

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



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

**COMPORTAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO
DE CUELLO UTERINO DE MUJERES PROCEDENTES DEL SECTOR SUR DEL
MUNICIPIO DE GRANADA. ENERO A DICIEMBRE 2017.**

Autora:

Dra. Mercedes Amalia Mena Ticay

Tutor:

Dra. Fabiola Mercedes Alguera Pérez
Especialista en Ginecología y obstetricia

Asesor Metodológico:

Dr. Eladio Meléndez Alvarado. MSSR
Epidemiólogo HAJN – Granada

Managua 2019

CONTENIDO

I-INTRODUCCIÓN	7
II-ANTECEDENTES	9
III-JUSTIFICACIÓN	11
IV-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V-OBJETIVOS.....	13
VI-MARCO TEÓRICO	14
VII-DISEÑO METODOLÓGICO	32
VIII-RESULTADOS	39
IX-DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
X-CONCLUSIONES	44
XI-RECOMENDACIONES	45
XII-BIBLIOGRAFÍA	47
XIII-ANEXOS	50

DEDICATORIA

***A Dios** que siempre me ha amado y a mis hijos por haberle dado sentido a mi vida.*

***A MI FAMILIA:** Por todo el apoyo moral, espiritual y afectuoso que me brindaron en todo momento y me impulsaron a seguir adelante para ser mejor profesional.*

***A I@S TUTOR@S:** Por su apoyo incondicional y su abnegada cooperación docente y facilitarme sus conocimientos y orientación con paciencia en cada momento.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por llevar a mi vida sus planes perfectos.

A mi abuelo por darme tantos consejos y darme la oportunidad de estudiar.

A mis padres por haberme hecho fuerte

A mis hijos por darme tanto de su tiempo

A mi Familia, Amigos por sus consejos y apoyo en momentos difíciles.

OPINION DEL TUTOR

Tengo a bien presentar la tesis "Comportamiento de las lesiones intraepitelial de bajo grado de cuello uterino de mujeres procedente del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017."

La Dra. Mercedes Amalia Mena Ticay es la autora de dicho trabajo. Ella ha demostrado desde el inicio del proceso de investigación responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

El tipo de lesión intraepitelial de bajo de grado en cérvix es el Acetoblanco fino tenue identificado en más de la población afectada y corroborado solo en la mitad de esta proporción con la realización de biopsia, se identificó un porcentaje que por este método no presento ningún tipo de lesión y otro porcentaje en ambos no mayor de 6.0% con lesión maligna. Ante esta situación entonces es importante señalar que las pacientes que no tuvieron control ni seguimiento pueden incrementar uno de los resultados mencionados. Este comportamiento demuestra la importancia que el personal médico asistencial tiene que efectuar, ya que la mayoría de las mujeres afectadas se observan que cuentan con condiciones carenciales para su auto cuidado.

La autora del trabajo tiene el compromiso de dar a conocer los resultados a las autoridades de salud del hospital y centro de salud Pedro José Chamorro del sector sur de Granada a todo el personal que labora, para motivar el interés de establecer estrategia en la búsqueda de pacientes con esta patología.

Es deseable que el informe no sea uno más de la biblioteca de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de Managua o del hospital o Silais de la región. A la vez es importante señalar que el trabajo fue realizado con las mejores intenciones por parte de ella.

Felicito a la Dra. por su compromiso con el trabajo y le insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que le demanda.



Dr. Eladio Meléndez Alvarado. MSSR

Responsable Dpto. de Epidemiología.

HAJN Granada.

RESUMEN

Con el objetivo de describir el comportamiento de las lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino de mujeres procedentes del sector sur del municipio de Granada en el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2017, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal incluyendo a 30 mujeres captadas con lesión intraepitelial de bajo grado.

Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas y antecedentes Ginecobstétricos, identificación de lesión mediante la descripción colposcópica y la confirmación que se obtuvo mediante biopsia para estadificar a la paciente, se conoció el seguimiento mediante el resultado del control citológico. Los datos fueron procesados y analizados en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS, realizando tablas de frecuencia simple y cruces de variables entre los resultados de la colposcopia y la biopsia.

Los resultados obtenidos muestran; que las mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo grado el 50.0% se encontraban entre la edad de 21-39 años, el 83.35% de ellas era procedente de la zona urbana, siendo el 93.3% ama de casas y el 63.3% con nivel académico de primaria. El 40.0% tenía el antecedente de una infección de transmisión sexual. Lo que respecta a la colposcopia el 66.7% presento lesión acetablanco fino tenue y de esta lesión presentada en el 33.3% se confirmó mediante biopsia la presencia de lesión intraepitelial de bajo grado, al 60.0% se les realizo crioterapia y de estas el 46.6% no presentaron recidiva.

La confirmación de la LIE de bajo grado, demostró ser la acetoblanco fino tenue como más frecuente y confirmándose con la biopsia, demuestra que este método es fundamental para el seguimiento y control, permitiendo considerarla en población joven con evidencia demostrable de factores de riesgo de progresión.

I-Introducción

El cáncer cérvico uterino en la región de América Latina (AL), representa un problema de salud pública de gran magnitud, siendo el segundo tumor maligno más frecuente en mujeres de todas las edades, tanto en incidencia como en mortalidad, con unos 63.068 casos nuevos y aproximadamente 29.222 fallecimientos estimados en el 2008.

En respuesta a esta elevada carga de enfermedad y ante el desarrollo y la disponibilidad de nuevas tecnologías para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino, la OPS elaboró una estrategia regional y plan de acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino que fue aprobada por los Ministros de Salud de las Américas durante el Consejo Directivo de la OPS del 2008. (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Reconocido que países como; Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia, demuestran condiciones más graves, donde las tasas de incidencia son superiores a 35 por 100.000 MEF. Nicaragua es el que tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvicouterino en América Latina más alta, solo es superada por Haití, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense. (Almonte, 2010)

Las lesiones intraepitelial de bajo grado (LIE-BG) son las infecciones por virus del papiloma humano (VPH) y las neoplasias intracervical I (NIC I), llamadas lesiones preinvasoras de cuello uterino, donde un 40-60% de estas lesiones pueden tener regresión espontáneamente, por lo que es necesario particularizar cada caso, las características de la usuaria, las posibilidades de seguimiento y| las características de la lesión, de manera sistemática.

La citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones preinvasoras o invasoras, la colposcopia con biopsia

dirigida es el método ideal para realizarlo. Es responsabilidad de las unidades remitir a las usuarias a una instancia de mayor complejidad de atención cuando así lo requieran, facilitando la información necesaria y realizando las coordinaciones con la institución a que es referida para que sea atendida.

La LIE de bajo grado se realizará el primer control a los 3-4 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Posteriormente se realizará otro control a los seis meses y luego controles cada año. (Ministerio de Salud, 2006).

La unidad Pedro José Chamorro ubicada en el sector sur de Granada tiene 45.0% de la población del todo el municipio, la mayor concentración de la población es de extrema pobreza, que puede ser uno de los factores que limita el acceso de muchas mujeres para darle seguimiento a su problema de salud, en la actualidad para mejorar el acceso la unidad de salud a garantizado la presencia permanente del ESAF de ese sector y coordina ferias continuas donde las prioridades son actividades de promoción y prevención.

En la unidad de salud no se encuentra documentado el comportamiento de las LIE de bajo grado y el seguimiento que tuvieron, pero se conoce caso de mujeres con mortalidad por el CaCu, que fueron detectada inicialmente y lo que se pretende es demostrar ciertos aspecto que pudieran estar contribuyendo y mejorarlo en función de que una lesión inicial sea tratada definitivamente.

II-Antecedentes

A nivel nacional

Urroz 2010. En el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua, se realizó un estudio sobre la Correlación Citológica, Colposcópica e Histológica de las Lesiones Premalignas de Cérvix en Pacientes Atendidas en la Clínica de Patología Cervical de dicho Hospital durante el periodo de enero 2005 a enero 2010, encontrando los siguientes hallazgo: Al correlacionar los resultados de la Colposcopia, el 76 % de las lesiones de bajo grado reportadas, fueron confirmadas por el PAP. Al correlacionar la colposcopia con la biopsia un 81.8% de las lesiones de bajo grado fueron confirmadas.

En cuanto a la correlación de la citología con la Biopsia se encontró que el 89% de las lesiones diagnosticadas por el PAP fueron confirmadas por el reporte Histológico. Esto confirmo la alta sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos utilizados en la unidad de salud. (Urroz, 2010)

Orozco & Matute, 2011. En el centro de mujeres Ixchen,, realizaron un estudio sobre comportamiento post terapéutico de las lesiones precancerosas de Cuello Uterino en pacientes atendidas en el programa sectorial de atención y prevención de este, en el periodo junio 2008 a junio 2011, encontrando que las lesiones histopatológica más frecuente fueron VPH (+) y el método diagnóstico más utilizado fue el PAP y la colposcopia, el manejo terapéutico utilizado en las lesiones precancerosas de cuello uterino fue, crioterapia, conización en frio, conización en asa térmica. La evolución clínica que presentaron estas pacientes fue una regresión en el 90.8%, hubo persistencia de la lesión en un 7.8% de las pacientes y evolucionaron las lesiones a un mayor grado en 1.4% de las pacientes. (Orozco & Matute, 2011)

González & Duarte, 2017. En el Hospital José Nieborowski, realizaron un estudio, sobre abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones Premalignas del Cérvix en las pacientes de los Municipios de Boaco en el Periodo de enero 2016 a mayo 2017, identificando los siguientes resultados: grupo etéreo más afectado

fueron las mujeres de 26-30 años, la citología de las pacientes en estudio, en todo el Departamento dio como resultado que la lesión de mayor predominio fue la atipia escamosa con un 34% seguida del 28.0% con NIC I.

Se les practico IVAA a todas las pacientes estudiadas y de estas un 92.2 % salieron positivas por lo que se les realizo biopsia y según los resultados de este estudio, la lesión que predomino más fue el NIC I en todos los municipios, siendo el de mayor porcentaje con 78.5% el de San Lorenzo.

Lo que respecta al tratamiento de las pacientes, se manejaron según criterio médico con crioterapia al 57% de estas, ya que la mayoría presentaron lesiones de bajo grado. En el 15% se empleó el uso de asa térmica y aun 10% que presentaron lesiones de alto grado se les practico Histerectomía. Al total de las pacientes tratadas se les realizo Papanicolaou de control, no encontrando progresión ni persistencia de las lesiones ya antes mencionadas. (González & Duarte, 2017).

A nivel de municipio de Granada

García 2012. Realizo en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada un estudio sobre la evaluación del comportamiento de la Citología Cérvicouterino realizadas en mujeres atendidas en Ginecología y Patología entre enero 2009 a diciembre 2011. Un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal se incluyó a 378 mujeres mayores de 14 años que se hicieron PAP, a través de un muestreo probabilístico de 20.356 correspondiente a todo el departamento.

Se logró evidenciar que el 51.9% era primera vez que se realizaban un Papanicolaou. De las 378 muestra investigadas 2.3% y el 1.1% presentaron lesión intraepitelial de bajo grado entre las edades de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, respectivamente. (Garcia, 2012).

III-Justificación

El municipio de Granada presenta el mayor número de lesiones cervicales de todo el departamento, siendo su incremento a expensa del sector sur, cuenta con una población expuesta a mayores factores de riesgo, nivel de pobreza más bajo y geográficamente más expuesta a puntos de entrada a la región.

En la actualidad existe mayor control diagnóstico de las lesiones, no así en el comportamiento de ellas ya que esto depende no solo del diagnóstico de la lesión si no del seguimiento y manejo de estas por parte del personal de salud ubicado en cada unidad asistencial, no existe un expediente único de las pacientes, siendo una debilidad para describir el comportamiento de las lesiones, donde los antecedentes de consultas previas son vitales para así poder decidir un adecuado manejo actual de la lesión y toma de decisiones más acertadas de la conductas a seguir.

Del diagnóstico certero de una lesión intraepitelial de bajo grado la conducta que se tome, tanto de tratamiento como en el seguimiento hará que no evolucione a una lesión intraepitelial de alto grado que repercute en un mayor costo para el Ministerio de Salud y para la familia de la paciente afectada.

Al observar que no hay un expediente único de las pacientes diagnosticadas con lesiones intraepiteliales de bajo grado, que muchas no asisten a sus citas de seguimiento, y hay pacientes con IVAA positivo y no continuaron el seguimiento según lo normado, despertó el interés de este estudio, se eligió este sector por ser el que más aporta con número de lesiones intraepiteliales.

Este estudio permitió determinar el comportamiento de la LIEBG aportando información útil para la toma de decisiones gerenciales por las autoridades pertinentes del departamento, como del sector sur del municipio para dar seguimiento especializados a las pacientes por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario en función de tener una respuesta definitiva de cada caso identificado.

