



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Informe final de investigación para optar al título de medicina y cirugía.
Caracterización de lesiones premalignas de cérvix en pacientes de 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021.

Autores

- María Mercedes Cabezas Silva
- Muriel Alejandra Coria Durán

Tutor científico

- Dr. Danilo M. Colindres
Médico Ginecoobstetra

Tutor metodológico

- Dr. Jairo Campos Valerio
Msc. Salud Pública

Índice de contenido

Agradecimientos	I
Dedicatoria	II
Opinión del tutor	III
Resumen	IV
Capítulo I: Generalidades	
Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	6
Planteamiento del problema	7
Objetivos	8
Marco Teórico	9
Morfología cervical	9
Zona de transformación	10
Epidemiología	10
Factores de riesgo	10
Virus del papiloma humano	12
Historia natural de la enfermedad	12
Fisiopatología	13
Lesiones premalignas	13
Nomenclatura en lesiones preinvasoras	14
Citomorfología	15
Abordaje diagnóstico	15
Tamizaje	16
Papanicolaou	16
IVAA	17
Abordaje terapéutico	17
Colposcopia	18
Crioterapia	18
Cono-Biopsia	19
Tratamiento farmacológico	19

Capítulo II: Diseño metodológico

Área de estudio:	20
Tipo de estudio:.....	20
Universo:	20
Muestra:	20
Muestreo:.....	20
Unidad de análisis	20
Criterios de Inclusión:.....	20
Criterios de Exclusión:	20
Definición de variables por objetivo	21
Operacionalización de las variables	22
Fuente de información	29
Técnica de recolección	29
Método de obtención de información:.....	29
Plan de tabulación.....	29
Aspectos éticos:.....	30
Capítulo III: Desarrollo	
Resultados.....	31
Discusión	36
Conclusiones	41
Recomendaciones.....	43
Capítulo IV	
Bibliografía	44
Capítulo V	
Anexos.....	49

Agradecimientos

A nuestros familiares y demás personas, que fueron aliciente en todo momento durante la realización de este trabajo y demás recorrido de nuestra carrera.

A las autoridades, de las instituciones que brindaron su apoyo para que tuviéramos acceso a los datos necesarios para realizar nuestra investigación.

A nuestros tutores, que nos guiaron en la realización de este trabajo y la forma más oportuna de abordar nuestra investigación.

A nuestros docentes, sobre todo a los que sirvieron de inspiración durante todo el proceso de enseñanza.

Dedicatoria

A nuestros padres y seres queridos, que siempre estuvieron presentes para brindar apoyo incondicional en todos los ámbitos, nos dieron ánimo en todo momento y han servido de impulso en nuestras vidas. Asimismo, a todas las personas que ya no están presentes, pero que con su recuerdo nos siguen inspirando para ser mejores.

Opinión del tutor

“Caracterización de lesiones premalignas de cérvix en pacientes de 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021”

Trabajo científico que dejara huella porque contribuye a realizar la toma temprana, a prevenir, curar e incidir para que sean diagnosticadas en tiempo y forma nuestras pacientes, evitando que acudan tardíamente. El cáncer de cérvix es curable en un cien por ciento.

Es pertinente mencionar que en el centro de salud Francisco Buitrago no existen estudios recientes sobre este problema de salud desde el enfoque de salud pública.

Excelente trabajo de investigación científica realizado por María Mercedes Cabezas Silva y Muriel Alejandra Coria Durán.

Dr. Danilo Colindres
Gineco-obstetra
Tutor científico

Caracterización de lesiones premalignas de cérvix en pacientes de 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021.

Autoras: María Mercedes Cabezas Silva, Muriel Alejandra Coria Durán

Tutores: Dr. Danilo Colindres, MD, Esp. G & O; Dr. Jairo Campos, MD, MSc. Salud Pública.

Resumen

Introducción: Las lesiones premalignas son cambios del epitelio de la zona de transformación por células anómalas, también conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) y según la OMS se clasifican en NIC I, NIC II y NIC III. Su relevancia clínica es la potencial progresión a cáncer cervicouterino.

Objetivo: Caracterizar las lesiones premalignas de cérvix en pacientes de 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021.

Diseño Metodológico: El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, serie de casos. Con un período de estudio de 18 meses; se revisó un total de 60 expedientes disponibles que corresponden a nuestra muestra. Para dar cabida a nuestro estudio se usó como instrumento de recolección de datos previamente validado por el Ministerio de Salud. Los datos se procesaron y analizaron con software estadístico SPSS versión 23.

Resultados: Dentro de los principales resultados encontrados está que el grupo etario prevalente de pacientes con lesiones premalignas fue el de 20-24 años, la mayoría provenían del Bo. San Luis, tenían bajo nivel de escolaridad, la mayoría de pacientes eran nulíparas, pero predominó el IVSA menor a 15 años con múltiples parejas sexuales. La clamidiasis fue el antecedente de ITS más reportado. La lesión premaligna sobresaliente fue LEIBG y el tratamiento más indicado fue el manejo expectante.

Palabras clave: NIC, lesiones premalignas.

Introducción

La Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) define las lesiones premalignas como los cambios del epitelio de la zona de transformación por células anómalas, estas también se conocen como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC). Estos cambios generalmente tienen como causa un sinnúmero de factores dentro de los cuales el más importante es la infección por el virus del papiloma humano, la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las neoplasias intraepiteliales cervicales en tres estadios: NIC I, NIC II y NIC III. Las primeras se consideran lesiones con bajo o casi nulo potencial de progresión a la malignidad a diferencia de NIC II y NICIII que pueden progresar hacia cáncer cervicouterino.

Según el último reporte realizado por el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN) en el 2020, a nivel nacional el cáncer cervicouterino está entre las tres primeras patologías oncológicas con mayor incidencia, prevalencia y mortalidad. En Nicaragua de acuerdo al Ministerio de Salud (MINSAL, 2020) refiere que el país tiene la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino más alta a nivel centroamericano, siendo esta la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense con 244 decesos durante el año 2020.

Por lo anteriormente descrito en el presente estudio se realizó la caracterización de las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que fueron atendidas en consulta externa en el centro de salud Francisco Buitrago durante el periodo de enero del 2020 a junio de 2021.

Antecedentes

A nivel internacional

Quispe y Aguilar (2017), realizaron una investigación científica titulada: Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016 que tuvo como propósito determinar las lesiones premalignas de cáncer de cérvix en la población en estudio. Tipo de estudio descriptivo, retrospectivo; y la muestra fue de 216 mujeres y los principales resultados fueron: 1) Las mujeres con lesiones premalignas de cáncer de cérvix se presentan con un 37% entre las edades de 32 a 45 años, seguido por el 35% entre edades de 18 a 31 años de edad. 2) las mujeres con lesiones premalignas de cáncer de cérvix inician su vida sexual activa entre los 18 a 21 años representado por el 37%, seguida por las edades de 22 a 25 años con el 15%. 3) El 27% de las mujeres con lesiones premalignas de cáncer de cérvix son multíparas de (2 a 5 hijos), como también se encontró el 22% de las mujeres con lesiones premalignas son las que han tenido número de parejas sexuales de tres a más. 4) Por último, el 62% de las mujeres con lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino tienen lesiones intraepiteliales de bajo grado, por otro lado, el 32% de las mujeres en la actualidad tienen como resultados de lesiones intraepiteliales de alto grado.

Arango (2016), realizó en Lima, Perú una investigación titulada: Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo julio 2014 – julio 2015 con el objetivo determinar la incidencia que se presenta por los resultados del Papanicolaou como consecuencia al cáncer de cuello uterino por lesión premalignas. El estudio es descriptivo, retrospectivo; tomando como muestra de 3061 diagnósticos de Papanicolaou. Se obtuvieron 136 diagnósticos de Papanicolau positivos, de los cuales representó una incidencia de 3.39%, considerando 104 alteraciones citológicas en algún grado; LIE Bajo Grado, otro porcentaje que obtuvo 37.5%; LIE Alto Grado, 18.3% y como células malignas de Carcinoma de cérvix, 1%. Con los resultados anteriores se concluye que la incidencia de patologías citológicas, de muestras insatisfactorias del grupo estudiado fue muy bajo, con respecto a estudios de América Latina, y los indicadores 21 nacionales. Por lo que además se presentó una anomalía con mayor significancia de alteraciones citológicas de la población de 25 a 34 años de edad.

Carrascal. et al (2014), realizaron un estudio sobre la “Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, en la IPS Universidad Barranquilla, Colombia”, donde incluyeron 50 pacientes en los que se logró el reporte de citología cervical, colposcopia y reporte histopatológico, donde se demostró que 1) las pacientes el mayor número de muestra estaba entre los 46 a 60 años de edad con un 52%. 2) El inicio de la vida sexual activa entre los 16 a 18 años el 76%. 3) Las lesiones intraepiteliales de bajo grado fue el reporte de mayor prevalencia en la citología con un 58%. 3) En la colposcopia la lesiones intraepiteliales de alto grado mostro mayor prevalencia con un 52%. 4) De acuerdo con el reporte histopatológico la cervicitis fue más prevalente en un 52%. 5) Concluyeron que la colposcopia mostró mayor correlación diagnóstica que la citología en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, alcanzando una buena sensibilidad pero con una mayor especificidad

A nivel nacional

González (2016), realizó una investigación titulada “Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de enero 2014 a diciembre 2015.” para describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pre malignas de cérvix. El estudio es descriptivo retrospectivo de corte transversal tomando como muestra 356 pacientes con lesión pre invasivas de cérvix donde se tuvieron los siguientes resultados: 1) Las pacientes en estudio son mujeres jóvenes de 19 a 35 años, se encuentran edad reproductiva, amas de casa, con educación secundaria y primaria, de religión católica y de procedencia urbana. 2) Entre los factores asociados de las pacientes estudiadas se encontró que el nivel de escolaridad baja, inicio de vida sexual a temprana edad, menarquía temprana, más de un de compañero sexual, el uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad, las infecciones de transmisión sexual como VPH-condiloma fueron los más frecuentes. 3) Como método de tamizaje se utilizó el PAP y de diagnóstico la biopsia cervical, encontrando que las lesiones más frecuentes son las de bajo grado, seguidas por las de alto grado, y una prevalencia del VPH en ambas. 4) Las lesiones de bajo grado VPH se les dio seguimiento citológico evolucionaron con regresión espontanea, las lesiones NIC I fueron tratadas con crioterapia, las lesiones de alto grado (NIC II y NIC III) el tratamiento de elección ASA térmica.

Treminio (2020) realizó un trabajo de investigación titulado: “Manejo de las lesiones premalignas del cérvix en el servicio de Ginecología en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila

Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018''. Para analizar el manejo de las lesiones premalignas del servicio de Ginecología de la consulta externa en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018, fue un estudio descriptivo, observacional tomando como muestra 175 pacientes donde se obtuvieron los siguientes resultados: 1) Con respecto a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio se pudo determinar que de las 175 pacientes examinadas el 52% fueron pacientes mayores de 35 años con lesiones premalignas del cérvix. 2) Los principales factores de riesgo asociado con el desarrollo de lesiones premalignas del cérvix fueron el no uso de preservativo en el 94.3%, antecedente de infección del virus del papiloma humano en un 70.3%, inicio de vida sexual antes de los 18 años en un 54.4% y múltiples parejas sexuales en un 56.6% y un bajo porcentaje de las pacientes fumaba el 1.7%. 3) El 58.3% de los resultados de papanicolaou fueron lesiones intraepiteliales de bajo grado y el 64.6% de las biopsias corresponden a lesiones intraepiteliales, siendo estas lesiones las más comunes. 5) El 98.9% de las pacientes no se realizó tipificación del virus del papiloma humano, en la guía de práctica clínica del manejo de las lesiones premalignas del cérvix la tipificación es parte de la prevención primaria. 6) Al analizar la evolución clínica de las lesiones premalignas del cérvix el 9.7% presentaron recurrencia de las lesiones posterior a un tratamiento. 7) Con respecto al tratamiento recibido el 62.3% se le realizó crioterapia, 23.4% como biopsia y el 12% histerectomía abdominal.

Gutiérrez (2020). Realizó un trabajo de investigación titulado: "Conducta sexual y reproductiva como factores que influyen en el desarrollo de lesiones premalignas de cérvix de alto grado y en la adherencia terapéutica en mujeres con infección por VPH manejadas en la clínica de lesiones tempranas del hospital Alemán Nicaragüense. Enero 2016 a enero 2020." Para analizar cuál es el papel que juega la conducta sexual y reproductiva en el desarrollo de lesiones premalignas de alto grado y cáncer de cérvix en mujeres que adquirieron la infección por el virus del papiloma humano fue un estudio observacional retrospectivo con los siguientes resultados 1) La edad que prevaleció en las mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix fue el rango de 30 a 44 años (47%), las menores de 30 años y las mayores de 45 años se presentaron casi con la misma frecuencia 26% y 27% respectivamente. 2) Al analizar el estado civil de las mujeres se observó que el mayor grupo lo conformaron las que refirieron ser casadas (41%) y el menor grupo las solteras (24%). A pesar de esa distribución el 50% de mujeres con lesiones de alto grado lo conformaron mujeres casadas y el menor porcentaje fueron mujeres solteras (20%), así mismo se observó que el mayor

porcentaje de mujeres con lesión de bajo grado se presentó en el grupo que refirió convivir en unión libre (40%). 3) Cerca de la mitad de pacientes (46%) tenían bajo o ningún nivel de escolaridad, aunque la mayor frecuencia fueron mujeres con primaria y secundaria (35% y 37% respectivamente) 4) Se logró demostrar en el estudio encontrando que la mayoría de mujeres con tamizaje inadecuado (57%) tenían bajo nivel escolar observando lo contrario en el grupo de mujeres con tamizaje adecuado (1 a 2 años) ya que la mayoría de ellas tenían nivel escolar medio o superior (65%). 5) Con respecto al precoz de vida sexual activa se encontró que el rango de edad más frecuente fue entre los 14 a 17 años (48%), la mayoría de mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado refirieron inicio de su actividad sexual en ese rango de edad (54%) a diferencia de las que refirieron haberla iniciado después de los 20 años ya que en ese grupo predominaron mujeres con lesiones de cérvix de bajo grado (28% vs 18%). 6) La historia de parejas sexuales está relacionada con el inicio temprano de la actividad sexual observando en el estudio que la mayoría de mujeres (56%) refirieron entre 1 a 2 parejas sexuales y el 44% restante más de 2, siendo 7 el número máximo de parejas referido. La mayoría de mujeres que refirieron entre 1 a 2 parejas sexuales (65%) se encontraron en el grupo de mujeres con lesiones de cérvix de bajo grado a diferencia del grupo de mujeres con lesiones de alto grado ya que en este grupo predominaron mujeres con historia de 3 a más parejas sexuales (54%). 7) En el estudio se pudo observar que la tercera parte de las mujeres tenían historia de consumir tabaco. 8) Cerca de la mitad de pacientes (44%), presentaron reportes de citología con algún tipo de infección sea candida, gardnerella, tricomonas principalmente. La mayoría de mujeres que presentaron tricomonas y gardnerella en la citología también cursaron con lesiones de alto grado. 9) Con respecto a la paridad se observó que el grupo de mujeres con LIEBG estuvo conformado en su mayoría por mujeres con su primer parto después de los 20 años o que no habían tenido hijos (77%) y en el grupo con LIEAG predominaron mujeres cuyo primer parto ocurrió antes de los 20 años (53%). 10) La obesidad fue la morbilidad más frecuente de las mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix (51%), seguida por la hipertensión arterial (29%), diabetes en 18% . 11) El 100% de mujeres con LIEBG fueron manejadas con crioterapia, El 47% de pacientes del estudio fueron manejadas con conización y biopsia siendo el tratamiento de elección en mujeres con NIC3, cáncer in situ y en la mayoría de pacientes con NIC 2.

Justificación

El Observatorio Global del Cáncer (2021) reportó que en el año 2020 hubo 604,127 casos nuevos de cáncer cervicouterino ocupando el octavo lugar dentro de los cánceres con mayor incidencia a nivel mundial y el noveno lugar en mortalidad, pero en la región de Latinoamérica y el Caribe la incidencia y mortalidad es mayor respecto a otras regiones a nivel mundial; solo a nivel centroamericano se reportaron 6866 muertes por esta patología en el 2020, de las cuales el 6 % tuvieron lugar en Nicaragua, lo que ubica al país con el mayor porcentaje de defunciones por esta causa a nivel centroamericano.

Cabe destacar que en esta patología la evolución de las lesiones premalignas a cáncer cervicouterino es lenta, situación que se valora como ventajosa debido a que permite al profesional de la salud intervenir antes de que se presenten los estadios más avanzados de la enfermedad mediante una identificación oportuna a través de las pruebas de tamizaje dentro de las que destacan la citología cervical.

La presente investigación tomó como población de estudio a un grupo etario joven que incluye adolescentes que debido a sus características anatómo-fisiológicas tienen mayor riesgo de exposición a la infección por el virus del papiloma humano y a otros factores de riesgo de relevancia durante esta etapa de sus vidas.

Es pertinente mencionar que en el centro de salud donde se realizó la investigación no existen estudios recientes sobre este problema de salud desde el enfoque de la salud pública.

Este estudio brindará datos actualizados sobre esta temática para que los tomadores de decisiones del centro asistencial incluyan a esta población de alto riesgo como prioridad en las estrategias de intervención para prevención en el nivel primordial y primario. De esta manera se beneficiará a la población de mujeres jóvenes y el centro de salud podrá mejorar sus metas de atención en esta problemática de salud.

Planteamiento del problema

Según la Onco guía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) publicada en el año 2014, el cáncer de cérvix es la tercera neoplasia más frecuente entre las mujeres a nivel mundial y las tasas con mayor incidencia están en las regiones de África, el sureste de Asia y las Américas. Nicaragua no es la excepción, ocupando el primer lugar en morbilidad por esta causa a nivel centroamericano.

En los datos publicados por la Ministerio de Salud de Nicaragua en el reporte del año 2020 del Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua, el 27.8% de las defunciones por cáncer cervicouterino pertenecen al departamento de Managua de las 244 defunciones por esta causa a nivel nacional lo que lo convierte en una de las neoplasias malignas más frecuentes en población fémina del país y el más mortal entre las mismas. Tomando en cuenta la historia natural de la enfermedad y conociendo que Nicaragua es uno de los países más afectados en el mundo por esta patología, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la caracterización de las lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes entre 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021?

Objetivos

Objetivo general:

Caracterizar las lesiones premalignas de cérvix en pacientes de 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021.

Objetivos específicos:

1. Mencionar las características socio – demográficas y gineco-obstétricas de las pacientes de 15 a 24 años con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021.
2. Describir el diagnóstico clínico y citológico en las mujeres de 15 a 24 años que se realizaron el primer Papanicolaou en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021.
3. Determinar el abordaje terapéutico realizado a las pacientes con lesiones premalignas de cérvix en pacientes de 15 a 24 años en el periodo enero 2020 a junio 2021.

Marco Teórico

Morfología cervical

Arroyo (2015) define al cérvix como la parte fibro-muscular inferior del útero que mide de 3 a 4 cm de longitud. Su función es mantener cerrada la cavidad uterina sujetando los tejidos contenidos en la cavidad pélvica, impidiendo la accidental salida del feto durante la gestación. La edad, el número de partos y momento del ciclo menstrual pueden modificar ciertas características en este.

La Sociedad Española de Oncología Médica (2020) describe que el cérvix anatómicamente está compuesto por el *endocérvix* que es la zona más cercana al cuerpo uterino y el *exocérvix*, la zona que entra en contacto con la vagina, siendo esta la zona visible al examen físico. Además Hilario (2006) agrega que existe el orificio cervical interno y el orificio cervical externo. Este último, en la clínica, es circular en mujeres nulíparas y tras el parto adquiere una forma de hendidura.

Histológicamente, Welsch et al. (2014) detallan que el endocérvix tiene una superficie muy irregular con pliegues palmeados y hendiduras con porciones profundas que semejan glándulas. Este está compuesto por células cilíndricas que secretan moco, lisozimas y otras proteínas antibacterianas, formando un tapón mucoso cuyo pH y viscosidad cambia durante el ciclo menstrual y protege de infecciones ascendentes. En la fase ovulatoria el moco se vuelve alcalino, filante y poco viscoso para favorecer el paso de espermatozoides; posterior a la ovulación el moco se torna ácido y muy viscoso. Por debajo de las células cilíndricas suele verse una capa discontinua de células de reserva y de forma aislada aparecen células ciliadas. La mucosa endocervical no se modifica durante el ciclo menstrual. Asimismo, posterior a la menarca, por la influencia de las hormonas sexuales, el epitelio de la mucosa endocervical se vuelve hacia la vagina y se forma una región rojiza llamada ectropión.

El exocérvix está compuesto por epitelio escamoso plano estratificado no queratinizado formado por cinco capas de células: la membrana basal en contacto directo con el estroma, la capa de células basales, la capa de células parabasales, la capa intermedia de células escamosas y la capa superficial de células escamosas maduras. (Fernández, n.d.)

Zona de transformación

Recapitulando lo dicho por Hilario (2006), en el exocérvix hay epitelio escamoso (epitelio plano estratificado no queratinizado) y en endocérvix el epitelio es cilíndrico simple. El punto donde ambos se unen se llama unión escamo-cilíndrica y la zona donde se da la transición brusca entre estos, se llama zona de transformación. También explicó que normalmente la zona de transformación se localiza a nivel del orificio cervical externo, pero se modifica a lo largo de la vida de la mujer y que la posición de la unión escamocilíndrica es variable y cambia con la edad e influencias hormonales, pues por lo general con el tiempo se desplaza hacia arriba, al conducto endocervical.

Epidemiología

Como señala la Organización Panamericana de la Salud, el cáncer de cérvix es de los más frecuentes entre la población femenina, sobre todo en los países en vías de desarrollo:

Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica (...) El cáncer del cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, y se estima que en 2018 hubo unos 570 000 casos nuevos. En 2018, casi el 90% de las 311 000 muertes ocurridas por esta causa en todo el mundo se produjeron en países de ingresos bajos y medios. (2020, p. 1).

Con base en los datos del Observatorio Global del Cáncer (2020) en Latinoamérica y el Caribe hubo 59 439 casos nuevos de cáncer de cérvix, habiendo un 53% de defunciones por esta causa en la región; el 23% de los casos nuevos fue en Centroamérica. En Nicaragua, según datos del MINSA (2020), hubo 244 decesos.

Factores de riesgo

La principal condición que predispone a desarrollar neoplasias cervicales intraepiteliales es la infección por algún VPH-AR, aunque son necesarios cofactores para que aparezca la enfermedad. De esos cofactores lo más importantes son mencionados a continuación en el “Protocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y tratamiento con Crioterapia” presentado por el MINSA en el año 2010:

1. Coinfección por VPH-HR y otro agente de transmisión sexual: Como plantea Gutiérrez (2020), se ha encontrado mayor prevalencia de citología anormal en pacientes con coinfecciones por *Chlamydia trachomatis*, virus-2 de herpes simple (HSV-2) y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). A su vez, Stelzle et al. (2020) relacionaron que mujeres con VIH tienen seis veces más probabilidades de padecer cáncer de cérvix en comparación con las mujeres que no y se calcula que el 5% de todos los casos de cáncer de cérvix son atribuibles al VIH.
2. Paridad: En el estudio de casos y controles realizado por la IARC (2007) titulado “Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans: Papillomavirus “se demostró que mujeres con tres o cuatro embarazos de término tienen 3 veces más riesgo de desarrollar cáncer de cérvix que las que son nulíparas y mujeres con más de siete partos tienen 4 veces más riesgo. Esto se debería al trauma obstétrico, los cambios hormonales e inmunosupresión propias del embarazo. Por otra parte, Vicente (2014) consideró que altas concentraciones de estrógeno y progesterona propias del embarazo pudieran ser responsables de alteraciones en la unión escamocolumnar produciendo ectopia cervical y manteniendo la zona de transformación sobre el exocérvix por muchos años en multíparas, facilitando la exposición directa al VPH.
3. Tabaquismo: El riesgo para las fumadoras actuales duplica el de las no fumadoras. Según la revisión bibliográfica hecha por Núñez-Troconis en el 2017, la nicotina y otros metabolitos con potencial carcinógeno derivados del cigarrillo estarían presentes en el moco cervical de las fumadoras lo que a largo plazo llegaría a afectar los mecanismos de proliferación celular, inhibir la apoptosis y estimular el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF).
4. Inmunosupresión: Como señala la Sociedad Española de Oncología Médica (2019), en una mujer con un sistema inmunocompetente el desarrollo del cáncer de cérvix puede llevar de 15 a 20 años; sin embargo, en mujeres inmunosuprimidas el tiempo de desarrollo de la enfermedad será menor en 5 y 10 años, sobre todo si hay inmunodeficiencia por el VIH.
5. Uso de anticonceptivos orales: Tal como Vicente (2014) especificó, el uso prolongado en más de 10 años de anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con el VPH.

6. Comportamiento sexual: Se ha determinado que la edad temprana de inicio de relaciones sexuales, promiscuidad sexual o parejas de alto riesgo son otro factor de riesgo asociado debido a la posibilidad de reinfección constante.

Virus del papiloma humano

Mateos-Lindemann et al. (2017) describe que el virus del papiloma humano (VPH) pertenece a la familia *Papillomaviridae* y tiene replicación nuclear. Lo describe con tamaño promedio de 55nm de diámetro, sin envoltura, pero con una cápside icosaédrica; está compuesto en un 10% de ADN circular bicatenario y en un 90% por dos proteínas estructurales (E6 y E7). Mateos también menciona que existen cerca de 200 tipos VPH y se clasifican en *genotipos de alto riesgo oncogénico* (VPH-AR) que son el 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59; *probable/posible alto riesgo oncogénico* (VPH-PAR) 68, 26, 53, 64,65, 66, 67, 69, 70, 73, 82 y *bajo riesgo oncogénico* (VPH-BR), siendo los más frecuentes entre estos últimos el 6 y 11.

