



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales

“Cornelio Silva Argüello”

Departamento De ciencia Tecnología y Salud

Monografía para optar al título de Médico y Cirujano

Tema: Diagnóstico de lesiones pre- malignas del cérvix

Subtema:

Comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el centro de salud Adolfo Larga Espada del municipio de San Carlos, Rio San Juan, en el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

Autoras:

Br. Solórzano Alaniz María Julia.

Br. Urrutia Valdivia Diana Margarita

Br. Villachica Monge Alexia Alexandra

Tutor clínico:

Dr. Sergio Chamorro Rodríguez.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Asesor metodológico:

Zenayda Aurora Suárez

Msc. En salud pública

Lic. En salud publica

Lic. En ciencias de la Educación con mención en inglés.

Juigalpa, Chontales 23 de Agosto, 2019.

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios ya que es el que nos da toda sabiduría y por quien hemos podido llegar hasta este momento tan esperado.

A nuestros Padres

Quienes desde pequeñas nos han ayudado y guiado por este camino, por ser nuestras fuentes de inspiración y superación.

A nuestros esposos

Por ser ese apoyo incondicional cuando más se necesitó, por estar ahí ayudándonos de una u otra manera para poder lograr la realización de esta tesis.

A nuestros hijos

Quienes se han convertido en nuestro motor para seguir luchando día a día.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Nuestra dedicación y agradecimiento siempre a Dios ya que sin el nada es posible

A nuestra familia

Quienes nos han tenido paciencia y nos han soportado con nuestros problemas a lo largo de nuestro camino

A nuestros tutores

Msc. Zenayda Suárez, asesor metodológico; quien nos acompañó en cada momento y trabajó arduamente con nosotras, nos guio y siempre a pesar de las fallas nos corrigió de la mejor manera.

Dr. Sergio Chamorro nuestro tutor clínico por su disposición, paciencia y ayuda a lo largo de este trabajo para poder optar a nuestro título.

Al personal del Centro de salud Adolfo Largaespada

Por darnos la oportunidad de realizar este trabajo ahí, además de brindarnos toda información necesaria para la realización con total disposición por su parte.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
CAPÍTULO I	1
1.1 Introducción	1
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.5 Hipótesis	7
CAPÍTULO II	8
2.1 Marco Referencial.....	8
2.2 Marco conceptual	12
2.2.1 Historia de las lesiones pre malignas	12
2.2.2 Anatomía del cérvix	13
2.2.3 Histología	15
2.2.4 Factores de riesgo.....	18
2.2.5 Lesiones precancerosas del cuello uterino	24
2.2.6 Historia natural.....	25
2.2.7 Lesiones intraepiteliales de cuello uterino	26
2.2.8 La clasificación histológica más frecuente es	26
2.2.9 Diagnóstico de lesiones premalignas y cáncer de cuello uterino	28

2.2.10 Otros criterios diagnósticos.....	33
2.2.11 Diagnóstico diferencial	33
2.2.12 Tratamiento	34
2.3 Marco legal	38
CAPITULO III.....	40
3.1 Diseño metodológico	40
3.1.1 Descriptivo y correlacional	40
3.1.2 Enfoque cuantitativo	40
3.1.3 Corte transversal.....	40
3.2 Área de estudio.....	41
3.3 Población o universo	41
3.4 Muestra.....	41
3.4.1 Tipo de muestreo.....	41
3.5 Criterios de inclusión	42
3.5.1 Criterios de exclusión.....	42
3.6 Variables según objetivos	42
3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.7.1 Validación del instrumento	42
3.7.2 Primera etapa: Prueba piloto	43
3.7.3 Segunda etapa: Validación.....	43

3.7.4 Trabajo de Campo	45
3.7.5 Aspectos éticos.....	45
3.7.6 Plan de análisis.....	46
CAPÍTULO IV	51
4.1 Discusión y Análisis de los resultados	51
V. BIBLIOGRAFIA	66
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
ANEXOS	75

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Sistema de Bethesda.....	28
Ilustración 2 Alfa de Cronbach	44
Ilustración 3 Ficha de tamizaje para la prevención del cáncer	86
Ilustración 4 Ficha de examen de mamas.....	86
Ilustración 5 Centro de Salud Adolfo Largaespada	101

Índice de tablas

Tabla 1 Comparación de clasificaciones	27
Tabla 2 Características sociodemográficas de las pacientes a estudio	47
Tabla 3 Factores de riesgo Ginecoobstétrico de la población en estudio	48
Tabla 4 Analizar los resultados de papanicolaou en las pacientes seleccionadas	50
Tabla 5 Correlación de variables utilizando el coeficiente de Rho en una muestra de 59 casos estudiados.....	64
Tabla 6 Prueba de Chi-cuadrado	65
Tabla 7 Cronograma.....	76
Tabla 8 Principales recursos humanos	77
Tabla 9 Recursos materiales para la ejecución del proyecto.....	78
Tabla 10 De puntos críticos.....	88
Tabla 11 Edad en años cumplidos.....	88
Tabla 12 Nivel académico.....	89
Tabla 13 Ocupación u oficio	89
Tabla 14 Lugar de origen	90
Tabla 15 Consumo de tabaco	91
Tabla 16 Menarquia	92
Tabla 17 Inicio de vida sexual activa.....	92
Tabla 18 Anticonceptivos orales	93
Tabla 19 Multiparidad de la población a estudio	94
Tabla 20 Infección de transmisión sexual.....	95
Tabla 21 Realización de la prueba	96

Tabla 22 Tipo de lesiones encontradas	96
Tabla 23 Correlación entre infección de trasmisión sexual y tipo de lesiones encontradas.....	97
Tabla 24 Correlación entre lesiones encontradas y lugar de origen.....	98
Tabla 25 Correlación entre edad uy nivel académico	99
Tabla 26 Resumen de procesamiento de datos para hipótesis.....	100
Tabla 27 Pruebas de chi-cuadrado	100

Índice de Gráficas

Gráfica 1 Edad en años cumplidos.....	52
Gráfica 2 Nivel académico.....	53
Gráfica 3 Ocupación u oficio	54
Gráfica 4 Lugar de origen	55
Gráfica 5 Tabaquismo	56
Gráfica 6 Menarquia	57
Gráfica 7 Inicio de vida sexual activa	58
Gráfica 8 Uso de anticonceptivos orales	59
Gráfica 9 Multiparidad de la población a estudio	60
Gráfica 10 Infección de transmisión sexual	61
Gráfica 11 Realización de la prueba de papanicolaou	62
Gráfica 12 Tipo de lesiones encontradas.....	63

Resumen

El presente trabajo investigativo se centra en el comportamiento de las lesiones premalignas del cervix en pacientes que se realizaron su papanicolaou en el centro de salud Adolfo Largaespada del municipio de San Carlos departamento de Rio San Juan, el mismo estudio fue obtenido a través de un cuestionario aplicable en el año 2018, la muestra consistió en 59 citologías.

Se realizó los análisis con cada uno de los ítems que compone el cuestionario y lista de verificación; nuestro estudio tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional en el cual se determina el comportamiento de las lesiones premalignas del cervix.

Donde los resultados obtenidos muestran que pacientes relativamente jóvenes son las que presentan las lesiones premalignas del cervix, también cabe recalcar que un gran porcentaje de pacientes son de bajo nivel académico, mismo que se relaciona con la procedencia rural de las pacientes en estudio y el oficio se las mismas.

Otro de los resultados obtenidos y que nos llamó mucho la atención es la paridad de las pacientes el cual predominan las multigestas siendo un factor predisponente a presentar lesiones premalignas; también obtuvimos que las infecciones de transmisión sexual se consideraron como factor importante para lesiones intraepiteliales, con un alto porcentaje de incidencia de ITS y lesiones.

Es necesario seguir trabajando para concientizar a toda mujer con vida sexual activa para la toma oportuna de su papanicolaou para poder llegar a su diagnóstico y así dar un mejor tratamiento oportuno antes de que las lesiones lleguen a progresar y poder brindarle una mejor calidad de vida a nuestras pacientes.

ABSTRACT.

The present investigative work on the behavior of premalignant lesions of the cervix, in patients that your pap smear in the thealth center Adolfo long sword in municipality of san carlos san juan river departament, the same study was obtained through a questionnaire applicable in year 2018, the simple consisted of sa cytology.

The analizes were performed with each of the ítems that made up the questionnaire up the surves, our study has a focus, quantitative, descriptive up correlational in wich the behavior determined is of the premalignants lesions cervix.

Where the results obtained show that relatively young patients are those with cervical premalignant lesions, it should also be noted that a large percentage of patients are of low academic level, which is related to the rural origin of the patients under study and their profession.

Another of the results obtained end that we call a lot of attention is the parity of the patients in wich the multigests predominated, as a predisposing factor to present premalignant lesions, we also obtained that the sexually transmitted infections played an important risk factor for injuries intraepithelial, with a high percentage of incidence of STIs and injuries.

It is necessary to continue working to raise awareness among all women with active sexual life for the timely taking of their pap smears, to be able to reach their timely treatment before the lesions progress and thus provide a better quality of life to our patients.

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La presente investigación se refiere al comportamiento de las lesiones pre malignas, que se puede definir como todas aquellas lesiones Intraepiteliales también denominadas del cérvix que se caracterizan microscópicamente por una serie de cambios que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) La mayoría de las infecciones son transitorias especialmente en mujeres menores de 30 años, cerca del 70% desaparecen al año y el 91% en 2 años sin causar lesión cervical y solo una minoría persiste la que si no son tratadas puede progresar a cáncer (Callejas V, 2016, p14)

Una de las características principales es que El 60 % de las lesiones de HPV y NIC I (bajo grado) regresan en unos 2 a 3 años. Sólo 15% desarrolla lesiones de mayor grado en 3 a 4 años y de este grupo entre 30 y 70% progresa en unos 10 años hacia cáncer invasor (Minsa, Chile 2015). Para analizar este problema de salud pública es necesario mencionar sus causas, una de ella es el virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, siendo la causa primaria del cáncer cérvico uterino. En donde la infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer Cérvico uterino. Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaran cáncer cérvico uterino, en donde solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos (Normativa 037 pp.12-13)

La citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo ya que tiene una sensibilidad del 50%, utilizándose la prueba de Papanicolaou con mayor frecuencia para detectar los cambios prematuros en las células que pueden derivar en cáncer de cuello uterino,

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

en la cual se debe obtener una muestra de células del cuello uterino. (American Society of clinical oncology ASCO, febrero ,2019.)

La investigación de este problema de salud pública se realizó por el interés de conocer el comportamiento de las lesiones pre malignas ya que ha tenido un significativo aumento en los últimos años, afectando principalmente a población joven, siendo uno de nuestros principales objetivos de nuestro estudio, esto nos permitió caracterizar a la población en estudio y relacionar los factores de riesgo con los resultados de PA. Al profundizar en el estudio nos interesamos por aportar estadísticas recientes sobre el aumento de lesiones pre malignas del cérvix, así mismo conocer el contexto social de la enfermedad, ya que un alto porcentaje afecta a personas de lejanía geográfica, cabe recalcar que la zona en donde residen dichas pacientes es fronteriza lo que nos dificulta la entrega y el seguimiento oportuno de sus resultados ya que la mayoría de ellas migran.

En el diseño metodológico el análisis que se hizo fue de tipo descriptivo, correlacional porque nos permitió describir el comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix, con enfoque cuantitativo, retrospectivo de corte transversal. El universo fue constituido por 59 reportes de muestras citológicas, del programa de Atención Integral a la Mujer de las cuales se tomó las que presentaron lesiones pre-malignas del cérvix y La muestra la constituyo los 59 reportes citológicos contenidos en el universo.

El presente estudio se llevó a cabo con el propósito de optar al título de Médico General con la finalidad de establecer estrategias de la promoción de Papanicolaou ,obteniendo mayor cobertura ,diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre malignas ,al conocer los siguientes resultados : De la población estudiada el 32.2% oscilan entre 20-29 años de edad y el 18.64% entre 30- 39 y de 50-59 , siendo la población joven mayormente afectada, el 35% de las pacientes son

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

de primaria, el 33 % de secundaria, esto nos ayuda a que dichas pacientes por su nivel de escolaridad están un poco más informadas de dicha patología, El 93% representa a las ama de casa, el 86.44% represente a pacientes del área rural, asociadas a tabaquismo el 11.86%,32,20% fue la relación con el uso de anticonceptivos orales , un 32,20% asociado a la gran multiparidad y un 3.39% asociado a VPH. De ellas el 64.41% obtuvieron LIBG y 10.17% LIAG, siendo de mucha importancia conocer estos datos estadísticos , por lo que se brindaron recomendaciones al centro de salud Adolfo Larga Espada , principalmente de promocionar la prueba de Papanicolaou , realizando talleres en beneficio de las adolescentes , realizando ferias de salud lo que permitirá ampliar la información acerca de las lesiones del cérvix y como prevenirlas , realizando actividades en zonas periféricas donde la población tenga dificultad para acceder al centro de salud , de tal manera se logra un diagnóstico temprano y oportuno y evitamos el aumento significativo del cáncer de cérvix.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

1.2 Planteamiento del problema

La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En 2017, solo el 26% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30% (OMS, 2018,p.4)

En Nicaragua el Cáncer Cervicouterino es una de las primeras causas de mortalidad, seguido por el cáncer de mama y piel. El incremento lleva a un problema de salud pública cada vez más preocupante siendo la tasa cruda de mortalidad para Nicaragua, se estima internacionalmente en 14.5, en Centroamérica es 10.1 y a nivel mundial de 8.2 (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2012. p.2).

En el centro de salud Adolfo Larga Espada del Municipio de san Carlos, Rio San Juan se realizaron pruebas de Papanicolaou en donde los resultados durante el periodo de estudio muestran alteraciones con mayor frecuencia en jóvenes y adultas , sin embargo no ha sido objeto de estudio, dado a la importancia del tema , que según la OMS(2018) se ha convertido un problema de salud pública, nos planteamos realizar un estudio sobre el comportamiento de las lesiones pre malignas, este es el motivo por el que nos realizamos la siguiente interrogante:

¿Cómo es el Comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el centro de salud Adolfo Larga Espada del Municipio de san Carlos, Rio San Juan en el periodo de Enero a Diciembre de 2018?

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

1.3 Justificación

Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) lesiones pre malignas, son los cambios del epitelio de la zona de transformación que si no se tratan pueden progresar hacia cáncer cervicouterino, se estima que cada año aproximadamente un 1 a un 2% de las mujeres tienen NIC2. (OPS/OMS, 2013, p .6).

Nicaragua, en vías de desarrollo, tiene un importante lugar en mortalidad por causas gineco/oncológicas, siendo el cáncer cérvico uterino la principal causa de muerte en las mujeres nicaragüenses , si bien los múltiples factores de riesgo, el inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, ITS/VPH, conllevan a la disminución de la calidad de vida de la mujer propiciando un ambiente hostil a la supervivencia y favoreciendo la aparición de factores de riesgo para el origen de las lesiones pre invasivas.

Teniendo en cuenta lo antes descrito, el presente estudio es de importancia significativa; primero para la construcción de un perfil epidemiológico de esta patología que afecta en gran manera a las mujeres nicaragüenses y segundo porque contribuirá en establecer estrategias de promoción de la técnica de Papanicolaou, mayor cobertura en toma de muestra, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, así como también el seguimiento continuo de las pacientes diagnosticadas con lesiones pre invasivas. El estudio del Comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el centro de salud Adolfo Larga Espada del municipio de San Carlos, Rio San Juan, sin duda ayudará disminuir la morbimortalidad, por otra parte, servirá como referente bibliográfico con información actualizada para nuevos estudios.

1.4. Objetivos

Objetivo General.

Analizar el comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el centro de salud Adolfo Larga Espada del Municipio de san Carlos, Rio San Juan en el periodo de Enero a Diciembre de 2018.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes en estudio.
2. Conocer los factores de riesgo Gineco obstétrico de la población en estudio.
3. Analizar los resultados de Papanicolaou en las pacientes seleccionadas.
4. Correlacionar variables referidas a los factores de riesgo de la población en estudio con los resultados del PAP.

1.5 Hipótesis

“Las pacientes con infección de transmisión sexual tienen mayor probabilidad de desarrollar lesiones premalignas del cervix”

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 Marco Referencial

Serrano, Vega, Fajardo y Sánchez (2012) Realizaron un estudio en el Hospital General Universitario "Carlos M. de Céspedes". Bayamo. Granma, Cuba con el tema: Lesiones pre invasivas del cuello uterino, teniendo como objetivo hallar la correlación cito histológica, categorizar los grados de lesión y caracterizar el grupo de pacientes, realizaron un tipo de estudio de corte retrospectivo, en donde tenían un grupo de 246 resultados citológicos anormales entre ellos predominó el NIC I seguido por el NIC II y en último lugar el NIC III, Más del 50 % del total de las 89 mujeres tenían edades entre 26 y 35 años, este grupo ocupa el 1er. lugar en todos los diferentes grados de la lesión cervical, le sigue el grupo entre 36 y 45 años con una frecuencia importante, como dato importante es que en este estudio las adolescentes no constituyeron un grupo de elevada frecuencia. Por lo que se concluye que la correlación diagnóstica entre la citología y la histología fue efectiva.

