



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021.

AUTOR:

Lic. Francis Idalia Hernández Contreras.

TUTOR:

Dr. Humberto Urroz Talavera

Master en Docencia Universitaria e Investigación

Especialista en Medicina de Emergencia

Postgrado en Farmacología Clínica /Investigación

Farmacológica/Farmacoepidemiología

Ejecutivo de Docencia de Grado UNAN Managua

Managua, Nicaragua Noviembre 2021

Índice.

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes.....	3
III.	Justificación.....	5
IV.	Objetivos.....	7
V.	Planteamiento del problema.....	8
VI.	Marco teórico.....	9
VII.	Diseño metodológico.....	23
VIII.	Resultados.....	29
IX.	Análisis y discusión resultados.....	32
X.	Conclusiones	35
XI.	Recomendaciones	36
XII.	Bibliografías.....	37
XIII.	Anexos.....	41

i. AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de la universidad, por ser siempre mi guía en el camino.

A la universidad por permitirme convertirme en un ser profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a cada maestro que formo parte de este proceso integral de formación.

A la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar hacer.

A mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, y a mis amigos que siempre son parte fundamental de nuestro crecimiento tanto profesional como personal.

Lic. Francis Idalia Hernández Contreras.

ii. DEDICATORIA

A dios por permitirme cumplir el sueño por el que tanto he luchado.

A mi madre por siempre apoyarme y confiar en mi.

A mis amigos por hacer siempre mis alegrías tuyas.

A mi familia por creer siempre en mi y que llegaría a la meta.

Lic. Francis Idalia Hernández Contreras.

iii. OPINION DEL TUTOR

El presente estudio que lleva por tema: **“Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021”**, realizado por la Licenciada: **Francis Idalia Hernández Contreras**, ofrece una importante contribución y relevancia por referirse a este grupo vulnerable como son las mujeres.

El cáncer cervical es actualmente, la neoplasia maligna con mayor incidencia en las mujeres de países no industrializados y ocupa el tercer lugar en mortalidad relacionada con tumores malignos dentro de la población general. La edad promedio de diagnóstico de las afectadas con esta patología es de 45 años, esta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. Se calcula que aproximadamente el 2% de las mujeres mayores de cuarenta años lo desarrollan.

Los factores asociados que hasta ahora se han relacionado con la aparición y desarrollo de lesiones premalignas incluyen: edad, condición socioeconómica, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, más de tres parejas sexuales, promiscuidad, partos vaginales, infección por VPH, tabaquismo, etc.

La **Lic. Hernández Contreras** ha cumplido con la justificación de la investigación cómo es determinar los factores asociados a lesiones cervicales dada la incidencia y mortalidad del cáncer del cuello uterino, hecho significativamente contrastante con las naciones en vías de desarrollo, como Nicaragua, sugiriendo que las intervenciones están basadas en llevar a una reducción significativa las complicaciones por esta enfermedad.

Los resultados y recomendaciones son útiles no sólo para los equipos de dirección del MINSA, sino para cada unidad de salud de Nicaragua y las pacientes que esta enfermedad sucede aún y cuando el comportamiento de esta patología permite detectarla en sus primeras etapas. En

relación a esta problemática, y de la necesidad de mejorar sustancialmente los mecanismos de identificación y captación de personas con factores asociados a lesiones cervicales.

Dr. Humberto Javier Urruz Salavera
Tutor Metodológico y Clínico.

iv. RESUMEN

El presente estudio tiene por **Objetivo**. Determinar los Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018- Abril 2021.

Metodología: es un estudio Descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo de corte transversal, enfoque cuantitativo. La unidad de análisis fueron las pacientes atendidas en el Programa Mujer del Centro de Salud, Perla María Norori, en el periodo Abril 2018-Abril 2021. El universo y la muestra estuvo constituido por 16 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, la fuente de información fue primaria indirecta, a través de una ficha de recolección de información previamente estructurada extraída de los expedientes clínicos que contenían resultado de Papanicolaou alterado de las pacientes. El muestreo fue No probabilístico por conveniencia. El procesamiento de la información a través del programa de Word para la redacción del informe, además la aplicación Google drive form, de donde se obtuvo base de datos en Excel, gráficos y tablas dinámicas con frecuencias y porcentajes.

Resultados: De las características sociodemográficas de las pacientes investigadas, la edad que predominó fue de 31-35 años, del área urbana, solteras, con nivel académico de primaria y amas de casa. Los antecedentes personales Ginecobstétricos y salud sexual y reproductiva encontrados fueron número de gestaciones multigestas, no existió diferenciación en la realización del Papanicolaou, la finalización del embarazo fue vaginal, el número de partos fue de 1-2, predominó el grupo que no han presentado abortos y el número de parejas sexuales fue de 2. La lesión cervical más frecuente fue el tipo de LEIBG y la calificación del reporte de Papanicolaou alterado en las pacientes fue de 1-2 estudios. Los factores predisponentes a lesiones cervicales fueron la edad de inicio

de vida sexual activa de 14-19 años, la no utilización de métodos de planificación familiar y hábitos tóxicos consumo de alcohol y drogas en menor proporción, el año de diagnóstico de cáncer fue en el 2019.

Palabras claves: lesión cervical, aborto, papanicolaou, multigestas.

I. INTRODUCCION

La sexualidad es un aspecto necesario del ser humano, es multidimensional y se enuncia de diferentes formas, es dependiente de la sociedad y de la cultura en la que se viva. Esta situación es crítica más en las poblaciones jóvenes, relacionándola al déficit social, económico y a la escolaridad; ésta realidad, permite que se conozcan en detalle los aspectos pertenecientes a la salud sexual y reproductiva (SSR) vinculados a las mujeres jóvenes; además, debe estar presente el tema de la influencia que tienen las prácticas sexuales a temprana edad. (Calvillo paiz CR, 2017)

Según la OPS el 20% de adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos contraen una enfermedad de transmisión sexual (ETS) cada año. El 60% de ellos, utilizó en su primera relación sexual un método anticonceptivo, de estos solo el 30% usó preservativos. (Avendaño castro KP, Avendaño Castro LP, Beltran Vidal AL., 2010)

Las LIE pueden progresar hasta el cáncer cérvico uterino; siendo ésta patología la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres del mundo. Las probabilidades de padecer cáncer cervical según la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) son 2% hasta los 39 años, 9% hasta los 50 años y un 23 % a los 79 años; con una tasa cruda del 36,5% y, con 6% de mortalidad anual. (Castro Jara AP, 2017)

Los principales factores relacionados con el origen de las lesiones intraepiteliales que llevan al cáncer cérvico uterino, son inducidas por el contagio del virus papiloma humano (VPH), siendo las más frecuentes: edad, consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, inicio temprano de relaciones sexuales, número elevado de parejas sexuales, uso

prolongado de anticonceptivos orales, trauma cervical durante el parto, factores genéticos y hormonales endógenos asociados al embarazo. (Banegas G, 2017)

El diagnóstico de lesiones intraepiteliales, se inicia con la alteración del epitelio cervical, lesiones de progresión lenta y de diferente evolución que acontecen por etapas: displasia leve, moderada y severa, hasta finalmente llegar al cáncer el cual se hace invasor cuando afecta la membrana basal. El agente causal de esta patología es el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente y tiene por lo menos 200 genotipos identificados hasta la actualidad. (Cuenca Marin C., 2017)

La presente investigación favorecerá la realización de un plan de intervención, para el fortalecimiento de los programas de Atención a la Mujer a nivel local, evidenciando los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, control y prevención ITS, apoyados por un manejo integral de las poblaciones vulnerables considerando la perspectiva de la determinación de los factores asociadas a lesiones cervicales en la mujer.

II. ANTECEDENTES.

Internacionales

2016, Salazar Torres Z, Cuenca efectuó un estudio sobre Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016, cuyos resultados fueron que la prevalencia de las LIE fue mayor al 10% que las reportadas en otros estudios (13,8%). La edad > a 29 años y la multiparidad fueron factores relacionados con la presencia de las LIE del cérvix uterino. (Salazar Torrez, 2016)

2012, Payan Valenzuela Z, Realizo un estudio sobre hallazgos colposcópicos de vasos atípicos en la Clínica de displasias del Hospital Materno Infantil ISSEMYM en el período comprendido Marzo 2011-Febrero 2012, obteniendo los siguientes resultados De las 61 mujeres con ASCUS, 49 confirmaron para lesión intraepitelial de bajo grado, 12 para lesión de alto grado, con una prevalencia de 80% y 19% respectivamente, se encontró tabaquismo en un 78.6%, empleo de anticoncepción oral de 82%, la media del número de parejas sexuales fue 3.5 ± 1.5 DS, del inicio de vida sexual de 17.5 ± 3 años y la edad promedio de 31.5 ± 6 . (Payan Valenzuela, 2011-2012)

Nacionales

2010, Urroz , Nicaragua , ejecuto una investigación en el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua, se realizó un estudio sobre la Correlación Citológica, Colposcópica

e Histológica de las Lesiones Premalignas de Cérvix en Pacientes Atendidas en la Clínica de Patología Cervical de dicho Hospital durante el periodo de Enero 2005 -Enero 2010, encontrando los siguientes hallazgos: Al correlacionar los resultados de la Colposcopia, el 76 % de las lesiones de bajo grado reportadas, fueron confirmadas por el PAP. Al correlacionar la colposcopia con la biopsia un 81.8% de las lesiones de bajo grado fueron confirmadas. En cuanto a la correlación de la citología con la Biopsia se encontró que el 89% de las lesiones diagnosticadas por el PAP fueron confirmadas por el reporte Histológico. Esto confirmó la alta sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos utilizados en la unidad de salud. (Urroz, 2010)

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

2017, González y Duarte, Nicaragua, realizaron un estudio en el Hospital José Nieborowski, realizaron un estudio, sobre abordaje diagnóstico, terapéutico y seguimiento de las lesiones Premalignas del Cérvix en las pacientes de los Municipios de Boaco en el Periodo de Enero 2016 -Mayo 2017, identificando los siguientes resultados: grupo etario más afectado fueron las mujeres de 26 a 30 años. (Gonzalez F, 2017)

2017, Mena Ticay M, Nicaragua efectuó un estudio sobre lesiones intraepiteliales en mujeres procedentes del Sector Sur del municipio de Granada. Enero - Diciembre 2017, obteniéndose los siguientes resultados Los resultados obtenidos muestran; que las mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo grado el 50.0% se encontraban entre la edad de 21-39 años, el 83.35% de ellas era procedente de la zona urbana, siendo el 93.3% ama de casas y el 63.3% con nivel académico de primaria. El 40.0% tenía el antecedente de una infección de transmisión sexual. Lo que respecta a la colposcopia el 66.7%

presento lesión acetablanco fino tenue y de esta lesión presentada en el 33.3% se confirmó mediante biopsia la presencia de lesión intraepitelial de bajo grado, al 60.0% se les realizo crioterapia y de estas el 46.6% no presentaron recidiva (Mena Ticay M., 2017)

III. JUSTIFICACION

En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte a nivel mundial afectando a la población femenina en edad fértil.

