



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA
FAREM- ESTELÍ**

Lesiones cervicales premalignas de bajo grado en las pacientes del área urbana que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el periodo enero 2018- octubre 2019.

Autoras:

- Br. Keyling Lexania Diaz Hernández.
- Br. Maryury del Carmen Aguirre Betanco.
- Br. Aura Estela Vanegas Rodríguez.

Tutor:

- Dr. Kelvin Armando Rodas Morazán.

San Juan de Limay, febrero del 2020.

Dedicatoria

En primer lugar, a **Dios** padre todo poderoso, por darnos la oportunidad cada día de realizar nuestras metas y por estar a nuestro lado en todo momento.

A nuestros **padres** por enseñarnos el arte de la perseverancia, por su apoyo y amor en cada uno de estos años de estudio.

A nuestros **esposos** por el apoyo incondicional brindado en cada uno de nuestros proyectos.

A nuestros **hijos** por ser la inspiración de cada uno de nuestros días.

A cada uno de nuestros maestros que, con su constancia y dedicación, se hicieron parte importante de nuestra formación.

Valoración Del Docente

El seminario de Graduación, constituye la última actividad académica que realizan las estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería con mención en Salud Pública. Las autoras han logrado los objetivos propuestos, al aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas a identificar, analizar e intervenir en pro de la salud de la población; demostrando capacidad, dominio del tema, profesionalismo, humanismo y ética dentro del campo de estudio.

El presente Seminario de Graduación se titula:

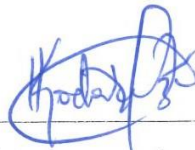
Tema: Lesiones del cuello uterino.

Subtema: Lesiones cervicales premalignas de bajo grado en las pacientes que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el periodo enero 2018- octubre 2019.

Autores (a):

- Br. Keyling Lexania Diaz Hernández.
- Br. Maryury del Carmen Aguirre Betanco.
- Br. Aura Estela Vanegas Rodríguez.

Considerando que han cumplido con los requisitos científicos y metodológicos con un tema de relevancia e impacto en Salud, se extiende el aval que las acredita para su defensa. Sin más a que hacer referencia:



Dr. Kelvin Armando Rodas Morazán

Doctor en Medicina y Cirugía

Unan- Managua.



Resumen

La presente investigación *Lesiones cervicales premalignas de bajo grado en las pacientes del área urbano que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay de enero 2018 a octubre 2019*, tuvo como objetivo reconocer los factores de riesgos asociados a estas lesiones.

Estuvo conformada por 63 mujeres seleccionadas aleatoriamente, diagnosticadas por Papanicolau; siendo esta de tipo descriptivo y de corte transversal. La información se obtuvo de fuente secundaria como es el expediente clínico, se procesó en el programa de Excel mediante tablas y gráficas con frecuencias y porcentajes.

En las características sociodemográficas de las mujeres la mayoría: estaban en edades 20 a 34 años con 41%, de estado civil casadas con 54% y con escolaridad primaria con 44.5%, de ocupación amas de casa con 80.5% y profesaban la religión católica con 57%.

Los factores de riesgo más relevantes fueron: la edad de menarca a los 14 años con 33%, inicio de vida sexual activa a temprana edad con 65%, la paridad de más de un hijo con 50.5%, primer parto entre 15-19 años con 49.5%, partos vaginales de 1-2 con 52%, el número de compañeros sexuales de 1-2 con 89% y el uso de métodos anticonceptivos inyectable trimestral con 20.5%.

Al describir las lesiones cervicales de bajo grado en las mujeres las más prevalentes fueron en primer lugar VPH con 52% y en segundo lugar NIC I con 48%.

Tenemos presente que el éxito del estudio será el intervenir en los factores de riesgos modificables para disminuir la tasa de lesiones cervicales y de cáncer cervicouterino.

Palabras claves:

Lesiones cervicales, lesiones de bajo grado, mujeres del área urbana.

índice

I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	2
1.1.	Antecedentes Regionales:.....	2
2.2.	Antecedentes Nacionales:.....	3
III.	Justificación.....	5
IV.	Planteamiento Del Problema	6
V.	Objetivos.....	7
	Objetivo General:	7
	Objetivos Específicos:	7
VI.	Marco Teórico	8
6.	Lesiones premalignas cervicales de bajo grado.....	8
6.1.	Definición:	8
6.2.	Tipos de lesiones premalignas de bajo grado.	8
6.2.1.	Virus del Papiloma Humano- (VPH)	8
6.2.2.	NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) Grado I:	9
6.2.3.	NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) Grado II:.....	9
6.3.	Nomenclatura Del Sistema Bethesda:	9
6.3.1.	El sistema de Bethesda	9
6.3.2.	Conceptos Precursores.....	10
6.4.	El Informe Del Laboratorio:	10
6.4.1.	El sistema Bethesda (2001); menciona:	10
6.5.	Reporte Cito- Patológico	16
6.6.	Descripción de las lesiones cervicales de bajo grado:.....	17
6.6.1.	VPH (Virus del papiloma humano):.....	17
6.6.2.	NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) Grado I:	17
6.6.3.	NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) II:.....	17
6.7.	Factores De Riesgo.....	18

6.8. Factores sociodemográficos de lesiones premalignas de bajo grado	18
6.9. Factores Ginecológicos	18
6.10. Diagnóstico de lesiones cervicales premalignas.....	19
6.10.1. Citología cervical o Papanicolau:	19
6.10.2. Colposcopia:	23
6.11. Tratamiento de las lesiones cervicales premalignas	24
6.11.1. Generalidades	24
6.11.2. Citología anormal en una embarazada.....	25
6.11.3. La Crioterapia.....	26
6.12. Prevención de las lesiones cervicales premalignas.....	28
6.12.1. Generalidades:	28
Abstinencia:	29
Uso de condón o preservativo.	29
6.12.2. Vacunas contra el VPH (Virus de Papiloma Humano):	30
VII. Diseño Metodológico	31
VIII. Desarrollo del subtema	36
IX. Conclusiones.....	68
X. Recomendaciones	69
XI. Bibliografía.....	70
XII. Anexos.....	72
Anexo Número 1. Ficha De Recolección De Datos.	72
Anexo Número 2. Gráficas	75

I. Introducción

En la actualidad las lesiones pre malignas de cáncer de cérvix es uno de los problemas más frecuentes de salud pública, es evidente que el incremento de estas lesiones eleva la probabilidad hasta el 40% en las mujeres jóvenes de infectarse con el virus del papiloma humano (VPH). Si en los tres primeros años de haber iniciado vida sexual activa las mujeres son infectadas, sin tener un diagnóstico y manejo adecuado puede llegar a padecer cáncer de cérvix; que es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres.

Por lo anterior, es de nuestro interés investigar las lesiones de bajo grado en las mujeres de nuestro estudio ya que la mayoría de Papanicolaou en las mujeres con vida sexual activa tienen hasta el 76% de resultados alterados y la tasa de prevalencia de lesiones cervicales premalignas de bajo grado es de 12.16%; esto debido a que estas son las que preceden las lesiones de alto grado y el cáncer cérvico uterino, de ahí la importancia de detección y tratamiento oportuno. **(Registro de resultado de Papanicolau; 2019).**

Esta investigación se realizó por que el número de casos de lesiones cervicales premalignas de bajo grado es alto; por lo que se reconoció los factores que predisponen a la aparición de estas. La importancia radica en que los resultados permiten establecer la situación actual en que se encuentran las mujeres del casco urbano, lo que se logró con una muestra de 63 pacientes que fueron atendidas en el hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay; los cuales pueden ser utilizados por el Ministerio de Salud para llevar a cabo planes de intervención en los factores de riesgo modificables o para dar continuidad a otro tipo de estudios, partiendo de este precedente investigativo que además de ser un ejercicio académico, contribuye a la salud de la población femenina.

II. Antecedentes

1.1. Antecedentes Regionales:

Rivera B. (Medellín, Colombia- 2010), tuvieron la motivación de contribuir en la comprensión de la problemática del cáncer cérvico uterino, por lo que observaron el comportamiento de las lesiones precursoras de cáncer y los factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología. Con una muestra de 404 mujeres que se realizaron citología se obtuvo una prevalencia de LIES de 3.2% (13 casos), 5 fueron ASCUS, 3 LIE BG por VPH, 2 lesiones de bajo grado y 1 lesión intraepitelial de alto grado.

De acuerdo a las lesiones de bajo grado encontramos que la edad más afectada fue la de 21 a 34 años con 37% y con estado civil casadas. Dentro de los factores de riesgo se encontraron ser multigesta con un 55.7 %, partos mayores a 2 con 49.3%, número de compañeros sexuales de 1 a 3 con 83.9%, inicio de vida sexual activa antes de los 18 años con 45.5 %, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual con 4.7% (Herpes genital y VPH), el hábito de fumar estuvo presente en el 14.7 % de las mujeres.

Argueta A. (Guatemala- 2014), realizo un estudio sobre factores de riesgo epidemiológicos asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con (PAP) realizado, en los cuales se demostraron criterios de inclusión de donde se obtuvo información de 159 pacientes.

En los resultados se evidencio una prevalencia 1.9% (3 pacientes) de lesiones premalignas, se encontró que el factor edad no es significativo en relación a procedencia, paridad, parejas sexuales. No se encontró asociación alguna, sin embargo, se determinó más riesgo de padecer una lesión si vive en el área urbana con un 2.7% (4 pacientes), inicio de vida sexual activa antes de los 20 años 3.3% (5 pacientes), que tengan más de 5 hijos al 1.9% (3 pacientes) y que tenga de 2 a más parejas sexuales.

La federación centro americanas de sociedades de ginecología y obstetricia FECASOG (Centroamérica- 2016), realizo un estudio de 210 mujeres con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial escamosa Cervicouterino de bajo grado.

Los resultados muestran que la mayoría eran mayores de 25 años de edad, el 80.9% (170 mujeres) iniciaron su vida sexual antes de los 20 años y declararon de 2 a 3 parejas sexuales. Solamente el 23.5% (40 mujeres) usaban métodos anticonceptivos que

ofrecieran protección contra una infección de transmisión sexual y el 76.4% (130 mujeres) no usaban protección.

2.2. Antecedentes Nacionales:

Meza J. (Jinotega- 2008), realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de las lesiones premalignas; mediante la toma de PAP en mujeres que acudieron al centro de salud Guillermo Matute de la ciudad de Jinotega. De 355 mujeres que se les realizaron PAP el 6% corresponden a 21 mujeres que presentaron algún tipo de lesión, siendo la más frecuente las lesiones de bajo grado (NIC1) con un 2.81% (10 mujeres), y las de alto grado (NIC II y III) con un 3.09% (12 mujeres).

Se encontró que el grupo más afectado fueron las mujeres de 21-35 años de edad con 56% (6 mujeres), procedente del área rural 80.4% (8 mujeres), de baja escolaridad aprobada en primaria 54% (5 mujeres) y de nivel socio económico bajo. Entre los factores de riesgo asociados encontramos la edad de la Menarca de 12 a 16 años con 89.1% (9 mujeres), IVSA de 17 años o menos con 60% (6 mujeres), edad de primer embarazo de 12 a 19 años con 78% (8 mujeres), números de compañeros sexuales de 1 a 2 con 34.5% (3 mujeres), y multíparas con 53.5% (5 mujeres).

Rosales J (Managua-2015), realizó un estudio de lesiones intraepiteliales con el objetivo de dar un diagnóstico oportuno de algún tipo de lesión cervical, a través, de la toma de muestras de PAP y colposcopias en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca la muestra estudiada es de 283 mujeres que acudieron a consultas ginecológicas.

La citología reportó (61%) 174 pacientes con lesión de bajo grado, (26%) 74 de los casos correspondieron aun NIC2, (11%) correspondieron a 33 pacientes con un NIC3, (0.7%) correspondieron a 2 pacientes con carcinoma invasor. En cuanto a los resultados de colposcopias reportó (47%) que corresponden a 134 pacientes con NIC1, (34%) que corresponden a 96 pacientes con NIC2, (18%) que corresponden a 50 pacientes con NIC3, (1%) que corresponde a 3 pacientes con carcinoma de células escamosas.

Talavera S (Managua-2016) realizó un estudio para conocer las características sociodemográficas, lesiones precursoras de cáncer y factores de riesgo en las mujeres que acudieron al centro de salud Edgar Lang.

En cuanto a las características sociodemográficas: edad el 34.2% (52 mujeres) tenían 19 años o menos, escolaridad el 48% (73 mujeres) eran de escolaridad primaria, estado

civil el 48.7% (74 mujeres) en unión de hecho, ocupación el 46.1% (70 mujeres) eran ama de casa, procedencia el 58.7% (88 mujeres) eran de procedencia urbana. Los factores de riesgos encontrados en las mujeres a estudio fueron: inicio de vida sexual activa el 57.2% (87 mujeres) iniciaron vida sexual a los 17 años o menos, numero de compañeros sexuales el 44.7% (68 mujeres) tenían más de 3 compañeros sexuales, edad del primer parto el 77.6% (118 mujeres) menor de 22 años, la paridad el 59.9% (91 mujeres) de 2 a más hijos.

III. Justificación

Según la Organización mundial de la salud (OMS), el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar en frecuencia en todo el mundo y es el más común en la mayoría de los países en vías de desarrollo como el nuestro. La antesala del cáncer Cervicouterino son las lesiones cervicales premalignas que no fueron detectadas tempranamente, ni recibieron ningún tratamiento. **(OMS, 2019, p.11)**

Las lesiones cervicales premalignas están asociada a la infección del virus del papiloma humano (VPH), que es considerado una infección de transmisión sexual que causa lesiones asintomáticas en el cérvix y se clasifican según la afección de la capa basal; por lo que la detección temprana de las lesiones del cérvix es fundamental para iniciar un tratamiento oportuno y detener la progresión de las lesiones a cáncer.

Para nosotras es de gran interés estudiar las lesiones premalignas del cérvix ya que es una problemática actual en ascenso de las mujeres de nuestro municipio, que no es de conocimiento de muchas instituciones, actores sociales o de la misma población. En conjunto con el Ministerio de salud, es necesario concientizar a la población acerca de la realización del Papanicolaou como método diagnóstico de las lesiones cervicales premalignas y es que a través de esta investigación reconoceremos los factores de riesgo de las mismas.

Con este estudio crearemos un precedente de las lesiones cervicales premalignas en nuestra población femenina, que nos servirá tanto como ejercicio profesional y científico como para dar a conocer a las mujeres y actores sociales de la salud la problemática de las lesiones precursoras del cáncer para implementar planes de intervención. Al presentar los resultados del estudio queremos maximizar la promoción de la realización del Papanicolaou que es un método accesible, sin costo y efectivo que en muchas ocasiones las mujeres desconocen por falta de consejería.

IV. Planteamiento Del Problema

El virus del papiloma humano comúnmente se ha relacionado con el cáncer cérvico uterino, causante de las lesiones premalignas de alto y bajo grado, pero que a pesar de ello son lesiones que pueden ser tratadas adecuadamente y evitar que evolucione a un cáncer de cérvix si se detectan a tiempo y se interviene en los factores de riesgo modificables. Es por ello que deben ser de gran interés los métodos que nos ayuden al diagnóstico y tratamiento, tanto clínicamente como histológicamente. Es por esa razón que nos hemos planteado la siguiente investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las lesiones de bajo grado en las mujeres del área urbana que acuden al Hospital Primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el periodo enero 2018 a octubre 2019?

V. Objetivos

Objetivo General:

- Reconocer los factores de riesgos asociados a las lesiones cervicales premalignas de bajo grado de las pacientes del área urbana que acuden al hospital primario Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el periodo de enero 2018- octubre 2019.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.
- Determinar los factores de riesgo asociados con lesiones cervicales premalignas de bajo grado en las pacientes en estudio.
- Describir las lesiones cervicales premalignas de bajo grado en las pacientes en estudio.

VI. Marco Teórico

6. Lesiones premalignas cervicales de bajo grado

6.1. Definición:

El **Dr. Gamboa G**, de la Universidad de Chiclayo la define como todas aquellas alteraciones limitadas al epitelio Cervicouterino asociadas al VPH (Virus del Papiloma Humano) y con potencial de convertirse en cáncer invasivo cervical. (**Gamboa G., 2019, p.11**).

6.2. Tipos de lesiones premalignas de bajo grado.

- Según el sistema Bethesda: VPH (Virus de Papiloma Humano).
- Según el reporte Cito patológico: Neoplasia Intraepitelial Cervical NIC Grado I y NIC.

