

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE



Tesis para optar al título:

Especialista en ginecología y obstetricia

Factores de riesgo asociados a lesiones de Alto grado, Hospital Bertha

Calderón, Enero a Diciembre 2018.

AUTOR:

Dr. Alfonso Galea Martínez

Médico Residente de Ginecología IV año

TUTOR:

Dr. Camilo Uriel Pravia.

Médico Gineco-obstetra

Febrero 2020

Dedicatoria

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por Fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de mi vida y mis estudios.

A mi Padres y familia.

Mi madre Blanca María Martínez Berrios y mi padre José Galea Aguilar QEPD, Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo y amor durante toda mi vida.

A mis Maestros

Aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, por sus enseñanzas y guía aportando sus conocimientos y experiencias durante toda mi formación académica, mi tutor Dr.

Camilo Uriel Pravia Gineco Obstetra.

A nuestros Pacientes

Por ser parte de nuestra formación diaria

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por permitirme alcanzar mis metas y cuidarme a cada momento.

A mi familia:

Por brindarme su amor y su apoyo incondicional.

A mis docentes:

Por sus enseñanzas y transmitirme sus conocimientos.

OPINIÓN DEL TUTOR

Por este medio me permito avalar positivamente la tesis “Factores de riesgo asociados a lesiones intra epiteliales de alto grado en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero - diciembre 2018.” La cual fue realizado por el Dr. Alfonso Galea Martínez , para optar por el título de médico especialista de ginecología y obstetricia. las lesiones intra epiteliales de alto grado se deben identificar en nuestra población femenina para la prevención del cáncer cervico uterino.

A pesar que el Ministerio de Salud ha implementado las Normas de atención y prevención del cáncer cervico uterino, se continúan observando dificultades para el diagnóstico de las lesiones y por ende de la terapia temprana y oportuna.

En concordancia, con lo anterior considero que el trabajo cumple con los criterios establecidos por el reglamento de estudios de posgrado y educación continua SEPEC UNAN- Managua, aprobado por el consejo universitario en sesión ordinaria No. 21-2011, del 07 de octubre del 2011

Extiendo la presente carta de aval en la ciudad de Managua el día veintidós de febrero del dos mil veinte.

Dr. Camilo Uriel Pravia

Gineco Obstetra.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de correlación en el área de la consulta externa en la Clínica de Lesiones Tempranas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el período comprendido entre enero a diciembre del año 2018. Se recolectó la información mediante los expedientes clínicos y ficha estructurada con todos los datos más importantes de las pacientes, el universo fueron 110 mujeres que acudieron a la clínica para realización de colposcopia por lesión de alto grado. La muestra fue conformada por 110 mujeres con diagnóstico de LIE AG, encontrando los siguientes principales resultados:

- Las edades más frecuentes de la población de estudio fueron las de 30-39 con un porcentaje de 54.5% y en menor porcentaje las edades entre 15-19 años con un 3.6%.

En cuanto al lugar de origen las pacientes del estudio fueron del sector Urbano con un 92.7 %.

El nivel de escolaridad de las pacientes del estudio las de mayor frecuencia fueron las de haber alcanzado el nivel de secundaria con un 79.1% y en menor frecuencia las que solo habían cursado un nivel técnico al momento del estudio con un 4.5%.

El estado civil de las pacientes las de mayor frecuencia fueron las que solo estaban acompañadas con un 70% y en menor frecuencia las casadas con un 4.5%.

En cuanto al inicio de relaciones sexuales las que mayor predominaron fueron aquellas pacientes que habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años con un 74.5% y en menor porcentaje aquellas que lo iniciaron entre 15-19 años.

El antecedente de cuantas parejas habían tenido al momento del estudio las de mayor porcentaje fueron aquellas que habían tenido 4 parejas sexuales con un 51.8% y en menor porcentaje aquellas que solo habían tenido 2 parejas con un 1.8%.

El antecedente de multiparidad las que más predominaron fueron aquellas pacientes que habían tenido 4 embarazos previos con un 50%, seguidas aquellas que habían tenido 3 embarazos con un 40% y en menor porcentaje aquellas que tuvieron >4 embarazos.

Los hábitos de fumado predominaron aquellas mujeres que no fumaban con un 80.9% al momento del estudio.

Al momento de realizar la colposcopia, el resultado de Papanicolaou que mayor predominio fueron las LIE AG con un 97% y en menor frecuencia atipia escamosa con un 1.8%.

El resultado de la colposcopia biopsia que mayor predominio fueron las NIC II con un 61.8%, seguidas de NIC III con un 41 %.

El tratamiento según el tipo de lesión intraepitelial que se realizó fue el ASA con un 92.7%.

Y se encontró asociación entre el inicio de las relaciones sexuales con la aparición de lesiones de alto grado.

Contenido

Introducción.....	8
Antecedentes.....	10
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	16
Objetivos.....	18
Marco Teórico.....	19
Hipótesis.....	35
Diseño Metodológico.....	36
Tipo de estudio.....	36
Área y Período de Estudio.....	36
Técnica y Procedimiento de Recolección de la Información.....	37
Plan de Tabulación.....	37
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (MOVI).....	41
Resultados:.....	43
Análisis y discusión.....	45
Conclusión:.....	49
Recomendaciones:.....	50
Bibliografía:.....	51
ANEXOS.....	54
Tablas y gráficos:.....	54
Ficha de recolección de datos:.....	67

Introducción

El cáncer del cuello uterino es la neoplasia maligna que se localiza en la zona de unión escamo-columnar del epitelio cervical y en todo el mundo es causante de un impacto negativo en la población femenina; situación que es más evidente en los países en vías de desarrollo. A pesar de la existencia de programas de control, las mujeres padecen y mueren por cáncer cervicouterino. Mundialmente, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer después del cáncer de mama.

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), y a la exposición a factores de riesgo relacionados a la conducta sexual y la reproducción.

Las lesiones premalignas de cérvix precursoras del cáncer de cérvix siguen siendo uno de los tópicos más extensamente estudiados; facilitado por la localización anatómica, la accesibilidad al clínico para la obtención de muestras que no ponen en riesgo la vida de la paciente y la frecuencia con que se observa esta patología. Por lo tanto detectar las lesiones premalignas es el pilar fundamental para la prevención de cáncer de cuello uterino, si las técnicas de detección e interpretación son las adecuadas. Así mismo conocer los factores de riesgo asociados a estas lesiones es necesario para cambiar la conducta de la población de riesgo y evitar que las lesiones premalignas se desarrollen y lleven a un cáncer de cuello uterino

En un esfuerzo por realizar detección temprana de lesiones preneoplásicas y de esta manera prevenir la evolución a Cáncer cervico uterino el Ministerio de Salud de Nicaragua en el año 2006 publicó la primera edición “Normas técnicas de prevención, detección y atención del cáncer cervico uterino” donde establece el abordaje (Diagnóstico y terapéutico) de la paciente con lesiones preneoplásicas y neoplásicas.

En este estudio se abordó sobre los factores de riesgo asociados a las lesiones de alto riesgo para el desarrollo de cáncer cervico uterino en nuestra población, de esta manera incidir en la prevención de dicha patología para reducir la morbi mortalidad.

Antecedentes

El concepto de precursores del cáncer cervicouterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores.

La OMS estableció un Grupo de Formulación de Directrices (GFD) sobre estrategias de “tamizaje y tratamiento” para prevenir el cáncer cervicouterino. En todas las recomendaciones sobre “tamizaje y tratamiento”, la crioterapia y el ASA es el tratamiento de primera elección para las mujeres que hayan obtenido un resultado de bajo o alto grado.

En muchos países en desarrollo de África subsahariana, Asia meridional y sudoriental, y América Latina, las mujeres tienen un alto riesgo de contraer cáncer cervicouterino y no disponen, en gran medida, de programas eficaces de detección y de tamizaje.

Muchos investigadores, afirman que la mayor parte de los cánceres escamosos del cérvix se originan a partir de las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC). Un metanálisis informó que los NIC I tienen una incidencia media global de progresión a carcinoma in situ del 11 % y de 1% hacia cáncer invasivo. En los últimos años, la conducta expectante ha sido adoptada en concordancia con las publicaciones, que señalan poca progresión o hasta normalización de estas lesiones.

En más del 90% de los casos de cáncer se encuentra presente la infección por VPH, pero no todos los casos de infección por VPH desarrollarán cáncer o incluso lesiones precursoras, ello hace suponer que existen factores que están asociados directa o indirectamente con el aumento en la probabilidad de desarrollar lesiones precursoras o cáncer. (Muñoz, 2018)

Cordero y colaboradores publicaron en el 2015 que tuvo por propósito relacionar diferentes factores de riesgo de cáncer cérvico uterino en un grupo de mujeres, con el resultado de su

citología. Los autores realizaron un estudio, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” de Cuba, desde enero del 2011 hasta diciembre 2012. El grupo de estudio quedó constituido por 500 pacientes de la consulta de patología de cuello y el grupo control lo formaron otras 500 mujeres con citología negativa, de la misma edad y consultorios de las pacientes del grupo estudio. Entre los principales hallazgos los autores indican que se evidenció significativamente la relación existente entre: relaciones sexuales con la menstruación, relaciones sexuales anales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedentes obstétricos de partos y abortos provocados, partos en la adolescencia, utilización de anticoncepción oral, hábito de fumar y la susceptibilidad genética: y la citología cervical alterada(Martínez JC, 2015)

Lau Serrano, Dalgis; Millán Vega, María Margarita; Fajardo Tornés, Yarine. “Lesiones Pre invasivas del cuello uterino”. La Habana, Cuba 2012. Realizaron un estudio con el objetivo de hallar la correlación cito-histológica, categorizar los grados de lesión y caracterizar el grupo de pacientes. Fue un estudio de evaluación retrospectivo a pacientes atendidas en la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo con lesiones pre invasivas del cuello uterino desde Enero del 2010 a Junio del 2011. El universo fueron 246 citologías anormales y la muestra 89 resultados histológicos con cualquiera de los tres grados de neoplasia intraepitelial cervical obtenidos, se calculó la sensibilidad y especificidad para determinar la efectividad del diagnóstico histológico.

Encontraron que predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años. El inicio de vida sexual precoz y la evidencia del virus del papiloma humano (VPH) fueron muy frecuentes. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico hallada fue del 64.1%, con una sensibilidad del 90.3% y una especificidad del 79.3%.

BalsecaGvidia, Mayra Karina. “Lesiones preneoplásicas del cérvix en mujeres atendidas en el Hospital José María Velásxo Ibarra” Tena, Ecuador. 2010. Realizó un estudio descriptivo, en la consulta externa de ginecología del Hospital José María Velasco Ibarra, con la finalidad de detectar lesiones premalignas, en pacientes que se realizaron Pap Test en dicha consulta, por un período de 8 meses, comprendido del mes de Enero del 2010 - Agosto del 2010. El estudio incluyó un total de 221 pacientes. Los resultados obtenidos reflejaron que la población más afectada es de raza indígena y corresponde al grupo etareo comprendido entre los 20 a 40 años (61.1%), la mayoría de pacientes estudiadas habían tenido de 2 a 3 compañeros sexuales (42.5%), con multiparidad en un 45.7% y antecedentes de planificación familiar con anticonceptivos orales que representa 60.2%. (RodríguezMartinez, SarduyNapoles, Solares Asteasuainzarra, & Martínez Chang, 2017)

En el año 2011 Chávez Avilés realizo el estudio “Comportamiento de las lesiones premalignas de cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque” Encontrando que el grupo etareo más afectado fue de 15 – 34 años (94%), seguido de las mayores de 35 años (43%).

El 75% de las pacientes provenían del área urbana. En el 48% de las pacientes se reportó NIC I en la biopsia de cérvix y un 26% se reportaron NIC II y NIC III. El 46% fueron tratadas con Crioterapia, el 27% se trató con asa térmica y 26% se hizo observación y seguimiento citológico. La Crioterapia es el método de elección terapéutica para el manejo de LIE de bajo grado (NIC1) y la escisión electroquirúrgica por asa es el método de elección para el manejo de las LIE de alto grado (NIC2 y 3).

Bermúdez y colaboradores publicaron en el 2015 con el propósito de determinar las pruebas de detección del cáncer cérvico uterino, la frecuencia de cambios celulares del cérvix sospechosas, y asociadas al virus del papiloma humano en mujeres atendidas en consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque. La muestra fue de 83 mujeres (45.8%) con PAP positivo y diagnosticadas con VPH. Según los resultados las pruebas de diagnóstico utilizadas fueron citológicas (PAP) y biopsia por Conización mediante asa diatérmica con un 100%. No se realizaron métodos moleculares para la detección del virus. Los cambios morfológicos obtenidos a partir de citología cervical y biopsia fueron la lesión de bajo grado o NIC I con el 14% detectado mediante colposcopia y para condiloma un 11% a través de biopsia. Las lesiones escamosas de alto grado, se obtuvo un 33% para NIC III mediante biopsia por asa diatérmica. (Bermudez Perez, 2015)

En el caso de Henríquez & Ortega (2015). FR de lesiones premalignas de cérvix detectadas por PAP, Hospital José Nieborowski, Boaco. 12 ASCUS se detectaron en un 22% a través de PAP. Se observó que la mayor prevalencia de VPH fue en los métodos de diagnóstico más utilizados son los cito-histológicos, y la lesión escamosa de alto grado con mayor porcentaje.

Justificación

Originalidad: Basado en la una búsqueda exhaustiva de estudios similares, para lo cual se consultaron diferentes Bases de Datos en la bibliografía científica especializada, se encontró que en el país se carece de un estudio similar, lo que motivo a profundizar en esta temática y realizar la presente investigación.

