidad por áreas urbanas y rurales en México. México: Sistema de salud pública.
- Paolino M, P. E. (2011). Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Avellaneda, Provincia de Buenos Aires.: Rev. Argent. Salud Públ.2(8):21-27.
- PATH. (1 de junio de 2017). Planificacion de accion para la prevencion del cancer. Recuperado el 13 de mayo de 2019, de HPVflash: <http://www.rho.org/aps/index.htm>
- Piñeros, M. (2015). Demoras en el Diagnostico y Tratamiento de mujeres con cancer de mama en Bogota , Colombia. Instituto de Cancerologia , 211.
- Rafael Lozano-Ascencio, M. (2014). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. morelos, mexico: Instituto para la metrica y evaluacion de la salud.
- Roquebert, M. (2015). Barreras y oportunidades en la atencion en salud en mujeres con cancer de mama. ciudad de panama.
- Ruano, Y. (2012). Factores determinantes en el seguimiento postconizacion por neoplasia intraepitelial. España: universidad de Oviedo.
- Salud, S. d. (2007). Manual de Procedimientos y Organización. México, D.F.: programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino .
- SOCIAL, M. D. (2015). PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER. Guatemala: MANUAL PARA TAMIZAJE DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.
- Social, M. d. (2008). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogota, Colombia: DC.
- Terán Y, M. P. (2015). Repercusión del cáncer cervicouterino en pacientes con limitaciones de acceso a los servicios de salud. . Mexico: Ginecol Obstet Mex.83:162-172.

Vargas, B. (2012). Abordaje, diagnostico y tratamiento de las lesiones preinvasivas del Cervix relacionadas al VPH en el Hospital Bertha Calderon Roque. Managua, Nicaragua: Facultad de ciencias medicas.

ANEXOS:

ANEXO 1
RESUMEN DE LA HISTORIA NATURAL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO



La evolución natural de las lesiones intraepiteliales (LIE), pueden proceder a regresión progresión en cualquiera de sus etapas.

**Anexo 2 CARTA DE AUTORIZACION POR LA DIRECCION DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL VICTORIA MOTTA EN EL MUNICIPIO DE
JINOTEGA.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
UNAN MANAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**



Dr. José Luis Reyes Largaespada
Director del HVMJ.

Su despacho.

Estimado Dr. Reyes:

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su autorización para la realización de mi tesis con el título **Evaluación del funcionamiento de la clínica de la mujer, con énfasis en pacientes con lesión premaligna de cérvix en el Hospital Victoria Motta- Jinotega, en el segundo semestre del año 2018.**

Debo mencionar que soy médico general, optando a la especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología. Walter N. Rodríguez Torrez con Ci: 361-150786-0002R; Laborando para el silais Jinotega desde el año 2013.

El instrumento que se utilizara para la recolección de la información será la aplicación de una encuesta de satisfacción del usuario en la clínica de la mujer, además se revisaran expedientes clínicos de pacientes que fueron atendidos específicamente en esta clínica.

Por tal razón solicito a usted como director de este hospital, me conceda el permiso para aplicar estos instrumentos con los usuarios de esta unidad.

Solo me resta mencionar mi agradecimiento a su apoyo en lo ante solicitado y deseándole éxitos en sus labores con su equipo de dirección.

Atentamente;

