



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**“Caracterización de las lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino en mujeres
20 a 49 años atendidas en el centro de salud. Enrique Cisne, Masaya 2021.”**

Autoras:

Br. Sara Sofía Sánchez Suazo

Br. Javiera María Pérez González

Médicos egresados

Tutora:

Dra. Verónica Mercedes Chávez Santana

Especialista en Ginecoobstetricia

Managua, enero 2023

INDICE

OPINIÓN DEL TUTOR	4
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	6
RESUMEN	7
CAPITULO I. GENERALIDADES.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Justificación.....	6
1.4 Formulación del problema	7
1.5 Objetivos	8
1.6 Marco teórico	9
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	19
2.1 Tipo de estudio:	19
2.2 Universo:.....	19
2.3 Área de estudio:	19
2.4 Muestra:	19
2.5 Método para la recolección de la información y Técnica de recolección de datos:	20
2.6 Plan de Tabulación:.....	21
2.7 Análisis y tabulación.....	21
2.8 Variables	21
2.9 Operacionalización de variables	23
2.10 Aspectos éticos:	25
CAPITULO III.	26
3.1 Resultados.....	26

3.2 Análisis y discusión de los resultados.	29
3.3 Conclusiones	34
3.4 Recomendaciones.....	35
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA	36
4.1 Bibliografía	36
CAPITULO V. ANEXOS	38
5.1 Ficha de recolección de datos	38

OPINIÓN DEL TUTOR

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por permitirnos finalizar esta etapa de nuestra vida.

A nuestras familias por brindarnos su apoyo incondicional.

A nuestra tutora, Dra. Verónica Chávez, por su paciencia y su excelente disposición para ayudarnos a llevar a cabo y finalizar este trabajo, que es también un fruto de sus esfuerzos.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de nuestros anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

A los pacientes que con su vida nos han ayudado a conocer un poco más de esta bella profesión y sobre todo por permitirnos ayudarlos.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

RESUMEN

“Caracterización de las lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino en mujeres 20 a 49 años atendidas en el centro de salud. Enrique Cisne, Masaya 2021.”

Las neoplasias cervicales intraepiteliales son consideradas un precursor del cáncer cervicouterino invasor, representadas como un modelo de transición desde el precursor benigno hacia la enfermedad invasora y cuyos factores de riesgo están ampliamente descritos en la literatura internacional

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo transversal con enfoque cuantitativo revisando 80 expedientes de pacientes con resultados de PAP con algún tipo de alteración citológica y con otras variables de interés concernientes a los factores de riesgo de padecer cáncer de cuello uterino.

El principal objetivo fue caracterizar las lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino en mujeres 20 a 49 años atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya.

Los principales resultados fueron que el grupo de edad mayoritario corresponde al de 25-29 años, en su mayoría de procedencia rural, en unión estable, bigestas, amas de casa, en su mayoría con IVSA antes de los 20 años con más de una pareja sexual en el tiempo. La mayoría tuvo su primer PAP luego de los 20 años, con bajo hábito al tabaco sin patologías asociadas de relevancia.

La principal lesión encontrada fue la LEIBG, con un porcentaje del 66.2% de esta población, en el grupo etario que abarca desde los 25-34 años. Se concluye que los factores asociados a las lesiones encontradas en las pacientes en estudio son ruralidad, IVSA precoz, más de una pareja sexual, multiparidad, primer PAP tardío, uso de anticoncepción hormonal.

Palabras claves: lesión pre maligna, cáncer cervical, VPH, Papanicolaou.

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1 Introducción

El concepto de enfermedad pre invasiva de cuello uterino se definió en 1947, año en el que se reconoció que podían identificarse los cambios epiteliales, que tenían el aspecto de cáncer invasivo pero que se confinaban al epitelio. Se han utilizado diferentes métodos de clasificación de las lesiones pre invasivas, actualmente se utiliza el Sistema Bethesda.

En los últimos 40 años, el número de casos de cáncer de cuello uterino y las muertes relacionadas con este, han disminuido significativamente, debido a las diferentes estrategias implementadas por el Ministerio de Salud, como es la citología convencional y en medio líquido, la Inspección Visual con Ácido Acético y prueba del ADN del Virus del Papiloma Humano, que permiten identificar las lesiones tempranas del cuello uterino.

En Nicaragua hay una población total de 6, 327,924. De esta población, las mujeres ocupan el 50.6% (3, 205,880), y las mujeres de 15 a 99 años 2, 221, 473. Es por ello que en nuestro país se han realizado avances en la prevención de cáncer de cuello uterino como: La creación del centro nacional de citología, el Departamento de patología del Hospital Berta Calderón Roque, la estrategia de tamizaje a mujeres de 15 a 99 años y además se creó el sistema de vigilancia para la prevención del cáncer (SIVIPCAN).