6.2.1. Virus del Papiloma Humano- (VPH)

La infección por VPH es considerada como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Más de 100 tipos de VPH han sido identificados, alrededor de 30 están asociados a lesiones anogenitales intraepiteliales e invasoras. De principal interés son los tipos considerados de alto riesgo oncogénico, principalmente 16 y 18, vinculados a cánceres ginecológicos y no ginecológicos. (**Wieland U, 2007, p. 1-16**).

Según OMS (**Organización Mundial de la Salud, 2012**), a nivel mundial el VPH causa cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres, con un número estimado de 266 000 muertes y unos 528 000 nuevos casos. La gran mayoría (alrededor del 85%) de esas muertes se produjeron en las regiones menos desarrolladas, donde es el causante de casi el 12% de todos los cánceres femeninos. (**p. 1 y 2**)

La mayor parte de las infecciones por VPH no provocan síntomas, la infección genital por VPH persistente puede causar cáncer de cuello de útero en las mujeres. Prácticamente todos los casos de cáncer de cuello de útero el 99% están vinculados con la infección genital por el VPH, que es la infección vírica más común del aparato reproductor. (**OMS, 2017, p. 1 y 2**)

El VPH también puede causar otros tipos de cáncer anogenital, cánceres de la cabeza y del cuello y verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres. Las infecciones por el VPH se transmiten por contacto sexual. (OMS, 2017, p. 1 y 2)

6.2.2. NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) Grado I:

Según la OMS la neoplasia intraepitelial Cervicouterino (NIC) es una lesión premaligna que puede detectarse a través de la realización de la prueba de citología de (PAP) el NIC es una lesión intraepitelial escamosa que es asintomática que puede desaparecer sin necesidad de tratamiento y que en algunas veces si no se trata a tiempo no puede progresar aun cáncer Cervicouterino las pruebas de tamizaje disponibles son la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH), la inspección visual con solución de ácido acético (IVAA) y la citología (prueba de Papanicolaou). (OMS, 2014, p. 42)

6.2.3. NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) Grado II:

La lesión intraepitelial escamosa de NIC II al igual que la NIC I según la OMS es una lesión premaligna que es detectada en el cuello del útero encontrando células anormales esta también es asintomática y si no se detecta a tiempo pueden volverse células cancerosas y diseminarse al tejido normal cercano. (OMS 2015, p. 45)

6.3. Nomenclatura Del Sistema Bethesda:

6.3.1. El sistema de Bethesda (USA- 2017), fue desarrollado por el Instituto Nacional del Cáncer, para proporcionar información más detallada sobre los resultados de la prueba de Papanicolaou. Cuando los especialistas de laboratorio examinan células del cuello uterino, utilizan este sistema para informar a los médicos sobre los resultados obtenidos en el laboratorio. (p. 21)

El Atlas de citología exfoliativa (2004), menciona que el problema básico de la comunicación es una elección correcta de las palabras por lo que todo lo concerniente a la nomenclatura de las lesiones cervicales no es un asunto banal. La importancia de este hecho está perfectamente ejemplificada por la inacabable controversia respecto a los términos que deben ser utilizados para designarlas lo que ha originado, con el paso del tiempo, una amplia y a veces confusa terminología, utilizándose diferentes denominaciones para una misma lesión o, más rara vez, nombrando con el mismo término lesiones diferentes. (p. 15)

Por otra parte, si exceptuamos la **Clasificación numérica de Papanicolaou en 5 clases o grados progresivos (I, II, III, IV, V)**, por ser exclusivamente citológica (1), la nomenclatura de los hallazgos en citología ha ido siempre estrechamente ligada a la histológica, de manera que, con esta excepción comentada, la evolución histórica de ambas puede abordarse conjuntamente y esquematizarse. (**Atlas de citología exfoliativa, 2004, p. 15**)

6.3.2. Conceptos Precusores

Desde 1910 el autor **Rubín (Nueva York)**, habla de cáncer incipiente para nominar el concepto de transformación neoplásica confinada al espesor del epitelio. En 1912, Schottländer y Kermauner (Berlín), utilizan el término de carcinoma temprano para designar los cambios que observaban en el epitelio adyacente al carcinoma cervical invasor. Veinte años más tarde, Bordes (Nueva York), basándose en su experiencia en Dermatopatología, emplea el de carcinoma in situ (CIS) al describir este cuadro histológico. (**p.188**)

Otros términos utilizados fueron el de enfermedad de Bowen cervical por Lecène (París), también en 1932, y el de carcinoma intraepitelial no invasor por Galvin y Te Linde (Nueva York) en 1933. Pese a la proliferación de estos y otros muchos sinónimos, el término acuñado por Broders es el que ha permanecido para designar estas lesiones caracterizadas por la completa sustitución del epitelio por células anómalas semejantes a las células del carcinoma invasivo. Es de resaltar que, de forma paradójica, en el trabajo inicial del afortunado Broders no figuraba la localización cervical dentro de los ejemplos de CIS. (**Broders A., 2010, p. 99**).

6.4. El Informe Del Laboratorio:

6.4.1. El sistema Bethesda (2001); menciona:

- **Sistema displasia-carcinoma in situ:**

Con la progresiva introducción de la citología y biopsia sistemáticas se vio con claridad que el espectro de anomalías del epitelio cervical era mucho más amplio, siendo frecuentes otros cambios epiteliales menos severos que el CIS. En 1949, Papanicolaou introduce los términos de «displasia» en histopatología y «discariosis» en citología para designar dichos cambios. Posteriormente, en 1953, Reagan (Cleveland) consagra el término en histopatología cervical al denominar a estas lesiones, menos severas que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, señalando que la mayoría de ellas, dejadas a su evolución, regresan o permanecen inalteradas por mucho tiempo.

Así pues, contrariamente a lo que se piensa y como bien señala Peluffo en su revisión del tema, es Papanicolaou y no Reagan el que introduce por primera vez el término «displasia» en patología cervical. En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma in situ y displasia. Esta última fue graduada como leve, moderada, y severa o grave, a las que habría que añadir el CIS ya definido.

La clasificación, utilizada tanto en material histológico como citológico, tuvo dos problemas fundamentales; por un lado, el gran desacuerdo respecto a cuándo una lesión debía ser considerada displasia grave o CIS, y por otro, el que muchos clínicos asumían que el CIS y la displasia eran dos lesiones biológicamente distintas e independientes, con distinto potencial maligno, no requiriendo tratamiento las lesiones displásicas. (p. 287- 2114).

- **Neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN):**

Para solventar estos problemas Richart (Nueva York), en 1967, propuso el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN) con tres grados progresivos (1,2,3), incluyéndose en el grado 3 la displasia grave y el CIS de la clasificación anterior. La ventaja principal, sobre esta, es el reconocimiento de la unidad del proceso patológico lo cual conlleva una relación con las técnicas terapéuticas.

Esta clasificación ha sido considerada bastante adecuada durante más de 20 años y por lo tanto la más utilizada internacionalmente. No obstante, un número creciente de publicaciones señalaron el hecho de la sorprendentemente baja seguridad diagnóstica, tanto en material cito como histológico, en la parte menos severa del espectro. Se sugirió, por lo tanto, que este sistema de gradación debía ser modificado y sustituido por un sistema binario que segregara los procesos con atípico celular muy discreta de aquellos con atípica franca. (p. 287- 2114).

- **Lesión intraepitelial escamosa (Alto-bajo grado):**

Las razones anteriormente expuestas, junto con los avances en el conocimiento de la carcinogénesis cervical y en el diagnóstico citológico, motivaron una reunión de representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales, en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en Bethesda (Maryland). Fruto de dicha reunión fue un nuevo sistema de nomenclatura para informes citológicos ginecológicos (**Sistema**

o Clasificación de Bethesda), en el que se unificaron criterios y se adoptaron recomendaciones que la experiencia general acumulada aconsejaban.

La parte fundamental de esta nueva clasificación fue la elaboración de un sistema binario para catalogar las anomalías celulares pre neoplásicas en el extendido citológico, denominándolas lesiones intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado (L.I.P.-S.I. L). El término «alto grado» incluye el CIN 2 y CIN 3 de la clasificación de Richardt, y el término «bajo grado» el CIN 1 y las alteraciones celulares producidas por papilomavirus (VPH). Esta clasificación fue difundida en 1988, mínimamente modificada en 1991, y actualizada recientemente en 2001.

Es preciso comentar aquí que el sistema Bethesda, aunque universalmente conocido y ampliamente utilizado, no ha sido adoptado en todos los países. Así, en Inglaterra, se sigue utilizando la nomenclatura «B.S.C.C.»; en los países de habla alemana, el «sistema Munich»; en Australia, una modificación del propio sistema Bethesda. Etc. La Sociedad Española de Citología (SEC), consciente de la necesidad de unificar criterios y considerando que son más las ventajas que aporta que los inconvenientes que suscita, adoptó esta clasificación como su nomenclatura oficial aconsejando su utilización a todos sus miembros. (p. 287- 2114).

Aparte de los datos de identificación y de localización de la toma, la clasificación de Bethesda en su versión de 2001 tiene los siguientes apartados por lo que respecta a las lesiones cervicales:

- **Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad:** Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.
- **Anomalías celulares epiteliales:**
 - * **En células escamosas:**
 - Células escamosas atípicas (ASC):
 - De significado indeterminado (ASC-US)
 - No puede excluirse H-SIL (ASC-H).
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL), comprendiendo:
 - Displasia leve/CIN 1
 - PVH

- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL), comprendiendo:
 - Displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3
 - Con características sugestivas de invasión (si se sospecha invasión).
- Carcinoma epidermoide.
- * **En células glandulares:**
 - Células glandulares atípicas (AGC):
 - Endocervicales (NOS o especificar en comentarios)
 - Endometriales (NOS o especificar en comentarios)
 - Glandulares (NOS o especificar en comentarios)
 - Células atípicas, sugestivas de neoplasia:
 - Endocervicales
 - Glandulares
 - Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS).
 - Adenocarcinoma:
 - Endocervical
 - Endometrial
 - Extrauterino
 - No específico (NOS). (p. 287- 2114).

* **Otras neoplasias malignas:**

Como se observa en la clasificación, el apartado «lesión de alto grado» incluye el término de displasia moderada (CIN 2) y los de displasia severa y carcinoma in situ (CIN 3), recogiendo, de esta forma, la premisa básica sugerida para simplificar el sistema de tres grados propuesto por Richardt. Por otra parte, en el apartado «lesión de bajo grado» se incluye la displasia leve (CIN1) y los cambios celulares asociados a infección por PVH, existiendo sólidos argumentos a favor de esta agrupación ya que ambas lesiones presentan la misma tasa de progresión y regresión y, también en ambas, los tipos de PVH aislados son similares.

Estos resultados son lógicos ya que la mayoría de las lesiones de bajo grado, especialmente en mujeres jóvenes, representan una infección por PVH autolimitada. El término «lesión» en lugar de «neoplasia», aunque etimológicamente es poco específico (significa «cualquier daño»), es utilizado para resaltar el potencial biológico incierto del proceso. (p. 287- 2114).

- **Otra de las aportaciones importantes del sistema Bethesda es el concepto de «atípica escamosa» que en la reciente modificación de 2001 incluye los dos apartados siguientes:**
 - *Atípia escamosa de significado indeterminado (ASC-US):*

ASC-US son las siglas de «*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*» ó células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto. El término fue introducido para intentar acotar con más precisión la «zona gris» entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial, por lo que la catalogación de un proceso como ASCUS se realiza por exclusión. Es decir: los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave; por lo tanto, y debido a que no pueden ser inequívocamente clasificados, son interpretados como de significado indeterminado o incierto.

Desde el punto de vista morfológico, estos cambios deben ser más acusados que los de un proceso reactivo, pero, bien cuantitativamente o cualitativamente, insuficientes para clasificarlos con seguridad como SIL. Como se puede deducir de la definición, esta categoría no es reproducible y algunos autores piensan que es una invención norteamericana como parte de una práctica citológica a la defensiva para evitar, en la medida de lo posible, falsos negativos que puedan conllevar acciones legales.

No obstante, se ha comprobado que un 10/20% de casos de ASCUS corresponden realmente a una lesión intraepitelial, incluso de alto grado, que no se ha puesto en evidencia en el extendido citológico, por lo que eliminar el término no parece prudente. Todos estos datos han sido contemplados en la versión 2001 de Bethesda en la que el término ASCUS pasa a ser definido como «alteraciones citológicas sugestivas de una LIP, pero cuantitativamente y/o cualitativamente insuficientes para una interpretación definitiva».

Es decir, se elimina el ASCUS- probablemente reactivo, reservándose el término únicamente para cuando exista sospecha de lesión intraepitelial. Como consecuencia, no debe malograrse el interés práctico del mismo siendo exageradamente utilizado. Como guía de frecuencia, se recomienda que no debería exceder en 2-3 veces la tasa de SIL de un laboratorio determinado.

- **Atipia escamosa. No puede excluirse H-SIL (ASC-H)**

Este término sustituye al previo «ASCUS-posible SIL». En él se recogen aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastante acusadas, pero, bien por las características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc.) o bien por la escasez de estas células, no pueden considerarse totalmente conclusivas.

Como se comprueba también en el apartado de «anomalías celulares epiteliales», el término «AGUS» (células glandulares atípicas de significado indeterminado) de la versión anterior, ha sido sustituido en la de 2001 por el de «*células glandulares atípicas*» solamente, con ello desaparece esta sigla de sonido gutural no demasiado eufónico, lo cual es un motivo de satisfacción, evitándose su confusión con ASCUS.

Por último, es preciso comentar que aparte de la elaboración de este sistema de nomenclatura, la opinión unánime de los expertos reunidos en Bethesda fue indicar que **el informe citológico es un acto médico cuyo responsable final es el especialista citopatólogo.**

En esta evolución histórica de las clasificaciones podemos comprobar la tendencia marcadamente reduccionista y simplificadora de las mismas, ya que de los cuatro grados de la primera se ha llegado a las dos categorías del Sistema Bethesda pasando por los tres grados de Richardt, con una duración media de unos 20 años para cada una de ellas (ver cuadro).

También podemos intuir que la tercera modificación de dicho Sistema Bethesda no va a ser probablemente la última, abriéndonos el camino a la especulación sobre su evolución en el futuro. Como es sabido, las lesiones intraepiteliales son clasificadas como de «alto o bajo grado» atendiendo al potencial relativo de las mismas para desarrollar una lesión infiltrante.

En dos recientes trabajos publicados en esta Revista en los que se utiliza material biopsico de dos regiones distintas de nuestro País, Ciudad Real y Madrid, se comprueba que los tipos de VPH más frecuentemente implicados en todo tipo de lesiones cervicales, tanto de alto como de bajo grado, son los denominados de alto riesgo oncogénico, por lo que sugeríamos la conveniencia de incluir la tipificación de VPH a los estudios de rutina. Esto estaría especialmente indicado en lesiones de potencial evolutivo incierto como pueden ser las de bajo grado y las etiquetadas como «ASCUS».

Por lo tanto, y volviendo a la evolución histórica de las Clasificaciones, no sería descabellado pensar que en el futuro estas puedan ser de tipo mixto o morfológico-molecular especificándose, junto al grado de la lesión, el tipo de PVH implicado en ella, la carga viral e, idealmente, la presencia de ARNm de los genes E6 y E7 y/o de las oncoproteínas virales, inhibidoras de los genes celulares P53 y Rb, expresadas por ellos.

La presencia de uno y otras indicaría que la maquinaria oncogénica ya se ha puesto en marcha. De esta forma, aunque existan otros factores no objetivables en el material citohistológico (sobreinfecciones, estado inmunitario de la paciente, carcinógenos...) que pueden influir en su evolución, se podría acotar con más precisión el riesgo potencial de una lesión determinada. (p. 287- 2114).

CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES

DISPLASIA/CIS Años 49-69	¿HPV?	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE	CIS
CIN-NIC (Richart) Años 69-89	HPV (1976)	CIN-NIC 1	CIN-NIC 2	CIN-NIC 3	
SIL-LIP (Bethesda) Desde 1989	SIL-LIP BAJO GRADO (L-SIL)		SIL-LIP ALTO GRADO (H-SIL)		

Fuente: Sistema Bethesda 2001.

6.5. Reporte Cito- Patológico

El reporte cito patológico son todas las patologías encontradas en el periodo de estudio con relación a la realización de investigaciones realizadas sobre el tema de interés a estudio. En nuestra investigación de lesiones premalignas encontramos un reporte de 394 mujeres con lesiones cervicales premalignas donde 63 son del casco urbano y 331 mujeres son del casco rural (**Censo Gerencial del HPUMA**).