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

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

En respuesta a esta elevada carga de enfermedad y ante el desarrollo y la disponibilidad de nuevas tecnologías para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino, la OPS elaboró una estrategia regional y plan de acción para

la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino que fue aprobada por los Ministros de Salud de las Américas durante el Consejo Directivo de la OPS del 2008. (OPS, 2013)

Nicaragua es el que tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvicouterino en América Latina más alta, solo es superada por Haití, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense.

Por tal razón el presente estudio será de mucha utilidad para la mujer en edad fértil para la detección precoz de las lesiones cervicales a partir de los factores asociados a esta entidad, favoreciendo el autocuidado para un diagnóstico temprano y manejo oportuno y así reducir la morbimortalidad por esta enfermedad propia de la mujer.

IV. OBJETIVOS

General:

Determinar los Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018- Abril 2021.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a investigar.
2. Identificar los antecedentes personales Ginecobstétricos y salud sexual y reproductiva de las pacientes en estudio.
3. Determinar las lesiones cervicales más frecuentes en las pacientes investigadas.
4. Mencionar los factores predisponentes a lesiones cervicales en las pacientes en estudio

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer es la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo. El problema del cáncer cérvico uterino sigue siendo muy serio en América Latina, en donde se reportan 7000 casos nuevos ; 7000 muertes en centro América y aproximadamente 1000 casos en Nicaragua y 450 muertes al año ocupando el tercer lugar a nivel regional.

En Nicaragua se realizan tamizajes para la detección del Cáncer Cervicouterino, pero muchas veces queda desprovistas las acciones a tomar por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario a pacientes con LIE de bajo grado, es conocido que muchas de ellas revierten satisfactoriamente, y el control no se prioriza y queda como una sola recomendación, muchas mujeres no se apropian de su diagnóstico (MINSA, 2010)

En nuestro país el 20% de las mujeres viven con una enfermedad de transmisión sexual, el 8% vive con una lesión pre-cancerosa. (MINSA, 2010)

Según ENDESA 2011-2012 la población nicaragüense es la más afectada por infección del virus del papiloma humano (VPH), lo que presenta un factor de riesgo predisponente para la aparición y desarrollo del cáncer cérvico uterino. (ENDESA, 2011)

En el Centro de salud Perla María Norori se han realizado en los últimos tres años la cantidad de Papanicolaou para detección de lesiones premalignas y CACU.

Es por eso que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a lesiones cervicales en pacientes atendidas en el programa de atención a la mujer del Centro de Salud perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021?

VI. MARCO TEÓRICO.

El virus del papiloma humano (VPH) pertenece al grupo Papovaviridae; los viriones son pequeños y sin envoltura; su genoma posee una molécula de ADN circular de doble hebra asociada a una nucleocapside. De acuerdo con la relación con el cáncer de cuello uterino, se divide en virus del papiloma humano de bajo riesgo (VPH-BR) y virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR); el BR-HPV, causa las verrugas genitales; el VPH-AR es responsable de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de la aparición de tumores epiteliales malignos, y otros relacionados. La infección por VPH-AR es causa clara de cáncer de cuello uterino, siendo detectado en el 99% de los casos. (Wu ZN, 2016)

El 65% de las mujeres eliminan la infección en los primeros doce meses, y en 24 meses más del 90% de los casos. En el 38% de las mujeres de 13 y 24 años con diagnóstico de Neoplasia Intraepiteliales Cervical (NIC), estos casos se resuelven sin tratamiento en el transcurso de 1 año; 63% en dos años; y el 68% en tres años. (Valdecantos Gomez, 2017)

La asociación de lesiones precancerosas del cuello uterino por el VPH, tiene efectos adversos psicosociales claros, los profesionales de la salud deben estar preparados para discutir el estado del VPH, porque los pacientes afectados desean conocer la causa de su condición y pueden cuestionar las implicaciones para sus parejas sexuales; los pacientes expresan su preocupación por el estigma asociado a la transmisión sexual; hay

poca investigación rigurosa que establece cómo los médicos se comunican con los pacientes de los otros cánceres asociados con el VPH . (Hendry M, 2017)

Nomenclatura de las lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema de Bethesda

ACG	Atipia de células glandulares.
ACG-H	Atipia de células glandulares, posible neoplasia.
ACG-NOS	Atipia de células glandulares no específicas.
AIS	Adenoma in situ.
ASC-H	Atipia escamosa incierta sin descartar lesión intraepitelial de alto grado.
ASC-US	Atipia de células escamosas de significado incierto.
HSIL	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
LSIL	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
NIC	Neoplasia intraepitelial cervico uterina (bajo grado = 1; alto grado 2 y 3).

Fuente: Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Ginecología y Obstetricia. (Federación centro americana de asociaciones y sociedades de obstetricia y ginecologia., 2017)

Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIE) constituyen lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino, mostrando un incremento en sus tasas de incidencia a nivel mundial. Los factores de riesgo descritos son el inicio precoz de las relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual y la multiparidad. En las mujeres que inician su actividad sexual antes de los 15 años tienen 3,8 veces más de sufrir una NIE, triplicándose este riesgo en las pacientes multíparas y en las que usaron anticonceptivos orales por más de 10 años. (Dávila Gómez Henry, 2015)

En el estudio realizado por Patel A., (2010) en 69 mujeres, en las cuales la recolección de la muestra fue por citología de base líquida, 27 (39,1%) tenían lesiones premalignas o malignas; 5 (7,2%) con diagnóstico de cáncer y, 22 (31,9%) con neoplasia intraepitelial, de estas: 19 (27,5%) fueron neoplasias intraepiteliales escamosas

cervicales (NIC); 3 (4,3 %) eran neoplasia intraepitelial cervical glandulares (NICG). (Patel A, 2017)

El diagnóstico de neoplasia cervical no es sinónimo de promiscuidad femenina porque muchas mujeres que han tenido exclusivamente una pareja sexual desarrollan la enfermedad, por lo que es interesante considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino (León Cruz Grettell, 2017) .

Los factores de riesgo para la aparición del Cáncer Cérvico Uterino (CCU) está demostrado que el virus del papiloma humano (VPH) es el agente etiológico necesario, pero no suficiente. Se citan, otros factores como: la edad en la primera relación sexual, multiparidad, promiscuidad sexual, infección por virus del herpes tipo II, las agresiones y lesiones múltiples al cérvix, edad temprana al primer embarazo (menor de 15 años), cervicitis crónica y antecedentes de manipulación cervical, falta de higiene genital y el tabaquismo.

Es importante la realización de la citología vaginal mediante la técnica de Papanicolaou (PAP) para el diagnóstico precoz del CCU. El diagnóstico puede hacerse en períodos donde las lesiones son todavía intraepiteliales, para de esta manera evitar su progresión al cáncer clínicamente invasor. Aun cuando los programas de pesquiasaje hayan seleccionado diferentes frecuencias de evaluación y sean distintas las edades seleccionadas para el comienzo y terminación de estos estudios, deben aportar ventajas en la prevención del CCU. (Montano LM, 2017)

Los resultados de las pruebas de Papanicolaou realizadas durante los exámenes de rutina al inicio de la atención prenatal son anormales en el 8-12% de los casos. En general, la prevalencia de la citología cervical anormal durante el embarazo es similar a la de las mujeres en la misma edad, que no están embarazadas. La incidencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en el embarazo varía entre las diferentes poblaciones de pacientes, al igual que en las mujeres no embarazadas, pero, cuando están emparejadas por la edad, el riesgo de NIC no es mayor entre las mujeres que no están embarazadas, el cual oscila entre 3,4 y 10,0%. El tratamiento de las mujeres embarazadas con citología anormal depende del grado de su anormalidad citológica, de los resultados de la colposcopia, y cuando es necesario, de biopsia dirigida. Debido a que el único diagnóstico que puede alterar el tratamiento durante el embarazo es un cáncer invasivo,

el tratamiento en mujeres embarazadas con citología cervical anormal o comprobado por biopsia NIC es generalmente más conservador en comparación con la administración de la citología e histología similar en las mujeres no embarazadas.

Sin embargo, las recomendaciones internacionales para la displasia cervical no están bien definidas y se basan en datos recogidos de las mujeres no embarazadas, en la opinión de expertos y sus experiencias anecdóticas o en serie retrospectiva de las mujeres embarazadas.

Estudios previos muestran una tasa de regresión de NIC posparto variando de 12-97% y una tasa de persistencia a la progresión de 2-60%; Sin embargo, no existen datos definitivos o directrices basadas en la evidencia para la displasia cervical diagnosticada durante el embarazo (Ciavattini A, 2017)

Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad, varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad, entre los que más influyen se encuentran :

- **Infección con el virus del papiloma humano (VPH):**

Es un DNA virus de doble tira que parece participar en la fisiopatología del cáncer cervicouterino. El VPH se detecta en más del 90% de los canceres cervicouterino, también se detecta en lesiones displásicas precancerosas. Ciertos subtipos de HPV (16, 18, 31, 33 y 45) suelen relacionarse con neoplasias y cáncer cervicouterinos de alta malignidad. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). Es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo con exposición de más del 60% de las mujeres en edad reproductiva. Normalmente el VPH afecta la zona escamo-columnar actual y comienza por una LIEBG. Un gran porcentaje de las lesiones suele regresar a la normalidad en los siguientes dos años. Sólo aquellas infecciones persistentes se relacionan a cáncer de cérvix. Los NIC 3 son las genuinas precursoras del cáncer cervical y toma de 12-18 meses hasta varias décadas para evolucionar.

Datos recientes indican que puede ocurrir transmisión al feto, lo que en ocasiones causan papilomatosis respiratoria neonatal y juvenil. Sin embargo, el riesgo es bajo pues ocurre

en uno de cada 1000 fetos de madres infectadas. Las posibles vías de transmisión incluyen la transplacentaria, durante el parto o postnatal. La infección por VPH no es una indicación para operación cesárea.

- **Virus del Herpes Simple (HSV)**

En células de cáncer cervicouterino se han encontrado secuencia de DNA y RNA mensajeros de HSV-2, y pueden incrementar la probabilidad de infección por virus del papiloma humano.

- **La edad de la primera relación sexual:**

Se sabe que el riesgo de NIC aumenta 26 veces en las mujeres que iniciaron vida sexual en el primer año posterior a la menarca ya que la exposición a los mutágenos, es más fácil que desvíen hacia la vía neoplásica, si éstas se encuentran en una metaplasia activa.

