



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**  
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA  
GENERAL**

**“Caracterización de Lesiones cervicouterina en pacientes atendidas en el centro de salud  
Palmira, Granada, 2020-2021”**

**Autores:**

**Br: Víctor Manuel López Hernández**

**Br: Sandra Mireya Zúniga Cordero**

**Tutor:**

**Dr. Douglas Montenegro Moreno**

**MSc. Epidemiología**

**Docente-Investigador**

**UNAN-Managua**

**Granada, Noviembre 2022**

## **DEDICATORIA**

A mi Mamá, mi hijo, mi esposa y mis hermanos, por ser el pilar fundamental para lograr culminar esta etapa de mi carrera y mi vida profesional. ***Br. Víctor López.***

A mis padres que han sido mi principal apoyo y a mi hijo que ha sido mi principal motor para salir adelante. ***Bra. Sandra Zúniga.***

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, mi Mamá, mi esposa y mi familia por el apoyo que me brindaron. ***Br. Víctor López***

A Dios y la Virgencita por llenarme de sabiduría, a mis padres por su apoyo incondicional y siempre motivarme a salir adelante, a mi hijo que a su corta edad ha sido fundamental para llenarme de motivación y fuerzas para conseguir mis metas. ***Bra. Sandra Zúniga.***

## **OPINIÓN DEL TUTOR**

El presente estudio titulado “**Caracterización de Lesiones cervicouterina en pacientes atendidas en el centro de salud Palmira, Granada, 2020-2021**”. Elaborado por **Br. Víctor Manuel López Hernández y Bra. Sandra Mireya Zúniga Cordero**, es de relevancia ya que el Ministerio de Salud ha puesto a la disposición el control oportuno de las lesiones intraepiteliales de cérvix uterino mediante el tamizaje con el PAP para así evitar complicaciones y disminuir la morbimortalidad por estas causas.

Gracias a Nuestro Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional que a través del Ministerio de Salud pone a disposición los medios tecnológicos y de control principalmente para las lesiones Cervicouterinas de ahí la gran relevancia de la investigación realizada

Felicito a los Doctores López y Zúniga, Por el logro alcanzado con la culminación de la presente Monográfica, superando las adversidades que se le presentaron durante el proceso de formación académica y el servicio social así mismo por la dedicación y empeño demostrado en la ejecución del estudio, un trabajo lleno de esfuerzo y mucha calidad, aprovecho para instarlos en la superación académica y administrativa.

---

**Dr. Douglas Alberto Montenegro Moreno**

**MSc. Epidemiología**

**Docente- Investigador**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**UNAN-Managua**

## RESUMEN

### *Caracterización de Lesiones cervicouterina en pacientes atendidas en el centro de salud Palmira, Granada, 2020-2021*

Las lesiones Intraepiteliales son las precursoras del cáncer cervical y la infección por el virus del Papiloma humano (VPH) es el factor de riesgo más importante para su desarrollo. El Cáncer Cervicouterino (CaCu) constituye un problema de salud pública a nivel mundial ocupando el cuarto lugar de incidencia en países desarrollados, después del cáncer de mamas. En países de bajo y medios ingresos ocupa el primer lugar con una alta incidencia y letalidad a pesar de que este tipo de cáncer se puede prevenir. En Nicaragua, es un tema de estímulo para la investigación del personal de salud para conocer la calidad de los estudios que se brindan a la población. Con una muestra de 369 PAP positivos, Dentro de los resultados destacan las pacientes en edad de 30- 49 años con 42.27% (156), en procedencia, sector urbano con 68.5% (253), en escolaridad primaria 68.5% (253), según estado civil solteras con 44.9% (166), según ocupación amas de casa con 34.1% (34.1). Su inicio de vida sexual antes de los 25 años con 58.8% (217), con números de parejas mayor a 3 con 64.2% (297), gran multigestas 28.1% (104), la vía del parto por cesárea con 65.4% (241), encontramos embarazadas con PAP alterados en el 1er trimestre de gestación con 1.08% (4), 2do trimestre de gestación 05% (2) y 3er trimestre de gestación 0.2% (1). De 369 PAP positivos, 55% (198) se corresponden a lesiones de bajo grado (LEIBG), 35.7 (132) células escamosas atípicas (ASC-US). 4.8% (18) células escamosas anormales (ASCH-H), 4.3% (16) Lesiones de Alto grado (LEIAG), 1.8% (4) Atipia Glandular, 0.2% (1) Atipia de células glandulares de significado indeterminado (NOS). Se concluye que las lesiones cervicouterinas en mujeres que acuden al Centro de salud Palmira del municipio de Granada, corresponden con lesiones de bajo grado (LEIBG) 55% (198).

Palabras Claves: **Lesiones Cérvico uterinas, Neoplasias, Centro de Salud Palmira**

## Índice

<b>DEDICATORIA</b> .....	
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	
<b>OPINIÓN DEL TUTOR</b> .....	
<b>RESUMEN</b> .....	
<b>CAPITULO I: GENERALIDADES</b> .....	1
1.1    Introducción .....	1
1.2    Antecedentes .....	3
1.3    Justificación .....	7
1.4    Planteamiento del problema .....	8
1.5    Objetivos .....	9
1.5.1    Objetivo general .....	9
1.5.2    Objetivos Específico .....	9
1.6    Marco Teórico .....	10
1.6.1    Citología Cervical: .....	10
1.6.1.1    Concepto .....	10
1.6.1.2    Epidemiología .....	10
1.6.1.3    Etiología .....	10
1.6.1.4    Factores de riesgo .....	11
1.6.1.5    Diagnóstico .....	12
1.6.1.5.2    Tamizaje con Citología Cervical o Papanicolaou .....	12
1.6.1.5.2.1    Informe de los resultados de la citología cervical .....	13
Citología anormal en el Embarazo .....	15
1.6.4.3    Cáncer cervicouterino y embarazo .....	16
1.6.4.5    Estudios de extensión: .....	17
1.6.4.6    Tratamiento del cáncer del cuello uterino .....	18
<b>CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	22
2.1    Tipo de estudio .....	22
2.2    Área de estudio .....	22
2.3    Universo .....	22
2.4    Muestra .....	22
2.6    Criterios de inclusión .....	22
2.7    Criterios de exclusión .....	22

2.8	Enunciado de las variables por objetivos .....	23
2.9	Operacionalización de las Variables .....	24
2.10	Aspectos Éticos.....	27
<b>CAPITULO III: DESARROLLO .....</b>		<b>28</b>
3.1	Resultados.....	28
3.1	Análisis de los resultados .....	30
3.3	Conclusiones.....	32
4.4	Recomendaciones .....	33
<b>CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA .....</b>		<b>34</b>
4.1	Bibliografía .....	34
<b>CAPITULO V: ANEXOS.....</b>		<b>36</b>
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información .....		36
Anexo 2. Tablas y gráficos .....		37

## **CAPITULO I: GENERALIDADES**

### **1.1 Introducción**

En Nicaragua el Ministerio de Salud regula y provee servicios de salud de calidad en el marco de la Política Nacional de Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFIC), ha orientado fortalecer los servicios de atención a la mujer, prevención, detección temprana, diagnóstico precoz, manejo oportuno y seguimiento de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino en todos los establecimientos de salud, a través de la Dirección General de Servicios de Salud. (Norma para la prevención y abordaje del cáncer Cervicouterino (N-169), 2021)

Las lesiones Intraepiteliales son las precursoras del cáncer cervical y la infección por el virus del Papiloma humano (VPH) es el factor de riesgo más importante para su desarrollo. ([http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/02-02-07](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/02-02-07), 2020)

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) constituye un problema de salud pública a nivel mundial ocupando el cuarto lugar de incidencia en países desarrollados, después del cáncer de mamas. En países de bajo y medios ingresos ocupa el primer lugar con una alta incidencia y letalidad a pesar de que este tipo de cáncer se puede prevenir. (Norma para la prevención y abordaje del cáncer Cervicouterino (N-169), 2021)

En Nicaragua, la tasa estandarizada de mortalidad por este tipo de cáncer pasó de 20 a 13 casos por cada 100,000 mujeres en el periodo 2006-2019 según datos de la División de Estadística del Ministerio de Salud (DES-MINSA)

La detección precoz y oportuna mediante la toma adecuada y periódica del frotis de papanicolaou en el primer nivel de atención ha logrado detectar displasia y cáncer cervical preinvasivo con presencia de células anormales o lesiones precursoras, lo que permite tratar tempranamente esta patología; y así disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer invasivo planteando estrategias y promoción de estilo de vida saludable, así como el aseguramiento del acceso de servicio de salud sexual y reproductiva. . (Medina Villaseñor & Martínez Macías, 2009).

Actualmente, la colposcopia es una técnica diagnóstica clínica que está siendo utilizada en el complemento de información por el papanicolaou, incrementándose la detección de displasia y



cáncer cervical preinvasivo lo que permite brindar un diagnóstico histológico más exacto, así como la extensión de la lesión. (Paola, 1998).

Anteriormente, el tratamiento de las lesiones intraepiteliales a nivel del cérvix era igual a la histerectomía ya que no se contaba con otro estudio fiable para el tratamiento sin que fuera tan radical, no obstante, con el advenimiento del estudio colposcópico, se dieron a conocer una diversidad de tratamientos más conservadores en lugar de tratamientos tan radicales conocidos hasta el momento. Entre los principales procedimientos conservadores para el tratamiento de las lesiones cervicales se encuentra el cono biopsia como el procedimiento diagnóstico y se observó que al mismo tiempo servía como terapéutico, siempre que incluyera toda la lesión; otros procedimientos son: la criocirugía, que tiene el inconveniente de no proporcionar muestra para estudios histopatológicos, y la electrocoagulación con láser, que tampoco ofrece muestra para estudio histopatológico.

Dado que los factores de riesgos están altamente ligados con la aparición de Lesiones cérvico uterinas, se pretende caracterizar a las mujeres con lesiones cérvico uterinas atendidas en el centro de salud palmira del municipio de granada durante 2020-2021

## 1.2 Antecedentes

### En Latinoamérica:

**Loja, Ecuador (Vicente, 2017)** “Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el mercado Pequeño Productor de Loja” cuyo universo fue de 184 mujeres, la muestra constó de 75 mujeres se encontraron como factores de riesgo: múltiples parejas sexuales de 1 a 3 parejas sexuales con el 99%; Inicio temprano de su primera relación sexual en las edades de 13 a 18 años con un 75%; numerosos hijos de 1 a 3 hijos con el 72%; enfermedades de transmisión sexual 40%; coitorragia con un 27%.

**Perú (Cordero & García, 2015):** En su investigación: “Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino”. Con una población de 500 pacientes para los casos y 500 mujeres con citología negativa para los controles. Concluye que, los antecedentes de ITS, los antecedentes obstétricos, el uso de anticoncepción oral y la susceptibilidad genética tienen importante relación con las citologías cervicales.

**México (Gaytán, Rodríguez, & Solorio, 2014)** en su estudio llamado “Perfil sexual de las mujeres con citología cervical alterada de una unidad de primer nivel” Se estudiaron mujeres que acudieron para detección citológica de tumor maligno del cuello uterino a la unidad mencionada. El número de casos incluidos en el estudio fue de 299 mujeres con una edad media de 46.02 años y una mediana de  $40 \pm 14.03$  años. La edad modal fue de 29 años. La edad promedio al primer embarazo fue de 20.23 años. En esta categoría, el grupo de 15 a 19 años concentró 70.33 % de las edades. Se encontró que el promedio de la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18.73 años, con una mediana de 18 años, y que las edades desplegadas de 17 y 18 años concentraron 13.40 y 15.69 % de los casos.

**México (Galván Meléndez & al, 2013)** se presentó un estudio “Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado”. En el estudio participaron un total de 126 pacientes con un rango de edades de 25 a 59 años, entre los principales factores de riesgo IVSA a los 18 años y tener más de 1 compañero sexual en la vida.