En Nicaragua el proceso evolutivo que ha sufrido el Sistema Nacional de Salud en los diferentes momentos históricos no se ha sistematizado de forma ordenada y completa que dé cuenta de los cambios favorables y negativos que en materia de salud pública ha vivido el país en los últimos cuarenta años, ni de sus buenas prácticas que han influido directa e indirectamente en la salud y el bienestar de la sociedad nicaragüense.

El estudio del Sistema de Salud de Nicaragua está orientado al análisis fenomenológico de los cambios estructurales en el contexto en que se han suscitado, explicar el proceso de transformación del Modelo de Atención de Salud y los resultados e impacto en la salud de las familias Nicaragüenses en el período 2006-2015. En este sentido hay cinco aspectos que se destacan en esta investigación:

Conveniencia institucional: porque su enfoque está dirigido a aprender de los errores pasados y malas prácticas que otros Sistemas de Salud han sufrido en diferentes latitudes del mundo incluida Nicaragua.

Relevancia Social: ya que la investigación tiene trascendencia para toda la población ya que los resultados podrán beneficiar la salud y el bienestar, contribuyendo de esta manera a mejorar el nivel y calidad de vida de la población femenina.

Valor Teórico: por su aporte científico al mundo académico y de los servicios de salud y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país.

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

Importancia e implicaciones prácticas económico, social y productiva: Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, así como de la implementación y cambios en su Modelo de Atención en salud, hasta llegar a proponer Lineamientos Estratégicos que contribuyan al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud.

Planteamiento del Problema

Caracterización

El cáncer cervico uterino, ocupa el 2 lugar en incidencia a nivel mundial y el 1 lugar en causas de mortalidad a nivel mundial, con una tasa de sobre vida global de más del 80 % si se detecta en etapas tempranas; incidiendo sobre todo en la detección oportuna de los factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer cervical. El seguimiento de las lesiones de alto o bajo grado en los resultados de Papanicolaou es la colposcopia biopsia para determinar el tipo de lesión en el cervix.

Delimitación

En el Hospital Bertha Calderón Roque, en el área de consulta externa del servicio de colposcopia, clínica de seguimiento y de detección de lesiones premaligna, se realiza la adecuada categorización de la enfermedad para determinar pacientes candidatos a tratamiento como crioterapia, ASA e histerectomía simple.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a lesiones intra epiteliales de alto grado en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de estudio Enero a Diciembre del año 2018?

Sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio en el periodo Enero a Diciembre del año 2018 en el hospital Bertha Calderón Roque?.

2.¿Cuáles son los antecedentes ginecológicas de pacientes atendidas con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en consulta externa de servicio de colposcopia del hospital Bertha Calderón Roque de Enero a Diciembre del año 2018?

3. ¿Cuál es el diagnostico histológico más frecuente en pacientes atendidas con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en consulta externa de servicio de colposcopia del hospital Bertha Calderón Roque de Enero a Diciembre del año 2018? .

4.¿cuáles son los factores de riesgo de lesiones pre malignas en pacientes atendidas con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en consulta externa de servicio de colposcopia del hospital Bertha Calderón Roque de Enero a Diciembre del año 2018?

Objetivos

1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a lesiones intra epiteliales de alto grado en las pacientes atendidas en la consulta externa de la clinica de colposcopia del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero – Diciembre del año 2018.

2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio en el periodo Enero a Diciembre del año 2018 en el hospital Bertha Calderón Roque.
- Conocer los antecedentes ginecológicos de las pacientes atendidas con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en consulta externa de servicio de colposcopía del hospital Bertha Calderón Roque de Enero a Diciembre del año 2018.
- Identificar el diagnostico histológico más frecuente en pacientes atendidas con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en consulta externa de servicio de colposcopía del hospital Bertha Calderón Roque de Enero a Diciembre del año 2018.
- Establecer la asociación (correlación) entre los factores de riesgo de lesiones pre malignas en pacientes atendidas con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado para el desarrollo de cáncer cervico uterino, en consulta externa de servicio de colposcopía del hospital Bertha Calderón Roque de Enero a Diciembre del año 2018.

Marco Teórico

➤ Evolución de la enfermedad

La gran mayoría de los casos de cáncer cervicouterino comienzan con una lesión intraepitelial que puede durar 10 a 20 años hasta la aparición de un cáncer invasor. Generalmente las lesiones intra epiteliales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, evolucionando luego a cáncer in situ.

Los estudios de pacientes que han sido seguidas con citología y colposcopía demuestran que la gran mayoría de las lesiones intra epiteliales de bajo grado pueden regresar espontáneamente, mientras que las lesiones de alto grado tienen mayor probabilidad de progresar hacia un cáncer invasor. Aproximadamente el 40% de las lesiones de alto grado no tratadas evolucionarán a cáncer invasor en un promedio de 10 años. Ocasionalmente las lesiones de bajo grado pueden evolucionar directamente al estado invasor en un plazo más breve.

El resultado citológico positivo para displasia requiere confirmación diagnóstica con histología. Para ello, a través de una Colposcopia, examen realizado con un instrumento de aumento que permite visualizar posibles lesiones en el cuello uterino, se obtienen muestras de tejido para realizar biopsias de las zonas sospechosas. Una vez confirmado el diagnóstico y según la severidad de la displasia se realiza tratamiento con crioterapia o distintos tipos de escisión quirúrgica. Actualmente hay diversos autores proponiendo pasar directamente de la sospecha de displasia al tratamiento de la lesión, ahorrándose (en costos, tiempo y pérdida de pacientes) la confirmación diagnóstica. (Martínez JC, 2015)

➤ **Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino se han estudiado en diversas poblaciones, lo que ha hecho variar su importancia y fuerza de asociación según las características étnicas, culturales y biológicas de cada grupo estudiado. En un grupo de mujeres Zacatecas (México) en el que se realizó un estudio de caso-control, a partir de mujeres con displasia severa, se demostró que las mujeres con alta paridad, inicio precoz de relaciones sexuales y usuarias de anticonceptivos hormonales constituían una población de mayor riesgo.

En Estados Unidos, al comparar incidencia, mortalidad y sobrevida de cáncer cervicouterino en tres grupos de mujeres de distinta etnia (blancas no latinas, latinas y americanas-africanas), se observó que las Latinas tenían una significativa mayor incidencia y mortalidad por este cáncer que las mujeres blancas no latinas.

Se encontró que las mayores diferencias estaban dadas por el porcentaje de mujeres sin tamizaje y por la infección de VPH. En este mismo estudio se plantea la fuerte asociación entre la presencia de cáncer cervicouterino invasor y bajo nivel socioeconómico, el cual se asocia a bajo nivel educacional y menor acceso a los servicios de salud.

El comportamiento sexual ha sido definido como el mayor factor de riesgo para cáncer cervicouterino. En general, los otros factores de riesgo descritos se asocian a esta característica y la consiguiente infección por VPH.

En términos generales y según la población estudiada, se han descrito como factores de riesgo para desarrollo de cáncer cervicouterino los siguientes

❖ **Infección por Virus Papiloma Humano**

Quizá ningún otro tumor sólido sea tan bien entendido desde la Epidemiología y la Biología molecular como el cáncer cervicouterino. Es bien conocida la relación causal que tiene con la infección por Virus Papiloma Humano, llegando a describirse hasta en un 99% de los casos.

La infección por VPH suele ocurrir una vez iniciada la vida sexual, sin embargo la gran mayoría de estas infecciones son transitorias, debido a los mecanismos inmunológicos normales de una mujer. La regresión de la infección por VPH se ha observado hasta en el 80% de las mujeres. Sin embargo, algunos tipos de VPH mantienen una infección persistente y se asocian al desarrollo de lesiones precancerosas. El mecanismo por el cual el VPH se torna maligno es a través de la acción de sus oncoproteínas E6 y E7, las cuales tienen la capacidad de transformación cuando son integradas a células epiteliales. E6 se une a p53, que es una proteína supresora tumoral, e induce los mecanismos de activación tumoral. E7 se une a la proteína Rb alterando el ciclo normal celular.(Bermudez Perez, 2015)

Se han descrito alrededor de 80 tipos de Virus Papiloma en seres humanos. Los tipos 16, 18, 31, 33, 39, 51 y 59 han sido asociados con cáncer anogenital. El VPH-16 es el causante de al menos el 50% de los cáncer cervicouterino en el mundo y es el foco de interés en el desarrollo de una vacuna. El VPH-18 también ha sido muy relacionado con este cáncer, especialmente con adenocarcinoma. La aparente menor prevalencia del VPH-18 en lesiones precancerosas ha sugerido su relación con una rápida progresión de lesiones precursoras a cáncer cervicouterino, por lo que podría ser subdiagnosticado en los programas de pesquisa tradicional.(Lau Serrano, 2012)

Aunque la distribución geográfica de los tipos de VPH asociados a cáncer no se conoce bien, existe evidencia que la prevalencia sería 3 a 5 veces mayor en países en desarrollo.Si bien, el

VPH tipo 16 ha sido el más asociado a cáncer cervicouterino en todos los países, los tipos 39 y 59 se han encontrado casi exclusivamente en Centro y Sur América.

Los conocidos estados de progresión de la enfermedad, y los factores virales implicados a nivel molecular, hacen del cáncer cervicouterino un buen modelo para investigar alternativas terapéuticas inmunológicas. Por consiguiente, es muy importante investigar y demostrar cuáles son los tipos de VPH asociados a cáncer prevalentes en nuestra población, información que se obtendrá en una segunda etapa de este estudio. Al contar con información acerca de los tipos cancerígenos podría tener implicancias de magnitud en la pesquisa ginecológica y las medidas sanitarias adoptadas a nivel local.

Generalmente la infección por VPH se asocia con ciertos cofactores que determinan que un porcentaje de infecciones persistentes logre progresar, en algunas mujeres y no en otras, dando lugar a un cáncer.(Martínez JC, 2015)

❖ **Ausencia de Tamizaje**

Tamizaje o Pesquisa es una técnica utilizada para la detección de una enfermedad en etapas iniciales. Se utiliza idealmente en individuos asintomáticos, a quienes se realiza un examen o procedimiento para detectar la enfermedad incipiente. Desde 1941, el examen Papanicolau (PAP) ha sido utilizado como herramienta de pesquisa en el cáncer cervicouterino

Se ha descrito que las mujeres en edad fértil, sin PAP, tienen un riesgo 3 veces mayor de presentar la enfermedad que las mujeres con examen al día. Además, la incidencia y mortalidad por cáncer invasor es mucho más alta en mujeres mayores que nunca han sido tamizadas. Entre el 40% a 50% de las mujeres que mueren por cáncer cervicouterino tienen más de 65 años y en algunas poblaciones, con alto riesgo, se ha encontrado hasta un 75% de mujeres mayores de 65 años sin PAP en los últimos 5 años.

La prevención de cáncer cervicouterino, a través de su diagnóstico en etapas tempranas, constituye la herramienta más eficiente para el control de esta enfermedad. Se verá en detalle más adelante.(Carbajal, 2013)

❖ **Inicio precoz de la vida sexual**

El inicio precoz de las relaciones sexuales se asocia a mayor tasa de infección con VPH e implica aumento del riesgo de un embarazo precoz, que también ha sido considerado factor de riesgo para la enfermedad. Tanto las conductas sexuales riesgosas (promiscuidad, no uso de preservativo) como el estado de mayor vulnerabilidad ocurrido durante el embarazo determinarían a mujeres con mayor incidencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Se ha descrito como factor de riesgo la edad menor a 15 años, pero pierde su significancia al controlar por la infección de VPH.(negrin, 2012)

❖ **Número de parejas sexuales**

La relación entre el número de parejas sexuales nuevas y recientes y la probabilidad de detectar ADN del VPH en muestras del tracto genital femenino es sólida y consistente independiente de otros factores de riesgo como la edad, raza y uso de anticonceptivos orales. La tasa de nuevas parejas (tasa de contacto) desempeña un papel clave en la dinámica de contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Schneider, reportó un riesgo relativo de 3:1 veces para adquirir la infección por VPH con cada nuevo compañero. En cuanto a las diferencias observadas entre hombres y mujeres, se observa que los hombres dicen haber tenido un número mayor de parejas sexuales y de parejas extraconyugales que las mujeres y más aún en los sujetos más jóvenes que en los de mayor edad. Las características de las parejas masculinas también influyen en la probabilidad de infectarse. Muñoz y col. no encontró relación al asociar este factor con el cáncer de cérvix en mujeres VPH positivas lo que sugiere que el número de compañeros sexuales es una medida sustitutiva de exposición a la infección por VPH. También mencionan que un

nuevo compañero sexual incrementa 10 veces el riesgo de adquirir la infección por VPH. Investigaciones han hecho énfasis en el papel potencial de las parejas masculinas como vectores, partiendo de la asociación entre el riesgo de sufrir cáncer cervical y el ADN de VPH portado por el hombre; en este sentido, se ha considerado que el uso de condón pudiera tener un papel protector, aunque no completamente eficiente, y que la circuncisión contribuiría a reducir dicho riesgo en la medida en que reduce el riesgo de adquisición y transmisión del virus en el hombre. La presencia de infecciones cervico vaginales, entre ellas vaginosis bacteriana, infección gonocócica, clamidiasis, tricomoniasis y candidiasis modifican las condiciones normales de la flora y PH vaginal, lo que causa traumatismo en el epitelio e inflamación creando las condiciones propicias para la adquisición de la infección por VPH. La infección por clamidias Tracomatics, en algunos estudios se ha asociado con la infección por el VPH más que con el cáncer de cérvix.(arrieta, 2009)

❖ **Multiparidad**

Estudios recientes han encontrado una importante asociación entre multiparidad y lesiones premalignas y cáncer de cérvix entre las mujeres VPH positivas considerando a la multiparidad como un cofactor que modula la acción del VPH.