Dr. Walter N. Rodríguez Torrez

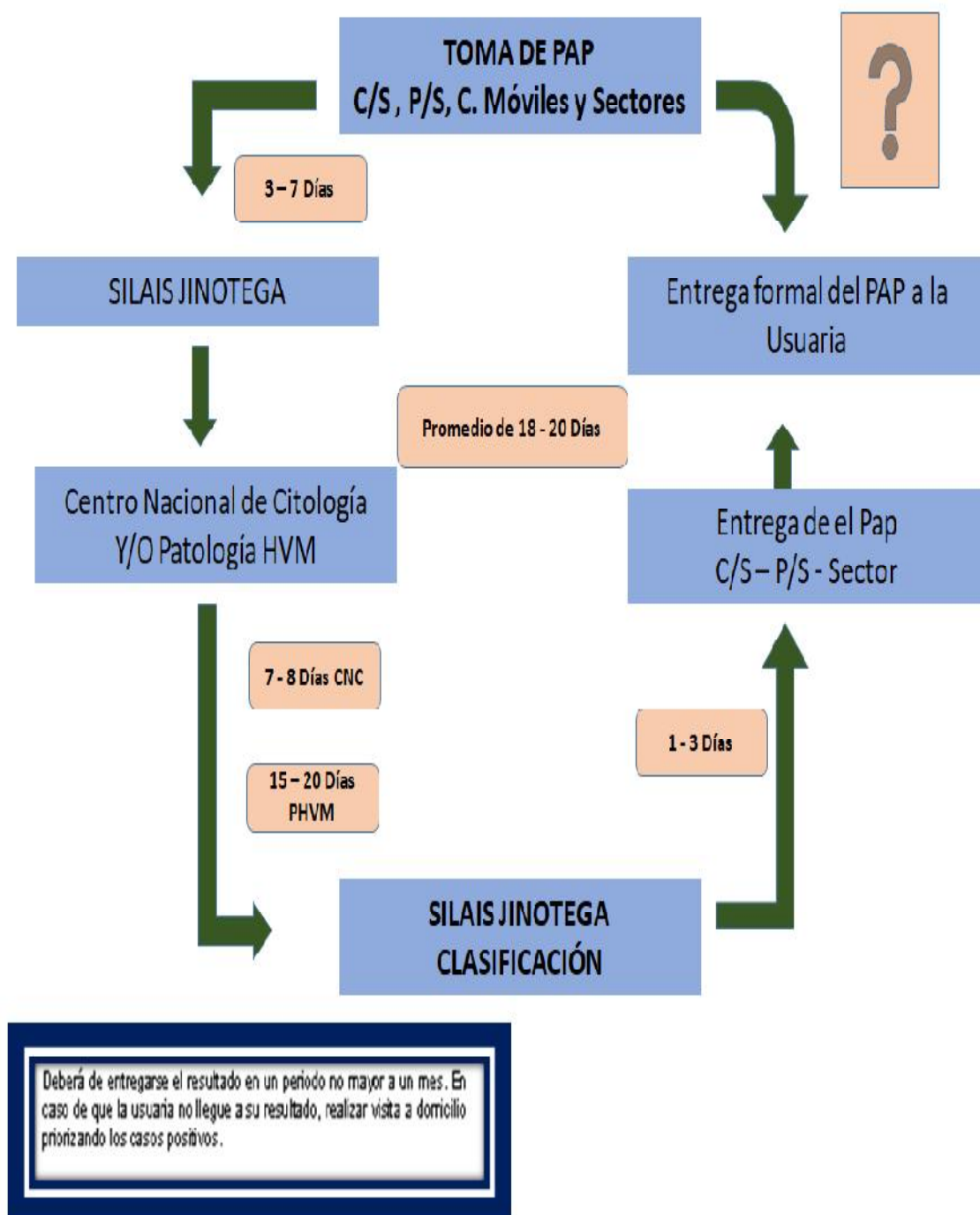
Cell: 8948-7635

Email: rolotorrez@yahoo.es

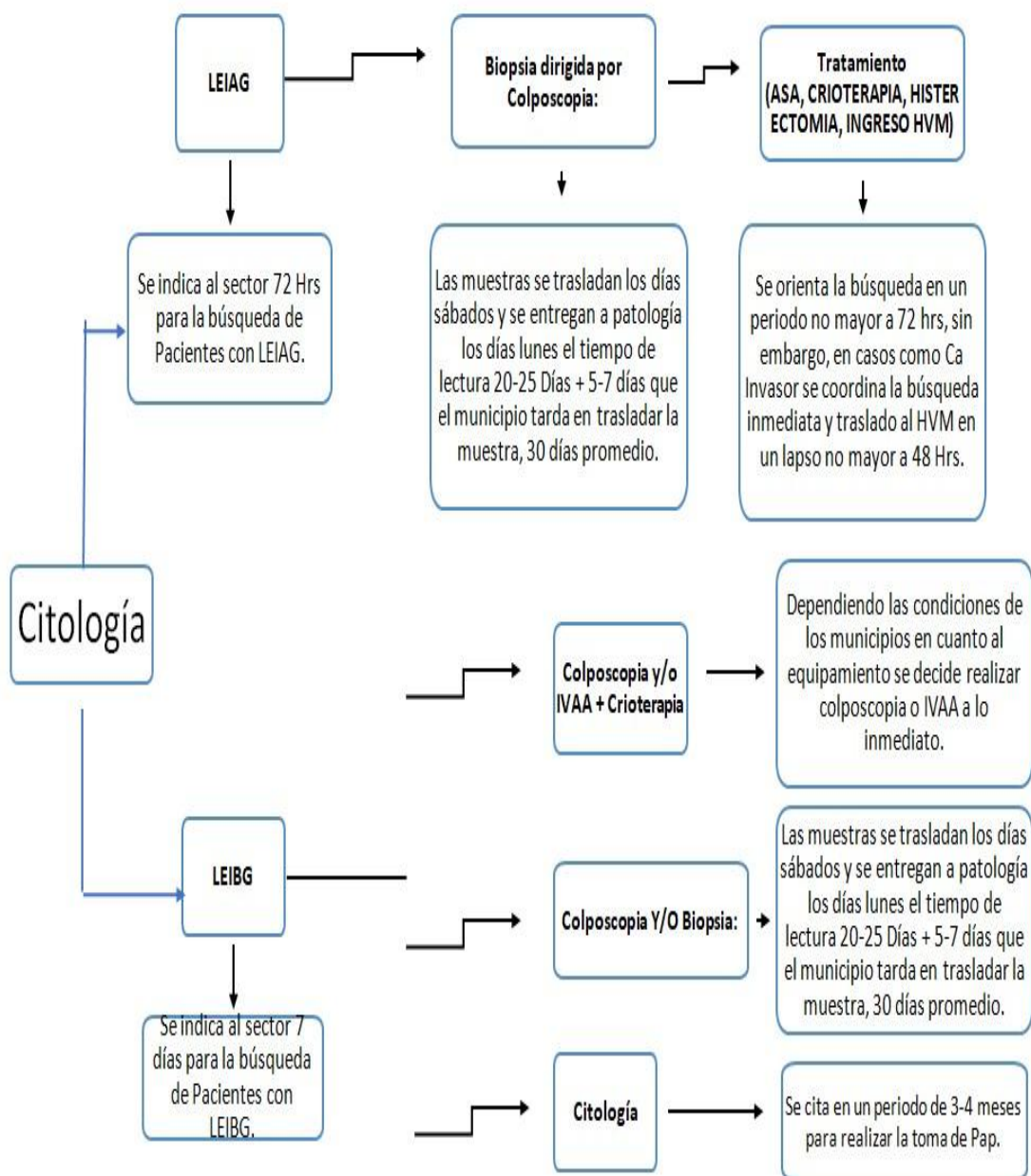
Anexo 3 Presupuesto

	CATEGORIA	RECURSO	DESCRIPCION	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	MONTO
Recursos disponibles		Equipo	Laptop	Personal	C\$0
		Equipo	calculadora	Personal	C\$0
		Equipo	Impresora	Personal	C\$0
		Vehículo	movilización	Personal	C\$0
Recursos necesarios	Gastos de trabajo de campo	Fotocopias	900 fotocopias de las encuestas	Personal	C\$1,600
		alimentación	en el tiempo de aplicar la encuesta a usuarias	Personal	C\$2,000
		Gasolina	Para traslados al lugar donde se aplicarán las encuestas.	Personal	C\$4,000
	Materiales	Papel, lápices, borrador, regla, encolochado y empastado	Hojas para la impresión de borradores	Personal	C\$350
	Imprevistos				C\$1,000
TOTAL					C\$12,100

Anexo 4 Flujograma del ciclo de toma del PAP hasta la entrega a la usuaria, establecido por el SILAIS Jinotega en base a la normativa de CACU.



Anexo 5 Flujograma de atención ante los diferentes tipos de lesiones (LEIBG Y LEIAG.)



Anexo 6 Instrumento de recolección de la información en el estudio de evaluación de la clínica de la mujer en el Hospital Victoria Motta de Jinotega.

Nº de ficha. 1 .

El presente formulario está diseñado con una serie de preguntas destinadas a dar solución a los objetivos de investigación planteadas en el estudio.