De acuerdo con Kumar et al. (2015) dentro de los VPH AR, el VPH-16 es el responsable de casi el 60% de los casos de cáncer de cérvix y el VPH-18 causa un 10%; solo el 5% de los casos son provocados por los otros tipos de VPH. Asimismo explican que los VPH-AR también están implicados en la aparición de carcinomas epidermoides de muchas otras zonas como la vagina, la vulva, el pene, el ano, las amígdalas y otras áreas orofaríngeas. Los VPH-BR son la causa de las verrugas de transmisión sexual en genitales y de otras patologías benignas de piel y mucosas.

Historia natural de la enfermedad

El principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix es la infección persistente por más de dos años con algún VPH-AR; infecciones bastante frecuentes, que suelen ser asintomáticas y transitorias puesto que el 50% son erradicadas por el sistema inmune en un lapso de 8 meses, en tanto el 90% están erradicadas en 2 años. Es relevante decir que lo anterior está condicionado por el tipo de VPH, ya que infecciones por VPH-AR pueden tardar hasta 13 meses en erradicarse. (Kumar et al., 2015)

De acuerdo a Hernández (2015), la infección generalmente se adquiere por vía sexual, siendo mujeres adolescentes y adultas jóvenes y adolescentes la fracción de portadores persistentes de

VPH que constituyen el verdadero grupo de alto riesgo para el inicio del desarrollo de cáncer cérvico uterino y cualquier otro tipo de cáncer relacionado con el VPH.

Una característica distintiva del VPH especificada por Arroyo (2015) es que es un virus mucodermo-trópico y su ciclo vital se limita al epitelio cervical sin viremia; y según el “Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVVA) y tratamiento con crioterapia” del MINSA (2010) el tiempo de incubación del VPH va de 4-6 semanas hasta 8 meses, donde el virus infecta las células basales y puede permanecer latente sin replicación durante semanas o años.

Mateos-Lindemann et al. (2017) añade que transcurre un tiempo entre 2 a 4 décadas entre la infección por el VPH y la incidencia de cáncer de cérvix. También expone que las características de la mucosa cervical en la zona de transformación hacen que sea más susceptible a la infección por VPH y por tanto que sea allí donde se localice la mayoría de neoplasias y cánceres cervicales, pues en esa zona abundan células epiteliales inmaduras con metaplasia del epitelio escamoso, justo en la unión escamocolumnar.

Fisiopatología

Inicialmente, el VPH con potencial oncogénico infecta células escamosas inmaduras y aprovecha la división celular activa presente en la zona de transformación para su replicación. Como su replicación viral es nuclear, aunque infecta células escamosas inmaduras, la replicación se da en células escamosas en maduración. Su capacidad carcinógena depende de las proteínas virales E6 y E7 que, en los VPH-AR, tienen especial afinidad con las proteínas P53 y PRB, así el VPH altera los mecanismos de regulación de replicación celular, promueve la progresión del ciclo celular y altera la capacidad de las células de reparar los daños del ADN. Todo esto conlleva a proliferación de células con tendencia a adquirir más mutaciones que pueden conducir al desarrollo de cáncer. (Coronel, 2014; Hernández, 2015; Mateos-Lindemann et al., 2017)

Lesiones premalignas

El cáncer de cérvix tiene como prefacio lesiones precursoras con atipia celular con potencial oncogénico, a estas se les conoce como neoplasias intraepiteliales cervicales. Estas pueden recular

espontáneamente o lentamente evolucionar a carcinoma. La base principal para su clasificación es el espesor del epitelio que posee células anormales y poco diferenciadas. (Díaz et al., 2018)

Cabe definir los siguientes términos:

Metaplasia: Es un proceso fisiológico, a como expone Sánchez (2004), consistente en la sustitución del epitelio glandular endocervical por epitelio escamoso en respuesta a cambios en el pH, estímulos endocrinos, trauma, inflamación, entre otros. La zona de metaplasia en el cérvix es la zona de transformación.

Displasia: Constituye un desorden y alteración en la maduración y proliferación del epitelio consistente en una alteración morfológica del tejido y que se correlaciona con la capacidad de malignización del mismo. (Echeberría, 2008)

Nomenclatura en lesiones preinvasoras

Las NIC, a como lo expone la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, se clasifican en:

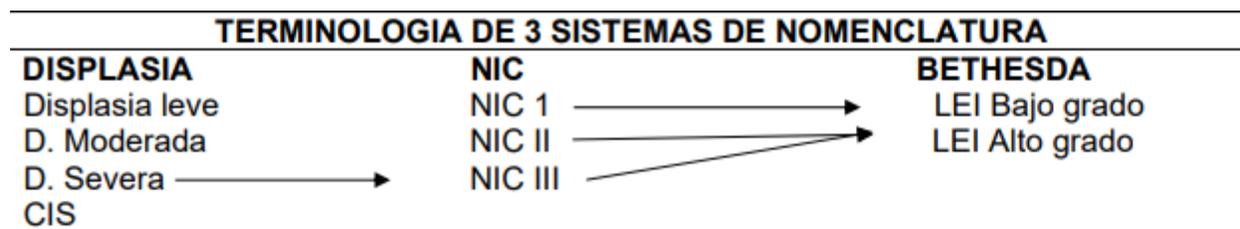
- NIC I: las células neoplásicas están confinadas al tercio inferior del epitelio.
- NIC II las células neoplásicas ocupan hasta las dos terceras partes del espesor epitelial.
- NIC III las células neoplásicas indiferenciadas se extienden casi hasta la superficie. Esta también incluye también al Carcinoma in situ, donde las células neoplásicas indiferenciadas se extienden a todo el espesor del epitelio. La diferencia esencial entre displasia y carcinoma *in situ* es que en la displasia hay un signo visible de diferenciación escamosa en las células anormales o atípicas. En el carcinoma in situ no existe tal diferenciación.

•

A su vez, las displasias según el sistema BETHESDA, se clasifican en:

- LEIBG o lesión escamosa de bajo grado, que incluye las displasias leves o NIC I
- LEIAG o lesión escamosa de alto grado, que incluye las displasias moderadas y severas o NIC II y NIC III, respectivamente.

Figura 1. Correlación de términos en sistemas de nomenclatura de lesiones preinvasoras.



(MINSa, 2010)

Algo que es importante resaltar es que las NIC I no se consideran lesiones premalignas por su alta tasa de regresión, superior al 90 % según Kumar et al. Aun así es un signo histológico de infección con VPH. (2015, p. 1005)

Citomorfoloía

La atipia celular posee como característica citológica patognomónica diagnóstica el *coilocito*, denominado así por su aspecto vacío secundario a los cambios morfológicos en las células superficiales o intermedias. Los coilocitos son células multinucleadas con núcleo aumentado de tamaño, hipercromasia, gránulos de cromatina gruesos, además de un halo citoplásmico consistente en vacuolas perinucleares que semejan un borde denso y desigual alrededor del núcleo. Estos cambios citopáticos son visibles con la tinción de Giemsa o Papanicolaou en los cepillados cervicales, lo que la vuelve la muestra idónea para la detección del virus en relación con la patología cervical que ocasiona. (Mateos-Lindemann et al., 2017; Kumar et al., 2015)

Abordaje diagnóstico

Dadas las características de la infección por VPH, las lesiones premalignas son en su mayoría asintomáticas. Algunas pueden presentar síntomas debido a infecciones concomitantes con otros agentes etiológicos o bien, cuando en etapas avanzadas empieza manifestaciones clínicas tempranas por cáncer de cérvix como lo son sangrado irregular, coitorragia y flujo maloliente y luego menos específicos están: dolor pélvico o lumbar, disuria, tenesmo rectal, dispareunia, hematuria, pérdida de peso, edema de miembros inferiores, entre otros. (SEOM, 2020)

El diagnóstico tiene su base en la especuloscopia donde se pueden observar cambios macroscópicos y las pruebas de tamizaje que incluyen la citología cervical, la inspección visual

con ácido acético (IVAA) y pruebas con diagnósticos moleculares y detección de marcadores celulares.

Tamizaje

En comparación con el Papanicolaou, la sensibilidad de la Inspección Visual (77%) es más alta que la del Papanicolaou (44%) aunque con una especificidad más baja (64% comparado con 91%). (OPS, 2010)

El MINSA (2010) recomienda iniciar tamizaje a partir de la primera relación sexual en un periodo no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad; sin embargo se debe hacer énfasis en tamizar con PAP a la mujer de 25 a 64 años y tamizar con IVAA a las de 30 a 50 años.

Papanicolaou

El Instituto Nacional del Cáncer (2021) define que este es el procedimiento en el que un cepillo o espátula es usada para remover células del cérvix y así puedan ser analizadas al microscopio con el fin de detectar cambios citomorfológicos que pueden preceder al desarrollo de cáncer de cérvix.

Páez (2015) refiere que este examen está indicado en todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual activa, con énfasis en mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual, en mujeres menores de 65 años sin citología reciente, menores de 21 años con historia clínica de riesgo y toda mujer embarazada.

Asimismo, debido a la dificultad de acceso de algunas mujeres para toma de citología, o su escasa motivación, se debe aprovechar el momento en que la usuaria acude a los servicios de salud para realizar el examen, aunque lo ideal es tener en cuenta que para una muestra óptima lo indicado según Ovalle et al. (2010) es que la paciente no esté menstruando, evite el uso de tratamiento o lavados vaginales y abstención de relaciones sexuales 48 horas antes; si todo esto no se pudiese evitar, lo ideal es retirar el exceso de fluidos con gasas limpias. Se recomiendan tomar prueba de PAP a partir de las 8 semanas posteriores al parto.

Se recomienda realizar anualmente pruebas de tamizaje, sobretodo en pacientes con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos, pacientes con historia previa de ITS, portadora de VPH o HIV, fumadoras, historia de múltiples parejas sexuales o historia de lesión pre invasora en cualquiera de los frotis previos. (MINSA, 2010)

IVAA

El MINSA (2010) define este como un método de estudio visual con ácido acético, utilizado para la detección temprana de enfermedad neoplásica de cuello uterino. Es útil en comunidades de bajos recursos y de difícil acceso debido a su simpleza, alta sensibilidad y oportunidad de tratamiento en una sola visita.

La base de este método de tamizaje es el ácido acético, solución de vinagre al 3% a 5%, que se aplica al tejido del cuello uterino interactúa con las células enfermas, haciendo que las lesiones epiteliales adopten una tonalidad blanca para facilitar la identificación del tejido anormal, aunque hay que tener presente que existen cuadros benignos en los cuales también pueden el epitelio se puede tinar blanco. El personal de salud capacitado antes de aplicar el ácido acético debe visualizar la unión escamocolumnar en su totalidad si no es visible debe optar por el PAP. (OPS, 2014)

El MINSA (2010) también especifica que el IVAA no debe realizarse a mujeres que están siendo tratadas por lesión intraepitelial cervical o cáncer de cérvix., que han tenido una histerectomía total, que no han iniciado vida sexual, con sangrado al momento de la consulta ni a embarazadas o puérperas.

La interpretación de resultados del IVAA se detalla textualmente según la *Normativa 037* del MINSA (Ver Anexo 2)

Abordaje terapéutico

El tratamiento de una lesión depende del tamaño de la lesión y el tipo de cambios que las células han experimentado, de si la mujer desea tener hijos en el futuro y la edad de la mujer, por tanto existen distintos métodos que el MINSA (2010) divide en dos grupos:

- Métodos Ablativos: Destruyen la zona de transformación e incluyen la crioterapia, electrofulguración, fulguración con láser.
- Métodos de Resección: Extraen la zona de transformación y comprenden el cono frío, la resección electro quirúrgica con Asa de Alambre (Cono LEEP), el cono láser y la histerectomía.

Del mismo modo, el MINSA (2010) tiene establecidos los protocolos de seguimiento según el resultado del tamizaje con IVAA (Ver anexos 3 y 4).

Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento ambulatorio donde se usa un colposcopio para amplificar la imagen del cérvix con el fin de visualizar imágenes normales y patológicas de la zona, asimismo como tomar una biopsia de la zona para su posterior estudio. Vicente (2014) recomienda realizarla en mujeres con diagnóstico de la citología anormal, con cérvix visiblemente sugerente de lesión aunque la citología sea normal y en mujeres con VPH-AR mayores de 30 años.

Crioterapia

Marshal et al. (2020) definen que este es un procedimiento donde se destruye el tejido afectado en el cérvix mediante la aplicación directa de frío intenso con gas CO2 durante la colposcopia. Existen criterios específicos para la realización de crioterapia los cuales se enumeran a continuación:

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

Como todo procedimiento tiene posibles efectos adversos dentro de los cuales está el dolor, secreción de flujo vaginal o leucorrea la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor. Efectos colaterales menos frecuentes son el sangrado que puede ser tipo acuoso, estenosis del canal endocervical, quemadura de la pared vaginal.

El criterio de alta posterior al procedimiento por la crioterapia es realizar al año de tratamiento un PAP y una colposcopia y que estén negativos.

Cono-Biopsia

Una biopsia en cono es una forma extensa de una biopsia de la parte alta del conducto cervical en la que se extrae una cuña de tejido con forma de cono y se examina bajo el microscopio. También se extrae una pequeña cantidad del tejido normal que rodea la cuña cónica de tejido anormal para dejar en el cuello uterino un margen libre de células anormales. (Marshall, 2020)

Tratamiento farmacológico

No existe tratamiento farmacológico específico para el manejo de las lesiones premalignas, pero cuando se asocia a coinfección por agentes etiológicos distintos al VPH los protocolos de atención tanto del MINSA como de la OMS, orientan el manejo sintomático (ver anexos 5 y 6) debido que es altamente sensible, no omite infecciones mixtas, trata al paciente en la primera visita y está orientado al problema. (MINSA, 2013).

Diseño Metodológico

Área de estudio: El estudio se realizó el Centro de Salud Francisco Buitrago ubicado en el Bo. San Luis atrás de Catastro frente al Sena Managua.

Tipo de estudio: Descriptivo. Serie de casos.

Universo: Total de pacientes femeninas de 15 a 24 años con lesiones premalignas cervicouterinas atendidas en consulta externa del centro de salud Francisco Buitrago de enero 2020-junio 2021.

Muestra: La muestra corresponde a 60 pacientes de 15 a 24 años con lesiones premalignas cervicouterinas atendidas en consulta externa del centro de salud Francisco Buitrago de enero 2020-junio 2021.

Muestreo: No probabilístico. Por conveniencia.

Unidad de análisis: Paciente femeninas de 15 a 24 años con lesiones premalignas cervicouterinas atendidas en consulta externa del centro de salud Francisco Buitrago de enero 2020-junio 2021.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes femeninas con vida sexual activa.
- Mujeres con edades de 15 a 24 años en el periodo de estudio.
- Mujeres con lesiones premalignas cervicouterinas según resultados de papanicolaou realizado en el primer contacto durante el periodo de estudio.
- Paciente atendida en la consulta externa del centro de salud Francisco Buitrago.
- Paciente cuyas fichas de papanicolaou contengan los datos completos.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes femeninas que no hayan iniciado su vida sexual activa.
- Mujeres con menos de 15 años de edad y más de 24 durante el periodo de estudio.
- Pacientes que no fueron atendidas en la consulta externa del centro de salud Francisco Buitrago.
- Paciente cuyas fichas de papanicolaou no contengan los datos completos.

Definición de variables por objetivo

Objetivo No. 1: Mencionar las características socio – demográficas y gineco-obstétricas de las población en estudio.

Edad	Cesáreas
Procedencia	Tipo de método anticonceptivo
Escolaridad	Tiempo de uso del método anticonceptivo
Hábitos tóxicos	IVSA
Gestas	Número de parejas sexuales
Abortos	Antecedentes de ITS
Partos	Embarazo actual

Objetivo No. 2: Describir las lesiones premalignas de cérvix al momento del primer contacto en la población en estudio.

Aspecto clínico del cérvix	Resultado de Papanicolaou
Tipo de secreción	Otros hallazgos
Lesión visible macroscópicamente	Realización de IVAA
Ubicación y extensión de la lesión	Resultado del IVAA

Objetivo No. 3: Determinar el abordaje terapéutico realizado a la población en estudio.

Tratamiento indicado
Antibioticoterapia
Seguimiento

Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
<i>Mencionar las características socio – demográficas y gineco-obstétricas de las población en estudio.</i>			
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Años vividos	15-19 20-24
Procedencia	Lugar de residencia habitual del paciente tomando en cuenta los barrios del centro de salud	Barrios	Pedro Joaquin Chamorro San Luis Costa Rica Selim Shible Domitila Lugo Santa Rosa Benedicto V Venezuela Enrique Smith Maria Auxiliadora La Ceiba Jorge Dimitrov Las Torres Villa Dignidad San José Oriental

			Quintanina Valverde Ducuali Prrales Vallejos Campo Bruce
Escolaridad	Máximo grado de estudios aprobado por la paciente en cualquier nivel del sistema educativo nacional.	Nivel de escolaridad	Ninguno Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria sin terminar Bachiller Universitario
Hábitos tóxicos	Consumo frecuente de alguna sustancia nociva para la salud.	Dato registrado en el expediente clínico	Tabaquismo Alcoholismo Drogadicción Ninguno
Gestas	Periodo que transcurre desde la fertilización hasta el parto.	Número de embarazos registrados en el expediente	Ninguna 1 2 3 Más de 3

Abortos	Terminación de la gestación durante el periodo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo caudal menor a 25cm	Número de abortos registrados en el expediente clínico	Ninguno 1 2
Partos	Expulsión por vía vaginal del feto mayor a 22 semanas de edad gestacional con peso fetal mayor a 500 gramos, longitud céfalo caudal mayor a 25 cm.	Número de partos vía vaginal registrados en el expediente clínico.	Ninguno 1 2 3 Más de 3
Cesáreas	Expulsión del producto a través de procedimiento quirúrgico en la pared abdominal	Número de cesáreas registradas en el expediente clínico	Ninguna 1 2
Tipo de método anticonceptivo	Tipo de método usado para prevenir el embarazo al momento de la captación	Lista de métodos anticonceptivos aprobados por la OMS	Ninguno Inyección Píldora DIU Preservativo Otro
Tiempo de uso del método anticonceptivo	Tiempo transcurrido desde el inicio de uso del método anticonceptivo hasta el momento de la captación de la paciente	Tiempo de uso del método anticonceptivo registrado en el expediente clínico	No aplica Menor o igual a dos años

			3-5 años
IVSA	Edad de la primera relación sexual	Dato registrado en el expediente clínico	Menor a 15 años 15 – 17 años 18 – 20 años 21 – más
Número de parejas sexuales	Número de individuos con los que paciente ha tenido relaciones sexuales desde el inicio de su vida sexual activa hasta la fecha de la captación	Número de parejas sexuales registradas en la historia clínica.	1 2 3 4 Más de 4
Antecedente de ITS	Historia de haber tenido alguna infección causada por algún agente de transmisión sexual en algún momento desde el IVSA hasta el momento de la captación.	Dato registrado en el expediente clínico.	Herpes genital Clamidiasis VIH Tricomoniasis Sífilis Otros Condilomatosis Ninguno
Embarazo actual	Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del <i>conceptus</i> en la mujer.	Dato registrado en el expediente clínico.	Sí No
<i>Describir el diagnóstico clínico y citológico en la población en estudio.</i>			

Aspecto clínico del cérvix	Característica visual del cérvix durante la especuloscopia.	Dato registrado en la ficha única de tamizaje para prevención del cáncer cervicouterino y mamas	Normal Inflamación Atrofia Tumoral
Tipo de secreción	Sustancia producida en la zona cervical o vaginal secundaria a procesos fisiológicos o patológicos, según corresponda que	Dato registrado en la ficha única de tamizaje para prevención del cáncer cervicouterino y mamas	Normal Leucorrea Hemorrágica Purulenta
Lesión visible macroscópicamente	Alteración en la solución de continuidad de la anatomía cervical visible a la simple inspección durante la especuloscopia.	Dato registrado en ficha de IVAA o expediente clínico	Sí No
Ubicación y extensión de la lesión	Situación o lugar del cérvix en la que está localizada la lesión (si hay) al dividir imaginariamente este en cuatro cuadrantes desde el punto visual del examinador. Extensión es la zona hasta la que llega la lesión si se llega a prolongar más allá de la zona de transformación.	Dato registrado en ficha de IVAA o expediente clínico	Superior derecho Superior izquierdo Inferior izquierdo Inferior derecho Extensión a CEC (canal endocervical) Extensión a vagina No aplica
Resultado de Papanicolaou	Conclusión recibida de la lectura de la citología cervical respecto a la existencia o no de procesos neoplásicos.	Dato registrado en la ficha única de tamizaje para	ASC-US ASC-H LEIBG

		prevención del cáncer cervicouterino y mamas.	LEIAG Lesión intraepithelial de alto grado con sospecha de invasión
Otros hallazgos	Resultado extra con relevancia clínica encontrado durante la lectura de la citología cervical.	Dato registrado en la ficha única de tamizaje para prevención del cáncer cervicouterino y mamas.	Atrofia Cándida sp Inflamación Actinomyces Herpes virus Citomegalovirus Vaginosis bacteriana Tricomonas vaginalis Cambios regenerativos Células endometriales
Realización de IVAA	Acción de realizar la inspección visual con ácido acético según el protocolo definido en la Norma – 037 del MINSA para descartar la presencia de procesos neoplásicos a nivel cervical.	Dato registrado en la en ficha de IVAA o expediente clínico.	Sí No
Resultado del IVAA	Conclusión hecha por el examinador posterior a haber realizado el IVAA siguiendo los esquemas definidos en la Norma – 037 del MINSA.		Positivo Negativo No aplica

<i>Determinar el abordaje terapéutico realizado a la población en estudio.</i>			
Tratamiento indicado	Tratamiento para lesiones premalignas establecido por el MINSA en la Norma – 037 para el manejo de lesiones premalignas a nivel cervical.	Tratamiento descrito en el expediente clínico.	Manejo expectante Crioterapia Colposcopía Crioterapia y colposcopía Biopsia
Antibioticoterapia	Tratamiento farmacológico dado a la paciente si hubiese coinfección por otros agentes etiológicos a nivel genital según el manejo sindrómico de las ETS Estandarizado por la OMS y retomado por el MINSA en la Norma – 113.	Dato registrado en el expediente clínico.	Sí No
Seguimiento	Cumplimiento de la observación de la evolución hecha a la paciente con base en la lesión premaligna establecida en la lista de chequeo de la Norma 037 del MINSA	Dato registrado en el expediente clínico.	Sí No

Fuente de información: Secundaria. Expediente clínico.

Técnica de recolección: Análisis documental (documentos físicos).

Método de obtención de información: En primer lugar se solicitó la autorización para realizar esta investigación al departamento de docencia de la facultad de ciencias médicas UNAN-Managua y al del Ministerio de Salud, una vez fue otorgada esa autorización se acudió a la dirección del centro de salud Francisco Buitrago para que nos brindaran acceso a los expedientes en estudio.

Las investigadoras diseñaron un instrumento de recolección tomando en cuenta las variables en estudio y en el cual se registraron las mismas. Se seleccionaron las fichas de PAP que tuvieron resultados de citologías alterados y se procedió al llenado de los instrumentos de recolección y posteriormente esos datos se consignaron en una matriz de datos de Excel.

Plan de tabulación: Una vez se recolectaron los datos se procesaron en el software estadístico SPSS versión 23, los resultados se presentaron en tablas de salidas con frecuencias absolutas y relativas. Se construyeron gráficos de barra. Se realizaron análisis univariados a como se demuestra a continuación:

1. Edad
2. Procedencia
3. Escolaridad
4. Hábitos tóxicos
5. Gestas
6. Abortos
7. Partos
8. Cesáreas
9. Tipo de método anticonceptivo
10. Tiempo de uso del método anticonceptivo
11. IVSA
12. Número de parejas sexuales
13. Antecedentes de ITS
14. Embarazo actual

15. Aspecto clínico del cérvix
16. Tipo de secreción
17. Lesión visible macroscópicamente
18. Ubicación y extensión de la lesión
19. Resultado de Papanicolaou
20. Otros hallazgos
21. Realización de IVAA
22. Resultado del IVAA (si hay resultado positivo, ubicación de la lesión)
23. Tratamiento indicado
24. Antibioticoterapia
25. Seguimiento

Aspectos éticos: Para la realización de esta investigación se consideraron los principios bioéticos como el respeto a la dignidad humana practicando el anonimato, se garantizó la confidencialidad ya que la información fue utilizada únicamente para fines académicos y científicos. Este estudio será beneficioso para la población que padece de este problema de salud ya que contribuirá a una mejora de la atención. Cabe destacar que no existe ningún conflicto de interés para la realización de esta monografía.