**México (del Villar García, y otros, 2013)** “Correlación diagnóstica entre la colposcopia y la citología en lesiones del cuello uterino”. En este estudio se concluyó que la población en riesgo se encuentra en los rangos de edades 25-64 años en un 94%, la edad de inicio de la vida sexual activa se encuentra presente como factor de riesgo en el 28.6%, antecedentes de ETS 7,2%, la presencia de VPH 8.24%, en relación al número de parejas sexuales predominó 60.99% (más de una pareja), el uso de tabaquismo 4.4%, los resultados de citología fue 100% satisfactoria en cambio 62.1% de las colposcopias fueron satisfactorias.

### **En Centroamérica:**

**Honduras (Meléndez, 2014)** “Caracterización de la vigilancia de la salud de la población con displasia y cáncer cérvico uterino en el municipio de Olanchito, Yoro 2005-2006”. Abarcando una población de 76 mujeres diagnosticadas con diferentes grados de displasia y Cáncer Cérvico Uterino. Los factores de riesgo más significativos para padecer Cáncer Cérvico Uterino fueron: la edad entre 30 – 39 años, primaria incompleta, residentes en el área rural, amas de casa, inicio de la vida sexual antes de los 20 años, nivel socioeconómico bajo y multiparidad (más de 4 hijos)

**Guatemala (Cardona, González, Ramos, Ruíz, & Cheng, 2010)** “Factores de riesgo relacionado a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural”. Las muestras fueron tomadas a través de técnica de Papanicolaou y analizadas por citotecnólogo y corroboradas por patólogo del Hospital Roosevelt. Se definió como caso a las pacientes con diagnóstico de: NIC I, II Y III. Las mujeres indígenas presentaron 3 veces más probabilidad de padecer displasia de cérvix, que las no indígenas; y las mujeres del grupo  $\geq 31$  años presentaron 4 veces mayor probabilidad de padecer lesión displásica de cérvix, que las del grupo  $\leq 30$  años. El tipo de displasia más frecuente fue Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I (NIC I).

**Salvador (Cedillo & Armero, 2004)** en un estudio con una muestra de 163 pacientes con diagnóstico histológico de lesiones premalignas y malignas de cérvix de primera vez se encontró que los rasgos de edades es de 30 a 59 años, predominaron las pacientes de área urbana, 45% de las pacientes mantienen unión libre, la presencia de VPH se manifestó en 2% de la población, la multi paridad presentó un 82% de las mujeres en estudio, 83% de las pacientes presentaron su primer coito en la adolescencia, la lesión más frecuente fue la displasia leve.

## **En Nicaragua:**

**(Sequeira Sequeira, 2017)** “Correlación cito- histológica de pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de alto grado atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque enero 2015- octubre 2016.” Se aportó que la edad de las pacientes en estudio se encontró en los rangos de 35-49 en un 48.5%, 72.2 procedían de área urbana, el mayor nivel de educación fue primaria en un 35.5% y un 92.9% iniciaron vida sexual activa ante de los 20 años, se encontró una correlación cito- histológica de un 45.5%.

**(Reyes & Reyes, 2015)** En el estudio “ Factores Conductuales y reproductivos relacionados al riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, Centro de Salud Roberto Cortez, Octubre- 2015.” De acuerdo a los factores de riesgo conductuales, la mayoría de las pacientes iniciaron vida sexual activa a temprana edad, una cantidad significativa tienen más de 2 parejas sexuales, no usan preservativo durante las relaciones a pesar de saber que no hay fidelidad entre sus parejas, un alto porcentaje no se realizan el PAP en el periodo necesario aun teniendo resultados alterados. El método anticonceptivo más utilizado son los inyectables y los usan por más de 1 año consecutivamente.

**(Cajina C. ,2011)**, “Incidencia del cáncer cervicouterino. Hospital Bertha Calderón Roque, durante el II semestre del año 2011”. Se decidió tomar muestra no probabilística, representativa del 10% de los expedientes clínicas, lográndose una muestra de 47 pacientes. Según los estadios del CACU en las pacientes el 6.4 % con NIC I, 27.7 % NIC II, 57.4 % NIC III y 8.5 % NIC IV, las edades más afectadas con todos los tipos de estadios son las mayores de 50 años. El 48.9 % ingresa con un NIC IIB.

**(Toruño Karla, 2010)**, estudio realizado en el centro de salud Leonel Rugama en el departamento de Estelí, el cual pretende correlacionar las lesiones citológicas e histopatológicas de lesiones citológicas e histopatológicas de lesiones pre malignas de cérvix revela que de 112 pacientes estudiadas la gran mayoría eran mujeres con IVSA a temprana edad entre 16 y 19 años con el 56.2%, en su gran mayoría presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEAG) con el 85.8% y lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG) con el 14.2%, este estudio también expresa la clasificación de las lesiones mediante PAP confirmadas por biopsia , las cuales correspondieron

mayormente a lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) con un 85.8% el diagnóstico por PAP y el 86.0% confirmado por biopsia, este estudio reveló 3 ASCUS diagnosticados por PAP, de los cuales ninguno fue confirmado por biopsia, el mayor porcentaje de confirmación fue con NIC I con el 78.9%, seguido por el Correlación VPH con el 71.7% , concluyendo que un poco más de la tercera parte de diagnóstico de NIC I y VPH se confirmaron por biopsia y que la mitad de las lesiones diagnosticadas por PAP corresponden al VPH.

**(Zamora & Cols, 2016)** En un estudio de correlación historiográfica y colposcopia en pacientes en transición a la menopausia Sánchez-Zamora & cols; 2016; Se estudiaron 119 pacientes y se encontró que el 72% de las citologías fueron negativas para lesión VPH, 29 (24%) tenían una lesión de bajo grado y 4 citologías (4%) lesiones de alto grado, en el estudio colposcópico se reportó LIEBG en 31(26%) y LIEAG 2 (2%); el informe histopatológico reportó 1 caso (2.43%) de cáncer invasor cervical y 20 casos de lesiones de bajo grado (48.7%). La citología tuvo una sensibilidad del 85.3% y especificidad del 56.09%, con una tasa de falsos negativos de 14.3%, un VPP de 66.03% y un VPN de 79.31%; la colposcopia, sensibilidad del 82.92% especificidad del 56%, con una tasa de falsos negativos de 17.07%, con un VPP de 65.38% y un VPN de 76.66%.

### **1.3 Justificación**

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna, que se caracteriza por una marcada atipia celular con alteraciones de la relación núcleo citoplasma, pleomorfismo, anaplasia, crecimiento celular desordenado y autónomo, así como invasión del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia.

La compilación más reciente de los datos mundiales indica que todos los años se producen unos 466 mil nuevos casos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo. Casi el 80 % de los casos se produce en los países en desarrollo, donde los programas de tamizaje no están bien arraigados o son poco eficientes. En los países en desarrollo la influencia del cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar, detrás del cáncer de mama, y es la principal causa de fallecimientos, debidos al cáncer en las mujeres.

Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvico uterino más alta de todos los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense.

Debemos hacer hincapié de que, hubo un permanente y sostenido incremento de la incidencia de LIEAG en nuestro medio. Este aumento podría ser debido a la asociación de lesiones intraepiteliales y VPH.

La aparición de lesiones iniciales en edades más tempranas, han obligado también, a modificar la conducta terapéutica: tratamiento destructivo local y escisional. Por lo tanto, si los métodos diagnósticos han evolucionado a mejoría según el tiempo, el manejo y pronóstico de la paciente debe seguir el mismo trayecto evolutivo, por lo tanto, consideramos importante estudiar la manera en que se ha manejado dichas pacientes en nuestro servicio.

Por medio del presente estudio podremos observar el comportamiento de las mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix, realizando correlación con factores de riesgos y resultados de los estudios que se realizan en nuestra institución, de manera que favorece la prevención de los factores de riesgo predictivos para estas patologías.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

Conociendo que la neoplasia intraepitelial de cérvix es una patología que está ocupando los primeros lugares en las morbimortalidades de las mujeres en el mundo y en Nicaragua, se observa cada vez en edades más temprana es un tema de estímulo para la investigación del personal de salud para conocer la calidad de los estudios que se brindan a la población.

Para el cáncer cérvico uterino el factor de riesgo más importante es la infección del cuello uterino por el Virus Papiloma Humano o VPH, que se ha reportado con una prevalencia de 50% a 80% en mujeres sexualmente activas, convirtiéndose en la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial, ya que en el 80% de mujeres y hombres sexualmente activos existe en algún momento de sus vidas.

En el centro de salud palmira del municipio de Granada se observa un significativo número de pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales en mujeres con vida sexual activa, por lo que su detección temprana nos puede ayudar a iniciar el manejo terapéutico adecuado y evitar complicaciones.

Por lo antes mencionado hemos planteado la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son las características de las mujeres se realizaron PAP y presentaron algún tipo de lesión pre cancerosa en Palmira del municipio de Granada, durante 2020-2021?**

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

- Determinar las características de las Pacientes con Lesiones Cervicouterinas atendidas en centro de salud palmira en el municipio de granada durante 2020-2021

### **1.5.2 Objetivos Específico**

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Indagar sobre los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes en estudio.
3. Presentar resultados de Papanicolaou en pacientes en estudio.
4. Determinar manejo a pacientes según recomendaciones de patología.



## **1.6 Marco Teórico**

### **1.6.1 Citología Cervical:**

#### ***1.6.1.1 Concepto***

Es la toma de muestra de células del exocérvix y del endocérvix en la zona de transformación que se extienden en una porta objeto, son fijadas y sometidas a una tinción conocida como Papanicolaou para hacer una valoración morfológica de las células y establecer un diagnóstico presuntivo. (Norma para la prevención y abordaje del cáncer Cervico uterino (N-169), 2021)

#### ***1.6.1.2 Epidemiología***

La Organización Mundial de la Salud se ha preocupado en detener la epidemia de cáncer cérvico uterino en el mundo ya que es el segundo cáncer como causa de muerte en la población femenina. A nivel mundial, en el año 2005, fue responsable de más de 250, 000 muertes de las cuales cerca de 80% siguen ocurriendo en países en desarrollo. En ese mismo año se diagnosticaron medio millón de casos nuevos de cáncer cérvico uterino. (Paho, s.f.)

En Nicaragua, la tasa estandarizada de mortalidad por este tipo de cáncer pasó de 20 a 13 casos por cada 100,000 mujeres en el periodo 2006-2019 según datos de la División de Estadística del Ministerio de Salud (DES-MINSA). (Norma para la prevención y abordaje del cáncer Cervico uterino (N-169), 2021)

#### ***1.6.1.3 Etiología***

La causa subyacente de cáncer cérvico uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el cual se transmite por contacto piel con piel y en este caso obviamente es la sexual. (Paho, s.f.)

Las evidencias de esta asociación están basadas en estudios epidemiológicos y de biología molecular que han demostrado los siguientes aspectos:

- Prevalencia de ADN del VPH en más de 90% de las lesiones pre invasoras y del 99.9% en las invasoras.
- Presencia de actividad de transcripción del VPH en los cánceres cervicales.

- Presencia de oncogenes del VPH (VPH-E6 y VPH-E7) que median la transformación maligna.

En la actualidad existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales alrededor de 30 son considerados de riesgo para cáncer cérvico uterino y pueden subclasificarse como de alto, moderado y bajo riesgo.<sup>5</sup>

Alto riesgo	16,18,31,33,35, 39, 45,51,52,56, 58,59,68,73 y 82.
Moderado riesgo	26, 53 y 66.
Bajo riesgo	6, 11, 40,42, 43, 44,54, 61, 70,72 y 81.

El cáncer cérvico uterino se desarrolla a partir de lesiones precursoras preinvasoras, también conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI). Estas lesiones se dividen en tres grados de 1 a 3 según la gravedad de la alteración en la diferenciación epitelial.

Las LEI se dividen en: 1, 4, 5, 6, 9, 10

- Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado. (Estas lesiones incluyen a la displasia leve y a la NIC1).
- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. (Que corresponde a las lesiones conocidas como displasias moderada, grave y cáncer *in situ* y a las NIC 2 y 3).

Alrededor del 85 % de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas y un 15% son adenocarcinomas, en ambos tipos está involucrado el VPH. Hoy en día se ha demostrado que el tiempo de evolución de una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado al cáncer de células escamosas es alrededor de 15 - 20 años aproximadamente. (Paho, s.f.)

#### **1.6.1.4 Factores de riesgo**

Mujeres de 25 más años de edad.