I. Factores socio demográficas

1. Edad: _____
2. Procedencia: urbano () rural ()
3. Nivel socioeconómico: bajo () medio () alto ()
4. Escolaridad: analfabeta () primaria () secundaria () universitario ()

II. Factores ginecológicos que influyen en el proceso de atención desde la captación, tratamiento y el seguimiento de pacientes:

1. **Antecedente de PAP previos.** Si () donde? _____ No ()
2. **Paciente acudió a retirar su resultado:** Si () No () fueron a buscarla? _____
3. **El reporte citológico se lo leyó un médico general** _____ **especialista** _____ **enfermera** _____
4. **El reporte lo entregaron conforme su cita:** si () No () porque?

No lo encontraron _____ le repitieron el PAP _____ paciente olvido retirar el resultado _____ tuvieron que citarla de nuevo _____ no tenia para el pasaje _____ el marido no la dejaba ir _____

5. **Antes del diagnóstico de la paciente el Pap era realizado con frecuencia de:** 2 v/año () cada año () Cada 2 años () cada 3 años () Nunca se realizó PAP ()

6. **Intervalo de tiempo entre el último PAP normal y el Pap alterado.** < 1 año _____ 1-2 años _____ 3-4 años _____ > 4años _____ Nunca realizado _____

7. **Tiempo entre la toma de PAP y su entrega al paciente:** <1 mes _____ 1 mes _____ 2 meses _____ 3 meses _____ más de 4 meses _____

8. Tiempo entre la realización de la colpo-biopsia y la obtención del resultado: < 15 días _____ 15-30 días _____ 30-45 días _____ > de 45 días _____.

9. Tiempo entre el resultado obtenido y su procedimiento terapéutico: < 1 mes _____ 1 mes _____ 2 meses _____ 3 meses _____ > de 4 meses _____

10. tiempo entre el procedimiento realizado y su primera evaluación post tratamiento:
< 4 semanas _____ 4-6 semanas _____ 6- 8 semanas _____ > 9 semanas _____ no fue valorada _____

11. tiempo entre el procedimiento realizado y su seguimiento con Pap de control:
< 6 meses _____ 6 meses _____ 7 meses _____ >8 meses _____

12. Que le impide no llegar a la unidad de salud para realizarse su tratamiento:
El trabajo en la casa _____ Los hijos _____ No le dan permiso en el trabajo _____ no tiene dinero para poder llegar _____ La atienden muy tarde _____ A su pareja no le gusta _____ le queda muy largo _____ No le gusta como la tratan _____ le da miedo _____ ya está aburrida _____ actividades laborales en cortes de café _____ ninguna de las anteriores _____

Otras preguntas:

1. Se siente satisfecha con la atención Si _____ más o menos _____ No _____

2. El trato que le dio el médico fue bueno _____ regular _____ malo _____

3. El trato de la enfermera fue bueno _____ regular _____ malo _____

4. Las condiciones de esta unidad la Consideró: Buenas _____ regulares _____ Malas _____

5. En cuanto al tiempo que esperó para obtener el resultado le pareció Muy bueno _____ más o menos _____ Muy tardado _____

6. El tiempo de espera para la atención fue: < 1 hora _____ 1 a 2 horas _____ 3 a 4 hras _____ más de 4 horas _____

7. El tiempo que tarda en la clínica desde que llega hasta que se va es < 2 hora _____ 2 a 4 horas _____ Más de 4 horas _____

ANEXO 7 Recolección de datos a través de revisión de expedientes y base de registro de la clínica.

III. Diagnostico realizado por:

1. PAP () 2. IVAA. () Colposcopia () 3. Biopsia ()
4. Todos los anteriores ().
2. biopsia con resultado negativo () biopsia no encontrada ()

IV. Manejo a través de:

1. Crioterapia () 2. Asa diatérmica () 3. Histerectomía ().
2. Procedimiento reprogramado: si () porque ? _____ No ()
3. procedimiento realizado en su municipio ().

V. Evolución del paciente desde su ingreso a la clínica:

1. Satisfactoria () 2. No satisfactoria ()

VI. Aplicación de normas y protocolos establecidos por el MINSA de prevención del CACU a través del IVAA y tratamiento con crioterapia. (N-037).