6.6. Descripción de las lesiones cervicales de bajo grado:

6.6.1. VPH (Virus del papiloma humano):

VPH significa “virus del papiloma humano”. Es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Por lo general, el VPH es inofensivo y desaparece espontáneamente, pero algunos tipos pueden provocar verrugas genitales o cáncer. Existen más de 200 tipos de virus del papiloma humano (VPH). Alrededor de 40 tipos pueden infectar tu área genital (tu vulva, vagina, cuello uterino, recto, ano, pene y escroto) así como tu boca y garganta.

Estos tipos de VPH se propagan durante el contacto sexual. (Otros tipos de VPH causan verrugas comunes, como las verrugas de las manos y las plantas de los pies, pero no se transmiten sexualmente). Las infecciones genitales por VPH son muy comunes. De hecho, casi todas las personas sexualmente activas se contagian con el VPH en algún momento de su vida. La mayoría de las personas con VPH no tienen síntomas y se sienten perfectamente bien, por lo que generalmente ni siquiera saben que están infectadas.

La mayor parte de las infecciones genitales por VPH son inofensivas y desaparecen solas. Sin embargo, algunos tipos de VPH pueden provocar verrugas genitales o ciertos tipos de cáncer. **Recuperado de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph>.**

6.6.2. NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) Grado I:

Se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino. La NIC I es causada, a menudo, por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y se encuentra al realizar una biopsia de cuello uterino. La NIC I no es cancerosa y con frecuencia, desaparece por sí sola sin necesidad de tratamiento. Algunas veces se vuelve cancerosa y se disemina al tejido normal cercano. La NIC I también se puede llamar displasia leve o de grado bajo. También se llama neoplasia intraepitelial cervical escamosa. **(OMS 2010 p 44)**

6.6.3. NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) II:

Se encuentran células moderadamente anormales en la superficie del cuello uterino. La NIC II es causada, a menudo, por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y se encuentra al realizar una biopsia de cuello uterino. La NIC II no es cáncer, pero se puede volver cancerosa y diseminar al tejido normal cercano si no se trata. El tratamiento de la NIC II puede incluir crioterapia, terapia con láser, procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (PEEA) o biopsia de cono para extraer o destruir el tejido anormal. Algunas veces,

la NIC II se llama displasia moderada o de grado alto. También se llama neoplasia intraepitelial cervical escamosa II. (OMS 2010, P 45)

6.7. Factores De Riesgo

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (Enfermedad, muerte, etc.). El riesgo es la probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias. (Talavera S., 2006, p.15)

6.8. Factores sociodemográficos de lesiones premalignas de bajo grado

El Dr. **Cabrera (Habana- Cuba, 2009)**. En la revista Habanera de ciencias médicas recalca:

- **Edad:** Las mujeres en extremos de la vida tienen más probabilidades de contraer el VPH, ya que la edad es un factor de riesgo muy importante porque se asocia al número de compañeros sexuales que ha tenido, métodos anticonceptivos usados en su experiencia y comportamiento sexual.
- **Escolaridad:** Nivel académico bajo está relacionado con alta incidencia de lesiones premalignas cervicales, puesto que esto se traduce en desconocimiento y desinformación de parte de las mujeres y no toman las medidas de protección adecuadas.
- **Estado civil:** Los estudios revelan que las mujeres solteras y que viven en promiscuidad tienen más altas tasas de lesiones premalignas.
- **Ocupación:** Las amas de casa son mayormente afectadas con lesiones premalignas cervicales, debido a que no se protegen en la relación sexual con sus esposos y estos tienen más de una pareja sexual. (p. 22)

6.9. Factores Ginecológicos

El autor **Bosh (Managua- 2010)**, encontró los siguientes:

- **El Número de compañeros sexuales:** El riesgo aumenta conforme aumentan el número de compañeros sexuales, y a veces en pacientes con tres o más compañeros sexuales.

- **Edad del primer parto:** Demostró como la presencia de 1 o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia Cervicouterino.
- **Partos vaginales:** Aquellas mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de LIC, comparadas con las que sólo tuvieron cesárea. Esto probablemente explicaría por qué las neoplasias aparecen con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo es mayor al tener partos vaginales. (p. 34-35)
- **Frecuencia de la citología vaginal:** La Sociedad Americana de Cáncer (SAC-2008), en su informe demostró que la citología vaginal se recomienda sea tomada anualmente a “Todas las mujeres que sean o hayan sido activas sexualmente o que hayan alcanzado los 18 años de edad, conjunto con un examen pélvico. Son consideradas pacientes de alto riesgo para desarrollar lesiones Intraepiteliales y cáncer cervical todas aquellas mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, tuvieron múltiples compañeros sexuales, su compañero sexual es promiscuo, antecedente de infección por virus del papiloma humano. (p. 45)
- **Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC):** Según la OMS (2015) indica que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la Aparicio de cáncer de Cervicouterino un análisis de datos compartidos de 10 estudios de casos y testigos de mujeres con cáncer invasor de cuello uterino sugiere que el uso a largo plazo de anticonceptivos podría aumentar hasta 4 veces el riesgo de cáncer Cervicouterino en las mujeres infectadas con el VPH. (p. 11)
- **Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA):** Moreira J. (2015), afirmó que las mujeres que inician vida sexual activa a temprana edad, cuando el proceso Metaplasias es más activo, presentarían una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células Metaplasias y activarían la transformación de esas células. (p.33)

6.10. Diagnóstico de lesiones cervicales premalignas

Según la normativa del Ministerio de Salud (2009), Norma técnica de prevención y atención del cáncer cérvico uterino, los métodos diagnósticos comprenden:

6.10.1. Citología cervical o Papanicolau:

Es el método de elección y la forma más sencilla para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino. Es un examen simple, barato e inocuo.

Indicaciones para el tamizaje:

Todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en:

- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual.
- Mayores de 65 años que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 años con historia clínica de riesgo.
- Toda mujer embarazada.

Recomendaciones a la usuaria:

- Que no esté menstruando.
- Evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 48 horas antes.
- Abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes.

Consideraciones especiales:

Dada la dificultad de acceso en algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contra indicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la usuaria para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos:

- Durante el periodo menstrual cuando el sangrado sea escaso.
- En caso de abundante flujo vaginal.
- En caso de relaciones sexuales recientes o ducha vaginal previa. **(p. 23- 51)**

En estos casos se puede tomar si primero realizamos una suave y ligera limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, sin presionar ni tocar el área del orificio endocervical, ya que el objetivo es retirar el exceso de secreción, sangre o esperma y nos permita tomar la muestra adecuadamente con células de la zona de transformación, que es nuestro objetivo.

Las usuarias portadoras de VIH/SIDA, se recomienda tomar la citología 2 veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección de VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual, en caso de lo contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia.

En usuarias embarazadas no existe contraindicaciones para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe de rechazar esta oportunidad, sin embargo, en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha probable de parto o si bien a pesar de las explicaciones la usuaria rehúsa a tomarse la citología se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)

El tamizaje podría ser discontinuado a discreción del médico y la usuaria si cumple con los siguientes requisitos:

- Mujeres con 5 o más frotesis negativos sometidas a HTA por enfermedad benigna.
- En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 citologías negativas en los últimos 10 años.

Frecuencia de la prueba:

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

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de 3 años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales. En las instituciones del sector público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual.

Toma de la muestra:

Es muy común que muchos falsos negativos sucedan debido a la toma inapropiada de la muestra por lo que la persona que brinda esta atención deberá tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Brindar consejería previa a la toma de la muestra, sobre la importancia del estudio.
- Informar a la usuaria los pasos del procedimiento, de las molestias que pudieran sentir.

- Obtener el consentimiento informado de la usuaria.
- El personal que tome la muestra debe registrar los datos completos que permitan la localización de cada usuaria.
- Asegúrese de que todos los instrumentos y suministro están disponibles: especulos estériles, fuente de luz, fijador, espátulas, etc. **(Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)**
- Preparación de las láminas, tocarlas solo por los bordes, no tocar el área donde se colocar la muestra.
- Previa evacuación de vejiga, colocar a la usuaria en posición ginecológica.
- Inspeccionar genitales externos, colocar especulo, con el cérvix adecuadamente visible, ajustes fuente de luz para ver claramente el cérvix.
- Tome primero la muestra exocervical utilizando la espátula de ayre o aylesbur de madera o de plástico para el exocérvix, introducir la parte más larga de la espátula al conducto endocervical y rotarla 360°, ejerciendo una leve presión ya que sangra con facilidad.
- La muestra de exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- Extender la muestra de forma adecuada para que quede delgada, uniforme evitando grumos, no se recomienda extenderla circularmente por que tiende a quedar muy grueso y a dañar las células.
- La muestra de endocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mita de la lámina.
- Fijar la muestra inmediata para evitar la desecación de las células utilizando cito-spray con una concentración de alcohol al 95% a una distancia de 20 a 30 cm para evitar al barrido de las células. No se recomienda la utilización de fijadores para cabello ya que contiene otras sustancias que oscurecen la lámina y dificultan la lectura, tampoco se recomienda la inmersión de la lámina por el peligro de contaminación, si se usa alcohol al 95%, se deberá utilizar un atomizar para rociar la lámina.
- Una vez concluida la toma con suavidad retire el especulo e infórmele a la usuaria que el procedimiento ha terminado.
- Después que se seque la lámina, (tarda aproximadamente unos 5 minutos), proceda a envolverla inmediatamente que se seque, evitando que este expuesta al ambiente por largos periodos ya que contamina con hongos del ambiente.
- Recordar que, si al momento de tomar la citología se observa lesión cervical, tumoral visible o sintomatología de sangrado intermenstruales (metrorragias) post-coito o

post-menopausico, es preciso remitir a la usuaria al ginecólogo sin esperar el resultado de citología.

- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)

6.10.2. Colposcopia:

Es un procedimiento diagnóstico en el que se emplea un aparato con sistema óptico de aumento, a través del cual se puede explorar vulva, vagina y cuello uterino.

La evaluación colposcópica comprende los siguientes pasos:

- Visualización del cérvix y vagina con el colposcópico antes y después de la aplicación del ácido acético del 3 al 5%.
- Identificación del patrón colposcópico y definición de la colposcopia si es satisfactoria o no.
- Toma dirigida de biopsia de las áreas sospechosas de lesión.
- Legrado endocervical si la colposcopia no es satisfactoria (excepto en el embarazo).
- Colocación del tapón vaginal si es necesario y explicarle a la usuaria como, cuando retirarlo, que puede realizar sus necesidades fisiológicas de manera normal y no tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente manchado. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)

Reporte de la colposcopia. Este reporte debe hacerse con los siguientes criterios:

- Para que un examen sea descrito como satisfactorio el colposcopista debe observar la zona de transformación cervical entera, la unión escamosa columnar completa, cualquier anomalía en toda su extensión, de lo contrario se considera insatisfactoria.
- Describir las causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria.
- En caso de colposcopia normal, reportar los diferentes cambios, relacionados con la presencia de lesiones virales.
- Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos en su localización y extensión.
- Señalar los sitios de donde fueran tomadas las biopsias.
- Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)

La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden arrojar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- Negativa para neoplasia.
- LIE de bajo grado: NIC I y VPH.
- LIE de alto grado: NIC II, NIC III, In Situs.
- Neoplasia micro invasora: escamo celular o adenocarcinoma.
- Neoplasia invasora: escamo celular o adenocarcinoma.

Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)

6.11. Tratamiento de las lesiones cervicales premalignas

Haciendo referencia nuevamente de la normativa del **Ministerio de Salud de Nicaragua (2009), Norma Técnica de prevención, detección y atención al cáncer cervicouterino, encontramos:**

6.11.1. Generalidades

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

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

Los 4 métodos más utilizados para el tratamiento de lesión de bajo grado son:

- Observación (seguimiento a través de la citología).
- Crioterapias.
- Excision electroquirurgica con ASA.
- Vaporización laser.

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

- La totalidad de la lesión debe ser visible.
- Se han obtenido biopsias de la lesión previo al tratamiento.
- Se ha evaluado adecuadamente el canal endocervical.
- El médico debe tener conocimiento y experiencia con la elección del tratamiento.
- Se puede confiar en la usuaria para el seguimiento post tratamiento. (p. 23- 51)

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

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

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

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

Se podría utilizar la crioterapia o la vaporización laser, sin embargo, se deben tomar en cuenta que idealmente debe preferirse el procedimiento con asa térmica, conos poco profundos que permitan extraer la zona de transformación y la lesión para estudios histológicos que nos brindan certeza diagnóstica y terapéutica.

6.11.2. Citología anormal en una embarazada.

Usuaris embarazadas con citologías que reportan algún tipo de alteración relacionadas con las lesiones intraepiteliales, se remitirá inmediatamente al ginecólogo para valorar si es necesario realizar colposcopia, por regla general o se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor y debe ser realizado por personal experimentado, no se deberá realizar

legrado endocervical, de confirmarse la presencia de la lesión se dejara en observación, en su seguimiento se controlara su citología y colposcopia cada 3 meses, durante todo el embarazo y en el único caso que estaría indicada la conización diagnostica, es igualmente ante la sospecha de invasor, la cual se realizara en el segundo trimestre de la gestación. Pudiendo tener el parto vaginal y recurriendo a la cesárea solo si hay indicaciones obstétricas. Se realiza nueva valoración con citología y colposcopia 8-12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51).

Seguimiento según estado clínico y características de la usuaria:

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

Las LIE de bajo grado se realizará el primer control a los 3-4 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, debe incluir citología e idealmente colposcopia para confirmar el éxito del tratamiento, posteriormente se realizará otro control a los 6 meses y luego controles cada año. (Minsa Nicaragua, 2009, p. 23- 51)

6.11.3. La Crioterapia

El protocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con inspección visual ácido acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia; la define como:

El tratamiento que se le realizara a ala usuaria por personal capacitado, una vez que presente IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético) positivo y reúna los criterios para esta.

Ventajas de la crioterapia:

- Altamente efectiva y segura: en lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix. No invasiva.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.

Desventajas la crioterapia:

- Es menos efectiva. No práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir).
- Necesita tanque de CO₂.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer. (p. 22- 24)

Insumo para la realización de la crioterapia:

- Equipo para crio tipo pistola, con variedad de formas de puntas de crio que se adapten correctamente a las diferentes formas del cérvix y la lesión.
- Tanque de 100kg con gas de óxido nitroso (N₂O) u oxido de carbono (CO₂) de uso hospitalario y sus anexos.
- Torundas, guantes, espátulas de madera, casos de acero, espéculos, condones, no lubricados para proteger paredes de vagina.

Criterios para crioterapia:

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

Recomendaciones importantes en crioterapias:

- La presión de gas debe de estar por encima de 40 gramos/ centímetros cuadrados.
- Respetar los tiempos recomendados en la aplicación de crioterapias, tres minutos de congelamientos, cinco de descongelamientos y tres de congelamiento; o sea el esquema 3-5-3. (Normativa 037- Minsa Nicaragua, 2010, p. 22-24)

Efectos colaterales y complicaciones de la crioterapia:

- **Flujo vaginal o leucorrea:** la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor, si cambia su característica hacia purulenta y mal oliente se considera infección y se deberá recibir tratamiento de inmediato.
- **Dolor:** Es tipo cólico de regla y se produce durante la aplicación y algunas horas después, habitualmente cede con antiinflamatorio. Si el dolor es pélvico y acompañado de fiebre debe sospecharse de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y recibió el tratamiento inmediato. (Normativa 037- Minsa Nicaragua, 2010, p. 22-24)
- **Sangrado:** Es raro y puede ser acuoso, si aumenta significativamente, debe realizarse evaluación del cérvix usando un especulo vaginal, con el objetivo de confirmar que el sangrado es de hecho de la crioterapia, en cuyo caso se puede manejar con taponamiento vaginal. Este taponamiento vaginal se debe cambiar diariamente y es recomendable añadir antibiótico. En los casos que no cede el sangrado a pesar del taponamiento se debe referir al centro especializado más cercano.
- **Estenosis del canal endocervical:** Es raro, se puede manejar mediante el uso de dilatadores.
- **Quemadura de la pared vaginal:** Se produce con más frecuencia en pacientes con vaginas redundantes, se aconseja tener especial cuidado de que la punta del aplicador no toque las paredes vaginales. (Normativa 037- Minsa Nicaragua, 2010, p. 22-24)

6.12. Prevención de las lesiones cervicales premalignas

6.12.1. Generalidades:

Para lograr la detección precoz y oportuna, y, por ende, el control y la reducción de las usuarias afectadas por lesión cervical se propone aumentar los conocimientos de la población alrededor de los riesgos de esta enfermedad y las maneras más apropiadas para prevenirlas. La prevención y tratamiento oportuno de esta enfermedad debe orientarse como un derecho de la salud sexual y reproductiva.