- **Gestágenos orales y multiparidad:**

Se ha demostrado que el NIC y el cáncer cervical se encuentran más a menudo en mujeres multíparas asimismo se encuentra casi el doble de riesgo si la paciente toma gestágenos orales por más de cinco años.

La disminución de folatos y la disminución del metabolismo de los mutágenos parece ser parte importante en la elevación del riesgo, se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.

- **Bajo nivel socioeconómico:**

Ya que estas pacientes están más propensas a la promiscuidad, relaciones sexuales tempranas y abusos lo que incrementa el riesgo de patología cervical neoplásica.

- **Tabaquismo:**

Los derivados del humo del cigarrillo se concentran en el moco cervicouterino y se han relacionado con disminución en el número de células de Langerhans, que son macrófagos que participan en la inmunidad celular. Se ha encontrado un riesgo elevado

de padecer de LIEAG en pacientes fumadoras activas o pasivas, ya que el humo del cigarrillo contiene mutágenos tales como la nicotina, el alquitrán y la cotinina que predisponen a una transformación neoplásica de las células cervicales normales.

- **Inmunosupresión:**

La misma causada por distintos factores tales como el VIH, las pacientes con trasplantes renales, las pacientes con enfermedad de Hodgkin y leucemia aumentan cerca de 16 veces su riesgo para padecer cáncer de cérvix.

- Embarazos en mujeres jóvenes.
- Múltiples parejas sexuales.
- Parejas sexuales de alto riesgo: Aquellos cuyas parejas sexuales previas desarrollaron enfermedades precancerosas o cancerosas del cuello uterino.

- **Susceptibilidad genética:**

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

- **Condiciones del huésped que comprometan la inmunidad** (por ejemplo, mal estado nutricional, y la infección por VIH que se asocia con un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer de cuello uterino).

- **Factores ambientales** (por ejemplo, exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas) (Sellors J. W, 2013)

- Otros factores aumentan significativamente el riesgo de infección con el VPH.

Éstos incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. (Ministerio, 2017)

LESIONES PREMALIGNAS O LESIONES PREINVASORAS

Estas son lesiones, que como su nombre lo indica preceden o están en vías de transformarse en cáncer. Tales lesiones se diagnostican por medio de la citología cérvico-vaginal y más directamente con una biopsia (toma de un pedazo de tejido de aprox. 3-5 mm, valorada por un patólogo experto), como anteriormente lo hemos mencionado, el patólogo valora la morfología (forma) de las células y las posibles causas de las anormalidades que se presenten.

Las lesiones pre malignas o pre invasoras son un conjunto de células que cambian su forma normal adquiriendo formas muy primitivas poco a poco lo que conduce finalmente a células totalmente indiferenciadas (sin un patrón que las identifique) y que conocemos como cáncer.

Durante estas etapas de transformación, las clasificamos en displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) las cuales pueden ser Leve, Moderada Y Severa o NIC I, NIC II, NIC III respectivamente; según el espesor del epitelio que vaya involucrando, es decir, dependiendo de las capas de tejido que se vayan viendo afectadas.

Se considera que la displasia leve o NIC I es de bajo riesgo para el cáncer y en algunas pacientes ha habido remisión (curación) espontanea, es decir, sin ningún tipo de tratamiento. Aunque por otro lado también estas mismas lesiones pueden evolucionar y llegar a ser lesiones de alto grado para el cáncer. Las displasias moderada y severa NIC II y NIC III respectivamente, son consideradas como de alto riesgo para el cáncer.

La mayor parte de neoplasias intraepiteliales cervicales o displasias ocurre frecuentemente en mujeres entre los 20 y 34 años de edad pudiendo progresar la enfermedad pre invasora y hasta llegar a un cáncer invasor siendo este último diagnosticado en mujeres de los 45-50 años de edad más frecuentemente.

El cáncer no es una enfermedad que se instale de la noche a la mañana, es una enfermedad (degeneración celular) que ocurre progresivamente y que puede prevenirse y ser remediado si es diagnosticado en sus etapas más tempranas (lesiones pre malignas o pre invasoras) por medio, en este caso, de la citología cérvico-vaginal en forma anula. (Solomon D, 2006)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

Se define como una variedad de epitelios escamosos de morfología anormal, en la que se pueden encontrar alteraciones estructurales y en la maduración, así como la ausencia total de diferenciación; están situados en la superficie o relleno de glándulas, pero aun sin invadir. Según la intensidad y variabilidad de dichas anomalías podríamos agruparlos así:

NIC grado I:

Es una neoplasia ligera, ya sea en el epitelio cervical común o en un condiloma plano marcado por cambios coilocíticos; las alteraciones celulares afectan aproximadamente el tercio inferior de todo el epitelio.

NIC grado II:

Es una neoplasia moderada, puede relacionarse con variación en el tamaño celular y nuclear y con mitosis de aspecto normal por arriba de la capa basal de la mucosa o de los condilomas planos. Hay compromiso de los dos tercios inferiores del epitelio total.

NIC grado III:

Es la neoplasia severa, caracterizada por mayor variación en el tamaño de células y núcleos, en orientación desordenada, hiperchromasia y mitosis normales o anormales; a veces cerca de la capa superficial la diferenciación de las células superficiales y los cambios coilocíticos han desaparecido o se encuentran muy rara vez en esta displasia los cambios epiteliales no han invadido el estroma subyacente, pero puede extenderse hacia las glándulas endocervicales, por esto se ha denominado carcinoma in situ. La alteración celular se extiende a través de todo el espesor del epitelio (tres tercios). (Worren Torriente H, 2017)

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO

Una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor.

Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos que conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad intraepitelial. (I.R, Neoplasias, 2009)

Los tratamientos destructivos solo tienen indicación en el condiloma cervical o en la Neoplasia Intraepitelial I, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: lesión pequeña totalmente visible, confirmada en un examen colposcópico valorable, y con ausencia de lesión endocervical verificada mediante legrado o citología con cepillado y asegurando su seguimiento. Con estos criterios, los resultados son semejantes con cualquiera de las técnicas, con tasas de curación del 90.96%. (contreras, 2017)

PRUEBAS EXISTEN PARA CONFIRMAR UNA DISPLASIA Y LA PRESENCIA DE HPV

El primer paso siempre a seguir es la realización de la citología cérvico-vaginal anual, posteriormente si se detecta el HPV y algún grado de displasia, el siguiente paso es la colposcopia (estudio en el cual podemos tener una amplificación en la visualización del cérvix, pudiendo valorarlo mejor macroscópicamente, es como verlo a través de una lupa) y la toma de una biopsia dirigida hacia los sitios que se vean sospechosos, la biopsia nos sirve para confirmar el grado de la displasia.

Actualmente, contamos con pruebas de tipo molecular (reacción en cadena de polimerasa PCR o mediante captura de híbridos) con las que podemos saber si el causante de la displasia virus del papiloma humano (HPV) que porta la paciente es de bajo o alto riesgo para el cáncer y de esta manera dar un tratamiento dirigido, teniendo al mismo tiempo un pronóstico más certero. Esta prueba se realiza en la paciente de una forma similar a la de la citología y se puede tomar en la oportunidad de una citología de control.

TRATAMIENTOS EXISTEN PARA LA CURA DE LAS DISPLASIAS Y DEL HPV

Antes, cabe mencionar que la terapéutica a seguir es según el grado de la lesión pre invasora o si ya hay un cáncer y si cuenta o no con paridad satisfecha.

Los tratamientos convencionales, actualmente son: La criocirugía (se queman las lesiones con congelación), la cirugía láser (vaporización del tejido lesionado), cono cervical (escisión con asa diatérmica funciona como método diagnóstico y terapéutico), cono cervical terapéutico (escisión quirúrgica de parte lesionada del cerviz),

quimioterapia local (tópica, o sea por medio de pomadas), en ocasiones algunos investigadores recomiendan radioterapia en alguna etapa de la enfermedad; y finalmente la histerectomía (escisión del útero o matriz).

Tratamiento inmunoterapéutico (inmunología-oncológica), nos ofrece dar al paciente un tratamiento más conservador y sin ningún tipo de agresión a los tejidos.

El tratamiento inmuno-oncológico, logra que los ya mencionados Linfocitos “T” se multipliquen en número y tengan un mejor funcionamiento: ya que como se ha establecido, además de combatir células tumorales, estos linfocitos también poseen la capacidad de fagocitar (comer) virus, además trabajan de la mano con otro tipo de sustancias que también forman parte de nuestro sistema inmunológico y así potencian aún más este efecto de destrucción contra células anormales y/o agentes dañinos a nuestro cuerpo.

Es por esto que lo hace un tratamiento completo, además de que en forma individualizada podemos tratar desde una lesión pre invasora hasta un cáncer. Todo esto nos da un 100% en curación de las displasias y de la erradicación del virus del papiloma humano (HPV), sin darnos mayores efectos secundarios y con la confiabilidad de que existe una notable disminución en recurrencias.

Este tratamiento este hecho a base de lektinas, sustancias que tienen un alto poder mitogeno linfocitario (multiplicación de linfocitos T) específico, con lo que además se inicia toda la respuesta inmune celular y está en combinación con otras sustancias que potencian su acción. Su aplicación es por medio de inyecciones por vía subcutánea y la dosis y el tiempo de administración se dan según la respuesta de cada paciente, bajo control estricto del médico tratante.

El tratamiento se da en pareja, solo que en el hombre la administración es mas corta, pudiendo ser incluso tópica. (Nicaragua MD, 2006)

CANCER CERVICO UTERINO.

Fisiopatología

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están compuestos por epitelio columnar secretor, originado embriológicamente de la invaginación de los conductos mullerianos. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo de células. La vagina y el ectocervix distal están

compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares mullerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular. (Worren Torriente H, 2017)

La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra entre el ectocervix central y el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia. La unión escamo columnar original es una zona de transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada metaplasia.

En las mujeres en edad reproductiva, la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Esta área entre la original y la nueva UEC es referida como la zona de transición.

Las células escamosas inmaduras metaplasias en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia. La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en el UEC.

En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera (crecimiento exofítico), en contraste, en pacientes de mayor edad, la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical (crecimiento endofítico). Las células de reserva en la unión escamocolumnar han sido vigiladas con interés como origen del adenocarcinoma cervical.

Sin embargo, la mayoría de los adenocarcinomas cervicales surgen en la unión escamo columnar.

El VPH es asociado a un alto grado de lesiones cervicales y es considerado el agente causal en el desarrollo de cáncer cervicouterino. Esta relación ha sido descrita por Bosch y Cols, y es ahora bien aceptado el modelo para entender la oncogénesis mediada por virus (Jhingan, 2016)

El virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, es la causa primaria del cáncer cérvico uterino. La infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer Cérvico uterino.

Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaron cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores.

Las mujeres con infección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones.

La infección genital por VPH se considera una enfermedad de transmisión sexual en la mayoría de los casos, aunque se admite en un pequeño porcentaje la transmisión mediante Fómites (sustancias u objetos inanimados contaminados por la secreción conteniendo VPH, ejemplo: jabones, ropa íntima compartida, toallas, espéculos no esterilizados, etc.) es muy difícil prevenir la transmisión del VPH.

Los métodos anticonceptivos de barrera solo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte de área ano genital (incluso en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años.

Cofactores como la paridad, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino.

En varios estudios las mujeres con 3 o 4 embarazos de término tenían un riesgo 2.6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz: las mujeres con 7 partos o más, presentaron un riesgo 3.8 veces mayor el tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones precancerosas cervicales y cáncer.

Otro posible cofactor: Anticonceptivos orales, podría aumentar hasta 4 veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en las mujeres infectadas por el VPH.

El comportamiento sexual de la mujer es relevante para considerarlo un factor de riesgo, se debe hacer énfasis en mujeres que aunque ellas tengan una sola pareja, si el hombre tiene una práctica sexual promiscua y/o tiene antecedentes de haber tenido una pareja portadora de cáncer cérvico uterino se considera una pareja sexual de riesgo. (Nicaragua MD, 2006)

Tipos histológicos de cáncer cervicouterino

La Organización Mundial de la Salud (WHO) reconoce dos tipos histológicos principales de cáncer invasivo: carcinoma de células escamosas, que constituye cerca del 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos. Otros tipos de carcinoma como el carcinoma adeno escamoso, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastásico constituyen el restante 3-5% de casos.

Las técnicas de detección oportuna han disminuido la mortalidad principalmente debida al carcinoma de células escamosas; sin embargo, la prevalencia del adenocarcinoma no ha tenido un impacto significativo por la realización de Papanicolaou (Yoshikazu, 2013)

Carcinoma de células escamosas del cérvix

Estos son a su vez clasificados a su vez en queratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrugosos verdaderos del cérvix son raros.

Adenocarcinoma cervical son menos frecuentes y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Típicamente surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix.

El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical.

Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, algunas veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una distrucción importante del exocérvix.

Existen otras variantes histológicas que incluyen el carcinoma endometroide de, villoglandular, mesonéfrico seroso, tipo intestinal y en anillo de sello. El adenocarcinoma de células claras del cérvix es asociado con la exposición in útero al dietilelbestrol (DES), diagnosticado en mujeres jóvenes, se ha asociado a célula

Presentación clínica

Las neoplasias pre invasivas y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es necesario el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden presentar son la molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, descarga vaginal con mal olor, dispareunia, dolor pélvico que puede ser ocasionado por contracciones uterinas causadas por la acumulación de sangre menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical. El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes.

Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados. Se puede presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión de linfáticos o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, así como problemas con la micción y defecación. Se pueden presentar síntomas relacionados con metástasis a distancia y constitucionales en enfermedad muy avanzada. (Jhingan, 2016)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

1. Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo de corte transversal, enfoque cuantitativo.

2. Unidad de análisis:

Pacientes atendidas en el Programa Mujer del Centro de Salud, Perla María Norori, en el periodo Abril 2018-Abril 2021

3. Área de estudio:

Pacientes atendidas en el Programa Mujer del Centro de Salud, Perla María Norori ubicado en el sector sur- este de la ciudad de León que atiende a una población de 22,243 habitantes

4. Universo:

Estuvo constituido por 25 pacientes que se realizaron Papanicolaou en el periodo comprendido de Abril 2018- Abril 2021.

5. Muestra:

Estuvo conformado por las 16 pacientes que se realizaron Papanicolaou en el periodo comprendido de Abril 2018- Abril 2021, las cuales cumplieron criterios de inclusión.

6. Fuente de información

Fuente primaria indirecta, a través de una ficha de recolección de información previamente estructurada extraída de los expedientes clínicos que contenían resultado de Papanicolaou alterado de las pacientes

7. Tipo de Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan iniciado vida sexual activa
- Pacientes con resultados de Papanicolaou alterado.
- Pacientes propias de atención medica del área geográfica.
- Que se encuentre entre las edades de 18 a 65 años.
- Que este ingresada en el programa mujer del Centro de salud
- Pacientes con antecedentes de lesión cervicales y cáncer cérvico uterino que asistieran al programa mujer del centro de salud.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no hayan iniciado vida sexual activa
- Pacientes con resultados de Papanicolaou sin alteración o lesión.
- Pacientes foráneas de atención médica.
- Pacientes menores de 18 años y mayores 65 años

8. Técnicas e instrumento de recolección de información

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información que contenía los mismos indicadores de la ficha de tamizaje único de PAP establecida por el Ministerio de Salud. La cual estaba distribuida en 4 apartados: característica sociodemográfica, antecedentes ginecoobstétricos, lesión cervical más frecuente y factores asociados a lesiones premalignas.

La recolección de la información se realizó por pasos, primero se solicitó permiso a la Dirección del Centro de Salud, para la autorización en realizar el estudio y luego se solicitó a la responsable del área de estadística los expedientes para la recolección de los datos. Los cuales se utilizaron para el llenado de las fichas de recolección de información que constaba de preguntas cerradas y con los apartados antes mencionados.

9. Plan de análisis

Se realizó el procesamiento de la información a través del programa de Word para la redacción del informe, además la aplicación Google drive form, de donde se obtuvo base de datos en Excel, gráficos y tablas dinámicas con frecuencias y porcentajes.

10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.

Objetivo Especifico N°1: Describir las características sociodemográficas de las pacientes a investigar.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Edad	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Años	18 -25 26-30 31 -35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 61-65
Estado civil	Forma de estar ante la sociedad y de unión con su pareja	Relación conyugal	Soltera Casada Unión libre.
Procedencia	Referencia según el área de origen de la paciente al momento del estudio.	Área geográfica	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel de estudio cursado al momento del estudio		Primaria Secundaria Universitaria Profesional Analfabeta.
Ocupación	Tipo de responsabilidad que ejerce o realiza la persona al momento del estudio reflejado en expediente clínico	Tipo de trabajo	Ninguno Obrera Estudiante Ama de casa Comerciante Profesional.

Objetivo Especifico N°2: Identificar los antecedentes personales Ginecobstétricos y salud sexual y reproductiva de las pacientes en estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
----------	----------	-----------	--------------

Número de gestas	Número de embarazos de las pacientes reflejados en el expediente clínico	Cantidad de gestas	Ninguno. Primigestas Bigesta Trigestas Multigestas
PAP anterior	Antecedente de realización de Papanicolaou años anteriores	Realización de PAP	Si No
Vía del parto	Ruta final de atención del parto reflejado en el expediente clínico.	Vía de nacimiento	Vaginal Cesárea.
Número de partos	Número de nacimientos vivos reflejados en el expediente clínico	Cantidad de nacimientos	0 1 - 2 3 - 4 ≥ 5.
Número de abortos	Cantidad de abortos referidos en el expediente clínico	Cantidad de abortos	0 1 - 2 3 - 4 ≥ 5.
Número de parejas sexuales	Persona con las pacientes investigadas han sostenido relaciones sexuales reflejado en el expediente clínico.	Cantidad de parejas	1 2 3 ≥ 4.

Objetivo Especifico N°3: Determinar las lesiones cervicales más frecuentes en las pacientes investigadas.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Lesiones pre malignas	Tipo de Alteración en el resultado de Papanicolaou referido en el expediente clínico	Tipo de lesión	ASC-H ASC-US LEIBG LEIAG

Numero de Papanicolaou alterado	Cantidad de Papanicolaou alterado de acuerdo al expediente clínico de la paciente	Numero de PAP	1 - 2 3 - 4
---------------------------------	---	---------------	----------------

Objetivo Especifico N°4: Mencionar los factores predisponentes a lesiones cervicales en las pacientes en estudio

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
IVSA	Inicio de la primera relación sexual reflejado en el expediente clínico.	Años	14 -19 20-24 25-30 ≥ 30.
Anticonceptivo utilizado	Método que impide o reduce significativamente las posibilidades de un embarazo o transmisor del VPH.	Método de planificación familiar	Gestagenos orales Inyectables Preservativo DIU Ninguno
Antecedentes Personales no Patológicos	Es el dato referido en el expediente clínico sobre los hábitos tóxicos o la práctica habitual de una persona	Habito toxico	Alcohol Tabaco Drogas Ninguna
Año de	Es referido en el año en que fue diagnosticada de cancer.	Año.	2018 2019 2020 2021

10. Plan de recolección de datos.

Se estableció contacto con la directora del Centro de Salud Perla María Norori donde se realizó el estudio para obtener el permiso necesario y así revisar en estadísticas, los expedientes de las pacientes que asistentes al centro y que están ingresadas en el programa mujer. Se realizó llenado del formato de los expedientes clínicos en una base de datos.

11. Validación del Instrumento

Para la validación del instrumento se realizó una prueba de pilotaje en siete expedientes clínicos, a través de una ficha de recolección de información con preguntas cerradas, las cuales constaban con 4 apartados, los cuales se llenaron con la información brindada por los expedientes clínicos, siendo depuradas para disminuir los sesgos y realizar un control oportuno, posterior fue validado por dos expertos especializados en Salud Sexual y Reproductiva y Metodología de la investigación.

12. Aspectos éticos

Se realizó un consentimiento informado de solicitud para el permiso a la directora del Centro de Salud para la revisión de los expedientes clínicos y obtención de datos de los registros del programa integral a mujer. Basados en la Declaración de Helsinki en la confidencialidad (anonimato), justicia y beneficencia, esta investigación se realizó con fines educativos, sin daño a terceras personas.