1. Si es menor de 25 años le realizan crioterapia: si () no ()
2. Paciente de 30-50 años le realizaron IVAA:
3. Si el IVAA fue positivo, le realizaron procedimiento inmediato: si () No ()
porque? _____
4. En pacientes post-menopáusicas con reporte de atrofia del cuello cervical, recibió tratamiento con estrógenos. Si () No ()
5. Si la paciente presentaba una infección vaginal se le reprograma cita para realizar procedimiento: si () No ().
6. Manejo del paciente: correcto () Incorrecto ()

VII. Consejería por parte del personal prestador del servicio después de la atención.

1. Si () 2. No ()

VIII. Sistema de referencia y contrarreferencia (N-068).

1. La paciente acudió con una referencia emitida por personal de otra unidad de salud cuando acudió a la clínica de la mujer?:

Si () que unidad? _____ No ().

2. La paciente es contra referida a su municipio correspondiente para seguimiento en el caso de presentar LIEBG o LEIAG. Si () No ().
Porque _____

3. Está definido un flujo de atención de estos pacientes, desde que son captados hasta la continuidad en su seguimiento a través de las redes integradas en salud?

Si () adecuado ____ inadecuado ____ No ()

Anexo de cuadros por objetivos específicos:

Cuadro 1 Edad por grupos etarios de mujeres con lesiones premalignas del cérvix en la clínica de la mujer del HVMJ.

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE %
15-24 AÑOS	20	14
25-34 AÑOS	32	22
35-44 AÑOS	41	29
45-54 AÑOS	24	17
55-64 AÑOS	19	13
65 A + AÑOS	7	5
TOTAL	143	100

Fuente: ficha de recolección de datos/ expediente clínico

Cuadro 2 Distribución de las mujeres con lesiones premalignas por municipio y procedencia geográfica

MUNICIPIOS	TOTAL	%	URBANA	%	RURAL	%
JINOTEGA	45	30.8	18	12.6	27	18.9
YALI	40	27.4	10	7.0	29	20.3
SAN RAFAEL DEL NORTE	18	12.3	5	3.5	11	7.7
WIWILI	10	6.8	3	2.1	7	4.9
CONCORDIA	8	5.5	5	3.5	3	2.1
EL CUA	10	7.5	4	2.8	7	4.9
PANTASMA	7	5.5	1	0.7	7	4.9
ESTELI	1	0.7	1	0.7	0	0.0
MATAGALPA	2	1.4	1	0.7	1	0.7
BOCAY	2	2.1	0	0.0	3	2.1
TOTAL	143	100.0	48	33.6	95	66.4

Fuente: ficha de recolección de datos/ expediente clínico

Cuadro 3 Nivel educacional adquirido por las pacientes en estudio.

NIVEL EDUCACIONAL	TOTAL	PORCENTAJE %
ANALFABETA	14	10
PRIMARIA	79	55
SECUNDARIA	34	24
UNIVERSITARIO	16	11
TOTAL	143	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Cuadro 4 Nivel socioeconómico de las mujeres de la clínica de la mujer en estudio.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	TOTAL	PORCENTAJE %
BAJO	77	53.8
MEDIO	47	32.9
ALTO	19	13.3
TOTAL	143	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos

Cuadro 5 Intervalo entre el último Pap sin LEI y el Pap alterado

INTERVALO ENTRE TOMA	EN OTRA UNIDAD	EN LA CLX DE LA MUJER DEL HVMJ	TOTAL	PORCENTAJE %
< DE 1 AÑO	11	3	14	9.8
1 a 2 AÑOS	44	20	64	44.8
3 a 4 AÑOS	18	4	22	15.4
MAYOR DE 4 AÑOS	16	14	30	21.0
NUNCA REALIZADO	8	5	13	9.1
TOTAL	97	46	143	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos. (Formulario)

Cuadro 6 Frecuencia con que se realizan el Pap.

FRECUENCIA DEL PAP	TOTAL	PORCENTAJE %
2 veces /año	13	9.1
Anualmente	62	43.4
2 años	29	20.3
3 años	19	13.3
4 años ó mas	7	4.9
Primera vez	13	9.1
Total	143	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos. (Formulario)

**Cuadro 7 Tiempos de espera de los pacientes para recibir
Atención en la Clínica de la mujer.**

TIEMPO DE ESPERA EN LA CLÍNICA PARA SER ATENDIDAS	TOTAL	%
< DE1 HORA	11	8
1 HORA	33	23
2 HORAS	60	42
3 HORAS	28	20
4 HORAS A MAS	11	8
TOTAL	143	100

Fuente: ficha de recolección de datos. (Formulario)

Cuadro 8 Tiempo entre la realización del Pap y la entrega de resultado al paciente.