Desde el punto de vista sanitario, la paridad parece ser el cofactor de comportamiento que explica la mayor proporción de casos de cáncer de cérvix entre las mujeres con infección por VPH.

Varios estudios encontraron una fuerte asociación entre la paridad y el cáncer de cérvix de células escamosas pero la evidencia clara y definitiva la estableció la IARC, a través de un estudio multicéntrico de casos y controles entre mujeres que eran positivas para el VPH. De acuerdo con esta investigación para las mujeres con 3 o 4 embarazos a término tienen 2,8 veces más riesgo en comparación con mujeres nulíparas, en tanto el riesgo de las que tienen 7 o más

partos es de 3,8 veces más. (IARC, Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Papillomavirus, 2007) Los resultados de la ICESCC indican que el número de embarazos a término se asocia con un riesgo aumentado de carcinoma cervical invasivo después de ajustar por el número de parejas sexuales y la edad en el primer coito. El riesgo relativo (RR) de cáncer cervical invasivo aumenta cuanto mayor es el número de embarazos a término (RR = 1,10; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,08-1,12 por cada embarazo adicional) y menor es la edad en el momento del primer embarazo a término (RR = 1,07; IC 95%: 1,06-1,09 por cada año menos).

Las hipótesis a través de las cuales se ha tratado de explicar la relación entre multiparidad y el cáncer de cérvix están relacionadas principalmente con el trauma obstétrico, cambios hormonales e inmunosupresión durante el embarazo. Las neoplasias aparecen con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso. Las altas concentraciones de estrógeno y progesterona que se dan durante el embarazo pudieran ser responsables de alteraciones en la unión escamocolumnar produciendo ectopiacervical y manteniendo la zona de transformación sobre el exocervix por muchos años en las mujeres con muchos embarazos, facilitando la exposición directa al VPH. Así mismo el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos.

Los estudios más recientes sugieren que los efectos inmunosupresores de los anticonceptivos hormonales, las infecciones crónicas o el embarazo, aumentan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano y de evolución de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino. Se propone que existen diferencias en la prevalencia de infección por el virus del papiloma humano en mujeres embarazadas y no embarazadas y que la inmunosupresión producida por el

embarazo, induce la persistencia de la infección por serotipos oncogénicos que originan lesiones clínicas. (Ortiz, 2018)

❖ **Nivel socioeconómico bajo**

En términos generales, las condiciones de pobreza se han asociado a mayor riesgo de adquirir ciertas enfermedades, entre ellas el 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. El estado nutricional e inmunológico deficiente, asociado a esta condición, también favorece la infección por VPH

❖ **Uso de anticonceptivos hormonales**

El papel que juegan las hormonas exógenas ha sido sugerido en diferentes estudios, y se ha concluido que el uso prolongado de anticonceptivos orales sería un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. El uso de anticonceptivos orales se ha asociado con cáncer de cérvix en muchos estudios epidemiológico pero no en todos. De seis estudios realizados en los últimos años, en tres encontraron asociaciones estadísticamente significativas. En un metanálisis realizado por la IARC de diez estudios realizados en Filipinas, España, Tailandia, Marruecos, Brasil, Colombia, Perú y Paraguay se encontró evidencia que el uso de anticonceptivos orales por cinco a nueve años el riesgo fue 2.8 veces mayor (95%; IC: 1.5-5.4). El riesgo fue mayor en mujeres que lo habían usado por 10 años o más con un OR: 4, 95%; IC: 2.1-7.8). La edad de inicio de los anticonceptivos orales no tuvo significancia estadística. El uso de acetato de Medroxiprogesterona por más de cinco años en mujeres con infección persistente por VPH, puede aumentar el riesgo de carcinoma e invasor. La última monografía de la Agencia

Internacional sobre la Investigación contra el cáncer (IARC) clasificó los anticonceptivos orales combinados como oncogénicos para el cuello uterino. Un metaanálisis sobre cáncer de cérvix y anticonceptivos hormonales, que incluyó en su mayor parte los mismos estudios que la ICESCC, encontró que el riesgo de cáncer de cérvix invasivo aumentaba con la duración del uso de anticonceptivos orales, de modo que el uso durante 10 años o más se asocia un aumento de aproximadamente el doble de riesgo comparado con las mujeres que nunca habían usado anticonceptivos orales. Los datos disponibles sugieren que este riesgo disminuye después de interrumpir el uso de anticonceptivos orales, pero sigue existiendo una elevación significativa del riesgo incluso después de 8 años o menos de suspender los anticonceptivos orales. El estudio realizado en Costa Rica, encontró un aumento de riesgo tres veces más para mujeres que han utilizado más de cinco años anticonceptivos orales. (IARC, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans: Papillomavirus, 2007) (CLARKE M, 2013) Recientemente la IARC presentó los resultados de un estudio multicéntrico que incluyó 1768 casos y 262 controles positivos a VPH, concluyendo que el uso de ACO es un cofactor que incrementa cuatro veces el riesgo de cáncer de cérvix (IC 95% 2,24-9,36) con su uso por más de diez años. (IARC, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans: Papillomavirus, 2007). En un estudio publicado por Lancet en el 2007 encontraron un incremento en el riesgo de cáncer de cérvix en mujeres que usaron anticonceptivos orales con una duración de más de 5 años en relación a las mujeres que no utilizaron, 1,90(95% IC). El riesgo declino después de cesar su uso retornando al riesgo de las que nunca usaron. Estudios realizados en España, Colombia y Brasil han encontrado diferencias significativas con respecto a las neoplasias de alto grado solo cuando los casos y los controles son positivos al virus del papiloma. Todo parece indicar que el efecto de los AO es promover la transición de la infección crónica por VPH a la neoplasia de cérvix. Los anticonceptivos orales parecen aumentar la actividad transformadora de los oncogenes del VPH e

interferir en la resolución eficiente de las lesiones causadas por el virus del VPH en el cérvix de las mujeres jóvenes. El empleo de anticonceptivos desde hace años se ha estado investigando como una posible relación con el cáncer de cérvix. Ocho estudios conducidos por la IARC, revelaron un incremento del riesgo, pero solamente en aquellas mujeres que cumplen las siguientes dos condiciones: a) positividad para el VPH y b) más de 5 años de consumo de anticonceptivos orales. No obstante, la OMS no recomienda cambios en el empleo de la píldora. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) en respuesta a los hallazgos relacionados con el riesgo de los anticonceptivos orales para el desarrollo de cáncer de cérvix refirió lo siguiente: “Muchos casos de cáncer de cérvix cervico uterino pueden prevenirse mediante prácticas de tamizaje apropiadas. Quienes utilizan anticonceptivos orales en lugares en los que se cuenta con servicios de detección deberían recurrir a ellos, tal como se aconseja a otras mujeres. Sin embargo en muchos entornos se carece de estos servicios; a menudo, los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos en estos entornos y los anticonceptivos orales combinados son uno de los métodos ampliamente disponibles. Dado que la paridad también se considera un factor de riesgo de cáncer de cérvix, los usos de los anticonceptivos orales pueden reducir el riesgo de cáncer atribuible a la paridad. No debe negarse a la mujer el uso de anticonceptivos orales simplemente porque la mujer no puede obtener acceso a los servicios de detección. Probablemente el riesgo de materna por la falta de uso de anticonceptivos sobrepasaría ampliamente cualquier riesgo adicional de cáncer de cérvix para la mayoría de las mujeres”

❖ Estado inmunológico deficiente

Mujeres con estado inmunológico deficiente, como son las infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o sometidas a drogas inmunosupresoras, son más sensibles a la infección de varios tipos de VPH y al desarrollo de cáncer cervicouterino. Se ha descrito una

prevalencia de infección con VPH 2 a 4 veces mayor en seropositivas a VIH en relación a las seronegativas. En mujeres sometidas a trasplante renal se ha visto una incidencia 16 veces mayor de lesiones precursoras de cáncer que en inmunes competentes

❖ **El consumo de tabaco**

Está relacionado con mayor riesgo de cáncer cervicouterino, en general asociado a otros factores de riesgo. La literatura es controvertida en este punto, ya que en algunos estudios no se ha demostrado una asociación directa y en otros se ha establecido como agente causal. En el estudio de Kjellberg y cols., después de controlar por infección de VPH, fumar aparece como el factor de riesgo ambiental más importante, siendo su efecto dosis dependiente. También se ha visto mayor riesgo en mujeres fumadoras pasivas (expuestas al humo ambiental) en relación a no fumadoras.

La importancia y necesidad de investigar factores de riesgo co-mórbidos, que varían según la zona geográfica, radica en la posibilidad de realizar estrategias de intervención orientadas a disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino, a través de controlar sus factores determinantes. (Carbajal, 2013)

➤ **NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)**

Los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades pre invasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN, según sus siglas en inglés) antes de progresar a carcinoma invasor. Un buen conocimiento de la etiología, la fisiopatología y la evolución natural de la NIC proporciona una buena base para la inspección visual y el diagnóstico colposcópico, y para comprender los principios del tratamiento de estas lesiones.

Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3. NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia grave y al CIS. (Sánchez Alarcón, Alarcón Chan, & Saavedra Día, 2015)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL

El Sistema de Bethesda define una clasificación general (opcional) y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares.

Anomalías en la células escamosas:

Células Escamosas Atípicas (ASC-US) (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar

ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que existe en ciertos casos, para brindar un diagnóstico definitivo. La citología de ASCUS en las mujeres embarazadas y en pacientes inmunodeprimidas requiere siempre un estudio colposcópico. En la menopausia, dada la constante presencia de atrofia se indicará tratamiento estrogénico previo.

Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve). La conducta en las mujeres con citología LSIL es controvertida, aproximadamente un 70% de las citologías LSIL remitirán, un 15% persistirá y otro 15% mostrará una citología más grave, sin poder diferenciarse si se trata de una progresión biológica o de una lesión <<oculta>> en la citología inicial.

Hay 2 opciones: seguimiento con citología o colposcopia inmediata.²⁴

Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III. Las mujeres con citología de HSIL o carcinoma deben ser remitidas para el estudio con colposcopia/biopsia.

Anomalías en las células glandulares atípicas (AGC), AGC posible neoplasia (AGC – H), Adenocarcinoma:

En las mujeres con citología AGC y AGC-N, el riesgo de una lesión escamosa o glandular de alto grado es del 10-39%. Todas ellas deben realizarse una colposcopia, que incluya un estudio endocervical y, en presencia de células endometriales atípicas, también un estudio endometrial. (Sánchez Alarcón, Alarcon Chan, & Saavedra Día, 2015)

COLPOSCOPIA

Esta técnica consiste en la visualización del tracto genital mediante un microscopio binocular con una potente fuente de luz centrada sobre el campo de exploración. Fue creada y desarrollada por Hans Hinselman (Hamburgo-1925).

Permite identificar la topografía y extensión de las lesiones precancerosas, localizar las áreas más sospechosas donde practicar la toma de biopsia y planificar un tratamiento efectivo. Requiere una buena formación y experiencia del especialista. Es un prueba muy sensible para la detección de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, sin embargo es poco específica, pues no siempre la imágenes colposcópicas anormales corresponde a lesiones intraepiteliales.

Conocer las características colposcópicas del cuello uterino normal y poder identificarlas sientan las bases para diferenciar los resultados colposcópicos normales de los anormales. El concepto anatómico más importante es la zona de transformación, si no se puede identificar adecuadamente toda la zona de transformación, el examen colposcópico se considerará insatisfactorio.

INDICACIONES DE LA COLPOSCOPÍA

Cuello uterino de aspecto sospechoso

Citología que muestra carcinoma invasor

LIEAG en la citología

LIEBG que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología

LIEBG en la citología

Calidad insatisfactoria persistente en la citología

Infección por papilomavirus humanos oncógenos (VPH)

Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético (IVA)

Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético y lente de aumento (IVAA)

Resultados positivos en la inspección visual con solución yodo yodurada de Lugol (IVL)

EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA COMPLETA

El Ministerio de Salud de Nicaragua, según su norma nacional orienta que esta evaluación comprende los siguientes pasos:

Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio antes y después de la aplicación del ácido acético.

Identificación del patrón colposcópico y definición de la Colposcopía (si es satisfactoria o no)

Toma dirigida de biopsia del / las área/s sospechosa/s de lesión.

Lgrado endocervical si la Colposcopía no es satisfactoria.

Colocación de tapón vaginal si es necesario, explicándole a la usuaria como, cuando retirarlo y que no debe tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente el manchado.

REPORTE DE COLPOSCOPIA

Este reporte debe hacerse con los siguientes criterios:

Para que un examen sea descrito como satisfactorio el colposcopista debe observar:

la zona de transformación cervical entera, la unión escamocolumnar completa, cualquier anomalía en toda su extensión, de lo contrario se considerará insatisfactoria.

Describir las causas por las cuales la Colposcopía es insatisfactoria

En caso de Colposcopía anormal, reportar los diferentes cambios, los relacionados con la presencia de lesiones virales.

Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos con su localización y extensión.

Señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.

Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica.

Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, Colposcopia y biopsia para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a realizar un cono diagnóstico ya sea con bisturí o asa térmica de acuerdo a las posibilidades de la institución. (Ministerio de Salud Nicaragua, 2006)

SEGUIMIENTO SEGÚN ESTADO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS DE LA USUARIA

El Ministerio de Salud de Nicaragua, según su norma nacional orienta que posterior a concluir el procedimiento se citará a la usuaria a control al mes de tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención, además se revisará el reporte histopatológico si lo hubiere, explicándole con la mayor claridad posible el resultado y la importancia del seguimiento.

Las LIE-AG se realizará el primer control a los 3 – 4 meses, en la institución donde se realizó la intervención, debe incluir citología e idealmente Colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Posteriormente se realizará otro control a los 6 meses y luego controles cada año.

Hipótesis

Los factores de riesgo como inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y la falta de uso de preservativos podrían estar relacionados con la aparición de las lesiones intra epiteliales de alto grado siempre y cuando haya una asociación entre ambos.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional o experimental y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

De acuerdo a sus características particulares, el presente estudio fue establecido por medio de un diseño no quasixperimental(Pedroza, 2017).

En el ámbito (clínico-quirúrgico, epidemiológico, salud pública, humanidades, ciencias sociales, etc.), la presente investigación es un estudio de casos, el cual se fundamenta en la aplicación del Enfoque Mixto, promueve la integración completa, es de carácter explicativo y se orienta por una generalización analítica para construir y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista 2014).

Área de Estudio

Considerar tres criterios:

- 1) Por lo Institucional/Organizacional
- 2) Por lo técnico del objeto de estudio y la especialidad
- 3) Por lo geográfico

El área de estudio (por lo Institucional/Organizacional), responde al Área de consulta externa del servicio de colposcopia del Hospital Bertha Calderón Roque.

El área de estudio de la presente investigación (por lo técnico del objeto de estudio y la especialidad), estará centrada en las pacientes que asistieron a seguimiento al servicio de colposcopia con lesiones de alto grado, en el periodo Enero –Diciembre del año 2018.

La presente investigación (por lo geográfico), se realizará en el departamento de Managua, en el Hospital Bertha Calderón Roque.

UNIVERSO: 110 Pacientes.

MUESTRA: 110 Pacientes

Plan de Tabulación y Análisis Estadístico

Plan de Tabulación

Es una fase posterior a la recolección de datos, sin embargo debe ser planeado con anticipación, incluyendo la manera de realizarlo. Consiste en determinar ¿Qué Resultados se esperan de las variables que se presentaran y “que relaciones se establecerán entre esas variables, bien sean relaciones de asociación, correlación o de causa efecto”, tales relaciones son necesarias para responder al problema y objetivos específicos planteados. En términos profesionales, consiste en una serie de cuadros de salida, que de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, se organizarán a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara y resumida la información que surja de los resultados del análisis estadístico descriptivo e inferenciales que se realizarán a los datos como fuente de información primaria del estudio.

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de tipo descriptivo, se limitará solamente a especificar los cuadros de salida que se presentaran según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables a destacarse. Para este plan de tabulación se

determinarán primero aquellas variables que ameritan ser analizadas individualmente o presentadas en cuadros y gráficos.

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de tipo correlacional, se realizarán los Análisis de Contingencia que corresponde, según la naturaleza y calidad de las variables a que serán incluidas. Por tanto, los cuadros de salida se limitarán a especificar la Tabla de Contingencia con porcentajes de totales y la Tabla de Probabilidad de las Pruebas de Correlación y Medidas de Asociación que son necesarias realizar. Para este plan de tabulación se determinarán aquellas variables que van a relacionarse por medio del Análisis de Contingencia, para esto se definirán los cuadros de salida, según el tipo de variable y las escalas de clasificación predefinida.

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos sobre relación de causalidad, se realizarán los Análisis de Varianzas paramétricos y no paramétricos que corresponde, según la naturaleza y calidad de las variables a que serán incluidas. Pruebas de Rangos Múltiples y/o Contrastes Ortogonales, incluyendo el uso de modelación estadística avanzada (Modelos Mixtos), para esto se especificarán los cuadros de salidas que les corresponde.

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos que sean recolectados, se diseñará la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realice el control de calidad de los datos registrados, serán realizados los análisis estadísticos pertinentes.

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. Serán realizados los análisis

descriptivos correspondientes a: (a) para las variables nominales transformadas en categorías: El análisis de frecuencia, (b) para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizarán las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas. Además, se realizarán gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, (c) gráfico de cajas y bigotes, que describan en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

Se realizarán los Análisis de Contingencia para estudios correlacionales, definidos por aquellas variables de categorías que sean pertinentes, a las que se les podrá aplicar las Pruebas de Asociación de Phi, V de Cramer, la Prueba de Independencia de χ^2 (Chi Cuadrado). Por otra parte, se podrán realizar las Pruebas de Correlación no Paramétrica de Spearman (Rho de Spearman), Tau C de Kendall y Gamma, estas pruebas se tratan de una variante del Coeficiente de Correlación de Pearson (r), las cuales permiten demostrar la correlación lineal entre variables de categorías, mediante la comparación de la probabilidad aleatoria del suceso, y el nivel de significancia pre-establecido para la prueba entre ambos factores, de manera que cuando $p \leq 0.05$ se estará rechazando la hipótesis nula planteada de $\rho = 0$. Los análisis estadísticos antes referidos, se realizarán de acuerdo a los procedimientos descritos en Pedroza y Dicoskiy, 2006.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (MOVI)

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativo o indicador	Técnicas de colección de datos e información y actores participantes	Tipo de variables	Categorías estadísticas
1. Conocer características sociodemográficas.	Características sociodemográficas.	Edad	Tiempo transcurrido de vida desde el nacimiento expresado en años	Ficha de recolección	Cuantitativa discreta	Años
		Procedencia	Origen de donde nace o deriva una persona		Cualitativa	Urbano Rural
		Nivel académico	Grado de estudio más alto aprobado por la población		Cualitativa	Analfabeto Primaria Secundaria Universitario Técnica
		Estado civil	Condición de una persona		Cualitativa	Soltera Acompañada

						Casada viuda	
2. Describir los antecedentes gineco obstétricos.	Antecedentes gineco obstétricos	IVSA	Edad de haber iniciado las relaciones sexuales	Ficha de recolección de datos	Cuantitativa discreta	- < 15 - 15-19 - 20-30 - >30	
		Número de parejas	Número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales			Cuantitativa discreta	- 1 - 2 - 3 - 4 - >4
		Gestas	Número de embarazos.			Cuantitativa discreta	- 1 - 2 - 3 - 4 - >4
		Fumado	Actividad de fumar			Dicotómica	- Si - no

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativo o indicador	Técnicas de colección de datos e información y actores participantes	Tipo de variables	Categorías estadísticas
3. Identificar el diagnóstico histológico más frecuente en pacientes atendidas	Diagnóstico histológico más frecuente	Diagnóstico histológico	Principal diagnostico histológico encontrado	Ficha de recolección de datos	Ordinal.	cervicitis NIC I/VPH NIC II NIC III CARCINOMA INAVSOR OTROS.

RESULTADOS:

Se realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados a lesiones de alto grado en la consulta externa de colposcopia del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a diciembre del año 2018, se encontraron los siguientes resultados:

Las edades más frecuentes de la población de estudio fueron las de 30-39 con un porcentaje de 54.5%, seguidas las de 20-29 años con un porcentaje de 32.7% y en menor porcentaje las edades entre 15-19 años con un 3.6%. Ver gráfico N°1

En cuanto al lugar de origen las pacientes del estudio fueron del sector Urbano con un 92.7 %. Ver gráfico N°2

El nivel de escolaridad de las pacientes del estudio las de mayor frecuencia fueron las de haber alcanzado el nivel de secundaria con un 79.1% y en menor frecuencia las que solo habían cursado un nivel técnico al momento del estudio con un 4.5%. Ver gráfico N°3.

El estado civil de las pacientes las de mayor frecuencia fueron las que solo estaban acompañadas con un 70% y en menor frecuencia las casadas con un 4.5%. Ver gráfico N°4

En cuanto al inicio de relaciones sexuales las que mayor predominaron fueron aquellas pacientes que habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años con un 74.5% y en menor porcentaje aquellas que lo iniciaron entre 15-19 años. Ver gráfico N°5

El antecedente de cuantas parejas habían tenido al momento del estudio las de mayor porcentaje fueron aquellas que habían tenido 4 parejas sexuales con un 51.8% y en menor porcentaje aquellas que solo habían tenido 2 parejas con un 1.8%. Ver gráfico N°6

El antecedente de multiparidad las que más predominaron fueron aquellas pacientes que habían tenido 4 embarazos previos con un 50%, seguidas aquellas que habían tenido 3 embarazos con un 40% y en menor porcentaje aquellas que tuvieron >4 embarazos. Ver gráfico N°7

Los hábitos de fumado predominaron aquellas mujeres que no fumaban con un 80.9% al momento del estudio. Ver gráfico N°8

Al momento de realizar la colposcopia, el resultado de Papanicolaou que mayor predominio fueron las LIE AG con un 97% y en menor frecuencia atipia escamosa con un 1.8%. Ver gráfico N°9

El resultado de la colposcopia que mayor predominio fueron las NIC II con un 61.8%, seguidas de NIC III con un 41 %. Ver gráfico N°10

El tratamiento según el tipo de lesión intraepitelial que se realizó fue el ASA con un 92.7%. Ver gráfico N°11

La asociación entre los factores de riesgo con las lesiones de alto grado se relacionaron con el inicio precoz de las relaciones sexuales con una p de 0.011.

Discusión de Resultados

Principales Hallazgos a partir de los Resultados Obtenidos

Las edades más frecuentes de la población de estudio fueron las de 30-39 con un porcentaje de 54.5%. En cuanto al lugar de origen las pacientes del estudio fueron del sector Urbano con un 92.7 %. El nivel de escolaridad de las pacientes del estudio las de mayor frecuencia fueron las de haber alcanzado el nivel de secundaria con un 79.1%

El estado civil de las pacientes las de mayor frecuencia fueron las que solo estaban acompañadas con un 70% En cuanto al inicio de relaciones sexuales las que mayor predominaron fueron aquellas pacientes que habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años con un 74.5%

El antecedente de cuantas parejas habían tenido al momento del estudio las de mayor porcentaje fueron aquellas que habían tenido 4 parejas sexuales con un 51.8%. El antecedente de multiparidad las que más predominaron fueron aquellas pacientes que habían tenido 4 embarazos previos con un 50%. Los hábitos de fumado predominaron aquellas mujeres que no fumaban con un 80.9%.

Al momento de realizar la colposcopia, el resultado de Papanicolaou que mayor predominio fueron las LIE AG con un 97%, el resultado de la colposcopia que mayor predominio fueron las NIC II con un 61.8%, el tratamiento según el tipo de lesión intraepitelial que se realizó fue el ASA con un 92.7%.

Limitaciones del Estudio

En cuanto a los factores de riesgo hubo datos incompletos como el antecedente de VPH, uso de métodos anticonceptivos por más de 5 años.

Relación de los Resultados con las Conclusiones de otras Investigaciones

En el período de Enero a Diciembre del año 2018 se estudió un total de 110 mujeres sobre factores de riesgo asociados a lesiones de alto grado, al analizar por separado los factores de riesgo, la edad promedio de las mujeres en el estudio fue de 30-39 podría ser debido a la

realización con mayor frecuencia del Papanicolaou ya sea por el seguimiento en su centro de salud para planificación familiar y sobre todo para confirmar lesiones pre malignas del cérvix.

Estudio realizado sobre “Factores de riesgo para el desarrollo de lesiones intraepiteliales de cérvix de alto grado en mujeres con diagnóstico de ASCUS, periodo enero 2014 a junio 2017. Por Rosemary Johana TreminioTreminio” La edad promedio del total de mujeres fue 40 años, siendo 37 años la edad más frecuente, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 70 años.

Estudio realizado sobre “Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas de cuello uterino a través de PAP, atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco. Enero 2013-diciembre 2014 por Handrea María Henríquez” Entre los resultados principales se encontró que con respecto a las características sociodemográficas, la mayor parte de las mujeres estudiadas tenía entre 35 a 54 años.

En cuanto al lugar de origen de las pacientes fue la urbana teniendo en cuenta que tienen un mayor acceso a un nivel de atención.

Estudio sobre Factores de riesgo asociados a la presencia de virus del papiloma humano (vph) en mujeres sexualmente activas, usuarias de clínica estrada, municipio de el paraíso, el paraíso, honduras, año 2017 realizado por Nubia Esmeralda Sosa Aparicio se encontró que las de mayor frecuencia fueron las de procedencia urbana.

La edad promedio de inicio de la vida sexual en el total de mujeres fue menos de 15 años, cuyo factor de riesgo para adquirir dicha infección es el inicio temprano de las relaciones sexuales, se debe pensar en la presencia del VPH principalmente en mujeres jóvenes.

En comparación de estudios sobre Factores de Riesgo y Lesiones Premalignas de cuello uterino en mujeres con citología positiva atendidas en el Instituto del Cáncer – SOLCA (Cuenca). Período Enero – Diciembre 2014 por Corella Buenaño Jorge Eduardo, La edad promedio de inicio de vida sexual fue de 18.3 ± 3.5 años entre un mínimo de 12 y un máximo de 38 años. El

6% de las pacientes tuvo un inicio precoz entre 12 a 14 años y el 20% un inicio tardío, entre 21 a 36 años.