IV-Planteamiento del problema

La tasa cruda de mortalidad para Nicaragua por CaCu se estima internacionalmente en 14.5, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 mujeres en edad fértil, SILAIS Granada reporto la tasa de mayor mortalidad (28.6). (MINSA, 2010).

El Cáncer Cervicouterino, se puede prevenir y curar a un bajo costo, esto se logra siempre y cuando cuenten con un tamizaje para facilitar la detección oportuna de las lesiones precursoras.

En Nicaragua se realizan tamizajes para la detección del Cáncer Cervicouterino, pero muchas veces queda desprovistas las acciones a tomar por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario a pacientes con LIE de bajo grado, es conocido que muchas de ellas revierten satisfactoriamente, y el control no se prioriza y queda como una sola recomendación, muchas mujeres no se apropian de su diagnóstico incurriendo posteriormente en presentar lesiones de mayor grado.

Para demostrar esta situación que pudiera estar incidiendo en las mujeres del municipio de Granada del sector sur es necesario saber:

¿Cuál es el comportamiento de las lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino de mujeres procedentes del sector sur del municipio de Granada, en el periodo de enero a diciembre 2017?

V-Objetivos

Objetivo general

Describir el comportamiento de las lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino de mujeres procedentes del sector sur del municipio de Granada en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres en estudio.
2. Conocer los antecedentes Gineco- Obstétricos de las pacientes incluidas.
3. Identificar la LEI de bajo grado de cérvix más frecuente según resultado de colposcopia.
4. Conocer el seguimiento brindado a las mujeres en estudio con este tipo de lesión.

VI-Marco Teórico

La prueba de Papanicolaou citología introducido en la década de 1960 ha permitido una reducción de hasta un 80% en la mortalidad por esta enfermedad con el diagnóstico precoz de lesiones precancerosas. Por lo tanto, ésta sigue siendo la principal prueba de diagnóstico utilizados en los programas de detección en todo el mundo. Una de las características de la prueba de la citología es su baja sensibilidad que requiere la repetición periódica.

La detección temprana del cáncer Cérvico uterino es poco frecuente si la paciente no procura exámenes citológicos con regularidad, debido a la falta de síntomas y signos clínicos en el estadio intraepitelial. Estudios efectuados revelan que el problema primario en el control público del cáncer cervical, no es de técnica ni disponibilidad de medios, sino más bien de organización y motivación de dichas comunidad.

Un examen citológico es obligatorio en cualquier programa de medicina preventiva y debe ser efectuado cada seis meses o por lo menos, cada año, en toda mujer que ha tenido y mantiene vida sexual activa desde el inicio de las mismas hasta el término de su vida.

Otras de las pruebas para diagnosticar la enfermedad consisten en la biopsia dirigida. Se trata de realizar un curetaje endocervical más arriba del lugar biopsiado, para obtener una compleja evaluación del órgano afectado.

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores:

1. Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes
2. Carcinógenos químicos, como el amianto, componentes del humo de tabaco, aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y arsénico (contaminante del agua de bebida);
3. Carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos. (MINSa, 2010).

Lesiones intraepitelial de bajo grado de cérvix.

Lesiones Intraepiteliales Cervicales (LIE): lesiones que afectan el epitelio del cuello uterino, estas pueden ser de bajo o alto grado.

Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado (LIEBG): Este término es usado por el sistema Bethesda para agrupar a las alteraciones del epitelio que incluyen VPH y Displasia leve.

Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado (LIEAG): Este término es empleado por la nomenclatura Bethesda para designar a las alteraciones del epitelio que incluyen displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ.

Detección: Se trata de descubrir las lesiones premalignas del cuello uterino en una población sana, ya sea mediante citología o inspección visual.

Displasia: Situación en la que se observa pérdida de la estructura celular normal, con alteraciones morfológicas.

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA): Método de estudio en el cual se utiliza Ácido Acético al 5%, para la visualizar Lesiones neoplásicas en el cuello uterino.

Tamizaje: Análisis a un grupo poblacional con mayor riesgo de padecer una determinada enfermedad, con el objetivo de detectar y tratar a tiempo a las personas que se aún no se les ha hecho el diagnóstico El tamizaje comúnmente se hace a través de una prueba barata y confiable. Las pruebas de tamizaje en la actualidad

para cáncer cervicouterino incluyen: citología cervical (utilizada en los últimos 50 años), prueba del ADN del VPH y las pruebas de tamizaje visuales (las más recientes). Cada una de estas pruebas tienen sus ventajas y desventajas y se deben tomar en cuenta algunos criterios para su aplicación.

Tratamiento: Es el empleo de un procedimiento ya sea médico o quirúrgico en la resolución de los casos de lesiones premalignas del cérvix.

Virus del Papiloma Humano (VPH): Papo virus que se transmite vía sexual, actualmente se conocen más de 70 serotipos que infectan a las células del tracto genital inferior, especialmente en el cérvix ya que puede provocar cambios celulares graduales con la posibilidad de evolucionar a cáncer cervicouterino.

Unión escamo columnar: El punto de unión entre el epitelio escamoso y el epitelio columnar del cuello uterino.

Colposcopia: Es un procedimiento diagnóstico en el cual se utiliza un aparato con sistema óptico de aumento a través del cual se puede explorar vulva, vagina y cuello uterino, buscando alteraciones celulares.

Citología Cervical: Toma de muestra de células del endocérvix y exocérvix la cual se coloca y extiende en un portaobjeto, se fija y se somete a una tinción conocida como Papanicolaou, que sirve para establecer un diagnóstico en las lesiones del cuello uterino.

Crioterapia: Procedimiento en el cual se aplica una temperatura inferior a cero grados centígrados, es un tipo de tratamiento que puede utilizarse con el objetivo de producir la muerte celular por crio necrosis. El equipo para utilizar puede ser con nitrógeno líquido, óxido nitroso o CO₂.

Anatomía: El cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2,5 cm de diámetro. Lo sostienen el ligamento redondo y los ligamentos uterosacros. El tamaño y la forma del cuello

uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer.

La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama exocérvix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino interior al orificio externo se denomina endocérvix, para cuya visualización es preciso estirar o dilatar el orificio externo. Normalmente el exocérvix está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizante que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares y es de color rosado pálido.

Las células de las capas intermedia y superficial contienen glucógeno abundante en su citoplasma, que se tiñe intensamente de color pardo-caoba o negro tras aplicar la solución yodoyodurada de Lugol con ácido peryódico de Schiff en los cortes histológicos. La presencia de glucógeno en las capas intermedia y superficial es signo de maduración normal y de desarrollo del epitelio escamoso. La maduración anormal o alterada se caracteriza por la ausencia de glucogénesis.

El conducto cervical está recubierto de epitelio cilíndrico (a veces denominado epitelio mucíparo o glandular). En el epitelio cilíndrico no se produce glucogénesis ni mitosis. Debido a la falta de glucógeno citoplasmático, el epitelio cilíndrico no cambia de color tras aplicación de Lugol, o retiene una leve capa de la solución yodoyodurada.

La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio pavimentoso y del cilíndrico. La ubicación de la unión escamosocilíndrica con relación al orificio cervical externo varía en la vida de una mujer y depende de factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo.

La zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el nuevo epitelio escamoso metaplásico se denomina zona de transformación (ZT). La zona de transformación puede considerarse normal cuando presenta metaplasia escamosa, incipiente o evolucionada, junto con zonas o islotes de epitelio cilíndrico, sin signos de carcinogénesis cervical. Se denomina zona de transformación anormal o atípica (ZTA) cuando en ella se observan signos de carcinogénesis cervical, como cambios displásicos; identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona. (Drake, Vogl, & Michell, 2010)

Histología uterina y endometrial

El útero está compuesto histológicamente por miometrio y endometrio. El miometrio son fibras musculares lisas rodeado por una red venosa y arterial la cual esta soportada por tejido conectivo denso y subyacente. El endometrio se divide estructuralmente en 3 capas: el estrato basal, el estrato esponjoso y el estrato compacto. (Biever, 2017)

Producto de la secreción cíclica de estrógenos y progesterona por los ovarios, en el revestimiento uterino se da un ciclo endometrial que consta de 3 fases:

1. Proliferación del endometrio uterino
2. Desarrollo de cambios secretores en el endometrio
3. Descamación del endometrio (menstruación)

La fase proliferativa o estrogénica del ciclo mensual ocurre antes de la ovulación. Al comienzo de cada ciclo mensual la mayor parte del endometrio se descama con la menstruación. Después de la menstruación, solo persiste una delgada capa del estroma endometrial y las únicas células epiteliales que se pueden encontrar son las localizadas a nivel de las porciones profundas de las glándulas y criptas del endometrio uterino. Por la influencia de los estrógenos que ha secretado

recientemente el ovario en la primera fase del ciclo mensual ovárico las células estromales y epiteliales proliferan con rapidez, de tal forma que la superficie endometrial se reepiteliza entre 4 y 7 días después que inicia la menstruación.

Durante los próximos 10-11 días, antes que se produzca la ovulación, el endometrio aumenta su espesor, debido al crecimiento en número de las células del estroma aunado al crecimiento progresivo de las glándulas endometriales y nuevos vasos sanguíneos en el interior del endometrio. En esta etapa las glándulas endometriales sobre todo las de la región cervical secretan moco denso que se alinea a lo largo del endocérnix formando canales que guían al espermatozoide desde la vagina al interior del útero.

Durante la fase secretora o progestacional, que ocurre tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega grandes cantidades de estrógeno y progesterona. Los estrógenos producen una ligera proliferación adicional del endometrio en esta fase, mientras la progesterona provoca una tumefacción notable y desarrollo secretor del endometrio. El aporte sanguíneo continúa incrementándose en forma proporcional al desarrollo de la actividad secretora. En el momento culminante de la actividad secretora (1 semana después de la ovulación) el endometrio tiene un espesor de 5 a 6mm. El objetivo de todas estas modificaciones es producir un endometrio muy secretor, que ofrezca las condiciones adecuadas para la implantación del ovulo fecundado durante la última fase del ciclo. Una vez que el ovulo se implanta en el endometrio, las células trofoblásticas que se encuentran en la superficie del ovulo implantado, comienzan a digerir el endometrio y absorber las sustancias endometriales almacenadas.

Si la fecundación no ocurre, unos dos días antes que termine el ciclo mensual, el cuerpo lúteo involucre bruscamemente y la secreción de estrógeno y progesterona disminuye a niveles muy bajos. Con la caída de los estrógenos y sobre todo de la progesterona disminuye la estimulación de las células endometriales por estas dos hormonas lo cual ocasiona involución del endometrio a un espesor aproximado 65%

del inicial con la consecuente involución de los vasos sanguíneos que da lugar a necrosis del endometrio, como consecuencia se escapa sangre al estrato vascular del endometrio por un periodo de 24 - 36 horas (menstruación). Después de 4 a 7 días de iniciada la menstruación la pérdida de sangre cesa, debido a que para ese momento el epitelio ya se ha regenerado. (Hall, 2011).

Histología del Cuello Uterino

El cuello uterino tiene dos porciones bien delimitadas: el exocérnix y el canal endocervical. El exocérnix es la parte que protruye dentro de la vagina y esta tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado parecido al epitelio vaginal. El epitelio del exocérnix se compone de 3 estratos:

- Estrato basal / para basal o estrato germinal.
- Estrato medio o espinoso.
- Estrato Superficial.

El estrato germinal está constituido por una hilera de células basales y dos hileras de células para basales que son las encargadas del crecimiento y la regeneración epitelial. El estrato medio está formado por células en maduración que se caracterizan por el aumento del tamaño del citoplasma. El estrato superficial es el compartimiento más diferenciado del epitelio, las células de este estrato tienen la función de protección y de evitar infecciones.

En la edad reproductiva la acción de los estrógenos y la progesterona producen el crecimiento, maduración y descamación del epitelio. El epitelio tiene la capacidad de regenerarse totalmente en 4 a 5 días. En la postmenopausia este epitelio se atrofia y disminuye su grosor.

El canal endocervical o endocérnix está formado por una hilera de células cilíndricas mucíparas que revisten la superficie y las estructuras glandulares, también se observan células cilíndricas ciliadas que se encargan del transporte de moco. Es

raro observar mitosis en este epitelio y se cree que la regeneración epitelial está dada por células de reserva que se encuentran diseminadas en todo el epitelio.

Tanto en el endocérvix como el exocérvix pueden encontrarse folículos linfoides, células de Langerhans y linfocitos T que son los responsables de la respuesta inmunitaria. El moco producido por el endocérvix también responde a estímulos hormonales. Los estrógenos producen estimulación de la célula, dando como resultado un moco abundante, alcalino y acuoso que facilita la penetración espermática. En cambio la progesterona produce disminución del moco, lo vuelve ácido y grueso, con numerosos leucocitos que no dejan penetrar a los espermatozoides.