Tiempo	total	%
1 mes	114	79.7
2 meses	21	14.7
3 meses	5	3.5
> de 4 meses	3	2.1
Total	143	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos. (Formulario)

Cuadro 9 Tiempo entre la realización de la colpobiopsia y la obtención del resultado

Tiempo	total	%
< 15 días	18	12.6
15 - 30 días	34	23.8
30 - 45 días	85	59.4
> de 45 días	6	4.2
Total	143	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos. (Formulario)

Cuadro 10 Tiempo entre la obtención del resultado de biopsia y su procedimiento terapéutico

Tiempo	total	%
< 7 días	79	55.2
7 a 14 días	35	24.5
15 a 30 días	18	12.6
30 a 45 días	9	6.3
> de 45 días	2	1.4
Total	143	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos. (Formulario)

Cuadro 11 Tiempo entre el procedimiento realizado y su primera evaluación médica post tratamiento

Tiempo	total	%
< 4 semanas	9	6.3
4-6 semanas	103	72.0
6-8 semanas	12	8.4
> 9 semanas	2	1.4
No fue valorada	17	11.9
Total	143	100.0

Fuente: base de datos de la clínica y exp. Clínico

Cuadro 12 Tiempo entre el procedimiento realizado y la fecha de seguimiento a través de la citología

Tiempo	total	%
< 6 meses	11	7.7
6 meses	76	53.1
7 meses	47	32.9
> de 8 meses	9	6.3
Total	143	100.0

Fuente: base de datos de la clínica y exp. Clínico

Cuadro 13 diagnósticos reportados por Pap y su relación con el VPH.

DX REPORTADOS POR PAP		TOTAL	%		ASOCIACION CON VPH	%
LIEBG	ASC-US	25	17.5	61.5% (88)	17	50.30%
	ASCH	5	3.5		3	
	LEIBG	48	33.6		26	
	VPH +	10	7.0		0	
LIEAG	NIC II	6	4.2	38.5%(55)	4	
	NIC III	1	0.7		0	
	LIEAG	48	33.6		22	
TOTAL		143	100	100%	72	

Fuente: expediente clínico y base de datos de la clínica

Cuadro 14 diagnósticos reportados por Biopsia realizadas a mujeres con lesiones premalignas del cérvix en la clínica de la mujer del HVMJ.

DX REPORTADOS POR COLPOBIOPSIA		TOTAL	%		DIAGNÓSTICOS CONFIRMADOS	DIAGNÓSTICOS DESCARTADOS
LEIBG	ENDOCERVICITIS CRONICA	18	12.6	59.4%	92.3%	5.60%
	CONDILOMA PLANO	40	28.0			
	NIC 1	27	18.9			
	TOTAL	85	59.4			
LIEAG	CA IN SITU	5	3.5	32.9%		
	NIC 2	31	21.7			
	NIC 3	11	7.7			
	TOTAL	47	32.9			
	BIOPSIAS NEGATIVAS	8	5.6			
SESGO	PACIENTES SIN RESULTADO DE BIOPSIA EN EXPEDIENTE Y BASE DE DATOS.	2	1.4	2.1%		
	MUESTRA INSUFICIENTE	1	0.7			
TOTAL		143	100.0	100%		

Fuente: expediente clínico y base de datos de la clínica

Cuadro 15 situaciones encontradas en relación al procedimiento de cada paciente en base al tipo de lesión.

PROCEDIMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
CRIOTERAPIA	73	51.0
ASA DIATERMICA	42	29.4
HISTERECTOMIA	2	1.4
BIOPSIA NEGATIVA	8	5.6
NO SE ENCONTRO RESULTADO	2	1.4
MUESTRA ESCASA	1	0.7
PAP DE CONTROL EN 6 MESES	5	3.5
INASISTENTE	5	3.5
REPROGRAMACION DE CRIO EN SU MUNICIPIO	5	3.5
TOTAL	143	100.0

Fuente: expediente clínico y base de datos de la clínica

Cuadro 16 Resultados obtenidos en el seguimiento de pacientes pos tratamiento a través de citologías de control.