Resultados

La media de edad de la población en estudio fue de 20.6 años, la mediana de 21, la moda de 24 años y se observó una desviación estándar. El grupo etario que predominó fue el de 20 a 24 años con un 60% (36) seguido de pacientes entre 15 a 19 años con un 40% (24). (Ver tabla N°1)

Con respecto a la procedencia se encontró que el 16.7% (10) de la población provenía del barrio San Luis; seguido del barrio Domitila Lugo con el 10% (6); Del barrio San José Oriental el 10% (6); El 8.3% (5) del barrio Pedro Joaquín Chamorro; el 8.3% (5) del barrio Venezuela; el 6.7% (4) del barrio Valverde; el 5% (3) de los barrios Costa Rica, Selim Shible, Las Torres y Benedicto V respectivamente; 3.3% (2) del barrio Santa Rosa y Campo Bruce respectivamente y el 1.7% (1) de la población de los barrios Enrique Smith, María Auxiliadora, La Ceiba, Jorge Dimitrov, Villa Dignidad, Quinta Nina, Ducuali y Parrales Vallejos respectivamente. (Ver tabla N°2)

Dentro de la escolaridad de las pacientes el 48.3% (29) refirió estudios de secundaria sin terminar, seguido del 25% (15) que reportaron ser bachilleres y el 11.7% (7) que eran universitarias. Las escolaridades de primaria terminada, primaria sin terminar y ninguno tuvieron como resultado el 3.3% (2), 6.7% (4) y 5% (3) respectivamente. (Ver tabla N°3)

El 73.3% (44) de las mujeres en estudio negó hábitos tóxicos. Un 18.3% (22) reportó tabaquismo y el 8.3% (5) alcoholismo. (Ver tabla N°4)

El 46.7% (28) de la población reportó haber tenido 1 gesta, seguido del 28.3% (17) no refirieron gestas, el 15% (9) reportaron 2 gestas, el 6.7% (4) registraron 3 gestas y el 3.3% (2) 4 o más gestas, respectivamente. (Ver tabla N°5)

El 95% (57) de las pacientes del estudio negó haber tenido algún aborto, el 3.3% (2) y el 1.7% (1) refirió haber tenido 1 y 2 abortos respectivamente. (Ver tabla N°6)

La mayoría de las pacientes del estudio que corresponden a un 55% (33) eran nulíparas, seguido del 31.7% (19) que eran primíparas. El 8.3% (5) de la población en estudio reportó haber tenido 2 partos, seguido del 3.3% (2) y el 1.7% (1) con 3 partos y 4 o más partos respectivamente. (Ver tabla N°7)

El 71.7% (43) de la población negó haber tenido alguna vez una cesárea, en cambio, el 26.7% (16) y el 1.7% (1) de la población refirió haber tenido 1 y 2 cesáreas respectivamente. (Ver tabla N°8)

En cuanto al uso de método anticonceptivos encontramos que el 43.3% (26) negó el uso actual de algún método anticonceptivo. El 38.7% (23) de las mujeres reportaron uso de inyectables. El 8.3 % (5) refirió usar método de barrera, el uso de píldora y DIU fue encontrado en el 1.7 % (1) para ambos grupos. El 6.7% (4) usaba otro tipo de método anticonceptivos. (Ver tabla N°9)

Con relación al tiempo de uso del método anticonceptivo se encontró que el 43.3% (26) refirió un uso menor de dos años. El 21.7% (13) reportó un uso de entre 3 a 5 años del mismo método y el 43.3% (26) de la población no utiliza anticonceptivos. (Ver tabla N°10)

El 43.3% (26) de la población refirió un IVSA menor a 15 años. El 38.3% (23), refirió haber iniciado su vida sexual entre los 15 y 17 años, el 15% (9) entre los 18 y 20 años y el 3.3% (2) a los 20 o más años. (Ver tabla N°11)

El 46.7% (28) de la población refirió 2 parejas sexuales, el 25% (15) tuvo 3 parejas sexuales y el 21.7% (13) tuvo una sola pareja sexual. El 5% (3) de la población en estudio refirió haber tenido más de 4 parejas sexuales y el 1.7% (1) tuvo 4 parejas sexuales. (Ver tabla N°12)

El 46.7% (28) de la población en estudio no tenía antecedente de ITS al momento de la toma de PAP, pero el 25% (15) tuvo clamidiasis, siendo el antecedente de ITS más frecuente entre las mujeres del estudio. El 11.7% (7) tuvo tricomoniasis y el 6.7% (4) tuvo condilomatosis; el mismo porcentaje reportó haber tenido otro tipo de ITS, pero no VIH o Sífilis. El 3.3% (2) tuvo herpes genital. (Ver tabla N°13)

En el estudio, al momento de la captación, el 11.7% (7) de las mujeres reportó estar embarazadas y el 88.3% (53) no estaban embarazadas. (Ver tabla N°14)

En relación al aspecto clínico del cérvix se encontró que el 63.3% (38) de la población tenía un cérvix de aspecto normal. El 35% (21) presentó inflamación y el 1.7% (1) atrofia al momento de la captación. (Ver tabla N°15)

Con relación al tipo de secreción se encontró que el 53.3% (32) de la población presento leucorrea. El 43.3% (26) presento secreción normal. El 1.7% (1) presento secreción purulenta y el 1.7% (1) presento secreción hemorrágica al momento de la captación. (Ver tabla N°16)

El 10% (6) de las pacientes presentaron lesiones visibles macroscópicamente al momento de la captación, mientras que el 90% (54) de la población no presento lesiones visibles. (Ver tabla N°17)

El 5% (3) de las pacientes presentaron lesión visible en el cuadrante inferior izquierdo, el 3.3% (2) presento extensión al CEC y el 1.7% (1) presento lesión en el cuadrante superior derecho. El 90% (54) de la población no presento lesión visible macroscópicamente. (Ver tabla N°18)

Con respecto al resultado del papanicolaou se encontró que el 70% (42) de la población presentó LEIBG, seguidas de ASC-US con el 20% (12). El 8.3% (5) presentaron LEIAG, y el 1.7% (1) ASC-H como resultado de toma de la muestra. (Ver tabla N°19)

Con respecto a otros hallazgos encontrados en la toma de la muestra se encontró que el 45% (27) presento inflamación. El 41.7% (25) vaginosis bacteriana. El 11.7% (7) Cándida SPP y el 1.7% (1) herpes virus. (Ver tabla N°20)

Con respecto a la realización del IVAA se encontró que el 93.3% (56) de la población no se realizó el IVAA, y el 6.7% (4) de la población si se le realizo el IVAA. (Ver tabla N°21)

Al 93.3% (56) de la población no aplicó para ningún resultado de IVAA, al 6.7% (4) restante, el resultado fue positivo. (Ver tabla N°22)

Con respecto al tratamiento indicado se encontró que al 68.3% (41) de la población recibió manejo expectante. El 25% (15) se trató con colposcopia. El 5% (3) con crioterapia y colposcopia y el 1.7% (1) únicamente con crioterapia. (Ver tabla N°23)

El 51.7% (31) de la población en estudio si recibió antibioticoterapia, mientras que el 48.3% (29) no recibió antibioticoterapia. (Ver tabla N°24)

Con respecto el seguimiento el 53.3% (32) recibió seguimiento y el 46.7 (28) no recibió seguimiento después de la toma de la muestra. (Ver tabla N°25)

El 36.7% (22) de las pacientes en el rango de edad de 20-24 años presentó como tipo de lesión LEIBG y el 8.3% (5) correspondieron a LEIAG. El 13.3% (8) de las pacientes presentó ASC-US y solo el 1.7% (1) correspondió a ASC-H. En el rango de edad de 15-19 años la lesión predominante fue LEIBG con un 33.3% (20) de los casos y el 6.7% (4) correspondieron a ASC-US. (Ver tabla N°26)

Según la edad de IVSA y el resultado del PAP, se encontró que las pacientes que iniciaron vida sexual activa menor a los 15 años el 26.7% (16) presento LEIBG, seguida de 6.7% (4) con ASC-US. Las pacientes que refirieron IVSA entre las edades de 15-17 años en el 28.3% (17) presentó

LEIBG, el .7% (4) ASC-US; el 1.7% (1) ASC-H y LEIAG respectivamente. La población con IVSA entre 18-20 años el 11.7% (7) se encontró con LEIBG, mientras que el 3.3% (2) ASC-US. El grupo con inicio de vida sexual activa de 21 años a más presentó 3.3% (2) LEIBG. (Ver tabla N°27)

El 15% (9) de las pacientes con una única pareja sexual reportaron LEIBG y el 6.7% reportaron ASC-US; de las pacientes que reportaron haber tenido 2 parejas sexuales, el 33.3% (20) tuvo como resultado LEIBG, el 8.3% (5) ASC-US, el 3.3% (2) LEIAG y el 1.7% (1) ASC-H, al igual que las que tuvieron 3 parejas sexuales. Del total que reportó haber tenido 3 parejas sexuales, el 20% (12) presentaron LEIBG. Pacientes con antecedentes de 4 parejas sexuales y con resultado de LEIBG representaron el 1.7% (1) al igual que las que tuvieron 4 o más parejas sexuales con resultado de LEIAG, el 3.3% (2) representó a pacientes con 4 o más parejas sexuales que presentaron ASC-US. (Ver tabla N°28)

El 51.7% (31) de las mujeres en estudio con LEIBG tuvieron como tratamiento el manejo expectante, seguido de un 15 % (9) que tuvieron como tratamiento indicado la colposcopia al igual que el porcentaje de pacientes con ASC-US que fueron tratadas con manejo expectante. 5% (3) de las pacientes tuvieron ASC-US y fueron tratadas con colposcopia y, un 1.7% (1) pertenecieron a pacientes con LEIAG tratadas con manejo expectante, LEIBG con crioterapia indicada, ASC-H con colposcopia y LEIBG con crioterapia y colposcopia indicada. (Ver tabla N°29)

El 43.3% (26) de la población no refirió uso de métodos anticonceptivos de las cuales el 26.7% (16) presentó LEIBG; el 13.3% (8) ASC-US y el 3.3% (2) LEIAG como resultado de la muestra. El 38.3% (23) de la población refirió inyectable como método anticonceptivo de las cuales el 31.7% (19) se encontró con LEIBG; el 3.3% (2) ASC-US y el 1.7% (1) presentaron ASC-H y LEIAG respectivamente como resultado de la toma de la muestra. El 8.3% (5) de la población refirió el uso de condón como método anticonceptivo de las cuales el 5% (3) resulto con LEIBG y el 3.3% (2) LEIAG. El 1.7% (1) de la población refirió como método anticonceptivo DIU la cual presento ASC-US y el 1.7% (1) de la población refirió píldora como método anticonceptivo LEIBG como resultado de la muestra. (Ver tabla N°30)

Dentro de los resultados encontrados, el 68.3% (41) de las pacientes fueron tratadas con manejo expectante y no se les realizó el IVAA, el 21.7% (13) de las pacientes se les realizó colposcopia y no IVAA y al 3.3% (2) se les realizó colposcopia e IVAA, mismo porcentaje para pacientes con

tratamiento indicado de crioterapia más colposcopía, pero sin IVAA. El 1.7% de la población en estudio se les realizó crioterapia e IVAA al igual que las que tuvieron indicado tratamiento mixto de crioterapia más colposcopía y realización de IVAA. (Ver tabla N°31)

Del 45% (27) de las pacientes que presentaron inflamación al momento de la toma de la muestra, el 38.3% (23) no fue tratada con antibioticoterapia y el 6.7% (4) si recibió antibioticoterapia; el 41.7% de las pacientes presento vaginosis bacteriana de las cuales el 40% (24) se le indico antibioticoterapia y el 1.7% (1) no; el 11.7% (7) de las pacientes presento candida spp de las cuales el 6.7% (4) no tomo antibioticoterapia y el 5% (3) sí; el 1.7% (1) de las pacientes presento Herpes virus a la cual no se le indico antibioticoterapia. (Ver tabla N°32)

Discusión

Socio-demográficamente cabe mencionar La mayoría de las pacientes de nuestro estudio corresponden al rango de edad de 20 a 24 años lo que concuerda con los resultados de González (2016) donde las pacientes, en su mayoría, eran mujeres jóvenes entre 19 y 35 años, siendo relevante a como dijo Hernández (2015), pues la infección por VPH es mayor en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. La mayoría de las pacientes no había terminado la secundaria o reportaron ser bachilleres, solo una minoría había logrado iniciar estudios superiores, similar a los resultados de González (2016) y Gutiérrez (2020) donde la mayoría de las pacientes tenían un bajo nivel de escolaridad, lo que influye directamente en la educación sexual que tiene la población pues hay conocimiento, pero no suficiente para poner en práctica hábitos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Dentro de los hábitos tóxicos de las pacientes podemos mencionar que el 26.7% de las pacientes presentó algún hábito tóxico, del cual el más frecuente fue el tabaquismo, que aunque fue reportado apenas por un 18.3% de la población en estudio, es importante mencionar debido al antecedente reportado por Gutiérrez donde en su estudio 1/3 de las mujeres tenía como antecedente el tabaquismo, contraponiéndose a Treminio (2020) pues apenas el 1.7% de su muestra reportó el tabaquismo. Esto es un factor de riesgo conocido por los efectos de la nicotina y otros metabolitos con potencial oncogénico presentes en el cigarrillo y que se han encontrado en el moco cervical de las fumadoras a como lo reportó Núñez-Troconis (2017) en su revisión bibliográfica.

Tal como se había mencionado en el marco teórico (Mateos Lindemann et al., 2017; Wesch et al., 2014), es en la zona de transformación donde tienen génesis las neoplasias intraepiteliales cervicales, específicamente en la zona de transformación, justo en la unión escamocolumnar localizada en el orificio cervical externo. Ahí hay metaplasia de epitelio escamoso y abundancia de células epiteliales inmaduras aunado a altos niveles de hormonas sexuales femeninas que se da posterior a la menarca, así se evierte la mucosa endocervical hacia la vagina y se forma el ectropion en pacientes jóvenes. Esto predispone a pacientes que inician vida sexual a muy temprana edad y con múltiples parejas sexuales a estar más expuestas al virus del VPH, así como al desarrollo de lesiones premalignas; esto concuerda con los resultados de nuestro estudio donde la mayoría de mujeres inició su vida sexual antes de los 15 años y habían tenido entre 2 o más parejas sexuales.

Lo mismo expusieron Gutiérrez (2016), Treminio (2020) y González (2020), ya que las pacientes igualmente habían iniciado su vida sexual entre los 14 a 17 años y habían tenido múltiples parejas sexuales.

Al analizar los resultados del PAP y su relación con la edad de las pacientes encontramos que la totalidad de pacientes con LEIAG estaban entre los 20-24 años, asimismo encontramos que tuvieron un IVSA a temprana edad lo que se corresponde con los resultados obtenidos en el estudio de Gutiérrez (2020) donde describe que la mayoría de mujeres con LEIAG refirieron un IVSA entre los 14-17 años (54%). Tomando en cuenta que el virus tiene un curso evolutivo de entre 2 a 4 décadas hasta llegar a evolucionar a cáncer (Mateos-Lindemann et al., 2017) corresponde a que pacientes con estas características tengan lesiones de mayor nivel.

Del mismo modo, las pacientes con lesiones de alto grado, habían tenido múltiples parejas sexuales lo que se corresponde con los datos de Gutiérrez (2020) donde el 54% de las mujeres con lesiones de alto grado habían tenido 3 o más parejas sexuales corroborando lo revisado en la literatura del MINSA (2010) donde tener un IVSA a temprana edad, promiscuidad sexual o tener parejas de alto riesgo aumentan el riesgo de infección por VPH y la evolución de las lesiones premalignas por la posibilidad de reinfección constante.

Respecto al tipo de método anticonceptivo usado, predominaron los de tipo hormonal, aunque la mayoría de pacientes reportó no usar ningún método anticonceptivos y el uso de métodos de barrera fue menor al 10%; asimismo el tiempo de uso del mismo método fue menor a dos años en la mayoría, también fue más frecuente el predominio de LEIBG y ASC-US en pacientes que no usaban ningún método o las que usaban de tipo hormonal. Esto concuerda con lo detallado por González (2016) y Treminio (2020) donde reportaron el uso de anticonceptivos hormonales como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de algún tipo de NIC, siendo la más frecuente las LEIBG y el poco uso de preservativo en el 94.3% de la población, respectivamente. Tal como dijo Vicente (2014) el uso prolongado de anticonceptivos orales por más de 5 años o de cualquier anticonceptivo por más de 10 años puede aumentar hasta cuatro veces el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino en mujeres infectadas por VPH.

En cuanto los antecedentes obstétricos de las pacientes encontramos que la mayoría de pacientes solo han tenido una gesta (71.7%), ningún aborto (95%), al menos un parto (45%) y ninguna cesárea (71.7%); el 11.7% de las pacientes estaba embarazada. Esto se explica por el rango de edad

seleccionado para nuestro estudio donde son pacientes jóvenes en etapa de reproducción, la mayoría sin uso de método anticonceptivo, con IVSA a muy temprana edad y múltiples parejas sexuales, todo esto constituye factores de riesgo coadyuvantes para el desarrollo de algún tipo de lesión premaligna según lo revisado en la literatura, pues el embarazo en sí presenta un estado de inmunosupresión y cambios hormonales con altas concentraciones de estrógeno y progesterona que alteran la zona escamocolumnar produciendo ectopia cervical y así se mantiene la zona de transformación por más años en multíparas lo que predispone a la exposición y reinfección por VPH. (González, 2016; Arroyo, 2020; Hilario, 2006; Vicente, 2014)

Según los resultados obtenidos el 53.3% de las pacientes ha presentado algún tipo de ITS, de la cual la más frecuente fue la clamidiasis seguida de tricomoniasis y condilomatosis, lo que corrobora lo que expuso Treminio (2020), donde el 70.3 % de los pacientes reportó un antecedente de ITS. Del mismo modo, el MINSA (2010) especificó que la coinfección de VPH y otro agente etiológico es un factor de riesgo importante para el desarrollo de lesiones premalignas, sobre todo por *Chlamydia trachomatis*, según Gutiérrez, (2020) y al estudio de González, (2016) con condilomatosis como el antecedente de ITS más frecuente. Todo esto debido a la poca cultura sobre la importancia del uso de métodos de barrera para la prevención de ITS.

A la inspección, el cérvix se observó inflamado en el 35% de las pacientes y la mayoría de pacientes presentó leucorrea o secreción normal, casi la totalidad de pacientes (90%) sin lesión visible macroscópicamente; esto se puede explicar teniendo en cuenta que la infección por VPH es asintomática y que la mayoría de lesiones premalignas eran de bajo grado. (Kumar et al., 2015)

La mayoría de pacientes no tenía en el expediente clínico reporte de IVAA, pero al 100% de las pacientes que se les realizó, el resultado fue positivo. Según la realización de IVAA, el tratamiento indicado en la mayoría fue colposcopía, seguido de colposcopia y crioterapia o crioterapia sola, en ningún expediente se reportó la realización de biopsia. Esto es debido a que el grupo etario en estudio son pacientes menores a 25 años en quienes el tamizaje de preferencia es con la citología cervical o PAP, contrario a las pacientes de 30 a 50 años en quienes el tamizaje de elección es la realización de IVAA. De este modo se explica el hecho de que haya pocos tamizajes con IVAA y predominio de tamizaje con PAP con derivación a realización de colposcopía. Igualmente en el

En el “Protocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia” se detalla que si el IVAA es positivo y hay

lesiones intraepiteliales muy extensas, se debe referir a paciente inmediatamente a Hospital departamental para manejo de estudio colposcópico en vez de la realización de crioterapia inmediata, así podría haber salido a que no todas las pacientes hayan recibido la crioterapia como tratamiento de elección inicial o que no esté reportado en el expediente clínico de atención primaria en salud. Otro punto es que el IVAA no se puede realizar en mujeres embarazadas ni con sangrado y si el personal no está capacitado y no se es capaz de visualizar la unión escamocolumnar. (MINSA, 2010) (Ver anexos 3 y 4)

El tratamiento mayormente indicado en las pacientes con lesiones premalignas fue el manejo expectante, seguido de la colposcopia, contrastando con González (2016) donde las NIC I fueron tratadas con crioterapia; en Treminio (2020) el 62.3% fueron tratadas con crioterapia y un 23.4% con biopsia; en Gutiérrez (2020) el 100% de las mujeres fueron tratadas con crioterapia pues según Marshall et al. (2020) la crioterapia está indicada en mujeres con historia previa de NIC y se puede realizar durante la colposcopia. Como previamente se había descrito, el MINSA (2010) detalla que el método de tamizaje preferido en mujeres de 25 años o menos es la citología cervical y la OPS (2010) señaló que a pesar de que el PAP tiene una baja sensibilidad (44%), tiene mucho mayor sensibilidad (91%) que el IVAA ya que este último puede presentar falsos positivos con mayor frecuencia, también explicó Páez (2015) que el PAP se le debe realizar a toda mujer embarazada por norma. Todo esto conllevaría al bajo reporte de crioterapias, haciéndose pertinente mencionar que esta se puede realizar durante la colposcopia cuando las pacientes son referidas a segundo nivel de atención. Por otro lado Vincente (2014) especificó que la colposcopia se recomienda a mujeres con diagnóstico “citológico” anormal, pero debemos tener en cuenta que el 70% de las pacientes obtuvo LEIBG lo que equivale a displasia leve y de esas el 51.7% recibieron manejo expectante pues a como explicó Kumar et al. (2015) estas suelen revertir espontáneamente en la mayoría de los casos.

En los otros hallazgos reportados por patología, la mayoría de pacientes presentó inflamación (45%) lo que se corresponde con el aspecto clínico reportado a la inspección visual; el 53.4% de la patients del estudio presentó vaginosis bacteriana o candidiasis vaginal. La antibioticoterapia se indicó en el 51.7% de las pacientes con lesiones premalignas. Esto indica la correlación existente entre los hallazgos clínicos y el manejo sindrómico debido a que es altamente sensible, no omite

infecciones mixtas y trata al paciente en la primera visita estando orientado al problema. (MINSA, 2013)

A un porcentaje considerable del 46.7% de las pacientes no se les dio seguimiento dentro de lo cual puede haber diversos motivos, pero hay que tener en cuenta la importancia de la vigilancia de la evolución, ya que dentro de la cartera de servicios de atención primaria no está la tipificación del virus y los VPH – AR suelen provocar infecciones persistentes que pueden progresar a la malignidad; del mismo modo, tener en cuenta la importancia de la consejería en el momento y posterior a la captación.

Conclusiones

Dentro de las características sociodemográficas de la población en estudio encontramos que el grupo etario prevalente fueron las mujeres entre 20 a 24 años de edad y que la mayoría tenía como lugar de procedencia el Bo. San Luis con un 16.7% (10) de la muestra y que la mayoría de las pacientes no terminó la secundaria (48.3%). La mayoría de las mujeres del estudio negó la práctica de algún hábito tóxico, pero la mayoría de las que lo hacías, era fumadoras lo que correspondía a un 18.3% de la población.

Como antecedentes obstétricos podemos destacar que la mayoría de las pacientes tuvo al menos una gesta y que el 46.7% (28) de las mujeres solo había tenido una gesta; el 55% (33) de las pacientes eran nulíparas. La mayoría de las mujeres del estudio negó haber tenido algún aborto o cesárea y solo un 11.7% (7) de las pacientes estaban embarazadas al momento de la captación.

La mayoría de las pacientes del estudio tuvo un inicio de vida sexual antes de los 15 años de edad y, asimismo, la mayoría (28.3%) ha tenido más de una pareja sexual. El 43.3 % (26) de las pacientes no usaba ningún tipo de método anticonceptivo y de las que usaban, los métodos más elegidos eran los hormonales como los inyectables. El preservativo tuvo un porcentaje de uso de apenas el 8.3% (5). Del mismo modo, la mayoría de las pacientes tenía un tiempo de uso del mismo método anticonceptivo menor a dos años, pero un 21.7% (13) reportó un uso de entre 3 a 5 años. El antecedente de ITS más frecuentemente reportado fue la clamidiasis por un 25% (15) de las pacientes.

Al momento de la captación, el aspecto clínico del cérvix generalmente fue normal, pero un 35% (21) fueron descritos como inflamados. El tipo de secreción más frecuente fue la leucorrea en un 53.3% (32) de las mujeres. A la inspección, la mayoría de las lesiones no fueron visibles, y cuando fueron visibles y descritas, las ubicaciones descritas en orden de frecuencia fueron: inferior izquierda (5%), extensión al canal endocervical (3.3%) y superior derecho (1.7%) con un porcentaje de proporción del cérvix comprometida más frecuente entre el 26-49%.

En el reporte de Papanicolaou el tipo de lesión más frecuente fue la LEIBG (70%) asociado a inflamación y/ o vaginosis bacteriana con un 45% y 41.7% respectivamente. Solo al 6.7% (4) de las pacientes tenían reporte de haberseles realizado el IVAA el cual fue positivo en todos los casos. El tratamiento indicado con más frecuencia fue el manejo expectante, seguido de la colposcopia.

Al 51.7% de las pacientes se les dio algún tipo de antibioticoterapia. Al 53.3% de las pacientes del estudio se les dio seguimiento según lo reportado en el expediente clínico.

Recomendaciones

Al MINSA

- Fortalecer el registro de citologías cervicales y estudios complementarios en el expediente clínico y la base de datos del SIVIPCAN con el fin de obtener información actualizada y fidedigna para mejorar la estrategia de captación y seguimiento de pacientes en riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino.
- Vigilar el cumplimiento de realización de PAP a todas las mujeres en riesgo de contraer VPH y seguimiento a todas las mujeres con vida sexual activa.
- Capacitar al personal de salud para identificar de manera eficaz a las mujeres con lesiones premalignas por medio de los métodos de tamizaje existentes.

Al centro de salud Francisco Buitrago

- Que continúe implementando estrategias de prevención y concientización para así poder disminuir el porcentaje de a mujeres jóvenes con diagnóstico de lesiones premalignas de cérvix.
- Constante capacitación a profesionales de la salud sobre la importancia de un buen llenado de la hoja del PAP, historia clínica ginecología y del expediente clínico.
- Realizar trabajo de terreno enfocado también en mujeres que abandonan el seguimiento.
- Promover talleres y sesiones educativas en salud sexual y reproductiva en las diferentes instituciones educativas.

Bibliografía

- Arango G. (2016) Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015. (Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma). Repositorio URP.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/489/Arango_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arroyo, J. (2015). Detección e identificación de los Virus del Papiloma Humano. Caracterización de dos nuevas variantes (Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona) Repositorio institucional.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310595/jdaa1de1.pdf?sequence=1>
- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. (2019). Infección por el Virus del Papiloma Humano: Lesiones del tracto genital inferior y cáncer [Ebook] (p. 4). Recuperado de
https://www.aepcc.org/wpcontent/uploads/2019/06/Folleto_divulgativo_Infeccion1.pdf.
- Balseca G. (2014) Lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Jose Maria Velasco Ibarra. (Tesis de especialidad, Universidad Autónoma del Estado de México) Repositorio institucional. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1909>
- Bosch, F. X., Moreno, D., Redondo, E., & Torné, A. (2017). Vacuna nonavalente frente al virus del papiloma humano. Actualización 2017. SEMERGEN-Medicina de Familia, 43(4), 265-276.
- Callejas, D. M. (2016). Evolución y seguimiento postratamiento de mujeres con enfermedades premalignas de cervix. (Tesis de licenciatura, UNAN – Managua) Repositorio UNAN Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/4535/1/96683.pdf>
- SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica (2020) Cáncer de cervix - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. Seom. Disponible en <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=6>.