Según la normativa 002 del Ministerio de Salud de Nicaragua (2010), detalla:

Abstinencia:

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales. Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido.

La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer. Además, que los protege de adquirir enfermedades de transmisión sexual. (p. 37- 88)

Uso de condón o preservativo.

Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Tipos:

- De Látex (tratados con espermicidas) de plástico (Vinyl), protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.
- Naturales (de productos animales), no detienen el virus del SIDA.
- Hay condones de diferentes clases y marcas, difieren en sus características y forma: corrientes, con una tetilla para recoger el semen, contorneados para adaptarse a la forma del pene.

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada. Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada 8 mujeres). (Minsa Nicaragua, Normativa 003, 2010, p. 37- 88)

6.12.2. Vacunas contra el VPH (Virus de Papiloma Humano):

Las vacunas del VPH para las lesiones intraepiteliales cervicales actualmente se disponen de 2 vacunas que protegen de los subtipos de mayor riesgo de VPH (Gardasil subtipos 6, 11, 16, y 18; Cervarix subtipos de 16 y 18) ambas vacunas tienen una eficacia entorno al 95% frente a la infección primaria de los subtipos de alto riesgo del VPH que suponen aproximadamente el 70% de los cánceres cervicales.

Las directrices recomiendan la vacuna rutinaria del VPH en niñas de 11 y 12 años de edad aun que las niñas de 9 años de edad también podrían vacunarse. La vacuna también está recomendada para los jóvenes en edades comprendidas de 13 y 18 años de edad con el fin de recuperar dosis perdidas o completar la serie de vacunas.

La vacuna del VPH no se recomienda actualmente a mujeres mayores de 26 años de edad. Se suministra en una serie de inyecciones para las personas de 15 años a más la vacuna tiene 3 inyecciones separadas. la segunda inyección es aplicada dos meses después de la primera y la tercera 4 meses después de segunda, por lo tanto, toma alrededor de 6 meses ponerse las 3 inyecciones.

Para las personas de entre 9 y 14 años de edad solo son necesarias 2 inyecciones, la segunda inyección se aplica 6 meses después de la primera. La vacuna contra el VPH tiene un efecto secundario que es el más común es tener dolor y enrojecimiento temporal en el lugar de la aplicación.

Si la persona se vacuna contra el VPH también deben realizarse las citologías vaginales porque sigue siendo una de la manera más importante para detectar y prevenir el cáncer cervical y también para detectar cualquier cambio celular que puedan causar cáncer cervical. **(Recuperado de <http://gtt.vih.orgp13>).**

VII. Diseño Metodológico

Área de estudio: Servicio de ginecología del hospital Primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay.

Población a estudio: Mujeres del área urbano con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Enfoque: Mixto (Cuantitativo/cualitativo).

Periodo de estudio: enero 2018- octubre 2019.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Fuente de información: Secundaria (censo gerencial de lesiones cervicales premalignas y expedientes clínicos).

Universo: Todas las mujeres con lesiones cervicales premalignas de bajo grado del área urbana que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay.

Muestra: 63 mujeres con lesiones premalignas de bajo grado del área urbano de San Juan de Limay.

Tipo de muestra: Aleatorio Simple por conveniencia.

Unidad de análisis: Censo de lesiones cervicales premalignas y expediente clínico.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.
- Todas las mujeres con lesiones cervicales premalignas a las que se le hizo su Papanicolaou en los sectores de salud del municipio de San Juan de Limay.
- Todas las mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales premalignas en el periodo de estudio.
- Todas las mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales premalignas del área urbana.
- Todas las mujeres con lesiones cervicales premalignas a las que se les llenó la ficha de recolección de datos adecuadamente.

Criterios de exclusión:

- Todas las mujeres con lesiones cervicales de alto grado.
- Todas las mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales premalignas fuera del periodo de estudio.

- Todas las mujeres con lesiones cervicales premalignas del área rural.
- Todas las mujeres con lesiones cervicales premalignas a las que no se les llenó adecuadamente las fichas de datos.

Técnicas y procedimientos: Se elaboró la ficha de recolección de datos con el objetivo de recolectar información sobre las variables de interés del estudio y de esta manera nos permitió hacer un análisis estadístico.

Plan de tabulación y análisis: Se creó la base de datos en el programa de Excel en el que expresaran las variables en número y porcentajes, con los cruces de interés. De la cual se obtuvieron las tablas y gráficas. La investigación se presentó en un documento del programa de Word y Power point.

Operacionalización de variables

Objetivo N° 1: Características sociodemográficas de las lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Variables</u>	<u>Definición</u>	<u>Indicador</u>	<u>Escala o valor</u>
Edad	Periodo desde del nacimiento hasta el momento de la detección de la lesión cervical premalignas.	Censo gerencial de lesiones cervicales premalignas y Expediente clínico.	15-19 años 20-39 años 40-49 años 50-50 años 60 años a mas
Estado civil	Situación conyugal ante la sociedad.	Expediente clínico.	Soltera Casada Unión libre
Escolaridad	Nivel de estudio que ha alcanzado la mujer hasta el momento del estudio.	Expediente clínico.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Ocupación	Tipo de trabajo en el que se desempeñan las mujeres.	Expediente clínico.	Ama de casa Obrera Comerciante Maestra
Religión	Cultura o creencias que cada individuo profesa.	Expediente clínico.	Evangélica Católica Adventistas Testigo de Jehová Ninguna

Objetivos N°2: Factores de riesgo asociados a lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Variables</u>	<u>Definición</u>	<u>Indicador</u>	<u>Escala o valor</u>
Inicio de vida sexual	Edad cumplida al tener su primera relación sexual.	Expediente clínico.	10 – 14 años 15 – 19 años 20 – 24 años 25 a 29 años
Número de parejas sexuales	Total, de parejas con las que sostuvo relación sexual.	Expediente clínico.	1-2 3-4 5 a más
Tipos de Métodos Anticonceptivos (MAC)	Tipos de métodos utilizados por las mujeres.	Expediente clínico.	Inyectable mensual Inyectable trimestral DIU (Dispositivo intrauterino) Gestágenos orales
Paridad	Se refiere al número de hijos nacidos vía vaginal o cesárea.	Expediente clínico.	0-1 2-3 3-4 4 a más
Realización del Papanicolaou (PAP)	Tiempo transcurrido sin realizarse ni un PAP.	Expediente clínico.	Si No
Resultados de PAP	Reporte patológico de la citología que se realizó	Expediente clínico.	VPH NIC I NIC II
Antecedentes familiares de lesiones premalignas	Si un familiar padece de un cáncer Cervicouterino	Expediente clínico.	Mama Abuela Tía Hermana

Edad de la menarca	Inicio de la primera menstruación	Expediente clínico.	10-11 años 12-13 años 14-15 años
--------------------	-----------------------------------	---------------------	--

Objetivo N°3: Describir Las Lesiones Cervicales Premalignas De Bajo Grado De Las Mujeres En Estudio.

<u>Variables</u>	<u>Definición</u>	<u>Indicador</u>	<u>Escala o valor</u>
VPH	Es una enfermedad de transmisión sexual producida por un virus.	Expediente clínico.	Positivo Negativo
NIC I	Se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino.	Expediente clínico.	Positivo Negativo
NIC 2	Se encuentran células moderadamente anormales en la superficie del cuello uterino no es cáncer, pero se puede volver cancerosa y diseminar al tejido normal cercano si no se trata.	Expediente clínico.	Positivo Negativo

Métodos de recolección de información: Realizamos revisión del censo gerencial de lesiones cervicales premalignas para poder darnos cuenta ¿cuántas mujeres en el periodo de estudio existen con lesiones cervicales premalignas de bajo grado?, y luego buscar los expedientes clínicos para recolectar los datos en la ficha.

Método de análisis: Ficha de recolección de datos la cual será llenada apoyada en el expediente clínico y el censo gerencial de lesiones cervicales premalignas.

VIII. Desarrollo del subtema

8.1. Características sociodemográficas de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado que acuden al hospital primario Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el periodo enero 2018- octubre 2019.

Las pacientes estudiadas comprendían una muestra de 63 pacientes encontrando en sus características sociodemográficas las siguientes:

Tabla 1. Edad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	N°	%
15 a 19 a	5	8
20 a 34 a	26	41
35 a 49 a	22	35
50 a 59 a	9	14
60 a más	1	1.5
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Con respecto a la edad la mayoría de pacientes en estudio estaban en edades de 20- 34 años con 41% (26); de 35- 49 con 35% (22). Seguido de las de 50- 59 años con 14% (9); de 15- 19 años con 8% (5), y en menor porcentaje de 60 años a más con 1.5% (1).

Tabla 2. Estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Estado civil	N°	%
Soltera	9	14
Unión de hecho	20	32
Casada	34	54
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En relación al estado civil predominaron las casadas con 54% (34), seguidas de las de unión de hecho con 32% (20) y en menor porcentaje las solteras con 14% (9%).

Tabla 3. Escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Escolaridad	N°	%
Analfabeta	5	8
Primaria	28	44.5
Secundaria	24	37
Universitario	6	9.5
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

De acuerdo a la escolaridad de las mujeres la primaria ocupó el primer lugar con 44.5% (28), a continuación, las de secundaria con 37% (24), universitarias con 9.5% (6) y en último lugar las analfabetas 8% (5).

Tabla 4. Ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Ocupación	N°	%
Ama de casa	51	80.5
Maestra	2	3
Comerciante	5	8
Obrera	5	8
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Según la ocupación de las pacientes prevalecieron: las amas de casa con 80.5% (51), luego las comerciantes y obreras con 8% (5), para cada una respectivamente y por último las maestras con 3% (2).

Tabla 5. Religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Religion	N°	%
Católica	36	57
Evangélica	18	28.5
Testigo de Jehová	2	3
Adventista	3	5
Ninguna	4	6
Total	63	100

Fuente: Expedientes Clínicos.

En cuanto a la religión sobresalieron: las católicas con 57% (36), evangélicas con 28.5% (18), adventista con 5% (3), testigo de Jehová 3% (2) y no profesan ninguna religión 6% (4).

Al relacionar las características sociodemográficas de nuestras mujeres a estudio encontramos:

Tabla 6. Edad según estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	Soltera		Unión de hecho		Casada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	1	1.5	3	5	1	1.5	5	8
20 a 34 a	6	9.5	8	13	12	19	26	41
35 a 49 a	2	3	6	9.5	14	22.5	22	35
50 a 59 a	0	0	3	5	6	9.5	9	14
60 a más	0	0	0	0	1	1.5	1	1.5
Total	9	14	20	32	34	54	63	100

Fuente: Expedientes Clínicos.

En relación a la edad y el estado civil de las pacientes a estudio destacaron:

Las mujeres en edades de 20-34 años con 41% (26); de ellas el 19% (12) estaban casadas, el 13% (8) en unión de hecho, y el 9.5% (6) solteras. Seguidas las de 35-49 años con 35% (22); en donde el 22.5% (14) eran casadas, el 9.5% (6) unión de hecho, y el 3% (2) solteras. A continuación, las de 50-59 años con 14% (9); de estas el 9.5% (6) eran casadas, el 5% (3) en unión de hecho. Las de 15-19 años 8% (5); de ellas el 5% (3) vivían en unión de hecho, el

1.5% (1) casadas y solteras, respectivamente, y por último las de 60 años a más con 1.5% (1) que eran casadas.

Tabla 7. Edad según escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Universitaria		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	0	0	0	0	4	6	1	1.5	5	8
20 a 34 a	3	5	7	11	12	19	4	6	26	41
35 a 49 a	0	0	14	22.5	7	11	1	1.5	22	35
50 a 59 a	1	1.5	7	11	1	1.5	0	0	9	14
60 a más	1	1.5	0	0	0	0	0	0	1	1.5
Total	5	8	28	44.5	24	37	6	9.5	63	100

Fuente: Expedientes Clínicos.

Al estimar la edad y la escolaridad de las pacientes resaltaron:

Las edades de 20-34 años con 41% (26); de ellas el 19% (12) tenían aprobada la educación secundaria, el 11% (7) primaria, el 6% (4) universitarias, y el 5% (3) analfabetas. Las de 35-49 años con 35% (22); de las cuales el 22.5% (14) tenían aprobada la educación primaria, el 11% (7) secundaria, el 1.5% (1) universitaria. Seguían las de 50-59 años con 14% (9); donde el 11% (7) habían aprobado escolaridad primaria, el 1.5% (1) secundaria y analfabetas respectivamente. Consecutivamente las de 15-19 años con 8% (5), de ellas el 6% (4) habían cursado la secundaria, el 1.5% (1) universidad y en minoría las de 60 años a más con 1.5% (1), que eran analfabetas.

Tabla 8. Edad según la ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	<u>Ama de casa</u>		<u>Maestra</u>		<u>Comerciante</u>		<u>Obrera</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	3	5	0	0	1	1.5	1	1.5	5	8
20 a 34 a	20	32	1	1.5	2	3	3	5	26	41
35 a 49 a	18	28.5	1	1.5	2	3	1	1.5	22	35
50 a 59 a	9	14	0	0	0	0	0	0	9	14
60 a más	1	1.5	0	0	0	0	0	0	1	1.5
Total	51	80.5	2	3	5	8	5	8	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Referente a la edad y la ocupación incidieron:

Las edades de 20-34 años con 41% (26); de ellas el 32% (20) tenían oficio amas de casas, el 5% (3) obreras, el 3% (2) comerciantes y el 1.5% (1) maestra. Seguían las de 35-49 años con 35% (22); en donde el 28.5% (18) eran amas de casa, el 3% (2) comerciantes, y el 1.5% (1) maestras y obreras, respectivamente.

Y las de 50-59 años con 14% (9); de las cuales todas trabajaban de amas de casas. Por otro lado, las de 15-19 años con 8% (5); en donde el 5% (3) se dedicaban a amas de casa, el 1.5% (1) comerciantes y obreras, por último, lugar las de 60 años a más con 1.5% (1) que eran amas de casa.

Tabla 9. Edad según Religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	Católica		Evangélica		Testigo de Jehová		Adventista		Ninguna		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 19 a	2	3	3	5	0	0	0	0	0	0	5	8
20 a 34 a	15	36.5	7	11	1	1.5	1	1.5	2	3	26	41
35 a 49 a	14	22.5	6	9.5	1	1.5	1	0	1.5	0	22	35
50 a 59 a	4	6	2	3	0	0	1	1.5	2	3	9	14
60 a más	1	1.5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.5
Total	36	57	18	28.5	2	3	3	5	4	6	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Al relacionar la edad según la religión de las mujeres profesaban:

En las edades de 20-34 años con 41% (26); de ellas el 36.5% (15) eran católicas, el 11% (7) evangélicas, el 3% (2) no profesaban ninguna religión y el 1.5% (1) testigos de Jehová y adventistas, respectivamente. En las edades de 35-49 años con 35% (22) de las cuales el 22.5% (14) profesaban la religión católica, el 9.5% (6) evangélicas, el 1.5% (1) testigos de jehová y adventistas, respectivamente.

De 50-59 años con 14% (9), donde el 6% (4) profesaban la religión católica, el 3% (2) evangélicas y se encontró el mismo porcentaje para las que no profesaban ninguna religión, y el 1.5% (1) adventista. De 15-19 años con 8% (5), de las cuales el 5% (3) eran evangélicas y el 3% (2) católicas, y de último las de 60 años a más con 1.5% (1) profesaban la religión católica.

8.2. Factores De Riesgo Asociados Con Lesiones Cervicales Premalignas De Bajo Grado De Las Pacientes Que Acuden Al Hospital Primario Uriel Morales Arguello Del Municipio De San Juan De Limay En El Periodo enero 2018- octubre 2019.

Al determinar los principales factores de riesgos de las lesiones cervicales premalignas de bajo riesgo encontramos:

Tabla 10. Edad de la menarca de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Edad de la Menarca</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
De 11 a	5	8
De 12 a	13	20.5
De 13 a	20	32
De 14 a	21	33
De 15 a	4	6
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Con respecto a la edad de la menarca de las mujeres a estudio la mayoría fue de 14 años con un 33% (21), de 13 años un 32% (20), seguido a los 12 años 20.5% (13), de 11 años 8% (5), y en menor porcentajes las mujeres de edades de 15 años con 6% (4).