El epitelio escamoso del exocérvix se une al epitelio cilíndrico del endocérvix se unen en un punto llamado unión escamo columnar (zona de transformación). El desarrollo del cuello del útero durante la infancia y pubertad produce alargamiento con la consecuente salida del epitelio mucíparo que forma un ectropión fisiológico. Este presenta su máximo desarrollo durante la menarca y los primeros años de la edad reproductiva, este epitelio es reemplazado posteriormente por un epitelio escamoso de tipo metaplásico. La unión entre este nuevo epitelio escamoso y el epitelio cilíndrico vuelve a encontrarse en el orificio cervical externo y ahora se llama unión escamocolumnar fisiológica o funcional. La zona que se encuentra entre la unión escamocolumnar original y la funcional se denomina zona de transformación.

La zona de transformación esta revestida por un epitelio escamoso de tipo metaplásico y es aquí donde tienen lugar las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterino. (Cardinal, 2016)

Epidemiología

A nivel mundial el cáncer cervicouterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer; todos los casos están asociados a infección por virus del papiloma humano.

En Nicaragua la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 MEF de acuerdo con datos proporcionados por la oficina nacional de estadísticas sanitarias. Los SILAIS que reportaron tasas más altas de mortalidad por CaCu fueron: Granada (28.6), Masaya (22.0), Chinandega (20.6), y Managua (20.3) en el 2011.

A nivel internacional se estima para Nicaragua una tasa cruda de mortalidad para CaCu de 14.5, para Centro América 10.1 y 8.2 a nivel mundial; para un total de 1.74 millones de mujeres en el país con riesgo de desarrollar cáncer cervical.

Nicaragua, se estiman en promedio 1,360 casos nuevos de Cáncer Cervicouterino (CCU) anual y aproximadamente 600 muertes por esta enfermedad, siendo la principal causa de defunción por cáncer relacionado a la salud sexual y reproductiva en el país. En 2011, la tasa cruda de incidencia para CaCu fue de 33.80 casos por 100,000 mujeres según estimaciones de la Oficina Nacional de Estadística del Ministerio de Salud (MINSa).

Al ver esta realidad, y para poder desafiarla, dos de los fundadores de la Fundación Movicáncer Nicaragua, se dieron a la tarea de innovar un Software de Vigilancia para la Prevención del Cáncer (SIVIPCAN) para una región sanitaria de Nicaragua (Río San Juan), inicialmente con el fin de registrar los datos de citología cervical y vigilar las lesiones precursoras de cáncer, que a su vez permitiera administrar información de las usuarias del Sistema Público de Salud y promover el análisis de datos para la planificación y el seguimiento de indicadores de estructura, procesos y resultados en Atención Primaria, coherente con el abordaje de la salud que impulsa el MINSa y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Fundación Movicaner Nicaragua, 2018)

Características del VPH

El HPV es un virus pequeño de aproximadamente 55 nm, no envuelto que pertenece a la familia Papillomaviridae. La cápside del HPV está constituida por 72

capsómeros (60 hexámeros y 12 pentámeros), conformada por las proteínas estructurales L1 y L2 que albergan el genoma viral. El genoma viral consiste en DNA circular de doble cadena de 7200-8000 pares de bases, con más de 10 marcos de lectura abiertos (ORFs) y generalmente una hebra es transcripcionalmente activa. El genoma del virus ha sido dividido en tres regiones: región temprana (E: Early) que codifica para los genes implicados en replicación y mantenimiento del genoma viral (E1-E8); región tardía (L: Late), la cual codifica a las proteínas estructurales de la cápside L1 y L2, y por último, la región larga de control (LCR: Long Control Región), la cual contiene los sitios de regulación de la transcripción y replicación viral. Se han identificado más de 100 tipos de HPV, de los cuales cerca de 18 se clasifican en “alto riesgo” dada su asociación con cáncer, y de “bajo riesgo” por su asociación con displasias de alto y bajo grado. Los tipos de HPV 16 y 18 son causantes de más de 75% de todos los cánceres de cérvix.

El HPV infecta las células basales del epitelio porque ingresa en micro-lesiones que exponen dichas células. Ahí se activa un mecanismo de endocitosis que requiere de clatrin y heparán sulfato, mediado por la proteína L2. El genoma vírico permanece como un elemento extracromosomal en forma de episoma. El virus replica su DNA para mantener un número de 50-100 copias de su genoma dentro de las células basales y parabasales. El patrón de expresión en estas células no está bien definido, pero generalmente las proteínas E1 y E2 son expresadas para mantener el DNA viral como episoma y facilitar la correcta segregación de los genomas durante la división celular.

Al dividirse la célula infectada, una de las células hijas permanece en la parte basal del epitelio mientras que la otra célula inicia el proceso de diferenciación en la parte superior del epitelio. La amplificación del genoma viral inicia en un subgrupo de células de las capas superiores del epitelio. En esta fase, la activación del promotor dependiente de la diferenciación (contenido en el ORF de E7) es un evento crítico porque es necesario para incrementar el nivel de proteínas virales requeridas para

la replicación (E1, E2, E4 y E5). Las proteínas de la cápside (L1 y L2) se acumulan una vez que se ha amplificado el genoma viral para así encapsularlos.

Los papilomavirus son no líticos y se liberan hasta que las células infectadas llegan a la superficie epitelial. El egreso de las partículas virales se lleva a cabo gracias a la actividad residente en E4, la cual contribuye a la desestabilización de las redes de citoqueratina. En la ausencia de regresión, las lesiones pueden persistir y, en algunos casos, progresar a cáncer. Una característica común de los virus tumorales es su capacidad para originar tumores en sitios donde su ciclo viral productivo no puede ser completado. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado pueden soportar esta infección productiva; sin embargo, las lesiones intraepiteliales de alto grado tienen una fase proliferativa más extensa, donde el soporte del ciclo viral puede ser adecuado o mínimo. Se sabe que la zona de transformación es un sitio particularmente susceptible al desarrollo de cáncer. Parece que los tipos de alto riesgo no pueden completar su ciclo en esta área, lo que ocasionalmente conduce a una infección abortiva. La progresión de lesiones hacia cáncer microinvasor o invasor se asocia con la integración del genoma del HPV en los cromosomas del hospedero. Aproximadamente 40 tipos de VPH infectan el tracto genital. La infección por VPH de los genitales humanos produce una variedad de estados clínicos incluyendo la infección asintomática, las verrugas genitales, las alteraciones citológicas del cuello uterino y el carcinoma cervical invasivo. Los diferentes tipos de VPH pueden subdividirse en dos categorías, de «alto riesgo» (VPH-AR) y de «bajo riesgo» (VPH-BR), asignadas originalmente en función de si el tipo de VPH podía encontrarse en especímenes de carcinoma. Los tipos de VPH-BR, como el VPH 6 y el VPH 11, se asocian con lesiones benignas hiperproliferativas o condilomas acuminados, y también producen lesiones cervicales displásicas de bajo riesgo. El VPH 16 causa más del 50% de estos cánceres del tracto genital no cervicales.

Factores de Riesgo

La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de HPV oncogénico nunca presenta CaCu debido a que una respuesta inmune adecuada es capaz de controlar la infección por HPV (Human PapilomaVirus) y evitar la progresión a lesión precancerosa. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el HPV influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad ⁴.

Los dos tipos histológicos de cáncer de cérvix, carcinoma epidermoide y adenocarcinoma, así como las lesiones pre invasoras, comparten los mismos factores de riesgo. La mayoría están asociadas con el aumento del riesgo para la infección del HPV:

- Actividad sexual de inicio temprano.
- Múltiples parejas sexuales.
- Parejas sexuales que posean alto riesgo de infección de HPV.
- Antecedentes personales de ITS.
- Antecedentes personales de infección por HPV previa vulvar o cervical.
- Inmunosupresión.
- Tabaquismo.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.

Etiología

Un cúmulo de pruebas de todo el mundo confirma que ciertos tipos genéticos de papilomavirus humanos (VPH) desempeñan una función causal necesaria en la carcinogénesis del cuello uterino. Además del VPH-16 y el VPH-18, los estudios internacionales recientes han ampliado la lista de los virus oncógenos para incluir los tipos 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58 y 59. A nivel mundial, se ha registrado la prevalencia del VPH en 99,7 por ciento de los carcinomas cervicouterinos, y los tipos oncógenos 16 y 18 son los que se detectan con mayor frecuencia. Numerosos

estudios han confirmado reiteradamente la presencia de VPH-16 y VPH-18 en carcinomas cervicouterinos de mujeres de América Latina y el Caribe. (Organización Panamericana de la Salud, 2004)

Evolución Natural de las lesiones

El primer paso para el desarrollo del Cáncer Cervicouterino es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncogénico. La mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo, algunas pocas persistirán con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal.

Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienden a persistir más, los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Los tipos 31, 33, 35, 45, 52 y 58 son los más comunes, pero estos solo causan apenas el 20% de los casos. Las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones de VPH progresan a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis.

Algunos de los cofactores que se han postulado en el desarrollo de lesión intraepitelial alto grado son:

- Susceptibilidad genética: La susceptibilidad a cáncer cervical causado por la infección a VPH ha sido identificada mediante estudios en gemelos y en familiares en primer grado, así como también estudios de asociación genómica. Mujeres que tengan un familiar en primer grado afectado tienen el doble de riesgo de desarrollar un tumor cervical comparado con mujeres que no tienen ningún familiar en primer grado con alguna tumoración cervical. La susceptibilidad genética sin embargo aporta menos del 1% de los cánceres cervicales.

- Condiciones del huésped que comprometan la inmunidad (por ejemplo, mal estado nutricional, y la infección por VIH que se asocia con un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer de cuello uterino).
- Factores ambientales (por ejemplo, exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas).
- Otros factores aumentan significativamente el riesgo de infección con el VPH. Éstos incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. (Ministerio de Salud Perú, 2017).

Manifestaciones Clínicas

Infección por el VPH

Totalmente asintomática, pero puede producir lesiones de bajo grado y la mayoría de estos presenta regresión.

Lesiones premalignas y cáncer en estadio temprano

No producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología.

EL Cáncer de cuello uterino en estadio avanzado puede presentar síntomas como: Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables, sangrado y dolor cuando existe contacto con el cérvix, esto puede ser durante el acto sexual. (Ministerio de Salud Perú, 2017)

Diagnostico

Actualmente existen 3 métodos de tamizaje para la detección de lesiones preinvasoras del cuello uterino: Test de VPH, Citología, IVAA.

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

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

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

Estas unidades deben contar con un colposcopio, además se debe contar con el equipo indispensable para la toma de biopsia, con equipos de crioterapia, de electrocauterización y asa térmica para los tratamientos locales.

En este nivel debe abrirse historia clínica a todas las usuarias para consignar los hallazgos de la colposcopia (Informe Colposcópico), se deben elaborar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología/ patología. Además debe contar con un sistema de registro donde se consignen los nombres y direcciones de las usuarias, el número de historia clínica, el resultado de la colposcopia, de la biopsia y la conducta definitiva, asegurando la remisión a una instancia superior cuando el diagnóstico así lo amerite.

Cuando las usuarias concluyan tratamiento y puedan ser referidas a nivel primario para su seguimiento, enviar con hoja de contrarreferencia especificando el

diagnóstico, detallando el tratamiento realizado y seguimiento sugerido para ser integrado a su expediente. (MINSA, 2006)

Manejo Terapéutico

La decisión terapéutica se elegirá de mutuo acuerdo, previa consejería, considerando el diagnóstico histológico, ubicación de la lesión y priorizando las alternativas ambulatorias.

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

El tratamiento para las lesiones preinvasoras debe 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.

Si se confirma lesiones microinvasoras o invasoras es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la usuaria además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las usuarias afectadas por cáncer Cérvico Uterino.

Manejo de las lesiones preinvasoras de Cuello uterino

Lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG)

Para el tratamiento, hay que tener en cuenta que las Lesiones Intraepiteliales 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).
- ❖ Crioterapia (ver protocolo para crioterapia).
- ❖ Excisión electroquirúrgica con ASA (Ver protocolo).
- ❖ Vaporización láser. Antes de aplicar cualquier tratamiento sobre

lesiones de bajo grado deben cumplirse ciertos criterios:

- ❖ La lesión debe ser visible en su totalidad.
- ❖ Se debe de contar con resultado de biopsias de la lesión previo al tratamiento.
- ❖ Evaluar adecuadamente el canal endocervical.
- ❖ El médico debe tener conocimiento y experiencia con la elección del tratamiento.
- ❖ Tomar en cuenta la disponibilidad de la usuaria para el seguimiento postratamiento.
- ❖ Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, realizar legrado del endocérnix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérnix residual, ya que la lesión puede presentar simultáneamente un mayor grado en otras áreas. (MINSA, 2006)

Prevención

Métodos de prevención contra el cáncer cervical:

- Vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Realización de la prueba de Papanicolaou en forma regular.
- Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales.