VIII. RESULTADOS.

En cuanto al grupo etario de la población en estudio los grupos predominantes fueron de las edades de 31-35 años, de 51-65 años 3 pacientes (18.75%) respectivamente y en menor proporción los grupos de 26-30 años y 36-50 años, 1 paciente (6.25%) correspondientemente. **(Tabla N° 1)**

En relación a la procedencia de las pacientes en estudio se observó que la mayor parte de la población eran del área urbana 13 pacientes (81.25%) y del casco rural 3 pacientes (18.75%). **(Tabla N° 2)**

Con respecto al estado civil de la población investigada se encontró que la mayor parte eran solteras 12(75%), seguido en menor frecuencia las casadas y en unión libre 2 pacientes (12.50%) respectivamente. **(Tabla N° 3)**

En lo concerniente al nivel académico de las pacientes investigadas se observó que la mayor parte tenían un nivel educativo de primaria 7 (43.75%) seguido del nivel secundario 3 pacientes (18.75%) y en menor frecuencia los niveles de educación universitaria profesional y analfabeta, 2 pacientes (12.50%) respectivamente. **(Tabla N° 4)**

En lo relacionado a la ocupación de las pacientes investigadas se encontró que la mayor parte eran amas de casa 12 (75%) seguido de las obreras 3(18.75%) y en menor proporción las comerciantes 1 (6.25%). **(Tabla N° 5)**

En lo concerniente al número de gestaciones de las mujeres en estudio, se evidencio que la mayor parte de estas eran multigestas 10 (62.50%), seguido de las bigestas 3 (18.75%) y en menor proporción las trigestas 2 (12.50%) y las primigestas 1 (6.25%). **(Tabla N° 6)**

En relación a los antecedentes propios de las pacientes investigadas, se observó igual proporción en cuanto a la realización o no del Papanicolaou 8 (50%). **(Tabla N° 7)**

En lo relacionado a la vía de finalización del embarazo, la mayor parte de las pacientes habían tenido parto vía vaginal 15(93.75%) y solamente vía cesárea 1 (6.25%). **(Tabla N° 8)**

En cuanto al número de parto de las pacientes en estudio se encontró que la mayoría tenían un número de partos de 1-2, 6 pacientes (37.50%), seguido de las que tenían números de partos de 3-4 y mayor de 5 partos, 5 pacientes (31.25%) respectivamente. **(Tabla N° 9)**

En relación al número de abortos de la población investigada se verifico que la mayor parte no había tenido abortos 13 pacientes (81.25%) seguido de las que habían presentado de 1-2 abortos (12.50%) y menor frecuencia las que y habían tenido de 3-4 aborto 1 (6.25%). **(Tabla N° 10)**

En cuanto al número de parejas sexuales de la población investigada se encontró que la mayor parte habían tenido un número de parejas de 2, reportándose en 8 pacientes (50%), seguido de las que habían tenido 3 parejas sexuales 4(25%) y en menor frecuencia los extremos de 1 pareja sexual y más de 4 parejas sexuales 2 pacientes (12.50%) respectivamente. **(Tabla N° 11)**

Con respecto al tipo de lesión pre maligna determinada a través de Papanicolaou en las pacientes en estudio se encontró que predomino el tipo de lesión LEIBG en 9 pacientes (56.25%) seguido del tipo LEIAG 5 pacientes reportadas (31.25%) y en menor frecuencia el tipo ASC-H en 2 pacientes (12.50%). **(Tabla N° 12)**

Con relación a la calificación del reporte de Papanicolaou alterado en las pacientes en estudio se encontró que la mayor parte de estas presentaban de 1-2 Papanicolaou alterados 12 pacientes (75%) y de 3-4 reportes alterados de Papanicolaou 4 pacientes (25%). **(Tabla N° 13)**

En lo relacionado a la edad de inicio de vida sexual activa de las usuarias investigadas se encontró que la mayor parte de estas iniciaron las prácticas sexuales entre las edades de 14-19 años 13 pacientes (81.25%) y en menor proporción los grupos de edades 20-24 años, 2 pacientes (12.50%) y de 25-30 años, 1 paciente (6.25%). **(Tabla N° 14)**

En lo concerniente al método anticonceptivo utilizado por las pacientes investigadas, se verifico que la mayor parte de la población no utilizaban métodos de planificación familiar 13 pacientes (81.25%), seguido en una proporción minoritaria los métodos como son gestágenos orales, preservativos y DIU, 1 paciente (6.25%) respectivamente. **(Tabla N° 15)**

En lo referente a los antecedentes personales no patológicos, se encontró que la mayor parte de población en estudio no presentaban hábitos tóxicos, 14 pacientes (87.50%) y solamente se reportó los hábitos de ingesta de alcohol y consumo de drogas en una paciente (6.25%) respectivamente. **(Tabla N° 16)**

En lo relacionado al año en que fueron diagnosticadas con cáncer las pacientes en estudio predominó el año 2019 con 8 pacientes (50%), seguido del año 2020 con 5 pacientes (31.25%), mientras que en el año 2018 se reportaron con diagnóstico de cáncer 2 pacientes (12.50%) y en el año 2021 solo se reportó un caso (6.25%). **(Tabla N° 17)**

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En cuanto al grupo etario de la población en estudio los grupos predominantes fueron de las edades de 31-35 años representados por el 18.75%, estrechamente relacionado con el estudio internacional realizado por **Salazar Torrez**, del año 2016 sobre prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales tenemos que la edad con más prevalencia es la mayor a 29 años.

En relación a la procedencia de las pacientes en estudio se observó que la mayor parte eran del área urbana 81.25%, lo que se asemeja al estudio nacional realizado por **Mena y Ticay M** del año 2017, donde el 83.35% de su población en estudio más afectada era de la zona urbana.

Con respecto al estado civil de la población investigada se encontró que la mayor parte eran solteras en un 75%, sin embargo, no se encontraron estudios que consideraran relevante esta variable.

En lo concerniente al nivel académico de las pacientes investigadas se observó que la mayor parte tenían un nivel educativo de primaria en un 43.75%, lo cual se encuentra en estrecha relación con el estudio nacional **Mena y Ticay M**, del año 2017, donde el 63.3% de su población tienen un nivel académico de primaria.

En lo relacionado a la ocupación de las pacientes investigadas se encontró que la mayor parte eran amas de casa el 75% lo cual coincide con la investigación nacional realizada por **Mena y Ticay M** donde el 93.3% de la población eran amas de casa.

En lo concerniente al número de gestaciones de las mujeres en estudio, se evidencio que la mayor parte de estas eran multigestas en un 62.50%, lo que concuerda con estudio internacional realizado por **Salazar Torrez**, en el año 2016, donde refleja que la multiparidad son factores relacionados con la presencia de LIE del cérvix uterino.

En relación a los antecedentes propios de las pacientes investigadas, se observó igual proporción en cuanto a la realización o no del Papanicolaou en un 50%. Según estudios nacional realizado por **Urroz Nicaragua**, en el 2010 donde el Papanicolaou tiene una especificidad y sensibilidad de los métodos diagnósticos mas importantes y seguros para el abordaje de lesiones intraepiteliales.

En lo relacionado a la vía de finalización del embarazo, la mayor parte de las pacientes habían tenido parto vía vaginal en 93.75% no encontrándose en investigaciones esta variable como dato referente a factor asociado a lesión cervical.

En cuanto al número de parto de las pacientes en estudio se encontró que la mayoría tenían un número de partos de 1-2 en un 37.50%, lo que guarda estrecha relación con el estudio internacional de **Salazar Torrez**, del año 2012 donde reporta que la multiparidad es un factor predisponente para las Lesiones intraepiteliales.

En relación al número de abortos de la población investigada se verifico que la mayor parte no había tenido abortos en un 81.25%, de acuerdo a investigaciones revisadas no se encontró que esta variable guarde relación con la aparición de lesiones cervicales.

En cuanto al número de parejas sexuales de la población investigada se encontró que la mayor parte habían tenido un número de parejas de 2, en un 50%, lo que concuerda con el estudio internacional realizado por **Payan Valenzuela**, del año 2012 donde la media del número de parejas sexuales es de 3.5-1.5 en su población de estudio

Con respecto al tipo de lesión pre maligna determinada a través de Papanicolaou en las pacientes en estudio se encontró que predomino el tipo de lesión LEIBG en un 56.25%, tomando como referencia el estudio internacional realizados por **Payan Valenzuela**, del año 2012, donde reporta que la lesión de bajo grado es predominante en los resultados del estudio para un 80% de su población.

Con relación a la calificación del reporte de Papanicolaou alterado en las pacientes en estudio se encontró que la mayor parte de estas presentaban de 1-2 Papanicolaou alterados en el 75% de las pacientes, no se encontró investigaciones que consideren esta importante como factor de riesgo para lesiones cervicales.

En lo relacionado a la edad de inicio de vida sexual activa de las usuarias investigadas se encontró que la mayor parte de estas iniciaron las prácticas sexuales entre las edades de 14-19 años en un 81.25% según la investigación internacional realizados por **Payan Valenzuela**, en el año 2012 revela que la edad predominante de inicio de vida sexual activa es de 17 años a más.

En lo concerniente al método anticonceptivo utilizado por las pacientes investigadas, se verifico que la mayor parte de la población no utilizaban métodos de planificación

familiar en un 81.25%, no se investigaciones nacionales e internacionales que evidencien la relación significativa de esta variable.

En lo referente a los antecedentes personales no patológicos, se encontró que la mayor parte de población en estudio no presentaban hábitos tóxicos, sin embargo, el

12.5% presentaban hábitos de tabaquismo y consumo de drogas, en contraste con el estudio internacional de **Payan Valenzuela 2012** refieren que un 78.6% de la población en estudio tenían hábitos tóxicos (tabaquismo).

En lo relacionado al año en que fueron diagnosticadas con cáncer las pacientes en estudio predominó el año 2019 en un 50%, no encontrando estudio que consideren de relevancia con la aparición de lesión cervical.

X. CONCLUSIONES

1. De las características sociodemográficas de las pacientes investigadas, el grupo etario que predominó fue de 31-35 años, de procedencia urbana, estado civil solteras, con nivel académico de primaria y de ocupación amas de casa.
2. Los antecedentes personales Ginecobstétricos y salud sexual y reproductiva encontrados en las pacientes fueron número de gestaciones multigestas, igual proporción se encontró en cuanto a la realización o no del Papanicolaou, la vía de finalización del embarazo fue vaginal, el número de partos fue de 1-2, el número de abortos predominó que NO tenían dicho antecedente y el número de parejas sexuales fue de 2.
3. Las lesiones cervicales más frecuentes en las pacientes investigadas fue el tipo de lesión LEIBG y la calificación del reporte de Papanicolaou alterado en las pacientes fue de 1-2 estudios.
4. Los factores predisponentes a lesiones cervicales en las pacientes en estudio fueron la edad de inicio de vida sexual activa de 14-19 años, no utilización de métodos de planificación familiar y hábitos tóxicos consumo de alcohol y drogas en menor proporción, el año de diagnóstico de cáncer fue en el 2019.

XI. RECOMENDACIONES

Comentado [HU1]: Revisar orden de tesis primero van conclusiones y por ultimo recomendaciones

A la Dirección del Centro de Salud Perla María Norori:

- Diseñar estrategias o desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer cervicouterino, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del Centro de Salud Perla María Norori; encaminadas a obtener una conducta preventiva entre las usuarias sobre aquellos factores modificables.
- Fortalecer el rol del personal de salud en la detección de lesiones del cuello uterino, y en implementar estrategias de captación de mujeres que presenten factores de riesgo.