Inicio de relaciones sexuales (antes de los 18 años).

Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer).

Antecedente de infecciones de transmisión sexual.

Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.

Tabaquismo.

Desnutrición.

Deficiencia de antioxidantes (vitamina C y E).

Pacientes con inmuno deficiencia (VIH).

Nunca haberse practicado un test de detección temprana (Papanicolaou).

#### ***1.6.1.5 Diagnóstico***

La citología cervical será siempre el método de predilección para tamizaje de cáncer cervicouterino.

##### **1.6.1.5.1 Tamizaje con prueba ADN del VPH**

El tamizaje con pruebas de detección ADN del VPH se podrá realizar a través de los diferentes establecimientos prestadores de servicios de salud, según su disponibilidad y capacidad para ofrecer este tipo de prueba.

La oferta se hará a mujeres que ya han iniciado vida sexual, previa consejería para sus dos modalidades: auto-toma (muestra vaginal) y toma por personal de salud (muestra cervical o vaginal) con énfasis en:

- Mujeres de 30 a 59 años. (Recomendación Firme)
- Mujeres que nunca se han realizado Papanicolaou o IVAA.
- Mujeres que su último tamizaje con Papanicolaou o IVAA fue hace 3 años o más.

##### **1.6.1.5.2 Tamizaje con Citología Cervical o Papanicolaou**

La citología cervical es el método de elección para el tamizaje de cáncer cervicouterino, se ofertará a las mujeres de 15 a 99 años que hayan iniciado su vida sexual, con énfasis:

1. Priorizando al grupo etario de 25 a 64 años de edad. (Nivel de Recomendación A).
2. Mujeres que nunca han sido tamizadas.

3. Mujeres en el rango de 30 a 45 años y su último tamizaje fue hace tres años o más.
4. Mujeres portadoras de VIH o inmunocomprometidas.
5. Mujeres con factores de riesgo para cáncer del cuello uterino.

#### **1.6.1.5.2.1 Informe de los resultados de la citología cervical**

Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes. Para los reportes se utilizará la nomenclatura del sistema Bethesda 2014; en caso de que la paciente no llegue a su resultado, realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Conducta a seguir según los resultados de citología cervical.

- Cuando el reporte de la citología es **NO HAY EVIDENCIA DE LESIÓN INTRAEPITELIAL Y DE CÉLULAS MALIGNAS**, el establecimiento de salud le hará entrega del mismo, brindando consejería, es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas de acuerdo a la frecuencia de toma de citología por rango de edad definidos en el inciso de procedimientos de la presente normativa.
- Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como **INSATISFACTORIA** deberá repetirse la muestra en 3 meses.
- Si la citología reporta **NO HAY EVIDENCIA DE LESIÓN INTRAEPITELIAL Y DE CÉLULAS MALIGNAS**, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales /Zona de Transformación, se decidirá si se repite la citología en 12 meses o a los 3 años, si no tiene antecedentes de lesión.
- Si la citología reporta **NO HAY EVIDENCIA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS**, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales/Zona de Transformación, se repetirá la citología en un período no menor de 3 meses si hay antecedentes de lesión.
- Si la citología en mujeres mayores de 25 años reporta **ATIPIA ESCAMOSA (ASC-US) y LIE DE BAJO GRADO** por primera vez, deben ser seguidas con otra citología en 12 meses y si persiste dicha alteración realizar colposcopia. Si se confirma lesión de bajo grado hacer tratamiento ablativo. En caso de ser negativo continuar seguimiento con citología cada 3 años.
- Si la citología en mujeres menores de 25 años reporta **ATIPIA ESCAMOSA (ASC-US) y LIE DE BAJO GRADO** por primera vez, pueden ser seguidas con otra citología en 12 meses

por dos años y si persiste referir a colposcopia, y si se confirma que es una lesión de bajo grado o negativa dar seguimiento cada 3 años con citología. (ver flujogramas de manejo).

- Casos en que la citología reporta alteración como: **ASC-H, AGC Y LIE DE ALTO GRADO, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS**, deben ser referidos para evaluación por el médico ginecólogo/a, quien realizará su evaluación colposcópica y tratamiento según edad (ver flujogramas de manejo).

#### **1.6.1.5.2.2 Diagnóstico Histológico**

Dado que la citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino.

#### **1.6.2 Evaluación colposcópica y biopsia**

Se tomarán biopsias de las lesiones sospechosas dirigidas por colposcopia a pacientes con resultados positivo y sospechoso de IVAA; citología con reportes de ASC-H, AGC, LIE-AG y algunas ASC-US o LIE-BG con co-factores de riesgo. (Nivel de Recomendación A). se deberá incluir legrado endocervical cuando la lesión se introduzca al canal endocervical.

Se realizará el llenado de la ficha del reporte de colposcopia basado en la terminología colposcópica del cuello uterino de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) 2011 y ASCCP2017 (Anexo 3: Recuadro de terminología de colposcopia).

##### **1.6.2.1 Resultado histológico y conducta a seguir:**

Debe de garantizarse el resultado de biopsia en un período no mayor a un mes para informarle y brindarle consejería a la paciente sobre los resultados, alternativas y aplicación de tratamiento.

**NIC 1 o menor (LIEBG):** El tratamiento solo se justifica en pacientes en los que la lesión persiste en un tiempo no menor a 1 año, por lo que se puede realizar citología de control solamente y donde esté disponible realizar prueba de VPH siguiendo la normativa.

**NIC 2 o mayor (LIEAG):** Estas pacientes tienen un riesgo considerable de progresión por lo que es preferible hacer tratamiento, con métodos escisionales de primera elección o bien si se presenta todos los criterios de elección para terapia ablativa realizar esta última.

***Paciente con resultado de biopsia por colposcopia positivo o sospecha de Cáncer referirla al servicio de oncología.***

### **1.6.3 Indicaciones de conización diagnóstica: realizada en hospitales por el ginecobstetra**

- Carcinoma Microinvasor en la biopsia previa.
- LIE-AG y colposcopia insatisfactoria.
- Adenocarcinoma In Situ.
- Discrepancia entre la citología, colposcopia e histología.
- Legrado Endocervical positivo.
- Anormalidad glandular
- Lesión se introduce en el canal
- Carcinoma in situ

#### **1.6.3.1 Modalidades de Tratamiento:**

Una vez confirmado mediante biopsia el diagnóstico de lesiones intraepiteliales cervicales, se realizará consejería para elegir de mutuo acuerdo la decisión terapéutica:

- Seguimiento citológico por dos años (Nivel de Recomendación A).
- Crioterapia o Termocoagulación (tratamiento ablativo), (Nivel de Recomendación A).
- Conización con Asa Diatérmica de LEEP/LEETZ (Nivel de Recomendación C).
- Cono Frío
- Histerectomía
- En caso de identificarse cáncer cervicouterino será referida con sus estudios al siguiente nivel de resolución correspondiente.

***Otra alternativa es “ver y tratar” cuando las condiciones y la lesión lo permitan***

#### **1.6.4 Lesión intraepiteliales y embarazo:**

Citología anormal en el Embarazo

- a) Usuarías embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionada con las Lesiones Intraepitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia.

- b) En general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de cáncer invasor.
- c) De confirmarse la presencia de la lesión se dejará en observación, durante todo el embarazo, en el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es ante la sospecha de cáncer invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación.
- d) Ofrecer el parto vía vaginal y recurriendo a la cesárea sólo si hay indicación obstétrica. Se realiza nueva valoración con colposcopia 12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos (categoría B-II).

#### **1.6.4.1 LIEBG y embarazo**

Paciente sujeta a Observación, sin aplicar tratamiento.

#### **1.6.4.2 LEIAG y embarazo**

Se debe manejar como citología anormal en el embarazo. En el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es ante la sospecha de invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación (Nivel de recomendación B).

#### **1.6.4.3 Cáncer cervicouterino y embarazo**

Por lo complejidad del manejo estas pacientes deben ser referidas al Centro Oncológico de Referencia Nacional (HBCR), donde existe el mayor nivel de resolución,

Todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix durante el embarazo deben ser asesoradas por un equipo multidisciplinario, el cual estará conformado por especialista en ginecología oncológica, neonatología, obstetricia, anestesiología, radioterapia, oncología médica, psico-oncología, ética y la parte legal.

#### **1.6.4.4 Atención Especializada al Cáncer Cervicouterino**

Se debe contar con un equipo multidisciplinario para brindar un manejo integral tanto para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos.

*Confirmación diagnóstica: Se deberá realizar revisión de laminillas y confirmar diagnóstico histológico.*

*Estadificación clínica: Se utilizará el sistema de estadificación de la FIGO 2018 para establecer el estadio previo al tratamiento.*

#### **1.6.4.5 Estudios de extensión:**

##### **Todos los estadios clínicos:**

- a) Transferencia con resumen clínico y valoración Gineco - oncológica de Especialista del Hospital de Referencia.
- b) Estudio Histopatológico que demuestre enfermedad Oncológica a tratar (Biopsias).

##### **En estadios Ia1- Ib2:**

- a) Radiografía de Tórax
- b) Ultrasonido abdominal y pélvico.
- c) Tomografía de tórax si existe anormalidad en Radiografía de Tórax.
- d) Tomografía Abdominal y Pélvica si existe disponibilidad institucional.
- e) Resonancia Magnética Pélvica de existir disponibilidad con el objetivo de valorar extensión e infiltración en los tejidos adyacentes.
- f) Exámenes de laboratorio actualizados con pruebas de función renal y hepática.
- g) Valoración Cardiológica a todas las mujeres especialmente a mayores de 40 años.

##### **A partir de los estadios Ib3 en adelante:**

- a) Radiografía de Tórax.
- b) Tomografía de tórax si existe anormalidad en Radiografía de Tórax.
- c) Ultrasonido Abdominal y Pélvico.
- d) Tomografía Abdominal y Pélvica simple, con contraste y en fase excretora (siempre y cuando presente función renal normal y sin datos de alergias al medio de contraste).
- e) Resonancia Magnética pélvica: para valorar extensión e infiltración en los tejidos adyacentes. (Con valor predictivo negativo del 100%, Se puede prescindir de Cistoscopia y Rectosigmoidoscopia). Si existiese infiltración vesical o rectal por Resonancia magnética, es indicativo confirmar con biopsia.
- f) Cistoscopia si no se tiene Resonancia Magnética.
- g) Rectosigmoidoscopia: si no se tiene Resonancia Magnética.
- h) Serie Ósea Metastásica de no contar con gammagrafía ósea.



- i) Gammagrafía ósea de presentar síntomas clínicos que justifiquen su indicación.
- j) Exámenes de laboratorio actualizados con pruebas de función renal y hepática.
- k) Prueba de embarazo en todas las mujeres en estado fértil.
- l) Valoración Cardiológica a todas las mujeres.

#### **1.6.4.6 Tratamiento del cáncer del cuello uterino**

Existen líneas de manejo estándar de acuerdo a cada etapa clínica, sin embargo, cada paciente debe ser evaluada de manera particular sobre la base de sus factores pronósticos, para poder brindarle su mejor alternativa de tratamiento (*Ver Protocolo de Prevención y Atención del Cáncer Cervicouterino*).

En el caso de las embarazadas, retrasar el tratamiento hasta alcanzar la madurez fetal, realizar cesárea y completar el tratamiento.

#### **1.6.5 Virus Del Papiloma Humano.**

El VPH comprende un grupo de virus no envueltos, de ADN pequeño, pertenece a la familia Papilomaviridae, una familia recientemente reconocida como distinta de los polyomaviridae por el Consejo Internacional para la Taxonomía de los virus. La partícula viral del papiloma humano tiene una cápside de 72 capsómeros (60 hexámeros y 12 pentámeros), con un diámetro aproximado de 55nm y que contiene al genoma viral, los capsómeros están hecho de dos proteínas estructurales: L1 en mayor proporción y L2. El VPH es relativamente estable y debido a que no tiene una envoltura, permanece infeccioso en un ambiente húmedo por meses.<sup>3</sup> Al menos 25 tipos afectan al tracto genital femenino y de acuerdo con su asociación con lesiones pre invasivas y cáncer, se agrupan en: alto (16,18,45,56) moderado (31,33,35,51,52) y bajo riesgo (6,11,40,42,43,44), siendo el VPH 16 el responsable hasta en el 50% de todos los canceres cervicales. (Villaseñor & Macias, 2009)

##### **1.6.5.1 Genoma Del Virus Del Papiloma Humano.**

El genoma del VPH consiste en una molécula de ADN circular de doble cadena, aproximadamente de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región regulatoria no codificante, la cual contiene sitios de unión para factores proteicos y hormonales del hospedero, necesarios para que el virus pueda completar su ciclo de replicación. (Novak & berek, 2012)

El genoma del VPH lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de replicación de este, conocidos como L. Se conocen seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 y dos tardíos L1 y L2. Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro lado, los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápside viral.