Duque, González, Ramos, Ruiz, Cheng (2010) realizaron un estudio en Guatemala: Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural. Teniendo como objetivo analizar la asociación de lesiones displásicas de cérvix y los factores de riesgo en mujeres en edad fértil, realizaron un estudio analítico, de corte transversal, En relación al tipo de lesión precursora de cáncer de cérvix reportada, se encontró que 5.58% de los casos corresponde a lesiones de bajo grado (NIC I), no se reportó ningún caso de lesión de grado moderado (NIC II) y el 2.15% corresponde a lesiones de alto grado (NIC III); el resto, 92.28% fue reportado como algún tipo de inflamación no específica, en conclusión Se observa

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

una fuerza de asociación entre etnia, edad y el desarrollo de displasia de cérvix, presentado estos factores un OR de 2.86 y 4.11 respectivamente ,datos que pueden interpretarse así: Las mujeres indígenas tienen 3 veces más probabilidad de padecer la patología mencionada, en comparación de las no indígenas; las mujeres mayores a 31 años tienen 4 veces más probabilidad de padecer dicha patología, que las menores de 30 años. 8.3, el tipo de displasia de cérvix, más frecuentemente encontrado en mujeres en edad fértil corresponden a lesiones de bajo grado (Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I –NIC I-), seguido de neoplasia intraepitelial cervical grado III (NIC III).

Pérez y Corea (2011) realizaron un estudio en la ciudad de Managua con el tema: Incidencia de cáncer cérvico uterino en el hospital Bertha calderón roque, durante el II semestre del año 2011, el cual su objetivo era en Conocer la incidencia del Cacú en mujeres que demandaron atención en el Hospital Bertha Calderón, durante el II semestre del año dos mil once , por lo que realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal del que se obtuvieron los siguientes resultados : En el grupo de edad > 55 años con 29.8 % es en el que se concentran los mayores números de casos de neoplasia intraepitelial cervical NIC de las pacientes estudiadas, seguido por el grupo de 50 – 54 años con el 25.5 %, el grupo de 40 – 44 años con 21.3 % y el grupo de 45 – 49 años con 19.1 % .

En donde el cáncer cervical es el más frecuente con una mayor incidencia entre los 35 y los 55 años de edad y aunque su incidencia varía de un país a otro siempre cumple con los parámetros establecidos al momento de sus diagnósticos, así mismo se concluye que todas las pacientes presentaron todos los factores predisponentes para obtener CaCu, los factores de riesgo que más influyeron en la incidencia de CaCu son el número de menarca a los 14 años,

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

con inicio de vida sexual activa entre los 15 – 19 años, multiparidad con más de 4 hijos y haber tenido hijos antes de cumplir los 20 años y que la tasa de incidencia del Cáncer cervicouterino es de 3.9 x cada 1000 consultas en el programa de oncología durante el II semestre del 2011.

Ruiz y Picado (2014) Realizaron un estudio en Carazo, Jinotepe : Incidencia de lesiones cervicales pre – malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de julio del 2014” por lo que se plantearon como objetivo Determinar la incidencia de lesiones cervicales pre-malignas, por lo que realizaron un tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal , en el que obtuvieron los siguientes resultados : encontraron que la mayoría de las pacientes (56.6%) están en el grupo de edades entre 20 y 34 años, seguido de un 19.4% entre el grupo de edades de 35 y 49 años, el 15.5% entre 15 y 19 años, el 3.9% entre 50 y 59 años, el 3.1% de las pacientes son mayores de 65 años y el 1.6% entre 60 y 64 año y en relación a la gesta de la paciente, encontraron que el 33.3% de las pacientes eran bigestas, el 25.6% eran primigesta, el 12.4% de las pacientes fueron trigesta, el 8.5% fueron nuligesta, en igual porcentaje (8.5%) eran gran multigesta, el 6.2% eran multigesta y el 5.4% eran cuadrigesta.

De las citologías cervicales realizadas por primera vez, resultaron alteradas 129 Papanicolaou (1.72%). De estas el 84,5% de las pacientes tuvieron un reporte de LIEBG, seguidos de LIEAG con el 13.2% y el 2.3% de las pacientes presentaron Adenocarcinoma in situ.

Correlacionando el grupo de edad con el tipo de lesión cervical, encontraron que en el grupo de 15 a 19 años, en un 90% tenían una lesión de bajo grado y solo el 10% presentaron lesiones de alto grado. En el grupo de 20 a 34 años, el 89% tenían lesiones intraepiteliales de bajo grado,

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

y el 11% presentaban lesiones de alto grado. En el grupo de edad de 35 a 49 años, hubo 72% con lesiones de bajo grado, 24% con lesiones de alto grado y 4% con adenocarcinoma in situ. En el grupo etario de los 50 a los 59 años, encontramos 80% de lesiones de bajo grado y 20% con lesiones de alto grado. En el grupo de edades de 60 a 64 años, el 100% de las pacientes tenía lesiones intraepiteliales de bajo grado. En el grupo de más de 65 años, encontramos 50% de lesiones de bajo grado y 50% de adenocarcinoma endocervical in situ, por lo que se concluye que las lesiones pre malignas de cérvix se presentan principalmente en pacientes con edades entre los 20 a 34 años, con secundaria completa, procedentes del área urbana y amas de casa.

Chávez y Avilés (2011) realizó un estudio en la ciudad de Managua, "Comportamiento de las lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque" encontrándose que el grupo etario más frecuente encontrado fue el de 15-34 años que representó el 54.9%, el 74.5% de las pacientes eran de procedencia urbana, el 41% tenían preparación académica media y el 60.9% eran amas de casa. El 83% inició su vida sexual antes de los 15 años. La lesión pre-invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada fue la lesión intraepitelial de bajo grado.

Gonzales (2016) en su estudio "Abordaje Diagnóstico y Tratamiento de las lesiones pre malignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de Enero 2014 a Diciembre 2015 realizado en la ciudad de Managua, Nicaragua, encontró que el grupo etario más frecuente encontrado fue el de 20-35 años que representaron el 30.33%, de procedencia urbano 23.59%, con educación primaria 23%, Amas de casa 58.14%, en el cual la lesión pre maligna más frecuente encontrada fue NIC I con 52.80%.

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Historia de las lesiones pre malignas

Las lesiones pre-malignas del cuello uterino fueron de gran interés desde principios del siglo pasado. Fue Cullen, en 1900 el primero en describir las células neoplásicas limitadas al epitelio del cuello del útero, y Rubin (1910), una década después, quién concluyó que el epitelio displásico superficial era el estadio más precoz al cáncer invasor de células escamosas del cuello del útero, término que fue introducido como carcinoma in situ (Ca In situ).

En 1949, Papanicolaou introduce los términos de "displasia" (dys= anormal y platto= forma) en histopatología y "discariosis" en citología para designar dichos cambios. Para el año 1961, en el primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar histológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma in situ y displasia. Esta última fue graduada como leve, moderada, y severa o grave. Como consecuencia de esto, se presentaron problemas al diferenciar una displasia grave de un carcinoma in situ, de ahí que Richart (New York) en 1967, propuso el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) con tres grados progresivos, incluyéndose en el grado III la displasia grave y el Ca in situ. Esta clasificación fue aceptada por más de 20 años, pero comenzaron a aparecer varias publicaciones sobre la baja seguridad diagnóstica, tanto en material cito como histológico, en las anomalías menos severas, de ahí que se sugirió que este sistema debía ser modificado que incluyera las atipias celulares discretas y las atipias francas.

Todo lo anterior y los diferentes avances en diagnóstico citológico, motivaron a una reunión de representantes de organismos internacionales y diferentes científicos y profesionales en el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos en Bethesda (Maryland), de allí surgió un

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

nuevo sistema de clasificación binario para las anormalidades celulares pre neoplásicas denominadas Lesiones Intraepiteliales Escamosas de bajo o alto grado (LIES), donde el término "alto grado" incluye las NIC II y III de la clasificación de Richardt y el término bajo grado el NIC I y las alteraciones celulares producidas por el VPH, esta nomenclatura fue difundida en 1988, mínimamente modificada en 1991 y actualizada en el año 2001.

2.2.2 Anatomía del cérvix

El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en ante versión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto.

El útero se divide en dos porciones principales: El cuerpo: Forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones: El fondo, la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas y el istmo, la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino. El cuerpo del útero está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones supero laterales donde entran las trompas uterinas. El cuello: La porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina. El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supra vaginal, esta última está separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco recto uterino. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija antero inferiormente a esta unión.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

La pared del cuerpo uterino consiste en tres capas: Perimetrio: Túnica serosa externa, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo. Miometrio: Túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embarazo, las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero se localizan aquí. Endometrio: Túnica mucosa interna, se adhiere firmemente al miometrio.

Los principales soportes del útero son la fascia pélvica y la vejiga urinaria. El cuello uterino es la porción menos móvil del útero porque se mantiene en posición por ligamentos que son condensaciones de la fascia endopélvica, como lo son: Los ligamentos cervicales transversos: desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis, ligamentos rectouterinos: pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal, el ligamento ancho del útero: es una doble capa de peritoneo que se extiende desde las caras laterales del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis, ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la vasculatura que las irriga. El peritoneo cubre al útero por delante y por encima, excepto por la porción vaginal del cuello uterino. El peritoneo se repliega anteriormente del útero sobre la vejiga y posteriormente sobre la porción posterior del fondo de saco vaginal sobre el recto. El cuerpo uterino inferior (istmo) y el cuello se sitúan en contacto directo con la vejiga sin peritoneo interpuesto. Posteriormente, el cuerpo y la porción supravaginal del cuello uterino están separados del colon sigmoideo por una capa de peritoneo y la cavidad peritoneal u del recto por el fondo de saco rectouterino.

Vasculatura: La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas.

Linfáticos: Fondo uterino: la mayoría pasan a los ganglios linfáticos lumbares, algunos a los ganglios linfáticos ilíacos externos o discurren a lo largo del ligamento redondo del útero hasta los ganglios linfáticos inguinales superficiales. Cuerpo uterino: pasan dentro del ligamento ancho hasta los ganglios linfáticos ilíacos externos. Cuello uterino: pasan hacia los ganglios linfáticos ilíacos internos y sacros. Inervación: Proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticas y aferentes viscerales pasan a través de este plexo, la inervación simpática: se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios espláncnicos lumbares, y la parasimpática: se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios espláncnicos pélvicos hasta el plexo hipogástrico inferior/uterovaginal. (Cañada y Castillo, 2011, p.34)

2.2.3 Histología

El cuello uterino está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante y por epitelio cilíndrico. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamo-cilíndrica.

Epitelio escamoso estratificado no queratinizante

El exocérvix está tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado similar al epitelio vaginal.

Este epitelio se divide en tres estratos:

- El estrato basal / para-basal o estrato germinal, constituido por una sola hilera de células basales que presentan núcleos alargados que se disponen en forma perpendicular a la membrana basal. Las células parabasales constituyen las dos hileras superiores y son células con mayor

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

cantidad de citoplasma y más grandes que las basales, estas células son las encargadas del crecimiento y la regeneración epitelial.

- El estrato medio o estrato espinoso, formado por células que están madurando, se caracteriza por el aumento del tamaño del citoplasma, los núcleos son redondos con cromatina finamente granular, estas células son las llamadas intermedias en la citología exfoliativa.

- El estrato superficial, es el compartimento más diferenciado del epitelio. Las células son chatas, presentan abundante citoplasma y un núcleo picnótico característico. La función de estas células es de protección y evitar de infecciones, su descamación se debe a la escasez de desmosomas, por debajo del epitelio escamoso se encuentra tejido conectivo con una fina vascularización que nutre al epitelio suprayacente, además se pueden encontrar terminaciones nerviosas.

En la edad reproductiva la acción de los estrógenos y de la progesterona produce el crecimiento, la maduración y la descamación del epitelio. Éste se renueva totalmente en 4 a 5 días y si se le agregan estrógenos en sólo 3 días. En la posmenopausia este epitelio se atrofia, disminuye su grosor y no se observan vacuolas de glucógeno intracitoplasmáticas.

La maduración normal de la edad reproductiva está ausente y este epitelio pierde su función de protección siendo frecuentes las infecciones y los sangrados. Los retinoides también actúan sobre el epitelio, la deficiencia de vitamina A da como resultado metaplasia escamosa y queratinización epitelial y el exceso de esta vitamina promueve la formación de epitelio mucíparo.

Las mitosis son muy raras de observar en este epitelio y la regeneración epitelial, se cree, está dada por células de reserva que se encuentran diseminadas en todo el epitelio, Por debajo del epitelio cilíndrico mucíparo se encuentra una gruesa y desarrollada trama de vasos capilares en un

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

estroma con mayor inervación que el exocérvix, Pueden hallarse tanto en el endocérvix como en el exocérvix folículos linfoides con o sin centros germinativos con células dendríticas, células de Langerhans, linfocitos T, responsables de la respuesta inmunitaria.

Unión escamoso – cilíndrica

La unión escamoso-cilíndrica (UEC) se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio pavimentoso y del cilíndrico. La ubicación de la unión escamoso-cilíndrica con relación al orificio cervical externo varía en la vida de una mujer y depende de factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo (Berek y Hacker, 2010).

En el momento del nacimiento, el punto de unión entre el epitelio escamoso y el cilíndrico se encuentra en el orificio cervical externo y se denomina unión escamocolumnar original. El desarrollo del cuello uterino durante la infancia y la pubertad produce su alargamiento con la consiguiente salida del epitelio mucíparo que forma un ectropión fisiológico ,este presenta su máximo desarrollo durante la menarca y los primeros años de la vida reproductiva , posteriormente este epitelio mucíparo es reemplazado por un epitelio escamoso de tipo metaplásico, la unión entre este nuevo epitelio escamoso y el epitelio cilíndrico vuelve a encontrarse en el orificio cervical externo y se llama ahora unión escamocolumnar fisiológica o funcional.

La zona comprendida entre la unión escamocolumnar original y la funcional se denomina zona de transformación, está revestida por epitelio escamoso de tipo metaplásico y es el lugar de asiento de todas las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino.

Llamamos metaplasia escamosa al reemplazo del epitelio cilíndrico mucíparo por epitelio escamoso. Esto ocurre por dos mecanismos: por epitelización o crecimiento del epitelio escamoso

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

en la zona de la unión y por proliferación de células de reserva que se diferencian hacia el epitelio escamoso, Cuando la metaplasia escamosa comienza a producirse las células de reserva son muy inmaduras y en general se debe establecer el diagnóstico diferencial con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, el resultado final de ambos procesos es un epitelio escamoso maduro que responde a los estímulos hormonales y en el que asientan las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino.

2.2.4 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Si bien los factores de riesgo con frecuencia influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa. Algunas personas con varios factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que otras personas sin factores de riesgo conocidos si lo hacen.

Conocer los factores de riesgo y hablar con el médico al respecto puede ser de ayuda para tomar decisiones más informadas sobre las opciones de estilo de vida y atención médica (American Society of Clinical Oncology (ASCO)).

2.2.4.1 Factores de riesgo sociodemográficos

Edad: Con origen en latín aeta es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (Pérez & Gardey 2012). Escalona, Navarro, Yépez, Blasco y Obregón (2014) En un estudio en Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, sobre el tema: Características citohistológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, encontraron que Las edades más afectadas fueron las de 25 a 54 años, con 671 féminas, para 90,9 % del total, con un ligero predominio del grupo etario

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

de 45-54 años, con 35,4 %, seguido de los grupos de 25-34 y 35-44 años, con 33,4 y 22,1 %, respectivamente.

American Society of clinical oncology (2019) según ASCO las niñas menores de 15 años de edad rara vez desarrollan cáncer de cuello uterino en donde el riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y mediados de los 30 años de edad. Las mujeres mayores de 40 años de edad siguen en riesgo y deben continuar sometiéndose con regularidad a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, que incluyen pruebas de Papanicolaou y de HPV, por lo que la edad es un factor importante que se debe tomar en cuenta a la hora de estudiar las lesiones del cérvix.

Población de mayor riesgo: mujeres entre los 30 y 50 años. (Normativa 0-37, p.10)

Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (diccionario encarta 2009). Cifuentes, Manrique y Ospina (2014) realizaron un estudio en Bocoya, Colombia con el tema : Factores asociados al hallazgo de lesiones pre neoplásicas detectadas en citología vaginal , el cual tiene como objetivo Identificar los factores socioculturales asociados a la presencia de lesiones pre neoplásicas en mujeres residentes en un municipio de predominio rural en Boyacá, Colombia , este estudio es observacional analítico, retrospectivo de casos y controles en el que se registró que el 90,0% apenas tenía nivel de escolaridad de primaria terminada o menos. Por lo que se concluye que la escolaridad es un factor de riesgo susceptible para desarrollar lesiones pre neoplásicas, que podrían mejorar y brindar sustancialmente la oportunidad y la cobertura de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de la adherencia a la práctica de la citología vaginal.

Ocupación: Termino que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar Ocuparse de algo, residir en una vivienda, despertar interés en alguien. (Pérez y Gardey 2012).

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Fernández y Izaguirre (2014) realizaron un estudio en Perú con el tema: factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino , en donde realizaron un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal , siendo en uno de los resultados el factor socioeconómico con 74.3% (ama de casa)el más afectado, lo que indica una alta relación para desarrollar cáncer de cérvix , siendo estas pacientes las más vulnerables ,bien por un nivel de cultura y educación inferior y por la lejanía geográfica imposibilitando realizarse Papanicolaou.