Otro estudio se evidencio que la edad de inicio de la vida sexual fue de 15 a 20 años. (ASSCP, 2014) (FECASOG, 2016) (FECASOG, 2016) (HUERTAS Sandra, ACOSTA Jinneth, CABARCAS Martha, & SÁNCHEZ.

En relación a la historia reproductiva de las mujeres con citologías alteradas de LIE AG se observó en el estudio que la mayoría tenían historia de 4 partos, analizando este factor de riesgo es debido al traumatismo en el cérvix, así como a los cambios hormonales.

Varios estudios encontraron una fuerte asociación entre la paridad y el cáncer de cérvix de células escamosas pero la evidencia clara y definitiva la estableció la IARC, a través de un estudio multicéntrico de casos y controles entre mujeres que eran positivas para el VPH. De acuerdo con esta investigación para las mujeres con 3 o 4 embarazos a término tienen 2,8 veces más riesgo en comparación con mujeres nulíparas, en tanto el riesgo de las que tienen 7 o más partos es de 3,8 veces más. (IARC, Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Papillomavirus, 2007) Los resultados de la ICESCC indican que el número de embarazos a término se asocia con un riesgo aumentado de carcinoma cervical invasivo después de ajustar por el número de parejas sexuales y la edad en el primer coito. El riesgo relativo (RR) de cáncer cervical invasivo aumenta cuanto mayor es el número de embarazos a término (RR = 1,10; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,08-1,12 por cada embarazo adicional) y menor es la edad en el momento del primer embarazo a término (RR = 1,07; IC 95%: 1,06-1,09 por cada año menos).

La relación entre el número de parejas sexuales nuevas y recientes y la probabilidad de detectar ADN del VPH en muestras del tracto genital femenino es sólida y consistente independiente de otros factores de riesgo como la edad, raza y uso de anticonceptivos orales. La

tasa de nuevas parejas (tasa de contacto) desempeña un papel clave en la dinámica de contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Schneider, reportó un riesgo relativo de 3:1 veces para adquirir la infección por VPH con cada nuevo compañero.

Las mujeres que habían tenido más de una pareja sexual (40%) fueron más que en Sur Korea (17%) , pero similar a Brasil (56%) y Costa Rica (46%) . Este factor de riesgo resultó tener una importante y significativa asociación con la presencia de un PAP (+), incluso después de controlar por edad, número de partos, consumo de tabaco, promiscuidad de la pareja y edad de la primera relación sexual.

En cuanto al factor de riesgo de fumar, se evidencia que la mayor parte no tenía hábitos de fumar podría, fue considerablemente mayor al encontrado en Costa Rica (11%) , Sur Korea (7.3%) y Perú (2.6%) (C.Ferreccio, comunicación personal), lo que es esperable por la tasa de prevalencia global de tabaquismo en Chile.

En este estudio de 110 pacientes sobre lesión escamosa intraepitelial de alto grado, A nivel internacional se han realizado estudios sobre correlación cito histológica de lesiones cervicales, en Chile se encontró que en el grupo con biopsia bajo visión colposcópica hubo coincidencia citohistológica 67,1% para LIE alto grado. Sin embargo cuba se realizó un estudio durante tres años donde la correlación cito histológica para lesión escamosa intraepitelial de alto grado fue de 54%, y el 27% dio resultados negativas, en estudios realizados en hospital Fernando Vález Paiz a nivel nacional se ha encontró correlación citológica e histológica en un 55%.

La correlación de factores de riesgo con la aparición de lesiones intraepiteliales de alto riesgo solamente hubo asociación entre el inicio precoz de las relaciones sexuales y no hubo asociación con las múltiples parejas sexuales y la paridad.

Conclusiones:

1. Las características sociodemográficas fueron: edad más frecuente entre los 30-39, lugar de origen del sector Urbano, el nivel de escolaridad fue las que habían alcanzado el nivel de secundaria, El estado civil fue las que solo estaban acompañadas.
2. En cuanto a los factores de riesgo se encontró: el inicio de relaciones sexuales las que mayor predominaron fueron aquellas pacientes que habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años, el antecedente de cuantas parejas habían tenido fue de 4 parejas sexuales, la multiparidad las que más predominaron fueron aquellas pacientes que habían tenido 4 embarazos previos, mujeres que no fumaban.
3. El resultado de Papanicolaou fueron las LIE AG ,El resultado de la colposcopia que mayor predominio fueron las NIC II, el tratamiento que se realizó fue el ASA.
4. La asociación de factores de riesgo con las lesiones intra epiteliales de alto riesgo se relacionaron al inicio precoz de las relaciones sexuales, y no hubo asociación entre el número de parejas sexuales y la multiparidad con el desarrollo de lesiones de alto grado con una p de 0.011.

Recomendaciones:

1. Llenado adecuado de las historias clínicas.
2. Identificar los factores de riesgo en la población femenina sobre la aparición de lesiones intra epiteliales
3. Seguimiento de las pacientes con Papanicolaou alterado que no asisten a sus citas a la consulta externa de colposcopia.
4. Aumentar la cobertura de Papanicolaou en mujeres en edad fértil.
5. Se debe promocionar el uso de preservativo como protección dual.

Bibliografía

Arteaga Gómez, A. C., & Castellón Pasos, R. M. (2013). Lesión Intraepitelial de .Bajo Grado:¿Manejo conservador o intervencionsita ? *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*.

Debeaudrap, P., Sobngwi, J., & Tebeu, P. M. (02 de Enero de 2019). *Clinical Infectious Diseases*,. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/cid/ciy1123>.

Hordé., P. (20 de Junio de 2016). *Frotis y lesiones de bajo grado: seguimiento y tratamiento*. Obtenido de CCM Salud (salud.ccm.net): <https://salud.ccm.net/faq/6470-frotis-y-lesiones-debajo-grado-seguimiento-y-tratamiento>

HurtadoSalgado, E., & Ortiz Panozo, E. (2018). Use of HPV testing in cervical cancer. *Methods nationwidedatabasestudy*, 12.

Lazcano Ponce, E., Salmerón, J., González, A., & Allen Leigh, B. (2018). Prevention and control of neoplasms associated with HPV in high-risk groups. *Salud Publica Mex*.

Naranjo Logroño , I. E., Cuzco Macías, A. C., & Cuzco Macías , L. G. (2018). Eficacia de la vacuna nonavalente en la prevención de la infección por Virus Papiloma Humano (HPV) y cáncer cervical. *"LA CIENCIA AL SERVICIO DE LA SALUD Y NUTRICIÓN"*.

Ortiz Panozo, E., Luna Gordillo, R., & Saavedra Lara, N. (06 de Noviembre de 2018).

Medigraphic.com. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2018/sal186p.pdf>

Sánchez Alarcón, L. M., Alarcon Chan, O., & Saavedra Día, A. (2015). Caracterización de la neoplasia intraepitelial cervical. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurre*.

Instituto Nacional del cancer. (08 de Noviembre de 2018). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2018/doble-tincion-prueba-cuellouterino-con-vph>

Lugo Sanchez, A. M., Wilkinson, G., Alvarez Ponce, V., & Alonso Uría, R. M. (2018). Neoplasia intraepitelial cervical en adolescentes. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018*, (pág. 9). La Habana.

Ministerio de Salud Nicaragua. (2006). *Normas técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervico uterino.* Mnagua: Ministerio de Salud Nicaragua.

Muñoz, D. C. (13 de Agosto de 2018). *GeoSalud.com.* Obtenido de https://www.youtube.com/channel/UCojDr_slqKWdJeh2CwlMHLg

Olarte Echeverri, G., Rojas Diaz, J., Osorio, G. F., & Botero, B. E. (2017). Detección precoz de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres de Caldas-Colombia mediante la técnica de espectroscopia de impedancia eléctrica. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 8.

RodriguezMartinez, L., SarduyNapoles, M., Solares Asteasuainzarra, A. M., & Martínez Chang, Y. M. (2017). Evolución de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del cérvix (2012-2013). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*

Lau Serrano. (2012). *lesiones pre invasoras del cuello uterino.*

arrieta, b. (2009). protocolo de patología premaligna y maligna del cervix.

Bermudez Perez. (2015). Pruebas de detección del cancer cervico uterino asociados a VPH.

universidad y ciencia, 45-55.

Carbajal, M. (2013). factores predictivos de enfermedad residual en cono cervical. *tesis.*

Martínez JC. (2015). citologias alteradas y diferentes factores de riesgo para el cancer cervico uterino. *ciencias medicas de la habana*, 357-370.

negrin, c. (2012). epidemiologia del cancer cervico uterino en america latina .

Ortiz, R. (2018). Factores de riesgo para cancer de cuello uterino.

.

ANEXOS

TABLA N°1

Edad de las pacientes encuestadas					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
	15-19	4	3.6	3.6	3.6
	20-29	36	32.7	32.7	36.4
Válidos	30-40	60	54.5	54.5	90.9
	>40	10	9.1	9.1	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N° 1

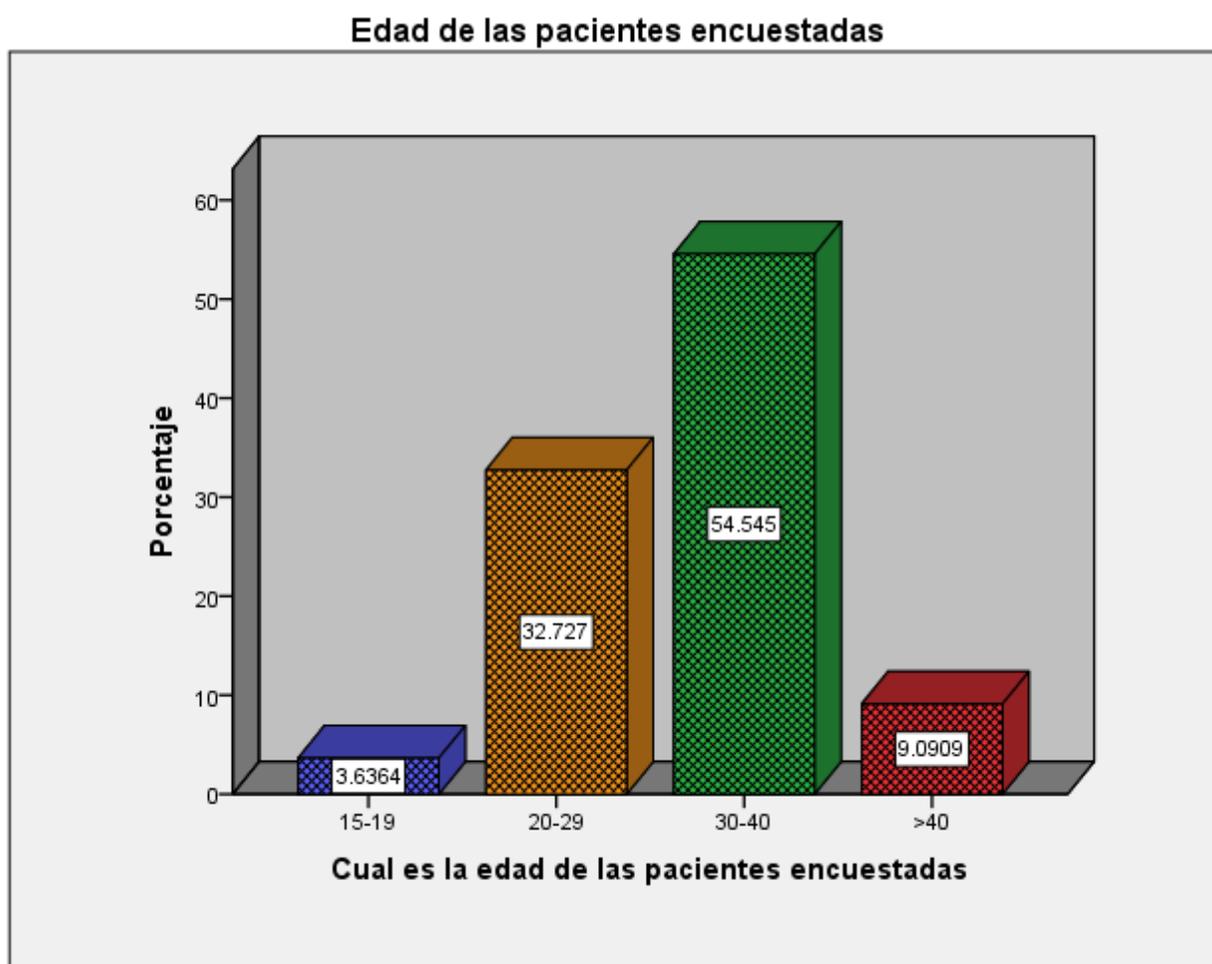


TABLA N°2

Lugar de origen				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbano	102	92.7	92.7	92.7
Válidos Rural	8	7.3	7.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°2