Tabla 11. IVSA (inicio de vida sexual activa) de las pacientes con lesiones cervicales premalignas.

<u>IVSA</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
De 10 a 14 a	12	19
De 15 a 19 a	41	65
De 20 a 24 a	9	14
De 25 a 29 a	1	1.5
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto al IVSA (inicio de vida sexual activa) de las mujeres, en orden de porcentaje iniciaron vida sexual entre los 15-19 años con 65% (41), de 10-14 años 19% (12), entre 20-24 años 14% (9) y de menor porcentaje de 25-29 años con 1.5% (1).

Tabla 12. Paridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Paridad</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
De 0 hijos	9	14
De 1 a 2 hijos	32	50.5
De 3 a 4 hijos	12	19
De 5 a más hijos	10	16
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

De acuerdo a la paridad de las pacientes con lesiones premalignas cervicales se halló en gran parte que parieron de 1-2 hijos con 50.5% (32), de 3-4 hijos con 19% (12), de 5 a más con 16% (10); mientras que el 14% (9) no habían parido.

Tabla 13. Edad del primer parto de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Edad del primer parto</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
De 10 a 14 a	2	3
De 15 a 19 a	31	49.5
De 20 a 24 a	24	37
De 25 a 29 a	5	8
De 30 a 34 a	1	1.5
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Con relación a la edad del primer parto, su primer hijo lo parieron de 15-19 años con 49.5% (31), de 20-24 años con 37% (24), de 25-29 años con 8% (5), de 10-14 años con 3% (2) y por último las mujeres de 30-35 años con 1.5% (1).

Tabla 14. Números de partos vaginales de las pacientes con lesiones cervicales premalignas.

<u>Número de partos vaginales</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
0 (Cero)	12	19
De 1 a 2	33	52
De 3 a 4	8	13
De 5 a más	10	16
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Según los partos vaginales las mujeres tuvieron de 1-2 partos con un 52% (33), el 19% (12) no habían tenido partos vaginales, de 5 a más un 16% (10), de 3-4 partos un 13% (8).

Tabla 15. Número de compañeros sexual de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Número de compañeros sexuales</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
De 1 a 2	56	89
De 3 a 4	7	11
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

De acuerdo al número de compañeros las mujeres habían tenido de 1-2 compañeros sexuales con un 89% (56), y de 3-4 compañeros con 11% (7).

Tabla 16. Realización de PAP anterior de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Realización de PAP anterior</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Si	33	52
No	30	48
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a las mujeres que se habían realizado el PAP anterior encontramos un 52% (33) ya se lo habían realizado y un 48% (30) no se lo habían realizado.

Tabla 17. Uso de anticonceptivos de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Uso de anticonceptivos hormonales</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Si	33	52
No	30	48
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En relación al uso de métodos anticonceptivos el 52% (33) usaban algún tipo de métodos anticonceptivos y el 48% (30) no usaban ningún tipo.

Tabla 18. Tipo de anticonceptivos hormonales de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Uso de anticonceptivos hormonales	N°	%
Gestágenos orales	5	8
Inyectable mensual	9	14
Inyectable trimestral	13	20.5
Otras	6	9.5
Total	33	52

Fuente: Expedientes clínicos.

Según la revisión de los expedientes clínicos el 20.5% (13) usaban inyectable trimestral, el 14% (9) mensual, el 9.5% (6) usaban otros (DIU) y un 8% (5) gestágenos orales.

Al asociar los factores de riesgos con las características sociodemográficas encontramos:

Tabla 19. Paridad según la edad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	De 0		De 1 a 2		De 3 a 4		De 5 a más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	4	6	1	1.5	0	0	0	0	5	8
20 a 34 a	5	8	18	28.5	3	5	0	0	26	41
35 a 49 a	0	0	10	16	6	9.5	6	9.5	22	35
50 a 59 a	0	0	3	5	3	5	3	5	9	14
60 a más	0	0	0	0	0	0	1	1.5	1	1.5
Total	9	14	32	50.5	12	19	10	16	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En la paridad según la edad de las pacientes se encontró:

En las edades de 20-34 con 41% (26); de las cuales el 28.5% (18) habían parido de 1-2 hijos, el 8% (5) no habían parido y el 5% (3) de 3-4 hijos. De 35-49 años con 35% (22) de ellas el 16% (10) habían parido de 1-2 hijos, el 9.5% (6) habían parido de 3-4 y de 5 a más hijos. De 50-59 años con 14% (9); donde el 5% (3) habían parido de 1-2, 3-4, y 5 a más hijos, respectivamente. De 15-19 años con 8% (5) donde el 6% (4) no pario ningún hijo, el 1.5% (1) de 1-2 hijos; y por último las de 60 años a más con 1.5% (1) de 5 a más hijos.

Tabla 20. Paridad según el estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Estado civil</u>	<u>De 0</u>		<u>De 1 a 2</u>		<u>De 3 a 4</u>		<u>De 5 a más</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	3	5	5	8	0	0	1	1.5	9	14
Unión hecha	4	6	10	16	2	3	4	6	20	32
Casada	2	3	17	26.5	10	16	5	8	34	54
Total	9	14	32	50.5	12	19	10	16	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En la paridad según el estado civil de las pacientes se halló:

Del 54% (34) que estaban casadas; el 26.5% (17) tenían de 1-2 hijos, el 16% (10) tenían de 3-4 hijos, el 8% (5) de 5 hijos a más y el 3% (2) no habían parido. Del 32% (20) que estaban en unión de hecho; el 16% (10) tenían de 1-2 hijos, el 6% (4) de 5 a más, y se encontró el mismo porcentaje para las que no habían parido hijos, el 3% (2) tenían de 3-4 hijos. Del 14% (9) que estaban solteras; el 8% (5) tenían de 1-2 hijos, el 5% (3) no habían parido y el 1.5% (1) tenían de 5 a más hijos.

Tabla 21. Paridad según la escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Escolaridad</u>	<u>De 0</u>		<u>De 1 a 2</u>		<u>De 3 a 4</u>		<u>De 5 a más</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	0	0	2	3	1	1.5	2	3	5	8
Primaria	1	1.5	11	17	8	13	8	13	28	44.5
Secundaria	7	11	14	22.5	3	5	0	0	24	37
Universidad	1	1.5	5	8	0	0	0	0	6	9.5
Total	9	14	32	50.5	12	19	10	16	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Relacionando la paridad según la escolaridad de las pacientes destacaron:

Del 44.5% (28) de las que aprobaron primaria; el 17% (11) habían parido de 1-2 hijos, el 13% (8) de 3-4 y de 5 a más hijos, respectivamente, y el 1.5% (1) no habían parido hijos.

Del 37% (24) de las que habían aprobado secundaria; el 22.5% (14) parieron de 1-2 hijos, el 11% (7) ningún hijo, el 5% (3) de 3-4 hijos. El 9.5% (6) de las que aprobaron secundaria; el 8% (5) parieron de 1-2 hijos, y el 1.5% (1) ninguno. Del 8% (5) de las que eran analfabetas, el 3% (2) habían parido de 1-2 hijos y se encontró el mismo porcentaje para las que habían parido de 5 hijos a más.

Tabla 22. Paridad según la ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Ocupación	De 0		De 1 a 2		De 3 a 4		De 5 a más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	4	6	26	41	11	17	10	16	51	80.5
Maestra	1	1.5	1	1.5	0	0	0	0	2	3
Comerciante	1	1.5	3	5	1	1.5	0	0	5	8
Obrera	3	5	2	3	0	0	0	0	5	8
Total	9	14	32	50.5	12	19	10	16	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Respecto a la paridad según la ocupación se comprobó:

Del 80.5% (51) que eran amas de casa; el 41% (26) habían parido de 1-2 hijos, el 17% (11) de 3-4 hijos, el 16% (10) de 5 hijos a más, y el 6% (4) no habían parido hijos. Del 8% (5) que eran comerciantes; el 5% (3) habían parido de 1-2 hijos, el 1.5% (1) de 3-4 hijos y se encontró el mismo porcentaje para las que no habían parido.

Del 8% (5) que eran obreras; el 5% (3) no habían parido y el 3% (2) parieron de 1-2 hijos.

Del 3% (2) eran maestras; de las cuales el 1.5% (1) no habían parido y habían tenido de 1-2 hijos en ese mismo porcentaje.

Tabla N°23. Paridad según la religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Religión	De 0		De 1 a 2		De 3 a 4		De 5 a más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	6	9.5	18	28.5	6	9.5	6	9.5	36	57
Evangélica	2	3	9	14	5	8	2	3	18	28.5
Testigo de Jehová	1	1.5	0	0	1	1.5	0	0	2	3
Adventista	0	0	3	5	0	0	0	0	3	5
Ninguna	0	0	2	3	0	0	2	3	4	6
Total	9	14	32	50.5	12	19	10	16	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

De acuerdo a la paridad según la religión de las pacientes se evidenció:

Del 57% (36) que eran católicas; el 28.5% (18) habían parido de 1-2 hijos, el 9.5% (6) de 3-4, de 5 a más y que no habían parido se encontró en mismo porcentaje también. Del 28.5% (18) que eran evangélicas; el 14% (9) habían parido de 1-2 hijos, el 8% (5) de 3-4, el 3% (2) de 5 a más y se encontró el mismo porcentaje para las que no habían parido.

Del 6% (4) que no profesaban ninguna religión; el 3% (2) habían parido de 1-2, y de 5 a más. Del 5% (3) que eran adventistas; todas habían parido de 1-2 hijos. Del 3% (2) que eran testigos de Jehová de las cuales el 1.5% (1) parieron de 3-4 hijos, y en ese mismo porcentaje se presentó las que no habían parido.

Tabla 24. Número de compañeros sexuales según la edad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Edad</u>	<u>De 1 a 2</u>		<u>De 3 a 4</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	5	8	0	0	5	8
20 a 34 a	21	33	5	8	26	41
35 a 49 a	19	30	3	5	22	35
50 a 59 a	9	14	0	0	9	14
60 a más	1	1.5	0	0	1	1.5
Total	61	87	8	13	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Con respecto al número de compañeros sexuales según la edad:

Las mujeres en edades de 20-24 años se mostraron con 41% (26); el 33% (21) habían tenido de 1-2 compañeros sexuales, y el 8% (5) de 3-4. De las de 35-49 años que alcanzaron el 35% (22); el 30% (19) habían tenido de 1-2 compañeros sexuales, y el 5% (3) de 3- 4.

En las edades de 50-59 años que obtuvieron 14% (9); todas habían tenido de 1-2 parejas. En las de 15-19 años que presentaron 8% (5); todas de ellas tenían de 1-2 compañeros sexuales; y por último en las de 60 años a más el 1.5% (1), tenían de 1-2 compañeros sexuales.

Tabla 25. Número de compañeros sexuales según el estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Estado civil</u>	<u>De 1 a 2</u>		<u>De 3 a 4</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	5	8	4	6	9	14
Unión de hecho	17	26.5	3	5	20	32
Casada	34	54	0	0	34	54
Total	56	89	7	11	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

De acuerdo al número de compañeros sexuales según el estado civil:

El 54% (34) de las que eran casadas tenían de 1-2 compañeros sexuales. Del 32% (20) de las de unión de hecho; el 26.5% (17) manifestó haber tenido de 1-2 esposos, el 5% (3) de 3-4. Y por último el 14 % (9) que eran solteras; el 8% (5) habían tenido de 1-2 compañeros, y el 6% (4) de 3-4.

Tabla 26. Número de compañeros sexuales según la escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Escolaridad</u>	<u>De 1 a 2</u>		<u>De 3 a 4</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	4	6	1	1.5	5	8
Primaria	24	37	4	6	28	44.5
Secundaria	22	36.5	2	3	24	37
Universitaria	6	9.5	0	0	6	9.5
Total	56	89	7	11	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Según el número de compañeros sexuales y la escolaridad de las pacientes:

Del 44.5% (28) de las que tenían aprobada la educación primaria; el 37% (24) habían tenido de 1-2 compañeros sexuales, y el 6% (4) de 3-4. Del 37% (24) que tenían aprobada

la educación secundaria, el 36.5% (22) habían tenido de 1-2 esposos, y el 3% (2) de 3-4. El 9.5 % (6) que eran universitarias, todas habían tenido de 1-2 compañeros sexuales. Y por último las que alcanzaron el 8% (5) que eran analfabetas; el 6% (4) habían tenido de 1-2 compañeros sexuales y el 1.5% (1) de 3-4.

Tabla 27. Número de compañeros sexuales según la ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Ocupación</u>	<u>De 1 a 2</u>		<u>De 3 a 4</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	45	71.5	6	9.5	51	80.5
Maestra	1	1.5	1	1.5	2	3
Comerciante	5	8	0	0	5	8
Obrera	5	8	0	0	5	8
Total	56	89	7	11	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto al número de compañeros sexuales asociada la ocupación:

Del 80.5% (51) que eran amas de casas, el 71.5% (45) habían tenido de 1-2 compañeros sexuales, y el 9.5% (6) de 3-4. Del 8% (5) que eran comerciantes y obreras; todas habían tenido de 1-2 esposos. Del 3% (2) que eran maestras; el 1.5% (1) habían tenido de 1-2 hijos, encontrándose el mismo porcentaje en las que habían tenido de 3-4.

Tabla 28. Número de compañeros sexuales según la religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Religión	De 1 a 2		De 3 a 4		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	32	50.5	4	6	36	57
Evangélica	15	36.5	3	5	18	28.5
Testigo de Jehová	2	3	0	0	2	3
Adventista	3	5	0	0	3	5
Ninguna	4	6	0	0	4	6
Total	56	89	7	11	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Del número de compañeros sexuales según la religión sobresalió:

Del 57% (36) que profesaban la religión católica, el 50.5% (32) habían tenido de 1-2 compañeros sexuales, y el 6% (4) de 3-4. Del 28.5% (18) que eran evangélicas; el 36.5% (15) habían tenido de 1-2 esposos y el 5% (3) de 3-4. Del 6% (4) que no profesaban ninguna; habían tenido de 1-2 compañeros sexuales. Del 5% (3) que eran adventistas, todas habían tenido de 1-2. Y, por último, del 3% (2) que eran testigos de Jehová, todas habían tenido de 1-2 esposos.

Tabla 29. Realización del papanicolaou anterior según la edad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Edad</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	3	5	2	3	5	8
29 a 34 a	13	20.5	13	20.5	26	41
35 a 39 a	13	20.5	9	14	22	35
50 a 59 a	5	8	4	6	9	14
60 a más	0	0	1	1.5	1	1.5
Total	34	54	29	46	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En relación a la realización del PAP anterior según la edad:

Las mujeres en edades de 20-34 años que alcanzaron 41% (26); el 20.5% (13) si se habían realizado el PAP, mientras que el otro 20.5% (13) no. En las 35-49 años que reflejaron el 35% (22); el 20.5% (13) si se habían realizado el PAP; en cambio el 14% (9) no.

En las mujeres de 50-59 años que mostraron 14% (9); el 8% (5) si se habían realizado, sin embargo, el 6% (4) no. En las edades de 15- 19 años que se presentaron con 8% (5); el 5% (3) si se lo habían realizado y el 3% (2) no. Por último, en las edades de 60 años a más que presentaron 1.5% (1), no se habían realizado el PAP.

Tabla 30. Realización del papanicolaou anterior según el estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Estado civil</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	4	6	5	8	9	14
Unión de hecho	12	19	8	13	20	32
Casada	17	26.5	17	26.5	34	54
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Al estimar la realización de PAP anterior según el estado civil:

Del 54% (34) que eran casadas; el 26.5% (17) si se habían realizado el PAP y ese mismo porcentaje no se lo realizó. Del 32% (20) que estaban en unión de hecho; el 19% (12) si se habían realizado el PAP, mientras que el 13% (8) no. Del 14% (9) que eran solteras, el 8% (5) no se lo habían realizado y el 6% (4) sí.

Tabla 31. Realización del papanicolaou anterior según la escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Escolaridad</u>	<u>Si</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	2	3	3	5	5	8
Primaria	17	26.5	11	17	28	44.5
Secundaria	14	22.5	10	16	24	37
Universitaria	0	0	6	9.5	6	9.5
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Apreciando la realización de PAP anterior según la escolaridad se detalló:

De las mujeres con educación primaria aprobada con 44.5% (28), el 26.5% (17) si se habían realizado el PAP y el 17% (11) no. Del 37% (24) con secundaria aprobada; el 22.5% (14) si se habían realizado, en cambio el 16% (10) no. Del 9.5% (6) que eran universitarias ninguna se lo había realizado. Del 8.5% (5) que eran analfabetas; el 5% (3) no se habían realizado, sin embargo, el 3% (2) sí.