Al Personal de Salud del Centro de Salud Perla María Norori:

- Dirigir acciones para las mujeres en riesgo, afin de mejorar la calidad de vida de las mismas. Estimular a las mujeres en riesgo de lesiones precursoras de cáncer a realizarse su PAP sistemáticamente e informar a otras mujeres la fiabilidad de dicha prueba.
- Implementar la Consejería de Parejas acerca de la importancia de la fidelidad.

A las mujeres que asisten al Programa Atención a la Mujer:

- Realizarse el Papanicolau sistemáticamente, incluso si los resultados anteriores se han reportado normales.
- Cumplir con las orientaciones dirigidas por el personal de salud, para el seguimiento y control de las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.
- Propiciar una mejor comunicación de pareja con el fin de reforzar la fidelidad entre ambos. Involucrar a la pareja en las decisiones de protección a la salud reproductiva

XII.BIBLIOGRAFÍA

- Salud.O.P., . (2012). *GLOBOGAN 2012*. Obtenido de [http:// globogan .iarc.fr](http://globogan.iarc.fr)
- A.M.I. (2016). recidiva de lesión intraepitelial cervical en pacientes post recepcion de cono con asa diatermica. *rev. Mexicana de ginecologia y obstetricia* , 84(2): 95-104.
- Avendaño castro KP, Avendaño Castro LP, Beltran Vidal AL. (13 de Febrero de 2010). *Evaluacion y modificacion de los conocimientos actitudes y practicas frente a infecciones de transmision sexual*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3741/1/MED32.pdf>
- Banegas G, C. T. (13 de Febrero de 2017). *prevalencia de genotipos del Papiloma Virus Humano (VPH) en muestras cérvico uterina y su relación con los factores de riesgo en mujeres con vida sexual activa de la provincia de Azuay 2014*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21055>
- calderonl.D. (2008). *Monografia para optar al titulo medico especialista Ginecoobstetricia*. Nicaragua,Managua.
- Calvillo paiz CR, R. C. (12 de febrero de 2017). *conocimientos y comportamiento en salud sexual*. Obtenido de [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 12]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_4_14/mgi08414.htm
- Castro Jara AP, P. N. (12 de Febrero de 2017). *frecuencia de lesiones premalignas y Maalignas de Cervix y factores de riesgo en pacientes atendidas durante los años 2011-2012, en el instituto de cancer SOLCA- cuenca 2013*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec:8080/handle/datos/2773>
- Catabelle.R. (Enero- febrero 2014.). *diagnostico tratamientos y prevenciones , deteccion del cancer cervico uterino*. francia.
- Ciavattini A, S. F. (2017). et al. Cervical intraepithelial neoplasia in pregnancy: Interference of pregnancy status with p16 and Ki-67 protein expression. . *Oncol Lett*, 13(1):301–6.
- contreras, D. Z. (2017). correlacion citologica colposcópica e histologica de las lesiones premalignas de cervix en pacientes atendidas en el hospital ernando Velez Paiz. *Managua, Nicaragua*, 99-103.

- Cuenca Marin C. (13 de Febrero de 2017). *Estudio de la expresión de circlina d1, bcl-2 y ki - 67 en el cancer invasor de cervix 2013*. Obtenido de file:///D:/Documents/Downloads/TDR_CUENCA_MARIN%20(1).pdf
- Dávila Gómez Henry, G. V. (24 de Noviembre de 2015). *Neoplasia intraepitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008*. *Rev. chil. obstet. ginecolo. 2011*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S0717.
- ENDESA. (2011). *INFORME FINAL*. Managua.
- Federación centro americana de asociaciones y sociedades de obstetricia y ginecologia. (13 de Febrero de 2017). *Guia de practica clinica y Manejo de lesiones Premalignas de Cáncer de cervix año 2016*. Obtenido de <Http://fecasog.com/sites/default/files72016>
- Fernandez.T.P., G. y. (31 de julio de 2009). *revista medica de verano*. Obtenido de <http://www.medico.org/medicreview//index.php>
- Gonzalez F, D. L. (2017). *Abordaje Diagnóstico ,Terapeutico y seguimiento de lesiones premalignas de cervix en pacientesde los municipios del departamento de Boaco*. MANAGUA, NICARAGUA: UNAN,MANAGUA.
- Hendry M, P. D. (9 de Febrero de 2017). *Talking about human papillomavirus and cáncer: protocol for a patient-centred study to develop scripted consultations*. 2016 Apr 25 . Obtenido de <Http: www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/aticles/PMC4853976>
- I.R, Neoplasias. (2009). Neoplasias Intraepiteliales cervicales tratadas con cono Leep. *IREN Norte*, 25-35.
- Jhingan, A. (2016). vulva and vagina. en abeloff;clinical Oncology. 4th. Ed. 91.
- León Cruz Grettell, B. D. (24 de Noviembre de 2017). *Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino*. *Revista cubana obst ginecologi. 2017*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300007&lng=es
- Lewis., M. J. (2004). *Analisis de la situación del cancer cervicouterino en america latina y el caribe*. Washington, D.C. .
- Lucia D.P. (s.f.). *Persistencia o recidivas de NIC enpacientes conizadas*. 2013: SCIELO VOL 73.

- M. d. (13 de junio de 2017). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
- Mena Ticay M. (2017). *realizo un estudio sobre el Comportamiento de lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino de mujeres procedentes del sector sur del municipio de granada*. MANAGUA, NICARAGUA.: UNAN,MANAGUA.
- MINSA. (2010). *prevencion del cancer cervico uterino atravaez de tamizaje con inspeccion visual de acido acetico (IVAA) y tratamiento con crioterapia*. Managua, Nicaragua: biblioteca nacional.
- Montano LM, S. Y. (13 de Noviembre de 2017). *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. Obtenido de Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. *Rev Cuba Med Gen Integral* 2015: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/59>
- Nicaragua MD, .. (2006). *Tecnica d prevencion, deteccion y atencion al cancer cervico uterino*. Managua, Nicaragua.: taller de artes graficas.
- OPS. (2013). *nota de orientacion de la OPS/OMS : prevencion y control integrales del cancer cervico uterino : un futuro mas saludable para niños y mujeres*. Washington,DC OPS . SUIZA.
- Orozco, E. &. (2011). . *Comportamiento Posterapéutico de laslesion es pre cancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en el programa sectorial de atención y prevención del cancer cervico uterino del centro de mujeres IXCHEN*. Managua, Nicaragua.: UNAN- MANAGUA.
- Patel A, T. N. (2017). A clinical review of borderline glandular cells reported on liquid-based cervical cytology. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* , 1; 117(9):1051–9.
- Payan Valenzuela, Z. (2011-2012). *México efectuó un estudio sobre Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado por IVPH (infección de virus del papiloma humano) en pacientes con ASCUS (atipias escamosas de significado incierto) en citología exfoliativa cervical*. Mexico.
- R., C. (2014). *DIAGNOSTICO TRATAMIENTO Y PREVENCIONES, DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICO UTERINO* . Managua.
- Salazar Torrez, Z. (2016). *Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales*. saraguro y macas.

- Sellors J. W, S. R. (2013). La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes capitulo 2; introducción a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) . *OPS , Washinton DC. , Pag 17-18 .*
- Solomon D, &. (2006). El sistema Bethesda para informar la citlogia cervical . . *definiciones criterios, notas aclaratorias. Buenos aires argentina, la estampa, pag. 15-16.*
- Urroz, M. 2. (2010). *Correlación Citológica ,Colposcópica e Histológica de lesiones premalignas de cervix en pacientes atendidas en la clinica de patologia cervical Hospital Bet. Managua, Nicaragua: Hospital Bertha Calderon - UNAN Managua.*
- Valdecantos Gomez, C. (13 de Febrero de 2017). *Enfermería y Virus del Papiloma Humano.2015.* Obtenido de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14820/1/TFG-O%20638.pdf>
- Worren Torriente H, V. (2017). Valor de la electro cirugía como tratamiento conservador del carcinoma insitu en el cuello uterino. *revis, cubana obtet gynecol., 10-12.*
- Wu ZN, C. W. (2016). The impact of natural history and genital tract distribution of human papillomavirus on technology for cervical cáncer screening. *Zhonghua Zhon Liu Za Zhi, 241-5.*
- Yoshikazu, O. (2013). MR imaging of the uterine Cervix;. *Imaging pathologic Correlation, 90-91.*

XIII. ANEXOS.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Ficha _____

Anexo 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

El siguiente instrumento tiene como objetivo Determinar los Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo abril 2018- abril 2021, la cual se llenará con información obtenida a través de los expedientes clínicos.

Apartado I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

- a) 18 -25
- b) 26-30
- c) 31 -35
- d) 36-40
- e) 41-45
- f) 46-50
- g) 51-55
- h) 56-60
- i) 61-65

Procedencia:

- a) Rural.
- b) Urbana.

Estado civil:

- a) Soltera.
- b) Casada.

- c) Unión libre.

Nivel Académico:

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Universitaria.
- d) Profesional.
- e) Analfabeta.

Ocupación:

- a) Ama de casa.
- b) Estudiante.
- c) Comerciante.
- d) Obrera.
- e) Ninguno.

Apartado II. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICIAS

Numero de Gestas:

- a) Ninguno.
- b) Primigestas.
- c) Bigesta.
- d) Trigestas.
- e) Multigestas.

Antecedente de Papanicolaou:

- a) Si.
- b) No.

Vía del parto:

- a) Vaginal.
- b) Cesárea.

Número de partos

- a) 0.
- b) 1-2.

- c) 3-4.
- d) ≥ 5 .

Numero de aborto:

- a) 0.
- b) 1 – 2.
- c) 3 – 4.
- d) ≥ 5 .

Número de parejas sexuales:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) ≥ 4

Apartado III: LESIÓN CERVICAL MÁS FRECUENTE

Lesiones premalignas:

- a) LEIBG
- b) LEIAG
- c) ASC-H
- d) ASC-US

Papanicolaou alterado:

- a) 1-2
- b) 3-4

Apartado IV: FACTORES ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS.

IVSA:

- a) 14 -19
- b) 20-24

- c) 25-30
- d) ≥ 30 .

Anticonceptivo utilizado:

- a) Gestágenos orales
- b) Inyectables
- c) Preservativo
- d) DIU
- e) Ninguno.

Hábitos Tóxicos:

- a) Alcohol
- b) Tabaco
- c) Drogas
- d) Ninguna

En que año fue diagnosticada de cáncer.

- a) Año 2018
- b) Año 2019
- c) Año 2020
- d) Año 2021

Anexo N°2: TABLAS DE RESULTADO.

Tabla N° 1: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al grupo etario.