Una región de aproximadamente 4000 pares de bases codifica las proteínas para la replicación viral y la transformación celular; otra región que posee 3000 pares de bases codifica proteínas estructurales de las partículas virales y finalmente una región de 1000 pares de bases que no codifica y contiene los elementos reguladores de la replicación y transcripción del ADN viral. (Novak & berek, 2012)

#### ***1.6.5.2 Patogenia.***

La historia natural convencional del Cáncer del Cuello Uterino considera como agente desconocido que actuando como las células de reservas o sobre el epitelio metaplásico de la zona de transformación extremadamente receptivo para cualquier agente nocivo y en presencia de cofactores inmunológicos, hormonales, etc. Determina modificaciones morfológicas que se evidencia mediante las Colposcopia, en los diversos grados de la transformación anormal y que corresponde histológicamente al CIN de grado progresivo hasta el Carcinoma Invasor. (Novak & berek, 2012)

#### ***1.6.5.3 Factores Y Cofactores De Riesgo.***

El riesgo de contraer VPH genital está influenciado por la actividad sexual, numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales, entre ellos la edad del inicio de estas y la transmisión de agentes infecciosos. (Novak & berek, 2012)

Los factores dependientes del virus:

1. Tipo viral.
2. Persistencia de la infección en exámenes repetidos.
3. Factores ambientales.

Anticoncepción hormonal oral. Cuando se consumen durante 5 años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo. La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona.

Métodos de Barrera. Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

Tabaquismo. Se han aislado sustancias carcinogénicas presentes en el tabaco en el moco cervical, no se conoce bien la dinámica de la interacción. En promedio las fumadoras tienen el doble de riesgo de lesión Intraepitelial con respecto a las no fumadoras, entre los mayores compuestos carcinógenos se incluyen polonium radiactivo, N-nitrosaminas tales como el benceno y benzopireno. Edad de la primera relación sexual. El inicio temprano de las relaciones sexuales implica la aparición de múltiples compañeros sexuales y con ello la exposición a VPH aumenta, 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; en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. (Novak & berek, 2012)

Número de parejas sexuales Es un conocido factor de riesgo, en grupos de edad de 25 a 35 años, si tienen compañeros sexuales distintos, llega a tener prevalencias del 30 al 40%. Después de este pico, le sigue una disminución estabilizándose en edades de 25 a 40 años en un 3-10%, interpretándose esta cifra como una medida indirecta del número de mujeres portadoras crónicas de la infección viral, y por tanto del grupo de alto riesgo para progresión neoplásica. (Novak & berek, 2012)

Susceptibilidad genética. Existe entre las mujeres con presencia simultánea de HLAB\*07 y HLA-B\*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HLD-DRB1\*1301. Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor.

Paridad. Más de 5 embarazos a término. Este factor junto con el anterior, sugieren una asociación positiva entre VPH y esteroides.

Edad del primer parto. Bosch demostró como la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo y neoplasia del cuello uterino.

Enfermedades de transmisión sexual. Se ha demostrado que la infección por chlamydia es un cofactor para infección por VPH, considerándose como alto riesgo a sus tipos I, D y G, aumenta el riesgo en 3 veces. Adicionalmente la coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) facilita la infección.

Coinfección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpes virus humano tipos 6 y 7(HHV-6), detectados todos en el cérvix.

Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales. (Novak & berek, 2012)

## **CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de estudio**

Estudio Retrospectivo, descriptivo de corte transversal, por conveniencia.

### **2.2 Área de estudio**

Centro de Salud Pedro José Chamorro Palmira de la ciudad de Granada es un centro que atiende a una población y los barrios del sector Sur del municipio de granada, donde se tiene atención de medicina General, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-obstetricia en horario de 8am -4pm de lunes a viernes

### **2.3 Universo**

El universo estuvo constituido por todas las mujeres que se realizaron PAP en el periodo 2020-2021 con un total de 4256.

### **2.4 Muestra**

La muestra corresponde a 369 mujeres con resultados de PAP alterados con algún tipo de lesión, de un universo de 4256 (8.64%) PAP realizados en el periodo 2020-2021, los cuales cumplieron los criterios de inclusión de la investigación.

### **2.5. Tipo y método de selección de la muestra.**

Muestreo no probabilístico por selección deliberada.

### **2.6 Criterios de inclusión**

- Mujeres inicio de vida sexual activa.
- Mujeres que se realizaron el Papanicolaou en los sectores de salud que corresponden al centro de salud Pedro José Chamorro en el periodo 2020-2021.
- Mujeres con resultado de Papanicolaou alterado con algún tipo de lesión en periodo 2020-2021.

### **2.7 Criterios de exclusión**

- Sin inicio de vida sexual.

- Embarazo.
- Sangrado abundante.

## **2.8 Enunciado de las variables por objetivos**

2.8.1 Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

Edad

Procedencia

Sector de Salud que pertenece

Escolaridad

Estado Civil

Ocupación

2.8.2 Indagar sobre los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes en estudio.

Inicio de Vida Sexual

Número de Parejas Sexuales

Gestas

Vía de Parto

Edad del primer embarazo

Embarazadas actualmente

2.8.3 Presentar resultados de Papanicolaou en pacientes en estudio

Tipo de Lesiones en resultados de PAP

2.8.4 Determinar manejo a pacientes según recomendaciones de patología.

Repetir Citología de PAP en 1 año

Colposcopia

Biopsia

Legrado

VPH seguimiento en 1 año

## 2.9 Operacionalización de las Variables

**Objetivo 1:** Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor	
Edad	Tiempo transcurrido en años desde nacimiento hasta el momento del estudio	Años	15-24 años 25-29 años 30-49 años 50-59 años 60 años a más	
Procedencia	Área geográfica donde reside la paciente	Zona	Urbana Rural	
Sector de Salud al que pertenece	Área geográfica definida como sector tomando en cuenta la cantidad de la población, según procedencia si es urbana hasta 5,000 personas, si es rural hasta 3,000 personas	Zona	Sector 19 Sector 20 Sector 21 Sector 22 Sector 23 Sector 24 Sector 25 Sector 26 Sector 27	Sector 28 Sector 29 Sector 30 Sector 31 Sector 32 Sector 33 Otros sectores
Escolaridad	Nivel de aprendizaje alcanzado por la persona en estudio	Nivel escolar alcanzado	Primaria Secundaria Estudios superiores Ningún estudio Analfabeta	

Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Tipo de Relación de pareja	Soltera Casada Unión estable
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza el individuo para generar ingresos.	Tipo de labor u oficio	Ama de casa Negocio propio Estudiante Asalariada

**Objetivo: 2 Indagar sobre los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/Valor</b>
Inicio de Vida Sexual	Actividad o trabajo que realiza el individuo para generar ingresos.	Año del primer contacto sexual	<18 años 19-25 años 26-30 años >31- años
Número de Parejas Sexuales	Cantidad en número de parejas sexuales que ha tenido la paciente	Número	1 2 >3
Gestas	Cantidad de veces que el ovulo ha sido fecundado hasta el momento del estudio	Clasificación de Gestación	Nulípara Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran Multigesta
Vía de Parto	Hoja de reporte de citología cervical MINSA	Tipo de parto	Vaginal Cesárea



Edad del primer embarazo	Es la edad en la cual queda embarazada por primera vez una mujer	Años	<18-24 años 25-30 años 31-35 años 36-40 años >40 años
Embarazo Actual	Paciente que se realizó PAP mientras estaba embarazada	Número	No embarazada 1er Trimestre de Gestación 2do Trimestre de Gestación 3er Trimestre de Gestación

**Objetivo: 3 Presentar resultados de Papanicolaou en pacientes en estudio**

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Resultados de PAP	Resultados de citología Cervicouterina aplicada a pacientes con criterios de inclusión	Tipo de hallazgo	Normal ASC-US Atipia Glandular LEIBG LEIAG ASC-H NOS

**Objetivo 4: Determinar manejo a pacientes según recomendaciones de patología.**

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Recomendaciones de Patología	Medida a seguir de acuerdo a resultado de PAP	Seguimiento	Repetir Citología de PAP en 1 año Colposcopia Biopsia Legrado VPH seguimiento en 1 año

## **2.10 Aspectos Éticos**

La investigación es de bajo riesgo ya que no transgrede ni hay implicación ni daños a los pacientes, dado que la fuente de obtención de la información es secundaria no se solicitó consentimiento informado, sin embargo, se solicitó permiso a las autoridades mediante una carta que contempló la finalidad de la investigación.

El presente estudio contempla los principios bioéticos agrupados en la Declaración de Helsinki y los criterios de Belmont cómo lo es el respeto a las personas, la beneficencia, la justicia y no maleficencia

La información se obtuvo mediante los expedientes y SIPLUS, no se tomaron los nombres de los pacientes, se registraron mediante las siglas, cada una de las encuestas y todos los datos fueron procesados para fines académicos y científicos.

## **CAPITULO III: DESARROLLO**

### **3.1 Resultados**

#### **3.1.1 Datos sociodemográficos de las pacientes en estudio en relación al tipo de Lesión**

Al realizar el análisis entre los datos sociodemográficos según edad de las pacientes en estudio en relación al tipo de Lesión encontramos que la población más afectada son las pacientes del grupo etario de 30-49 años con 42.27% (156), en segundo lugar 15-24 años con 24.93% (92), y tercer lugar 25-29 años con 16.8% (62). (Tabla N°1)

Según su procedencia tenemos en primer lugar el urbano con un 68.5% (253) y en segundo lugar el rural con 31.4% (116). (Tabla N°2) Según escolaridad tenemos en primer lugar mujeres con estudios de primaria 31.7% (117), en segundo las que cursaron hasta secundaria con 24.9% (92) y terceros estudios superiores con 17.6% (65). (Tabla N°4)

En el estado Civil en primer lugar solteras con 44.9% (166) y de segundo casadas con 32.2% (119). (Tabla N°5) en la ocupación obtuvimos en primer lugar amas de casa con 34.1% (34.1) y en segundo lugar estudiantes con 23.03% (85). (Tabla N°6).

#### **3.1.2 Antecedentes Ginecoobstétricos Vs Tipo de Lesión**

De acuerdo al estudio realizado en nuestras pacientes con PAP positivos según sus antecedentes ginecoobstétricos, Según el inicio de vida sexual tenemos en primer lugar 15-25 años con 58.8% (217) y en segundo lugar 26-30 años con 40.9% (151). (Tabla N°7) Según el número de parejas sexuales, tenemos en primer lugar mayor de 3 con 64.2% (297) y en segundo lugar 2 con 29.8% (110) (Tabla N°8)

En las gestas encontramos en primer lugar gran multigesta con 28.1% (104) en segundo lugar trigestas con 21.4% (79) y en tercero bigestas con 19.51% (72) (Tabla N°9) en vía del parto encontramos en primer lugar cesáreas con 65.4% (241) y en segunda vía vaginal con 34.6% (128). (Tabla N°10).

La edad del primer embarazo en primer lugar menores de 18 a 24 años con 50.4% (186) de segundo 25-30 años con 32.7% (121) y tercero de 31-35 años con 5.4% (41). (Tabla N°11). Encontramos embarazadas con PAP alterados en el 1er trimestre de gestación con 1.08% (4), 2do trimestre de gestación 05% (2) y 3er trimestre de gestación 0.2% (1) (Tabla N°12)

### **3.1.3 Tipo de Lesión vs Manejo**

Al realizar el análisis entre el tipo de lesión y su manejo según recomendaciones de patología encontramos que la lesión predominante es lesión de bajo grado, la cual lleva un tratamiento conservador con PAP de control en 1 año con un 89.4% (330), en segundo encontramos colposcopias con un 10.6% de las cuales el 8.4% (31) salieron positivas por lo que se le realizaron biopsias, de las cuales se encontró 6.5% (24) positivas por lo que a estas pacientes se les realizó crioterapia y 1.6% (6) se realizaron histerectomía. (Tabla N° 14).