Procedencia: Es el origen de algo o el principio donde nace o deriva algo (diccionario encarta 2009). American Society of clinical oncology (2019) con el tema Factores socioeconómicos, Nos hace mención en que el cáncer de cuello uterino es más frecuente en grupos de mujeres que tienen menos probabilidades de tener acceso a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. Dichas poblaciones incluyen más probablemente mujeres negras, hispanas e indígenas.

Tabaquismo: Es la adicción al tabaco provocada, principalmente por uno de sus componentes activos: la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de adicciones. (Cadnas´, 2011). Existe asociación directa entre el riesgo de lesiones premalignas y fumar, pero este último podría variar según el tiempo que ha tenido dicho hábito y la cantidad de cigarrillos que fuma durante el día. En varios estudios se postulan que el tabaco induce un efecto depresor en el sistema inmunológico natural y local de nuestro organismo, duplicando la posibilidad de lesiones pre malignas de cérvix en las fumadoras de larga data.

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunitario sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (American cancer society, 2016)

Bajo nivel socioeconómico: Por nivel socio económico se entiende la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país. (Navarro 2015). Mujeres de bajos recursos asisten hasta 2,5 veces menos a citología, debido a que la mujer no entiende la magnitud ni los motivos para las cuales se necesita la toma periódica de citología, además existe problemas para que acuda normalmente a sus chequeos o cumpla con los pasos médicos en caso de presentar lesiones de bajo grado. (Corella y Torres, 2016, p36).

2.2.4.2 Factores de riesgo Ginecológicos

Menarquia: Aparición de la primera menstruación (diccionario encarta 2009). Cabrera ,Ortiz , Suárez , Socarrás y Vázquez (2016)Realizaron un estudio en Cuba , con el tema : Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita teniendo como objetivo identificar los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino , dentro de los resultados que constituyeron factores de riesgo con valores de OR significativos se encuentran las pacientes cuya primera menstruación fue antes de los 12 años el cual triplicó el riesgo de aparición de CaCu de forma significativa (OR 3.5; IC 95%: 1.63-7.50; $p=8.741 \times 10^{-4}$), por lo que la menarquia constituye un factor de riesgo para desarrollar lesiones pre neoplásicas .

Edad del primer coito: Edad en que se tiene la primera relación sexual, Cópula sexual (diccionario encarta, 2009). En la adolescencia los tejidos Cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos y, de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (Lazo & Aguilar 2012, p8).

Uso de anticonceptivos orales: Dicho de un medio, de una práctica o de un agente: Que evita la preñez (diccionario encarta, 2009). Conde 2014 realizo un estudio en Lima Perú con el tema factores de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil del Hospital María Auxiliadora afirma “El riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas”.

Paridad: Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 SG, (diccionario médico, 2013). Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. (Lazo y Aguilar, 2012, p.9).

Infecciones de transmisión sexual: Conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual. La gran mayoría de autores han demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La infección con el VIH facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (Lazo y Aguilar, 2012, p.8).

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

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaran cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores. Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones.

La infección genital por VPH se considera una enfermedad de transmisión sexual en la mayoría de los casos, aunque se admite en un pequeño porcentaje la transmisión mediante Fómites (sustancias u objetos inanimados contaminados por la secreción conteniendo VPH., ejemplo: jabones, ropa íntima compartida, toallas, espéculos no esterilizados, etc.) es muy difícil prevenir la transmisión del VPH. Los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital (incluso en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años. Si bien existen más de 100 tipos del VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipo 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 y 82) como tipos oncogénicos de alto riesgo vinculados al cáncer cérvico uterino. El tipo 16, el de mayor prevalencia, 50 a 60%, el 18, segundo en orden de prevalencia 10 a 12% de los casos de cáncer cérvico uterino.

Su incubación no se conoce el mecanismo exacto y el tiempo 4-6 semanas hasta 8 meses, el VPH entra a través de la superficie del epitelio, infecta las células basales y puede permanecer latente sin replicación durante semanas o años), solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos. (Normativa – 037, 2010, pp.12-13).

Papanicolaou primera vez: Es el que debe hacerse a mujeres que inicien vida sexual activa, para detectar lesiones en una etapa muy temprana y tratable (Villavicencio y flores, 2014, p.22)

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Papanicolaou subsecuente: Es cuando se espacia la prueba cada año, si las pruebas anuales, consecutivamente no tiene alteraciones en el examen se realizará cada 3 años (1-1-1-3), recordando que el tiempo que tarda el virus en desarrollar displasia leve partir de la infección es de 3 años. (Villavicencio y flores, 2014, p.22). Galván, Barragán y Meléndez (2013) en la revista Quintana Roo realizo un estudio con el tema: factores de riesgo asociados a lesiones intraepitelial escamosas de alto grado, en el cual se observa que el no realizarse el Papanicolaou en forma anual es un importante factor de riesgo para desarrollar lesión intraepitelial alto grado RM 2.5 (IC95% 1.1-5.5). En este estudio se pudo observar que no realizarse la citología cervical anual se asoció con el diagnóstico de lesiones escamosas de alto grado. Probablemente esto se relaciona con el hecho de que por no realizarse la participante el Papanicolaou en forma anual, la displasia no se detectó en etapas tempranas (Infección por VPH y/o NIC I) y pasó a estadios más avanzados al momento de realizar el Papanicolaou en la investigación (NIC II, NIC III y Ca in situ).

Esto puede indicar que el no realizarse el Papanicolaou en forma anual no es directamente un factor de riesgo para el desarrollo de una displasia de alto grado, pero si puede indicar la importancia de realizarse el examen de citología vaginal en forma anual en toda aquella mujer sexualmente activa para detectar en su caso lesiones de bajo grado en comparación con las lesiones de alto grado, las cuales pueden llegar a tener mayores complicaciones y evolucionar a Ca invasor en forma más temprana.

2.2.5 Lesiones precancerosas del cuello uterino

Las lesiones intraepiteliales también denominadas lesiones pre malignas del cérvix preceden al cáncer invasor. Estas lesiones se caracterizan microscópicamente por una serie de cambios que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC),

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

antes de progresar a cáncer invasor. La mayoría de las infecciones son transitorias especialmente en mujeres menores de 30 años, cerca del 70% desaparecen al año y el 91% en 2 años sin causar lesión cervical y solo una minoría persiste la que si no son tratadas puede progresar a cáncer (Callejas V, 2016, p14). Generalmente las lesiones pre malignas no generan ningún tipo de síntomas en mujeres que presentan dicha alteración, por esta razón deben ser buscadas y examinadas de manera rutinaria en las mujeres con vida sexual activa a través del examen citológico del cérvix (Papanicolaou) (Corella y Torres 2016, p.17).

2.2.6 Historia natural

El 60 % de las lesiones de HPV y NIC I (bajo grado) regresan en unos 2 a 3 años. Sólo 15% desarrolla lesiones de mayor grado en 3 a 4 años y de este grupo entre 30 y 70% progresa en unos 10 años hacia cáncer invasor (Minsa, Chile 2015).

Una clara comprensión de la historia natural del cáncer de cuello uterino es la clave para la planificación y la implementación de un programa racional de prevención de cáncer cervical costo efectivo. Los modelos aceptados de la historia natural del cáncer de cuello de útero han cambiado en los últimos años. Los primeros programas de prevención de cáncer de cuello uterino se basaron en la premisa que la enfermedad se desarrollaba a partir de lesiones precursoras (ampliamente conocido como displasias), progresando de manera constante de leve a moderada y severa, a carcinoma in situ (CIS) y a continuación cáncer. De hecho, ahora parece que el precursor directo de cáncer de cuello uterino es la displasia de alto grado, que puede progresar a cáncer de cuello uterino durante un período de hasta 10 años (MINSa Perú, 2016).

La mayoría de displasias de bajo grado retroceden o no progresan, particularmente los casos de menor grado se dan en las mujeres más jóvenes (34 años o menos). Los casos prevalentes son

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

menos propensos a la regresión." Las mujeres con infección de VPH persistente, es decir con presencia del virus detectable tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer. El cáncer cervical se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años (Minsa, Chile 2015).

2.2.7 Lesiones intraepiteliales de cuello uterino

Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma: A. Clínica: son las que se observan a simple vista llamadas condilomas; B. Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso de la colposcopia; C. Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales.

La mayoría de casos de cáncer de cuello uterino han sido precedidos por una etapa larga, aproximadamente 10 a 15 años, durante la cual se ha presentado cambios en las células del epitelio del cuello uterino. Estos cambios, al inicio son muy leves, pero progresivamente se hacen más severos hasta llegar a Carcinoma In Situ y luego a Cáncer Invasor. (Normativa 0-37 p13.)

2.2.8 La clasificación histológica más frecuente es

Lesiones intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG). NIC 1 - Neoplasia Intraepitelial Cervical: Hace referencia a los cambios de las células de las capas más superficiales (un tercio) del cuello uterino. Estas lesiones con frecuencia desaparecen por sí solas sin necesidad de tratamiento y solo una pequeña proporción de estas lesiones progresan a cáncer.

Lesiones intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG). NIC 2 - Neoplasia Intraepitelial Cervical

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Los cambios están presentes en un grupo de células intermedias (dos tercios) del cuello uterino, produciendo lesiones intraepiteliales. Cerca de un cuarto de estas lesiones progresan a cáncer. NIC 3 - Neoplasia Intraepitelial Cervical. Los cambios se observan en capas celulares más profundas (una gran parte de las células) del cuello uterino. Una gran proporción de estas lesiones pueden progresar a cáncer.

La clasificación anterior se conocía como displasias cervicales, término utilizado por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical. El NIC 2,3 son las lesiones de alto grado indiferenciadas, se puede utilizar NIC 2, 3 debido a que la diferencia entre el NIC2 y NIC3 es difícil de identificar. Las lesiones de NIC2 tienen mayor posibilidad de regresión durante un periodo largo de seguimiento que las lesiones de NIC3, pero NIC2 es el umbral de consenso para el tratamiento en los Estados Unidos, excepto en circunstancias especiales (INEN, 2013).

El NIC3 es el precursor inmediato de cáncer cervicouterino y debe correlacionarse con la edad y los deseos de fertilidad de las pacientes (Magallanes C, 2009).

En el año 2001 se revisó y modificó ligeramente dicha clasificación, por lo que se muestra a continuación cuadro comparativo, siendo el método de Bethesda el que usa desde dicha modificación.

Tabla 1 Comparación 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: Bethesda, 2001, p1)

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Ilustración 1 Sistema de Bethesda

Cuadro 2.2: Sistema Bethesda (2001): categorías de notificación
No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna
Anomalías de células epiteliales
Célula escamosa
Células escamosas atípicas (ASC)
'de significado incierto' (ASC-US)
'no puede descartarse H-LIE' (ASC-H)
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-LIE)
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE)
Carcinoma de células escamosas
Glandular
Células glandulares atípicas (AGC)
(<i>endocervicales, endometriales o no especificadas</i>)
Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas
(<i>endocervicales, endometriales o no especificadas</i>)
Adenocarcinoma endocervical <i>in situ</i> (AIS)
Adenocarcinoma
Otros (lista no exhaustiva)
Células endometriales en mujer de más de 40 años

Fuente: World Harth Organization, 2003, P.1)

2.2.9 Diagnóstico de lesiones premalignas y cáncer de cuello uterino

Criterios de diagnóstico

La citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo ya que tiene una sensibilidad del 50%, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones pre-malignas, la colposcopia con biopsia dirigida es el método diagnóstico definitivo.

Papanicolaou: La prueba de Papanicolaou es la prueba que se usa con mayor frecuencia para detectar los cambios prematuros en las células que pueden derivar en cáncer de cuello uterino, en la cual se debe obtener una muestra de células del cuello uterino. (ASCO, febrero ,2019.)

En este examen se "raspa" con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación.

Siendo una prueba relativamente sencilla, son muchos los pasos que pueden fallar: la toma de la muestra, la coloración y la lectura. Arrosi, et al. (2015) consideran: "La sensibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%" (pp. 85-94). Además, el otro grave problema en nuestro medio es que la lectura de las muestras requiere personal muy entrenado, toma tiempo, las pacientes frecuentemente no recogen su resultado y se pierden oportunidades valiosas de tratar tempranamente. Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años a lo que conocemos como el esquema 1-1-3. Mientras que las mujeres que tienen alto riesgo tienen como característica inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. (Instituto Nacional de Cancerología Colombia, 2014). Así mismo: A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.

Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

Inspección visual con ácido acético (IVAA): La IVAA es un método de tamizaje de lesiones intra-epiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético del 5% (vinagre). La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas (MINSa Nicaragua, 2010).

Para muchos autores las ventajas del IVAA son los siguientes: su sencillez, se puede enseñar a obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud; menor costo que otros enfoques en el uso rutinario, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retomo para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia (Bal, Goyal, Suri AK, Mohi MK. y Cytol, 2012, pp.7, 45).

La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país. Cuando el epitelio atípico entra en contacto con el ácido acético, se torna de color blanquecino durante algunos minutos, volviendo luego a su color original. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica vinagre, debido a que el vinagre deshidrata las células y coagula proteínas nucleares, lo que en el caso del epitelio displásico, hace que los núcleos celulares agrandados se conglomeren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Detección de Lesiones del cérvix

La inspección visual con ácido acético se basa en la propiedad que tienen las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de tornarse de color blanquecino al entrar en contacto con el ácido acético. Sin embargo, hay que tener presente que existen cuadros benignos en los cuales también pueden dar epitelio aceto-blanco pudiendo causar confusión al examinador.

Interpretación de Resultados de IVAA

Es Resultado Negativo cuando: No se observa mancha blanca en la unión escamocolumnar, presenta Mancha Blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado, línea blanca tenue en la unión escamo – columnar, epitelio aceto blanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.

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

Altamente sospechoso de Cáncer Invasor: No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores por lo cual deberá referir.

Resultado Indeterminado cuando: No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores, por lo cual deberá referir. (Normativa 0-37 PP.15-18)

Colposcopia: Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva.

La evaluación colposcopia del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y pre-malignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso.

La sensibilidad de la colposcopia tampoco es óptima ya que el diagnóstico colposcopio detecta 70-80% de las lesiones de alto grado. El objetivo principal de la colposcopia es identificar lesiones precancerosas y cancerosas de modo que puedan ser tratadas temprano. La colposcopia puede ser realizada por personal de la salud entrenado para ello (Bal MS, et al, 2012).

Biopsia: El diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Cítrico (IVAA) o colposcopia. La estrategia "tamizar o ver y tratar" recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica (Solís N, 2013).

Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) .Otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN de VPH de alto riesgo. Estudios han mostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP. Sin embargo, el costo de las pruebas moleculares para el diagnóstico de VPH y su complejidad puede significar una limitación.

Las ventajas de las pruebas moleculares VPH en los países desarrollados incluyen una buena correlación inter e intraobservador; se puede realizar controles de calidad, y tienen muy alta sensibilidad. Existen también hoy pruebas moleculares del VPH que son menos costosas, requieren menos equipo y podrían ser manejadas por personal con un entrenamiento mínimo. Además, el uso de muestras autocolectadas (autotoma por la misma paciente) para la prueba del VPH podría mejorar significativamente la cobertura y ha demostrado ser muy bien aceptada por las mujeres.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Un aspecto importante es que estas pruebas se recomiendan hacer a partir de los 30 años. Lo que buscan es detectar infecciones por VPH persistentes que son las que se asocian con cáncer cervical (World Medical Association WMA, 2010.)

2.2.10 Otros criterios diagnósticos

Examen físico: Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. Cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical (Serrano D, et al, 2012).

Las únicas lesiones visibles que no requieren biopsia son los quistes de Naboth, y sólo cuando este diagnóstico se confirma por un examinador experimentado. El cáncer usualmente se origina en la zona de transformación (la unión del epitelio escamoso del exocérvix y el epitelio glandular del canal endocervical). La lesión puede manifestarse como una ulceración superficial, un tumor exofítico en el exocérvix o una infiltración en la endocérvix (MINSA Perú, 2016).

2.2.11 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de cáncer cervical incluye otras condiciones que dan lugar a sangrado vaginal irregular o fuerte, flujo vaginal, o una lesión cervical visible. El sangrado del tracto genital y flujo vaginal pueden ser causados por una variedad de condiciones. El sangrado post-coital, que es la presentación más específica de cáncer de cuello uterino, también puede resultar de cervicitis. Las lesiones de tipo tumoral benignos que pueden confundirse con el cáncer de cuello uterino incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis.

2.2.12 Tratamiento

La selección del tratamiento dependerá de la edad, condición médica, deseo de preservar la fertilidad y sobre todo de la extensión de la lesión, basándose en los resultados de Papanicolaou, colposcopia y biopsia.

La crioterapia: Es el tratamiento que se le realizará a la usuaria por personal capacitado, una vez que presente IVAA positivo y reúna los criterios para esto; la crioterapia es: Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas; no causa subsecuente daño al cérvix; 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.

Criterios para crioterapia:

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

Recomendaciones importantes en crioterapia:

1. La presión de gas debe estar por encima de 40gramos / centímetro cuadrado.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

2. Respetar los tiempos recomendados en la aplicación de la crioterapia, tres minutos de congelamiento, cinco de descongelamiento, y tres de congelamiento.

El esquema Conización con bisturí en frío, es el método ideal porque puede obtenerse una muestra para estudio histopatológico con márgenes limpios. Este procedimiento se realiza en una sala de operaciones utilizando una hoja de bisturí.