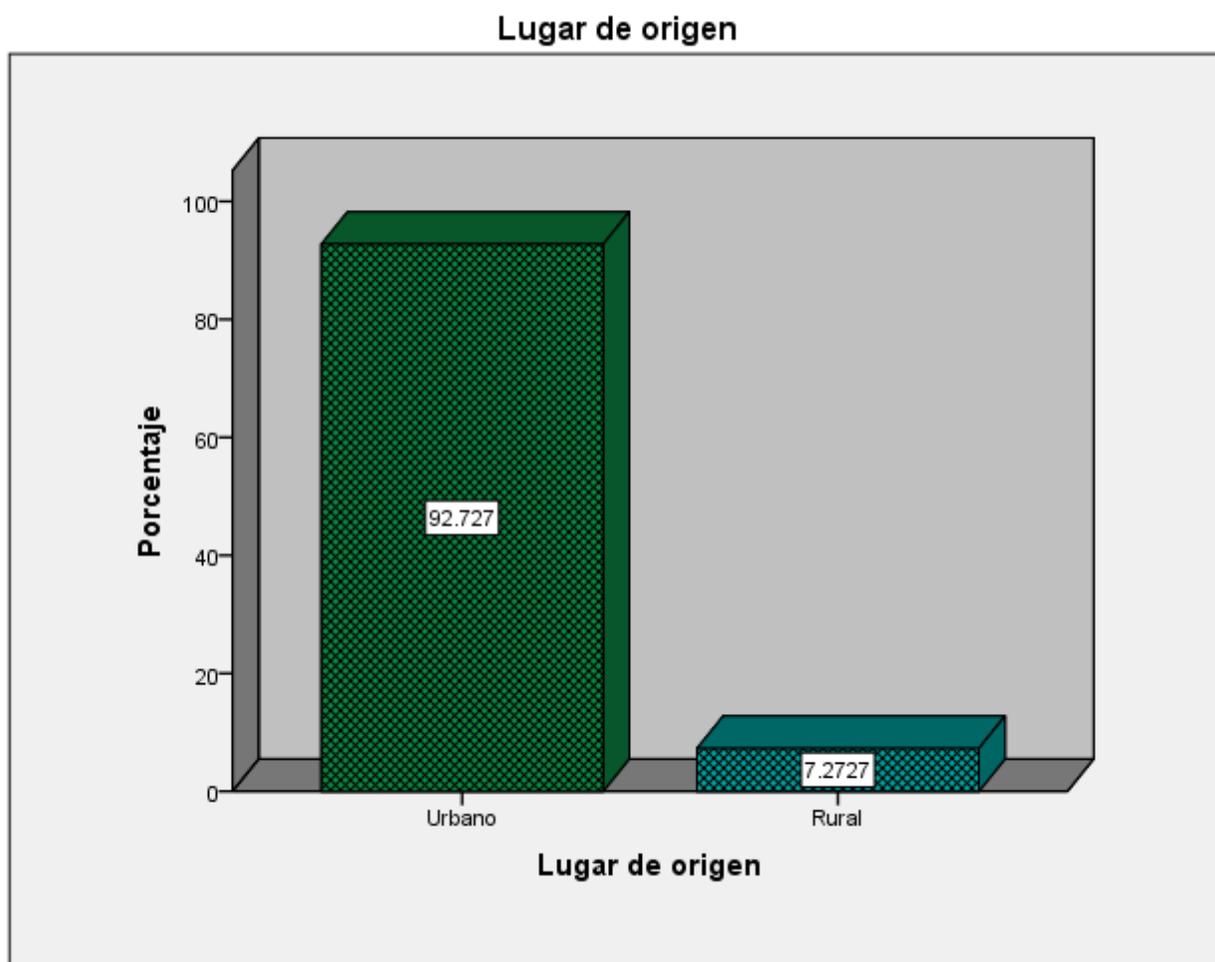


TABLA N°3

Nivel de escolaridad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	17	15.5	15.5	15.5
Secundaria	87	79.1	79.1	94.5
Válidos Técnico	1	.9	.9	95.5
Universitaria	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°3

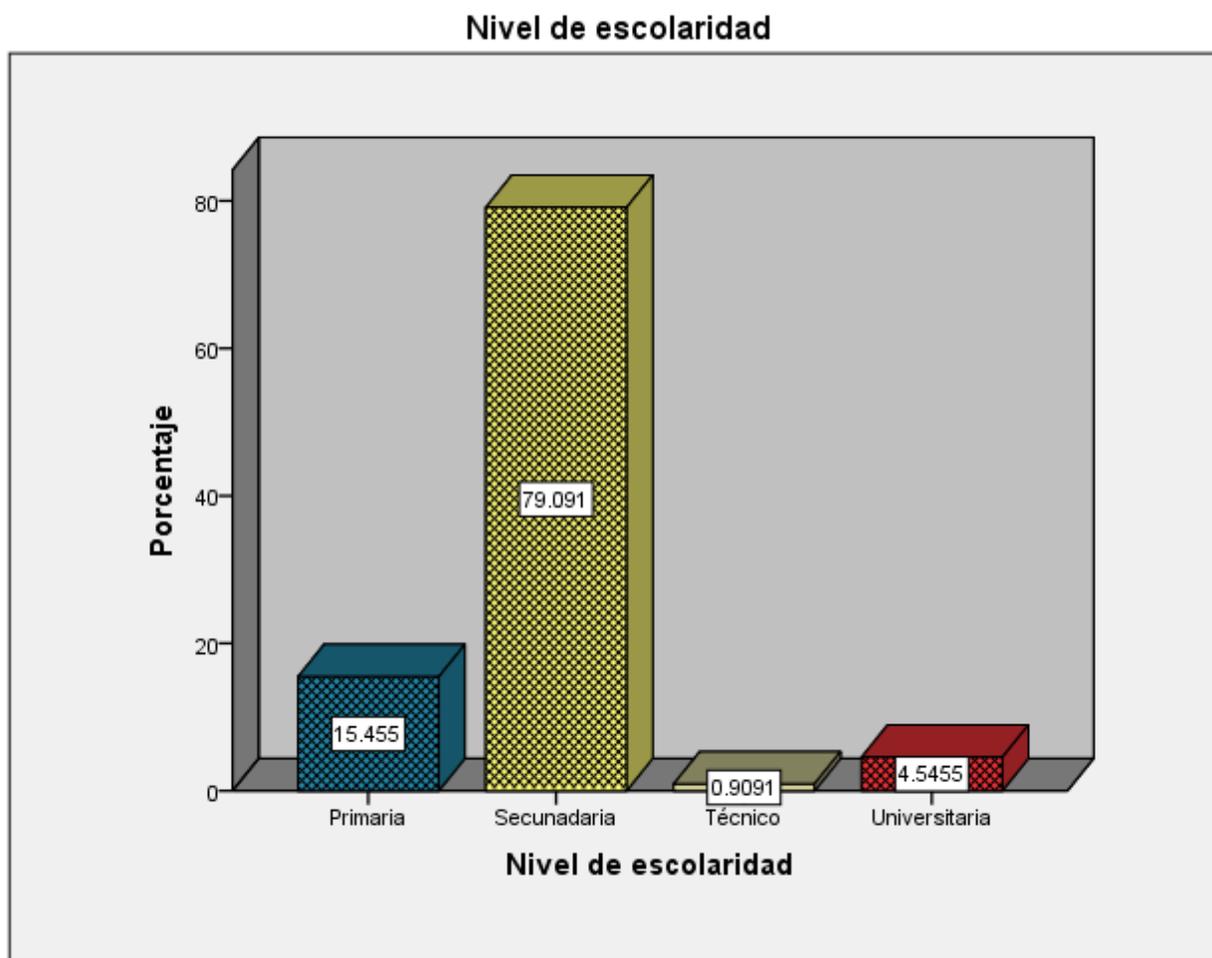


TABLA N°4

Cual es el estado civil de las pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	28	25.5	25.5
	Acompañada	77	70.0	95.5
	Casada	5	4.5	100.0
	Total	110	100.0	100.0

GRAFICO N°4

Cual es el estado civil de las pacientes

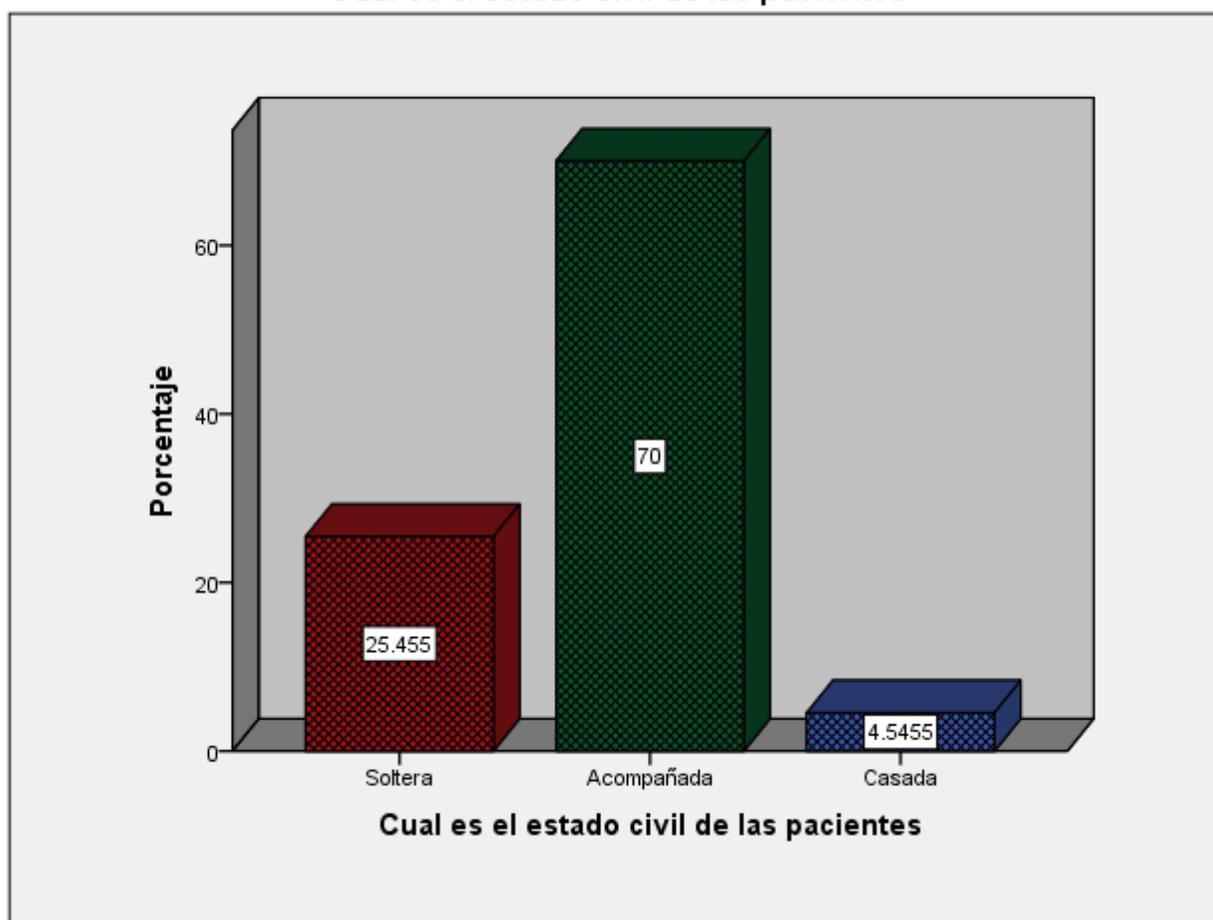


TABLA N°5

Inicio de relaciones sexuales				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<15	82	74.5	74.5	74.5
Válidos 15-19	28	25.5	25.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°5

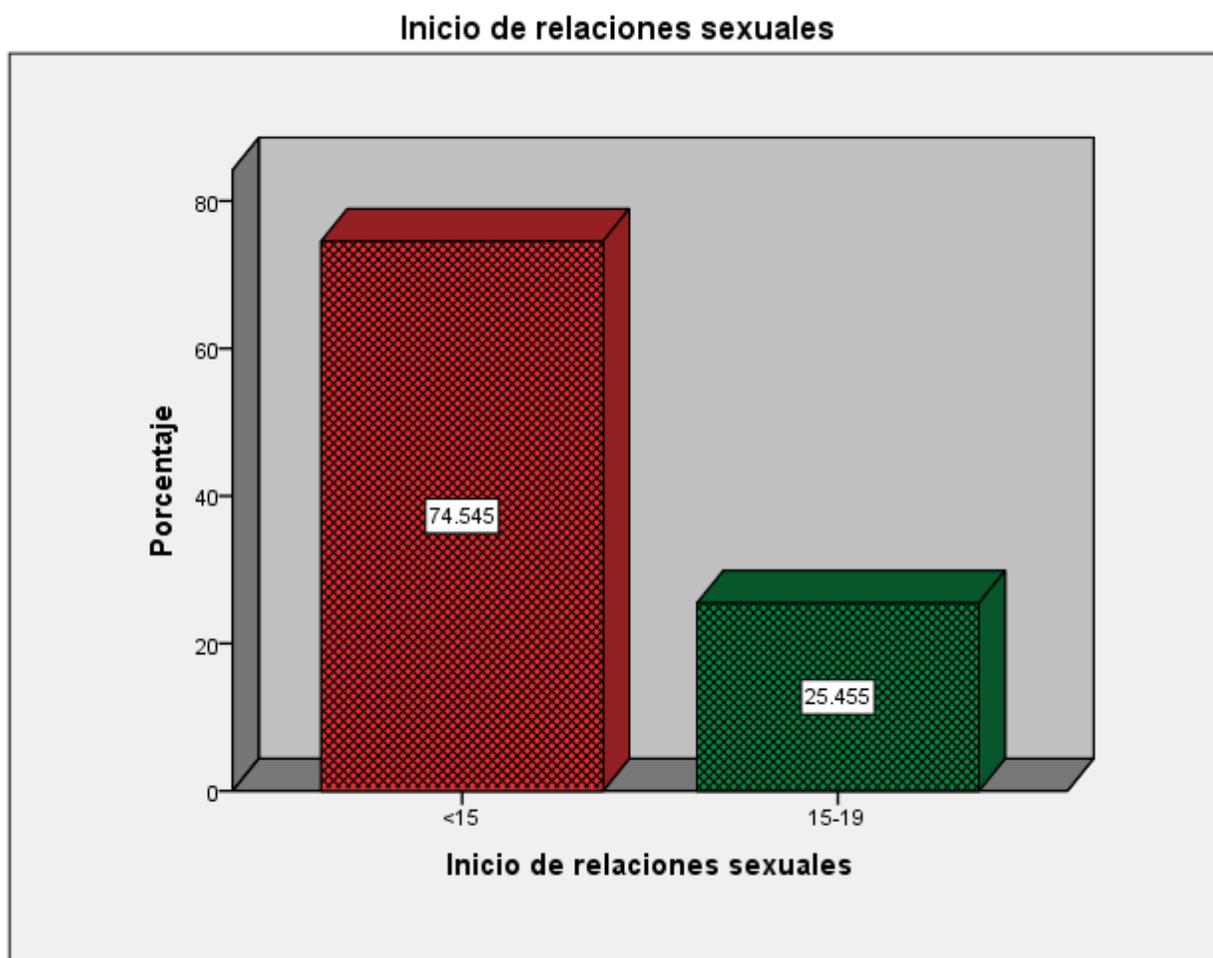


TABLA N°6

Número de parejas sexuales				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	2	1.8	1.8	1.8
	3	20.9	20.9	22.7
Válidos	4	51.8	51.8	74.5
	>4	25.5	25.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°6