Tabla 32. Realización del papanicolaou anterior según la ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Ocupación</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	27	43	24	37	51	80.5
Maestra	1	1.5	1	1.5	2	3
Comerciante	2	3	3	5	5	8
Obrera	3	5	2	3	5	8
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a la realización del PAP anterior según la ocupación:

Del 80.5% (51) que eran amas de casa; el 43% (27) se habían realizado el PAP anteriormente y el 37% (24) no. Del 8% (5) que eran comerciantes; el 5% (3) no se habían realizado, no obstante, el 3% (2) sí. Del 8% (5) que eran obreras; el 5% (3) si se habían realizado, en cambio el 3% (2) no. Y en último lugar del 3% (2) que eran maestras; el 1.5% (1) no se lo habían realizado y en ese mismo porcentaje si se lo realizaron.

Tabla 33. Realización del papanicolaou anterior según la religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Religión</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	17	26.5	19	31	36	57
Evangélica	13	20.5	5	8	18	28.5
Testigo de Jehová	0	0	2	3	2	3
Adventista	1	1.5	2	3	3	5
Ninguna	2	3	2	3	4	6
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En tanto la realización del PAP anterior y la religión:

Del 57% (36) católicas; el 31% (19) no se habían realizado el PAP anteriormente y el 26.5% (17) sí. Del 28.5% (18) evangélicas; el 20.5% (13), mientras el 8% (5) no. Del 6% (4) que no tenían religión; el 3% (2) si se habían realizado el PAP anteriormente y en ese mismo porcentaje no se lo habían realizado. Del 5% (3) adventistas; el 3% (2) no se habían realizado, y el 1.5% (1) sí. Del 3% (2) testigos de Jehová; ninguna se realizó su PAP anteriormente.

Tabla 34. Uso de anticonceptivos según la edad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Edad	Sí		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 a	2	3	3	5	5	8
20 a 34 a	19	30	7	11	26	41
35 a 49 a	12	19	10	16	22	35
50 a 59 a	3	5	6	9.5	9	14
60 a más	0	0	1	1.5	1	1.5
Total	36	57	27	43	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Respecto al uso de anticonceptivo según la edad:

De las edades entre 20-34 años de las mujeres que alcanzaron 41% (26); el 30% (19) si usaban métodos anticonceptivos y el 11% (7) no. Las mujeres de 35-49 que se reflejaron con 35% (22); el 19% (12) si usaban; mientras el 16% (10) no. Las pacientes de 50-59 años que se representaron con 14% (9); el 9.5% (6) no usaba; sin embargo, el 5% (3) sí. Las de 15-19 años que tenían 8% (5); el 5% (3) no usaban, no obstante, el 3% (2) sí. Y por último las mujeres con edades de 60 años a más que presentaban el 1.5% (1), no usaban métodos anticonceptivos.

Tabla 35. Uso de anticonceptivos según el estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Estado civil</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Soltero	4	6	5	8	9	14
Unión de hecho	11	17	9	14	20	32
Casada	18	28.5	16	24	34	54
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Referente al uso de anticonceptivos según el estado civil:

De las pacientes casadas que representaban el 54% (34); el 28.5% (18) si usaban métodos anticonceptivos y el 24% (16) no. El 32% (20) en unión de hecho; el 17% (11) si usaba, mientras el 14% (9) no. El 14% (9) solteras; el 8% (5) no usaban, sin embargo, el 6% (4) sí.

Tabla 36. Uso de anticonceptivos según la escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Escolaridad</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Analfabeta	3	5	2	3	5	8
Primaria	13	20.5	15	36.5	28	44.5
Secundaria	13	20.5	11	17	24	37
Universitaria	4	6	2	3	6	9.5
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Según el uso de anticonceptivos y la escolaridad de las pacientes:

Del 44.5% (28) que tenían primaria aprobada; el 36.5% (15) no usaban anticonceptivos y el 20.5% (13) sí. Del 37% (24) de secundaria, el 20.5% (13) si usaba, en cambio el 17% (11) no. Del 9.5% (6) universitarias, el 6% (4) si usaba, a diferencia del 3% (2) que no usaba. Y por último del 8% (5) analfabetas; el 5% (3) si usaban, en contradicción al 3% (2) no usaban.

Tabla 37. Uso de anticonceptivos según la ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

Ocupación	Sí		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	27	43	24	37	51	80.5
Maestra	1	1.5	1	1.5	2	3
Comerciante	2	3	3	5	5	8
Obrera	3	5	2	3	5	8
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos según la ocupación:

De las pacientes con 80.5% (51) que eran amas de casa; el 43% (27) si usaban métodos anticonceptivos y en menor porcentaje el 37% (24) no usaban. Del 8% (5) comerciantes; el 5% (3) no usaban, en cambio el 3% (2) sí. Del 8% (5) obreras; el 5% (3) si usaban, mientras el 3% (2) no. Del 3% (2) maestras; el 1.5% (1) si usaban anticonceptivos, y en igual valor se encontró las que no usaban.

Tabla 38. Uso de anticonceptivos según la religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.

<u>Religión</u>	<u>Sí</u>		<u>No</u>		<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	19	31	17	26.5	36	57
Evangélica	10	16	8	13	18	28.5
Testigo de Jehová	1	1.5	1	1.5	2	3
Adventista	1	1.5	2	3	3	5
Ninguna	2	3	2	3	4	6
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Referente al uso de métodos anticonceptivos según la religión de las pacientes:

El 57% (36) profesaban la religión católica; de ellas el 30% (19) usaban métodos anticonceptivos, mientras que 26.5% (17) no usaban. El 28.5% (18) eran evangélicas, donde el 16% (10) usaban métodos anticonceptivos, en cambio el 13% (8) no usaban. El 6% (4) no profesaban ninguna religión; donde el 3% (2) si usaban métodos anticonceptivos, y el otro 3% (2) no usaba.

El 5% (3) tenían religión adventista; de ellas el 3% (2) no usaban ningún método anticonceptivo y el 1.5% (1) si usaban. El 3% (2) eran testigos de Jehová; donde el 1.5% (1) usaban métodos anticonceptivos, sin embargo, el otro 1.5% (1) no usaban.

8.3. Lesiones Cervicales Premalignas De Bajo Grado En Las Pacientes Que Acuden Al Hospital Primario Uriel Morales Arguello Del Municipio De San Juan De Limay En El Periodo enero 2018- octubre 2019.

Tabla 39. Lesiones cervicales premalignas de bajo grado de las pacientes.

<u>Lesión</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
VPH	33	52
NIC I	30	48
NIC II	0	0
Total	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Al describir los tipos de lesiones cervicales premalignas según los resultados de Papanicolaou de las pacientes encontramos:

El 52% (33) de las pacientes tenían resultados positivos para Virus de papiloma humano (VPH), y el 48% (30) tenían resultado de lesión NIC I (Neoplasia intraepitelial).

Tabla N°40. Lesiones cervicales premalignas de bajo grado según la edad de las pacientes.

<u>Edad</u>	<u>VPH</u>		<u>NIC I</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
15 a 19 a	3	5	2	3	5	8
29 a 34 a	13	20.5	13	20.5	26	41
35 a 49 a	11	17	11	17	22	35
50 a 59 a	5	8	4	6	9	14
60 a más	1	1.5	0	0	1	1.5
Total	33	52	30	48	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Al relacionar el tipo de lesiones según la edad hallamos:

Las mujeres edades de 20-34 años sobresalían con 41% (26); de ellas el 20.5% (13) tenían resultado positivo para VPH y para NIC, respectivamente. Las de 35- 49 años con 35% (22), de ellas el 17% (11) tenían VPH y NIC, individualmente. Las edades de 50- 59 años con 14% (9); de ellas el 8% (5) presentaron VPH, y el 6% (4) NIC I. En las edades de 15- 19 años con 8% (5), de ellas el 5% (3) tenían VPH y el 3% (2) NIC I. Las edades de 60 años a más con 1.5% (1), con VPH.

Tabla 41. Lesiones cervicales premalignas de bajo grado según el estado civil de las pacientes.

<u>Estado civil</u>	<u>VPH</u>		<u>NIC I</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Soltera	6	9.5	3	5	9	14
Unión de hecho	14	22.5	6	9.5	20	32
Casada	13	20.5	21	33	34	54
Total	33	52	30	52	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Al estimar las relaciones cervicales premalignas y el estado civil encontramos:

El 54% (34) eran casadas; donde el 33% (21) tenían NIC I y el 20.5% (13) VPH. El 32% (20) estaban en unión de hecho; de ellas el 22.5% (14) presentaron VPH y el 9.5% (6) NIC I. El 14% (9) eran solteras; de ellas el 9.5% (6) tenían VPH y el 5% (3) NIC I.

Tabla 42. Lesiones cervicales premalignas de bajo grado según la escolaridad de las pacientes.

<u>Escolaridad</u>	<u>VPH</u>		<u>NIC I</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Analfabeta	4	6	1	1.5	5	8
Primaria	13	20.5	15	36.5	28	44.5
Secundaria	14	22.5	10	16	24	37
Universitaria	2	3	4	6	6	9.5
Total	33	52	30	52	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Referente a las lesiones cervicales y la escolaridad se halló:

El 44.5% (28) tenían aprobada educación primaria; de ellas el 36.5% (15) tenían NIC I y el 20.5% (13) VPH. El 37% (24) secundaria, de ellas el 22.5% (14) tenían VPH y el 16% (10) NIC I. el 9.5% (6) universitarias; de ellas el 6% (4) tenían NIC I y el 3% (2) VPH. El 8% (5) eran analfabetas; de ellas el 6% (4) tenían VPH y el 1.5% (1) NIC I.

Tabla 43. Lesiones cervicales premalignas de bajo grado según la ocupación de las pacientes.

<u>Ocupación</u>	<u>VPH</u>		<u>NIC I</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Ama de casa	28	44.5	23	41	51	80.5
Maestra	2	3	0	0	2	3
Comerciante	2	3	3	5	5	8
Obrera	1	1.5	4	6	5	8
Total	33	52	30	52	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

De acuerdo a las lesiones cervicales premalignas de bajo grado y la ocupación:

El 80.5% (51) eran amas de casas; de ellas el 44.5% (28) tenían VPH y el 41% (23) NIC I. El 8% (5) se dedicaban a comerciantes; donde el 5% (3) tuvieron resultado positivo de NIC I y el 3% (2) de VPH. El 8% (5) Eran Obreras, de ellas el 6% (4) tenían NIC I y el 1.5% (1) VPH. El 3% (2) eran maestras con resultado positivo de VPH.

Tabla 44. Lesiones cervicales premalignas de bajo grado según la religión de las pacientes.

<u>Religión</u>	<u>VPH</u>		<u>NIC I</u>		<u>Total</u>	
	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Católica	20	32	16	24	36	57
Evangélica	9	14	9	14	18	28.5
Testigo de Jehová	0	0	2	3	2	3
Adventista	2	3	1	1.5	3	5
Ninguna	2	3	2	3	4	6
Total	33	52	30	52	63	100

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a las lesiones y la religión:

El 57% (36) eran católicas; de ellas el 32% (20) poseían VPH y el 24% (16) NIC I. El 28.5% (18) profesaban religión evangélica; donde el 14% (9) presentaron VPH y NIC I, respectivamente. El 6% (4) no tenían ninguna religión; de ellas el 3% (2) tenían VPH y ese mismo porcentaje para NIC I. El 5% (3) eran adventistas; donde el 3% (2) presentaron VPH y el 1.5% (1) NIC I. El 3% (2) eran testigos de Jehová y tenían resultado positivo para NIC I.

IX. Conclusiones

De acuerdo a las características sociodemográficas de las mujeres con lesiones cervicales premalignas de bajo grado la mayoría: estaban en edades 20 a 34 años, de estado civil casadas y con nivel de escolaridad primaria aprobada, de ocupación amas de casa y profesaban la religión católica.

Los factores de riesgo de las pacientes más relevantes fueron: la edad de la menarca a los 14 años, el inicio de vida sexual activa a temprana edad, la paridad de más de un hijo, primer parto entre 15-19 años, partos vaginales de 1-2, el número de compañeros sexuales de 1-2 y el uso de métodos anticonceptivos inyectable trimestral.

Al describir las lesiones cervicales de bajo grado en las mujeres estudiadas, las más prevalentes fueron en primer lugar VPH y en segundo lugar NIC I.

X. Recomendaciones

Al personal de salud:

- Diseñar estrategias de prevención como visitas a centros escolares con campañas educativas para intervenir en los factores de riesgo modificables, dirigidos a las adolescentes por ser un grupo vulnerable.
- Promover la educación sexual y reproductiva en todos los niveles de atención ya que son los factores más sobresalientes en el estudio.
- Promocionar el tamizaje de PAP previa consejería de las lesiones cervicales en las mujeres con vida sexual activa.
- Dar seguimiento estricto a las mujeres con lesiones cervicales premalignas y sus parejas.

A las mujeres en general:

- Recibir toda la información referente a educación reproductiva, para disfrutar su vida sexual.
- Cumplir el esquema de la realización de PAP.
- Asistir a sus valoraciones y procedimientos médicos.
- Involucrar a la pareja en la situación de su salud reproductiva, así como también en la toma de decisiones.

XI. Bibliografía

- American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Argueta A. (2014). Factores de riesgo epidemiológicos asociados a lesiones premalignas de cérvix asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con (PAP) universidad de San Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas.
- Atlas de citología exfoliativa. Papanicolau. (2004) Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press.
- Bosh (2010). Riesgo de lesiones premalignas cervicales. Managua- Nicaragua.
- Broders AC. (2010). Carcinoma in situ que contrasta con epitelio infiltrante benigno. JAMA, p. 99.
- Cabrera E. (2009). Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Habana- Cuba. pág. 22.
- Cáncer cervical (2008). Neoplasias de Bajo grado pág. 13. Recuperado de [hpptt//gtt.vih.org](http://gtt.vih.org).
- Corriols M. (2012). Metodología de la investigación en salud aplicada a la elaboración de trabajos monográficos. Managua- Nicaragua.
- Gamboa (2019). Lesiones premalignas del epitelio cervicouterino asociadas al VPH Universidad de Chiclayo- México.
- HPUMA (Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello). Censo de reporte cito patológico de lesiones cervicales de las mujeres.
- Meza J. (2008). Perfiles clínicos y epidemiológicos de las mujeres con lesiones premalignas de cérvix que acudieron al Centro de salud Guillermo Matute en el departamento de Jinotega en el periodo de mayo a octubre del 2006. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2009), Norma Técnica de prevención, detección y atención al cáncer cervicouterino. p. 23- 51.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2010). Normativa 037- El protocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con inspección visual ácido acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia. p. 22- 24.
- Ministerio de Salud de Nicaragua (2010). Normativa 002- Planificación Familiar. p. 33- 88.
- Moreira (2015). Inician vida sexual en mujeres. pág. 8-10.

- OMS- Organización Mundial de la Salud (2015). Uso de métodos anticonceptivos asociado a de cáncer Cervicouterino. pág. 48.
- OMS- Organización Mundial de la Salud (2012). VPH es la principal causa del cáncer de cuello de útero. pág. 1-2.
- OMS- Organización Mundial de la Salud (2017). Infecciones del VPH. pág. 1-2.
- OMS- Organización Mundial de la Salud (2017). El VPH asociado a cáncer ano genital, cánceres de la cabeza y el cuello, verrugas genitales. pág. 2-3.
- OMS- Organización Mundial de la Salud (2014). Neoplasia Intraepitelial Cervical- NIC I. pág. 42.
- OMS- Organización Mundial de la Salud (2015). Neoplasia Intraepitelial Cervical- NIC II. pág. 45.
- Registro de resultado de Papanicolau. (2019). AIMNA (Atención Integral a la Mujer, niñez y adolescente). Hospital Primario Dr. Uriel Morales Arguello- San Juan de Limay.
- Rivera B. (2006). Prevalencia de Lesiones intraepitelial es escamosas y factores de riesgos en las usuarias del servicio de citología del laboratorio Docente Asistencial. Universidad de Antioquia, Medellín- Colombia.
- Rodas K. (2019). Módulo de investigación aplicada en Enfermería. San Juan de Limay- Estelí, Nicaragua.
- Rose G (2009). Diagnóstico de una lesión Intraepitelial. pág. 26.
- Rosales J. (2016). Concordancia citohistologica en el diagnóstico de neoplasias escamosas de cuello uterino universidad autónoma de Nicaragua UNAN-Managua.
- Rubín J. (2010). El diagnóstico patológico de carcinoma incipiente del útero. Am J Obstet Gynecol, 62: 668.
- Sistema de Bethesda (2017). Instituto Nacional del Cáncer. USA, pág. 21.
- Sociedad Americana de Cáncer (2008). Citología vaginal. pág. 55.
- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, et al. (2001). El sistema Bethesda 2001. JAMA, p. 287- 2114.
- Talavera S. (2006). Riesgo de daño en salud. Managua- Nicaragua.
- Talavera S. (2006). Factores de riesgo asociados a lesiones precursoras de cáncer cervical en mujeres que asisten al centro de salud Edgar Lang SILAIS Managua- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- Managua.
- Wieland (2007). Infección por Virus del Papiloma Humano- VPH. Reporte de la Organización de la Salud- OMS. pág. 1-16.