- Carrascal, M. Chávez, C. Sesin, F. Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino, IPS Universitaria Barranquilla, 2013. *Biocencias*: Vol.9 Núm.1 (2013) Disponible en <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2838>
- Concha, M. X., & Urrutia, P. D. T. (2012). Creencias y virus del papiloma humano. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200002
- Coronel, V. (2014). Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo y factores asociados en mujeres que acudieron al centro de atención ambulatoria 302 del IESS en el año 2013. Cuenca. 2013. (Tesis de licenciatura. Universidad de Cuenca) Repositorio institucional.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20238?mode=full>
- Díaz López, A., & Flores Jarquin, J. B. (2014). Abordaje terapeutico de las lesiones intraepiteliales de bajo grado en el servicio de ginecologia del heraj de enero-diciembre 2013. (Tesis de licenciatura, UNAN – Managua) Repositorio UNAN Managua.
<https://repositorio.unan.edu.ni/5443/1/21766.pdf>
- Ferlay, J., Seorjomatearan, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., & Rebelo, M. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal Of Cancer*, (5), E359-E386.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29210>.
- Fernández, M. (s.f) Introducción a la Anatomía del Cuello Uterino (pp. 3-5). Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres01.pdf>.
- Fernández, M. (2008). Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) (pp. 14-16). International Agency for Research on Cancer. Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.
- González (2016). Abordaje diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de enero

- 2014 a diciembre 2015. (Tesis de especialidad, UNAN – Managua) Repositorio UNAN.
<http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1550>
- Hilario, E. (2006). Morfología del cérvix uterino. In VIII Symposium Internacional sobre Regulación Natural de la Fertilidad: Aplicaciones a la Salud Reproductiva (pp. 1-3). Vizcaya. Disponible en
[http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/2_hilario_enrique\(morfo_uterina\).pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/2_hilario_enrique(morfo_uterina).pdf).
- International Agency for Research on Cancer. (2007). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans: Papillomavirus [Ebook] (p. 278). Disponible en
<https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono90.pdf>.
- Kumar, V., Abbas, A., Aster, J., & Perkins, J. (2015). Robbins y Cotran, Patología estructural y funcional (9th ed., pp. 1001-1007). Barcelona: Elsevier España.
- Marshall. Sarah & Romito. K. (2020) Abnormal Pap and Colposcopy. Disponible en
<https://www.uvmhealth.org/healthwise/topic/zm6105>
- Mateos-Lindemann, M., Pérez-Castro, S., Rodríguez-Iglesias, M., & Pérez-Gracia, M. (2017). Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica, 35(9), 593-602.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.05.008>
- Melnick, J., Jawetz, E., Adelberg, E., & Riedel, S. (2020). Jawetz, Melnick y Adelberg Microbiología médica (28th ed., pp. 645-647). México: McGraw-Hill.
- Ministerio Nacional de Salud (MINSA). (2013). Guía para la atención y manejo de las infecciones de transmisión sexual: Manejo Sindrómico (pp. 33-42).
- Ministerio Nacional de Salud (MINSA). (2021). Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua. Managua: MINSA. Recuperado de <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>
- National Cancer Institute. (2021). NCI Dictionary of Cancer Terms. Recuperado de <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/papanicolaou-test>.

- NIH: Instituto Nacional del Cáncer. (2020). Estadísticas del cáncer (p. 1). Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas#:~:text=La%20tasa%20de%20muertes%20por,7%20por%20100%20000%20mujeres>).
- Núñez-Troconis, J. (2017). Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. Scielo. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200014.
- Observatorio Global del Cáncer. (2021). Nicaragua (pp. 1-2). Organización Mundial de la Salud. Disponible en <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/558-nicaragua-factsheets.pdf>
- Orozco, L.; Tristán, M.; Beitia, A.; Vreugdenhil, M.T.; Andrino, R.; Agüero, C.; García, M.E.; Umaña, A.; Guerrero, S.; Cruz, J. ; Guidos, M.; Cárcamo, W.; Rodríguez H.; “Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Lesiones Premalignas del Cuello del Útero”, FECASOG -Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (March 2016), Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Organización Panamericana de la Salud. PAHO. OMS. OPS/OMS resalta la importancia de la Vacuna contra el VPH en Colombia. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1683:opsoms-resalta-la-importancia-de-la-vacuna-contr-el-vph-en-colombia-&catid=758&Itemid=551
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Papilomavirus Humano (PVH) y Cáncer cervicouterino. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Ovalle, L., Palma, S., Rosales, P., Haeusler, R., Lavidalie, J., & Álvarez, E. (2010). Manual para el tamizaje de cáncer cervicouterino. PAHO.ORG. Disponible en <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERI>.
- PAHO. (2021). Preguntas frecuentes sobre el virus del papiloma humano (VPH). Recuperado de

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14940:human-papilloma-virus-hpv-frequently-asked-questions&Itemid=3670&lang=es.

Quispe, N. Aguilar, K. (2017) Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Huancavelica) Repositorio UNH. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1395>

Rodríguez-Carunchio L, Soveral I, Steenbergen RD, Torné A, Martínez S, Fusté P. HPV-negative carcinoma of the uterine cervix: a distinct type of cervical cancer with poor prognosis. 2015. *BJOG*. 122(1):119-27.

Ruiz, J., & Picado, E. (2016). Incidencia de lesiones cervicales premalignas en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe del 1 de Agosto de 2013 al 31 de julio de 2014 (Tesis de licenciatura, UNAN – Managua) Repositorio Institucional. <https://repositorio.unan.edu.ni/601/1/60511.pdf>

Sociedad Española de Oncología Médica (2014). Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Disponible en http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/01/AEPCC_revista02.pdf

Telzle D, Tanaka LF, Lee KK. (2020) Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*; DOI: S2214-109X(20)30459-9 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30459-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30459-9/fulltext)

Treminio Obando S. (2020) Manejo de las lesiones premalignas del cérvix en el servicio de Ginecología en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de 1 enero 2013 al 31 de diciembre 2018. (Tesis de especialidad, UNAN – Managua) Repositorio UNAN. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/13364>

Vicente, E. (2014). Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolau (Tesis de Maestría. Universidad de San Carlos de Guatemala) Repositorio USAC. http://www.repositorio.usac.edu.gt/1655/1/05_9386.pdf

Welsch, U., Sobotta, J., & Deller, T. (2014). Sobotta, *Histología* (3rd ed., pp. 436-437). Médica Panamericana.

Anexos

Anexo 1

INSTRUMENTO

Caracterización de lesiones de cérvix en pacientes entre 15 a 24 años atendidas en el centro de salud Edgard Lang, periodo enero2020-junio2021.

Expediente: _____

Ficha: _____

I. Características socio-demográficas y gineco-obstétricas.

Edad 15-19 20-24	Hábitos tóxicos Tabaquismo ____ Alcoholismo ____ Drogadicción ____ Ninguno ____	Procedencia Pedro Joaquín Chamorro ____ San Luis ____ Costa Rica ____ Selim Shible ____ Domitila Lugo ____ Santa Rosa ____ Benedicto V ____ Venezuela ____ Enrique Smith ____ Maria Auxiliadora ____ La Ceiba ____ Jorge Dimitrov ____ Las Torres ____ Villa Dignidad ____ San José Oriental ____ Quintanina ____ Valverde ____ Ducuali ____ Parrales Ballejos ____ Campo Bruce ____	Abortos Ninguno 1 ____ 2 ____
Gestas Ninguna ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ Más de 3 ____	Cesáreas Ninguna ____ 1 ____ 2 ____		Escolaridad Ninguno ____ Alfabetizado ____ Primaria sin terminar ____ Primaria terminada ____ Secundaria sin terminar ____ Bachiller ____ Universitario ____
Partos Ninguno ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ Más de 3	Parejas sexuales 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ Más de 4		Tiempo de uso del anticonceptivo No aplica ____ Menor a dos años ____ 3-5 años ____
IVSA Menor a 15 años ____ 15 – 17 años ____ 18 – 20 años ____ 21 – más ____	Antecedentes de ITS Herpes genital ____ Clamidiasis ____ VIH ____ Tricomoniasis ____ Sífilis ____ Condilomatosis ____ Otros ____ Ninguno	Método anticonceptivo Ninguno ____ Inyección ____ Píldora ____ DIU ____ Preservativo ____ Otro ____	Embarazo actual Sí ____ No ____

II. Describir el diagnóstico clínico y citológico en la población en estudio.

Aspecto clínico del
cérvix

Normal _____
Inflamación _____
Atrofia _____
Tumoral _____

Secreción

Normal _____
Leucorrea _____
Hemorrágica _____
Purulenta _____

Lesión visible
macroscópicamente

Sí _____
No _____

Ubicación y extensión de la
lesión

Superior derecho _____
Superior izquierdo _____
Inferior izquierdo _____
Inferior derecho _____
Extensión a CEC _____
Extensión a vagina _____
No aplica _____

Realización de
IVAA

Sí _____
No _____

Resultado IVAA

Positivo _____
Negativo _____
No aplica _____

Resultado de Papanicolaou

Sin evidencia de LEI y células malignas _____
ASC-US _____
ASC-H _____
LEIBG _____
LEIAG _____
Lesión intraepitelial de alto grado con sospecha de
invasión _____

Otros hallazgos

Atrofia _____
Cándida sp _____
Inflamación _____
Actinomyces _____
Herpes virus _____
Citomegalovirus _____
Vaginosis bacteriana _____
Tricomonas vaginalis _____
Cambios regenerativos _____
Células endometriales _____

III. Determinar el abordaje terapéutico realizado a la población en estudio

Tratamiento indicado

Manejo expectante _____
Crioterapia _____
Colposcopía _____
Crioterapia _____ y
Colposcopía _____
Biopsia _____

Antibioticoterapia

Sí _____
No _____

Seguimiento

Sí _____
No _____

Anexo 2: Interpretación de los resultados del IVAA

Es Resultado Negativo cuando:

- No se observa mancha blanca en la unión escamocolumnar.
- Presenta Mancha Blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
- Línea blanca tenue en la unión escamo – columnar.
- Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.

Es Resultado Positivo cuando:

- Mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo columnar.
- Las manchas que después de aplicado el ácido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves (LIEAG).

Altamente sospechoso de Cáncer Invasor:

- No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores. Por lo cual deberá referir.

Resultado Indeterminado cuando:

- No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores, por lo cual deberá referir.

	Mancha blanca lejos de la Zona de Transformación, no es significativo.
	Epitelio aceto-blanco poco preciso, lejos de la zona de transformación, no es significativo.
	Líneas blanquecinas tenues, no es significativo.
	Epitelio aceto-blanco lineal, no es significativo.
	Reacción aceto – blanca en el epitelio glandular, no es significativo.
	Epitelio blanco grueso y bien definido, en la zona de transformación o unión escamocolumnar, si es significativo, se considera POSITIVO.

Figura 2: Interpretación de resultados del IVAA.

Algunas consideraciones a tomar en cuenta que son normales:

- **Metaplasma Escamosa:** Es un proceso fisiológico mediante el cual, las células del epitelio columnar son reemplazadas paulatinamente por epitelio escamoso. Este proceso se ve incrementado en casos de infección, cervicitis, presencia de DIU, etc. Luego de la aplicación de ácido acético al 3-5% toma una coloración blanca tenue.

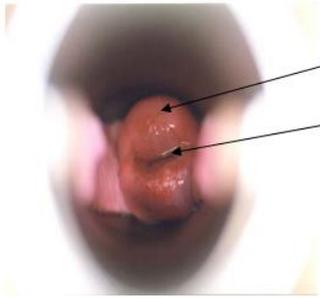


Figura 3 : Metaplasma escamoso (MINSA, 2010)

- **Metaplasma inmadura: Ectropion:** se caracteriza por la presencia de epitelio columnar en la superficie del ectocérvix. También se le llama ectopia. Este proceso se estimula por agentes como los anticonceptivos orales.



Figura 4: Metaplasma inmaduro. (MINSA, 2010)

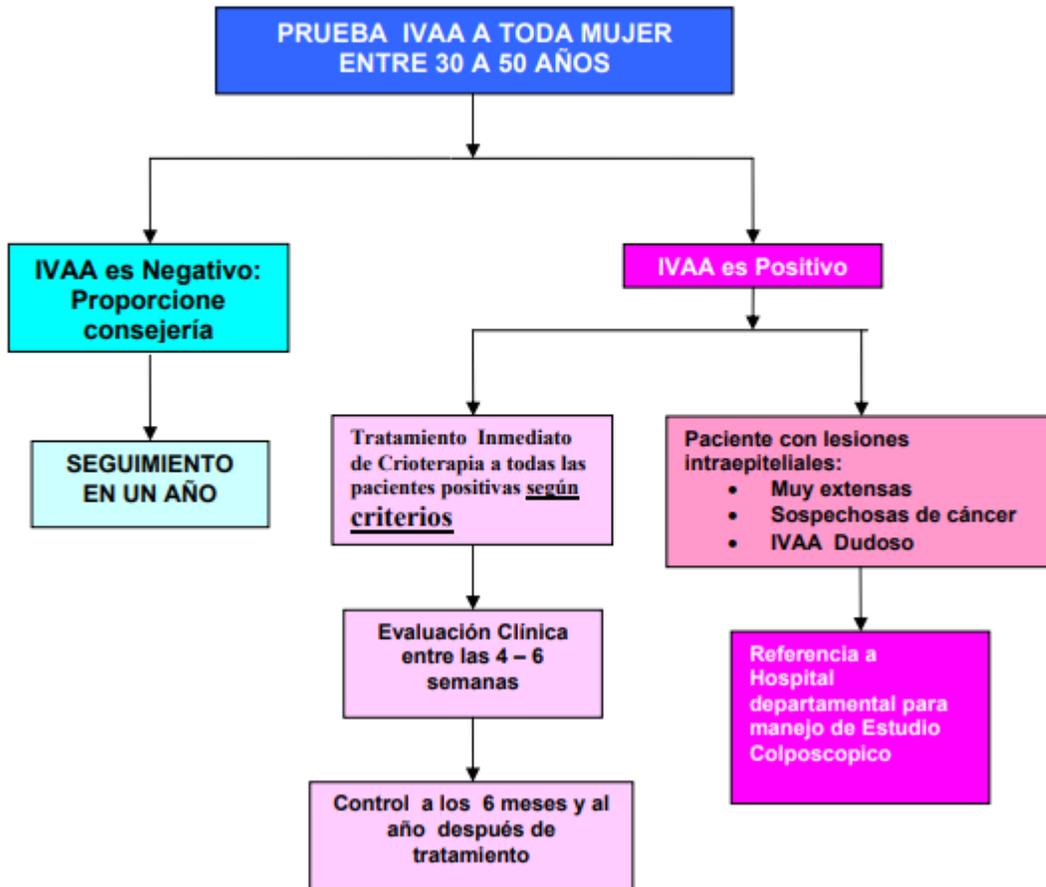
- **Cervicitis:** La apariencia es roja, carnosa. Algunas infecciones del tracto reproductivo, como la Tricomonas vaginales pueden producir apariencia de fresa, con áreas rojas alternadas con áreas rosadas.



Figura 5: Cérvix con apariencia de fresa por tricomonas. (MINSA, 2010)

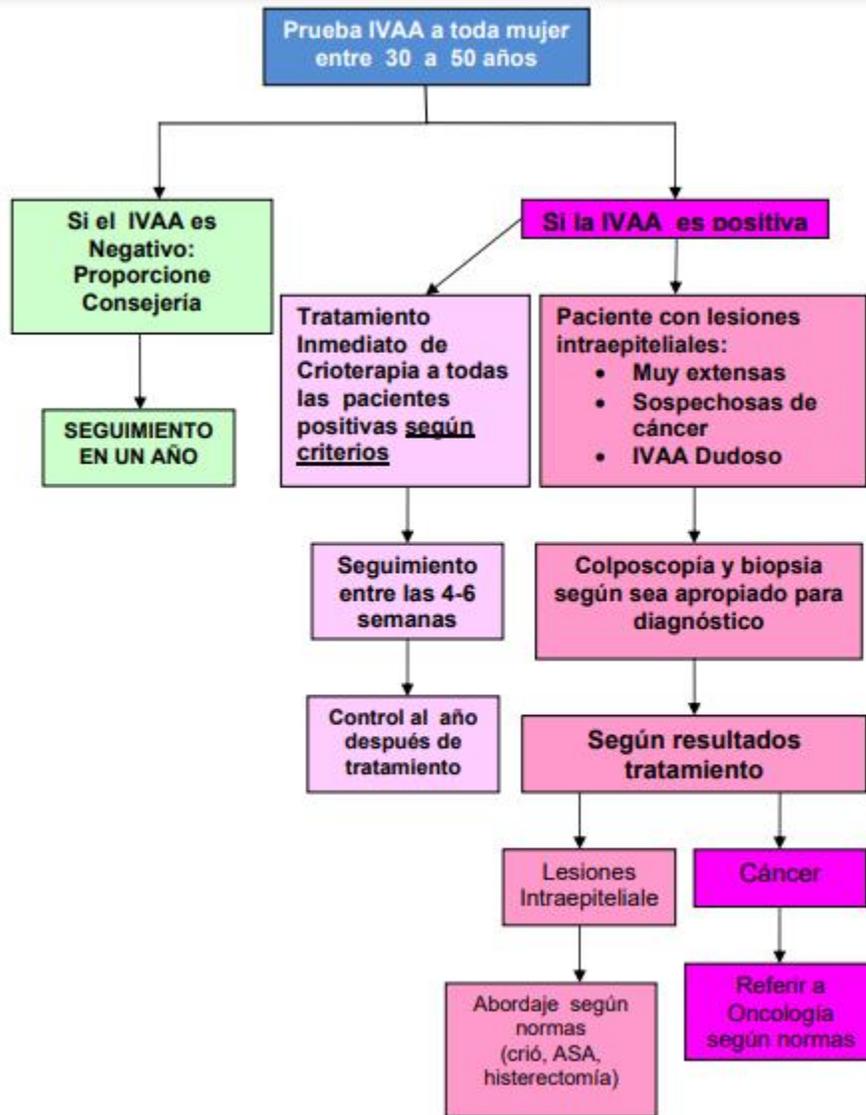
Anexo 3: Flujograma de manejo para tamizaje con IVAA y tratamiento inmediato de crioterapia.

FLUJOGRAMA DE MANEJO PARA TAMIZAJE CON IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO DE CRIOTERAPIA (VER Y TRATAR)



MINSA (2010)

Anexo 4: Flujograma de manejo para tamizaje con IVAA y tratamiento inmediato de crioterapia: especialistas.

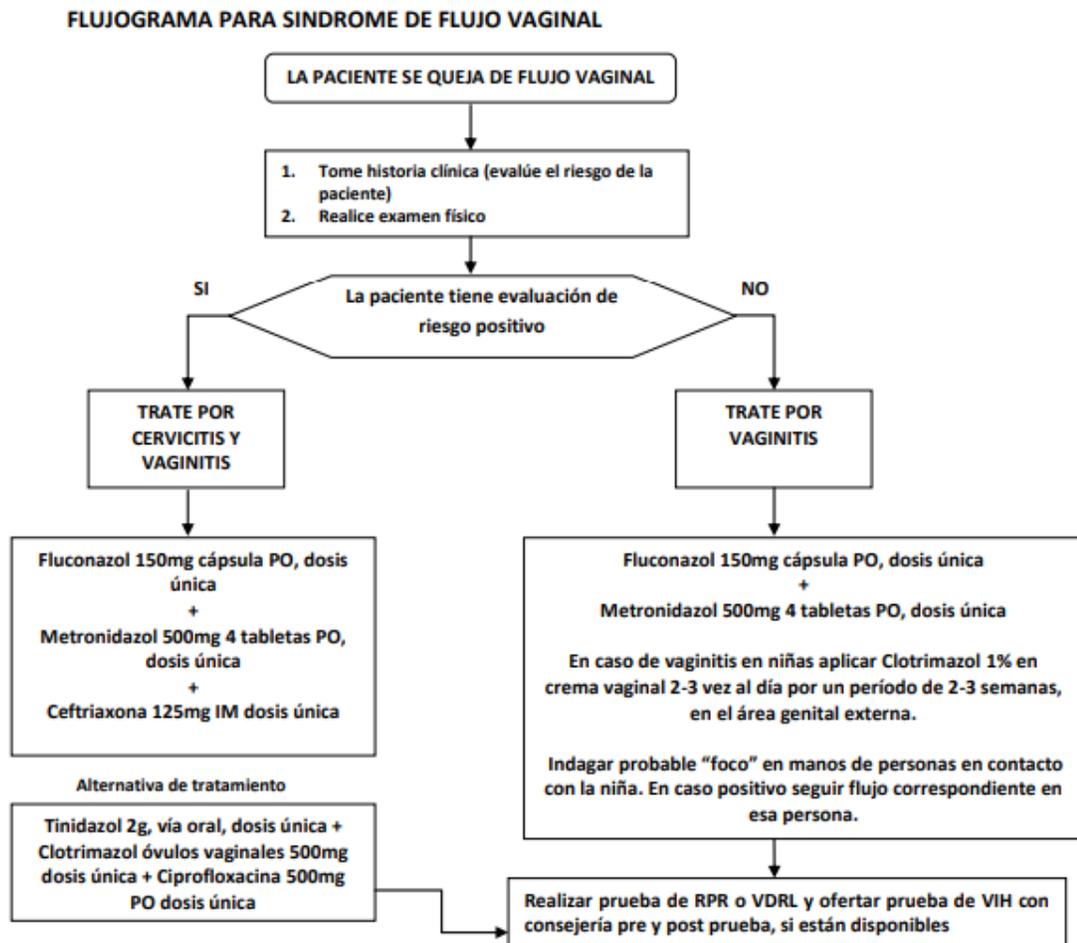


MINSA (2010)

Anexo 5: Manejo de síndrome de flujo vaginal

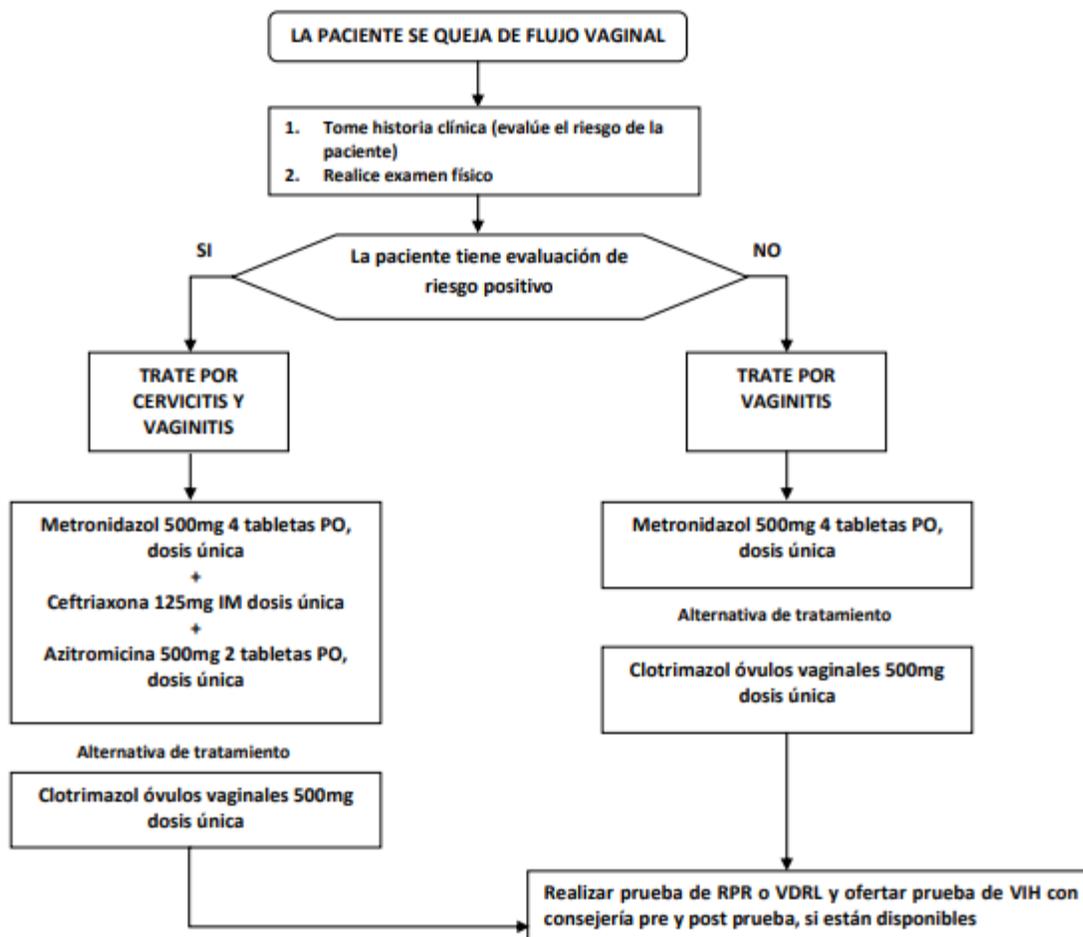
Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de secreciones vaginales, con cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia. Este síndrome incluye:

- Vaginitis: Incluye infección por *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana frecuentemente asociado a *Gardnerella vaginalis* y candidiasis causada comúnmente por *Cándida albicans*.
- Cervicitis: Incluye la gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae* y la Clamidia causada por *Chlamydia trachomatis*.