### 3.1 Análisis de los resultados

Durante nuestro estudio encontramos que el grupo etario más afectado son las mujeres de 30- 49 años con 42.27% (156), en segundo lugar 15-24 años con 24.93% (92), y tercer lugar 25-29 años con 16.8% (62). Lo que concuerda con el estudio de: del Villar García, y otros, 2013 “Correlación diagnóstica entre la colposcopia y la citología en lesiones del cuello uterino”. En este estudio se concluyó que la población en riesgo se encuentra en los rangos de edades 25-64 años en un 94%, también en un estudio de Cedillo & Armero, 2004 con una muestra de 163 pacientes con diagnóstico histológico de lesiones pre malignas y malignas de cérvix de primera vez se encontró que los rasgos de edades es de 30 a 59 años, por lo tanto encontramos que tanto a nivel nacional como internacional hay una prevalencia de lesiones cervicouterina en pacientes mayores de años, por lo que no se debe bajar la guardia en la toma de PAP de estas edad para la prevención de cáncer cervicouterino.

Según la procedencia encontramos que hay una prevalencia en el grupo urbano 68.5% (253) y en segundo lugar el rural con 31.4% (116). Según escolaridad tenemos en primer lugar mujeres con estudios de primaria 31.7% (117), en segundo las que cursaron hasta secundaria con 24.9% (92) y terceros estudios superiores con 17.6% (65). que concuerda con el estudio de Sequeira Sequeira, 2017 “Correlación cito- histológica de pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de alto grado atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque enero 2015- octubre 2016.” Se aportó que la edad de las pacientes en estudio se encontró en los rangos de 35- 49 en un 48.5%, 72.2 procedían de área urbana, el mayor nivel de educación fue primaria en un 35.5% y un 92.9% iniciaron vida sexual activa ante de los 20 años, se encontró una correlación cito- histológica de un 45.5%. Lo cual nos indica que hay que mantener vigilancia sobre las mujeres de región urbana ya que están apareciendo más casos.

Según estado Civil en primer lugar solteras con 44.9% (166) y de segundo casadas con 32.2% (119). Según su ocupación obtuvimos en primer lugar amas de casa con 34.1% (34.1) y en segundo lugar estudiantes con 23.03% (85). el cual concuerda con el estudio de Meléndez, 2014 en su estudio de Caracterización de la vigilancia de la salud de la población con displasia y cáncer

cérvico uterino en el municipio de Olanchito, Yoro 2005-2006". Abarcando una población de 76 mujeres diagnosticadas con diferentes grados de displasia y Cáncer Cérvico Uterino. Los factores de riesgo más significativos para padecer Cáncer Cérvico Uterino fueron: la edad entre 30 – 39 años, primaria incompleta, residentes en el área rural, amas de casa, inicio de la vida sexual antes de los 20 años, nivel socioeconómico bajo y multiparidad (más de 4 hijos).

La lesión prevalente es "lesión de bajo grado" con un 55% (198) lo que se relaciona con el estudio de Toruño Karla, 2010, estudio realizado en el centro de salud Leonel Rugama en el departamento de Estelí, el cual pretende correlacionar las lesiones citológicas e histopatológicas de lesiones citológicas e histopatológicas de lesiones pre malignas de cérvix revela que de 112 pacientes en su gran mayoría presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) con el 85.8% y lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG) con el 14.2%, este estudio también expresa la clasificación de las lesiones mediante PAP confirmadas por biopsia, las cuales correspondieron mayormente a lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) con un 85.8% el diagnóstico por PAP y el 86.0% confirmado por biopsia.

Según el tratamiento, hubo una prevalencia de tratamiento conservador de repetir PAP en 1 año en 89.4% (330), en segundo encontramos colposcopias con un 10.6% de las cuales el 8.4% (31) salieron positivas por lo que se le realizaron biopsias, de las cuales se encontró 6.5% (24) positivas que se relaciona con el estudio de Del Villar García, y otros, 2013 "Correlación diagnóstica entre la colposcopia y la citología en lesiones del cuello uterino". En este estudio se concluyó que la población en riesgo se encuentra en los rangos de edades 25-64 años en un 94%, la edad de inicio de la vida sexual activa se encuentra presente como factor de riesgo en el 28.6%, antecedentes de ETS 7.2%, la presencia de VPH 8.24%, en relación al número de parejas sexuales predominó 60.99% (más de una pareja), el uso de tabaquismo 4.4%, los resultados de citología fue 100% satisfactoria en cambio 62.1% de las colposcopias fueron satisfactorias.

### 3.3 Conclusiones

1. Sobre las características sociodemográficas de las pacientes en estudio encontramos que en edad la población más afectada son las pacientes de 30- 49 años en procedencia urbano, escolaridad primaria, estado civil soltera, ocupación amas de casa.
2. Según los antecedentes ginecobstetricos se encontraron mayores casos positivos con inicio de vida sexual antes de los 25 años con números de parejas mayor a 3, la vía del parto por cesárea, y edad del primer embarazo menor a los 24 años, embarazadas en el 1er trimestre de gestación con 1.08% (4), 2do trimestre de gestación 05% (2) y 3er trimestre de gestación 0.2% (1)
3. De 369 PAP positivos prevalecieron las lesiones de bajo grado (LEIBG), seguido de células escamosas atípicas (ASC-US).
4. El manejo según recomendaciones de patología se cumplen según el tipo de lesión encontrada en estas pacientes.

#### **4.4 Recomendaciones**

##### **A las autoridades del ministerio de salud**

1. El MINSA debe brindar constante entrenamiento al personal encargado en la recolección, transporte y análisis del PAP.
2. El MINSA Se deben garantizar los materiales y medios adecuados en todas las unidades de salud para la toma del PAP.

##### **A los trabajadores del ministerio de salud**

3. Debe fortalecer y promover las estrategias que eduquen de forma continua a la población en general acerca del problema de CaCu y la importancia de la detección precoz, a través de los medios de comunicación audiovisual
4. fortalecer estrategias para el cumplimiento de la prueba de tamizaje (PAP) a como lo dicta la norma (169) con las medidas adecuadas y tomando en consideración especial las adolescentes, mujeres sexualmente activas y todas aquellas con IVSA a temprana edad.
5. El manejo de las pacientes será determinado según la lesión encontrada en la citología cervical.



## **CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA**

### **4.1 Bibliografía**

(2021). Norma para la prevención y abordaje del cáncer Cervicouterino. Normativa Minsa N-169.

(2010). Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (ivva) y tratamiento con crioterapia - Normativa Minsa N-037

[http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/02-02-07](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/02-02-07). (2020).

Apgar, B. S., Brotzman, G. L., & Spitzer, M. (2009). colposcopia: principios y práctica. Manual y atlas integrados.

Barbon, M. (2006). Lesiones premalignas del Cáncer cervical en el área de salud del policlinico Federico Capdevila.

Chavaro, D. N., Arroyo, D. G., Alcatraz, D. L., & Perez, D. I. (2009). Cáncer Cervicouterino.

Declaración de Helsinki de AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (2013). Asociación Médica Mundial.

Efrain A. Medina Villaseñor, R. M. (2009). Fundamentos de Oncología. Mexico.

Macias, D. R., & Villaseñor, D. E. (2009). fundamentos de Oncología.

Martinez, S. V. (2005). Citología Cervical. Bethesda.

Novak, & berek. (2012). ginecología 15° edición.

Paho. (s.f.). Obtenido de Guía de tamizaje cervicouterino: [paho.org/gut](http://paho.org/gut)

Rodriguez, N. F. (2020). Informe Belmont sobre psiquiatría Legal. Revista Digital INESEM.

Torrez, D. C., Gutierrez, D. D., Vazquez, D. M., & Chavez, D. Y. (2016). Relación de condilomas acuminados con lesiones precursoras del cáncer cervicouterino en consulta infanto-juvenil.

Toruño, K. (2010). Correlación de lesiones citológicas e histopatológicas con lesiones citológicas e histopatológicas de lesiones pre malignas en el centro de salud Leonel Rugama en el departamento de Esteli. Esteli.

Villaseñor, M., & Macias, M. (2009). Fundamentos de oncología.

Zamora, S. ..., & Cols. (2016). Correlacion histologica y colpocopia en pacientes en transición a la menopausia.

# CAPITULO V: ANEXOS

## Anexo 1. Instrumento de recolección de la información



REPÚBLICA 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: / /		
1º Nombre:	2º Nombre:	1º Apellido:	2º Apellido:
Nº Telefónico:	Nº 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:	IVSA:	FUR: / /
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	¿Cuál?: Desde: / /
VPH anterior*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado:				Fecha: / /
IVAA 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

<input type="checkbox"/> Tamizaje Primario <input type="checkbox"/> Seguimiento		ID EXAMEN:	
Modelidad: <input type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/> Personal de Salud	Código de la Muestra:	Resultado de la Prueba: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Segunda Prueba: <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> IVAA
		Fecha de Toma: / /	Fecha Entrada Lab: / /
		Fecha del Reporte: / /	

#### 4. IVAA

<input type="checkbox"/> Primera Vez <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Segunda Prueba		ID EXAMEN:	
Persona que lo realizó: <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Enfermera General <input type="checkbox"/> Lic. en Enfermería	Resultado del Examen: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Sospecha Cáncer (referir)	Fecha del Examen: / /	Fecha Tratamiento: / /
Necesita Tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque el cuadrante donde se identificó la Lesión		
Tratamiento realizado: <input type="checkbox"/> Crioterapia <input type="checkbox"/> Termocoagulación			
No se realizó tratamiento <input type="checkbox"/> ¿Por qué?			

#### 5. CITOLOGÍA DE CÉRVIX\*\*

<input type="checkbox"/> Primera Vez <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Segunda Prueba		<input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Líquida		ID EXAMEN:	
Procedencia de la Muestra: <input type="checkbox"/> Exo Endocervix <input type="checkbox"/> Cúpula <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Otros	Aspecto Clínico del Cérvix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Tumoral	Secreción: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hemorrágica <input type="checkbox"/> Leucorrea <input type="checkbox"/> Purulenta	Fecha de la Toma: / /		
Otros Datos Clínicos:		Fecha Entrada Lab: / /		Fecha de Lectura: / /	
Calidad de la Muestra: Frotis: <input type="checkbox"/> Satisfactorio <input type="checkbox"/> Insatisfactorio		Número de Lámina:		Control Calidad: / /	

Células endocervicales y/o zona de transformación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultado: <input type="checkbox"/> No hay Evidencia de Lesión Intraepitelial y de Células Malignas <input type="checkbox"/> Atipia 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	Otros Hallazgos: <input type="checkbox"/> Atrofia <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"/> Vaginitis Bacteriana <input type="checkbox"/> Tricomones Vaginales <input type="checkbox"/> Cambios Regenerativos <input type="checkbox"/> Células Endometriales (≥45 años)
<input type="checkbox"/> Hemorragia Intensa	Anomalías Epiteliales Glandulares: <input type="checkbox"/> Atipia Glandular Sin Otra Especificación (NOS) <input type="checkbox"/> Atipia Glandular No se Descarta Neoplasia Endocervical <input type="checkbox"/> Atipia Glandular No se Descarta Neoplasia Endometrial <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma In Situ (AIS) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Invasor	

#### 6.A RECOMENDACIONES DE PATOLOGÍA (PAPANICOLAOU)

<input type="checkbox"/> PAP Tamizaje 3 años	<input type="checkbox"/> Legrado Endocervical
<input type="checkbox"/> PAP Control 1 año	<input type="checkbox"/> Colposcopia
<input type="checkbox"/> PAP Seguimiento 1 año	<input type="checkbox"/> Biopsia
<input type="checkbox"/> PAP Repetir	<input type="checkbox"/> VPH Seguimiento 1 año

#### 6.B RECOMENDACIONES DEL CLÍNICO (VPH e IVAA)

<input type="checkbox"/> IVAA Tamizaje 3 años	<input type="checkbox"/> Colposcopia
<input type="checkbox"/> IVAA Seguimiento 1 año	<input type="checkbox"/> Biopsia
<input type="checkbox"/> VPH Tamizaje 5 años	
<input type="checkbox"/> VPH Seguimiento 1 año	

Observaciones:	Fecha de Entrega de Resultados a la Paciente: / /
----------------	---

Nota: consideraciones Primer examen cuando se realiza evidencia en el segundo examen de examen anterior.