EDAD	Fr	%
26-30	1	6.25
31 -35	3	18.75
36-40	1	6.25
41-45	1	6.25
46-50	1	6.25
51-55	3	18.75
56-60	3	18.75
61-65	3	18.75
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

TABLA N° 2: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a la procedencia.

PROCEDENCIA	Fr	%
Rural.	3	18.75
Urbana.	13	81.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N°3: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al estado Civil.

ESTADO CIVIL	Fr	%
Soltera.	12	75.00
Casada.	2	12.50
Unión libre.	2	12.50

TOTAL	16	100.00
--------------	-----------	---------------

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N°4: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al nivel académico.

Nivel académico	Fr	%
Analfabeta.	2	12.50
Primaria.	7	43.75
Profesional.	2	12.50
Secundaria.	3	18.75
Universitaria.	2	12.50
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 5: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a la ocupación

Ocupación	Fr	%
Ama de casa.	12	75.00
Comerciante.	1	6.25
Obrera.	3	18.75
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 6: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al numero de gestas.

N° de gestas	Fr	%
Primigestas.	1	6.25
Bigesta.	3	18.75
Trigestas.	2	12.50
Multigestas.	10	62.50
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 7: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a antecedente de Papanicolaou

Antecedente de Papanicolaou.	Fr	%
No	8	50.00
Sí	8	50.00
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 8: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a la vía del parto

Vía del parto	Fr	%
Vaginal.	15	93.75
Cesárea.	1	6.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 9: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al número de partos

N° de partos	Fr	%
1-2.	6	37.50
3-4.	5	31.25
≥ 5.	5	31.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 10: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al número de abortos.

N° de abortos	Fr	%
0	13	81.25
1 – 2.	2	12.50
3 – 4.	1	6.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 11 : Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al número de parejas sexuales.

Número de parejas sexuales:	Fr	%
1	2	12.50
2	8	50.00
3	4	25.00
≥ 4	2	12.50
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 12: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a lesiones Premalignas.

Lesiones Premalignas	Fr	%
LEIBG	9	56.25
LEIAG	5	31.25
ASC-H	2	12.50
TOTAL.	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 13: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a los papanicolaou alterado

Papanicolaou alterado	Fr	%
1-2	12	75.00
3-4	4	25.00
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 14: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al IIVSA

IIVSA	Fr	%
14 -19	13	81.25
20-24	2	12.50
25-30	1	6.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 15: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a los anticonceptivo más utilizado.

Anticonceptivo utilizado	Fr	%
Gestágenos orales	1	6.25
Preservativo	1	6.25
DIU	1	6.25
Ninguno.	13	81.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

Tabla N° 16: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo a los hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	Fr	%
Alcohol	1	6.25
Drogas	1	6.25
Ninguna	14	87.50
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

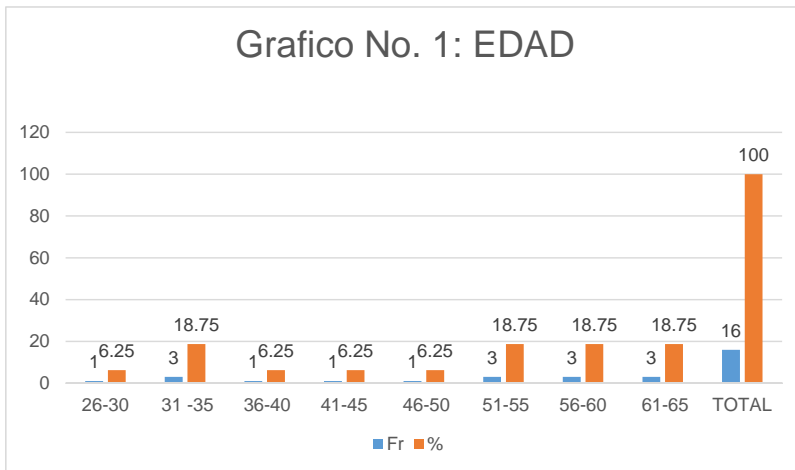
Tabla N° 17: Factores asociados a Lesiones Cervicales en pacientes atendidas en el Programa de Atención a la Mujer del Centro de Salud Perla María Norori, periodo Abril 2018-Abril 2021, distribución de acuerdo al año en que fue diagnosticada con cáncer

Año en que fue diagnosticadas con cáncer	Fr	%
AÑO 2018	2	12.50
Año 2019	8	50.00
Año 2020	5	31.25
Año 2021	1	6.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de información.

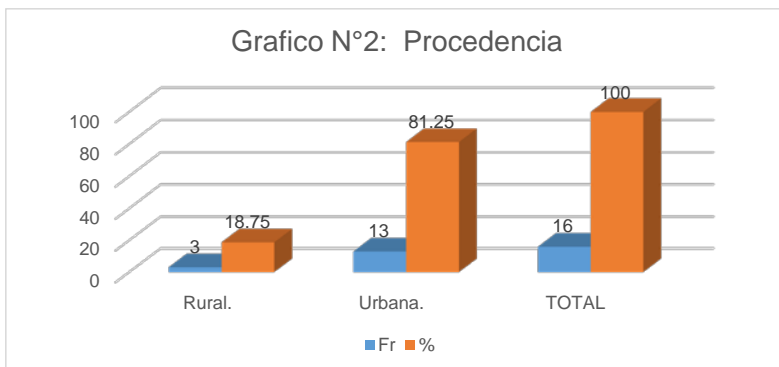
Anexo N°3: **GRAFICOS DE RESULTADOS.**

Gráfico N° 1: EDAD



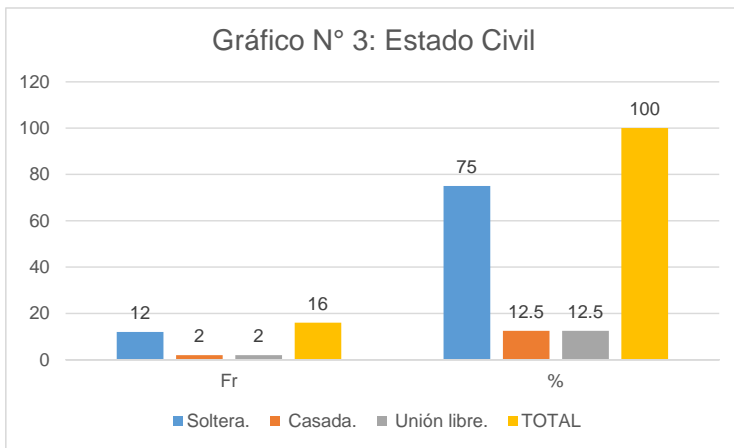
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N° 2: Procedencia



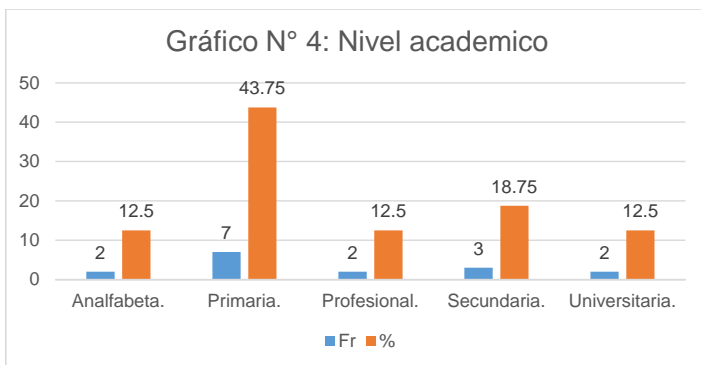
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N° 3: Estado Civil



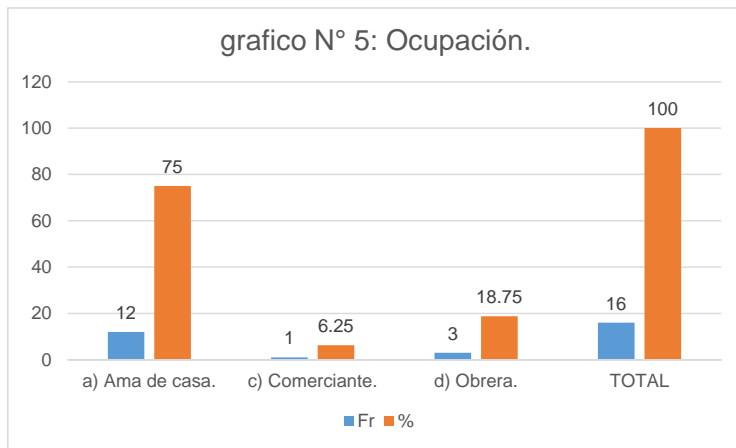
Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 4: Nivel académico



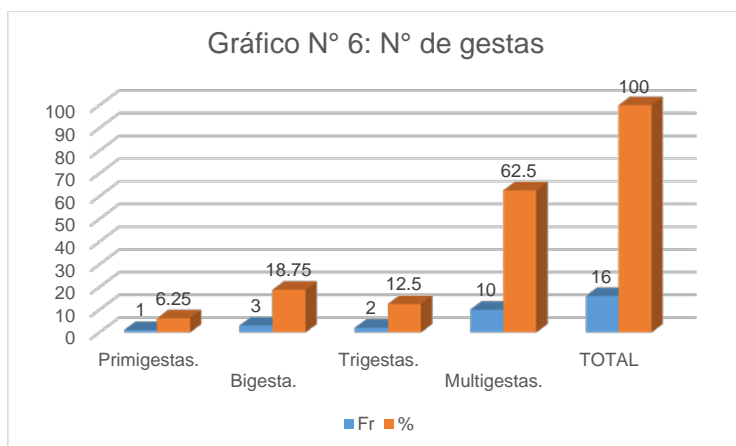
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°5 : Ocupación.



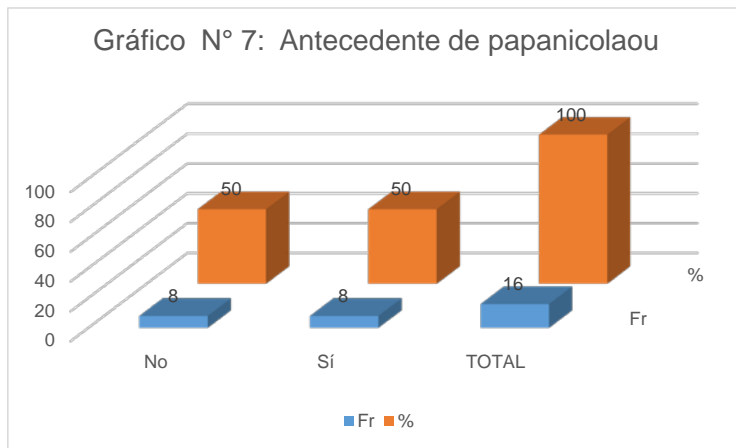
Fuente: Tabla N°5

Gráfico N° 6: Numero de gestas.