- No fumar.
- No beber.
- Si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses.
- Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Recientemente se aprobó la vacuna contra el cáncer de cuello de útero, que se utiliza en algunos países de forma sistemática. La vacuna es recomendable para mujeres mayores de 11 años. (Pérez Cruz, 2005).

La detección oportuna:

El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

La citología cervical se realiza cada 3 años en aquellas mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por virus de papiloma humano, displasia o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasia y, cuando sean dadas de alta, reiniciara la periodicidad anual.

VII-Diseño metodológico

Tipo de estudio:

Descriptivo de Corte Transversal

Área y periodo de estudio.

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Pedro José Chamorro, ubicado en el Sector Sur del Municipio de Granada, que cuenta con la clínica de detección y prevención de Cáncer cérvico uterino. Y se continuó en la clínica de colposcopia del Hospital Amista Japón Nicaragua. El periodo del estudio fue de enero a diciembre del Año 2017

Universo

En total fueron 30 las afectadas durante el periodo de estudio, conformado por todas las mujeres que se detectó inicialmente LIE bajo grado que fueron referidas a la clínica de colposcopia del Hospital Amistad Japón Nicaragua, procedentes del Centro de salud Pedro José Chamorro, para confirma y descartar la posibilidad de otra lesión o que concomitara con ella, a realizarse colposcopia y seguimiento hasta la determinación del diagnóstico definitivo.

Muestra

Fue establecida por conveniencia, conformada por las 30 mujeres diagnosticada con LIE BG y referidas a la clínica de colposcopia del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Unidad de análisis

Fueron todos los registros y expedientes de las mujeres con LIE BG atendidas en ambos lugares ya mencionado.

Criterios de Inclusión

1. Paciente con diagnóstico de LIE BG durante el periodo de estudio
2. Paciente referida a la clínica de colposcopia del Hospital Amistad Japón Nicaragua del Centro de Salud Pedro José Chamorro
3. Edades comprendidas entre 15 y 65 años
4. fichas de PAP con datos completos y registro de resultados de colposcopia.

Criterios de Exclusión

1. Expedientes y registros de resultados de colposcopia con manchones enmendadura o ilegible que dificultaran la recolección de la información.
2. Y todos los registros y expedientes que no cumplan los criterios de inclusión.

Técnica y Procedimiento

Fuente la información

Fue secundaria, la información se tomó de los expedientes clínicos de los archivos de estadística de la unidad de atención primaria como del HAJN de las pacientes referidas, previa verificación de datos que se encuentra en los registro de MINSA SIVICAN.

Técnicas de recolección de la Información

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información que contenía los mismos indicadores de la ficha de tamizaje único de PAP establecida por el Ministerio de Salud, que sirve para dar seguimiento en todo su proceso de la toma, la lectura de citología cervical y revela también los resultados de cada lamina del frotis tomada de cada paciente que se lo realizó, además en el instrumento se incluyeron variables de interés que no estaban en la fichas para indagar y analizar situaciones o condiciones que se relacionaban con la aparición de lesiones intraepiteliales de bajo grado de cérvix como son; algunas

características generales de la pacientes, Antecedentes Ginecobstétricos, hallazgo clínico y reporte de la lectura que concluye en la lesión de bajo grado. Se tomó en cuenta que el primer momento es la citología y ante la sospecha posteriormente la Colposcopia para confirmación diagnóstica.

Para recolectar la información primero se solicitó permiso a la dirección del Hospital y del Centro de Salud, para que autorizaran realizar el estudio y luego se solicitó a la responsable del área de estadística los expedientes para la recolección de los datos. La información fue recolectada por la misma investigadora, dicha actividad se realizó con una duración de tres semanas. La investigadora evaluó la calidad de la información a tomar en cuenta y posteriormente se introdujo en una base de datos computarizadas.

Análisis de la Información

La presentación de resultados se realizó en cuadros y gráficos que se construyeron con el programa Microsoft Office. Los datos fueron procesados y analizados en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS versión 20.0, para Windows. Se realizaron tablas de frecuencia simple que permitieron identificar datos de interés para realizar posteriormente cruces de variable importante. Al final todo esto permitió conocer el comportamiento de las lesiones de LIE BG del cuello uterino en relación con todas las características de las mujeres afectadas.

Listados de Variable por objetivos Específicos

Objetivo N° 1: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio

- Edad
- Procedencia
- Nivel Académico
- Ocupación

Objetivo N° 2: Conocer los antecedentes Gineco- Obstétricos de las pacientes en estudio

- Numero de gestas
- Paridad
- Abortos
- Embarazo Actual
- IVSA
- Menarca
- Menopausia
- Uso de anticonceptivos orales
- VPH anterior
- IVAA anterior
- PAP anterior
- Numero de Compañeros Sexuales
- Infecciones de Transmisión Sexual
- Hábitos tóxicos

Objetivo N° 3: Identificar la lesión cervical más frecuente según resultado de colposcopia

- Colposcopia satisfactoria, insatisfactoria
- Descripción Colposcópica. (Zona de Transformación Normal, Acetoblanco fino tenue, Puntilleo fino regular, Acetoblanco grueso, Puntilleo grueso irregular)

Objetivo N°4: Conocer el seguimiento brindado a las mujeres en estudio

- Observación
- Crioterapia
- ASA Térmica
- Vaporización con Laser

Evolución de la paciente

- Control citológico de la paciente sin recidiva
- Control citológico de la paciente con recidiva
- Evolución a NIC II
- Evolución a NIC III
- Evolución a Cáncer in Situ

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Indicador	Escala/valor
Objetivo No 1			
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de inclusión del estudio	Según registro en expediente clínico	< 20 21 - 39 40 - 49 50 y mas
Procedencia	Lugar de origen según barrio comarca o villa donde se ubica su vivienda, tanto urbano como rural	Según registro en expediente clínico	Urbana Rural
Nivel Académico	Nivel Educativo formal que logra alcanzar el individuo hasta el momento de su existencia	Según registro en expediente clínico	Primaria Secundaria Nivel Superior
Ocupación	Actividad, empleo u oficio que se dedica o realiza al momento de su atención.	Según registro en expediente clínico	Ama de Casa Estudiante
Objetivo No 2			
Antecedentes Ginecobstétrico	Todos los datos relacionados a los eventos obstétricos y patología ginecológicas relacionada con la vida pasada de la paciente	Según registro en expediente clínico. Numero de Gesta Paridad Aborto Embarazo Actual	Ninguna 1 a 2 3 a 4 5 y + Nulípara Primípara Multípara Ninguna 1 a 2 3 y + Si No

		IVSA	< 20 20-34 >34
		Menarca	11-12 13-14 15-16
		Uso de Anticonceptivos Orales.	Si No
		Menopausia	Si No
		PAP Anterior	Si No
		No de cros sexuales En el último año.	1 2 >2
		Infecciones de Transmisión sexual	VHS VPH Chlamydia Trachomatis Otras
Objetivo No 3			
Identificar la lesión cervical más frecuente según resultado de colposcopia	Lesión colposcópica que se detecta bajo la observación de todo el epitelio en riesgo, identificando con precisión las anomalías, evaluando su grado de anormalidad y tomar las biopsias apropiadas	Lesión Colposcópica	Zona de transformación normal Acetoblanco fino tenue Puntilleo fino regular Acetoblanco grueso Puntilleo grueso irregular
Objetivo No 4			
Conocer el seguimiento brindado a las mujeres en estudio	Intervención médica o quirúrgica que se realiza en la paciente como consecuencia de resultados anormales del PAP, Colposcopia, Biopsia.	Terapia médica o quirúrgica empleada obtenido de cada expediente clínico.	Observación Crioterapia ASA Térmica Vaporización Laser.

	Hallazgo encontrado en la prueba de PAP posterior a la intervención médica.	Resultado de PAP encontrado como control postratamiento en el expediente clínico	Control Citológico Subsecuente: Sin Recidiva Con Recidiva NIC II NIC III Cáncer in Situ
--	---	--	--

Aspectos Éticos.

El estudio no presenta conflictos éticos ya que se trata de una revisión documental de expediente y cuenta con la autorización de la Dirección de la Unidad Asistencial.

VIII-Resultados

Se evidencia que las mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo grado el 50% tenían edades de 21 a 39 años con una media de 29.5 años y una DS = 11.3años. El 83.3% eran de procedencia urbana, con un nivel académico en su mayoría el 63.3% de primaria seguido de 33.3% de secundaria, la ocupación del 93.3% de ellas era ama de casa. (Ver tabla 1).

Lo que respecta a los antecedentes Ginecoobstétrico de las mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado; el 63.3% habían estado 1 a 2 veces embarazadas, un 53.3% eran primípara. El 76.7% de las mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado nunca tuvieron un aborto, de ellas el 96.7% iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años, el 46.7% de ellas presentaron su menarca entre los 11-12 años. (Ver tabla 2).

El 50.0% de las mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado habían tenido una pareja sexual, el 10.0% de estaban en el periodo de su menopausia, el método de planificación más utilizado según el 50.5% fueron los anticonceptivos orales, el 53.3% de las mujeres incluidas en el estudio tenían la realización de un PAP anterior el 53.3% de ellas, donde el 16.7% de ellas se les realizo IVAA y fue identificado en ese mismo porcentaje VPH. Un 40% de ellas habían tenido una infección de trasmisión sexual. En el 96.7% no se logró evidenciar la presencia de habito tóxicos; como el de fumado o alcohol y en el 100 % no se evidencio el hábito de droga. (Ver tabla 2).

La realización de colposcopia de estas mujeres demostró que el 66.7% tenían una lesión colposcópica acetoblanco fino tenue y en el 23.3% se observó zona de transformación normal .Al evaluar la toma de biopsia que fue realizada las 13 de las 30 mujeres con sospecha de lesión intraepitelial de bajo grado, el 33.3% el resultado de la biopsia confirmo la lesión y en un 3.3% se identificó resultado de lesión intraepitelial de alto grado, y en 6.7% el resultado fue negativo totalmente para lesión negativa. (Ver tabla 3).

Al relacionar las características generales de las pacientes con la lesión colposcópica evidenciada, estaba presente en el 33.3% de las mujeres entre edades de 21 a 39 años la lesión presentada fue acetoblanco fino tenue, el 60% de ellas eran procedente del área urbana, el 40% contaba con un nivel académico de primaria y se encontró que el 60% tenían como ocupación ama de casa (Ver tabla 4).

Según los antecedentes Ginecoobstétrico el mayor porcentaje de mujeres que tuvieron lesión acetoblanco fino tenue, el 50.0% habían estado 1 a 2 veces embarazadas, el 63.3 % su inicio de vida sexual activa antes de los 20 años, en el 40.0% de ellas su menarca fue entre las edades de 11 y 12 años, el 40% usaba anticonceptivos orales, el 10.0% tenían el antecedente de VPH, y el 36.6% se habían realizado un PAP previo, el 23.3% habían presentado una infección de trasmisión sexual y 3.3% tenían el antecedente de fumado.

El 23.3% de las mujeres que se les observó una zona de transformación normal, el 10.0% habían estado de 3 a 4 veces embarazadas, el 23.3% su inicio de vida sexual activa fue antes de los 20 años. En 13.3% de ellas su menarca fue entre las edades de 11 y 12 años, y el 6.6% usaba anticonceptivos orales, Se observó que 3.3% tenían el antecedente de VPH en el 10.0% que se habían realizado un PAP previo. Se identificó que en ellas 13.3% habían presentado una infección de trasmisión sexual y ninguna tenían el antecedente de fumado. (Ver tabla 5).

El resultado de lesión colposcópica más frecuente según resultados de Biopsia demostró que en las pacientes con lesión acetoblanco fino tenue que corresponde al 33.3% de ellas, fue confirmado la lesión intraepitelial de bajo grado y a 23.3% de los pacientes que se señaló la presencia de una zona de transición normal, no se les realizó biopsia. También fue identificado que el 6.6% los resultados de negativos para células malignas tenían por colposcopia acetoacetato fino tenue. En pacientes con lesión acetoblanco grueso que corresponde al 3.3% su resultado de biopsia fue de lesión intraepitelial de alto grado. (Ver tabla 6).

El resultado de manejo de la lesión colposcópica encontrada fue el siguiente, al 20.0% que presentaban zona de transformación normal se les manejo con observación y al 3.3% se le realizo crioterapia. Al 60.0% de la lesión acetoblanco fino tenue se les realizo crioterapia, al 3.3% se le realizo observación y al mismo porcentaje se le realizo escisión electroquirurgica con ASA (cono). A la lesión puntilleo fino regular, acetoblanco grueso, puntilleo grueso irregular que correspondían cada una al 3.3% se les realizo crioterapia. (Ver tabla 7).