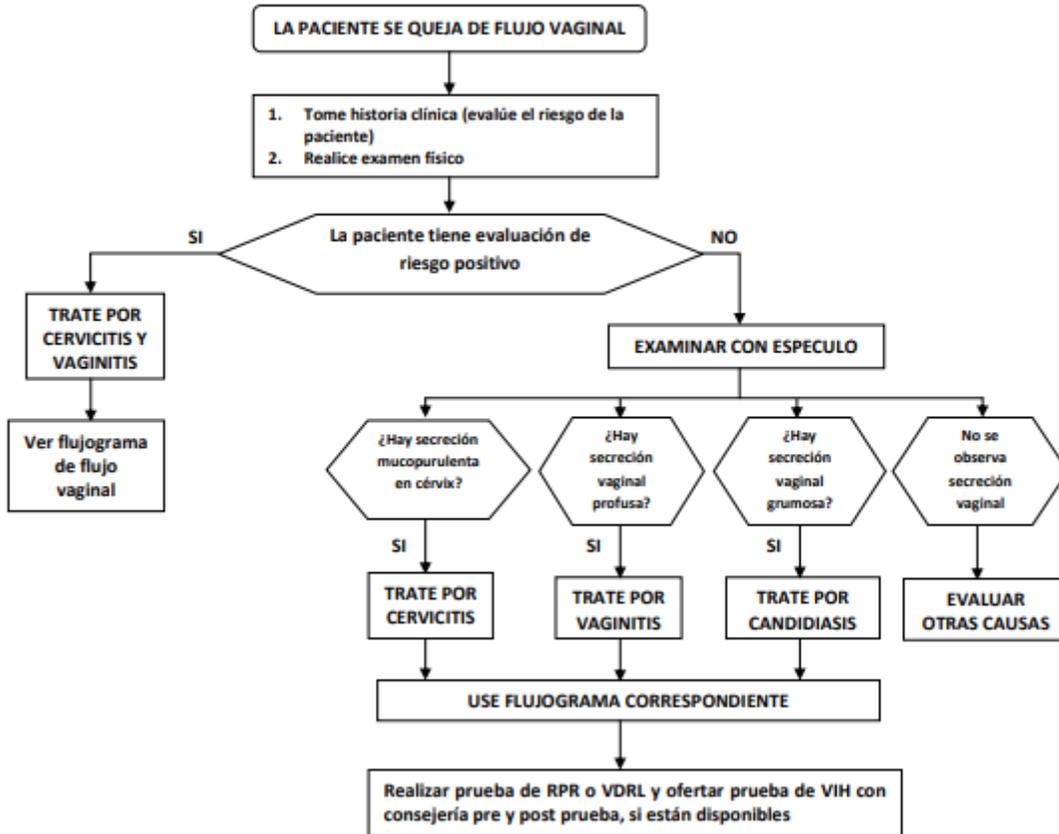
Flujograma para síndrome de flujo vaginal. (MINSA, 2013)

FLUJOGRAMA PARA SINDROME DE FLUJO VAGINAL EN EMBARAZADAS



Flujograma para síndrome de flujo vaginal en embarazadas. (MINSA, 2013)

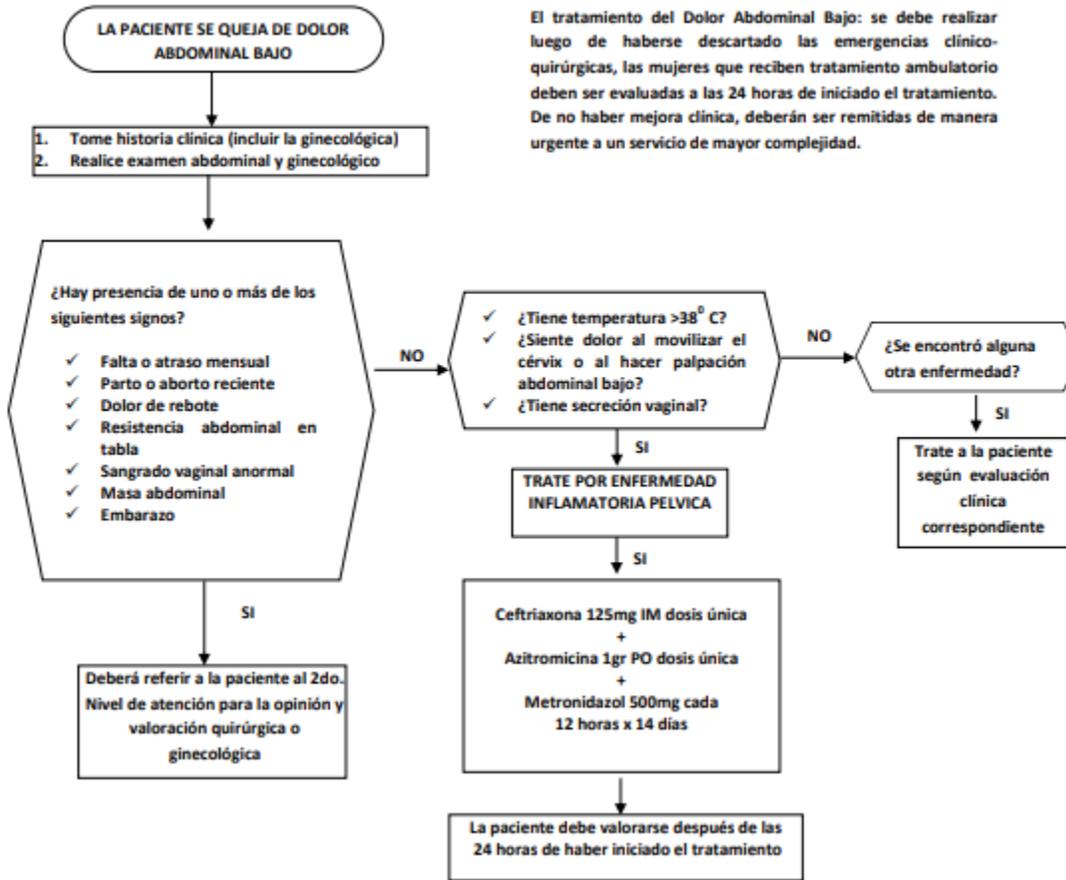
FLUJOGRAMA PARA SINDROME DE FLUJO VAGINAL EN EMBARAZADAS (Examen con espejulo)



Flujograma para síndrome de flujo vaginal en embarazadas (Examen con espéculo). (MINSA, 2013)

Anexo 6: Manejo de síndrome de dolor abdominal

FLUJograma PARA SINDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO



El tratamiento del Dolor Abdominal Bajo: se debe realizar luego de haberse descartado las emergencias clínico-quirúrgicas, las mujeres que reciben tratamiento ambulatorio deben ser evaluadas a las 24 horas de iniciado el tratamiento. De no haber mejora clínica, deberán ser remitidas de manera urgente a un servicio de mayor complejidad.

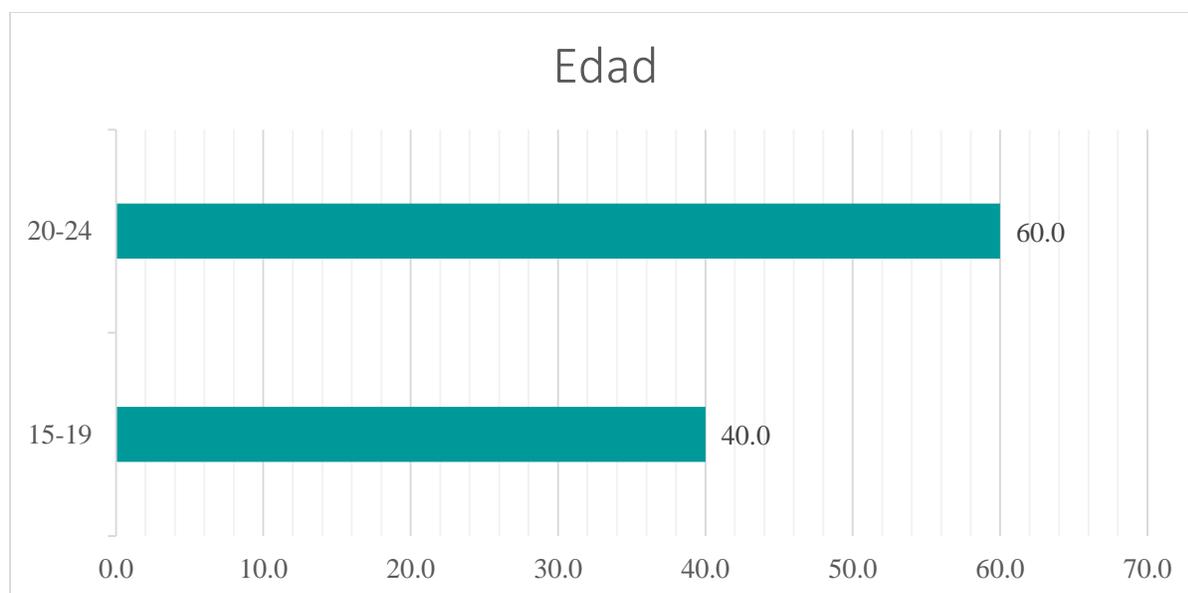
Flujograma para síndrome de dolor abdominal bajo. (MINSa, 2013)

Tabla N°1 Edad de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Media: 20.6 Mediana: 21 Moda: 24 Desviación estándar: 2.52
15-19 años	24	40.0	
20-24 años	36	60.0	
Total	60	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°1 Edad de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



Fuente: Tabla N°1

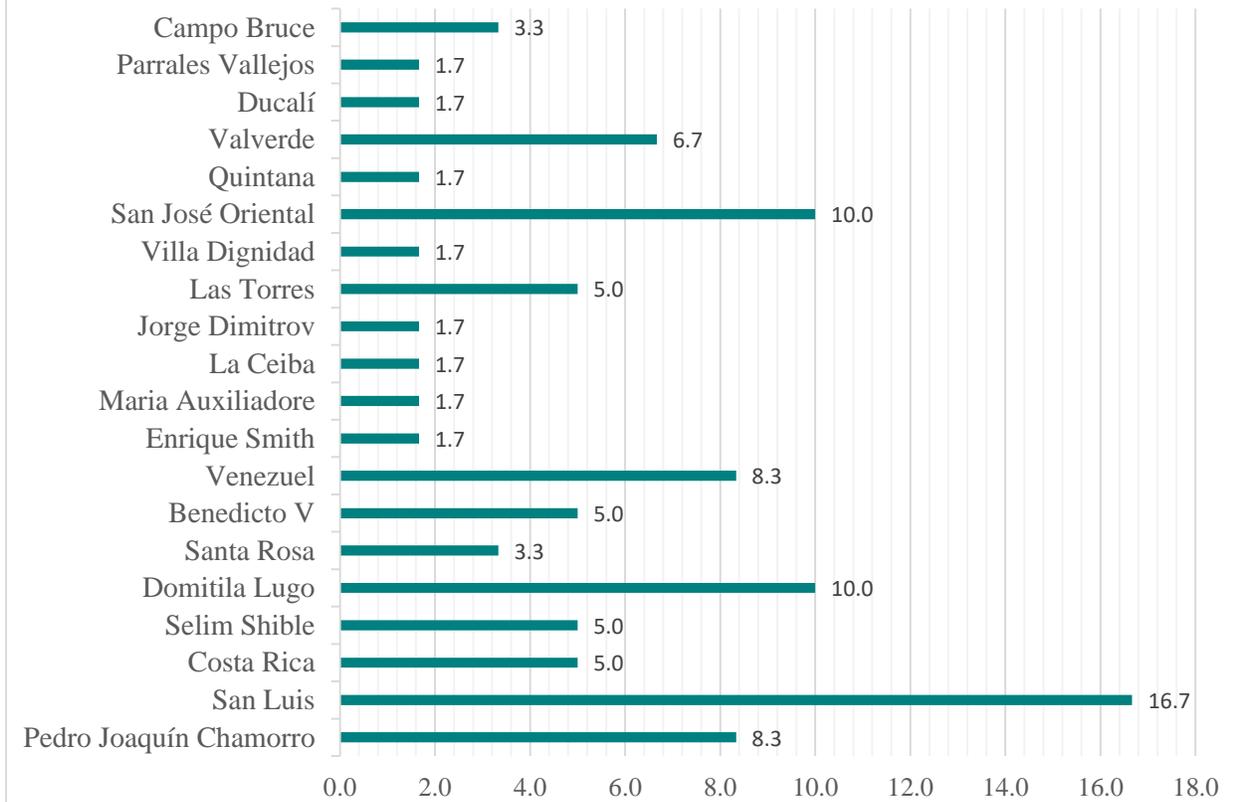
Tabla N°2 Procedencia de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Pedro Joaquin Chamarro	5	8.3
San Luis	10	16.7
Costa Rica	3	5.0
Selim Shible	3	5.0
Domitila Lugo	6	10.0
Santa Rosa	2	3.3
Benedicto V	3	5.0
Venezuela	5	8.3
Enrique Smith	1	1.7
Maria Auxiladora	1	1.7
La Ceiba	1	1.7
Jorge Dimitrov	1	1.7
Las Torres	3	5.0
Villa Dignidad	1	1.7
San José Oriental	6	10.0
Quintana	1	1.7
Valverde	4	6.7
Ducalí	1	1.7
Parrales Vallejos	1	1.7
Campo Bruce	2	3.3
Total	60	100.0

Fuente; Expediente clínico

Grafico N°2 Procedencia de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Procedencia



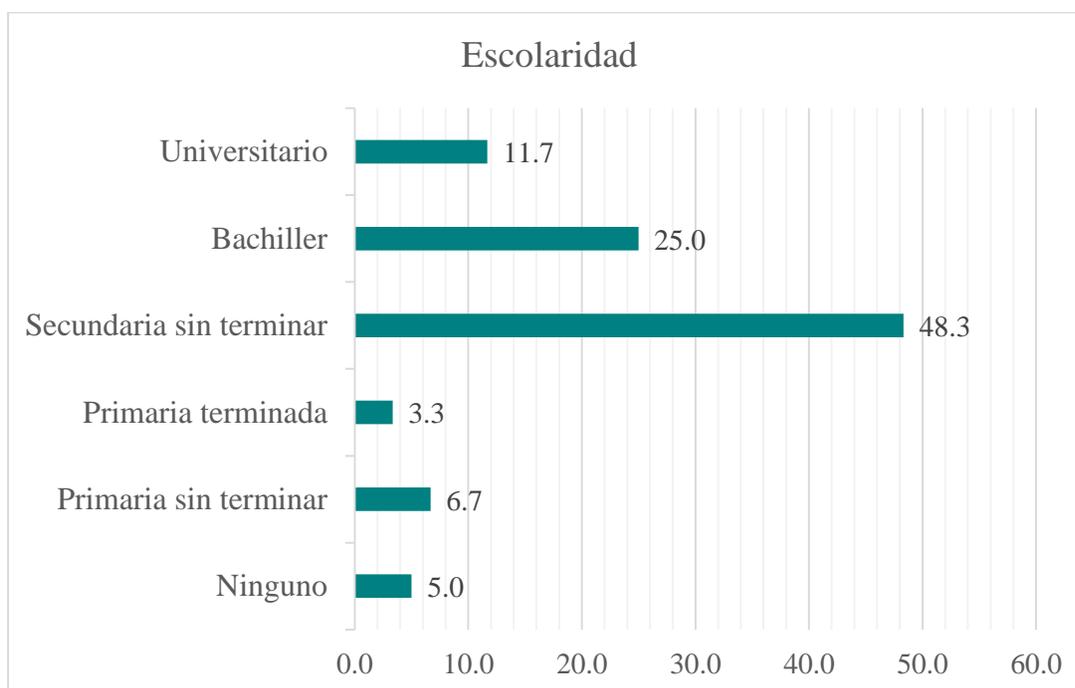
Fuente: Tabla N°2

Tabla N°3 Escolaridad de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	5.0
Primaria sin terminar	4	6.7
Primaria terminada	2	3.3
Secundaria sin terminar	29	48.3
Bachiller	15	25.0
Universitario	7	11.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°3 Escolaridad de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



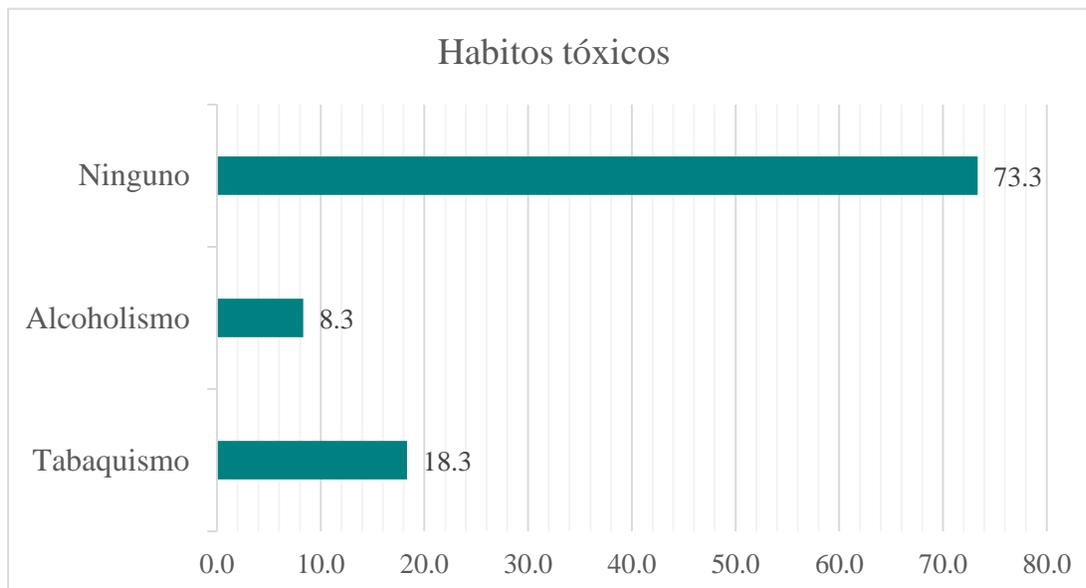
Fuente: Tabla N°3

Tabla N°4 Hábitos tóxicos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo	11	18.3
Alcoholismo	5	8.3
Ninguno	44	73.3
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°4 Hábitos tóxicos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



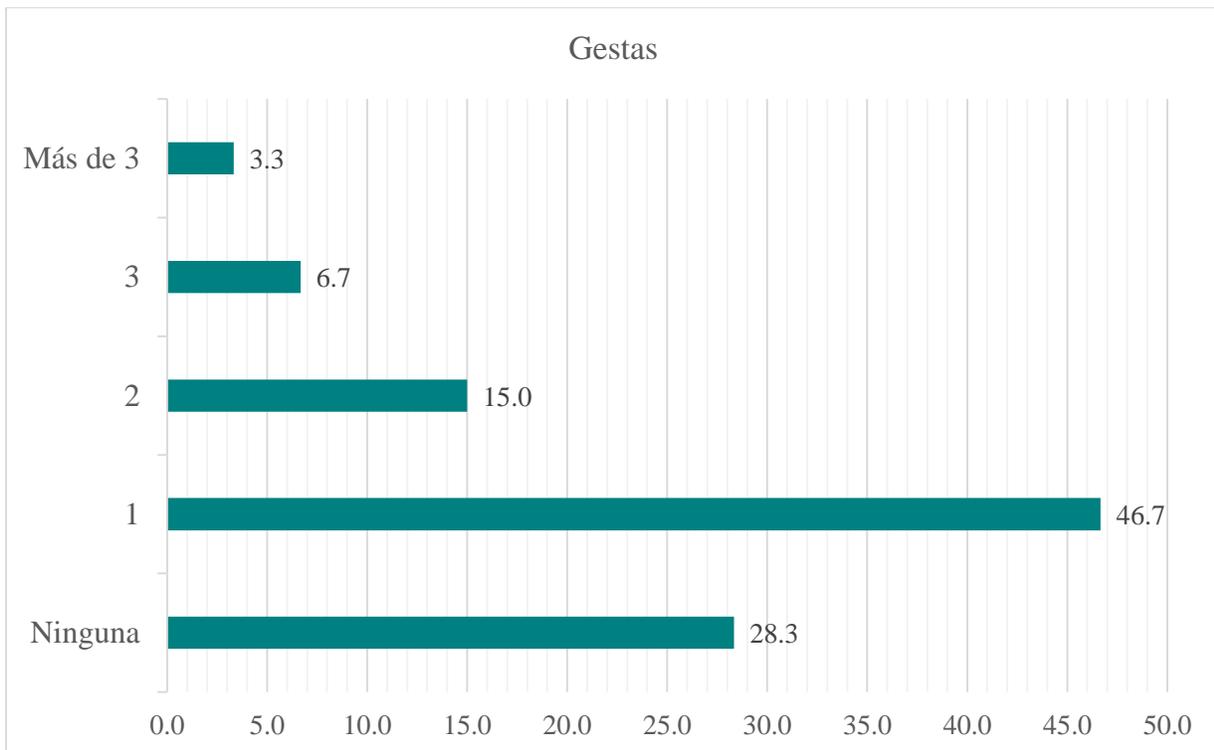
Fuente: Tabla N°4

Tabla N°5 Gestas de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	17	28.3
1	28	46.7
2	9	15.0
3	4	6.7
Más de 3	2	3.3
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°5 Gestas de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



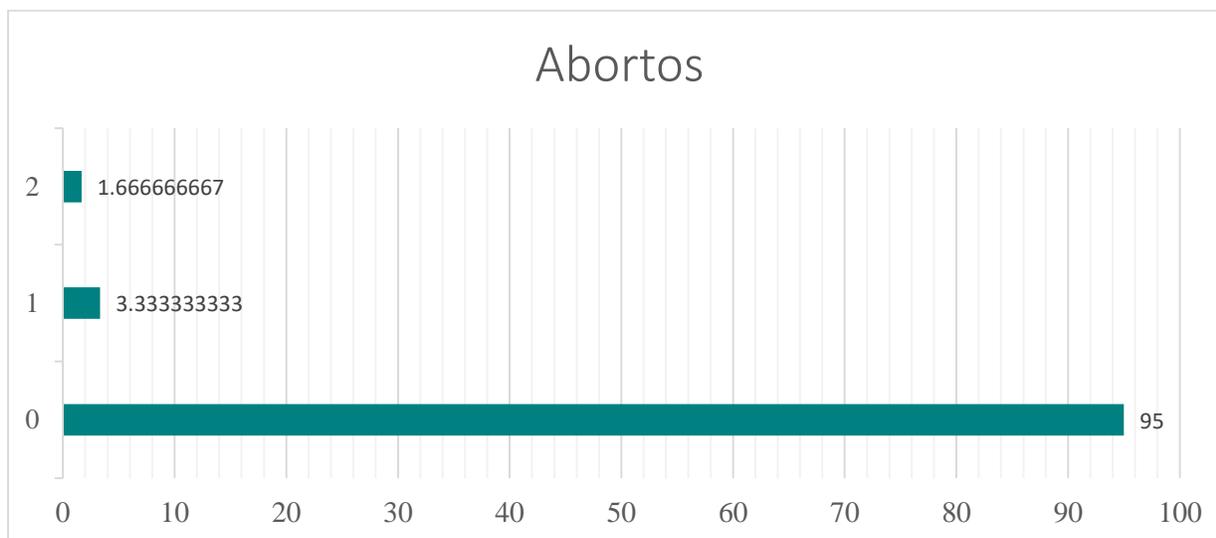
Fuente: Tabla N°5

Tabla N°6 Abortos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	57	95.0
1	2	3.3
2	1	1.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°6 Abortos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



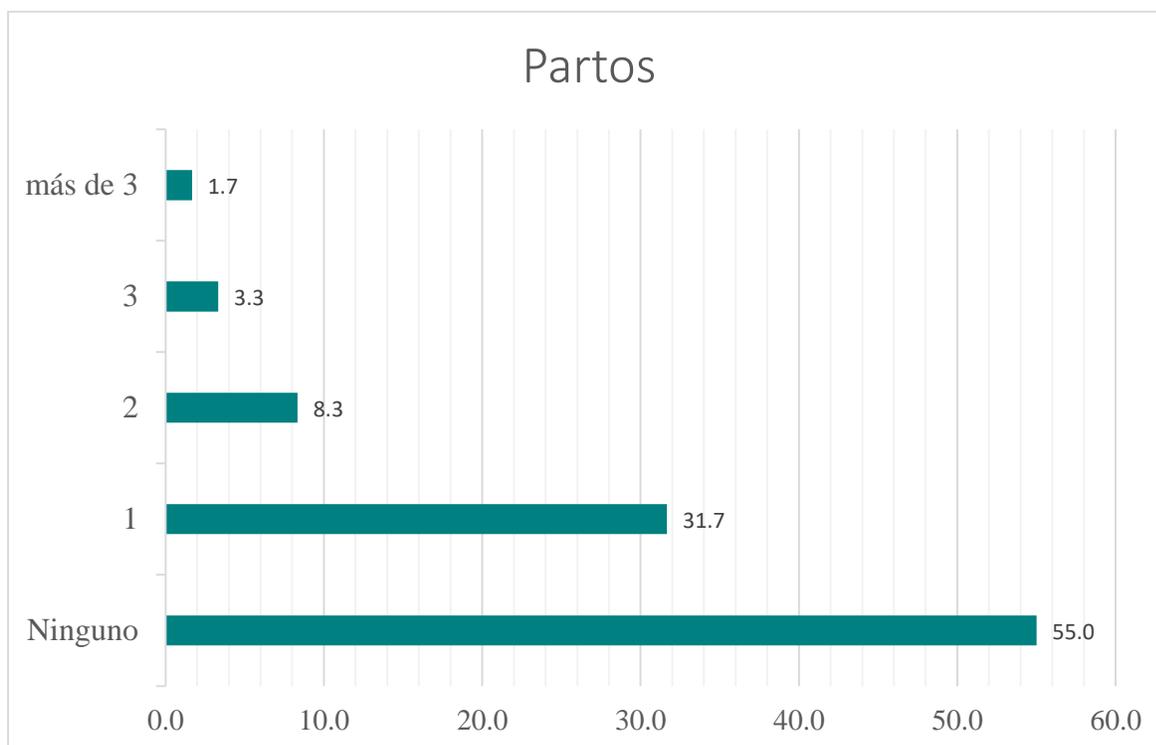
Fuente: Tabla N°6

Tabla N°7 Partos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Partos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	33	55.0
1	19	31.7
2	5	8.3
3	2	3.3
más de 3	1	1.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°7 Partos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