\*\*Adaptado en base a versión de 2014

MINSA-NIC-2014/01-11-2014



#### ESQUEMA DE RESULTADO

MINISTERIO DE SALUD

Nombre: _____	Nº de Expediente: _____
Resultado: _____	Tipo Examen: <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> IVAA <input type="checkbox"/> MAMAS
Unidad de Salud que Tomó Muestra: _____	Fecha Resultado: / /
Unidad de Salud Próxima Cita: _____	Fecha de Próxima Cita: / /
Recomendaciones/Observaciones: _____	

## Anexo 2. Tablas y gráficos

**Tabla N° 1 Datos sociodemográficos según edad de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

n=369

<b>Grupo Etario</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
15-24 Años	92	24.93
25-29 años	62	16.8
30-49 años	156	42.27
50-59 años	40	10.84
60 años a más	19	5.1
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 2 Datos sociodemográficos según Procedencia de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

n=369

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Urbana	253	68.5
Rural	116	31.4
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 3 Datos sociodemográficos según Sector de salud al que pertenecen las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Sector de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sector 18	15	4.06
Sector 19	28	7.5
Sector 20	4	1.08
Sector 21	8	2.1
Sector 22	15	4.06
Sector 23	3	0.8
Sector 24	16	4.3
Sector 25	23	6.2
Sector 26	19	5.1
Sector 27	49	13.2
Sector 28	26	7.04
Sector 29	57	15.4
Sector 30	42	11.4
Sector 31	32	8.6
Sector 32	5	1.3
Sector 33	12	3.2
Otros Sectores	15	4.06
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 4 Datos sociodemográficos según escolaridad de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

n=369

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	117	31.7
Secundaria	92	24.9
Estudios superiores	65	17.6
Ningún estudio	47	12.7
Analfabeta	48	13
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 5 Datos sociodemográficos según Estado Civil de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

n=369

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	166	44.9
Casada	119	32.2
Unión Estable	84	22.7
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 6 Datos sociodemográficos según Ocupación de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ama de casa	126	34.1
Negocio Propio	83	22.4
Estudiante	85	23.03
Asalariada	75	20.3
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 7 Antecedentes Ginecoobstétricos según inicio de vida sexual de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Inicio de vida sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<15-25 años	217	58.8
26-30 años	151	40.9
>31 años	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 8 Antecedentes Ginecobstetricos según número de parejas sexuales de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Número de parejas sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	22	6
2	110	29.8
>3	237	64.2
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 9 Antecedentes Ginecobstetricos según Gestas de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Gestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nulípara	24	6.5
Primigesta	51	13.8
Bigesta	72	19.51
Trigesta	79	21.4
Multigesta	39	10.5
Gran multigesta	104	28.1
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021



**Tabla N° 10 Antecedentes Ginecobstetricos según Vía de parto de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Vía de parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Vaginal	128	34.6
Cesárea	241	65.4
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 11 Antecedentes Ginecoobstétricos según edad del primer embarazo de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Edad del primer embarazo-</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<15-24 años	186	50.4
25-29 años	121	32.7
30-35 años	41	11.11
36-40 años	20	5.4
>40 años	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N° 12 Antecedentes Ginecobstetricos según edad Embarazo actual de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Embarazo Actual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No embarazo	363	98.3
1er Trimestre de Gestación	4	1.08
2do Trimestre de Gestación	2	0.5
3er Trimestre de Gestación	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN, SIPPLUS y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Tabla N°13 Resultados de Papanicolaou de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Hallazgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ASC-US	132	35.7
Atipia Glandular	4	1.08
LEIBG	198	53.6
LEIAG	16	4.3
ASC-H	18	4.8
NOS	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

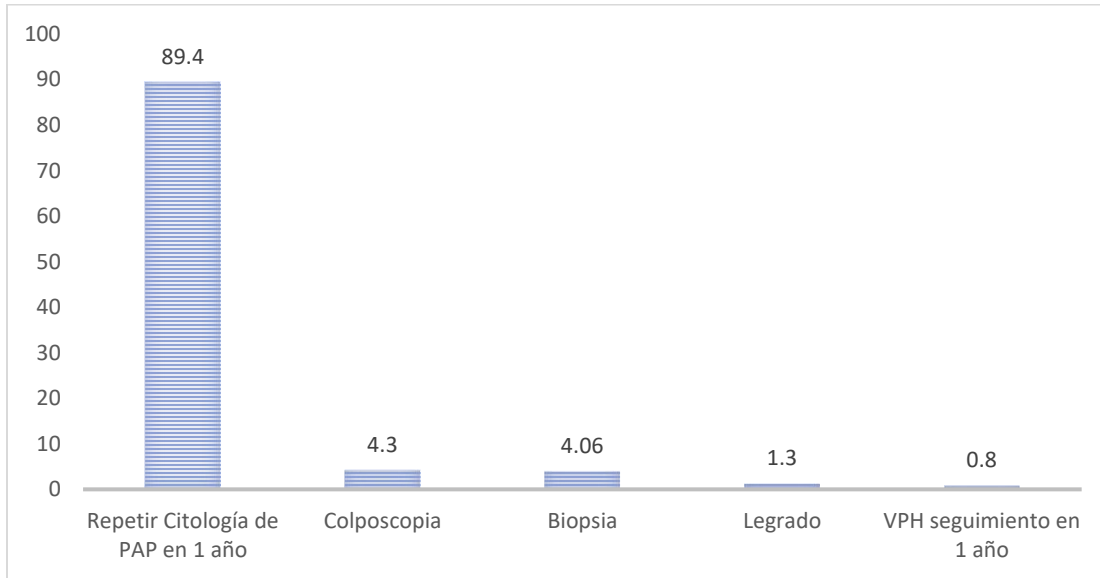
**Tabla N° 14 Manejo de las lesiones según recomendaciones de patología de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**

<b>Recomendaciones de Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Repetir Citología de PAP en 1 año	330	89.4
Colposcopia	16	4.3
Biopsia	15	4.06
Legrado	5	1.3
VPH seguimiento en 1 año	3	0.8
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>

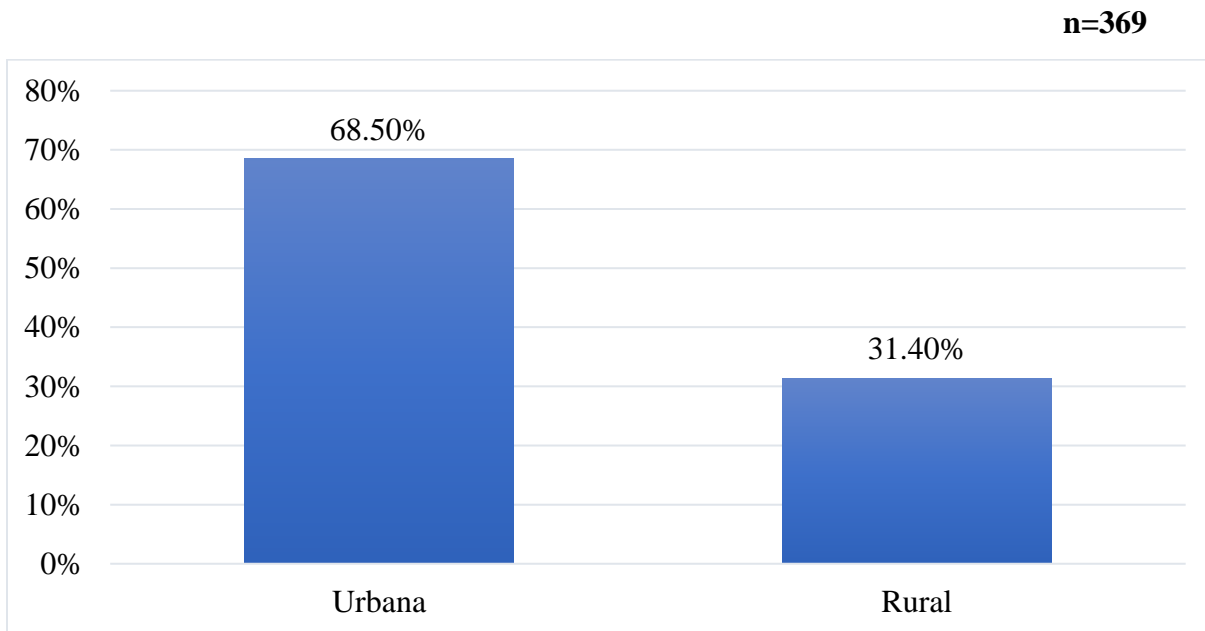
Fuente: SIVIPCAN y Expediente clínico de pacientes con PAP positivos tomados en el periodo 2020 – 2021

**Figura N° 1 Datos sociodemográficos según edad de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**



Fuente: Tabla N°1

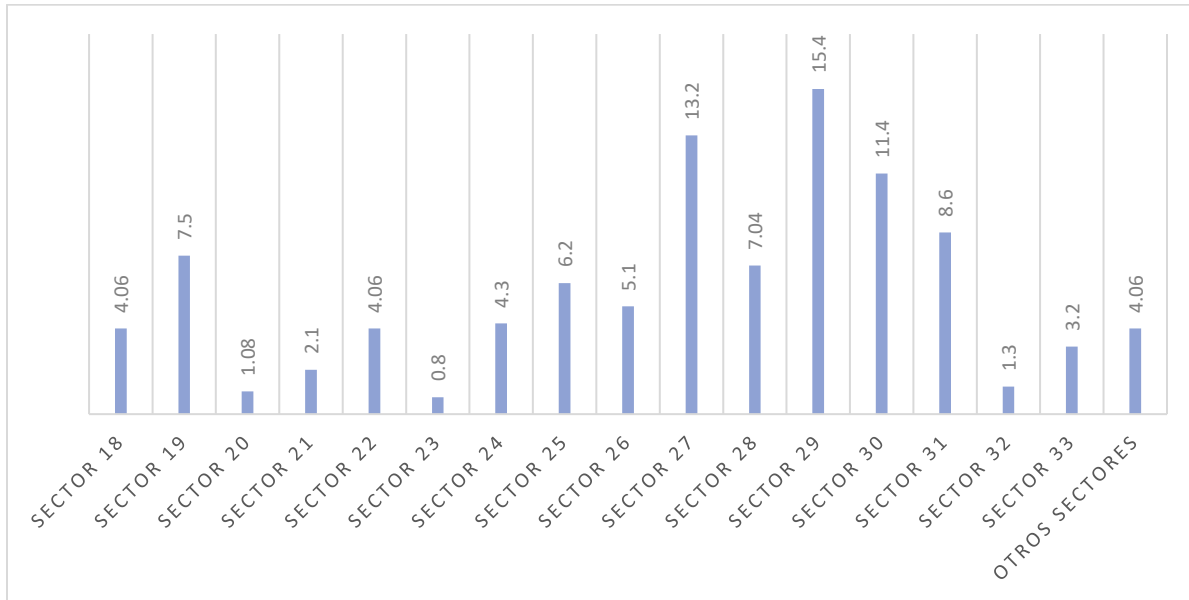
**Figura N° 2 Datos sociodemográficos según Procedencia de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**



Fuente: Tabla N°2

**Figura N° 3 Datos sociodemográficos según Sector de salud al que pertenecen las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