Se recomienda en los siguientes casos:

- Lesiones displásicas de importancia con un componente no visualizado o resultados positivos en el legrado del conducto endocervical.
- Lesiones de alta malignidad que no se correlacionan con los datos colposcopicos
- Anomalías de las células glandulares, ya sean malignas o premalignas.

La ablación con ASA: También se conoce como ablación electro quirúrgica con asa LEEP o ablación con asa larga de zona de transformación. Este procedimiento se realiza con anestesia local, se usa un asa de metal caliente para extirpar una cuña de tejido de cuello uterino. Las desventajas incluyen artefactos en el margen de la muestra por el uso del cauterio y tamaño limitado del tejido de biopsia porque no se realiza con anestesia general o por el tamaño del asa de metal.

Braquiterapia (radioterapia interna) en una sola sesión. Es una opción válida de tratamiento en el caso de mujeres que no pueden someterse a cirugía por contraindicaciones médicas.

Histerectomía simple (total). Esta cirugía se hace para extirpar el útero (tanto el cuerpo del útero como el cuello uterino), pero no las estructuras próximas al útero (parametrio y ligamentos uterosacros). Ni la vagina ni los ganglios linfáticos de la pelvis se extirpan. Los ovarios y las trompas de Falopio usualmente se dejan en su lugar a menos que haya otra razón para extirparlos.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Existen diferentes maneras de hacer una histerectomía:

Histerectomía abdominal: El útero se extirpa a través de una pequeña incisión quirúrgica que se hace en la parte frontal del abdomen.

Histerectomía vaginal: El útero se extirpa a través de la vagina.

Histerectomía laparoscópica: El útero se extrae usando laparoscopia (a veces llamada “cirugía mínimamente invasiva”). Un tubo delgado con una cámara de video diminuta en el extremo (el laparoscopio) se inserta en una o más pequeñas incisiones quirúrgicas para ver el interior del abdomen y la pelvis. Instrumentos pequeños se pueden controlar a través del tubo, permitiendo que el cirujano realice cortes y extraiga tejido a través de los tubos sin hacer una incisión grande en el abdomen.

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia: El útero, los ovarios y las trompas de Falopio se extirpan a través de una incisión vaginal utilizando el laparoscopio, lo que facilita la labor del médico.

Histerectomía radical: Para esta operación, el cirujano extirpa el útero junto con los tejidos contiguos al útero (el parametrio y los ligamentos uterosacros), así como la parte superior (alrededor de una pulgada) de la vagina adyacente al cuello uterino. Los ovarios y las trompas de Falopio no se extirpan a no ser que haya otra razón médica para hacerlo.

La histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia: Es un método quirúrgico que combina una histerectomía vaginal radical con una disección laparoscópica de ganglios linfáticos pélvicos.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

El laparoscopia también puede facilitar la histerectomía radical a través del abdomen. Cuando se extirpan los ganglios linfáticos, este procedimiento abdominal se llama histerectomía radical asistida por laparoscopia con linfadenectomía.

La cirugía laparoscópica resulta en menos dolor, menos pérdida de sangre durante la operación, y una hospitalización más corta en comparación con la cirugía abierta. Sin embargo, de acuerdo con la investigación reciente, las mujeres con cáncer de cuello uterino en etapas iniciales que se someten a una cirugía abierta suelen tener una menor probabilidad de que el cáncer regrese (recurra), así como una mejor probabilidad de vivir más tiempo que las mujeres que optan por una cirugía laparoscópica.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

2.3 Marco legal

Dicho marco legal está basado en la constitución política de Nicaragua y ley general de la salud.

Constitución política de Nicaragua

Art. 27. Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección. No habrá discriminación por motivos de nacimiento, nacionalidad, credo político, raza, sexo, idioma, religión, opinión, origen, posición económica o condición social (constitución política de la republica de Nicaragua, 2008. p.10)

Art. 59. Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. (Constitución política de la republica de Nicaragua, 2008. p.18)

Ley general de la salud No. 423

Artículo 3. Sector Salud y Sistema de Salud: Para efectos de la presente Ley, se entiende por Sector Salud, el conjunto de Instituciones, Organizaciones, personas, Establecimientos Públicos o Privados, actores, Programas y actividades, cuyo objetivo principal, frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción recuperación y rehabilitación. Para efectos de la presente Ley se entiende por Sistema de Salud a la totalidad de elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población.

Artículo 8. Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos: Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley; Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

salud públicos a la población vulnerable. Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano. También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, Personas de la tercera edad y personas con discapacidad; Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnósticos, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.

Artículo 29. De la recuperación de la salud; Las acciones de recuperación de la salud son las que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno al individuo, a la sociedad y al medio sin menoscabo de las acciones de promoción, prevención y rehabilitación que se deriven de ellas.

Artículo 30. El Ministerio de Salud elaborará y desarrollará un programa nacional de recuperación, como Parte del Plan Nacional de Salud para proporcionar servicios generales y especializados.

Artículo 32. De la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia; La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva. (Ley General de salud, 2002)

CAPITULO III

3.1 Diseño metodológico

Tipo de Estudio: según análisis, enfoque y temporalidad

3.1.1 Descriptivo y correlacional

El análisis que se hizo fue de tipo descriptivo porque permitió describir el comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix en pacientes que se realizaron PAP en el centro de salud Adolfo Larga Espada, en la base de este conocimiento se determina el ¿cómo es? ¿Cómo está? y su frecuencia en que se manifiesta el fenómeno.

Correlacional porque este, además, busca asociación de conceptos y variables, permite además predicciones de acuerdo a la hipótesis (Hernández S., Fernández y Baptista 2013 p.92)

3.1.2 Enfoque cuantitativo

Cuantitativo porque la investigación plantea un problema de estudio con el cual se mide y estima la magnitud del mismo mediante el procesamiento de variables cuantificables o fácilmente mensurables, se representa un conjunto de procesos, secuencial y probatorio, en la que se utiliza la recopilación de información para poner a prueba o comprobar las hipótesis, pero en este caso no se interviene en el problema (Hernández, et, al, 2010 p.321)

3.1.3 Corte transversal

El presente estudio se realizó en el tiempo determinado de enero a diciembre 2018.

“El abordaje de un fenómeno en el que se recolectan datos en un solo momento y tiempo único” (Hernández, et al, 2010, p.154)

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

3.2 Área de estudio

El Centro de Salud Familiar y Comunitario "Adolfo Largaespada" del Municipio de San Carlos, departamento de Rio San Juan, ubicado en la comunidad Laurel Galán, a 7 km de San Carlos Carretera Acoyapa.

3.3 Población o universo

Entiéndase por universo: "Totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible a ser estudiada" (Carrasco S, 2009, P.236).

El universo fue constituido por 59 pacientes, del programa de Atención Integral a la Mujer de las cuales se tomó las que presentaron lesiones pre-malignas del cérvix.

3.4 Muestra

La muestra la constituyó 59 pacientes contenidas en el universo.

Según Hernández S, et al, (2014) la muestra se define: "Parte o subconjunto de la población o universo, subconjunto de elementos que pertenecen al conjunto definido en sus características que llamamos población" (P.350).

3.4.1 Tipo de muestreo

Para el presente estudio se realizó un muestreo no probabilístico, porque se tomaron los datos que estaban disponible a la hora de la recolección tal y como lo mencionan este autor en su artículo y muestra en una investigación.

En relación con las muestras no probabilísticas, llamadas también muestras por conveniencia, los elementos son escogidos con base en la opinión del investigador y se desconoce la probabilidad que tiene cada elemento de ser elegido para la muestra. En este tipo de muestreo existen el intencional (o deliberado) y los accidentales (o por comodidad). En el primero el investigador

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

escoge aquellos elementos que considera típicos de la población. En los segundos, se toman los casos que estén disponibles en el momento (Cerde, 2019)

3.5 Criterios de inclusión

.Todas las muestras confirmatorias de lesiones pre-malignas del cérvix.

3.5.1 Criterios de exclusión

Datos incompletos en la ficha de tamizaje para prevención de cáncer cervicouterino.

Pacientes las cuales tienen resultados de Papanicolaou, pero no aparecen en la base de datos de seguimiento del SILAIS.

3.6 Variables según objetivos

Las variables con las que se trabajaron fueron: Edad, ocupación, escolaridad, procedencia, menarquia, paridad, uso de anticonceptivos orales, tabaquismo, Inicio de vida sexual activa, PAP por primera vez, PAP subsecuente, Infección de transmisión sexual (ITS).

3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario establecido como encuesta con preguntas cerradas siguiendo el enfoque de la investigación, para su confección se utilizó elementos de la ficha única de tamizaje para prevención del cáncer cérvico uterino que reúne las variables del estudio.

El Cuestionario consiste: En un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Hernández S, et al, 2010, p.217).

3.7.1 Validación del instrumento

Para asegurar la validez que tendrán los datos a recoger en esta investigación fue necesario, como en todo estudio científico, un proceso que lo garantice.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

La calidad de una investigación depende en primera instancia de la capacidad del investigador de dotar a los instrumentos de medida de las dos cualidades esenciales: validez y fiabilidad.

Validez: La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. (Hernández S., et al, 2013, p.200)

Validez de constructo Debe explicar cómo las mediciones del concepto o variable se vinculan de manera congruente con las mediciones de otros conceptos correlacionados teóricamente.

Constructo o construcción Variable medida que tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico. (Hernández S., et al, 2013 p.203)

3.7.2 Primera etapa: Prueba piloto

Mediante la realización de una prueba piloto. De acuerdo con Gall y Borg (2003) una prueba piloto consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva), cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez del instrumento.

En el desarrollo del pilotaje participaron 20 elementos que no estaban dentro de la población en estudio y que cumplen con las mismas características de la población en estudio, posteriormente procedimos a llenar la base de datos y realizar el análisis de la fiabilidad.

3.7.3 Segunda etapa: Validación

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cron Bach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. Hemos acudido a la aplicación del alfa de Cron Bach como medida de la fiabilidad de la consistencia interna de la lista de chequeo, esto se realizó a través del programa SPSS versión 22.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Por convención y para fines prácticos, valores de Alfa iguales o mayores a 0.7 se consideran aceptables, mayores a 0.8 son buenos. Los resultados de validación indicaron el estadístico de fiabilidad con un valor de 0.82 por lo cual nuestro instrumento tiene buena fiabilidad.

Ilustración 2 Alfa de Cronbach

Análisis de fiabilidad

[Conjunto_de_datos1] E:\Papanicolau con correlacion.sav

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	20	100.0
Excluidos ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.820	12

Fuente: SPSS versión 22

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

3.7.4 Trabajo de Campo

Por medio de la autorización de Dirección y responsable Programa Atención Integral a la Mujer, Municipio San Carlos, departamento de Río San Juan, se obtuvo el acceso a los archivos y muestras citológicas del centro de Salud Adolfo Largaespada. Se realizó una revisión documental de los papanicolaou de las pacientes muestreadas. Inicialmente se identificaron todas las muestras citológicas realizadas en el centro de salud Adolfo Largaespada y luego se seleccionaron aquellas que presentaron Lesiones premalignas del cervix. Se procedió al llenado de la encuesta por medio de la revisión de 59 muestras citológicas para llenar la ficha de recolección de datos y las tablas de indicadores. La ficha de recolección de datos se creó a partir de las variables incluidas en el estudio. Las tablas de indicadores se obtuvieron del protocolo u normativa específicamente de la ficha para tamizaje u toma de papanicolaou 2017.

3.7.5 Aspectos éticos

Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud

Capítulo I, De los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

En el Artículo 7. Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán establecer que se garantice la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso. Garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

En el Artículo 8. Derechos de los usuarios establece: Que los usuarios del sector público y privado gozaran del derecho a la confidencialidad y sigilo de toda la información de su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privado salvo las excepciones legales.

Por tal razón la información de las pacientes y resultados del estudio se mantendrán en total y completa confidencialidad (MINSA, 2013, PP 12-13)

3.7.6 Plan de análisis

Para procesar los datos se procedió de la siguiente manera: En el análisis descriptivo correlacional se utilizaron variables nominales, ordinales, en escalas dicotómicas y policotómicas, para ello se realizó cálculos de frecuencia, se extrajo la moda como medida de posición representando en gráficos de barra, de igual manera se analizaron y representaron las variables ordinales en escala de medida utilizando la media, la mediana y la moda.

Para la comprobación de hipótesis se realizó por medio del método estadístico Chi cuadrado de Pearson, en donde se formuló la hipótesis nula, se establecieron los valores críticos de distribución y los grados de libertad. Así mismo se usó Rho Spermán para calcular el nivel de correlaciones entre variables significativas con la ayuda del programa SPSS versión 22.

De acuerdo a Sánchez Carrión (1965) señala que la distribución de número de frecuencias indica el número de casos que hay en cada categoría de variables, a partir de dichos valores se establecen tablas de frecuencia, cálculos de porcentajes (respecto al total observado).

La media indica un promedio correspondiente a la suma de todas las puntuaciones dividida por el número total de casos, así como la mediana es el valor que divide a la mitad a las puntuaciones de las variables: A la que están por debajo de este y las que están por encima del mismo.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

La moda es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia. Se utiliza con cualquier nivel de medición. (Hernández S., et al, 2013, p.286).

Las hipótesis son las guías de una investigación o estudio.1 Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente y deben formularse a manera de proposiciones. (Hernández S., et al, 2013, p.104)

3.8 Operacionalización de las variables.

Tabla 2 Características sociodemográficas de las pacientes a estudio

Variable	Descripción conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Instrumento
Edad	Con origen en latín aetas es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Años cumplidos	1.< 14 años 2.15-19 años 3.20-34 años 4.> 35 años	Ordinal	Cuestionario
Escolaridad	conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel académico	1. Ilustrada 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitaria 5. Técnico superior	Ordinal	Cuestionario
Ocupación	Término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar (ocuparse de algo, residir en	Tipo de ocupación	1. Ama de casa 2. Técnico 3. Profesional 4. Otros	Nominal	Cuestionario

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

	una vivienda, despertar interés en alguien)				
Procedencia	Es el origen de algo o el principio donde nace o deriva algo	Domicilio	1. Rural 2. Urbana	Nominal	Cuestionario
Tabaquismo	Es la adicción al tabaco provocada, principalmente por uno de sus componentes activos: la nicotina.	Fumadora	1. Si 2. No	Nominal	cuestionario

Tabla 3 Factores de riesgo Ginecoobstétrico de la población en estudio

Variable	Descripción conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Instrumento
Menarquia	Aparición de la primera menstruación	Edad	1. <12años 2. 13-16años	Ordinal	Cuestionario
Inicio de vida sexual activa	Edad en que se tiene la primera relación sexual. Cópula sexual.	Edad	1.<12años 2. 13-16años	Ordinal	Cuestionario
Anticonceptivos orales	Dicho de un medio, de una práctica o de un agente: Que evita la preñez	Planificación con anticonceptivos orales	1. Si 2. No 3. No aplica	Nominal	Cuestionario

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 SG	Gestas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nulípara 2. Primigesta 3. Bigestas 4. Trigesta 5. Multigesta 6. Gran-Multigesta 	Ordinal	Cuestionario
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual.	Tipo de ITS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad inflamatoria pélvica más vaginosis bacteriana 2. Virus del papiloma humano más Enfermedad inflamatoria pélvica 3. Vaginosis bacteriana 4. Candidiasis vaginal 5. Tricomona vaginal 6. Herpes Virus 7. Candidiasis más Enfermedad inflamatoria pélvica 8. Enfermedad inflamatoria pélvica 9. Virus del papiloma humano 10. Vaginosis más Candidiasis vaginal 11. Ninguna 	Ordinal	Cuestionario

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 4 Analizar los resultados de papanicolaou en las pacientes seleccionadas

Variable	Descripción conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Instrumento
Prueba de Papanicolaou	Es el que debe hacerse a mujeres que inicien vida sexual activa.	Papanicolaou	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera vez 2. Subsecuente 	Ordinal	Cuestionario
Resultado	Es el que se obtiene posterior a la realización de la citología.	Citología	<ol style="list-style-type: none"> 1.ASCU 2. ASCH 3.LIEBG 4.LIEAG 	Nominal	Cuestionario

CAPÍTULO IV

4.1 Discusión y Análisis de los resultados

Para analizar el comportamiento de las lesiones pre malignas del cérvix en el centro de salud Adolfo Larga espada durante el periodo de enero a diciembre del año 2018, se analizaron 59 muestras citológicas, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

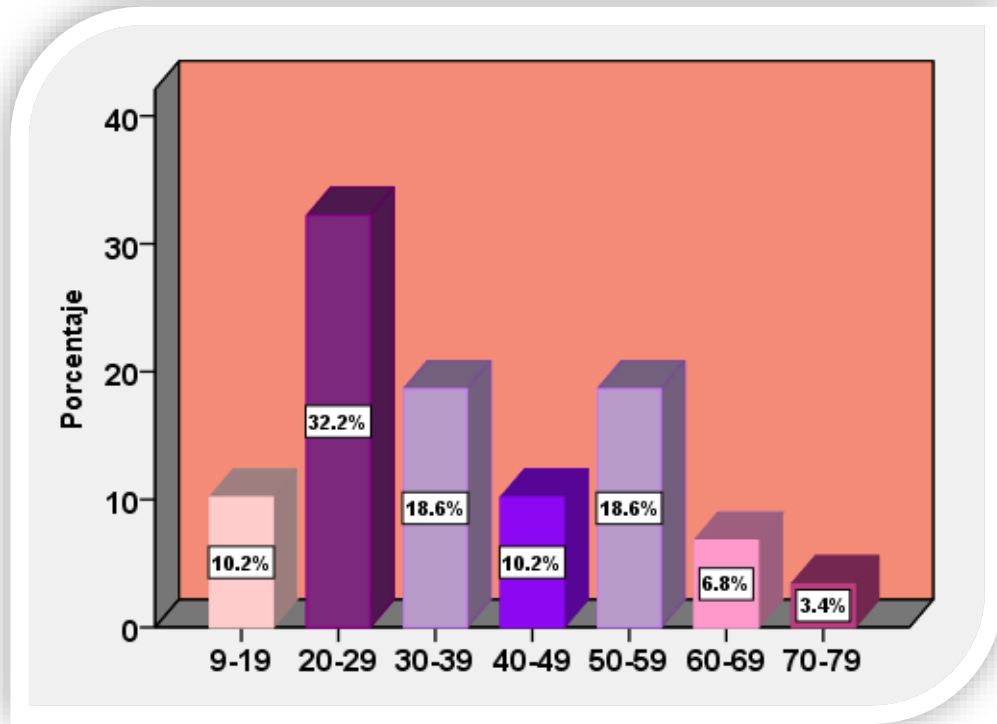
Objetivo N° 1. Describir las características socio demográficas de las pacientes a estudio

1. Edad

En esta gráfica se refleja los rangos de edades de las pacientes con lesiones Intraepiteliales que fueron objeto de estudio, en donde el mayor porcentaje estuvo comprendido entre 20-29 años representado por un 32.2%, de 30-39 años y 50-59 años hubo un 18.6% por cada uno y apenas un 3.4% de 70-79 años; aun así, llama la atención que hay un 10.2% de pacientes relativamente jóvenes de 9-19 años con presencia de lesiones premalignas.