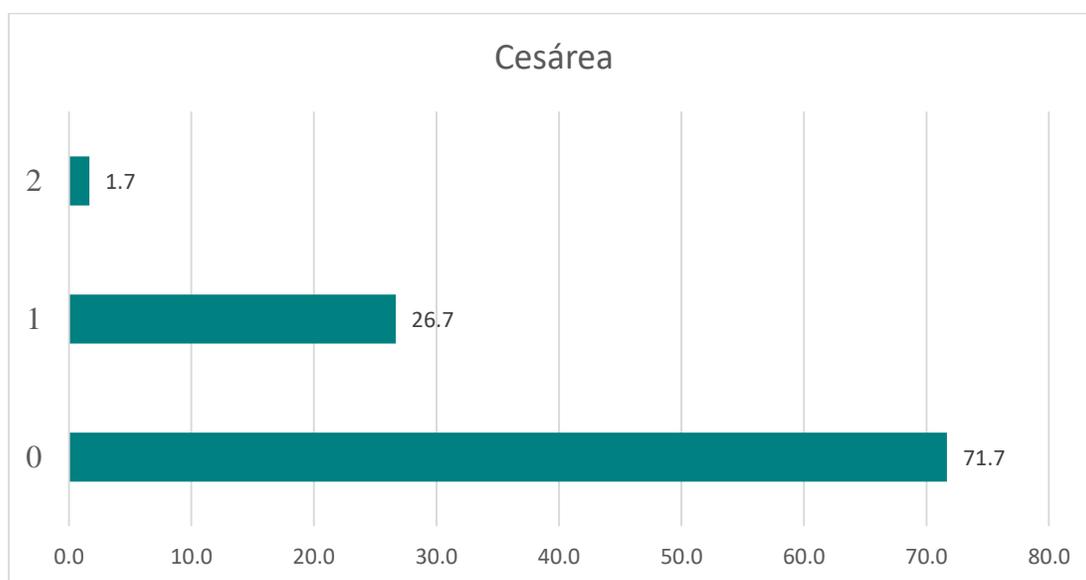
Fuente: Tabla N°7

Tabla N°8 Cesáreas de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
0	43	71.7
1	16	26.7
2	1	1.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°8 Cesáreas de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



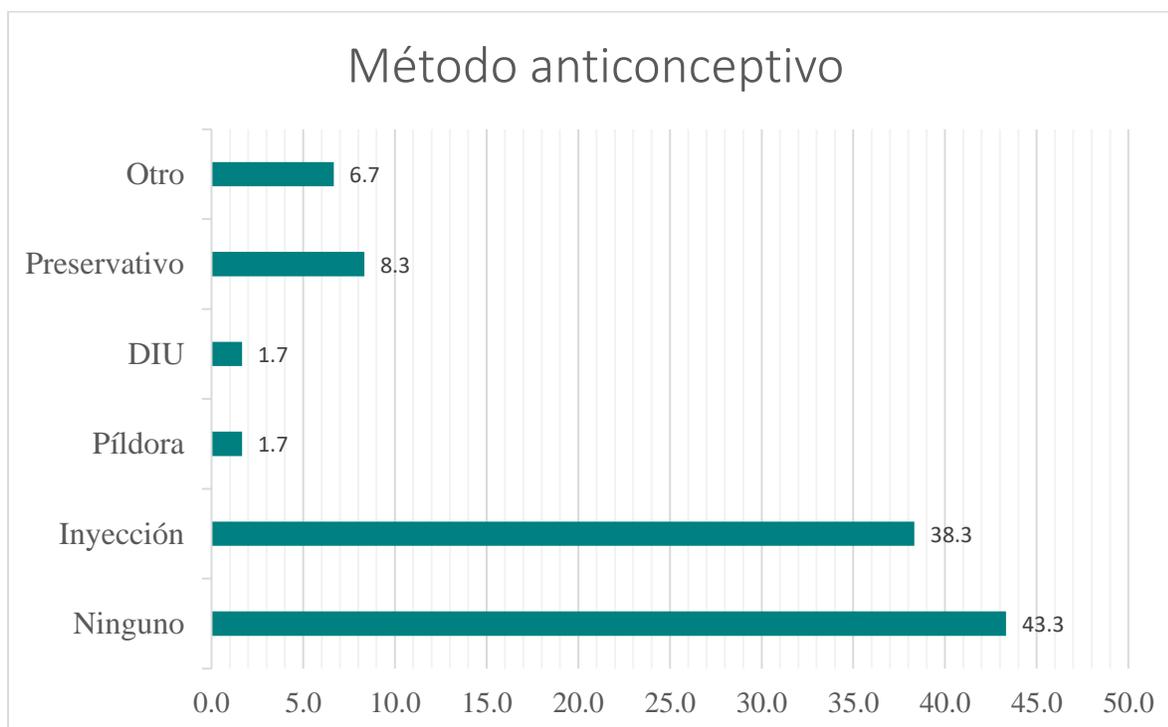
Fuente: Tabla N°8

Tabla N°9 Método anticonceptivo de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	26	43.3
Inyección	23	38.3
Píldora	1	1.7
DIU	1	1.7
Preservativo	5	8.3
Otro	4	6.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°9 Método anticonceptivo de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



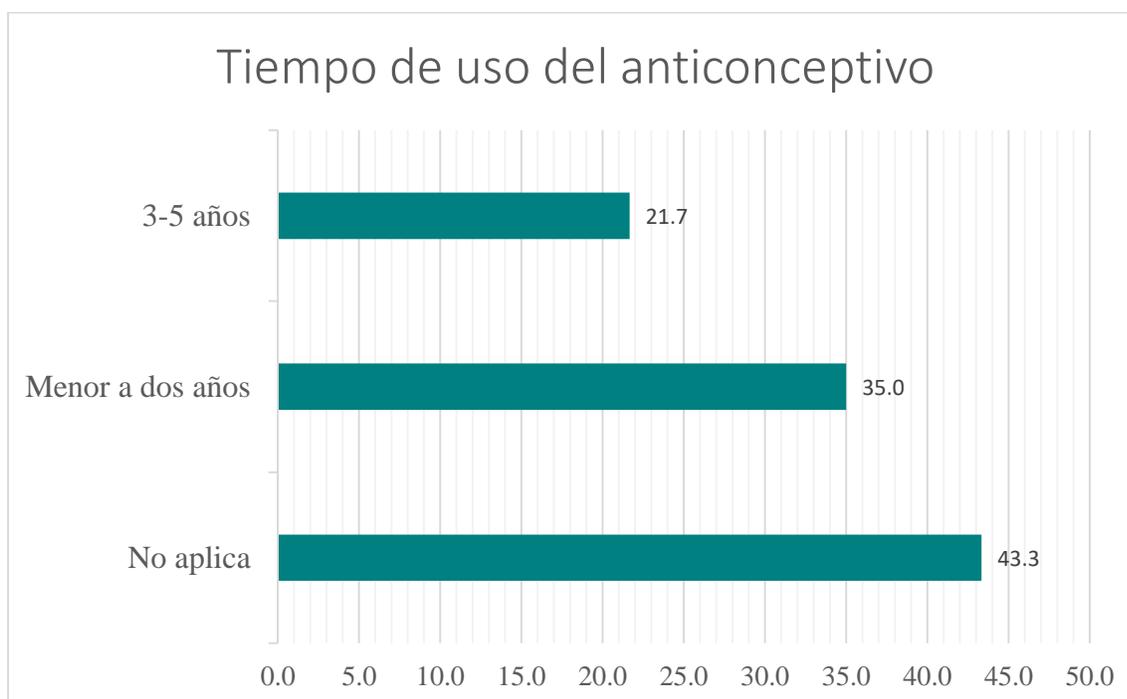
Fuente: Tabla N°9

Tabla N°10 Tiempo del uso del anticonceptivo de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Tiempo de uso del anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	26	43.3
Menor a dos años o igual a dos años	21	35.0
3-5 años	13	21.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

GraficoN°10 Tiempo del uso del anticonceptivo de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



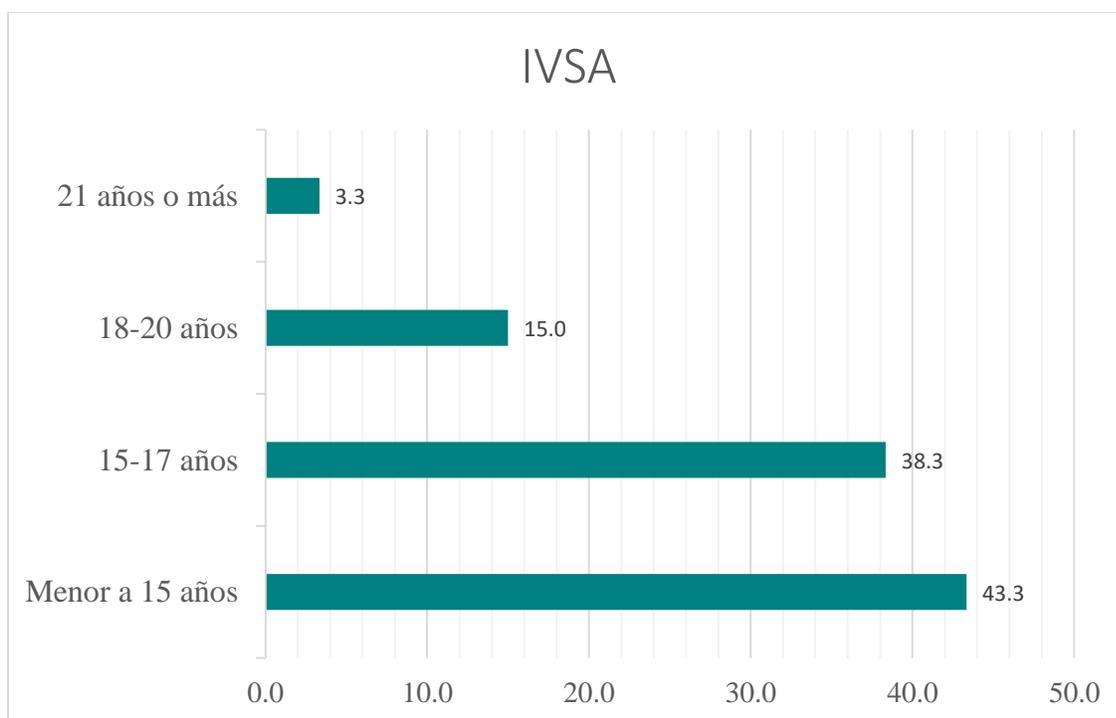
Fuente: Tabla N°10

Tabla N°11 Inicio de vida sexual activa de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 15 años	26	43.3
15-17 años	23	38.3
18-20 años	9	15.0
21 años o más	2	3.3
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°11 Inicio de vida sexual activa de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



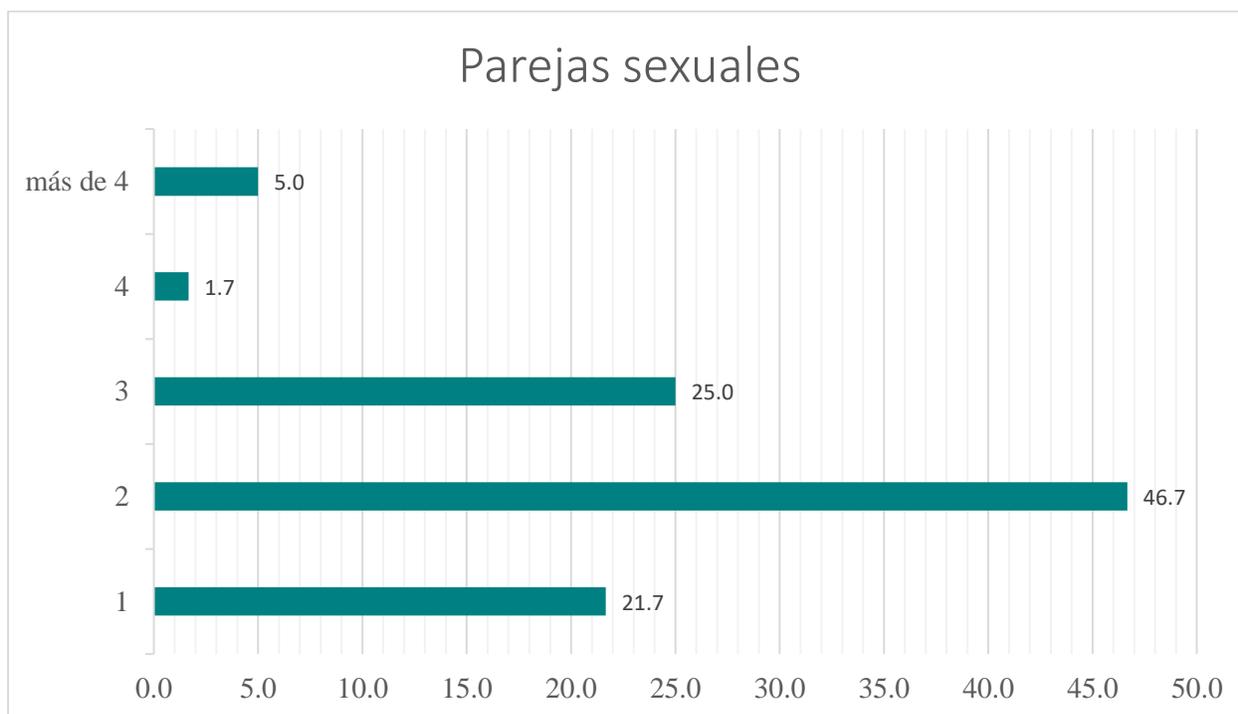
Fuente: Tabla N°11

Tabla N°12 Número de parejas sexuales de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	13	21.7
2	28	46.7
3	15	25.0
4	1	1.7
más de 4	3	5.0
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°12 Número de parejas sexuales de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



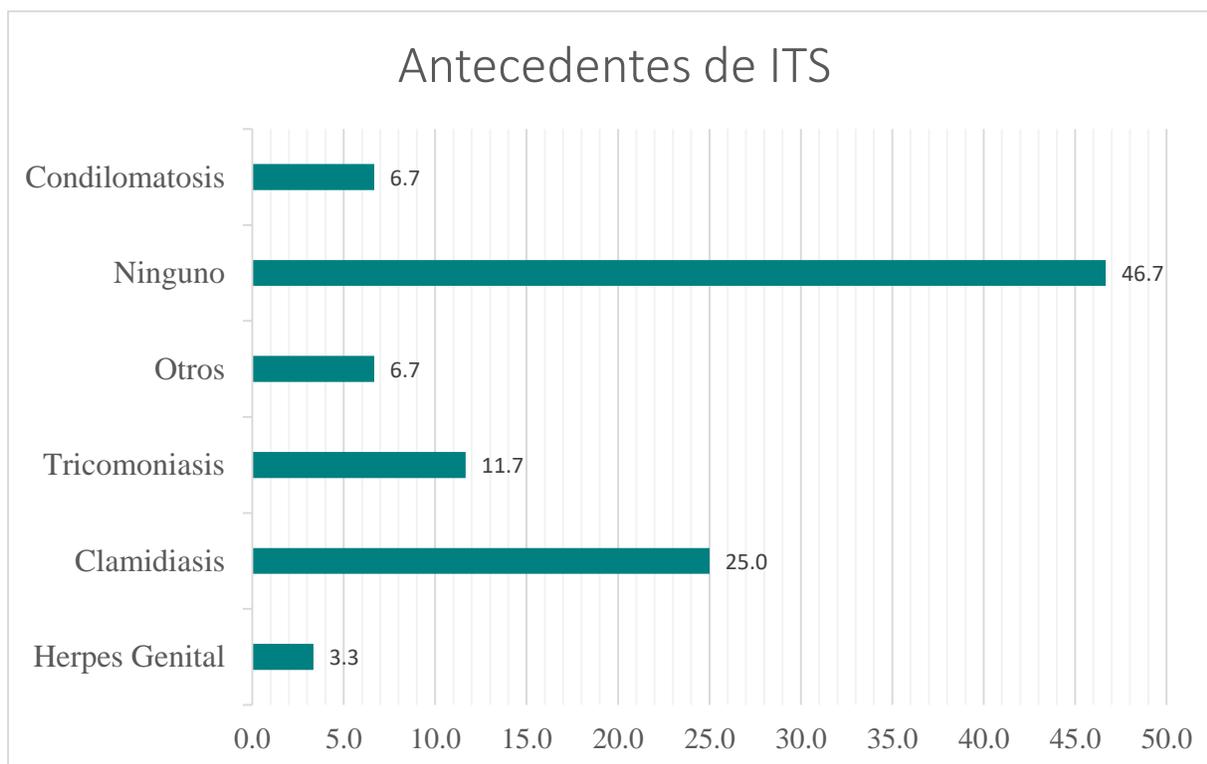
Fuente: Tabla N°12

Tabla N°13 Antecedentes de ITS de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Antecedentes de ITS	Frecuencia	Porcentaje
Herpes Genital	2	3.3
Clamidiasis	15	25.0
Tricomoniasis	7	11.7
Otros	4	6.7
Ninguno	28	46.7
Condilomatosis	4	6.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°13 Antecedentes de ITS de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



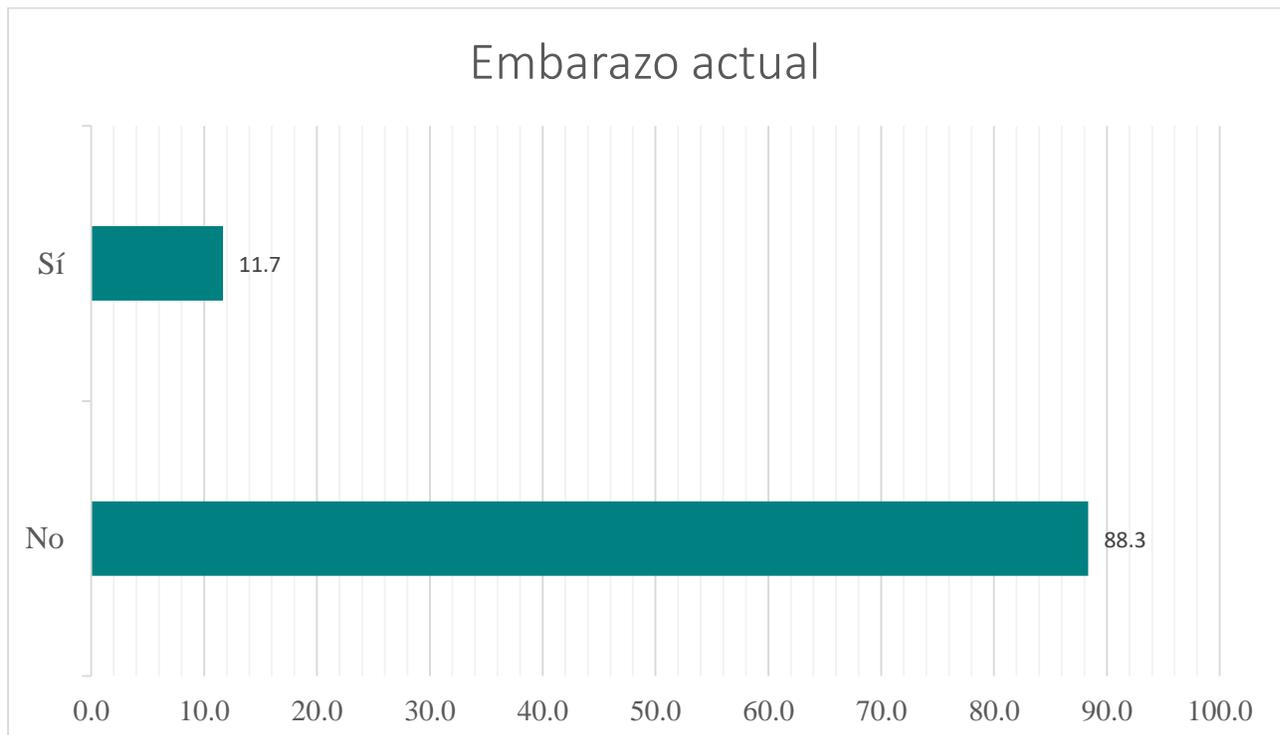
Fuente: Tabla N°13

Tabla N°14 Pacientes con lesiones premalignas de cérvix embarazadas durante la captación atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje
No	53	88.3
Sí	7	11.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafica N°14 Pacientes con lesiones premalignas de cérvix embarazadas durante la captación atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



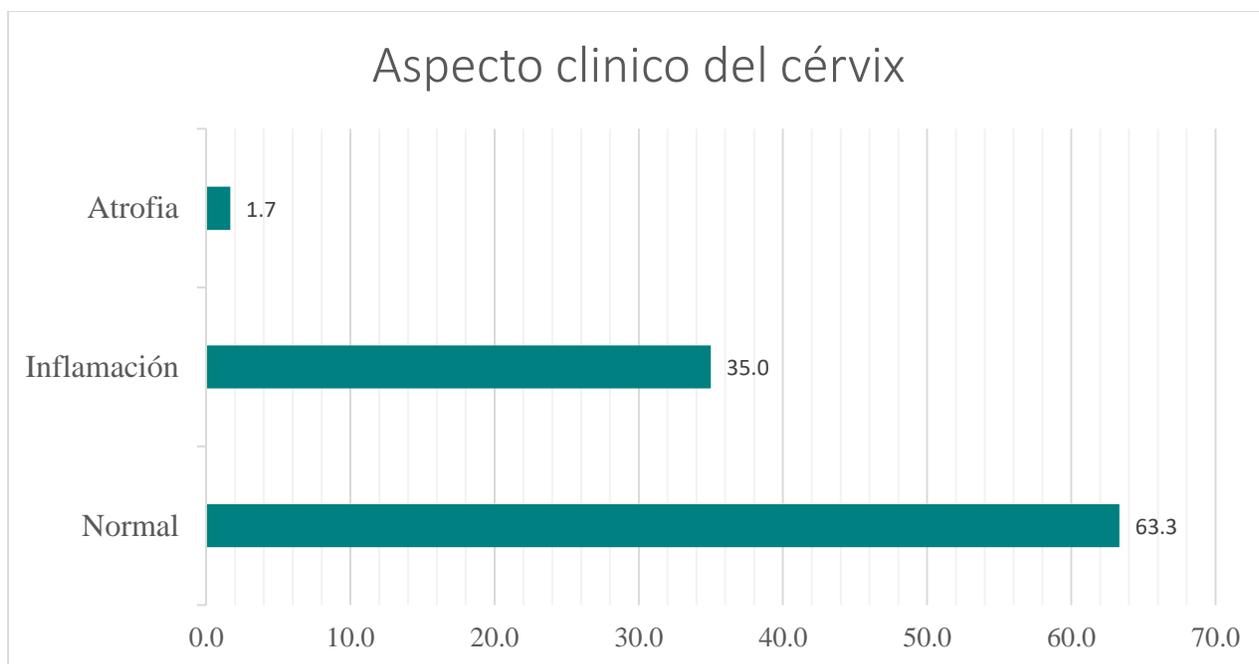
Fuente: Tabla N°14

Tabla N°15 Aspecto clínico del cérvix de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Aspecto clinico del cérvix	Frecuencia	Porcentaje
Normal	38	63.3
Inflamación	21	35.0
Atrofia	1	1.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°15 Aspecto clínico del cérvix de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



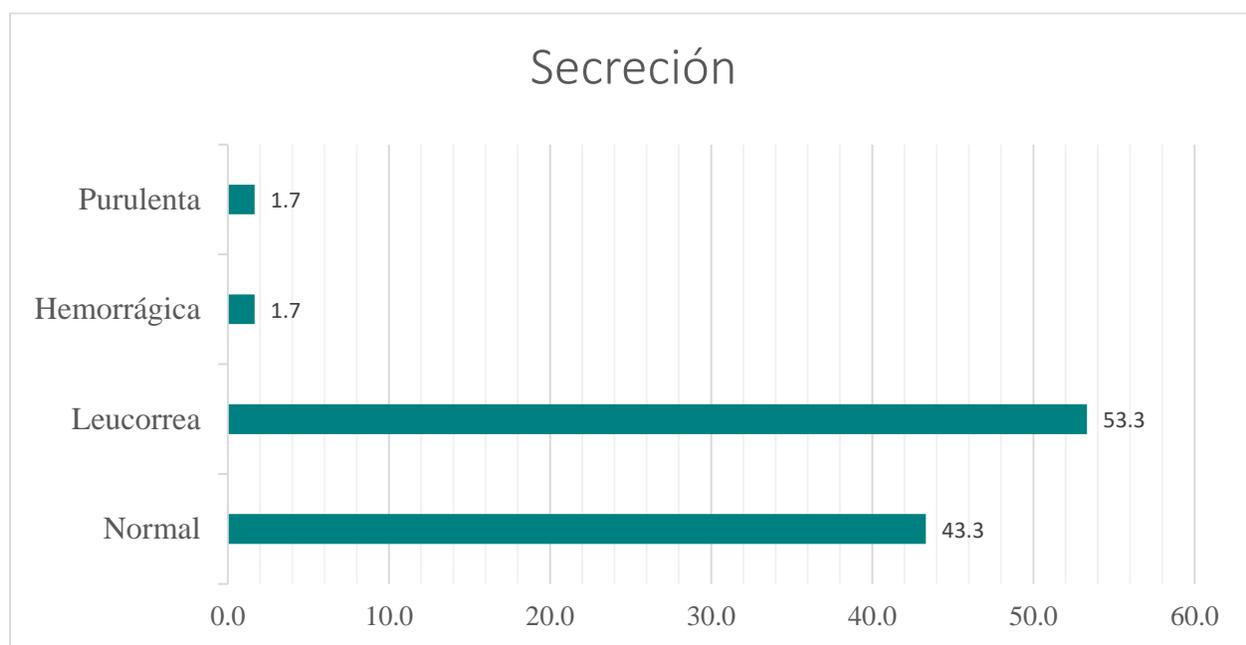
Fuente: Tabla N°15

Tabla N°16 Secreción de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Secreción	Frecuencia	Porcentaje
Normal	26	43.3
Leucorrea	32	53.3
Hemorrágica	1	1.7
Purulenta	1	1.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°16 Secreción de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