XII. Anexos

Anexo Número 1. Ficha De Recolección De Datos.

La presente encuesta se utilizará para realizar un estudio sobre *Lesiones premalignas de bajo grado en las pacientes que acuden al Hospital primario Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el periodo de enero 2018 a octubre 2019*, cuyo objetivo principal consiste en establecer la prevalencia y factores de riesgos asociados a las lesiones de bajo grado en las mujeres a estudio.

Los resultados tendrán fines académicos y serán presentados a las autoridades correspondientes para tomar medidas de intervención en pro de la salud de las mujeres estudiadas.

Número de Encuesta: _____ **Fecha:** _____

I. Características Sociodemográficas:

1. Edad: _____

De 15 a 19 años _____

De 20 a 34 años _____

De 35 a 49 años _____

De 50 a 59 años _____

De 60 años a más _____

2. Estado civil:

Soltera _____

Unión de hecho _____

Casada _____

Viuda _____

3. Escolaridad: _____

Analfabeta _____

Primaria _____

Secundaria _____

Técnico _____

Universitario _____

4. Ocupación:

Ama de casa _____

Domestica _____

Maestra _____

Enfermera _____

Comerciante _____

Otra _____

5. Religión

Católica _____

Evangélica _____

Testigo de Jehová _____

Adventista _____

Otro _____

II. Factores De Riesgo:

1. Antecedentes familiares

1.1. Antecedentes familiares de lesiones cervicales

Si ___ No ___ Cual _____

1.2. Antecedentes familiares de cáncer Cervicouterino

Si ___ No ___ Grado de parentesco _____

2. Antecedentes ginecológicos

2.1. Edad de la Menarca

De 10 años _____

De 11 años _____

De 12 años _____

De 13 años _____

De 14 años _____

De 15 años _____

2.2. IVSA: _____

De 10 a 14 años _____

De 15 a 19 años _____

De 20 a 24 años _____

De 25 a 29 años _____

2.3. Número de compañeros

sexuales:

De 1 a 2 _____

De 3 a 4 _____

De 5 a más _____

2.4. Paridad:

De 0 _____

De 1 a 2 _____

De 3 a 4 _____

De 5 a más _____

2.6. Número de partos vaginales:

De 0 _____

De 1 a 2 _____

De 3 a 4 _____

De 5 a más _____

2.5. Edad del primer parto:

De 10 a 14 años _____

De 15 a 19 años _____

De 20 a 24 años _____

De 25 a 29 años _____

De 30 a 34 años _____

De 35 a más _____

2.7. Realización de PAP anterior

Sí _____ No _____

2.8. Uso de anticonceptivos

hormonales:

Sí ___ No _____

Cual _____

III. Describir Las Lesiones De Bajo Grado

1. Resultado de PAP

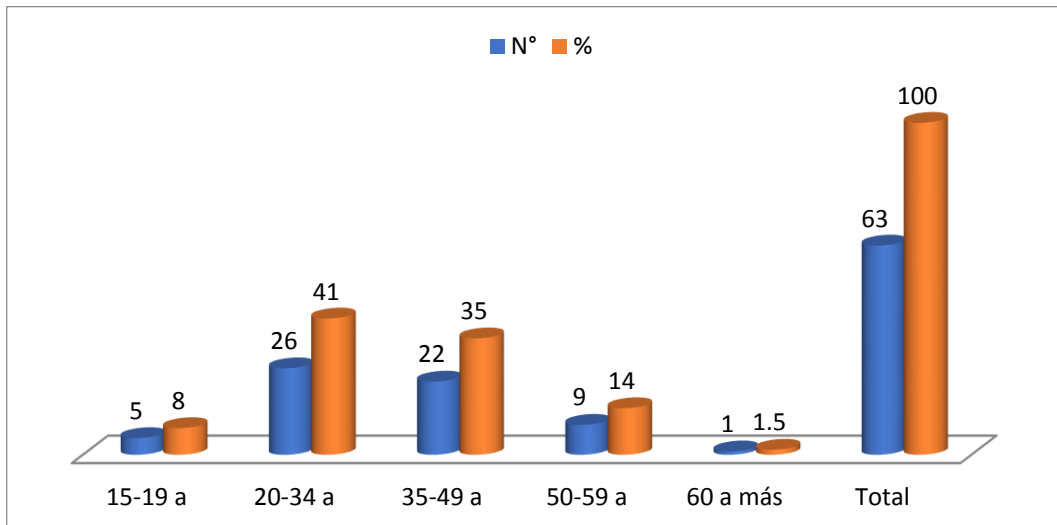
VPH_____

NIC I _____

NIC II_____

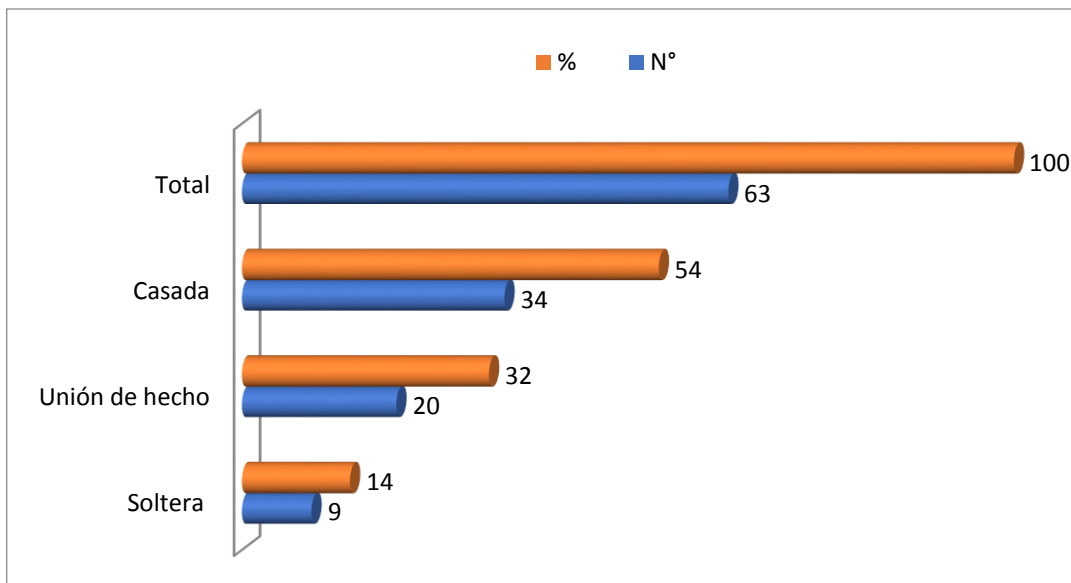
Anexo Número 2. Gráficas

Gráficas 1. Edad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



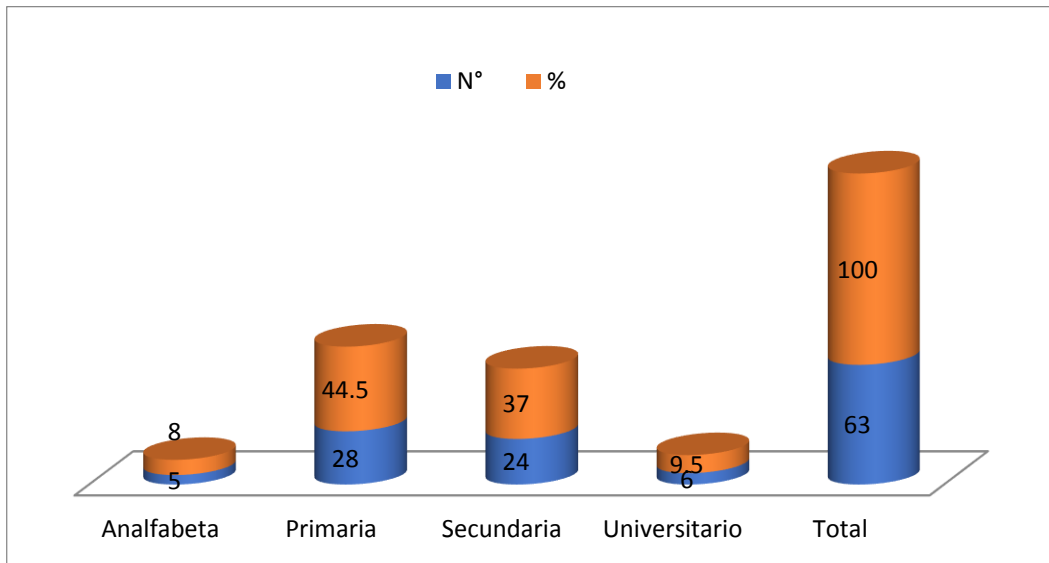
Fuente: Tabla N°1.

Gráfica 2. Estado civil de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



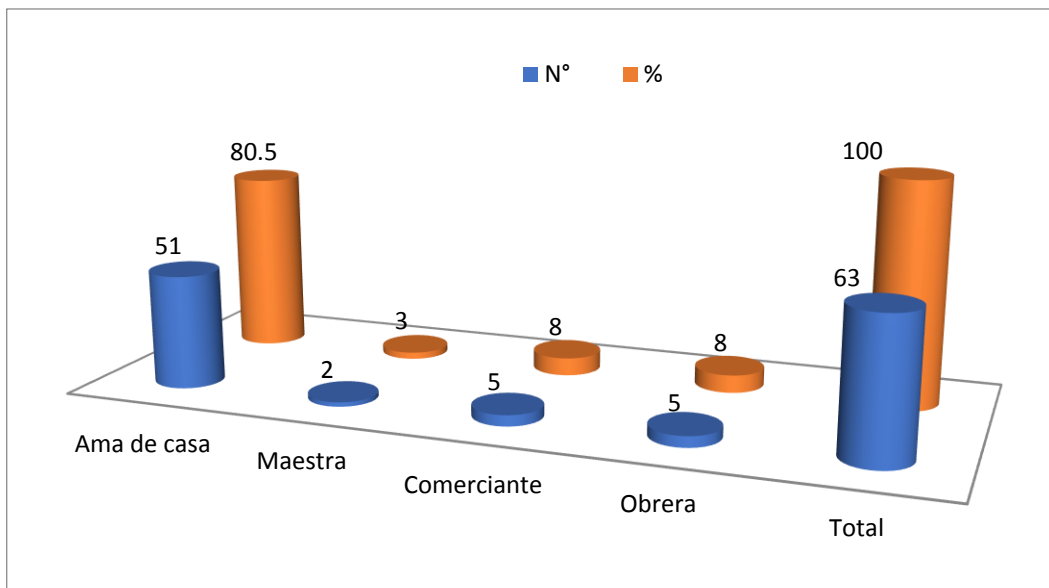
Fuente: Tabla N°2.

Gráfica 3. Escolaridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



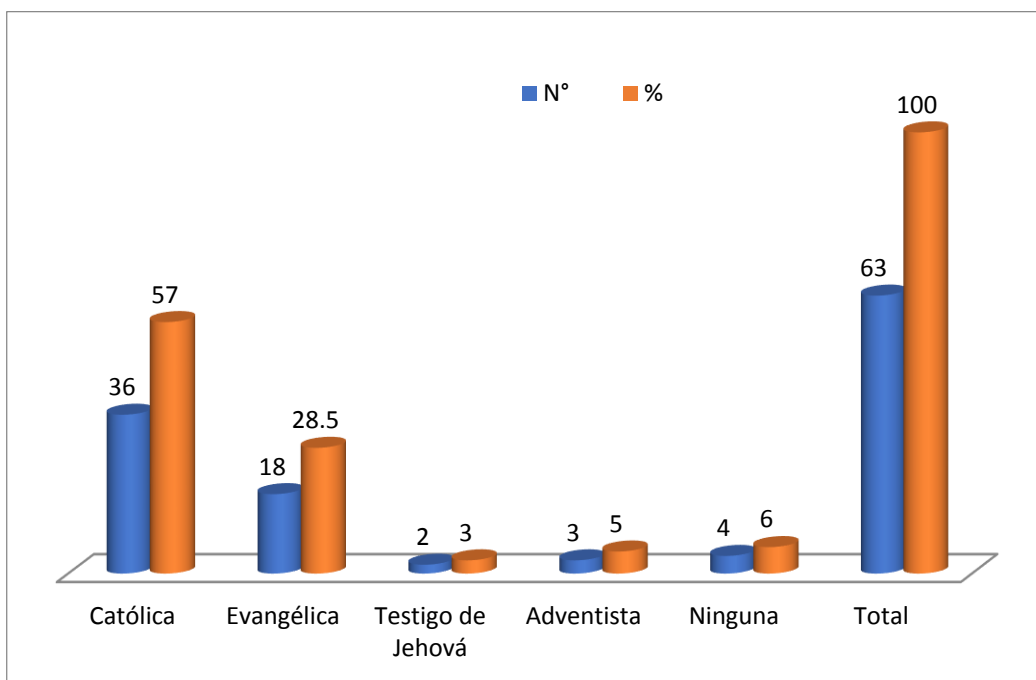
Fuente: Tabla N°3.

Gráfica 4. Ocupación de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



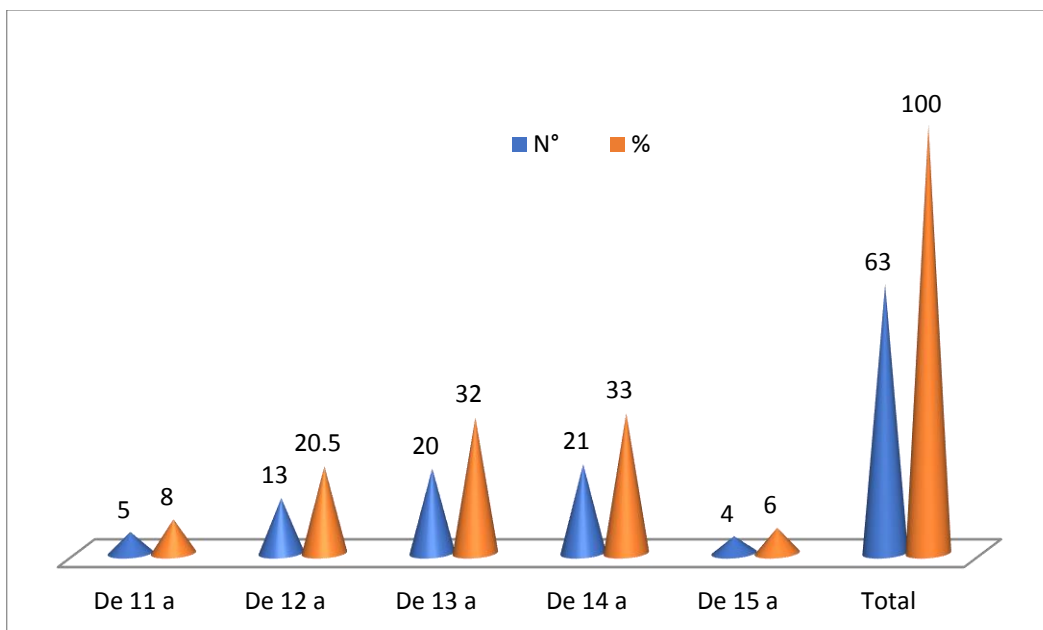
Fuente: Tabla N°4.