Según ASCO (2019) las niñas menores de 15 años de edad rara vez desarrollan cáncer de cuello uterino en donde el riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y mediados de los 30 años de edad. Las mujeres mayores de 40 años de edad siguen en riesgo y deben continuar sometándose con regularidad a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, que incluyen pruebas de Papanicolaou y de HPV, por lo que la edad es un factor importante que se debe tomar en cuenta a la hora de estudiar las lesiones del cérvix.

Gráfica 1 Edad en años cumplidos



2. Escolaridad

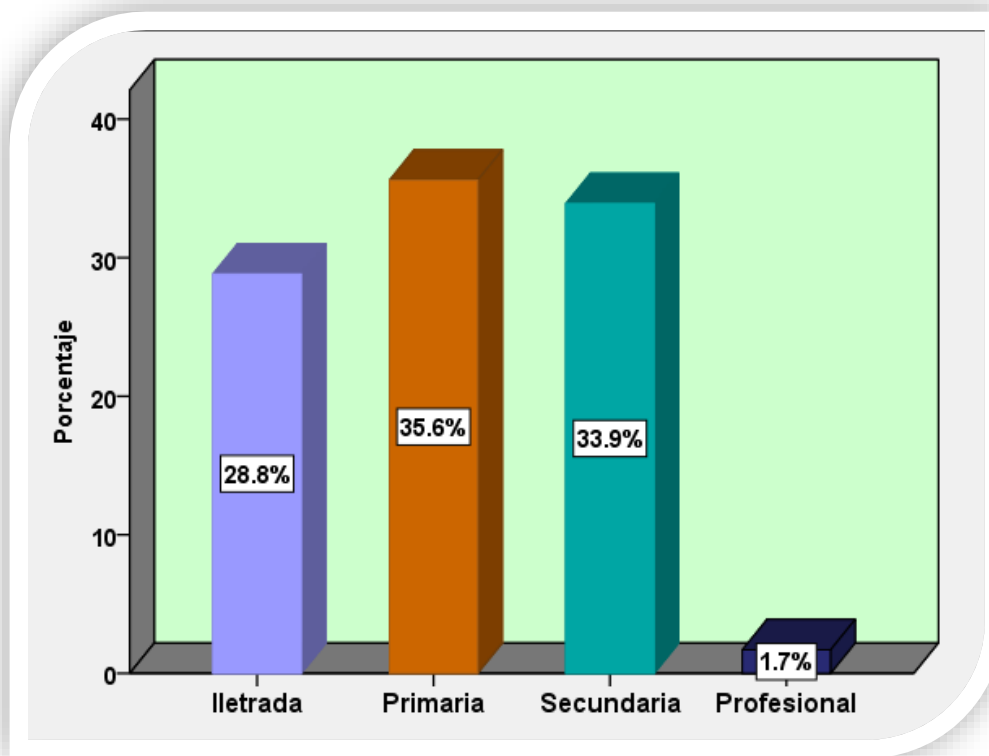
Según los datos recolectados del instrumento aplicado un 35.6% de las pacientes que presentaban lesiones Intraepiteliales tenían un nivel académico que llegaba hasta primaria y solo 1.7% eran profesionales, nos llamó la atención las pacientes iletradas con un 28.8% que, aunque no fue la mayor frecuencia sigue siendo un porcentaje alto sin embargo cabe recalcar que el municipio de estudio es bastante rural.

Cifuentes, Manrique y Ospina (2014) realizaron un estudio en Bocoya, Colombia con el tema: Factores asociados al hallazgo de lesiones pre neoplásicas detectadas en citología vaginal, el cual tiene como objetivo Identificar los factores socioculturales asociados a la

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

presencia de lesiones pre neoplásicas en mujeres residentes en un municipio de predominio rural en Boyacá, Colombia, en el que se registró que el 90.0% apenas tenía nivel de escolaridad de primaria terminada o menos. Por lo que se concluye que la escolaridad es un factor de riesgo susceptible para desarrollar lesiones pre neoplásicas.

Gráfica 2 Nivel académico



Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

3. Ocupación

Según datos obtenidos por el instrumento queda evidenciado que la mayoría de las pacientes con lesiones pre malignas de cérvix son las amas de casa, representando en este estudio un 93.2% del 100% estudiado y apenas un 6.8% por profesionales y otros tipos de oficio.

Fernández y Izaguirre (2014) realizaron un estudio en Perú con el tema: factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino, en donde realizaron un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal , siendo en uno de los resultados el factor socioeconómico con 74.3% (ama de casa) el más afectado, lo que indica una alta relación para desarrollar cáncer de cérvix, siendo estas pacientes las más vulnerables, bien por un nivel de cultura y educación inferior y por la lejanía geográfica imposibilitando realizarse Papanicolaou .



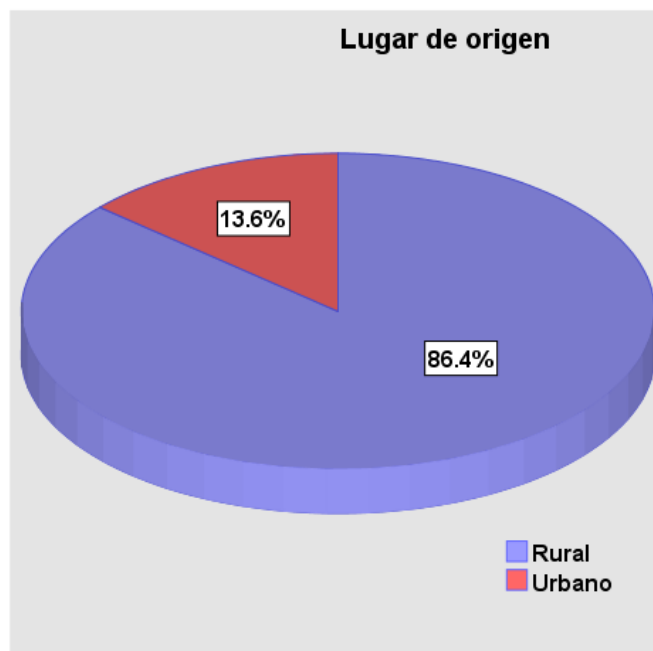
Gráfica 3 Ocupación u oficio

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

4. Procedencia

Según los resultados se observa que el 86.4% de las pacientes con lesiones pre malignas son de zona rural y solo un 13.6% urbana, esto justificado ya que las pacientes de áreas rurales debido a su lejanía geográfica de sus puestos de salud y su nivel académico bajo constituyen factores para no hacerse sus chequeos oportunos y no ser tratadas a tiempo.

American Society of clinical oncology (2019) con el tema Factores socioeconómicos, nos hace mención en que el cáncer de cuello uterino es más frecuente en grupos de mujeres que tienen menos probabilidades de tener acceso a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. Dichas poblaciones incluyen más probablemente mujeres negras, hispanas e indígenas.



Gráfica 4 Lugar de origen

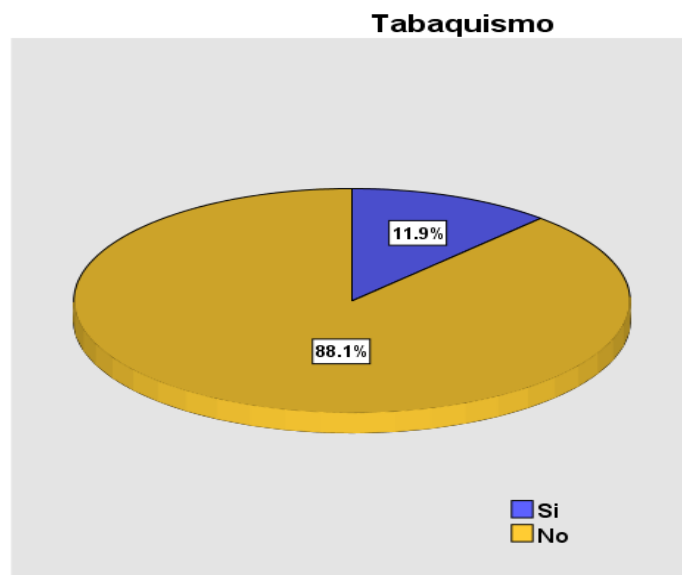
Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Objetivo. N° 2. Conocer los factores de riesgo Ginecoobstétrico de la población en estudio.

1. Tabaquismo

A pesar que muchos estudios han indicado que el tabaquismo es un factor de riesgo para presentar lesiones pre malignas de cérvix en este estudio no fue representativo ya que el 11.9% de las pacientes eran fumadoras, teniendo como resultado un 88.1% de pacientes que no son fumadoras sin embargo presentaron lesiones.

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunitario sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (American cancer society, 2016)



Gráfica 5 Tabaquismo

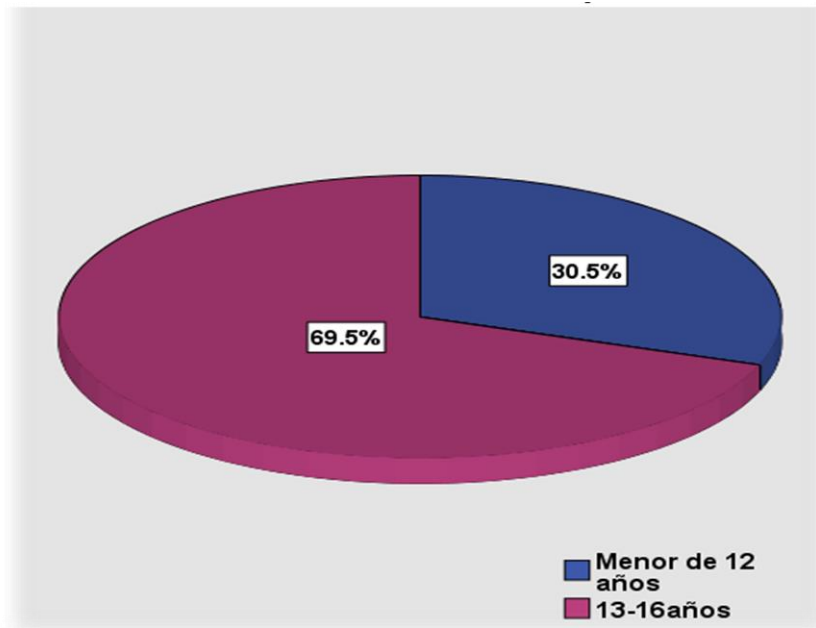
Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

1. Menarquia

En este gráfico podemos ver que el 69.5% de las pacientes con lesiones pre malignas tenían una menarquia de 13-16 años y un 30.5 % antes de los 12 años, aunque fue menor porcentaje sigue siendo un valor significativo a tomar en cuenta como factor de riesgo.

Cabrera, Ortiz, Suárez, Socarrás y Vázquez (2016) Realizaron un estudio en Cuba, con el tema: Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita teniendo como objetivo identificar los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino, dentro de los resultados que constituyeron factores de riesgo con valores de OR significativos se encuentran las pacientes cuya primera menstruación fue antes de los 12 años el cual triplicó el riesgo de aparición de CaCu de forma significativa (OR 3.5; IC 95%: 1.63-7.50; $p=8.741 \times 10^{-4}$), por lo que la menarquia constituye un factor de riesgo para desarrollar lesiones pre neoplásicas.

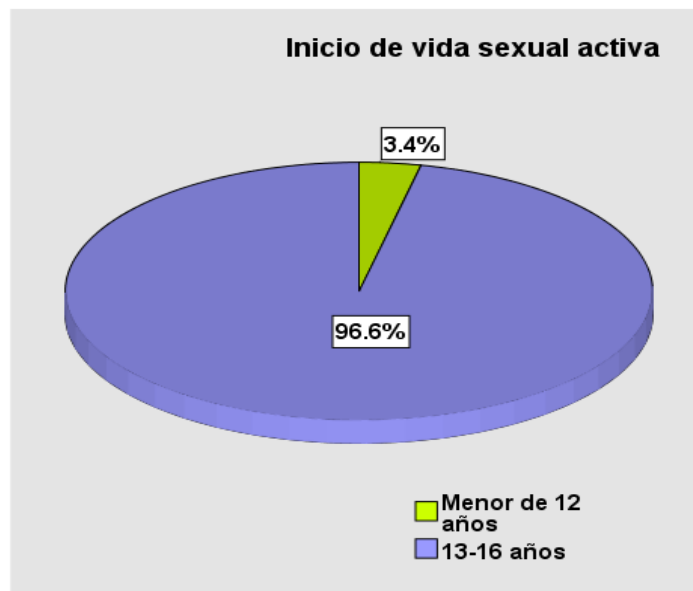
Gráfica 6 Menarquia



2. Inicio de vida sexual activa

Si bien es cierto que hay estudios que relacionan directamente la menarquia precoz con las lesiones pre malignas, solo un 3.4% tuvieron un IVSA menor de 12 años, por lo que se considera que, aunque es un factor que predispone en esta investigación no fue determinante ya que 96.6% fue de 13-16 años su IVSA.

En la adolescencia los tejidos Cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos y, de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (Lazo & Aguilar 2012, p8).

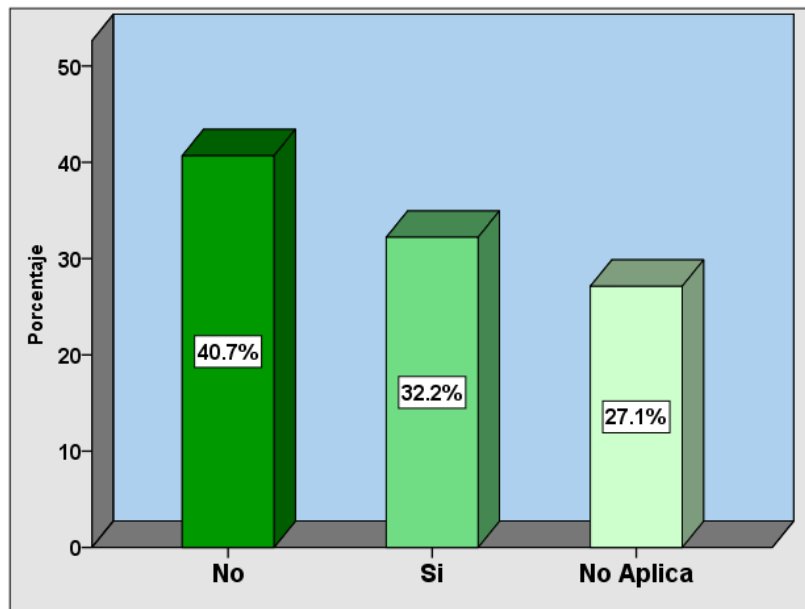


Gráfica 7 Inicio de vida sexual activa

3. Anticonceptivos orales

Se puede observar un 27.1% que se encasillo en no aplica ya que un 30% de nuestra muestra eran pacientes ya en menopausia y debido a la fuente de datos no se pudo saber con qué planificaban antes lo cual hubiese sido importante, sin embargo, existe un 40.7% que no usaban anticonceptivos orales como método de planificación y aun así presentaron lesiones Intraepiteliales y un 32.2% que si lo usaban y presentaron las lesiones por lo que sigue siendo un dato a valorar con respecto a relación con la presencia de dichas lesiones.

Conde 2014 realizo un estudio en Lima Perú con el tema factores de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil del Hospital María Auxiliadora afirma “El riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas”.