Lo que se refiere al seguimiento brindado de las lesiones colposcópica encontradas se pudo evidenciar que de las lesiones que se decidió observarlas el 6.6 % presentaron un control citológico sin recidiva y el 16.6% tenían pendiente su control citológico, a las lesiones que se les manejo con crioterapia el 46.6% de ellas en su control citológico no había recidiva, el 20.0% tenía pendiente su control citológico y un 6.6 % tenía un control citológico con recidiva, a la lesión que se le manejo con escisión electroquirúrgica con ASA que corresponde al 3.3% su control citológico fue sin recidiva. (Ver tabla 8).

IX-Discusión de Resultados

El grupo etáreo más afectado estaba comprendido entre 21-39 años, hallazgo diferente al obtenido por Gonzales en el año 2017, donde su grupo de edad más afectado estaba en el rango de 26-30 años de edad y si este resultado fue similar al obtenido por García en el año 2012 donde las mujeres que les diagnosticaron LIEBG estaban comprendidas entre los rango de edades de 20 a 29 y 30 a 39 años de edad.

La lesión de mayor predominio descrita por colposcopia en el presente estudio fue la acetoblanco fino tenue, no podemos hacer comparación con el estudio de González & Duarte en el año 2017, donde la lesión que plasmaron en su resultado fue la que reportó como final la biopsia, obteniendo como lesión de mayor predominio en su estudio la atipia escamosa seguida del NIC I.

Al correlacionar los resultados de la Colposcopia, las lesiones de bajo Grado reportadas por colposcopias habían sido confirmadas por el PAP, similar resultado obtuvo Urroz en el año 2010, no así en cuanto a la correlación de la colposcopia con la biopsia que se encontró en este estudio, donde menos del cuarenta por ciento de las lesiones de bajo grado fueron confirmadas mediante Biopsia y a más del cincuenta por ciento no se les realizó biopsia, difiere a lo encontrado por Urroz en su estudio donde mayor del ochenta por ciento de las lesiones de su estudio fueron confirmadas mediante biopsia .

En cuanto al manejo terapéutico utilizado en las lesiones intraepiteliales de bajo grado la crioterapia, observación y escisión electroquirúrgica con ASA fue un resultado muy similar a lo encontrado por Orozco & Matute en el año 2011 y Gonzales en el 2017, se puede observar que en el presente estudio el segundo mayor porcentaje lo obtuvo la observación manejo no utilizado en el estudio de Orozco & Matute ni de Gonzales.

La evolución clínica que presentaron estas pacientes, en más del cincuenta por ciento de ellas hubo regresión de la lesión confirmado mediante citología de control, persistencia solo en dos pacientes, resultado similar obtuvo en el orden de frecuencia no así en el porcentajes Orozco & Matute en el año 2011, esto a causa a más del treinta por ciento de citologías de control no realizadas que se encontró en el presente estudio.

X-Conclusiones

1. Las mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo grado son de nivel socioeconómico y de escolaridad bajo, con un inicio de vida sexual activa a temprana edad y la mitad de ellas habían tenido solo un compañero sexual, con alta exposición a los factores de riesgo conocido para esta enfermedad.
2. Los antecedentes obstétricos (número de gestas 1-2 representaron el 63.3%, en Paridad las primíparas representaron el 53.3%, el 76.7% no tenían antecedentes de aborto, el IVSA antes de los 20 años represento el 96.7%, el 50% solo tuvieron 1 compañero sexual) no estaban relacionadas en su mayoría con la lesión intraepitelial de bajo grado.

Los elementos ginecológicos (el 50% usó anticonceptivos orales, el 53.3 % tenían el antecedente de PAP, 16.7% tienen antecedente de VPH e IVAA positivo, el 40% tenían como antecedente una infección de transmisión sexual) si tienen una relación evidente con las lesiones de bajo grado

3. La colposcopia demostró que las lesiones acetablanco fino tenue presentan una frecuencia del 33.3% con lesiones de bajo grado.
4. La crioterapia es el tratamiento de seguimiento idóneo para las lesiones más frecuentes identificadas.

XI-Recomendaciones

1. A nivel de SILAIS.
 - a. Que los Equipos de Salud Familiar y Comunitario reciban información sobre los casos de pacientes con LIE de bajo grado para que sean localizados en cada comunidad y sean referidos con periodicidad para los controles necesario. Fortalecer los ESAFC de los sectores para lograr un adecuado seguimiento de los pacientes.
 - b. Coordinar actividades de educación continua entre el MINED y MINSA, en los colegios de secundaria sobre el tema del cáncer cérvico uterino relacionado a realizarse prueba y que resultado se espera, así como como indicar como actuar y como cuidarse antes lesiones de bajo grado mediante el fortalecimiento de los círculos de adolescentes y estrategias de pares. Continuar campañas permanentes en el tamizaje del PAP e IVAA para la detección oportuna.
2. A nivel de la unidad de salud Pedro José Chamorro de Granada.
 - a. Evaluar periódicamente al personal médico y de enfermería sobre las conducta a realizar ante la presencia de las diferentes tipo de lesiones que sean reportadas por el PAP. Dar seguimiento a los ESAFC en la aplicación de norma y protocolos en el manejo de LIEBG.
 - b. Por parte del personal médico especializado realizar estudio que permita la evaluación sobre la consideración de realizar biopsia a las lesiones de bajo grado en mujeres jóvenes, que dejar desprovisto a las mujeres con solo los resultados de PAP y la colposcopia. Fortalecer la educación continua en la aplicación de las normas y protocolos.

3. A nivel hospitalario.
 - a. Realizar estudio que demuestren la sensibilidad y especificidad de la correlación diagnóstica y de seguimiento para las lesiones de bajo grado entre el PAP, la colposcopia y biopsia que determine recomendaciones para mujeres jóvenes.
 - b. Con el personal de patología establecer análisis entre las diferencias encontradas de las citologías y las biopsias tomadas, que permitan mejorar la capacidad técnica de todo el personal involucrado en la detección temprana de CACU.
 - c. Que los Ginecoobstetra colposcopista hagan uso de la hoja de reporte de colposcopia normada por el ministerio de salud.

XII-Bibliografía

- Almonte, M. (22 de Octubre de 2010). Nuevos Paradigmas y Desafíos en la prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino en América Latina. *Salud pública Méx*, 52(6), 844-859. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600010
- Bieber, E. J. (Diciembre de 2017). Fisiología del útero y del cuello uterino. Obtenido de <http://www.amolca.com.co/images/stories/amolca/medicina/ginecologia-y-obstetricia/histeroscopia/pag27.pdf>
- Cardinal, L. H. (2016). Anatomía, Citología e Histología del Cuello Uterino, la Vagina y la Vulva normales y patológicos. *Ecossistema Vaginal*. Obtenido de <http://media.axon.es/pdf/65277.pdf>
- Castrillo, K. (2010). Lesiones Intraepiteliales de bajo Grado. *Oncología*. En J. L. Keril Castrillo, *Lesiones Intraepiteliales de bajo Grado. Oncología* (pág. 591). Costa Rica: *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*.
- Clínica Universidad de Navarra. (2015). *Diccionario Médico*. Recuperado el 10 de Febrero de 2018, de <https://www.cun.es/diccionario-medico>
- Directorio Psicólogos. (2011). *Directorio Psicólogos*. Recuperado el 27 de enero de 2018, de *Directorio Psicólogos*: <http://www.directoriopsicologos.es/articulos/amor-y-sexo/que-es-la-promiscuidad-780184>
- Drake, R. L., Vogl, W., & Mitchell, A. W. (2010). *Anatomía para Estudiantes de Gray*. (Elsevier, Ed.) Barcelona, Aragón, España: S.A. ELSEVIER ESPAÑA.

- Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Asuncion . (2008). Historia Clinica Ginecologica Basica. Recuperado el 9 de febrero de 2018, de Historia Clinica Ginecologica Basica: <https://es.scribd.com/doc/24927530/Manual-de-Instrucciones-Para-El-Llenado-y-Definicion-de-Terminos-Del-Sistema-Informatico-Ginecologico>
- Fundación Movicancer Nicaragua. (2018). Obtenido de <http://www.movicancer.org.ni/sivipcan/>
- Garcia, M. E. (2012). Comportamiento de la Citología Cérvico Uterino realizadas en Mujeres Atendidas en Ginecología y Patología del Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada durante el periodo de Enero 2009 a Diciembre 2011. Managua: UNAN - Managua.
- González, F., & Duarte, L. (2017). Abordaje Diagnóstico ,Terapeutico y Seguimiento de las Lesiones Premalignas de Cervix en Pacientes de los Municipios del Departamento de Boaco, Atendidas en el Hospital José Nieborowski. Managua : UNAN-Managua .
- Hall, J. E. (2011). Tratado de Fisiología Médica de Guyton y Hall. Barcelona: Elsevier,España S.L.
- Llongueras, S. A. (2006). Virus del Papiloma Humano y Cancer:Epidemiología y Prevención. (S. E. Epidemiología, Ed.) Valencia, España. Obtenido de <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>
- Ministerio de Salud. (2006). Norma Tecnica de Prevención,detección y atención del cáncer cervicouterino. Managua.

- Ministerio de Salud Perú. (Junio de 2017). Ministerio de Salud Perú. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
- MINSA. (2006). Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvicouterino. Managua, Nicaragua: MINSA.
- MINSA. (Abril de 2010). Prevencion del Cancer Cervico Uterino a traves del Tamizaje con Inspeccion Visual con Acido Acetico (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia. (Primera). Managua, Nicaragua: Biblioteca Nacional de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165964/1/92%2075%2032531%2006.pdf>
- Orozco, E., & Matute, W. (2011). Comportamiento Posterapéutico de las Lesiones Precanserosas del Cuello Uterino en Pacientes atendidas en el Programa Sectorial de Atención y Prevención de Cancer Cervicouterino del Centro de Mujeres Ixchen. Managua: UNAN - Managua.
- Pérez Cruz, E. M. (2005). Detección Y Seguimiento con Inspección Visual Del Cérvix para la Prevención del Cáncer Cervicouterino en las Zonas Rurales de México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica.
- Urroz, M. (2010). Correlación Citológica ,Colposcópica e Histológica de las Lesiones Premalignas de Cervix en Pacientes Atendidas en la Clínica de Patología Cervical del Hospital Bertha Calderón. Managua: UNAN - Managua.

XIII-ANEXOS

ANEXO

Anexo 1: Material de Recolección de Datos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DIARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Comportamientos de las lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino de mujeres procedentes del sector sur del municipio de granada. Enero a Diciembre 2017.

Objetivo I: Datos Sociodemográficos

Edad: <20: ___ 21-39 ___ 40-49: ___ 50 y más: ___

Procedencia: Rural: ___ Urbana: ___

Nivel Académico: Primaria ___ Secundaria ___ Nivel Superior ___

Ocupación: Ama de casa: ___ Estudiante ___ Comerciante ___ Otro ___

Objetivo II. Antecedentes Ginecobstétricos

Numero de Gestas: Ninguna ___ 1 a 2 ___ 3 a 4 ___ 5 y + ___

Paridad: Nulípara ___ Primípara ___ Multípara ___

Aborto: Ninguna ___ 1 a 2 ___ 3 y más ___ Embarazo Actual: Si ___ No ___

IVSA: <20 ___ 20-34 ___ >34 ___, Menarca: 11-12 ___ 13-14 ___ 15-16 ___ ,

Menopausia: Si ___ No ___

Uso ACO: Si ___ No ___ VPH Anterior: Si ___ No ___ IVAA Anterior: Si ___ No ___

PAP Anterior: Si ___ No ___ # Cros Sexuales: 1 ___ 2 ___ >2 ___.

ITS: Si ___ No ___

Hábitos No Tóxicos: Fuma: Si ___ No ___ Alcohol: Si ___ No ___ Droga: Si ___ No ___

Objetivo III: Identificar la lesión Cervical más Frecuente

Colposcopia

Satisfactoria: _____ Insatisfactoria: _____

Descripción de Colposcopia

Zona de Transformación Normal: ___ Leucoplaquia: ___ Acetoblanco fino/tenue: _____

Puntilleo Fino/Regular: ___ Mosaico Fino /Regular: ___ Acetoblanco Grueso: _____

Acetoblanco grueso /Irregular: ____Puntilleo grueso/Irregular: ____ Vasos Atípicos: ____

Sospecha de Neoplasia Invasora: ____ Lesión Yodo Negativa: ____

Resultados de Biopsia:

Objetivo IV: Seguimiento brindado a las Mujeres en estudio

Observación____ Crioterapia____

Excisión electroquirúrgica con ASA____ Vaporización láser ____

Evolución de las pacientes

Control Citológico Subsecuente: Sin Recidiva ____ Con Recidiva____

Evolución a NIC II____ Evolución a NIC III____ Evolución a Cáncer in Situ____.