Gráfica 5. Religión de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



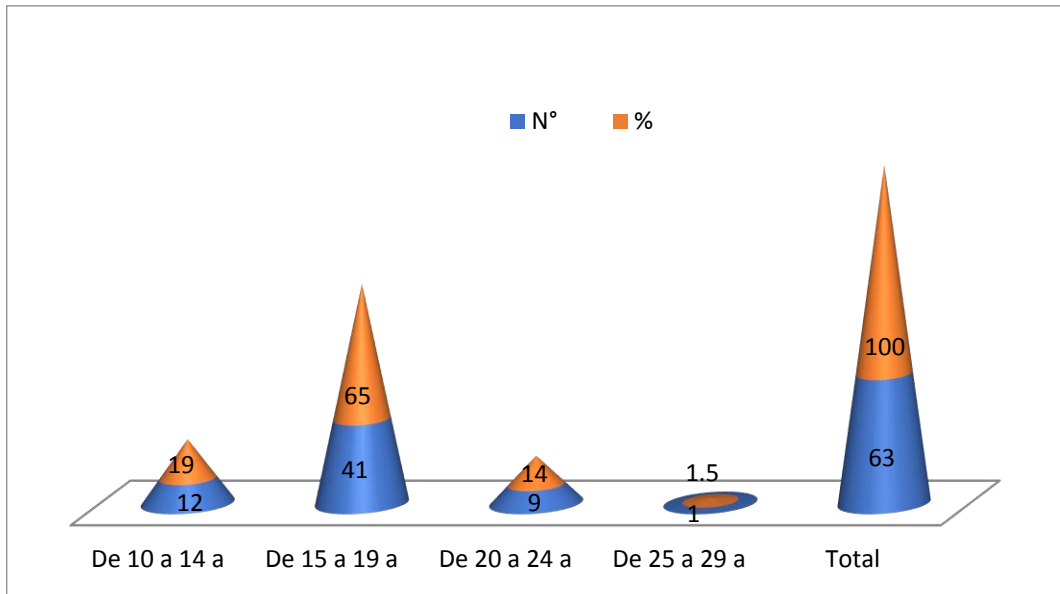
Fuente: Tabla N°5.

Gráfica 6. Edad de la menarca de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



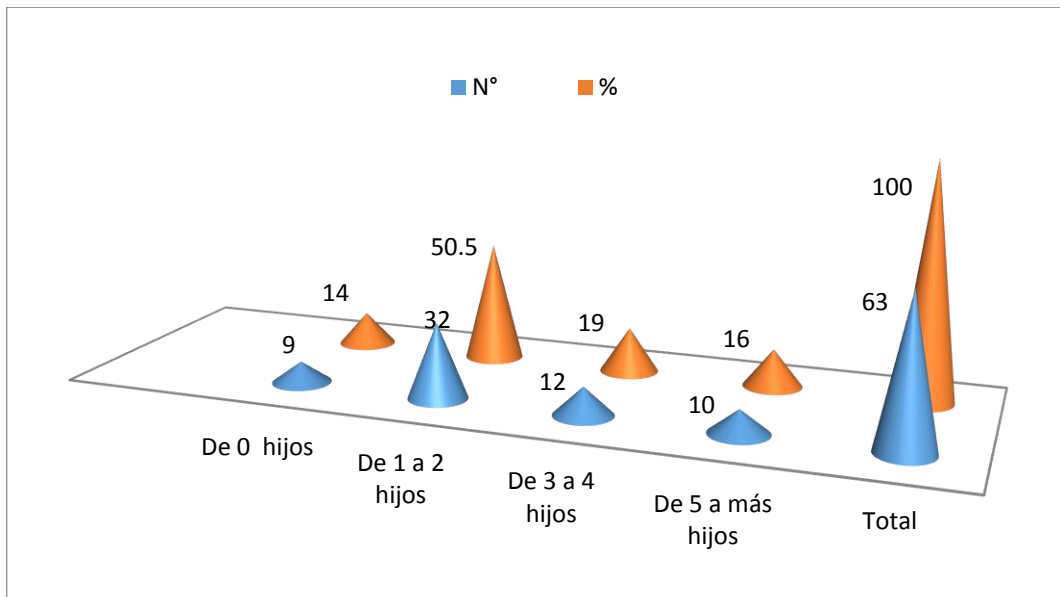
Fuente: Tabla N°10.

Gráfica 7. IVSA (inicio de vida sexual activa) de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



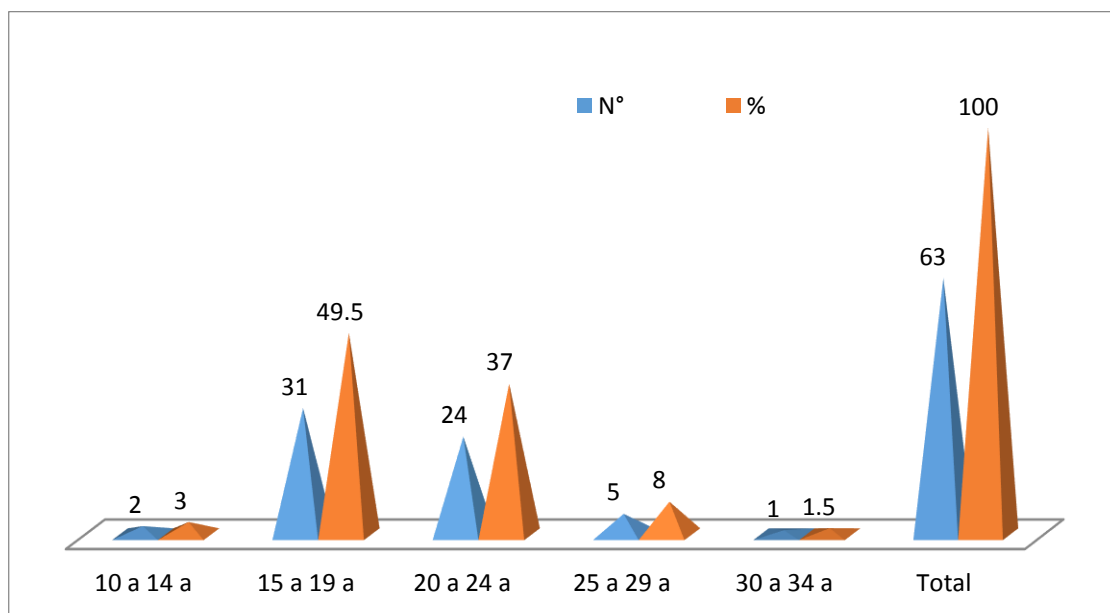
Fuente: Tabla N°11.

Gráfica 8. Paridad de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



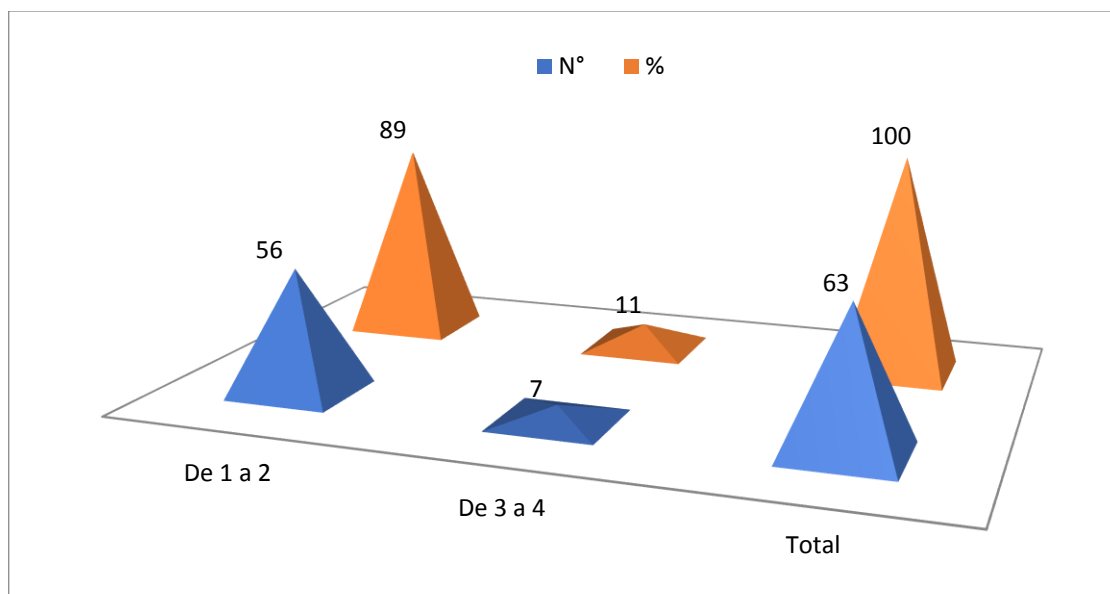
Fuente: Tabla N° 12.

Gráfica 9. Edad del primer parto de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



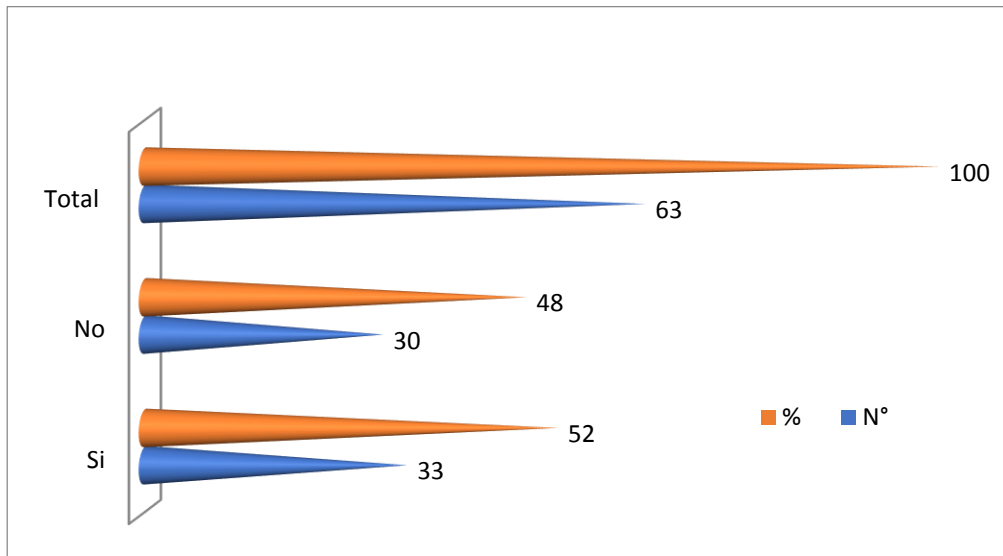
Fuente: Tabla N° 13.

Gráfica 10. Número de compañeros sexual de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



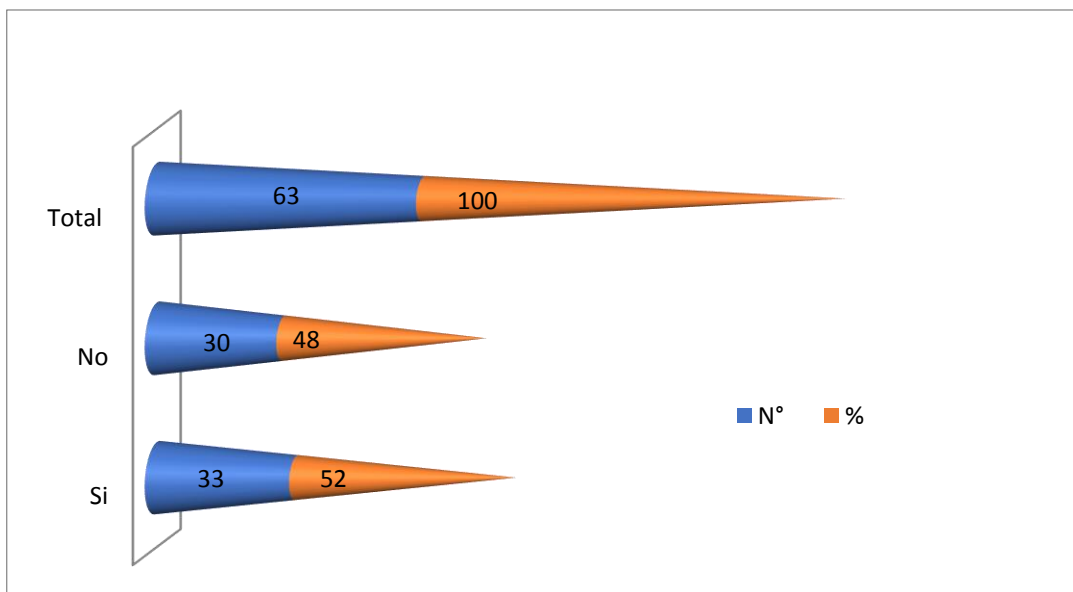
Fuente: Tabla N° 15.

Gráfica 11. Realización de PAP anterior de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



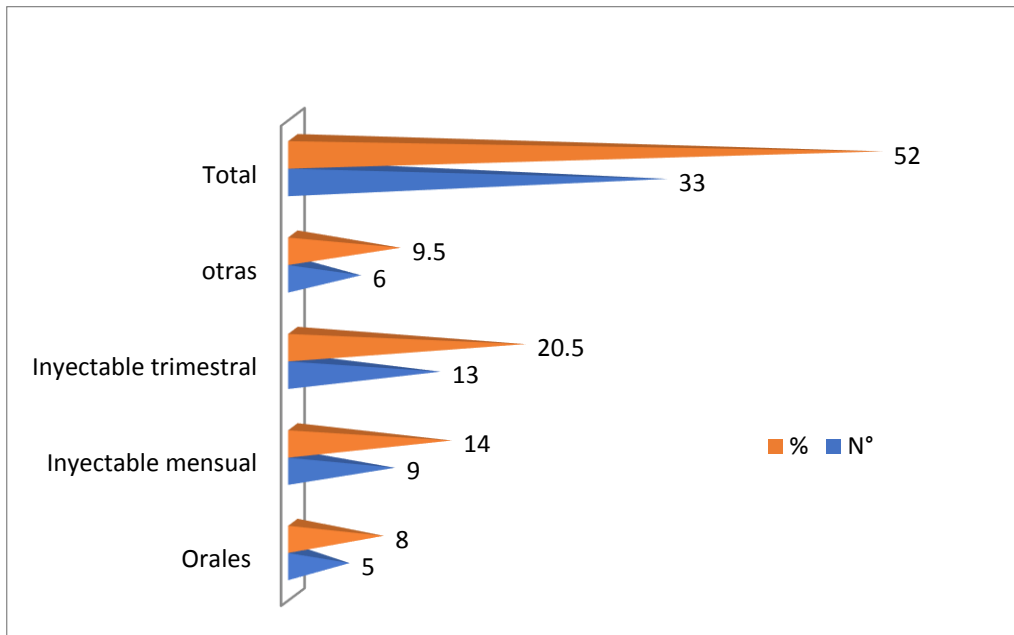
Fuente: Tabla N° 16.

Gráfica 12. Uso de anticonceptivos de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



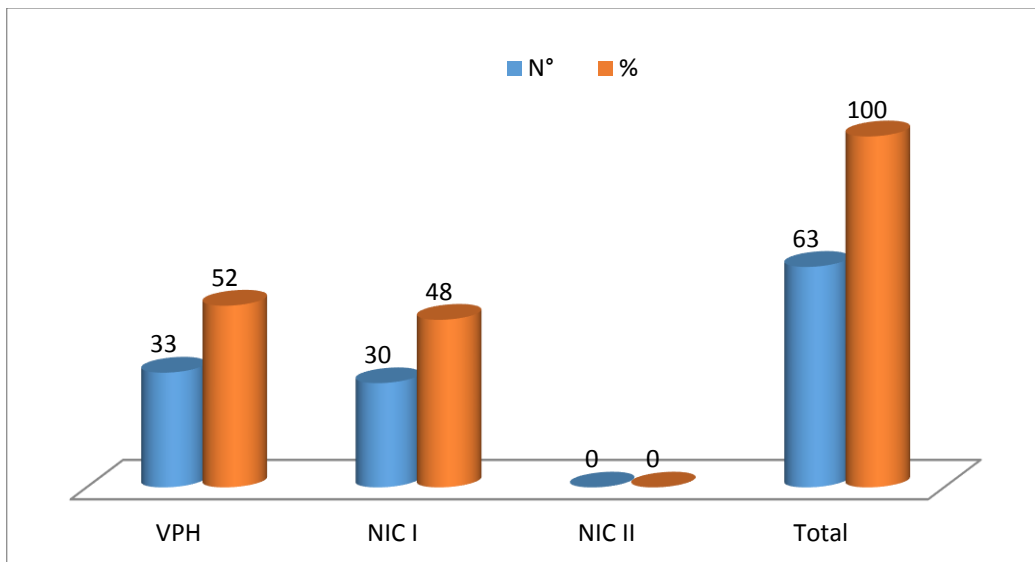
Fuente: Tabla N° 17.

Gráfica 13. Tipo de anticonceptivos hormonales de las pacientes con lesiones cervicales premalignas de bajo grado.



Fuente: Tabla N° 18.

Gráfica 14. Descripción de lesiones cervicales premalignas de bajo grado de las pacientes.



Fuente: Tabla N°39.