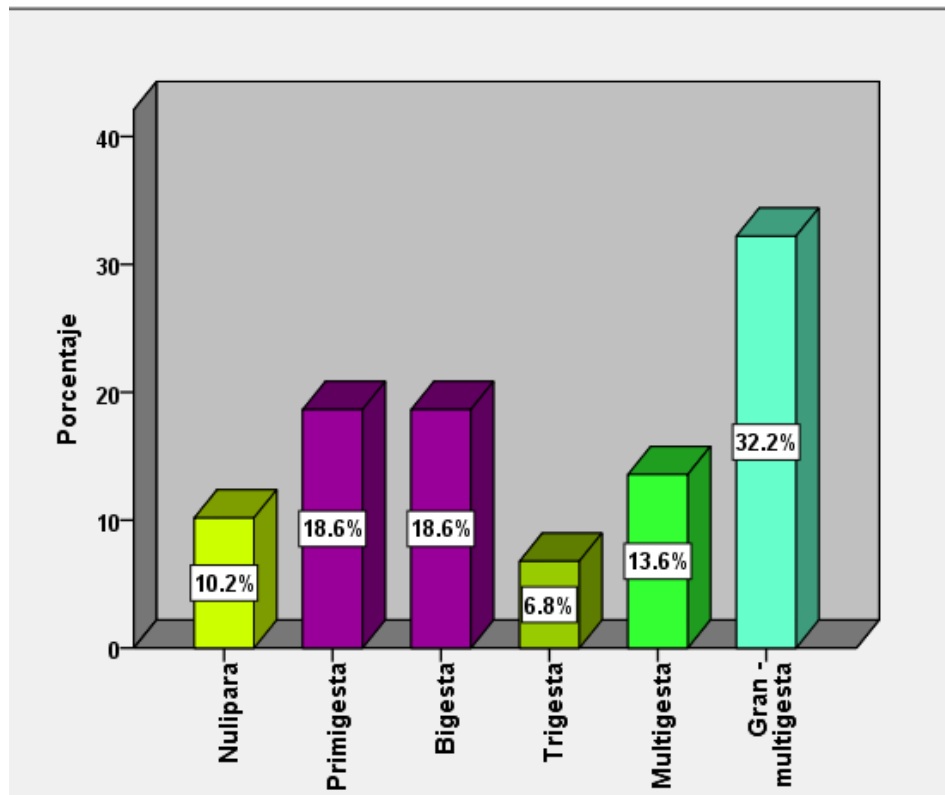


Gráfica 8 Uso de anticonceptivos orales

4. Paridad

Numerosos estudios afirman que la paridad es un factor directo para las lesiones estudiadas, lo cual se probó ya que solo el 10.2% eran Nulíparas y se podría agrupar entonces que 89.8% eran pacientes que ya habían tenido hijos además que la mayor frecuencia estuvo en las gran multigesta que representaron un 32.2%, siendo un factor predisponente a presentar lesiones pre malignas.

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. (Lazo & Aguilar, 2012, p.9).



Gráfica 9 Multiparidad de la población a estudio

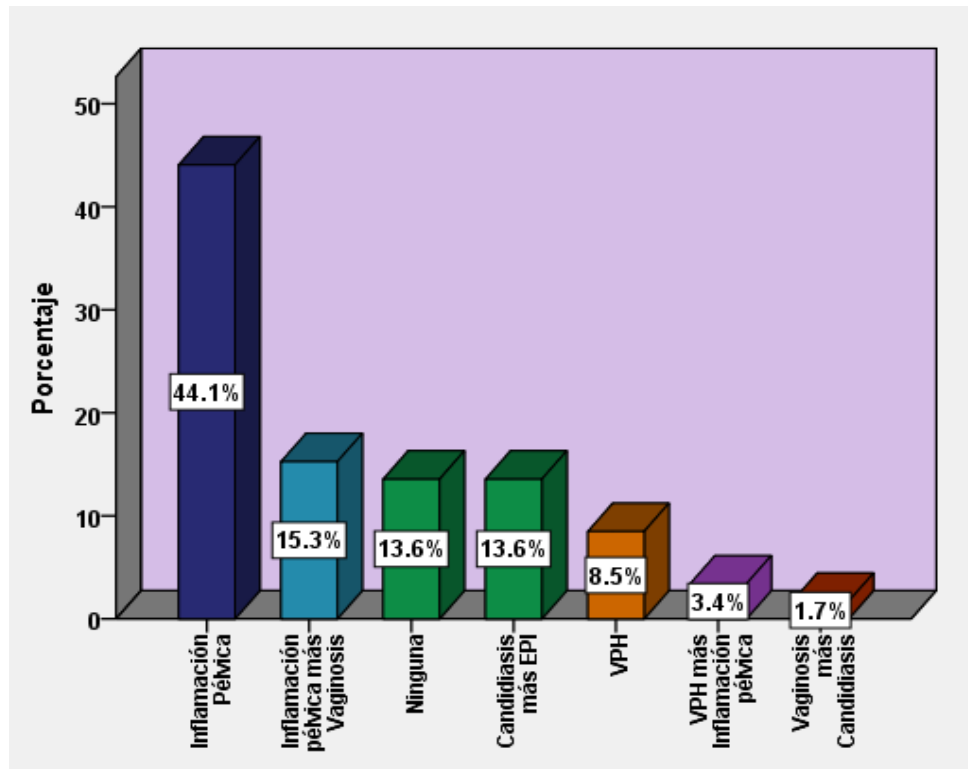
Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

5. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual se han considerado como factor importante para lesiones Intraepiteliales sin embargo en esta investigación si bien es cierto que hay un porcentaje total de 86.4% con lesiones y ITS asociadas, encontramos además un 13.6% que no tenían ninguna infección de transmisión sexual, pero tenían lesiones Intraepiteliales lo cual es significativo y aunque el mayor porcentaje si presentaba ITS no es un factor directo para desarrollar dichas lesiones, pero si predisponente.

Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones. (Normativa 037 2010)

Gráfica 10 Infección de trasmisión sexual



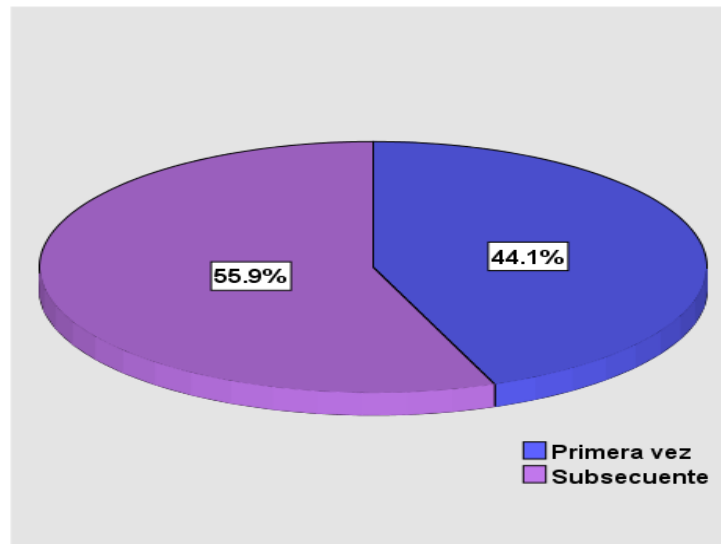
Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Objetivo N° 3. Analizar los resultados de Papanicolaou en las pacientes seleccionadas

1. Prueba de Papanicolaou

Según los resultados obtenidos por el instrumento un 55.9% de las pacientes se habían realizado sus pruebas subsecuentemente y un 44.1% se la realizaron por primera vez, por lo que se considera que toda paciente ya sea que se realice la prueba por primera vez o subsecuentemente está en riesgo de presentar lesiones pre malignas.

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años a lo que conocemos como el esquema 1-1-3. Mientras que, las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. (Instituto Nacional de Cancerología Colombia, 2014).



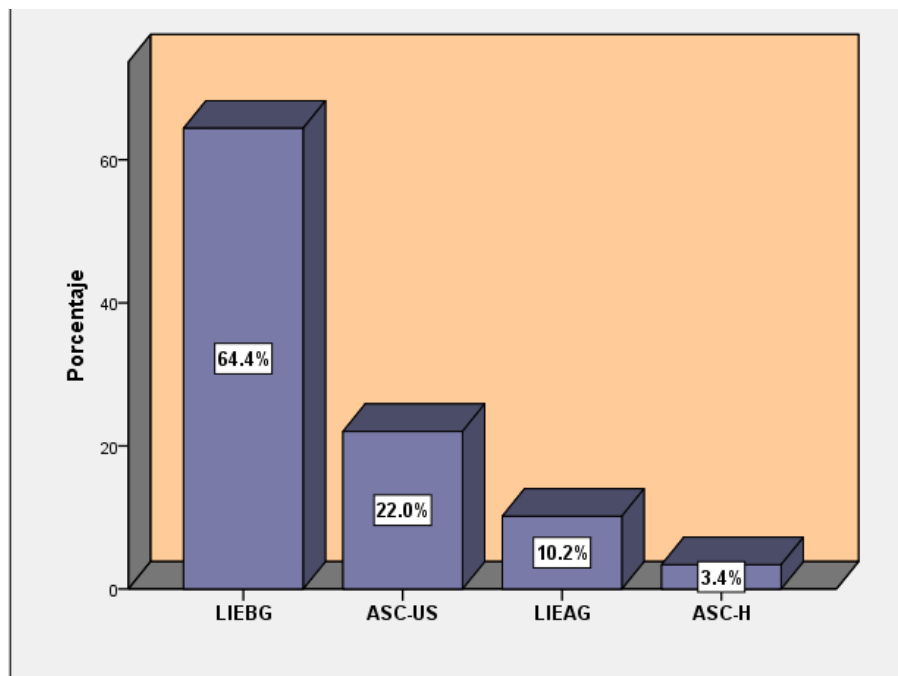
Gráfica 11 Realización de la prueba de papanicolaou

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

1. Resultados

Del total de la muestra se pudo encontrar que la lesión intraepitelial más frecuente es la de bajo grado con un 64.4% y un 10.2% de lesiones de alto grado, además de 22% de atipia escamosa de significado indeterminado ASC-US y en menor frecuencia ASC-H con solo un 3.4%.

Las lesiones Intraepiteliales también denominadas lesiones premalignas del cérvix preceden al cáncer invasor. Estas lesiones se caracterizan microscópicamente por una serie de cambios que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC), antes de progresar a cáncer invasor. La mayoría de las infecciones son transitorias especialmente en mujeres menores de 30 años, cerca del 70% desaparecen al año y el 91% en 2 años sin causar lesión cervical y solo una minoría persiste la que si no son tratadas puede progresar a cáncer (Callejas V, 2016, p14)



Gráfica 12 Tipo de lesiones encontradas

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Objetivo N° 4. Correlacionar variables referidas a los factores de riesgo de la población en estudio con los resultados del PAP.

Tabla 5 Correlación de variables utilizando el coeficiente de Rho en una muestra de 59 casos estudiados

	Infecciones de transmisión sexual y tipo de lesión encontrada	Baremo de correlación	Correlación obtenida
1	Infecciones de transmisión sexual y tipo de lesión encontrada	1	-0.1
2	Tipo de lesión con el lugar de origen	1	0.01
3	Edad y nivel académico	1	-0.5

Fuente: SPSS versión 22

Se correlacionaron variables de relevancia para el estudio de carácter modificables, donde, Según el coeficiente de Rho de Spearman determino una relación casi nula entre infección de trasmisión sexual y el tipo lesión, con un -0.1, muy cercano a cero, con una leve intensidad siendo esta negativa ya que mientras una disminuye la otra aumenta lentamente, por lo que muestran alto grado de independencia entre ellas, en otras palabras, una infección de trasmisión sexual no determina el tipo de lesión encontrada.

De igual manera el tipo de lesión encontrada no se relaciona con el lugar de origen, su significancia es casi nula o cero ya que el lugar de origen no modificara el tipo de lesión encontrada.

En caso de las variables edad y nivel académico, tienen una correlación media inversa, significa que la edad pude modificar el nivel académico.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

4.2 Comprobación de hipótesis

H1 Las pacientes con infección de transmisión sexual tienen mayor probabilidad de desarrollar lesiones pre malignas del cérvix.

H0 Las pacientes con infección de transmisión sexual no tienen probabilidad de desarrollar lesiones pre malignas del cérvix.

Tabla 6 Prueba de Chi-cuadrado

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
	11.910^a	18	0.852

Para la aceptación de la hipótesis se utilizó la tabla de puntos críticos de la chi cuadrado de Pearson, tomando como referencia los grados de libertad (gl) que determinan el límite de aceptación, en este caso se acepta la hipótesis porque se encontró 18 grados de libertad, con un nivel de significancia del 0.05, y su límite de aceptación hasta 28.8 mayor al valor de chi cuadrado que revelo 11.910, lo que significa que este valor no sobrepasa el límite de aceptación.

V. BIBLIOGRAFIA

A

Arrosi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M (february,2015) Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster- randomised trial. Lancet Glob Health.

American Society of clinical oncology (2019) Cáncer de cuello uterino: Factores de riesgo. P.1. Recuperado de:<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>

B

Bal MS, Goyal R, Suri AK, Mohi MK y Cytol (January, 2012) Detection of abnormal cervical cytology in Papanicolaou smears. Punjab, India.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22438616>.

C

Cabrera I; Ortiz Y., Suárez Y., Socarrás R., y Vázquez N. (2016) Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita.

Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392/611>

Cadnas', W. (2011). Tesis del tabaquismo.

Carrasco, S. (2009). Metodología de la investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Lima: Ed. San Marcos. P.236.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Cañadas, y Castillo. (2011) Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama. Complejo Hospitalario universitario de Albacete.

Chávez y Avilés. (2011). Comportamiento de las lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque. (Tesis doctoral) Facultad de ciencias médicas UNAN Managua, Nicaragua.

Calandra, D., Gómez, R. y Baliña, L. (1999) Anatomía, citología e histología del cuello uterino, la vagina y la vulva normales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

Callejas, V. (2016) Evolución y seguimiento pos tratamiento de mujeres con enfermedades pre malignas de cérvix (Tesis doctoral). Hospital Alemán Nicaragüense.

Cerda, J (Julio, 2019). El universo y la muestra en una investigación.

Recuperado de: <https://www.monografias.com/docs111/universo-y-muestra-investigacion/universo-y-muestra-investigacion.shtml>

Cifuentes, L., Manrique, F., y Ospina, J. (2014) Factores asociados al hallazgo de lesiones pre neoplásicas detectadas en citología vaginal. PP (63-65)

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a07.pdf>

Corella y Torres. (2016) Factores de Riesgo y Lesiones Pre malignas de cuello uterino en mujeres con citología positiva atendidas en el Instituto del Cáncer – SOLCA (Cuenca). Período Enero – Diciembre 2014.

Conde. (2014) Factores de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil hospital maría auxiliadora julio- agosto, 2013.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

CONSTITUCION POLITICA DE LA REPUBLICA DE NICARAGUA, 2008. p.18

D

Duque, E. y González, I. (2010) Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural. (Tesis Doctoral) San Carlos, Guatemala.

Diccionario encarta 2009.

E

Escalona, Navarro, Yépez, Blasco y Obregón (2014) Características cito histológicas de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba.

G

Galván, M., Barragán, M. y Meléndez, R. (Junio, 2013) factores de riesgo asociados a lesiones intraepitelial escamosas de alto grado. Quintana Roo. Recuperado de:

file:///C:/Users/Hp/Desktop/pap.pdf

Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino (2013) aprobado con Resolución N°650-2013 INEN.

Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino (Diciembre, 2016). MINSA, Perú.

Geneser, F. (2003) Histología. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

González, R., y Romero, A. (2010) Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales cervicales, Balancán, Tabasco. PP. (62-63, 67-69)

Recuperado de: <file:///C:/Users/Hp/Desktop/fx%20riesgo.pdf>

Gonzales (2014) Abordaje Diagnóstico y Tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de Enero 2014 a Diciembre 2015. (Tesis doctoral) Facultad de ciencias médicas UNAN Managua, Nicaragua.

H

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014) Metodología de la Investigación. McGraw Hill, México. P.350.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México D.F. McGraw-Hill/interamericana Editores, S.A. de C.V. p.321-323.

J

Jonathan S. Berek, Neville F. Hacker.(2010) Oncología Ginecológica de Berek y hacker, 5ta edición. Philadelphia, USA; editorial Lippincott Williams y Wilkins.

Pérez y Gardey. (2012) Definición de edad. Recuperado de: <https://definicion.de/edad/>

L

Lazo y Aguilar, E. (2012) Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011(Tesis de pregrado).Peru

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Laterjet – Ruiz Liard. (2019) Anatomía Humana. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

Ley N° 423. Ley general de la salud. (14 de Marzo de 2002) Managua, Nicaragua.

M

Ramos, M., y Piñero. (2014) Investigación retrospectiva. Maracay 2014, p.67.

Ministerio de salud, MINSA. (2015) Guía clínica del cáncer cérvico uterino. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. Normativa-037(2010) Protocolo de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a Través del Tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVVA) y Tratamiento con Crioterapia. MINSA, Nicaragua. P.16-17.

O

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2009). Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino.p.1-6.

Organización panamericana de la salud, OPS. (2018). Prevención y control de enfermedades, análisis de salud. Cáncer

Recuperado de:

https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=647-boletin-informativo-sobre-cancer&Itemid=235

Organización mundial de la salud,OMS . (12 Septiembre 2018). Cancer.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

P

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Pérez, C. y Corea, J. (2012) Incidencia de cáncer cervicouterino Hospital Bertha Calderón Roque, durante el ii semestre del año 2011. (Tesis maestría) Hospital Bertha Calderón Roque, Managua.