Anexo 2: Tablas de Resultados

Tabla 1.

Datos Sociodemográficos de las mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=30		
Datos Sociodemográficos	Frec	%
Edad		
<20 Años	9	30.0
21-39	15	50.0
40-49	4	13.3
50 y mas	2	6.7
Procedencia		
Rural	5	16.7
Urbana	25	83.3
Nivel Académico		
Primaria	19	63.3
Secundaria	10	33.3
Nivel Superior	1	3.3
Ocupación		
Ama de Casa	28	93.3
Estudiante	2	6.7

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Nota la media de edad 29.5años con una DS de 11.3 años.

Tabla 2.

Antecedentes Ginecoobstétricos de mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=30

Antecedentes Ginecoobstétricos	Frec	%
Números de Gesta		
Ninguna	1	3.3
1 a 2	19	63.3
3 a 4	7	23.3
5 y mas	3	10.0
Paridad		
Nulípara	4	13.3
Primípara	16	53.3
Multípara	10	33.3
Aborto		
Ninguno	23	76.7
1 a 2	7	23.3
3 y mas	0	0
IVSA		
<20 años	29	96.7
20-34	1	3.3
>34	0	0.0
Menarca		
11-12 años	14	46.7
13- 14	13	43.3
15-16	3	10.0
# de Compañeros Sexuales		
1 Cros	15	50.0
2	8	26.7
>2	7	23.3
En menopausia	3	10.0
En Uso Anticonceptivos orales	15	50.50
VPH Anterior	5	16.7
IVAA Anterior	5	16.7
PAP Anterior	16	53.3
ITS Anterior	12	40.0
Fuma	1	3.3
Alcohol	1	3.3

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Tabla 3.

Lesión Colposcópica y resultados de Biopsia más frecuentes de mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=30

	Frec	%
<u>Lesión Colposcópica</u>		
Zona de transformación Normal	7	23.3
Acetoblanco Fino tenue	20	66.7
Puntilleo Fino Regular	1	3.3
Acetoblanco Grueso	1	3.3
Puntilleo grueso Irregular	1	3.3
<u>Resultados de Biopsia</u>		
Negativo para Neoplasia	2	6.7
LIEBG	10	33.3
LIEAG	1	3.3
No se le realizo Biopsia	17	56.7

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Tabla 4.

Datos Sociodemográficos según lesión colposcópica más frecuente encontrada en mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=30

Características generales de los pacientes	Lesión Colposcópica				
	Zona de Transformación n Normal n=7 n (%)	Acetoblancos fino tenue n=20 n (%)	Puntillado fino regular n=1 n (%)	Acetoblancos o grueso n=1 n (%)	Puntillado grueso irregular n=1 n (%)
Edad					
<20 Años	2 (6.6)	7 (23.3)	-	-	-
21 - 39	3 (10.0)	10 (33.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	-
40 - 49	-	3 (10.0)	-	-	1 (3.3)
50 y mas	2 (6.6)	-	-	-	-
Procedencia					
Rural	2 (6.6)	2 (6.6)	-	1 (3.3)	-
Urbana	5 (16.6)	18 (60.0)	1 (3.3)	-	1 (3.3)
Nivel Académico					
Primaria	6 (20.0)	12 (40.0)	-	-	1 (3.3)
Secundaria	1 (3.3)	7 (23.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	-
Nivel Superior	-	1 (3.3)	-	-	-
Ocupación					
Ama de Casa	7 (23.3)	18 (60.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
Estudiante	-	2 (6.6)	-	-	-

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Tabla 5.

Antecedentes Ginecoobstétricos según lesión Colposcópica más frecuente de mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017

n=30

Antecedentes Ginecoobstétricos	Lesión Colposcópica				
	Zona de Transformación Normal n=7 n (%)	Acetoblanco fino tenue n=20 n (%)	Puntilleo fino regular n=1 n (%)	Acetoblanco o grueso n=1 n (%)	Puntilleo grueso irregular n=1 n (%)
Núm. De Gestas					
Ninguno	1 (3.3)	-	-	-	-
1 a 2	2 (6.6)	15 (50.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	-
3 a 4	3 (10.0)	4 (13.3)	-	-	-
5 y +	1 (3.3)	1 (3.3)	-	-	1 (3.3)
IVSA					
<20 años	7 (23.3)	19 (63.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
20-34	-	1 (3.3)	-	-	-
Menarca					
11-12	2 (6.6)	12 (40.0)	-	-	-
13-14	4 (13.3)	6 (20.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
15-16	1 (3.3)	2 (6.6)	-	-	-
Uso De Anticonceptivo oral	2 (6.6)	12 (40.0)	1 (3.3)	-	-
VPH Anterior	1 (3.3)	3 (10.0)	-	1 (3.3)	-
PAP anterior	3 (10)	11 (36.6)	-	1 (3.3)	1 (3.3)
ITS	4 (13.3)	7 (23.3)	-	-	1 (3.3)
Fuma	-	1 (3.3)	-	-	-

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Tabla 6.

Lesión Colposcópica más frecuente según Resultados de Biopsia de mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017

n=30

Lesión Colposcópica	Resultados de Biopsia			
	Negativa para Neoplasia n=2	LIEBG n=10	LIEAG n=1	No se le realizo Bx n=17
Zona de Transformación Normal	-	-	-	7 (23.3)
Acetoblanco fino tenue	2 (6.6)	10 (33.3)	-	8 (26.6)
Puntilleo fino regular	-	-	-	1 (3.3)
Acetoblanco grueso	-	-	1 (3.3)	-
Puntilleo grueso irregular	-	-	-	1 (3.3)

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Tabla 7.

Lesión Colposcópica más frecuente según Seguimiento Brindado a mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017

n=30

Lesión Colposcópica	Seguimiento Brindado		
	Observación n=7	Crioterapia n=22	Excisión Electroquirurgica con ASA n=1
Descripción Colposcópica			
Zona de Transformación Normal	6 (20.0)	1 (3.3)	-
Acetoblanco fino tenue	1 (3.3)	18 (60.0)	1 (3.3)
Puntilleo fino regular	-	1 (3.3)	-
Acetoblanco grueso	-	1 (3.3)	-
Puntilleo grueso irregular	-	1 (3.3)	-

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

Tabla 8.

Seguimiento Brindado y Evolución de las mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado de cuello uterino procedentes del sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=30

Seguimiento brindado	Evolución de la Paciente		
	Control Citológico Sin Recidiva n=17	Control Citológico Con Recidiva n=2	Pendiente Control n=11
Observación	2 (6.6)	-	5(16.6)
Crioterapia	14 (46.6)	2(6.6)	6(20)
Escisión Electroquirurgica con ASA	1 (3.3)	-	-

Fuente: Secundaria Expediente Clínico

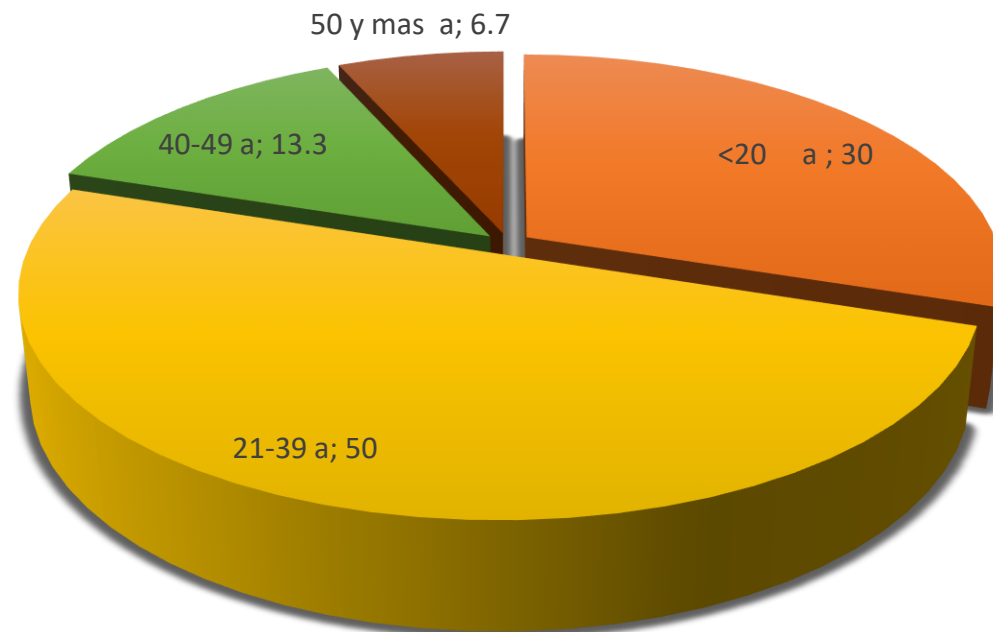
Anexos 3.

Resultados

Gráfico 1.

Edad de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada.
Enero 2017 a Diciembre 2017.

n=30

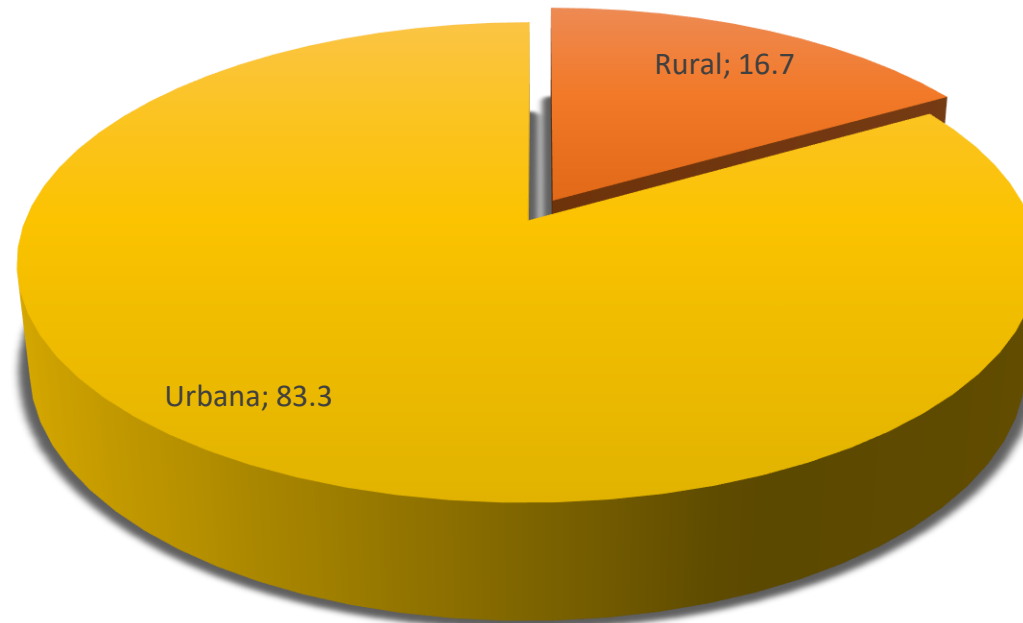


Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2.

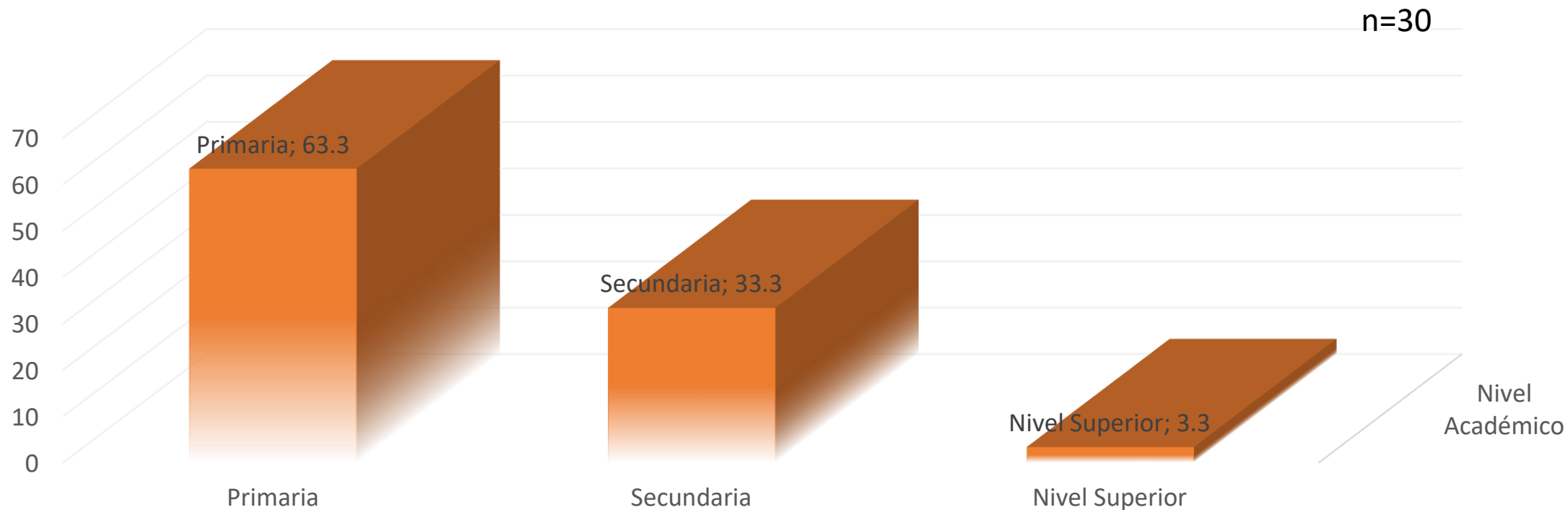
Procedencia de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.

n=30



Fuente: Tabla 1.