LESIONES	PROGRESION	%	PERSISTENCIA	%	SATISFACTORIO	%	Total
LEIBG	2	2.7	6	8.2	65	89.0	73
LEIAG	0	0	3	6.8	41	93.1	44
TOTAL	2	0	9	0	106	0	117
%	1.7		7.7		90.5		100%
PAP DE CONTROL ALTERADO	9.40%						

Fuente: base de registro de la clínica contra expediente clínico.

Cuadro 18 Referencias de pacientes atendidos en la clínica de la Mujer.

REFERENCIA	TOTAL	%
CENTRO DE SALUD/ HOSP. PRIM.	103	72
CLINICAS PRIVADAS	11	7.7
DEMANDA ESPONTANEA	28	19.6
COMUNITARIAS	1	0.7
TOTAL	143	100.0

Fuente: libro de registro de atención de pacientes.

Cuadro 17 CHECK LIST CLÍNICA DE LA MUJER DEL HVMJ

Recursos Humanos ,infraestructura, Equipos , insumos médicos y mobiliarios con los que cuenta la clínica de la mujer del Hospital Victoria Motta de Jinotega.

		SI	NO	cantidad
1	Recursos Humanos capacitados para brindar la atención.	x		1 ginecólogo(4 hrs), 1 Lic en enfermería y colposcopista,y una enfermera general encargada de la toma PAP.
2	areas de procedimiento	x		cuenta con 2 áreas acondicionadas y equipadas.
3	consultorios acondicionados		x	no tiene condiciones de privacidad, solo estan divididos por cortinas.
4	servicios higiénico sanitarios	x		1 utilizado por el personal y los pacientes.
5	Camilla Ginecológica con su gradilla.	x		3
6	Bata para los pacientes	x		15
7	Mampara	x		3
8	Sábanas	x		12
9	Lámpara cuello de cisne.	x		3
10	Espéculos de tres tamaños.	x		suficientes
11	Guantes descartables	x		suficientes
12	Hoja de solicitud de citología cervical	x		suficientes
13	Fijador Cito- spray o alcohol de 95 % con atomizador	x		4
14	Laminas porta - objetos	x		suficientes
15	Espátulas de madera (Ayre) o citocepillo.	x		suficientes
16	Porta- laminas		x	no se encontraron portaláminas
17	Torundas	x		suficientes
18	Gasas	x		suficientes
19	Solución Salina fisiológica	x		suficientes
20	Colposcopio	x		5 (las personas capacitadas son solo 2)
21	Hoja de solicitud de Colposcopia	x		suficientes
22	Acido acético al 3 - 5%	x		2 frascos
23	Solución de Lugol.	x		2 frascos
24	Pinzas de ojo(Forester)	x		10
25	Pinza para biopsia	x		10
26	Taponamiento vaginal	x		suficientes
27	Aplicadores con punta de algodón	x		suficientes
28	Tanque de oxido nitroso	x		4
29	Manómetro	x		5
30	Evacuador de humo	x		1
31	Electrocauterio con sus bases de rodo	x		2
32	Electro quirúrgico para ASAS térmicas	x		2
33	Succionador	x		1
34	Equipo de diatermia – coagulación.	x		2
35	pistola para crioterapia.	x		5
36	criosondas de diferentes tamaños.	x		5 por cada equipo.
37	casos cilindricos o cuadrados	x		8
38	Mesas de mayo.	x		3
39	solucion de cloro al 5 %	x		2 galones
OTROS EQUIPOS Y MOBILIARIOS				
40	Computadora para registro de pacientes	x		1
41	Sillas giratorias para el personal	x		1
42	Aire acondicionado	x		1
43	Gaveteros.	x		3
44	Pizarras acrílicas.	x		2
45	Impresora.	x		1
46	Escritorios	x		2
47	Botes de basuras	x		5
48	Sillas de rueda	x		1
49	Banca para la sala de espera de los pacientes.	x		2 bancas con capacidad para 14 personas
50	sillas para pacientes	x		3

Fuente: base de activo fijo del área de contabilidad del HVMJ.