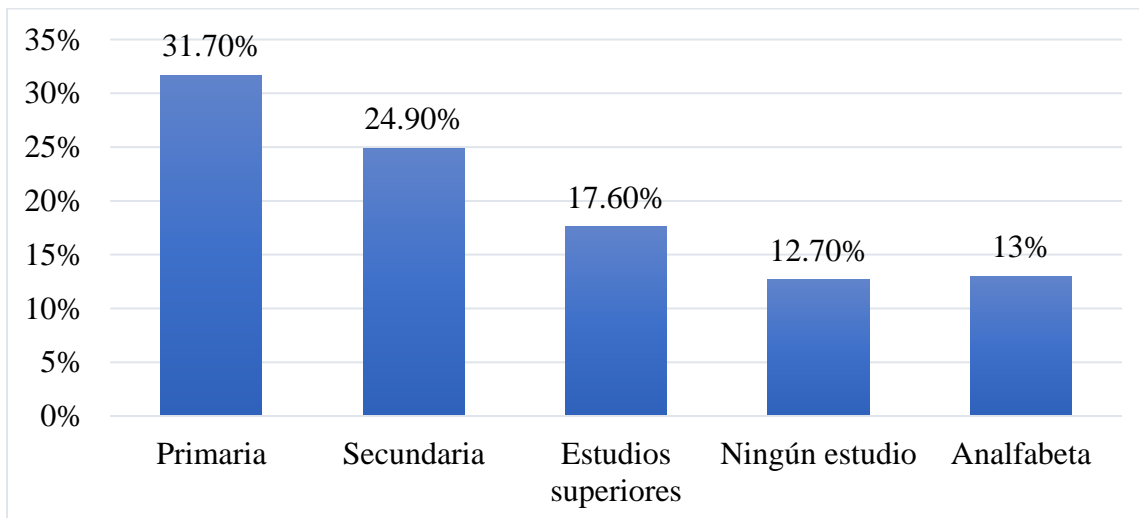
**n=369**



Fuente: Tabla N°3

**Figura N° 4 Datos sociodemográficos según escolaridad de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

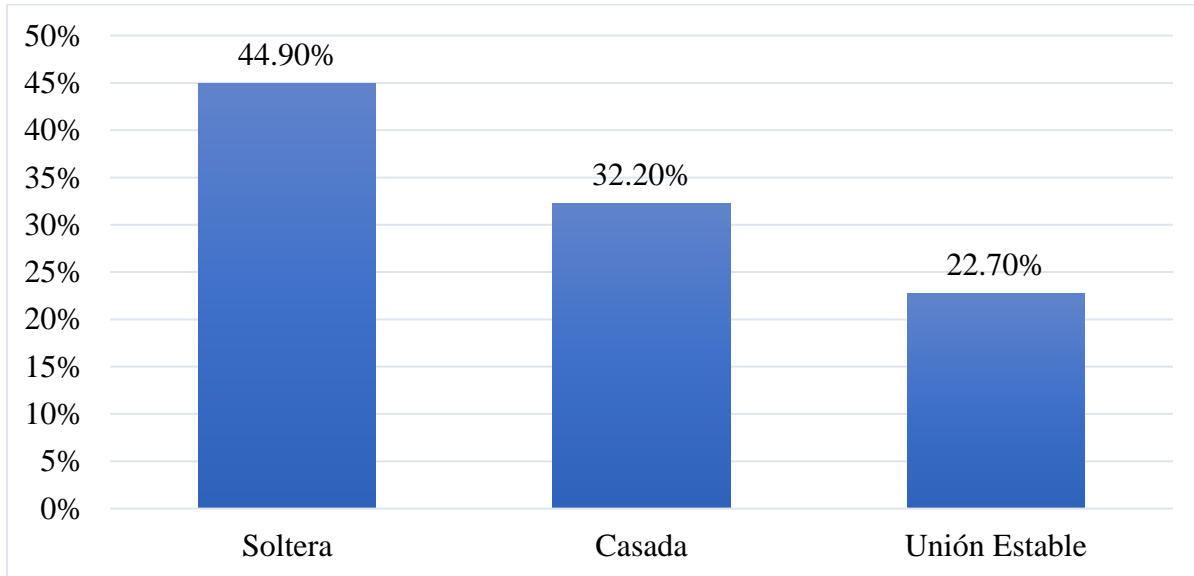
**n=369**



Fuente: Tabla N°4

**Figura N° 5 Datos sociodemográficos según Estado Civil de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

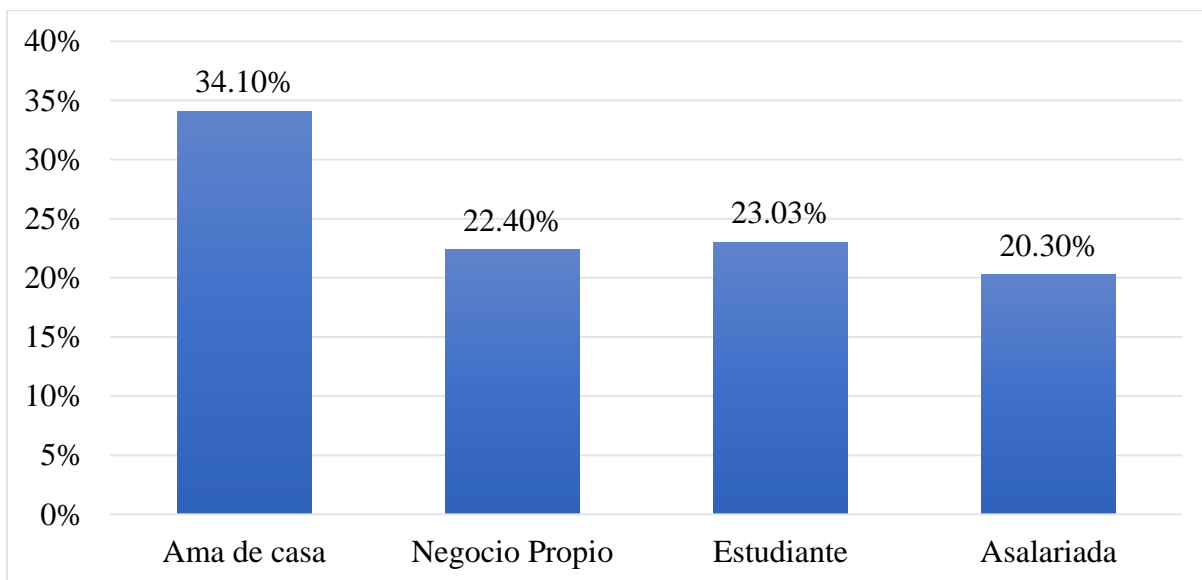
n=369



Fuente: Tabla N°5

**Figura N° 6 Datos sociodemográficos según Ocupación de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

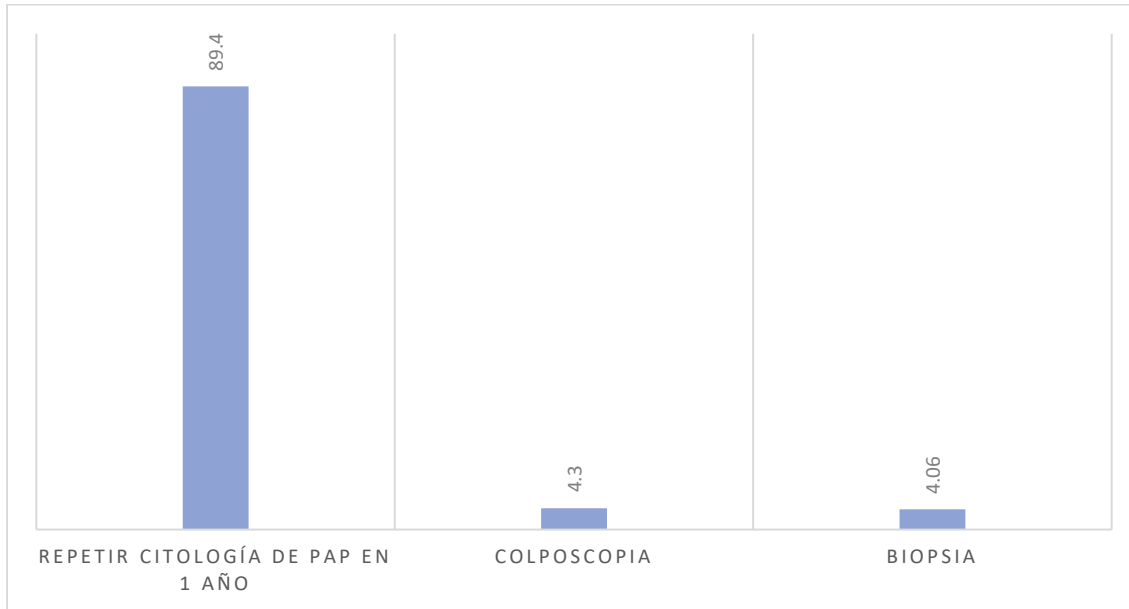
n=369



Fuente: Tabla N°6

**Figura N° 7 Antecedentes ginecoobstétricos según inicio de vida sexual de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

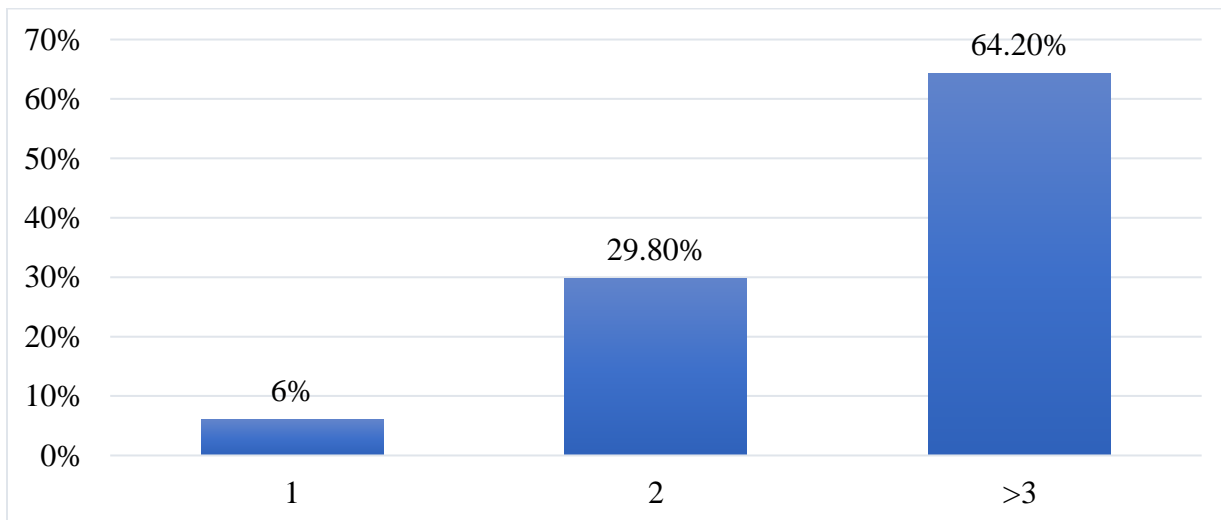
n=369



Fuente: Tabla N°7

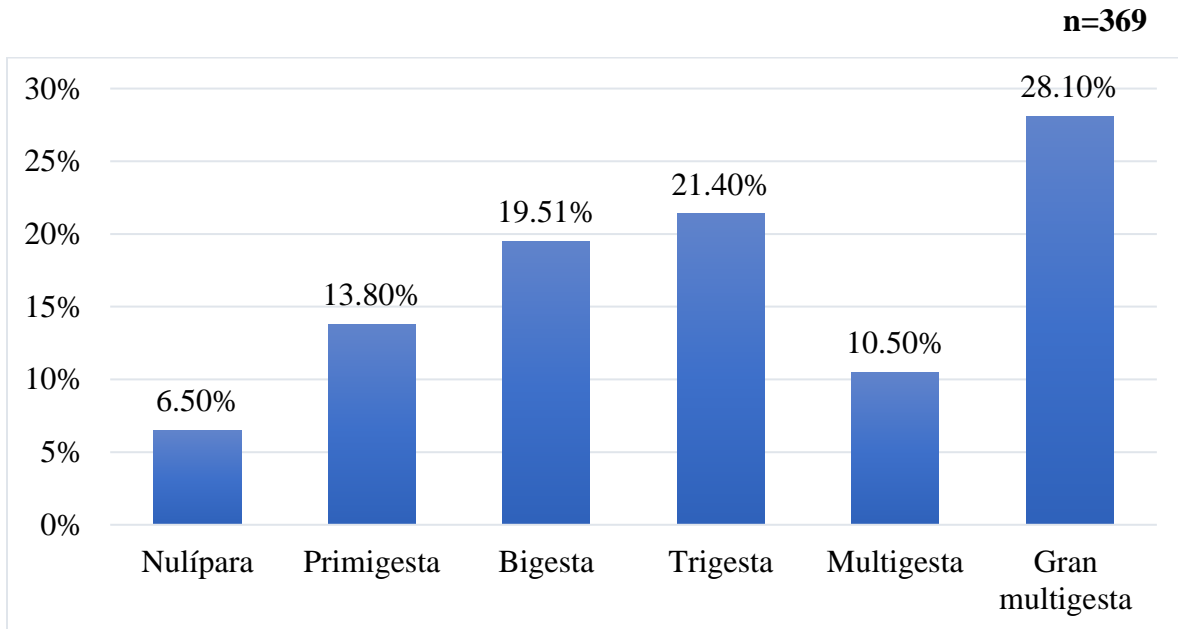
**Figura N° 8 Antecedentes ginecoobstétricos según número de parejas sexuales de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