En el Hospital Humberto Alvarado Vásquez (HHAV) del departamento de Masaya se procesan las muestras de Papanicolaou, sin embargo, esta información no ha sido objeto de estudios anteriores. Por ello, se reconoce la importancia de realizar investigaciones cuantitativas que permitan contar con datos exactos sobre la

incidencia de las lesiones pre malignas en las mujeres que se realizan la prueba de Papanicolaou.

El presente estudio sistematiza los resultados obtenidos a partir citologías cervicales alteradas en uno de los centros de salud más importantes del departamento de Masaya en atención primaria, en donde se tomas las muestras que luego son procesadas en la unidad hospitalaria antes mencionada, la presente revisión toma en cuenta los resultados del año 2021.

Los aportes han permitido valorar la importancia del sistema de registro de citologías. Este eficiente registro ha podido poder sistematizar y analizar toda la información que se presenta hoy día como un informe de investigación. De igual manera aporta realimentación a la unidad donde se han captado a las pacientes y pone en perspectiva actual como se está comportando esta patología en sus inicios, que es el mejor momento para incidir en ella de manera eficaz y oportuna.

1.2 Antecedentes

Según la OPS en una nota informativa de cáncer cervicouterino en las Américas reflejó que, en el 2018 más de 95.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 46.700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes por este cáncer en las Américas aumentará hasta 72.500 en el 2030, debido al crecimiento de la población y al aumento de la expectativa de vida. (OPS, 2012)

La mayoría de las muertes debido a esta causa (80%) se producen en América Latina y el Caribe, donde este tipo de cáncer es el segundo más importante en mujeres de todas las edades, tanto en frecuencia de casos nuevos como de muertes. El tamizaje del cáncer cervicouterino seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, constituye una estrategia costo-efectiva de prevención. (OPS, 2012)

En Pinar del Rio, Cuba se realizó una revisión de literatura durante los últimos 5 años sobre el estado del arte de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, concluyendo que es una enfermedad prevenible y curable, multifactorial, transmitida sexualmente por el Virus del Papiloma Humano, con alta incidencia y prevalencia, y a pesar de los programas de vigilancia continua siendo un problema de salud. Se necesita de monitoreo permanente del programa de detección precoz en todos los ámbitos y alternativas de diagnóstico, adecuadas localmente a las necesidades, y de fuertes prevención y tratamiento para poder disminuir la carga social y económica que de este problema se derivan. (Sanabria & al, 2011)

El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en países desarrollados. En las dos últimas décadas se ha confirmado que el virus del papiloma humano el agente causal de la totalidad de neoplasias de cérvix y de sus lesiones precursoras. (Naki & Kösey, 2014)

Un estudio realizado en Ankara, Turquía sobre “Lesiones cervicales pre malignas y su manejo”, se analizan citologías obtenida de 140 pacientes entre 20 y 30 años, de las cuales se estima que la toma de citología fue adecuada en el 86% de los casos (120 pacientes). De este número se encontró que la lesión pre-invasiva más frecuente fue Lesión intraepitelial de bajo grado con el 86% (103 pacientes), seguido de Lesión intraepitelial de alto grado con el 14% de los casos (17 pacientes). (Naki & Kösey, 2014)

En el estudio de factores epidemiológicos asociados a lesiones pre malignas de Argueta en Guatemala reporta que tienen mayor riesgo de presentar lesiones de cérvix, las mujeres que, son del área urbana, que tengan vida sexual antes de los 20 años, que tengan más de 5 hijos y que tengan 2 o más parejas sexuales y la anomalía reportada con mayor frecuencia son los procesos inflamatorios desde leve a severa. (Argueta, 2014)

En 2018 en el Policlínico “Ernesto Hodgson” del municipio de Puerto Cabezas se realizó un estudio descriptivo cuali-cuantitativo de corte transversal, con 38 pacientes, se desarrollaron entrevistas dirigidas a las mujeres y datos de expedientes de la unidad. La principal lesión pre maligna de cáncer cervicouterino son las neoplasias leves NIC I con un 63%, seguido NIC II con 21%, y atipias escamosas en las que se incluyen las infecciones por VPH con un 13%. A pesar de los diferentes factores de riesgo se han logrado captar en lesiones tempranas, por lo que para lesiones severas NIC III se encontró un 3%. La mayoría de las pacientes eran del área urbana y de la etnia miskitu, ya que es el pueblo de predominio en la región, el 42% de las pacientes tenían parejas sexuales con relación estable. Se concluyó que las mujeres en estudio presentan múltiples factores de riesgo para desarrollar lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino, básicamente están los antecedentes sexuales, inicio de vida sexual activa a temprana, edad, múltiples compañeros sexuales y el número de hijos. (Gallardo & Cunningham, 2018)