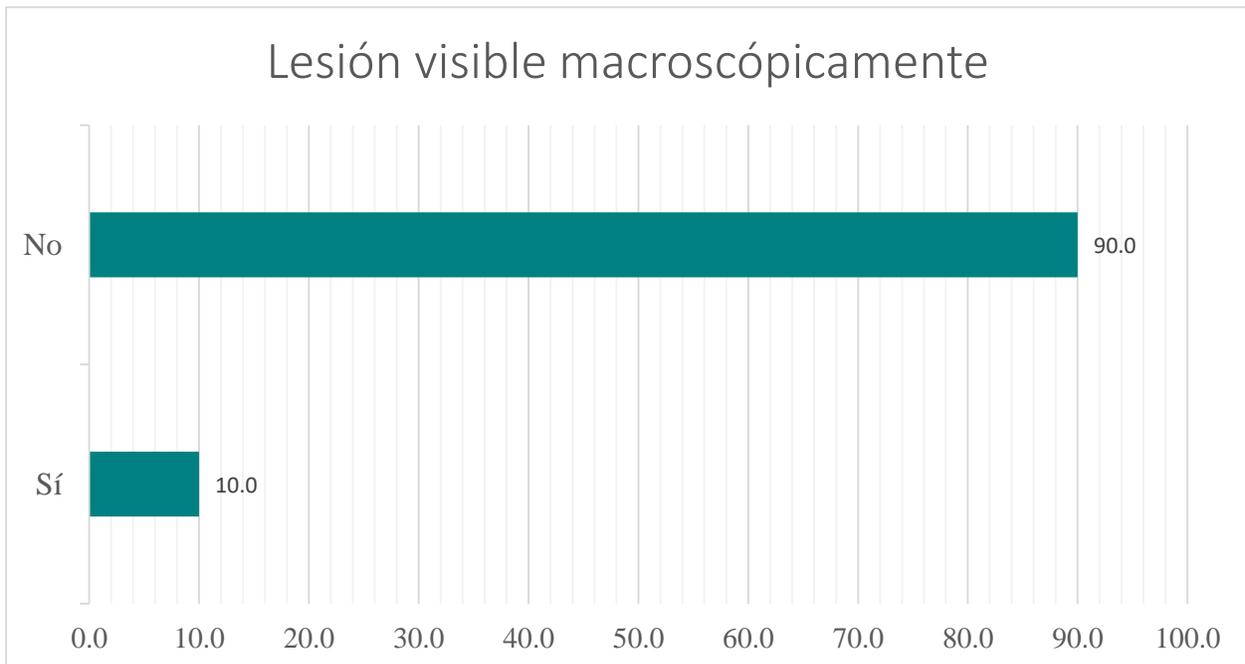
Fuente: Expediente clínico

Tabla N°17 Lesión visible macroscópicamente de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Lesión visible macroscópicamente	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	10.0
No	54	90.0
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°17 Lesión visible macroscópicamente de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



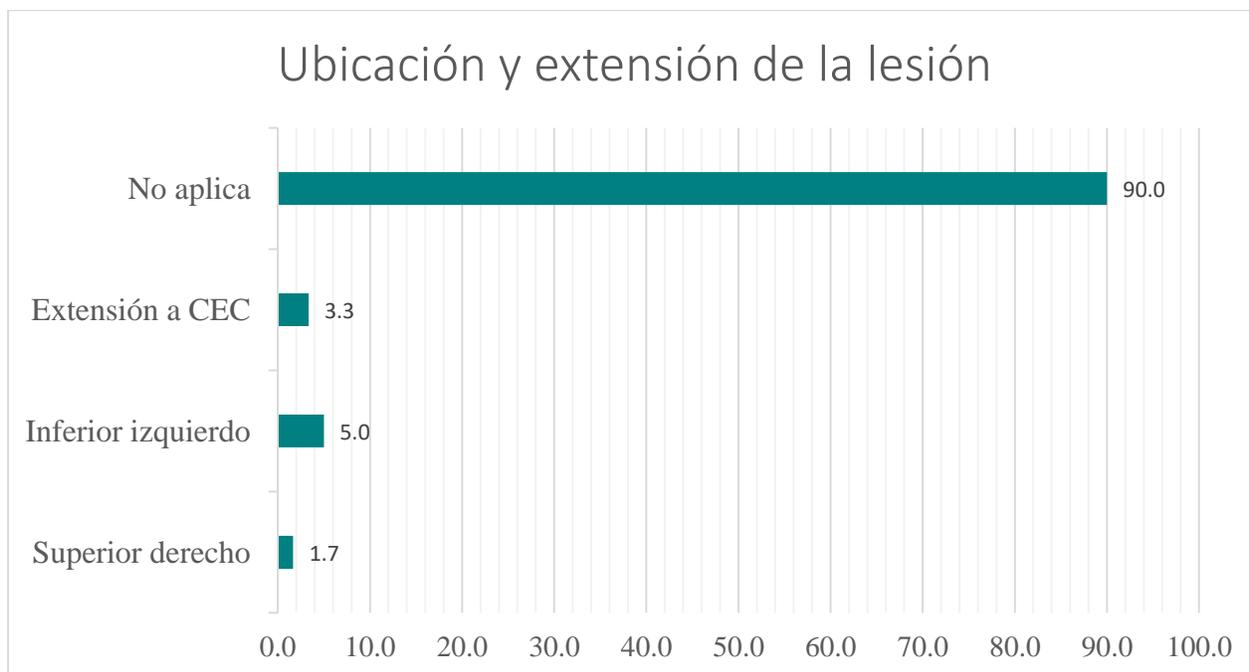
Fuente: Tabla N°17

Tabla N°18 Ubicación y extensión de la lesión de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Ubicación y extensión de la lesión	Frecuencia	Porcentaje
Superior derecho	1	1.7
Inferior izquierdo	3	5.0
Extensión a CEC	2	3.3
No aplica	54	90.0
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafica N°18 Ubicación y extensión de la lesión de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



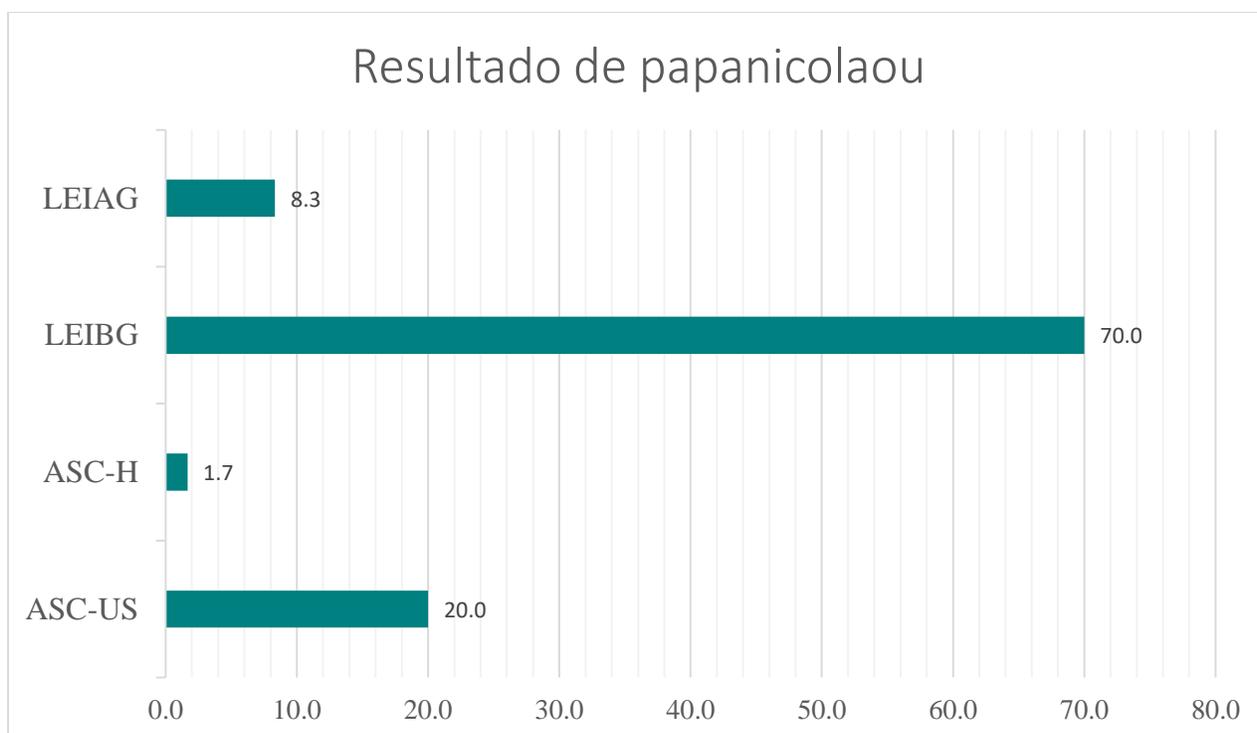
Fuente: Tabla N°18

Tabla N°19 Resultado de papanicolaou de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Resultado de papanicolaou	Frecuencia	Porcentaje
ASC-US	12	20.0
ASC-H	1	1.7
LEIBG	42	70.0
LEIAG	5	8.3
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°19 Resultado de papanicolaou de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



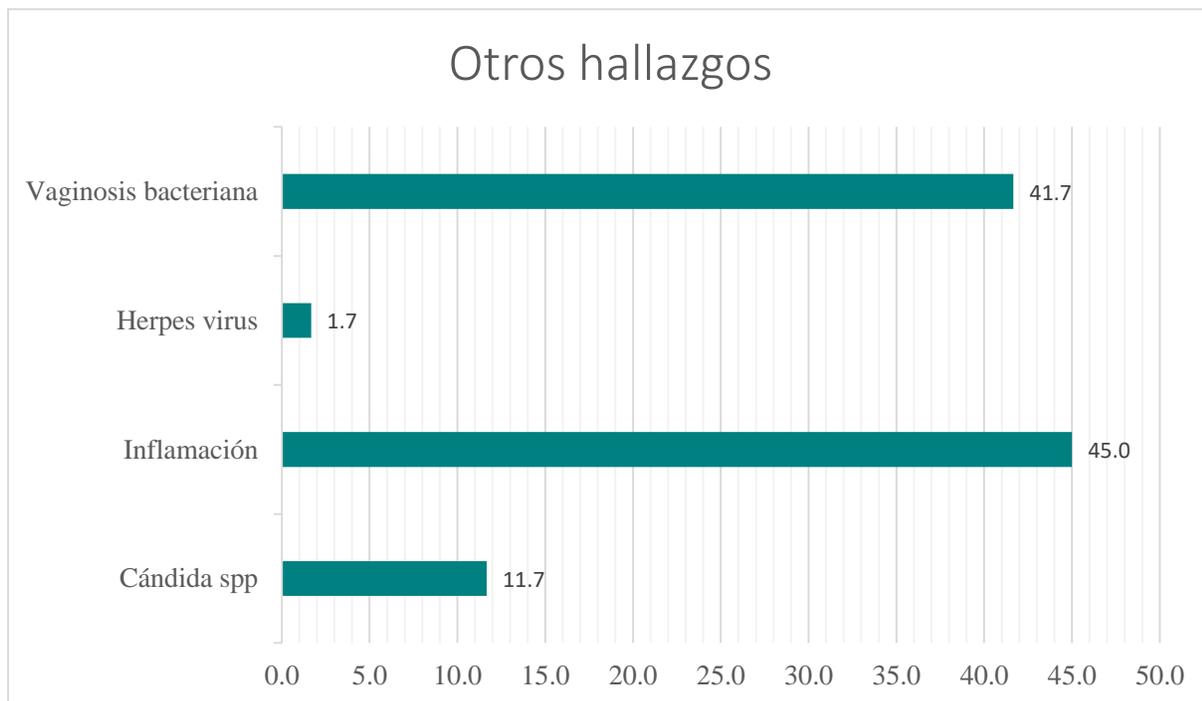
Fuente: Tabla N°19

Tabla N°20 Otros Hallazgos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Otros Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
Cándida spp	7	11.7
Inflamación	27	45.0
Herpes virus	1	1.7
Vaginosis bacteriana	25	41.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°20 Otros Hallazgos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



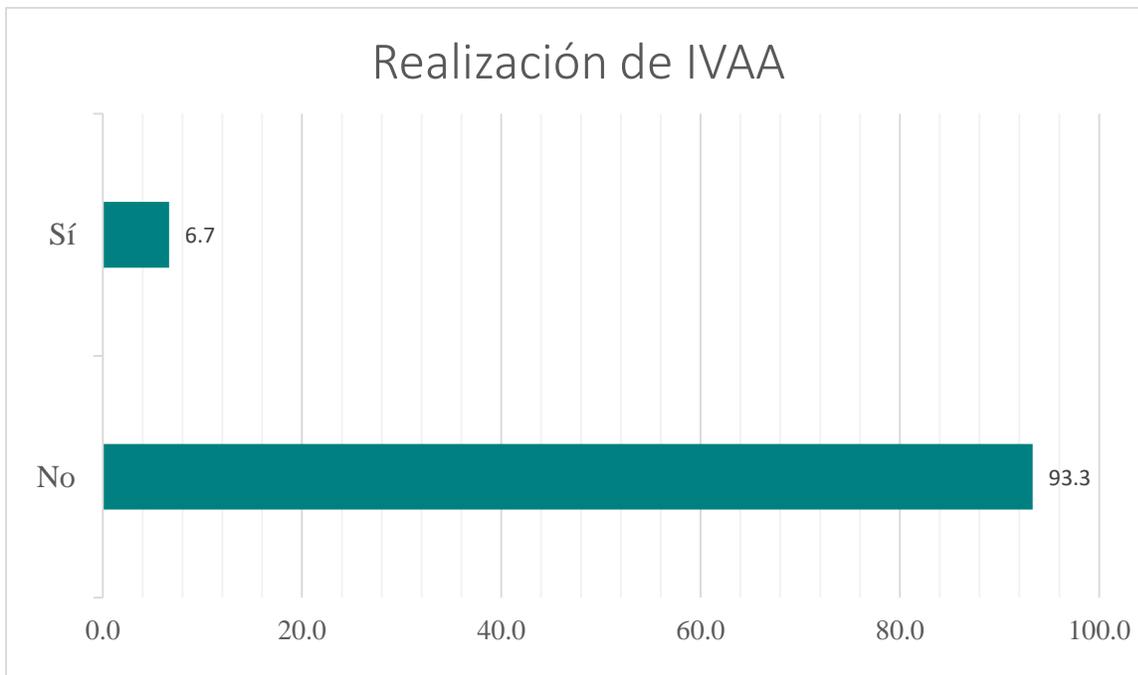
Fuente: Tabla N°20

Tabla N°21 Realización del IVAA en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Realización del IVAA	Frecuencia	Porcentaje
No	56	93.3
Sí	4	6.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°21 Realización del IVAA en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



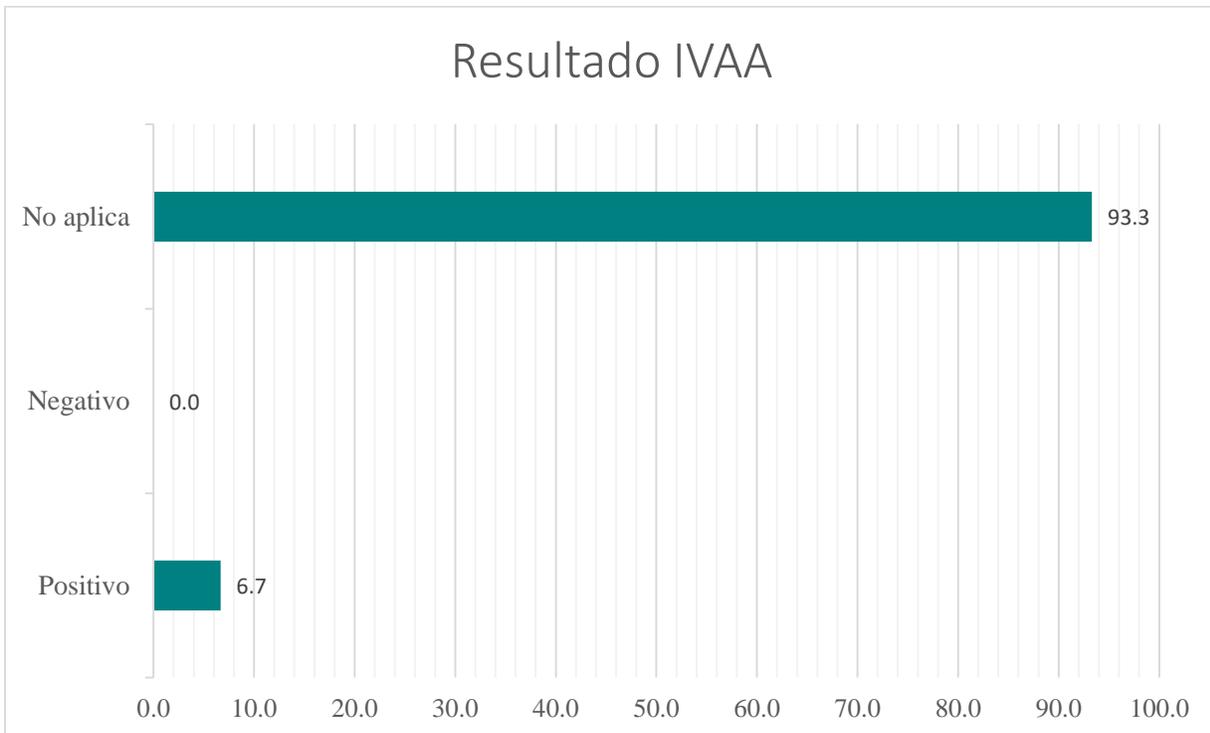
Fuente: Tabla N°21

Tabla N°22 Resultado IVAA de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Resultado IVAA	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	4	6.7
Negativo	0	0.0
No aplica	56	93.3
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°22 Resultado IVAA de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



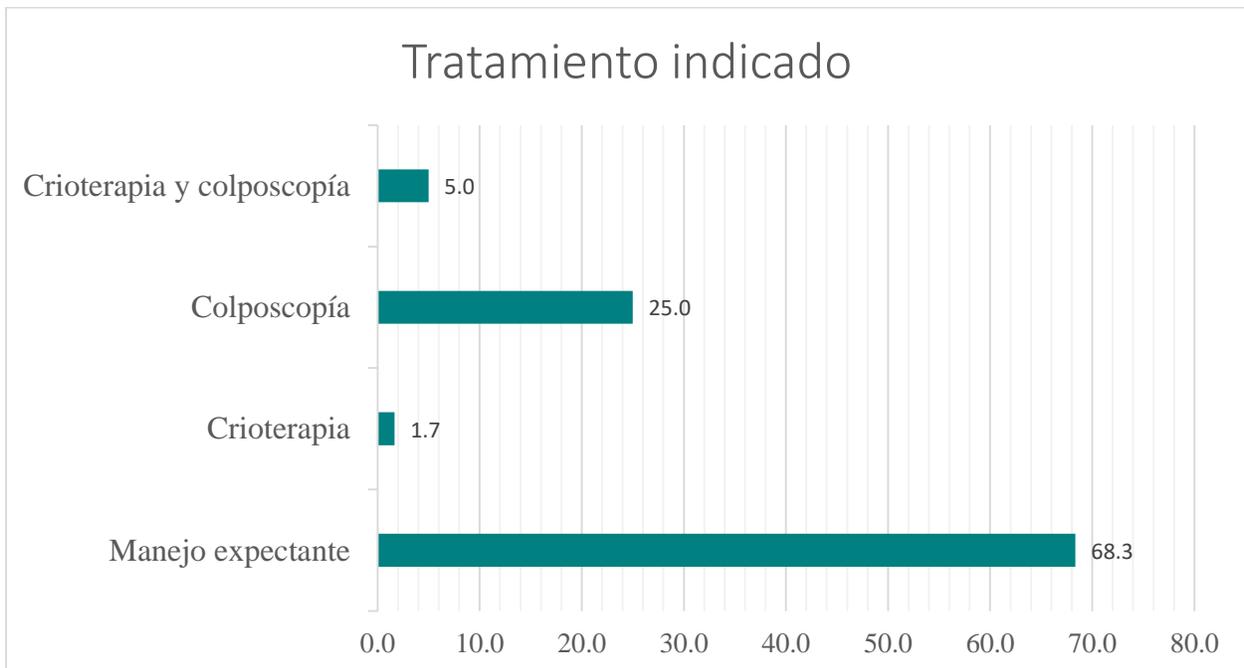
Fuente: Tabla N°22

Tabla N°23 Tratamiento indicado en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021

Tratamiento indicado	Frecuencia	Porcentaje
Manejo expectante	41	68.3
Crioterapia	1	1.7
Colposcopia	15	25.0
Crioterapia y colposcopia	3	5.0
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°23 Tratamiento indicado en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021



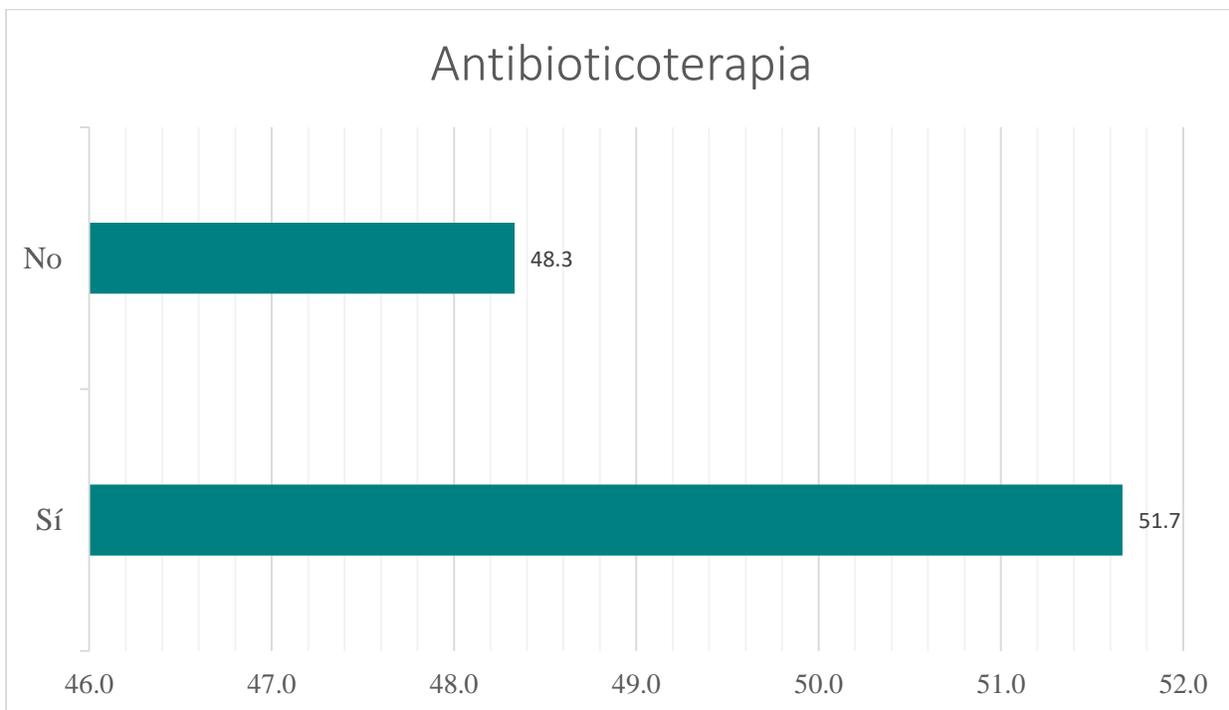
Fuente: Tabla N°23

Tabla N°24 Antibioticoterapia en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Antibioticoterapia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	51.7
No	29	48.3
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

GraficoN°24 Antibioticoterapia en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



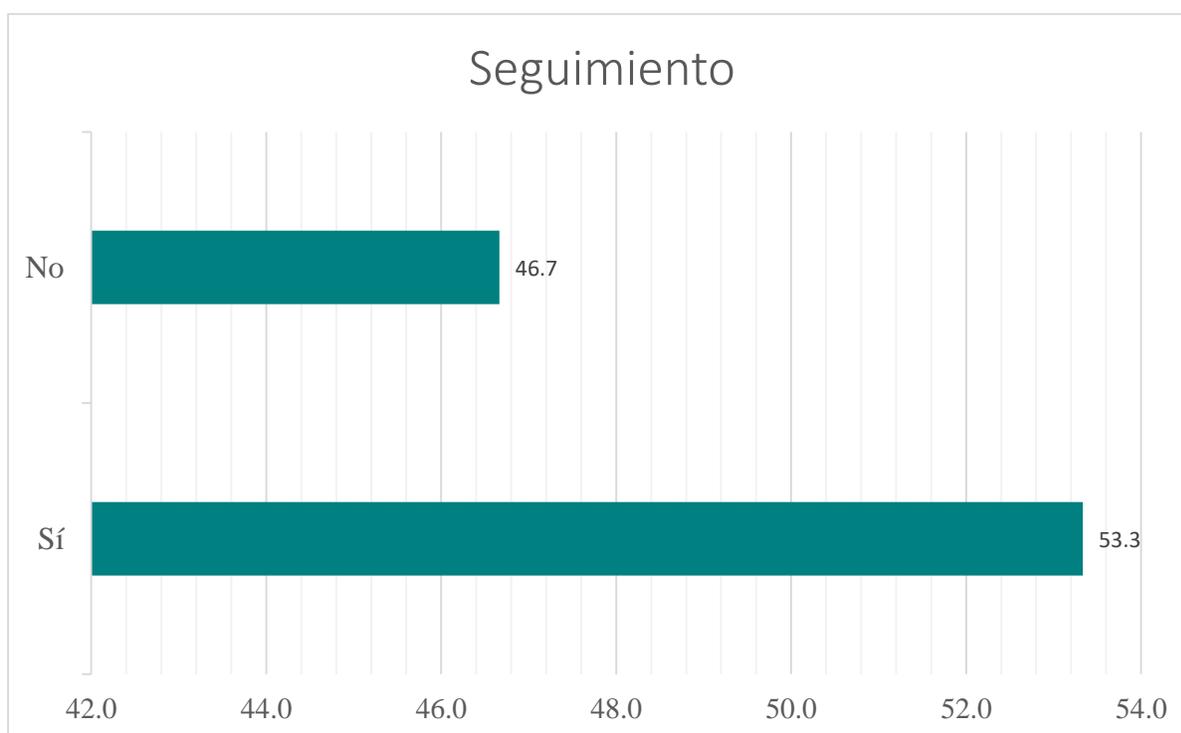
Fuente: Tabla N°24

Tabla N °25 Seguimiento en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	53.3
No	28	46.7
Total	60	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°25 Seguimiento en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