n=369



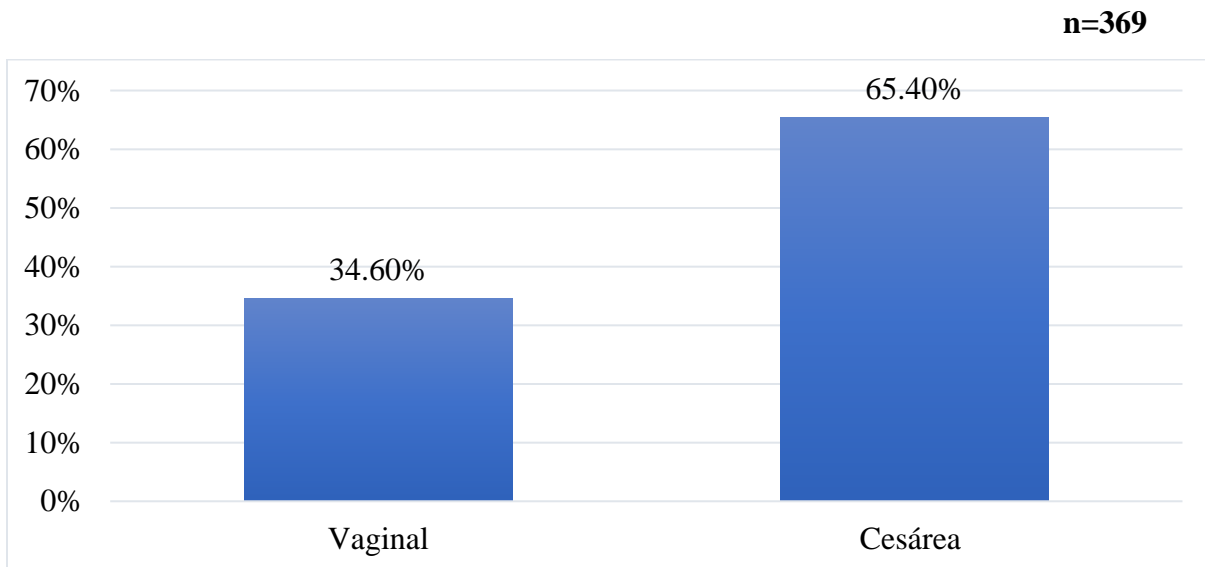
Fuente: Tabla N°8

**Figura N° 9 Antecedentes ginecoobstétricos según Gestas de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**



Fuente: Tabla N°9

**Figura N° 10 Antecedentes ginecoobstétricos según Vía de parto de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

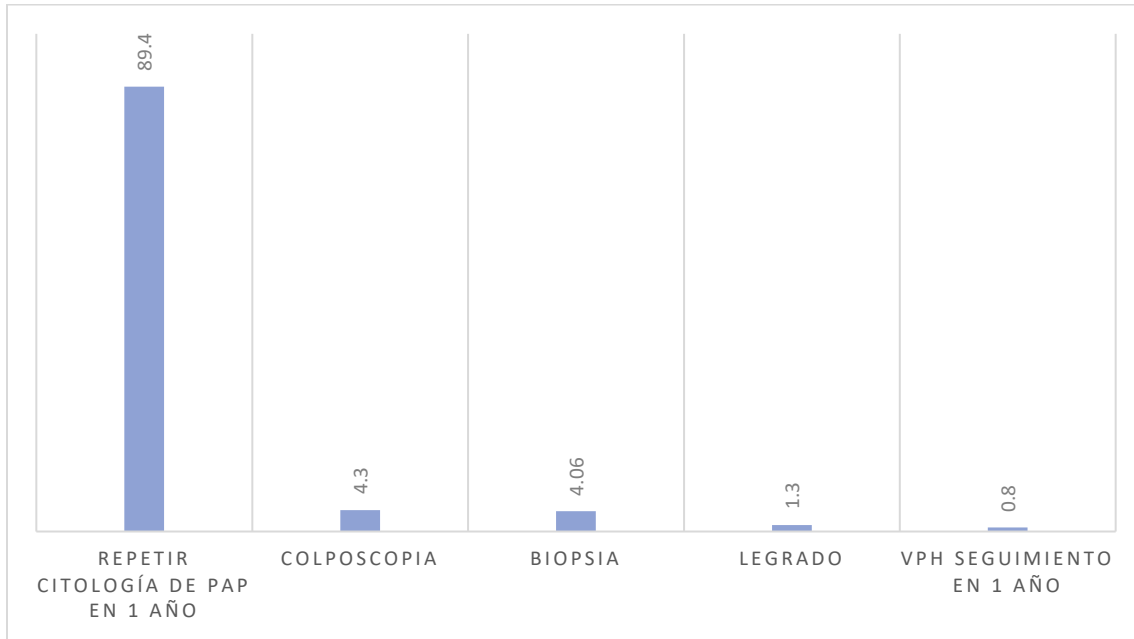


Fuente: Tabla N° 10



**Figura N° 11 Antecedentes ginecoobstétricos según edad del primer embarazo de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021.**

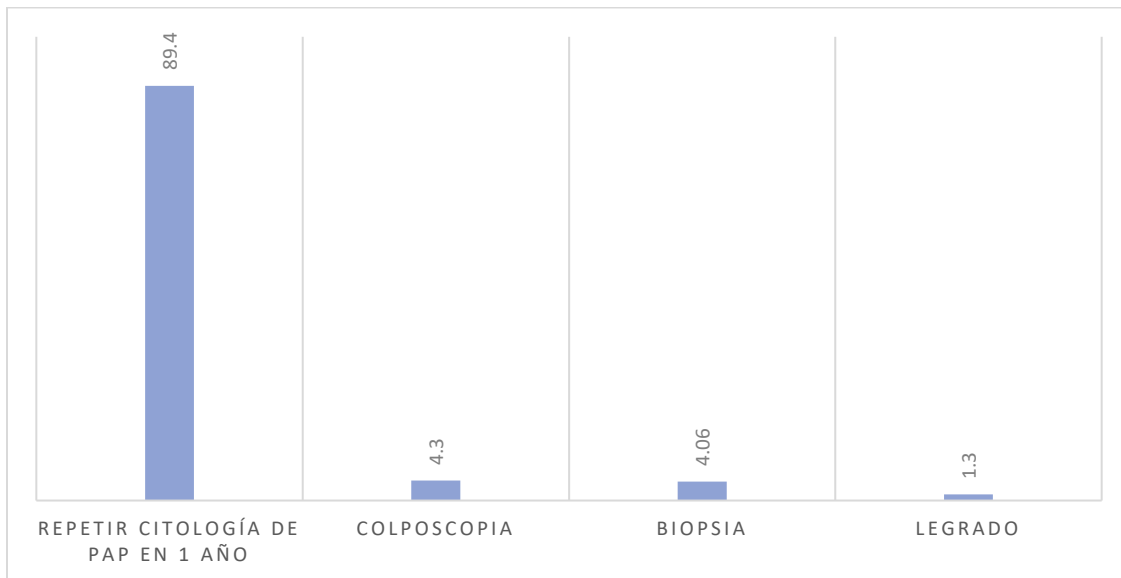
**n=369**



Fuente: Tabla N° 11

**Figura N° 12 Antecedentes Ginecobstetricos según edad Embarazo actual de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

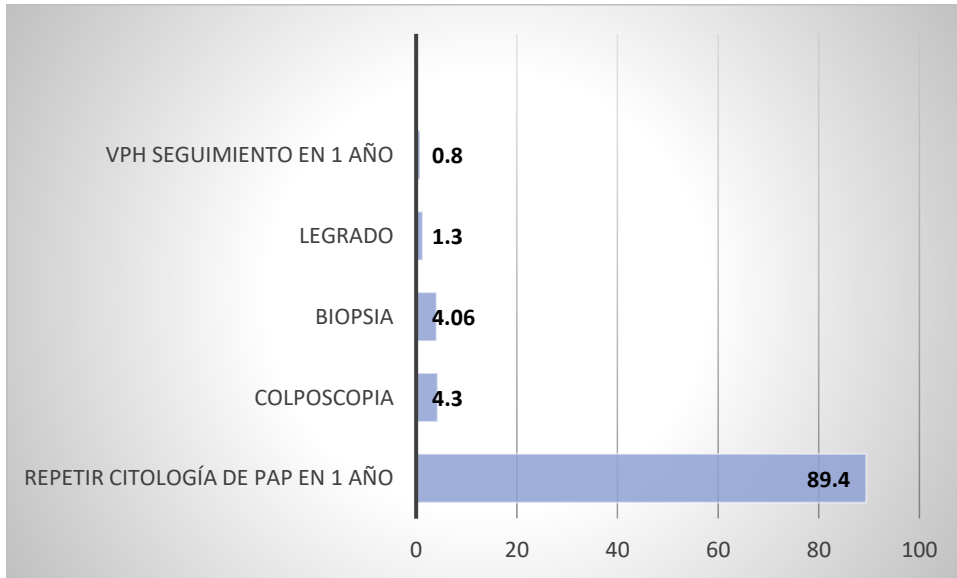
**n=369**



Fuente: Tabla N° 12

**Figura N°13 Resultados de Papanicolaou de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

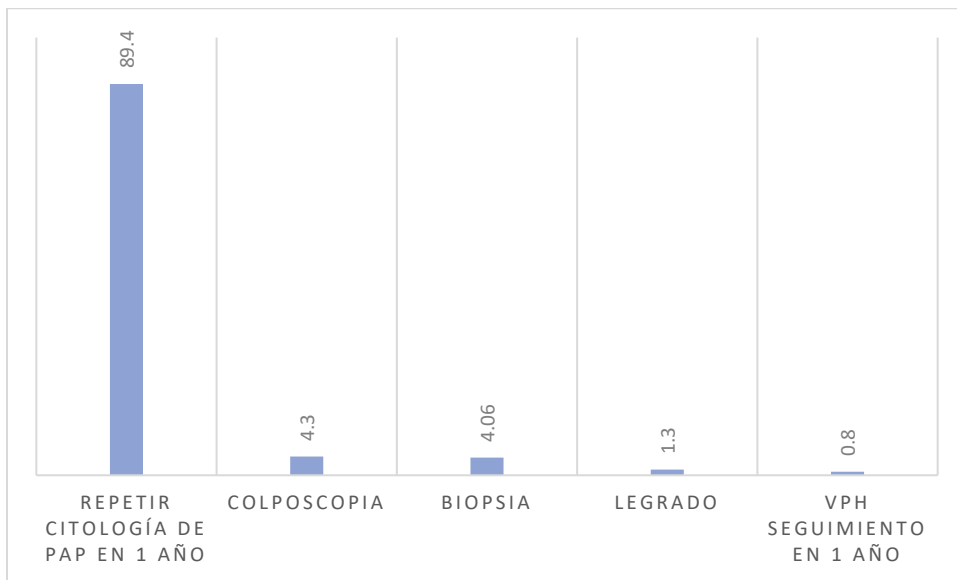
**n=369**



Fuente: Tabla N° 13

**Tabla N° 14 Manejo de las lesiones según recomendaciones de patología de las pacientes con PAP positivos, atendidas en el Centro de Salud Palmira, Granada, 2020-2021**

**n=369**



Fuente: Tabla N° 14