R

Ruiz, J. y Picado, E. (2016) Incidencia de lesiones cervicales pre – malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de julio del 2014(Tesis doctoral). Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo.

S

Santana, C., Y Chávez, M., Viñas, L., Hernández, E. Y Cruz, J.(2011) Diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino. Revista Cubana, pp.37 (2)

Sarduy, N; Martínez, C; Vasallo, P. (2009). Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.; 35(3).

Serrano, D., y Vega, M. M. (2012). Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Revista cubana de ginecología y obstetricia.

Sociedad Americana del cáncer (06 noviembre ,2018) Cirugía para cáncer de cuello uterino, Recuperado

de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/cirugia.html>

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Sociedad española de oncología médica (09 marzo, 2017) Tratamiento del cáncer de cérvix,

Recuperado de: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=10>

T

The International Agency for Research on Cancer (IARC), (2014) OMS. Bases anatómicas y patológicas de la inspección visual con ácido acético (IVA) y con solución yodoyodurada de Lugol (IVL). <http://screening.iarc.fr/>

W

World Medical Association. Declaración de Helsinki. Finlandia: WMA; 2010.

CONCLUSIONES

- Según las características sociodemográficas de la población en estudio la edad que predominaba eran jóvenes de entre 20 y 29 años, con un alto porcentaje en mujeres ama de casa, y de procedencia rural.
- Según los factores de riesgo gineco obstétricos más importantes el mayor porcentaje correspondió a pacientes gran multigesta y dentro de las infecciones de transmisión sexual (ITS) el mayor porcentaje correspondía a inflamación pélvica, por lo que no se considera un factor directo para desarrollar algún tipo de lesión.
- Al analizar los resultados de los Papanicolaou nos dimos cuenta que en su mayoría eran sub secunte, por lo cual consideramos que toda paciente ya sea que se realice la prueba por primera vez o subsecuentemente está en riesgo de presentar lesiones pre malignas, así mismo observamos que la LIBG fue la que mayormente predomino.
- Al relacionar los factores de riesgo de la población en estudio con los resultados de Papanicolaou logramos comprobar que tanto factores sociodemográficos como gineco obstétricos se asocian a presentar algún tipo de lesión pre maligna.

RECOMENDACIONES

Al MINSA

- Fortalecer el registro de citologías cervicales, con el fin de disponer de información actualizada para la ejecución de diferentes tipos de estudios, y así mejorar estrategias de detección, prevención y control.
- Apoyar la implementación de la vacunación para VPH en niñas y mujeres, formando parte del esquema de vacunación, dado que la eficacia de la vacunación es reducir la incidencia de la enfermedad, principalmente NIC2 y NIC3 (FECASOG).

Al centro de salud Adolfo Larga Espada

- Promocionar la prueba de Papanicolaou, realizando talleres audiovisuales en escuelas, puntos de reuniones y concentraciones de la población.
- Realizar actividades periféricas en donde se involucre el núcleo familiar, líderes comunitarios y brigadistas ubicados en las comunidades con difícil acceso y puestos fronterizos, con el fin de asesorar e informar a la población acerca de las lesiones premalignas y cómo prevenirlas mediante la realización de pruebas de papanicolaou enfatizando en las edades de 20-29 años de edad ya que son el grupo de mayor afectación.
- Sensibilizar a las amas de casa mediante reuniones constantes en las que se les pueda brindar información amplia y detallada de las lesiones premalignas, así como la prueba de papanicolaou de esta manera se reduce el número de lesiones premalignas ya que uno de los grupos mayormente afectados y vulnerables son las amas de casa.

ANEXOS

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Anexo 1

Tabla 7 Cronograma

Cronograma de actividades. Año 2019													
		FECHA											
N°	Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Fase Exploratoria	X	X										
2	Redacción del Protocolo			X									
3	Prueba o validación de Instrumento				X								
4	Recolección de la Información					X							
5	Procesamiento y análisis de datos						X						
6	Discusión y Resultados						X						
7	Redacción del Informe Final							X					
8	Presentación del Trabajo								X				

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 8 Principales recursos humanos

Nombres y Apellidos	Grado científico	Categoría Docente Investigativa o de la Biotecnología
Br. Alexia Alexandra Villachica Monge.	Bachiller	
Br. Diana Margarita Urrutia Valdivia.	Bachiller	
Br. María Julia Solórzano Alaniz.	Bachiller	
Dr. Sergio Chamorro Rodríguez	Especialista en Ginecología y Obstetricia	clínico
Lic. Zenayda Aurora Suárez	Msc. En salud pública Lic. En salud publica Lic. En ciencias de la acción con mención en Inglés	Metodólogo

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 9 Recursos materiales para la ejecución del proyecto

Materiales	Cantidad
• Hojas blancas de 21 x 27,9 cm	1000
• Bolígrafos	10
• Lápices con goma	10
• Cartuchos de tinta para impresora	3
• Discos Compactos RW	2
• Files	10
• Libretas	5
• Paquete de Sobres Manila	1
• Memoria USB (8 G)	1
• Computadora	1
• Impresora	1

Instrumento



FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES

“Cornelio Silva Arguello”

La presente encuesta tiene como objetivo la recolección de información acerca del comportamiento de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes que se realizan su Papanicolaou en el año comprendido de Enero a Diciembre de 2018, los resultados serán confidenciales. Agradeceremos su contribución.

I. Datos generales (sociodemográficos)

Encerrar en un círculo el dato correcto

P1. Edad

- a) < 14años
- b) 15-19años
- c) 20-34años
- d) > 35años

P2. Escolaridad:

- a) Ilustrada
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Profesional

P3. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Profesional
- c) Otros

P4. Procedencia:

- a) Rural

- b) Urbana

II. Factores de riesgo ginecológicos.

Encierre en un círculo el dato correcto

P5.Tabaquismo:

- a) Si
b) No

P6.Menarquia:

3. <12años
4. 13-16años

P7.Inicio de Vida Sexual Activa:

5. <12años
6. 13-16años

P8.Anticonceptivos orales:

- a) Si
b) No
c) No aplica

P9.Paridad

- a) Nulípara
b) Primigesta
c) Bigestas
d) Trigesta
e) Multigesta
f) Gran-Multigesta

P10.Infecciones de transmisión sexual (ITS)

- a) Enfermedad inflamatoria pélvica más vaginosis bacteriana
b) Virus del papiloma humano más Enfermedad inflamatoria pélvica
c) Vaginosis bacteriana
d) Candidiasis vaginal
e) Tricomona vaginal
f) Herpes Virus
g) Candidiasis más Enfermedad inflamatoria pélvica
h) Enfermedad inflamatoria pélvica
i) Virus del papiloma humano
j) Vaginosis más Candidiasis vaginal
k) Ninguna

P11. Prueba de papanicolaou:

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

- a) Primera vez
- b) Subsecuente

P12. Resultado

- a) ASCU
- b) ASCH
- c) LIEBG
- d) LIEAG

Carta de solicitud

Dr. Mayquel Francisco Madrigal Arellano.

Director Centro de Salud Adolfo Largaespada, Municipio San Carlos, Rio San Juan.

Su despacho:

A través de la presente le hacemos la formal solicitud para que nos brinde su autorización para acceder a la información relacionada con patología del cervix del programa de Atención Integral de la Mujer del Municipio de San Carlos a partir de Enero del año 2018

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

a Enero del 2019, con el objetivo de llevar a cabo la investigación científica **“Comportamiento de las Lesiones Pre-Malignas del Cérvix en el Municipio de San Carlos, Rio San Juan. Enero 2018 a Diciembre de 2018.”**, trabajo monográfico con el cual optaremos por el título de Médico y Cirujano de nuestra facultad. La información requerida estará acorde con el formulario elaborado por los autores el cual esta adjunto al documento, asegurando que la información solo será utilizada con fines científicos y bajo discreción.

Esperando su aprobación y sin más a que referirnos, le deseamos éxitos en sus labores.

Atte.: _____

Dra. Alexia Alexandra Villachica Monge. Dra. Diana Margarita Urrutia Valdivia.

Médico en Servicio Social.

Médico en Servicio Social.

Dra. María Julia Solórzano Alaniz.

Médico en Servicio Social.

CC. Lic. Jamilet Espinoza López. Responsable Programa Atención Integral a la Mujer. Municipio San Carlos

OPINION DEL TUTOR

San Carlos, 13 de agosto de 2019

El presente trabajo “Comportamiento de las lesiones pre-malignas del cérvix en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el centro de salud Adolfo Larga Espada del municipio de San Carlos, Rio San Juan, en el periodo de Enero a Diciembre del 2018”; representa el esfuerzo realizado por Br. Solórzano Alaniz María Julia, Br. Urrutia Valdivia Diana Margarita y Br. Villachica Monge Alexia Alexandra bajo diferentes circunstancias que lograron superar.

Considero este estudio de gran interés ya que aborda una problemática muy sensible de la mujer la cual puede ser prevenida y a muy bajo costo. Encuentro que el enfoque de salud pública adoptado en este estudio contribuye de manera especial a la prevención y promoción en salud porque se pudo concluir que las mujeres jóvenes entre 20-29 años son las más afectadas y las de lejanía geográfica presentan mayor vulnerabilidad; presentándose un reto para el sistema de salud ya que este trabajo servirá como iniciativa que contribuirá a mejorar la salud de las mujeres del municipio de San Carlos.

Felicito a las autoras por su dedicación y esmero para terminar este trabajo al cual considero cumple con los requerimientos exigidos por la institución.

Dr. Sergio Chamorro Rodríguez.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Jefe de departamento de Ginecología del Hospital Luis Felipe Moncada

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Lista de acrónimos

ACIS.....	Adenocarcinoma in situ
AGC.....	Células glandulares atípicas
ALC.....	América latina y el Caribe
APS.....	Atención Primaria en Salud
ASC.....	Células escamosas atípicas
ASCUS.....	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CaCu.....	Cáncer Cérvico Uterino
CIN.....	Neoplasia Cervical Intraepitelial
CIS.....	Carcinoma in Situ
CSALE.....	Centro de salud Adolfo larga espada
IVAA.....	Inspección visual con ácido acético
IVSA.....	Inicio de vida sexual activa
LIE.....	Lesión intraepitelial escamosa
LIEAG.....	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
LIEBG.....	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
MINSA.....	Ministerio de Salud
NIC.....	Neoplasia Intraepitelial Cervical

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

OMS.....Organización Mundial de la Salud

OPS.....Organización Panamericana de la Salud

PAP.....Papanicolaou

SEGO.....Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SIVIPCAN.....Sistema de vigilancia para la prevención del cáncer de la
mujer

TBS.....Sistema Bethesda

UEC.....Unión escamoso-cilíndrica

UNAN.....Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

VPH.....Virus del papiloma humano

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Ilustración 3 Ficha de tamizaje para la prevención del cáncer



REPUBLICA DE NICARAGUA		MINISTERIO DE SALUD	
FICHA ÚNICA DE TAMIZAJE PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMAS			
1. DATOS GENERALES			
SILAIS:	Municipio:	N° de Expediente:	
Unidad de salud:	Fecha de Nacimiento: / /		
1° Nombre:	2° Nombre:	1° Apellido:	2° Apellido:
N° Telefónico:	N° de Cédula:	Etnia:	Edad:
Nivel Académico:	Ocupación:	Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
Dirección Exacta:			
Departamento:	Municipio Residencia:	Barrio/Comarca:	
2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
Gestas:	Partos:	Abortos:	Cesáreas:
Embarazo Actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Semanas de Gestación: /	¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			¿Usa Método Anticonceptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VPH anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:	Fecha:	/ /
IVA anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:	Fecha:	/ /
PAP anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:	Fecha:	/ /
Biopsia anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:	Fecha:	/ /
3. PRUEBA DEL VPH			ID EXAMEN:
<input type="checkbox"/> Tamizaje Primario <input type="checkbox"/> Subsecuente			Fecha de Toma: / /
Modalidad: <input type="checkbox"/> Autoloma <input type="checkbox"/> Personal de Salud	Código de la Muestra:	Resultado de la Prueba: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Fecha Entrada Lab: / /
		Segunda Prueba: <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> IVA	Fecha del Reporte: / /
4. IVA			ID EXAMEN:
<input type="checkbox"/> Primera Vez <input type="checkbox"/> Subsecuente <input type="checkbox"/> Segunda Prueba			Fecha del Examen: / /
Persona que lo realizó: <input type="checkbox"/> Especialista GO <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar enfermería			Fecha Tratamiento: / /
Resultado del Examen: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Sospecha Cáncer (referir)			Marque el cuadrante donde se identificó la Lesión: 
Necesita Tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tratamiento realizado: <input type="checkbox"/> Crioterapia <input type="checkbox"/> LEEP/LEETZ (Cono con ASA diatérmica) <input type="checkbox"/> Electrocoagulación			
No se realizó tratamiento <input type="checkbox"/> ¿Por qué?			
5. CITOLOGÍA DE CERVIX**			ID EXAMEN:
<input type="checkbox"/> Primera Vez <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Segunda Prueba			Fecha de la Toma: / /
Procedencia de la Muestra: <input type="checkbox"/> Exo Endocervix <input type="checkbox"/> Cúpula <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Otros			Fecha Entrada Lab: / /
Aspecto Clínico del Cérvix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrófica <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Tumoral			Fecha de Lectura: / /
Secreción: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hemorrágica <input type="checkbox"/> Leucorrea <input type="checkbox"/> Purulenta			Control Calidad: / /
Otros Datos Clínicos:			Número de Lámina:
Calidad de la Muestra: Frotis: <input type="checkbox"/> Satisfactorio <input type="checkbox"/> Insatisfactorio			Otros Hallazgos: <input type="checkbox"/> Atrófica <input type="checkbox"/> Candidas sp. <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Actinomyces <input type="checkbox"/> Herpes Virus <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Vaginosis Bacteriana <input type="checkbox"/> Tricomones Vaginales <input type="checkbox"/> Cambios Regenerativos <input type="checkbox"/> Células Endometriales (≥45 años)
Células endocervicales y/o zona de transformación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Hemorragia Intensa			
<input type="checkbox"/> Celularidad Escasa			
<input type="checkbox"/> Mala Fijación			
<input type="checkbox"/> Extensión Incorrecta			
<input type="checkbox"/> Abundantes Polimorfonucleares			
<input type="checkbox"/> Datos Incompletos			
Resultado: <input type="checkbox"/> No hay Evidencia de Lesión Intraepitelial y de Células Malignas <input type="checkbox"/> Atrófica Escamosa de Significado Indeterminado (ASC-US) <input type="checkbox"/> No se Descarta Lesión de Alto Grado (ASC-H) <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto grado (LEIAG) <input type="checkbox"/> Lesión Intraepitelial de Alto Grado con Sospecha de Invasión <input type="checkbox"/> Carcinoma de Células Escamosas Invasor			
Anomalías Epiteliales Glandulares: <input type="checkbox"/> Atrófica Glandular Sin Otra Especificación (NOS) <input type="checkbox"/> Atrófica Glandular No se Descarta Neoplasia Endocervical <input type="checkbox"/> Atrófica Glandular No se Descarta Neoplasia Endometrial <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma In Situ (AIS) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Invasor			
6.A RECOMENDACIONES DE PATOLOGÍA (PAPANICOLAOU)		6.B RECOMENDACIONES DEL CLÍNICO (VPH e IVA)	
<input type="checkbox"/> PAP Tamizaje 3 años <input type="checkbox"/> PAP Control 1 año <input type="checkbox"/> PAP Seguimiento 1 año <input type="checkbox"/> PAP Repetir (Ver Instrucción 6.A)		<input type="checkbox"/> Legado Endocervical <input type="checkbox"/> Colposcopia <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> VPH Seguimiento 1 año	
<input type="checkbox"/> IVA Tamizaje 3 años <input type="checkbox"/> IVA Seguimiento 1 año		<input type="checkbox"/> VPH Tamizaje 5 años <input type="checkbox"/> VPH Seguimiento 1 año	
<input type="checkbox"/> Colposcopia <input type="checkbox"/> Biopsia			
Observaciones:			Fecha de Entrega de Resultados a la Paciente: / /
<small>*Esta herramienta Papanicolaou cuando no existe evidencia en el espejito blanco de lesiones citológicas. **Adaptado en base a Bethesda 2014 MINSA-NICRPMLES-3-2016</small>			
		ESQUELA DE RESULTADO	
Nombre: _____		N° de Expediente: _____	
Resultado: _____		Tipo Examen: <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> MAMAS	
Unidad de Salud que Tomó Muestra: _____		Fecha Resultado: / /	
Unidad de Salud Próxima Cita: _____		Fecha de Próxima Cita: / /	
Recomendaciones/Observaciones: _____			

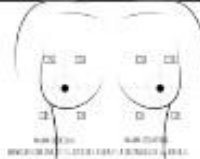
Ilustración 4 Ficha de examen de mamas

Br. Solórzano Alaniz María Julia. Br. Urrutia Valdivia Diana Margarita
 Br. Villachica Monge Alexia Alexandra

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

FICHA DE EXAMEN CLINICO DE MAMAS

7. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS PARA EXAMEN DE MAMAS:				
Edad Menarca:	Edad Menopausia:	Edad el primer embarazo:	Lactancia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Terapia Hormonal de Reemplazo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desde: / /
8. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER DE MAMA:				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas?:		Parentesco: <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Prima Otros:		
Memografía:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: / /	Resultado:		
Ultrasonido:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: / /	Resultado:		
9. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MAMARIA:				ID EXAMEN:
Hallazgos Clínicos:				
<input type="checkbox"/> Asimetría	<input type="checkbox"/> Piel de Naranja	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Mastitis	Otros:
<input type="checkbox"/> Ulceración	<input type="checkbox"/> Secreción Anormal	<input type="checkbox"/> Nódulo	<input type="checkbox"/> Retracción de piel/pezón	
Resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				Fecha de la exploración: / /
Comentarios:				
Presunción Diagnóstica:				
Unidad de Salud a la que refieren:				



DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO

Fecha de Referencia: / /
 Referida a (Nombre de la Unidad de Salud):

<input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA*
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha de la Colposcopia: / /
<input type="checkbox"/> CRIOTERAPIA
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha de la Crioterapia: / /
<input type="checkbox"/> LEEP / LESIONES GRANDES (CON ASA DIATERMICA)
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha de la LEEP: / /
Resultado Histopatológico: _____
<input type="checkbox"/> CONIZACIÓN QUIRURGICA
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha de la Conización Quirúrgica: / /
Resultado Histopatológico: _____
<input type="checkbox"/> BIOPSIA POR PINZA KEYORKIAN
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha de la Biopsia: / /
Resultado Histopatológico: _____
<input type="checkbox"/> LEGADO ENDOCERVICAL
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha del Legado Endocervical: / /
<input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA
Realizada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (razones): _____
Fecha de la Histerectomía: / /

INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZÓ EL EXAMEN

Para cada examen se debe registrar el médico que lo realizó con su respectivo Nombre, Código Sanitario, Firma y Sello que avalien el resultado, en caso de no tener código se deberá poner el nombre completo del personal de salud.