En el estudio del Hospital Santiago de Jinotepe sobre lesiones pre malignas de 129 muestras de PAP se encontró entre los principales resultados encontramos que las lesiones pre malignas estuvieron ubicadas en mujeres con el rango de edades de

20 a 34 años, eran del área urbana y amas de casa. En relación a los antecedentes gineco obstétricos, eran mujeres multíparas. Las lesiones pre malignas de bajo grado predominaron en este estudio, relacionado con las relaciones sexuales precoces, y la presencia del virus del papiloma humano. Llama la atención que de las pocas pacientes con lesiones intraepiteliales de alto grado y adenocarcinoma in situ, estaban relacionadas con mujeres que tenían hábito del tabaquismo. (Ruiz & Picado, 2016)

Otro estudio realizado en el HBCR de Managua, Nicaragua, por Vargas en el año 2012, sobre “Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH”. La lesión pre-invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada por Papanicolaou fue la lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) (50.6%). Sobre las características sociodemográficas se encontró que el (60.3%) de las pacientes tenían una edad entre 20 y 35 años, este rango de edad pertenece al periodo reproductivo de la mujer, el inicio de su vida sexual y la exposición a las diferentes patologías genitales. En lo relacionado con la paridad encontraron que el (74.6%) corresponde a multíparas los cambios hormonales como el estado de inmunosupresión fisiológica del embarazo y traumas cervicales durante el parto pueden influir en las lesiones cervicales, con respecto al tabaquismo solo el (16%) tenían hábito de fumar a pesar de esto las pacientes desarrollaron lesiones pre invasivas de cérvix esto revelado por biopsia. (Vargas, 2012)

Un estudio realizado por Chávez Avilés en el año 2018 en Managua, sobre “Comportamiento de las Lesiones pre malignas de Cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa del HBCR” demostró el (83%) de las pacientes iniciaron su vida sexual antes de los 15 años, se encontró que el (81.8%) de las pacientes eran multíparas, y que el hábito de fumar fue de un (13.3%), sin embargo el (100%) de estas pacientes desarrollaron una lesión intraepitelial cervical en el resultado final de la biopsia. Además de lo ya encontrado se agregó que el (80.3%) usaban anticonceptivos hormonales y el (54.4%) de las pacientes presentaban infección por VPH o condiloma y (6.5%) de ellos desarrollaron una lesión pre maligna de cérvix. (Chavéz Avilés, 2011).

1.3 Justificación

El reconocimiento de las lesiones pre invasivas como un problema de salud latente en las mujeres jóvenes, puede ayudar a desarrollar y ejecutar programas, proyectos y acciones preventivas, para mejorar las conductas que ya se han tomado y lograr disminuir la morbilidad por CACU en el país, incidiendo en el problema por medio de educación a la población, dando a conocer la importancia de la realización de Papanicolaou, detección temprana de lesiones pre malignas y evitar la evolución hacia un carcinoma invasor.

Siendo las más beneficiadas las mujeres jóvenes, si se logra la detección de lesión de forma temprana; podrá ser tratada de una forma adecuada y lograr la regresión de la enfermedad, evitando así una muerte por CACU.

A pesar de que en el país se cuenta con un registro sistematizado de vigilancia para la prevención de cáncer de la mujer (SIVIPCAN) y que en el HHAV Masaya, se toman un gran número de Papanicolaou en los cuales se reportan alteraciones significativas, no se encontraron estudios que refleje el comportamiento de lesiones pre invasivas de cuello uterino, por lo que se considera prioritario realizar un estudio investigativo que sistematice la presencia de estas lesiones y dar a conocer a las autoridades los resultados, haciendo notar la importancia del adecuado registro de las citologías para que sea una línea de base hacia futuras investigaciones.

Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por CACU más alta de todos los países centroamericanos, siendo una de las primeras causas de morbilidad en la mujer nicaragüense.

El Ministerio de Salud reporta cada año tasas de muerte por Cáncer en 13.7 por cien mil mujeres mayores de 15 años, la cual supera el doble de las tasas por mortalidad materna en 6.5 por cien mil mujeres mayores de 15 años.

1.4 Formulación del problema

En el centro de salud Enrique Cisne se realizaron 900 pruebas de Papanicolaou por primera vez en mujeres entre 25 y 49 años durante el periodo de estudio, de las cuales 80 de estas muestras al ser analizadas en el Hospital reportaron lesiones cervicouterinas, sin embargo, esta información no ha sido objeto de estudios anteriores, lo que puede afectar un adecuado monitoreo y más importante aún, seguimiento de dichas pacientes en la historia natural de su enfermedad.

Lo antes planteado nos lleva a plantear el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las principales características presentes en mujeres de 20 a 49 años diagnosticadas con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya 2021?