Fuente: Tabla N°25

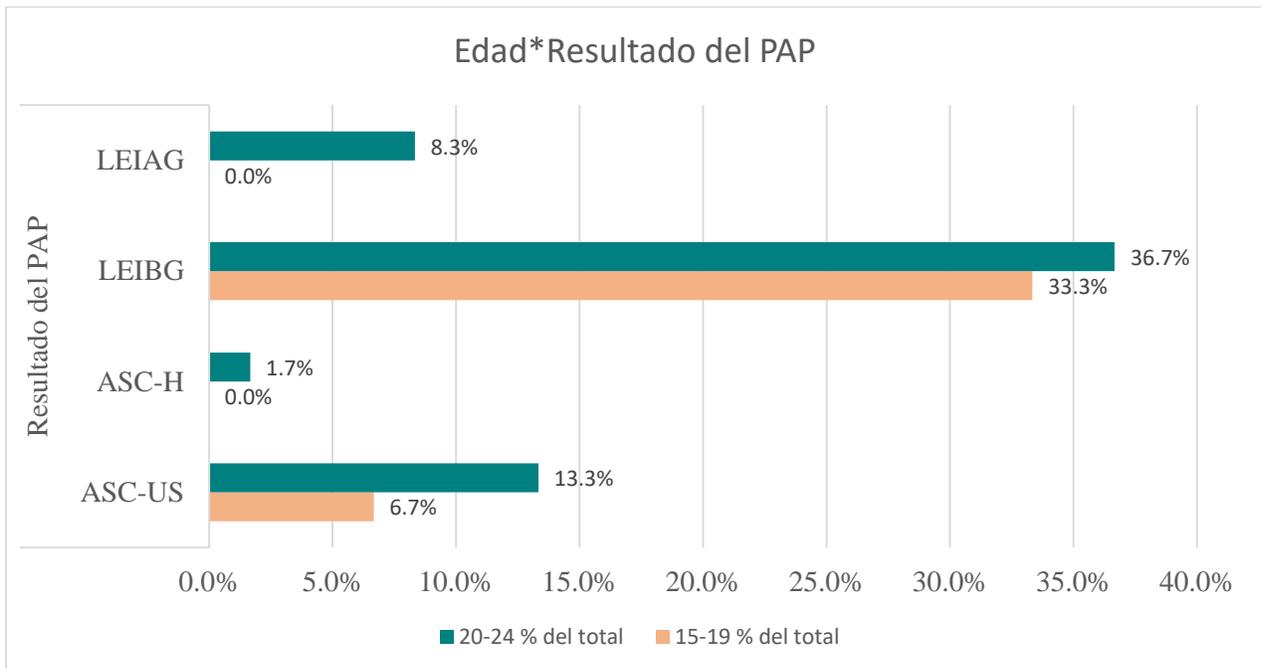
Tabla N°26 Resultado del PAP según edad de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Edad		Resultado del PAP				Total
		ASC-US	ASC-H	LEIBG	LEIAG	
15-19	Recuento	4	0	20	0	24

	% del total	6.7%	0.0%	33.3%	0.0%	40.0%
20-24	Recuento	8	1	22	5	36
	% del total	13.3%	1.7%	36.7%	8.3%	60.0%
Total	Recuento	12	1	42	5	60
	% del total	20.0%	1.7%	70.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°26 Resultado del PAP según edad de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



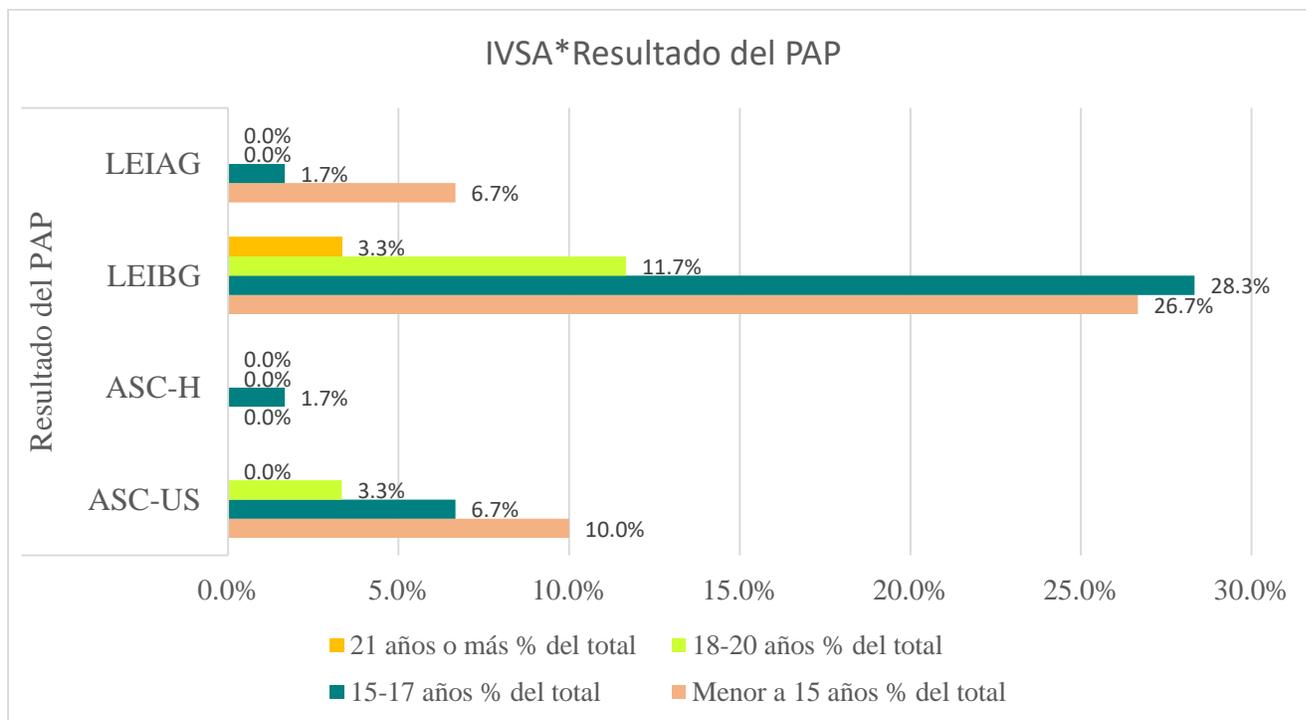
Fuente: Tabla N°26

Tabla N°27 Resultado del PAP según inicio de vida sexual activo de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

IVSA		Resultado del PAP				Total
		ASC-US	ASC-H	LEIBG	LEIAG	
Menor a 15 años	Recuento	6	0	16	4	26
	% del total	10.0%	0.0%	26.7%	6.7%	43.3%
15-17 años	Recuento	4	1	17	1	23
	% del total	6.7%	1.7%	28.3%	1.7%	38.3%
18-20 años	Recuento	2	0	7	0	9
	% del total	3.3%	0.0%	11.7%	0.0%	15.0%
21 años o más	Recuento	0	0	2	0	2
	% del total	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	3.3%
Total	Recuento	12	1	42	5	60
	% del total	20.0%	1.7%	70.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°27 Resultado del PAP según inicio de vida sexual activo de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



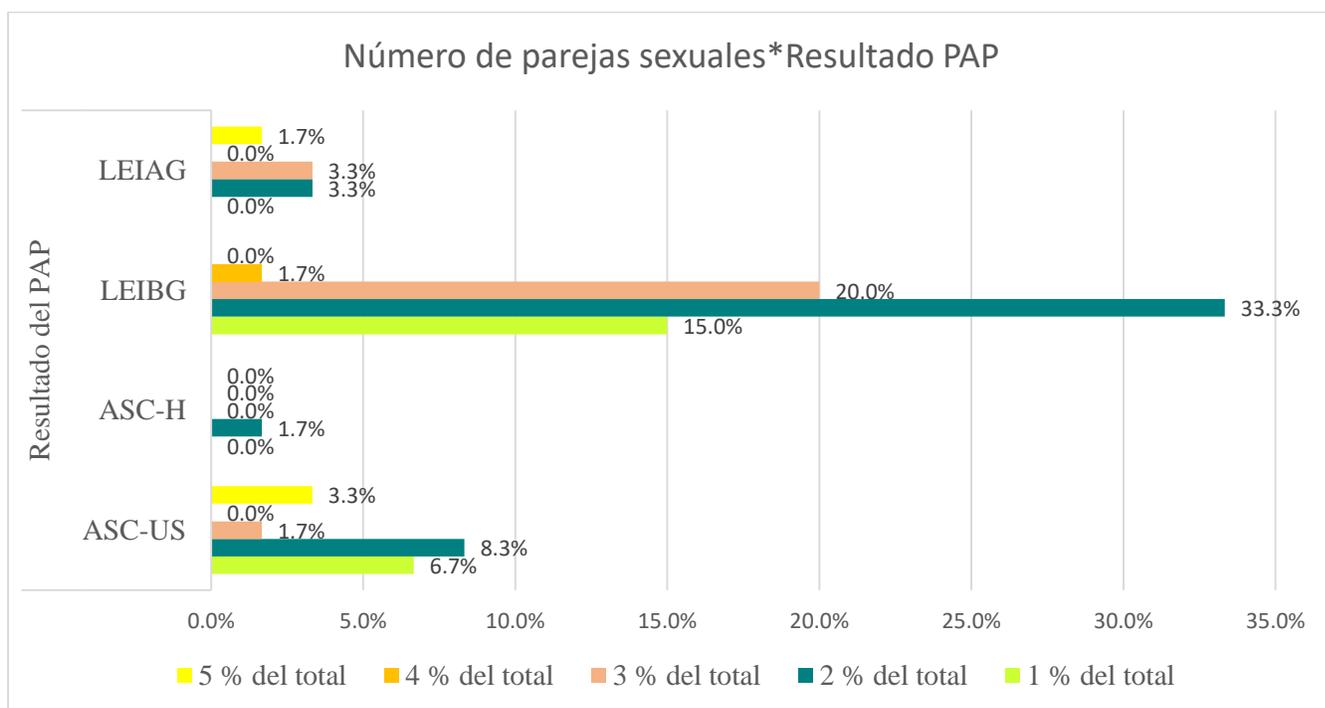
Fuente: Tabla N°27

Tabla N°28 Resultado de PAP según número de parejas sexuales de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Número de parejas sexuales		Resultado del PAP				Total
		ASC-US	ASC-H	LEIBG	LEIAG	
1	Recuento	4	0	9	0	13
	% del total	6.7%	0.0%	15.0%	0.0%	21.7%
2	Recuento	5	1	20	2	28
	% del total	8.3%	1.7%	33.3%	3.3%	46.7%
3	Recuento	1	0	12	2	15
	% del total	1.7%	0.0%	20.0%	3.3%	25.0%
4	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	1.7%
Más de 4	Recuento	2	0	0	1	3
	% del total	3.3%	0.0%	0.0%	1.7%	5.0%
Total	Recuento	12	1	42	5	60
	% del total	20.0%	1.7%	70.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°28 Resultado de PAP según número de parejas sexuales de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



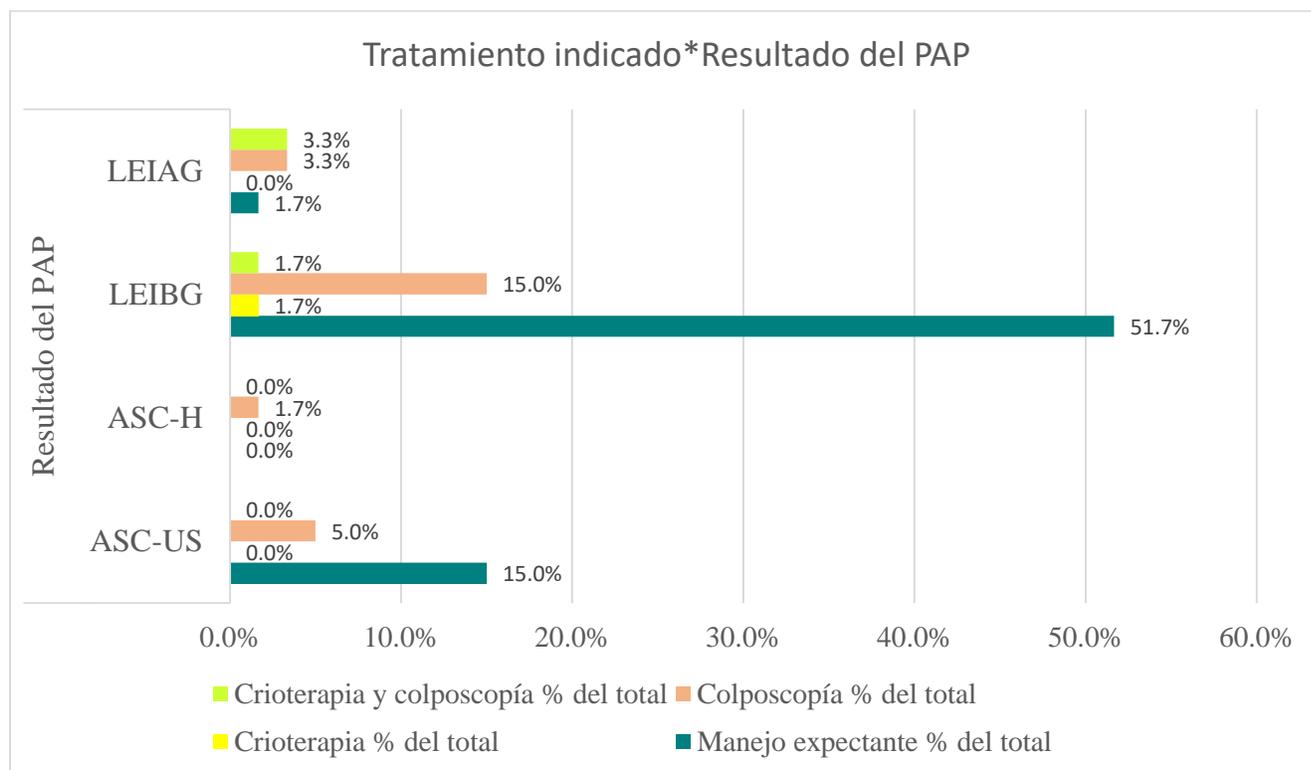
Fuente: Tabla N°28

Tabla N°29 Tratamiento indicado según resultado del PAP de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Tratamiento indicado		Resultado del PAP				Total
		ASC-US	ASC-H	LEIBG	LEIAG	
Manejo expectante	Recuento	9	0	31	1	41
	% del total	15.0%	0.0%	51.7%	1.7%	68.3%
Crioterapia	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	1.7%
Colposcopia	Recuento	3	1	9	2	15
	% del total	5.0%	1.7%	15.0%	3.3%	25.0%
Crioterapia y colposcopia	Recuento	0	0	1	2	3
	% del total	0.0%	0.0%	1.7%	3.3%	5.0%
Total	Recuento	12	1	42	5	60
	% del total	20.0%	1.7%	70.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N °29 Tratamiento indicado según resultado del PAP de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



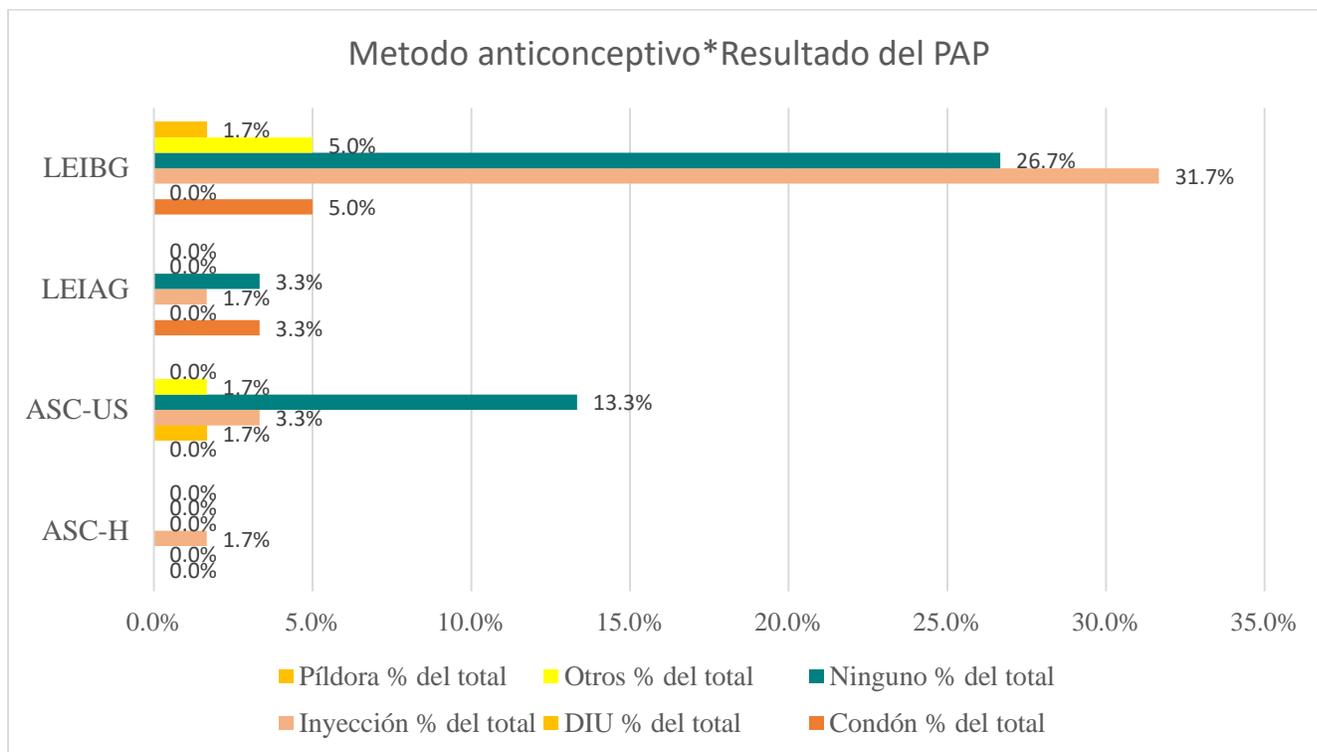
Fuente: Tabla N°30

Tabla N°30 Resultado de PAP según método anticonceptivo utilizado de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero 2020 a junio 2021

Metodos anticonceptivos		Resultado de Papanicolaou				Total
		ASC-H	ASC-US	LEIAG	LEIBG	
Condón	Recuento	0	0	2	3	5
	% del total	0.0%	0.0%	3.3%	5.0%	8.3%
DIU	Recuento	0	1	0	0	1
	% del total	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	1.7%
Inyección	Recuento	1	2	1	19	23
	% del total	1.7%	3.3%	1.7%	31.7%	38.3%
Ninguno	Recuento	0	8	2	16	26
	% del total	0.0%	13.3%	3.3%	26.7%	43.3%
Otros	Recuento	0	1	0	3	4
	% del total	0.0%	1.7%	0.0%	5.0%	6.7%
Píldora	Recuento	0	0	0	1	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	1.7%
Total	Recuento	1	12	5	42	60
	% del total	1.7%	20.0%	8.3%	70.0%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°30 Resultado de PAP según método anticonceptivo utilizado de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



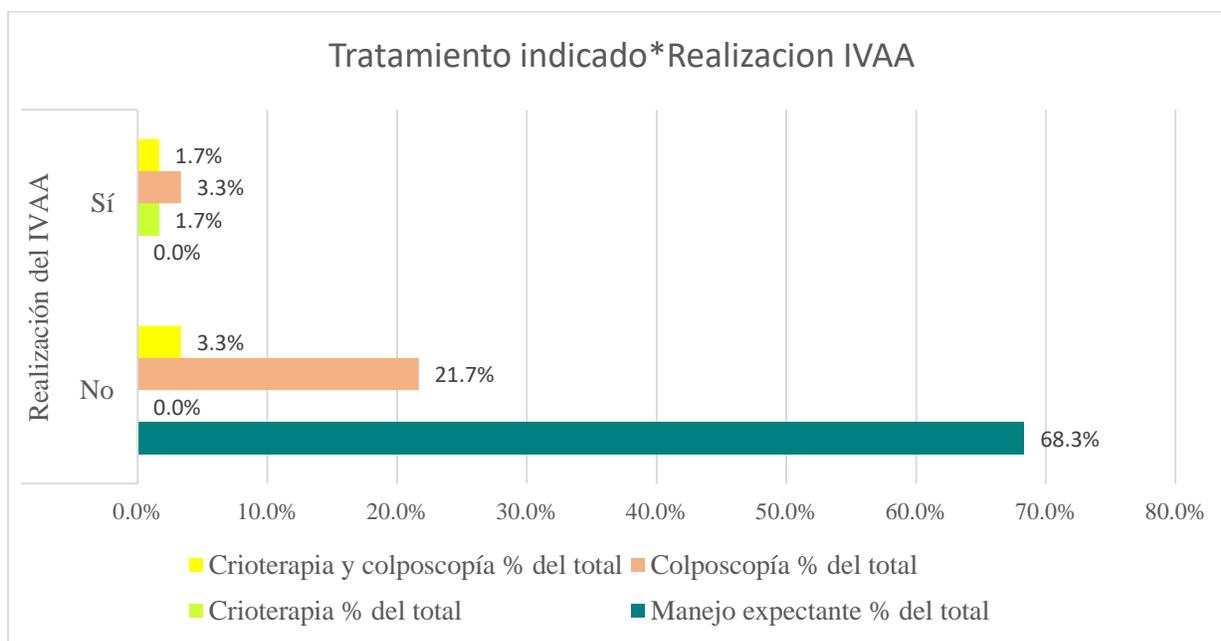
Fuente: Tabla N°30

Tabla N°31 Tratamiento indicado según realización de IVAA de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Tratamiento indicado		Realización del IVAA		Total
		No	Sí	
Manejo expectante	Recuento	41	0	41
	% del total	68.3%	0.0%	68.3%
Crioterapia	Recuento	0	1	1
	% del total	0.0%	1.7%	1.7%
Colposcopia	Recuento	13	2	15
	% del total	21.7%	3.3%	25.0%
Crioterapia y colposcopia	Recuento	2	1	3
	% del total	3.3%	1.7%	5.0%
Total	Recuento	56	4	60
	% del total	93.3%	6.7%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°31 Tratamiento indicado según realización de IVAA de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



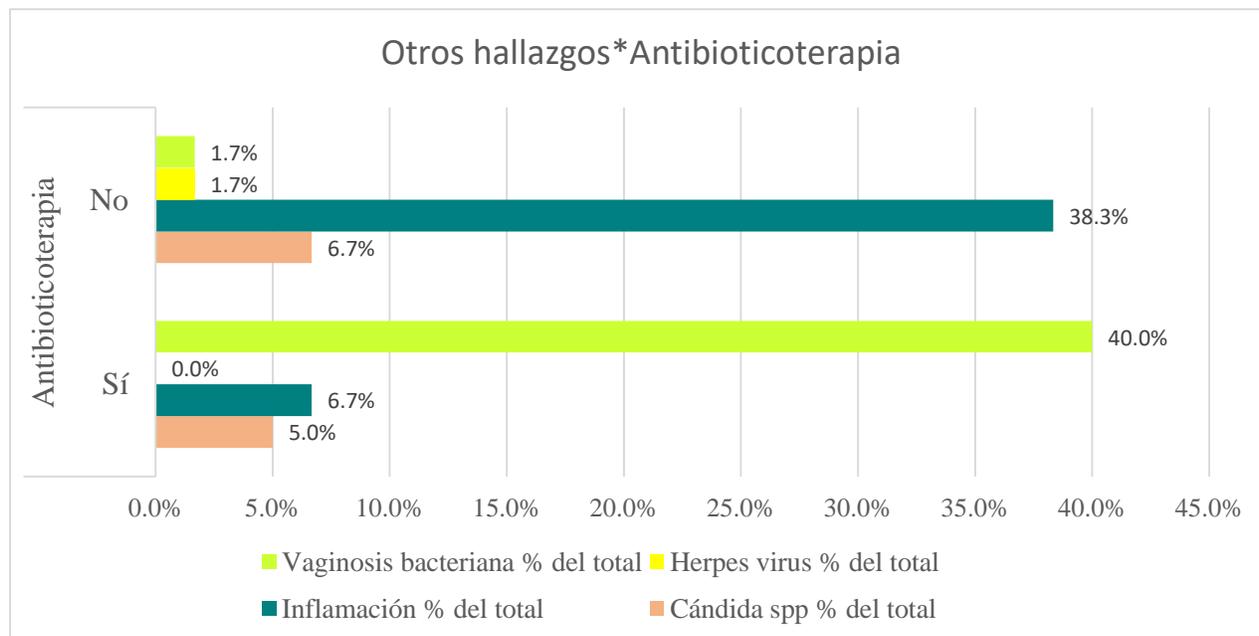
Fuente: Tabla N°31

Tabla N°32 Antibioticoterapia según otros hallazgos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021

Otros hallazgos		Antibioticoterapia		Total
		Sí	No	
Cándida spp	Recuento	3	4	7
	% del total	5.0%	6.7%	11.7%
Inflamación	Recuento	4	23	27
	% del total	6.7%	38.3%	45.0%
Herpes virus	Recuento	0	1	1
	% del total	0.0%	1.7%	1.7%
Vaginosis bacteriana	Recuento	24	1	25
	% del total	40.0%	1.7%	41.7%
Total	Recuento	31	29	60
	% del total	51.7%	48.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°32 Antibioticoterapia según otros hallazgos de las pacientes con lesiones premalignas de cérvix atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo enero2020 a junio 2021



Fuente: Tabla N°32