VPH
Toma de Muestra
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
Procesado de Muestra
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
INAA
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
PAP
Toma de Muestra
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
Lectura de Muestra
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
Control de Calidad
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
EXPLORACIÓN DE MAMAS
Nombre: _____
Código: _____ Sello: _____ Firma: _____
FIRMA PACIENTE (AL RECIBIR LA ESCUELA DE RESULTADO)

X

La paciente con lesiones de alto grado y sospecha de cáncer deberá ser contactada inmediatamente al número de teléfono que facilitó y otar para garantizar el tratamiento oportuno.

Unidad Formadora de Capacitación

- Tipo de salud:
- Cuando tenga una cita médica favor asistir en la hora y fecha programada.
 - Siga las recomendaciones del personal de salud.
 - Si siente algún malestar después del tratamiento, acuda al centro de salud.
 - El riesgo de cáncer se aumenta luego de los 35 años.
 - Una buena dieta, ejercicio, no fumar y no ingerir alcohol disminuyen el riesgo de cáncer.
 - Toda mujer mayor de 19 años debe realizarse un autoexamen mensual de mamas, 8 días después de su menstruación.
 - Toda mujer mayor de 40 años debe realizarse un examen clínico de mamas anualmente.



FIRMA Y SELLO

Anexo.2

Br. Solórzano Alaniz María Julia. Br. Urrutia Valdivia Diana Margarita
 Br. Villachica Monge Alexia Alexandra

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 10 De puntos críticos

g.d.l	0,001	0,005	0,01	0,02	0,025	0,03	0,04	0,05	0,10	0,15	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	g.d.l
1	10,828	7,879	6,635	5,412	5,024	4,709	4,218	3,841	2,706	2,072	1,642	1,323	1,074	0,873	0,708	1
2	13,816	10,597	9,210	7,879	7,378	7,013	6,428	5,991	4,605	3,794	3,219	2,773	2,408	2,100	1,833	2
3	16,266	12,838	11,345	9,837	9,348	8,947	8,311	7,815	6,251	5,317	4,642	4,108	3,665	3,203	2,846	3
4	18,467	14,860	13,277	11,668	11,143	10,712	10,026	9,488	7,779	6,745	5,989	5,385	4,878	4,438	4,045	4
5	20,515	16,750	15,086	13,388	12,833	12,375	11,644	11,070	9,236	8,115	7,289	6,626	6,064	5,573	5,132	5
6	22,458	18,548	16,812	15,033	14,449	13,968	13,198	12,582	10,645	9,446	8,558	7,841	7,231	6,695	6,211	6
7	24,322	20,278	18,475	16,622	16,013	15,509	14,703	14,067	12,017	10,748	9,803	9,037	8,383	7,806	7,283	7
8	26,124	21,955	20,090	18,168	17,535	17,010	16,171	15,507	13,362	12,027	11,030	10,219	9,524	8,909	8,351	8
9	27,877	23,589	21,666	19,679	19,023	18,480	17,608	16,919	14,684	13,288	12,242	11,389	10,656	10,006	9,414	9
10	29,588	25,188	23,209	21,161	20,483	19,922	19,021	18,307	15,987	14,534	13,462	12,549	11,781	11,097	10,473	10
11	31,264	26,757	24,725	22,618	21,920	21,342	20,412	19,675	17,275	15,767	14,631	13,701	12,899	12,184	11,530	11
12	32,909	28,300	26,217	24,054	23,337	22,742	21,785	21,026	18,549	16,989	15,812	14,845	14,011	13,266	12,584	12
13	34,528	29,819	27,688	25,472	24,736	24,126	23,142	22,362	19,812	18,032	16,985	15,984	15,119	14,245	13,636	13
14	36,123	31,319	29,141	26,873	26,119	25,493	24,485	23,685	21,064	19,406	18,151	17,117	16,222	15,421	14,685	14
15	37,697	32,801	30,578	28,259	27,488	26,848	25,816	24,946	22,307	20,603	19,311	18,245	17,322	16,494	15,733	15
16	39,252	34,267	32,000	29,633	28,845	28,191	27,136	26,246	23,542	21,793	20,465	19,369	18,418	17,565	16,780	16
17	40,790	35,718	33,409	30,995	30,191	29,523	28,445	27,587	24,769	22,977	21,615	20,489	19,511	18,633	17,824	17
18	42,312	37,156	34,805	32,346	31,526	30,845	29,745	28,869	25,989	24,155	22,760	21,605	20,601	19,699	18,868	18
19	43,820	38,582	36,191	33,687	32,852	32,158	31,037	30,144	27,204	25,329	23,900	22,718	21,689	20,764	19,910	19
20	45,315	39,997	37,566	35,020	34,170	33,462	32,321	31,410	28,412	26,498	25,038	23,828	22,775	21,826	20,931	20
21	46,797	41,401	38,932	36,343	35,479	34,759	33,597	32,671	29,615	27,662	26,171	24,935	23,858	22,888	21,991	21
22	48,268	42,796	40,289	37,659	36,781	36,049	34,867	33,924	30,813	28,822	27,301	26,039	24,939	23,947	23,031	22
23	49,729	44,181	41,638	38,968	38,076	37,332	36,131	35,172	32,007	29,978	28,429	27,141	26,018	25,006	24,069	23
24	51,179	45,559	42,980	40,270	39,364	38,609	37,389	36,415	33,196	31,132	29,553	28,241	27,096	26,063	25,106	24
25	52,620	46,928	44,314	41,566	40,646	39,880	38,642	37,652	34,382	32,322	30,675	29,339	28,172	27,118	26,143	25
26	54,052	48,290	45,642	42,856	41,923	41,146	39,889	38,885	35,563	33,429	31,795	30,425	29,246	28,173	27,179	26
27	55,476	49,645	46,953	44,140	43,195	42,407	41,132	40,113	36,743	34,574	32,912	31,528	30,319	29,227	28,214	27
28	56,892	50,993	48,278	45,419	44,461	43,662	42,370	41,337	37,916	35,715	34,027	32,620	31,391	30,279	29,249	28
29	58,301	52,336	49,588	46,693	45,722	44,913	43,604	42,557	39,087	36,854	35,139	33,711	32,461	31,331	30,283	29
30	59,703	53,672	50,892	47,962	46,979	46,160	44,834	43,773	40,256	37,990	36,250	34,900	33,530	32,382	31,316	30
31	61,098	55,003	52,191	49,226	48,232	47,402	46,059	44,985	41,422	39,124	37,359	35,887	34,598	33,431	32,349	31
32	62,487	56,328	53,486	50,487	49,490	48,641	47,282	46,194	42,585	40,256	38,466	36,973	35,665	34,480	33,381	32
33	63,870	57,648	54,776	51,743	50,725	49,876	48,500	47,403	43,745	41,386	39,572	38,058	36,731	35,529	34,413	33
34	65,247	58,964	56,064	52,995	51,966	51,107	49,716	48,602	44,903	42,514	40,676	39,141	37,795	36,576	35,444	34
35	66,619	60,275	57,342	54,244	53,203	52,335	50,928	49,802	46,059	43,640	41,778	40,223	38,859	37,623	36,475	35
40	73,402	66,766	63,681	60,436	59,342	58,428	56,946	55,758	51,805	49,244	47,269	45,616	44,145	42,468	41,622	40
60	99,607	91,952	88,379	84,580	83,298	82,225	80,482	79,082	74,397	71,341	68,972	66,961	65,227	63,426	62,135	60
80	124,839	116,321	112,329	108,069	106,629	105,422	103,459	101,879	96,578	93,106	90,405	88,130	86,120	84,294	82,566	80
90	137,208	128,299	124,116	119,648	118,136	116,969	114,806	113,145	107,565	103,904	101,054	98,650	96,524	94,581	92,761	90
100	149,849	140,169	135,887	131,142	129,561	128,237	126,079	124,342	118,488	114,659	111,667	109,141	106,906	104,862	102,946	100
120	173,617	163,648	158,950	153,918	152,211	150,780	148,447	146,567	140,233	136,062	132,806	130,055	127,616	125,383	123,289	120
140	197,451	186,847	181,848	176,471	174,648	173,118	170,624	168,613	161,827	157,352	153,854	150,894	148,269	145,863	143,604	140

Fuente: SPSS versión 22

Tabla 11 Edad en años cumplidos

Estadísticos

Edad en años cumplidos
(agrupado)

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		3.29
Moda		2
Percentiles	25	2.00
	50	3.00
	75	5.00

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Edad en años cumplidos (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 9-19	6	10.2	10.2	10.2
20-29	19	32.2	32.2	42.4
30-39	11	18.6	18.6	61.0
40-49	6	10.2	10.2	71.2
50-59	11	18.6	18.6	89.8
60-69	4	6.8	6.8	96.6
70-79	2	3.4	3.4	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Tabla 12 Nivel académico

Estadísticos

Nivel académico

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		2.08
Moda		2
Percentiles	25	1.00
	50	2.00
	75	3.00

Nivel académico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Iletrada	17	28.8	28.8	28.8
Primaria	21	35.6	35.6	64.4
Secundaria	20	33.9	33.9	98.3
Profesional	1	1.7	1.7	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Tabla 13 Ocupación u oficio

Estadísticos

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Ocupación u oficio

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.10
Moda		1
Percentiles	25	1.00
	50	1.00
	75	1.00

Ocupación u oficio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	55	93.2	93.2	93.2
	Profesional	2	3.4	3.4	96.6
	Otros	2	3.4	3.4	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Tabla 14 Lugar de origen

Estadísticos

Lugar de origen

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.14
Moda		1
Percentiles	25	1.00
	50	1.00
	75	1.00

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Lugar de origen

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	51	86.4	86.4	86.4
	Urbano	8	13.6	13.6	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión

Tabla 15 Consumo de tabaco

Estadísticos

Consumo de tabaco

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.88
Moda		2
Percentiles	25	2.00
	50	2.00
	75	2.00

Consumo de tabaco

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	11.9	11.9	11.9
	No	52	88.1	88.1	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 16 Menarquia

Estadísticos		
Menarquia		
N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.69
Moda		2
Percentiles	25	1.00
	50	2.00
	75	2.00

Menarquia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor de 12 años	18	30.5	30.5	30.5
	13-16años	41	69.5	69.5	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Tabla 17 Inicio de vida sexual activa

Estadísticos		
Inicio de vida sexual activa		
N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.97
Moda		2
Percentiles	25	2.00
	50	2.00
	75	2.00

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Inicio de vida sexual activa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Menor de 12 años	2	3.4	3.4	3.4
13-16 años	57	96.6	96.6	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Tabla 18 Anticonceptivos orales

Estadísticos

Uso de anticonceptivos orales

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.95
Moda		2
Percentiles	25	1.00
	50	2.00
	75	3.00

Uso de anticonceptivos orales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	19	32.2	32.2	32.2
No	24	40.7	40.7	72.9
No Aplica	16	27.1	27.1	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 19 Multiparidad de la población a estudio

Estadísticos

Multiparidad de la población a estudio

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		3.92
Moda		6
Percentiles	25	2.00
	50	4.00
	75	6.00

Multiparidad de la población a estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nulípara	6	10.2	10.2	10.2
	Primigesta	11	18.6	18.6	28.8
	Bigesta	11	18.6	18.6	47.5
	Trigesta	4	6.8	6.8	54.2
	Multigesta	8	13.6	13.6	67.8
	Gran - multigesta	19	32.2	32.2	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 20 Infección de transmisión sexual

Estadísticos

Infección de transmisión sexual

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		7.12
Moda		8
Percentiles	25	7.00
	50	8.00
	75	8.00

Infección de transmisión sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inflamación pélvica más Vaginosis	9	15.3	15.3	15.3
	VPH más Inflamación pélvica	2	3.4	3.4	18.6
	Candidiasis más EPI	8	13.6	13.6	32.2
	Inflamación Pélvica	26	44.1	44.1	76.3
	VPH	5	8.5	8.5	84.7
	Vaginosis más Candidiasis	1	1.7	1.7	86.4
	Ninguna	8	13.6	13.6	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 21 Realización de la prueba

Estadísticos

Realización de la prueba

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		1.56
Moda		2
Percentiles	25	1.00
	50	2.00
	75	2.00

Realización de la prueba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primera vez	26	44.1	44.1	44.1
	Subsecuente	33	55.9	55.9	100.0
Total		59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Tabla 22 Tipo de lesiones encontradas

Tipo de lesiones encontradas

N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		2.63
Moda		3
Percentiles	25	2.00
	50	3.00
	75	3.00

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tipo de lesiones encontradas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ASC-US	13	22.0	22.0	22.0
ASC-H	2	3.4	3.4	25.4
LIEBG	38	64.4	64.4	89.8
LIEAG	6	10.2	10.2	100.0
Total	59	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de indicadores y programa spss versión 22

Correlación N° 1.

Tabla 23 Correlación entre infección de transmisión sexual y tipo de lesiones encontradas

			Infección de transmisión sexual	Tipo de lesiones encontradas	
Rho de Spearman	Infección de transmisión sexual	Coeficiente de correlación		1.000	-.133
		Sig. (bilateral)		.	.316
		Simulación de muestreo ^{bk}	Sesgo	.000	-.005
			Error estándar	.000	.113
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior	1.000	-.391
			Superior	1.000	.100
		Tipo de lesiones encontradas		Coeficiente de correlación	
Sig. (bilateral)				.316	.
Simulación de muestreo ^{bk}	Sesgo			-.005	.000
	Error estándar			.113	.000
Intervalo de confianza a 95%	Inferior			-.391	1.000
	Superior			.100	1.000

a. \$bootstrap_split=0 :N por lista = 59

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Correlación N° 2.

Tabla 24 Correlación entre lesiones encontradas y lugar de origen

			Tipo de lesiones encontradas	Lugar de origen	
Rho de Spearman	Tipo de lesiones encontradas	Coeficiente de correlación	1.000	.010	
		Sig. (bilateral)	.	.938	
		Simulación de muestreo ^{bk}	Sesgo	.000	.003
			Error estándar	.000	.122
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior	1.000	-.241
			Superior	1.000	.342
		Lugar de origen	Lugar de origen	Coeficiente de correlación	.010
Sig. (bilateral)	.938			.	
Simulación de muestreo ^{bk}	Sesgo			.003	.000
	Error estándar			.122	.000
Intervalo de confianza a 95%	Inferior			-.241	1.000
	Superior			.342	1.000

a. \$bootstrap_split=0 :N por lista = 59

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Correlación N° 3.

Tabla 25 Correlación entre edad uy nivel académico

		Edad en años cumplidos (agrupado)	Nivel académico
Rho de Spearman	Edad en años cumplidos	Coeficiente de correlación	
		1.000	-
		Sig. (bilateral)	
		.	.534**
	Simulación de muestreo ^{bk}	Sesgo	
		.000	-.005
	Error estándar		
		.000	.099
	Intervalo de confianza a 95%	Inferior Superior	1.000
		1.000	-.729
			1.000
			-.359
Nivel académico		Coeficiente de correlación	
		-	1.000
		Sig. (bilateral)	
		.534**	.
	Simulación de muestreo ^{bk}	Sesgo	
		-.005	.000
	Error estándar		
		.099	.000
	Intervalo de confianza a 95%	Inferior Superior	1.000
		1.000	-.729
			1.000
			-.359

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. \$bootstrap_split=0 :N por lista = 59

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Tabla 26 Resumen de procesamiento de datos para hipótesis

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipo de lesiones encontradas * Infección de transmisión sexual	59	100.0%	0	0.0%	59	100.0%

Fuente: SPSS versión 22

Tabla 27 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.910 ^a	18	.852
Razón de verosimilitud	13.977	18	.731
Asociación lineal por lineal	.837	1	.360
N de casos válidos	59		

Fuente: SPSS versión 22

Comportamiento de las Lesiones premalignas del cérvix

Ilustración 5 Centro de Salud Adolfo Largaespada