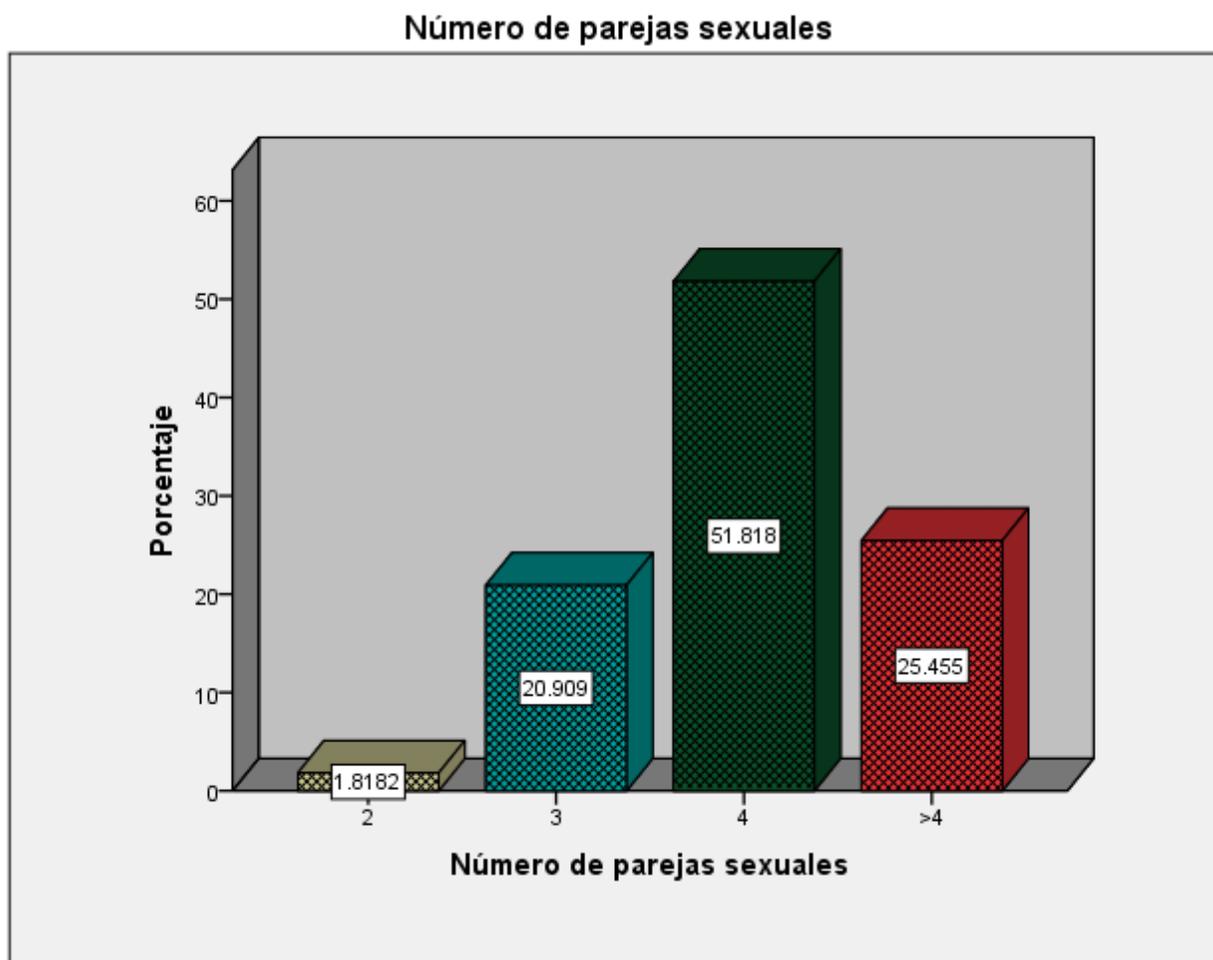


TABLA N°7

Número de embarazos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	.9	.9	.9
2	2	1.8	1.8	2.7
3	44	40.0	40.0	42.7
4	55	50.0	50.0	92.7
>4	8	7.3	7.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°7

Número de embarazos

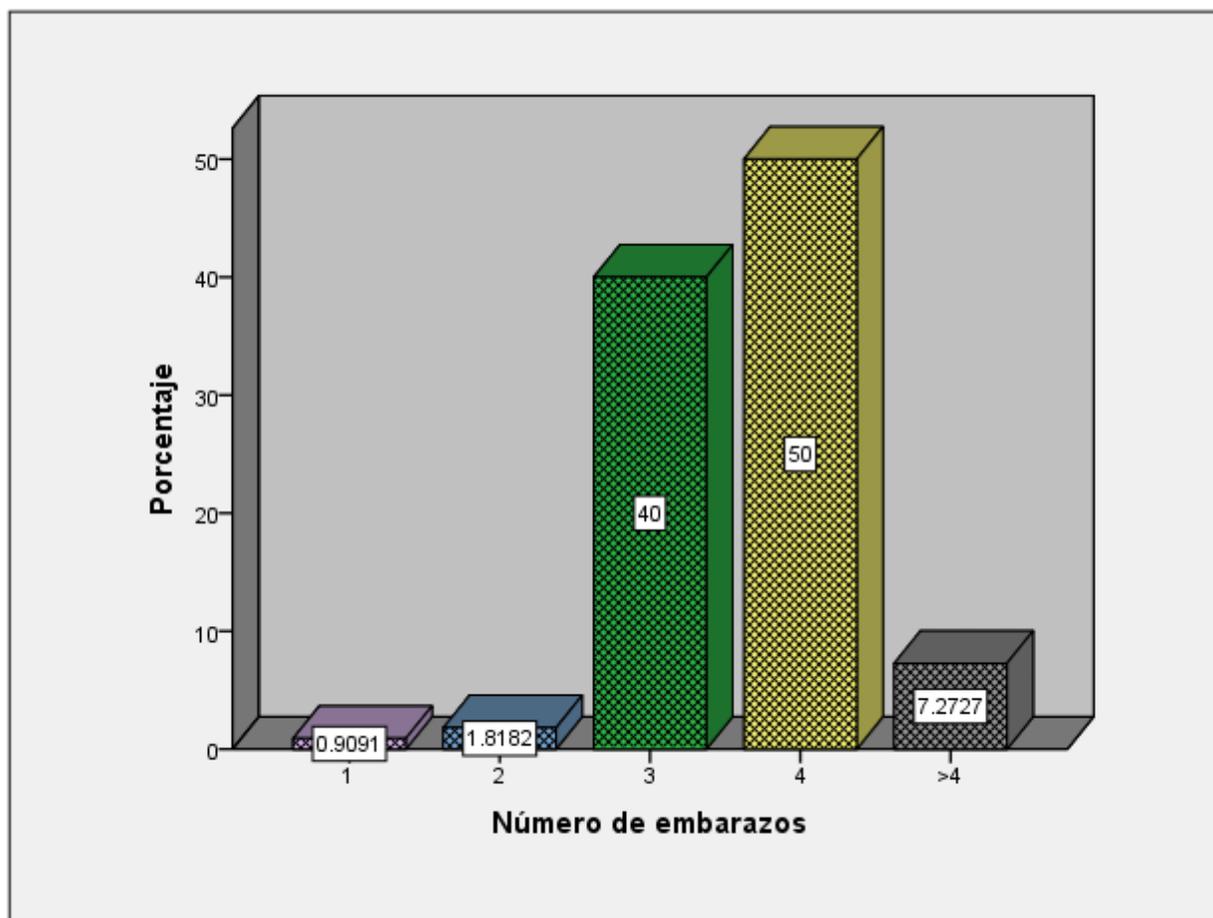


TABLA N°8

Habitos de fumado				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	21	19.1	19.1
	No	89	80.9	100.0
	Total	110	100.0	

GRAFICO N°8

Habitos de fumado

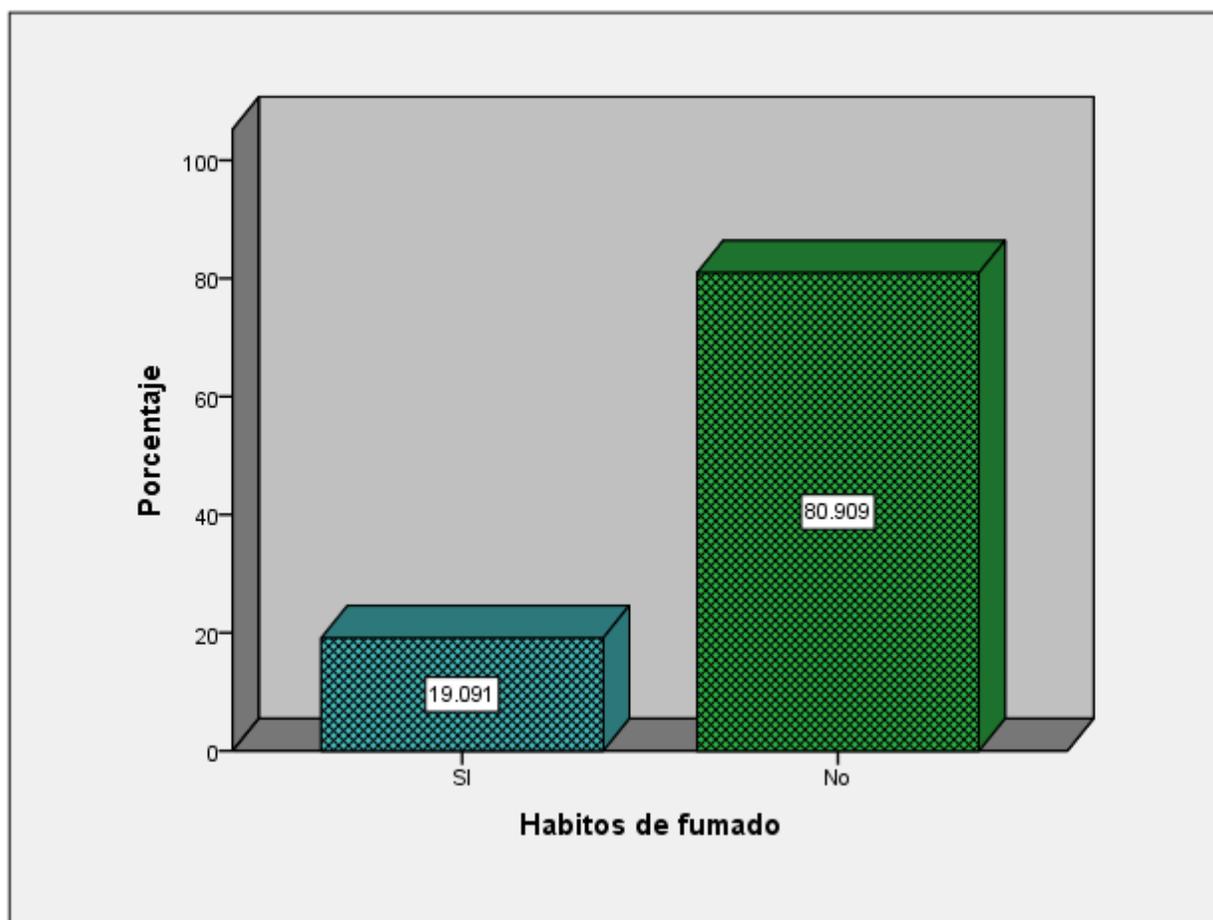


TABLA N°9

resultado del primer Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LIE AG	107	97.3	97.3	97.3
Válidos Carcinoma invasor	1	.9	.9	98.2
Atipia	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°9