Fuente: Tabla N°6

Gráfico N° 7: Antecedente de Papanicolaou



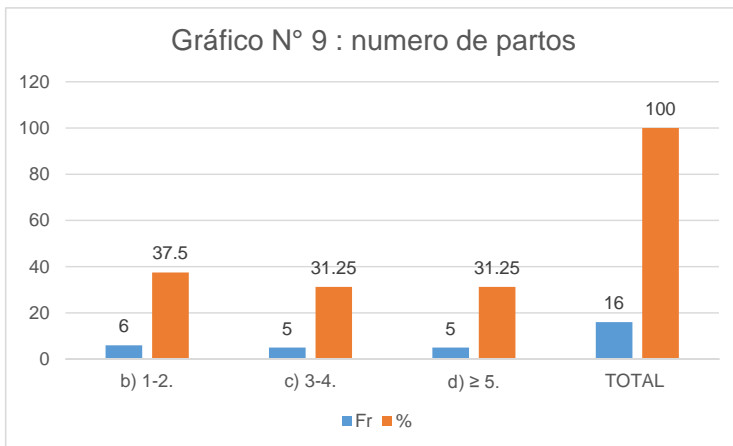
Fuente: Tabla N°7

Gráfico N° 8: Vía del parto.



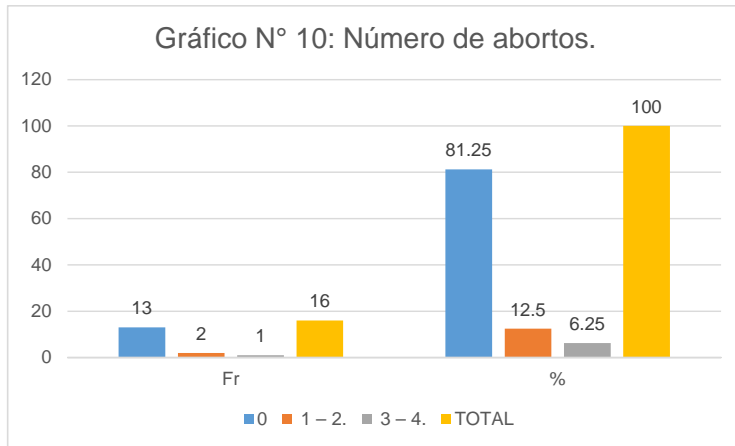
Fuente: Tabla N°8.

Gráfico N° 9: Número de partos.



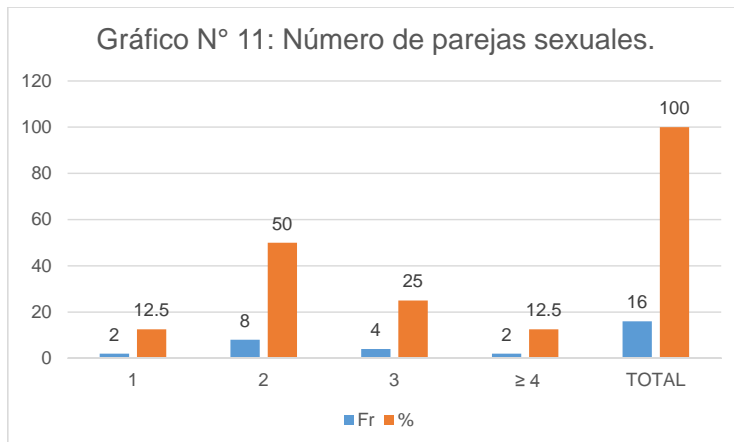
Fuente: Tabla N°9

Gráfico N° 10: Número de abortos.



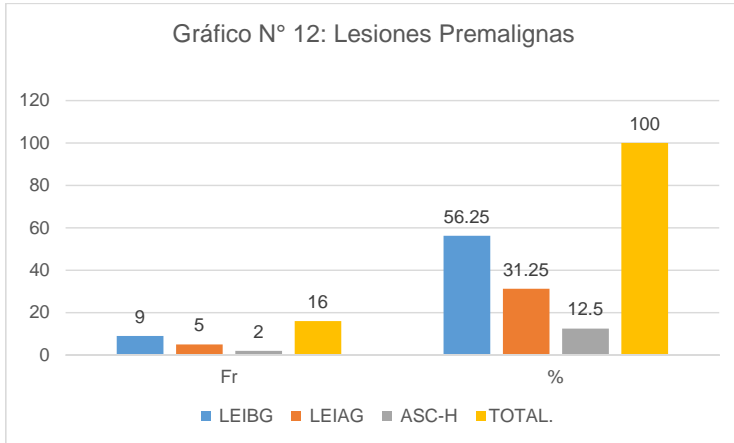
Fuente: Tabla N°10

Gráfico N° 11: Número de parejas sexuales.



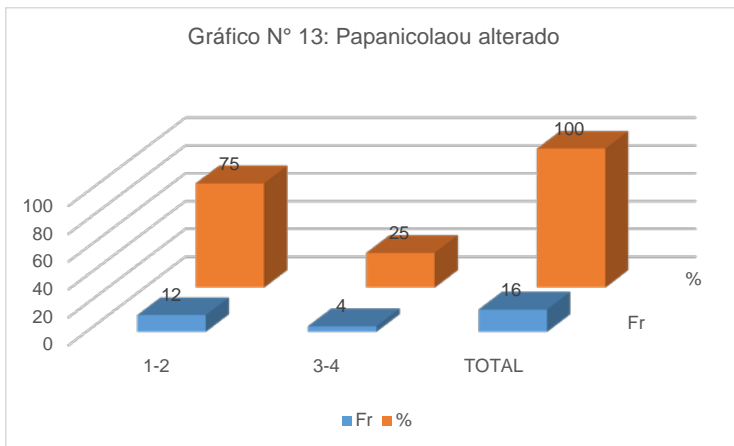
Fuente: Tabla N°11

Gráfico N° 12: Lesiones Premalignas



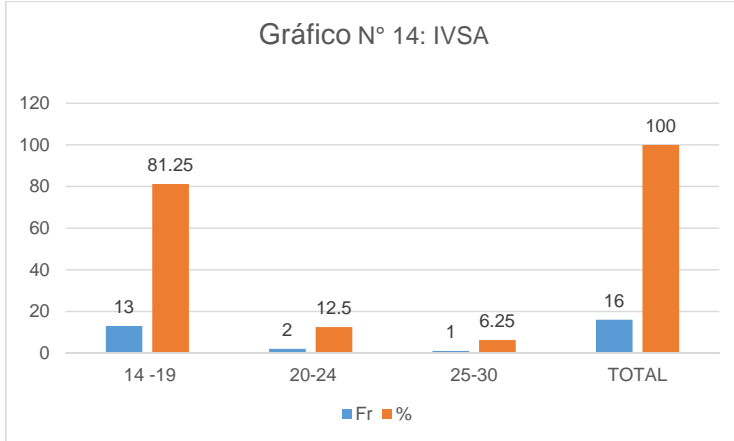
Fuente: Tabla N°12

Gráfico N° 13: Papanicolaou alterado



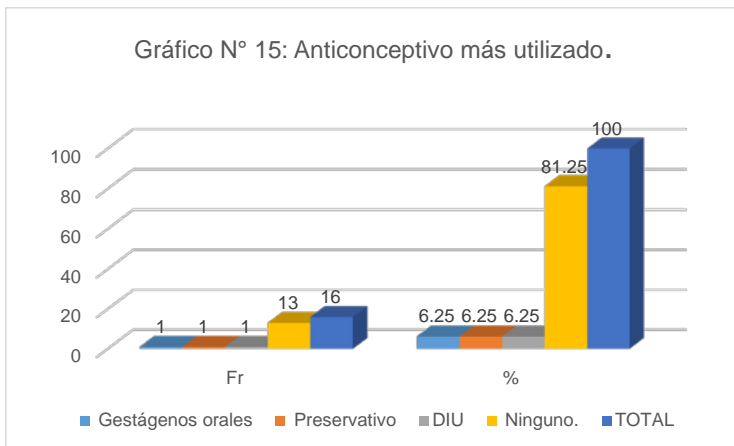
Fuente: Tabla N°13

Gráfico N° 14: IVSA



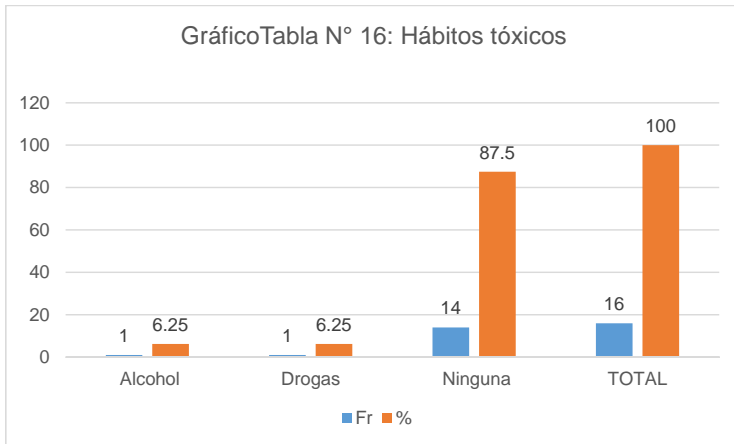
Fuente: Tabla N°14

Gráfico N° 15: Anticonceptivo más utilizado.



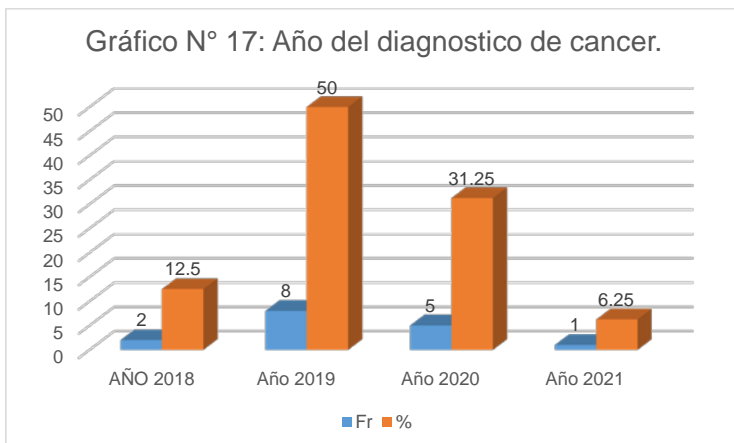
Fuente: Tabla N°15

Gráfico N° 16: Hábitos tóxicos



Fuente: Tabla N°16

Gráfico N° 17: Año en que fue diagnosticada con cáncer



Fuente: Tabla N°17