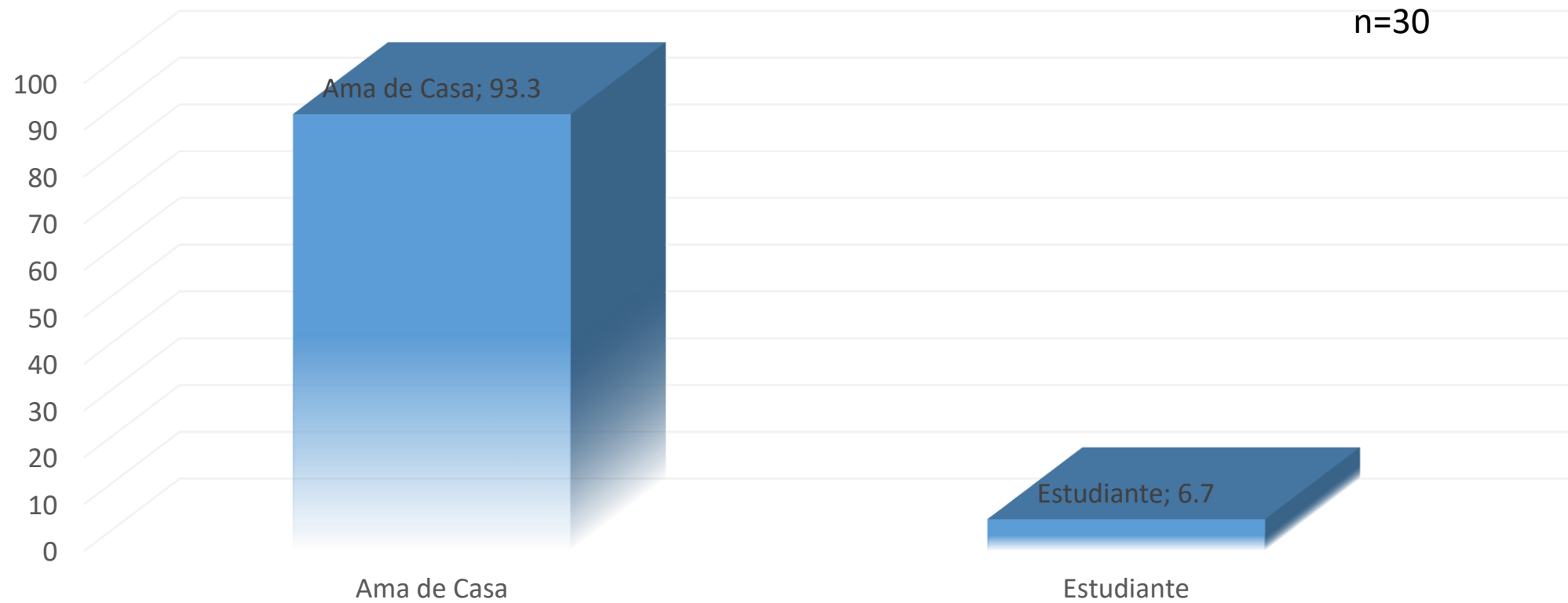
Gráfico 3.
Nivel Académico de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 1.

Gráfico 4.

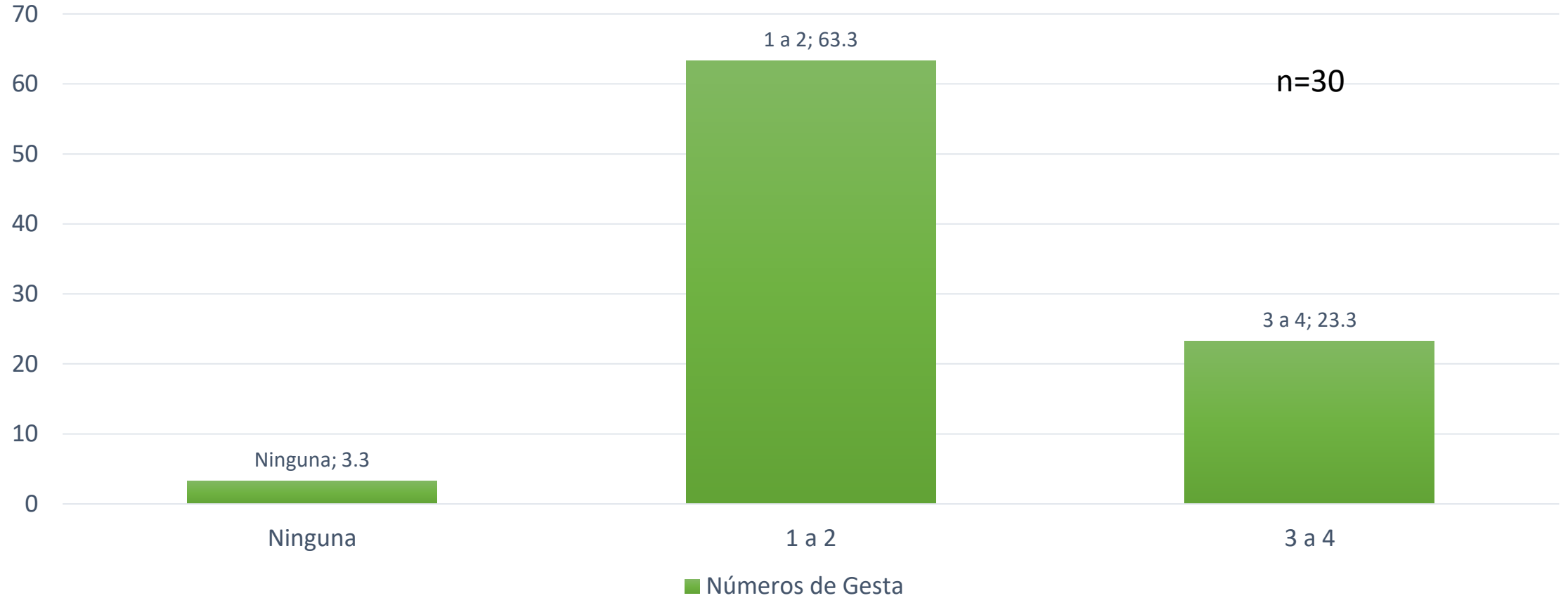
Ocupación de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 1.

Gráfico 5.

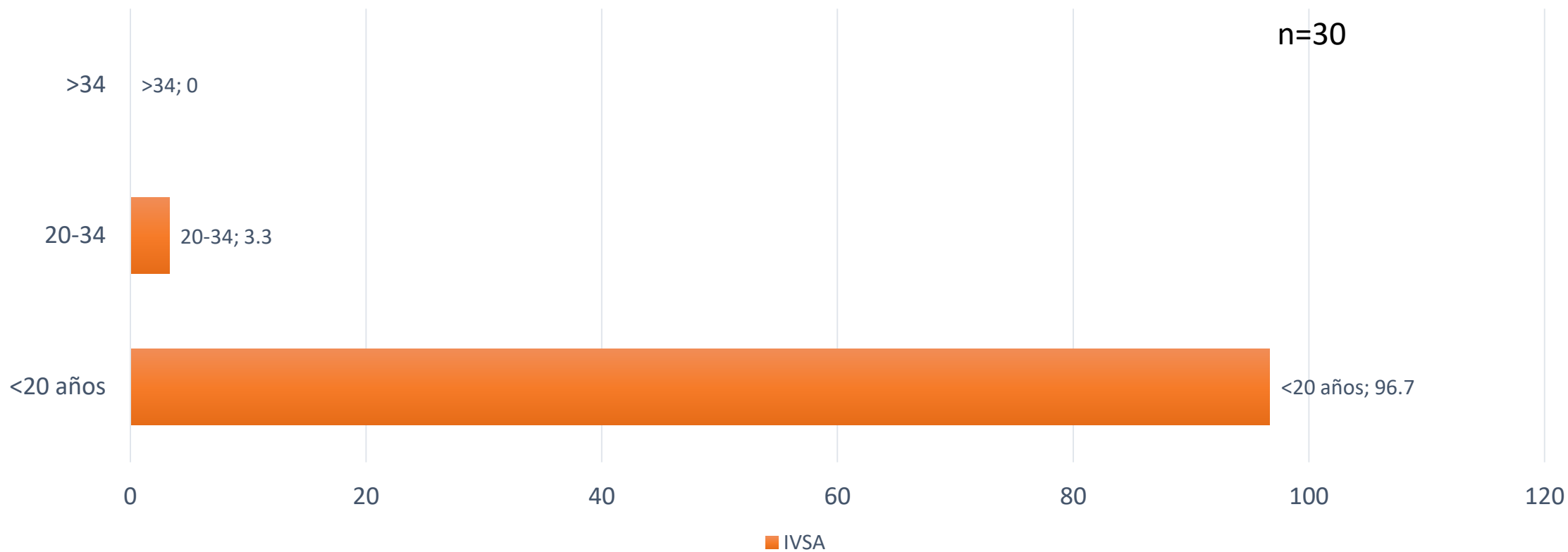
Número de Gestas de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 2.

Gráfico 6.

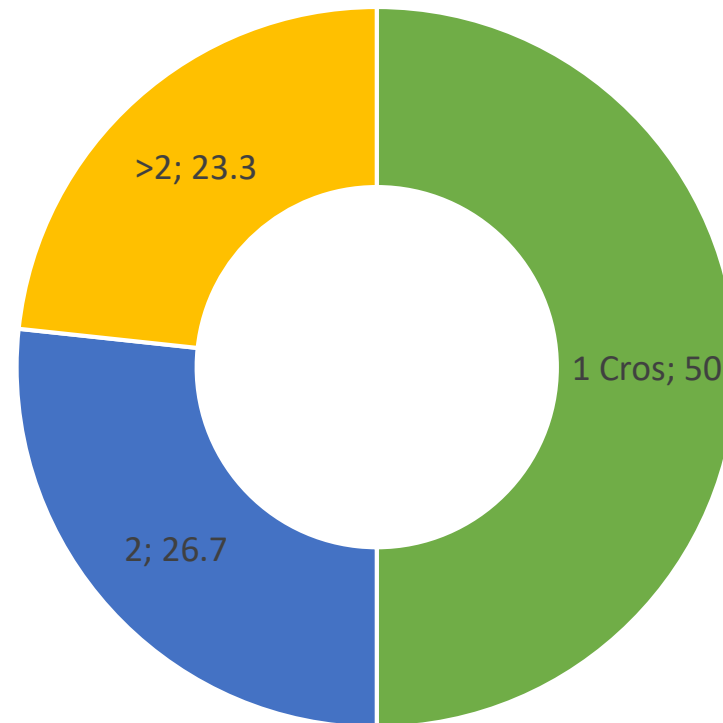
Inicio de vida sexual activa de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 2.

Gráfico 7.

Número de Compañeros Sexuales de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.