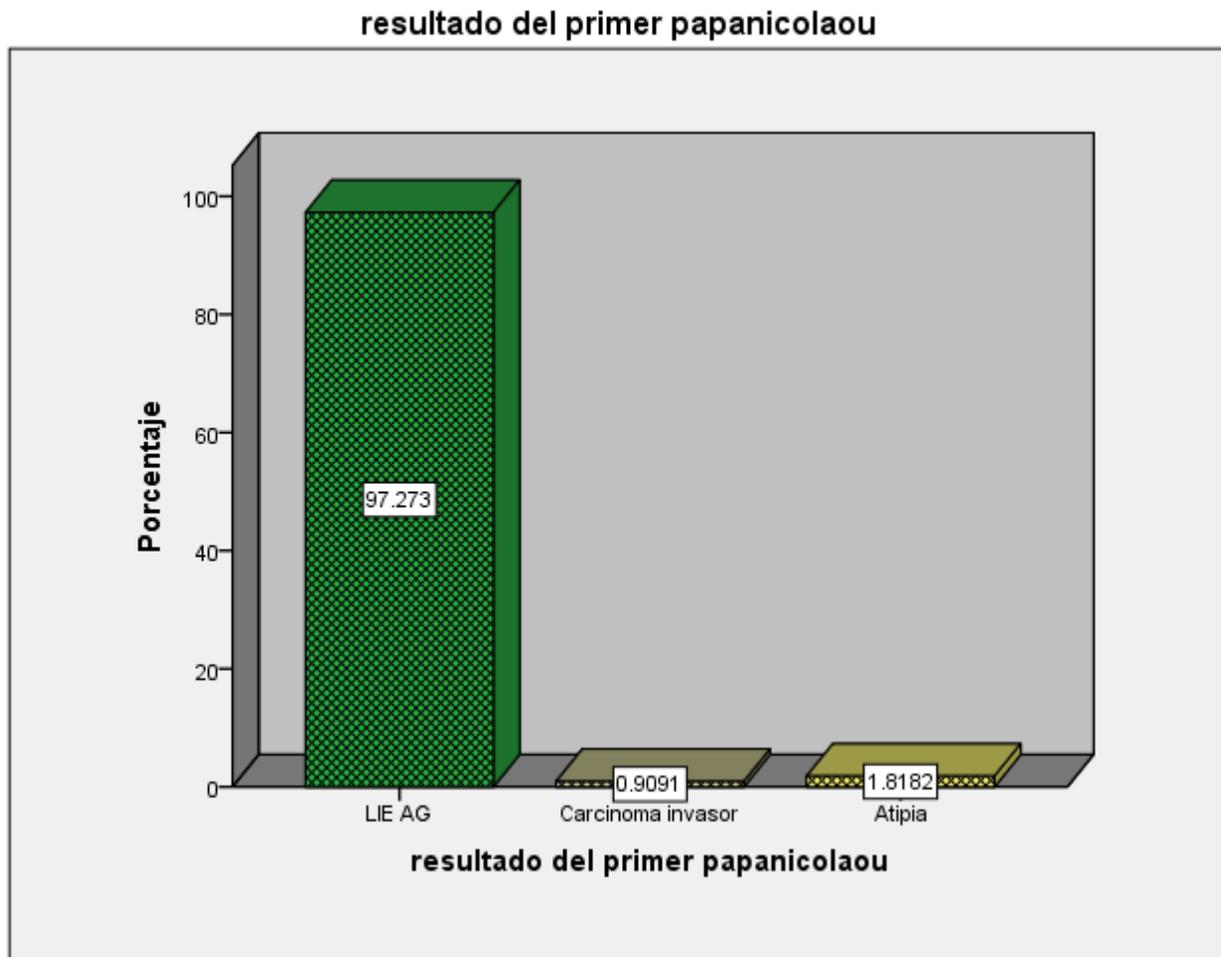


TABLA N°10

resultado de la coloscopia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
NIC II	68	61.8	61.8	61.8
NIC III	41	37.3	37.3	99.1
CARCINOMA INVASOR	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°10

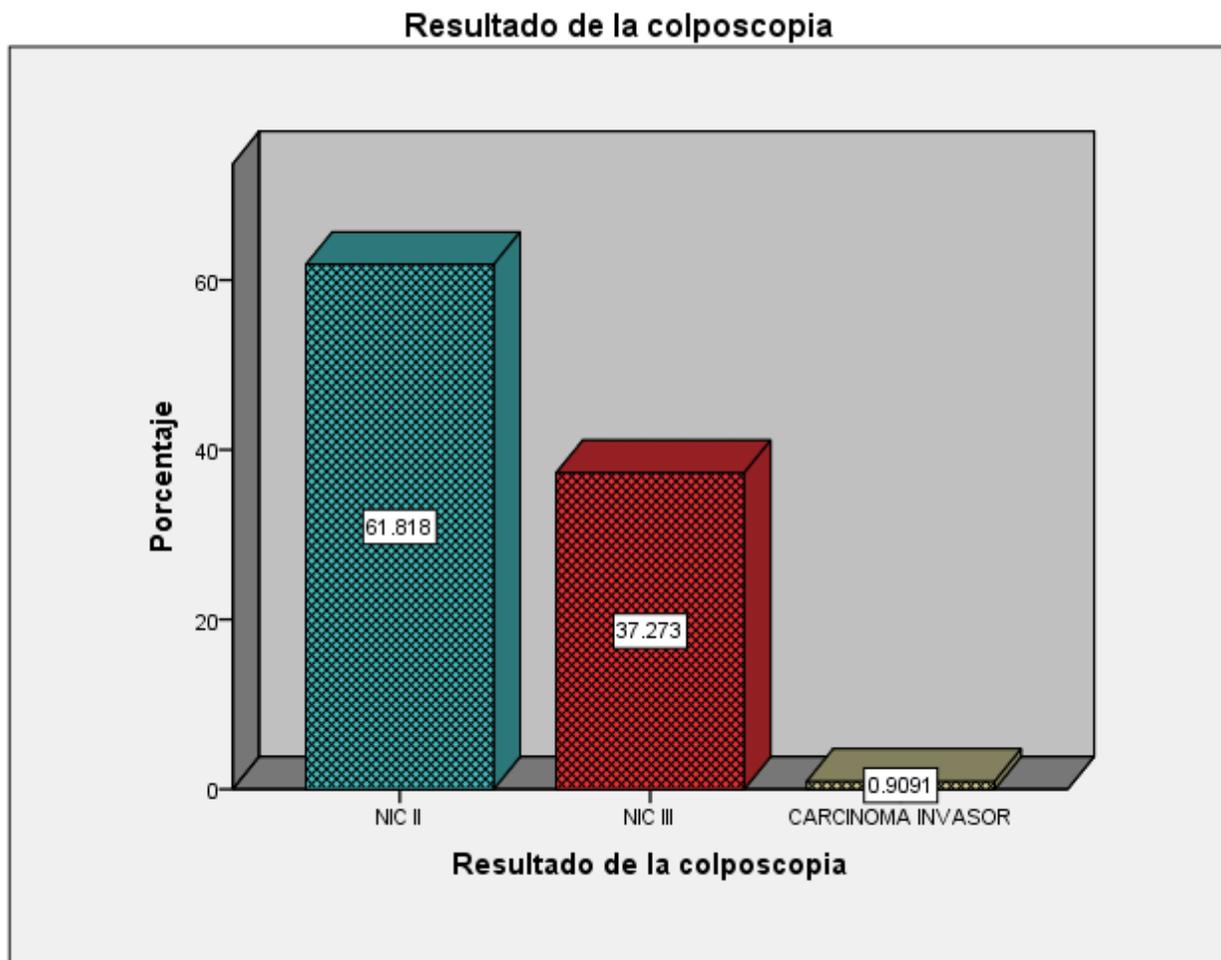


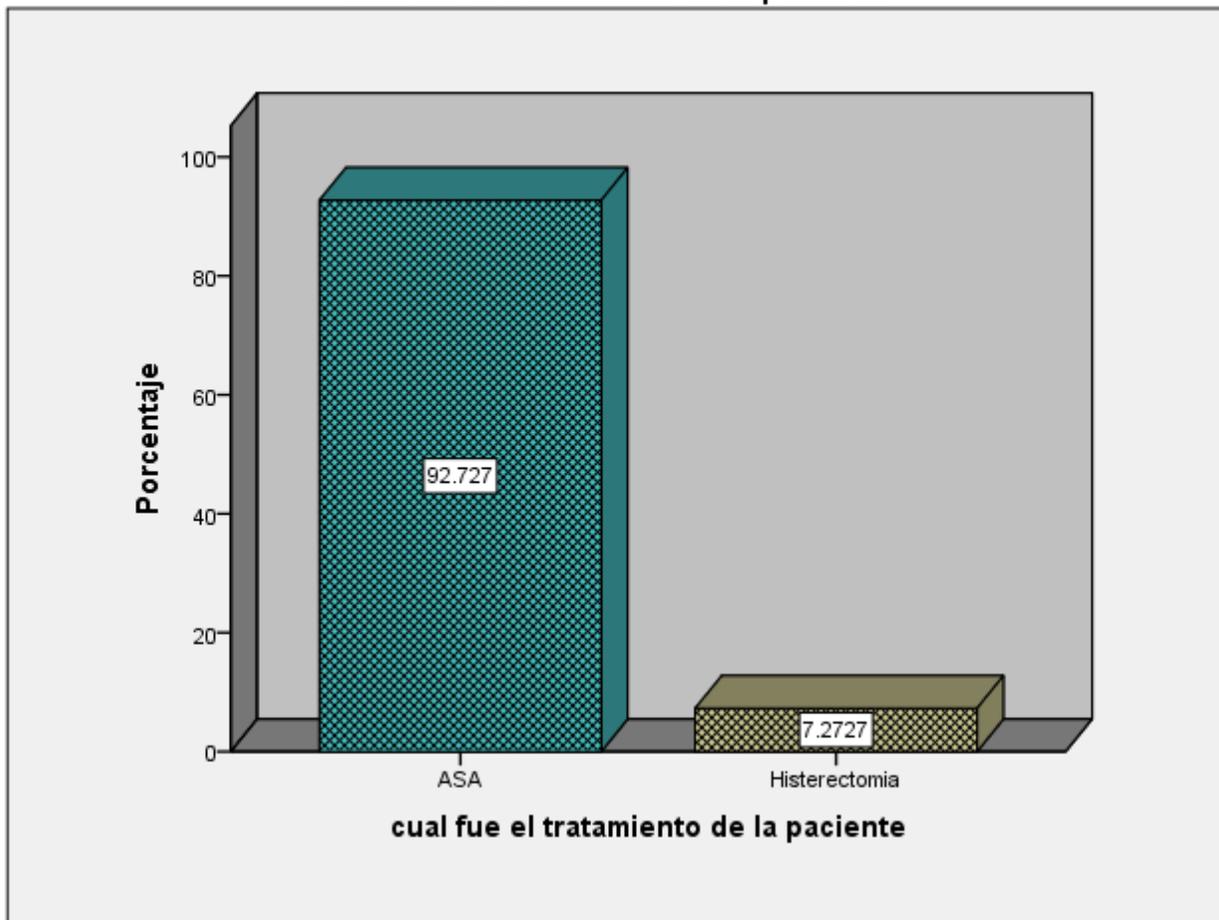
TABLA N°11

cuál fue el tratamiento de la paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ASA	102	92.7	92.7	92.7
Válidos Histerectomía	8	7.3	7.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

GRAFICO N°11

cuál fue el tratamiento de la paciente



TABLAS DE CONTINGENCIA N°1

Tabla de contingencia Inicio de relaciones sexuales * resultado del primer Papanicolaou

Recuento

		resultado del primer Papanicolaou			Total
		LIE AG	Carcinoma invasor	Atipia	
Inicio de relaciones sexuales	<15	82	0	0	82
	15-19	25	1	2	28
Total		107	1	2	110

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
	Phi	.287	.011
Nominal por nominal	V de Cramer	.287	.011
	Coefficiente de contingencia	.275	.011
N de casos válidos		110	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

TABLA N°2 DE CONTINGENCIA

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Número de parejas sexuales * resultado del primer papanicolaou	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
	Phi	.207	.579
Nominal por nominal	V de Cramer	.147	.579
	Coefficiente de contingencia	.203	.579
N de casos válidos		110	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

TABLA DE CONTINGENCIA N°3

Tabla de contingencia Número de embarazos * resultado del primer Papanicolaou

Recuento

	resultado del primer Papanicolaou			Total
	LIE AG	Carcinoma invasor	Atipia	
1	1	0	0	1
2	2	0	0	2
Número de embarazos 3	43	0	1	44
4	53	1	1	55
>4	8	0	0	8
Total	107	1	2	110

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
	Phi	.107	.996
Nominal por nominal	V de Cramer	.076	.996
	Coefficiente de contingencia	.107	.996
N de casos válidos		110	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.



DE RECOLECCION DE INFORMACION

Numero de encuesta:_____

1- DATOS GENERALES

- Edad: - <15__ 15-19__ 20-29__ 30-40__ > 40__
- Procedencia : Urbano:___ Rural:___
- Escolaridad: Primaria:___ Secundaria:___ técnico:___ Universitaria:___
Analfabeta:___
- Estado civil: soltera:___ Acompañada:___ Casada:___ Viuda:___

2- CARACTERISTICAS GINECO OBSTETRICAS

- IVSA: <15:___ 15-19:___ 20-30:___ >30:___
- Número de parejas : 1:___ 2:___ 3:___ 4:___ > 4:___
- Gestas: 1:___ 2:___ 3:___ 4:___ >4:___
- Fumado: si:___ no:___

3- Resultado del Papanicolaou: _____

4- RESULTADOS DE LA COLPOSCOPIA:

- Cervicitis:___
- NIC I:___
- NIC II:___
- NIC III:___
- CARCINOMA INVASOR:___
- OTROS:___

5- Tratamiento:

- Crioterapia___
- ASA___
- Histerectomía___

6. Papanicolaou de control:

- LIE BG___
- LIE AG___
- CARCINOMA INVASOR___
- Negativo de células malignas___