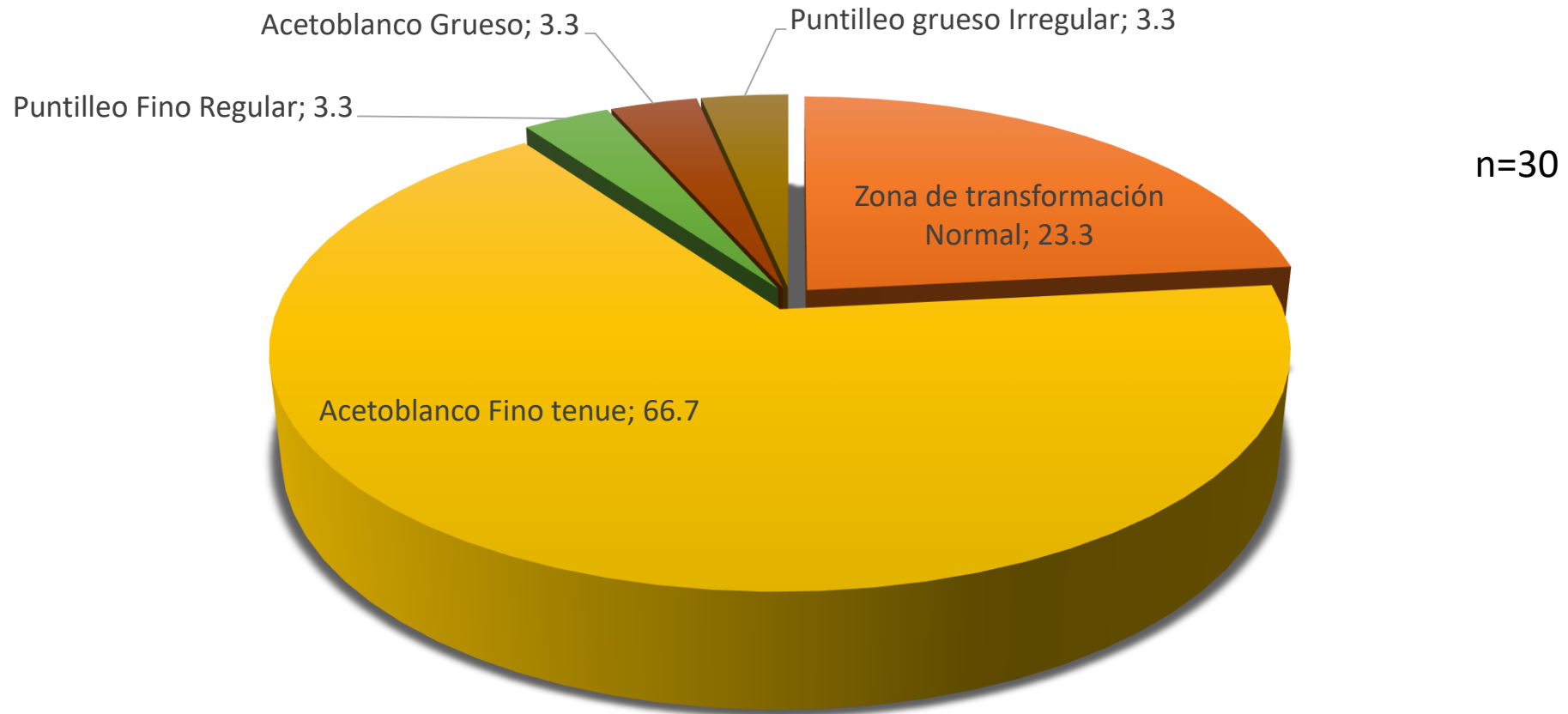
n=30

Fuente: Tabla 2.

■ 1 Cros ■ 2 ■ >2

Gráfico 8.

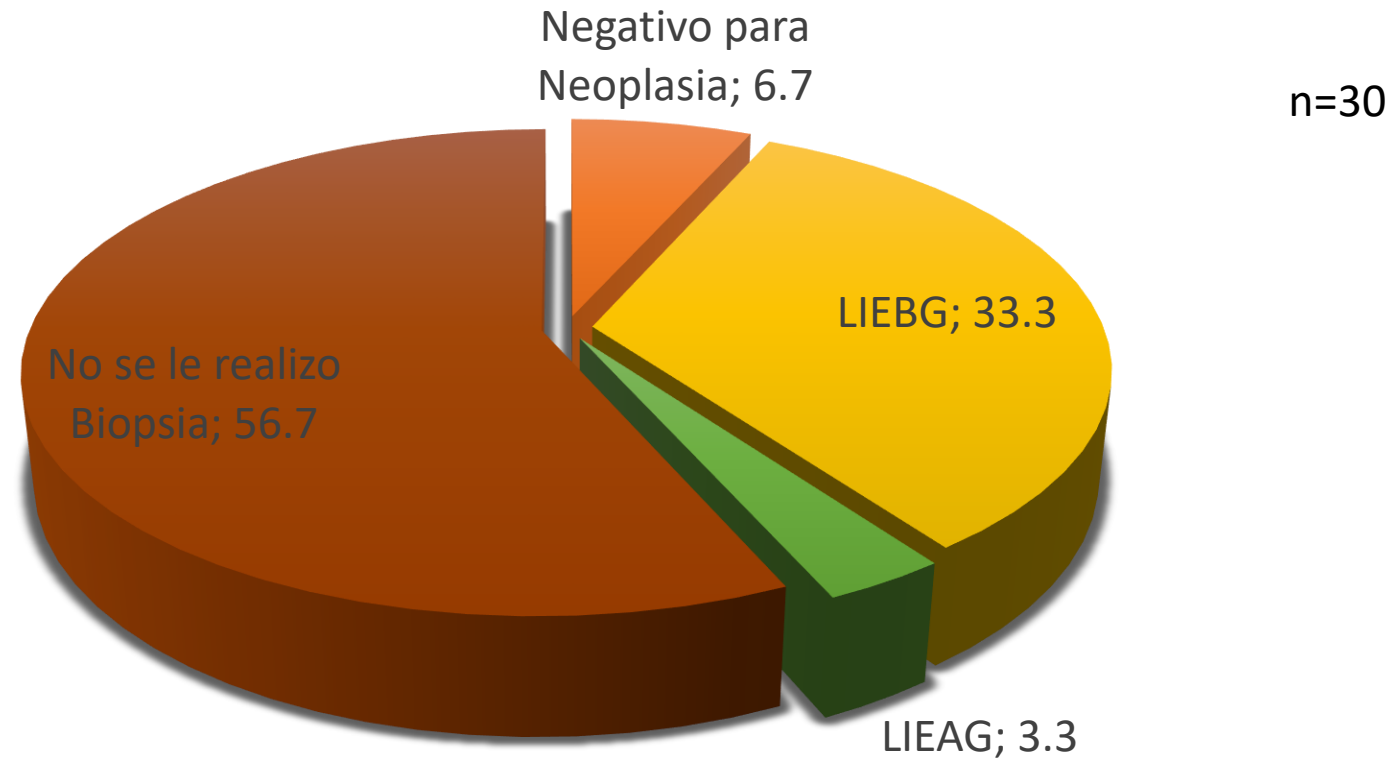
Lesión Colposcópica mas frecuente de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 3.

Gráfico 9.

Resultados de Biopsia de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero 2017 a Diciembre 2017



Fuente: Tabla 3.

Gráfico 10.

Lesión Colposcópica más frecuente según Resultados de Biopsia de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017

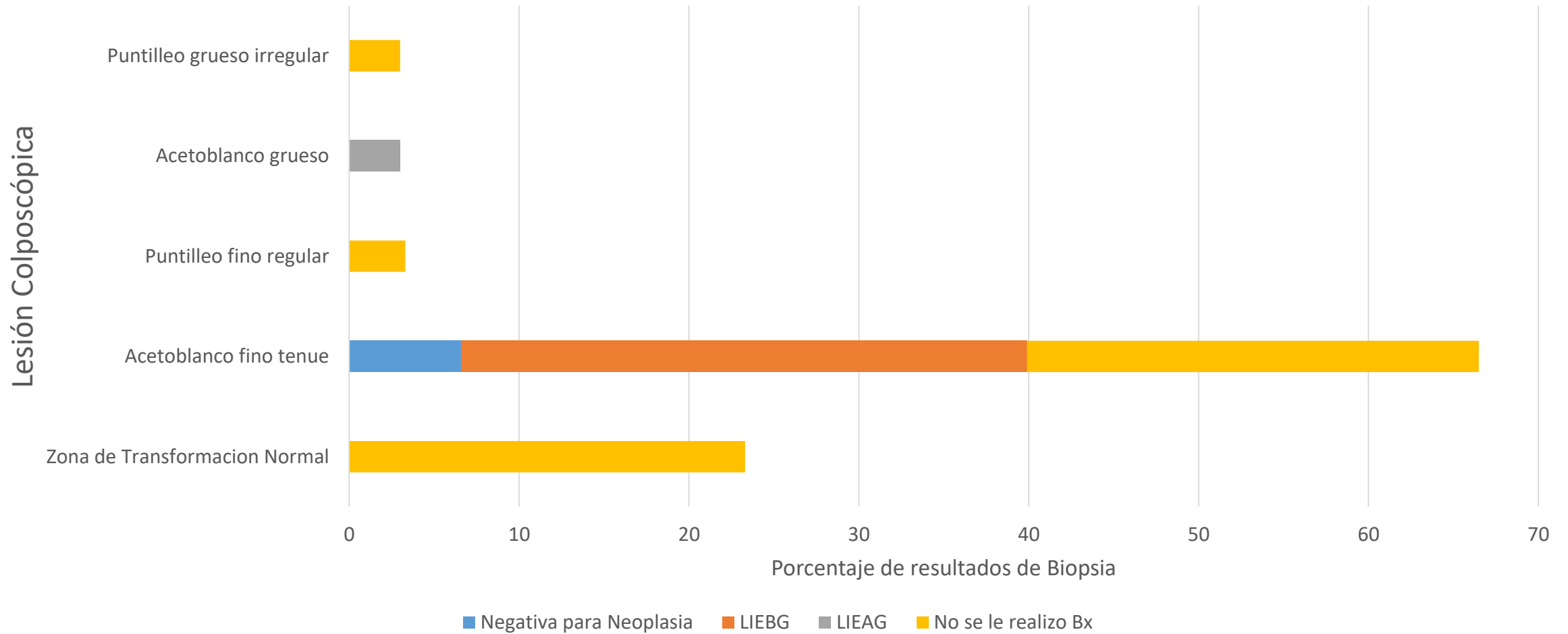
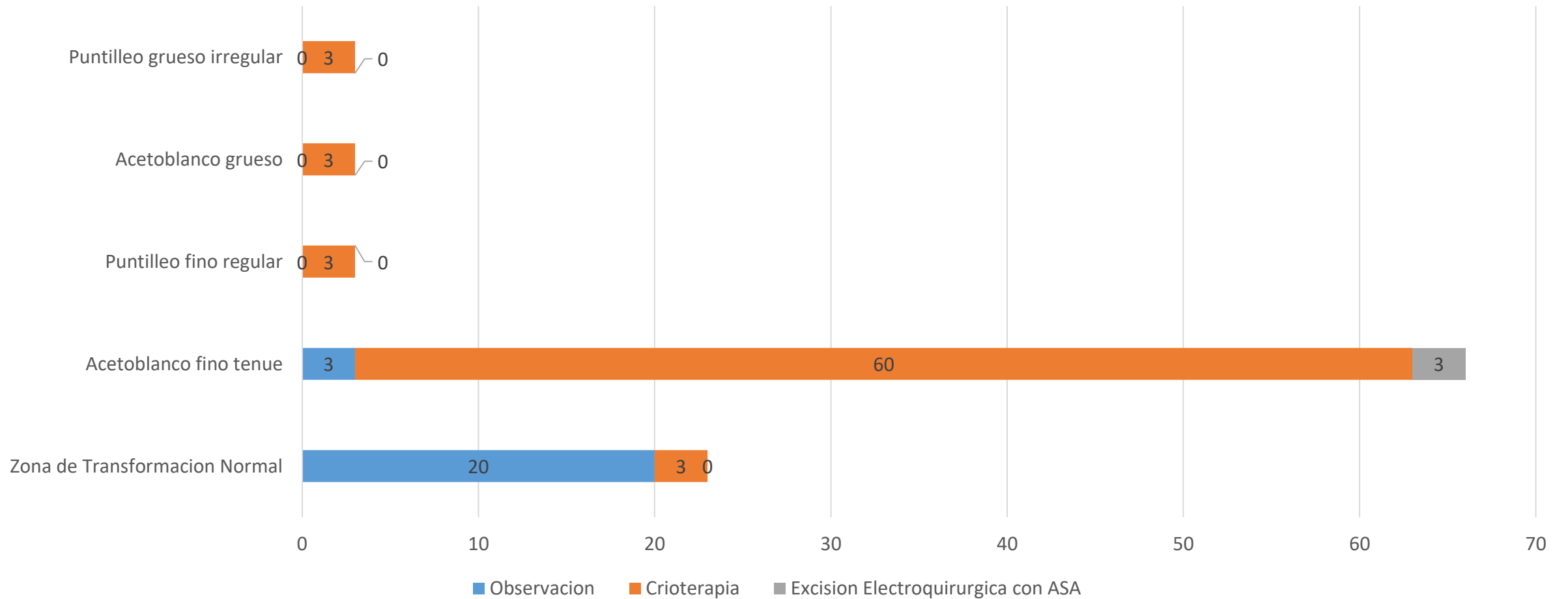


Gráfico 11.

Lesión Colposcópica más frecuente según Seguimiento Brindado de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 7.

Gráfico 12.

Seguimiento Brindado y Evolución de las mujeres con LIEBG de cuello uterino, sector sur del municipio de Granada. Enero a Diciembre 2017.