1.5 Objetivos

Objetivo General:

1. Identificar las principales características presentes en mujeres de 20 a 49 años diagnosticadas con lesiones pre malignas atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya 2021.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en estudio.
2. Mencionar los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes en estudio.
3. Describir los tipos de lesiones encontradas en los reportes de papanicolaou de la población en estudio.

1.6 Marco teórico

El cuello uterino mide de 3 a 4 cm de largo y 2,5 cm de diámetro. Su tamaño y la forma del cuello varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. El de las mujeres que han tenido algún hijo es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular en el centro del cuello uterino. (WHO, 2016)

La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama exocérvix. Es la parte más fácilmente visible en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino interior al orificio externo se denomina endocérvix, para cuya visualización es preciso estirar o dilatar el orificio externo. (WHO, 2016)

El cuello uterino está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado y por epitelio cilíndrico simple. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la UNIÓN ESCAMO-CILÍNDRICA. (WHO, 2016)

Unión escamoso – cilíndrica

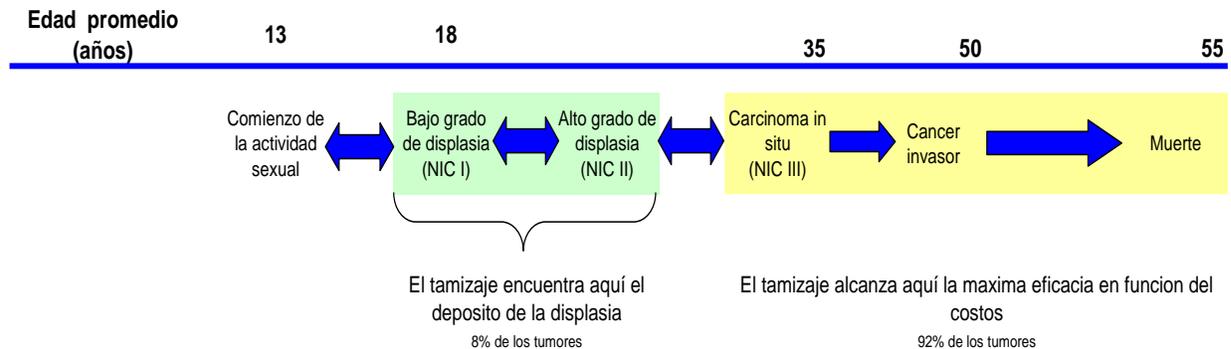
La unión escamoso-cilíndrica (UEC) se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio estratificado no queratinizado y del cilíndrico. Se denomina zona de transformación (ZT) a la parte de la superficie del cérvix ocupada originariamente por el epitelio cilíndrico que se ha transformado en epitelio escamoso. Corresponde al área del cuello uterino limitada distalmente por la UEC original y próximamente por el límite más lejano del epitelio metaplásico, definido por la nueva UEC. (WHO, 2016)

La Zona de Transformación queda entre la unión escamo columnar "original" y "nueva" y es la traducción colposcópica de la metaplasia escamosa. Como la hiperplasia de las células de reserva progresa a varias capas de espesor, el epitelio columnar es empujado afuera y se reemplaza. (Mello, 2009)

Historia natural de la enfermedad

El CACU se desarrolla a partir de lesiones precursoras: Lesiones intraepiteliales escamosas (LIE)

1. LIE Bajo Grado: NIC I y/o VPH
2. LIE Alto Grado: NIC II y NIC III (CACU IN SITU)



Importancia de la detección del cáncer cervical

Lesiones intraepiteliales de cuello uterino

Existe una gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

- **Clínica:** son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.
- **Subclínica:** se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso de colposcopia.
- **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. (Ovalle, 2018)

Factores de riesgo

Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad, entre los que más influyen se encuentran:

- 1) Tabaquismo
- 2) Infección con el virus del papiloma humano (VPH)
- 3) Inicio de vida sexual temprana (antes de 18 años)
- 4) Múltiples parejas sexuales
- 5) Gestágenos orales
- 6) Bajo nivel socio económico
- 7) Inmunosupresión
- 8) Primer embarazo a edad temprana (antes de 20 años)
- 9) Paridad elevada
- 10) No realización de citología cervical o tardía

Tabaquismo: Los componentes del humo del cigarrillo han sido reportados como promotores de la carcinogénesis y tumorogénesis por medio de diferentes mecanismos que involucran las 3 etapas de la carcinogénesis: iniciación, promoción y progresión. Los agentes genotóxicos del humo del cigarrillo inducen daños al ADN por diferentes mecanismos. (Núñez, 2017)

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 inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (MINSAs, 2021)

El riesgo de desarrollar un CACU puede estar modificado o alterado en las fumadoras por la presencia de variantes genéticas como la de la interleuquina (IL)-2 o el polimorfismo en el cromosoma 8q24. En el 2010, se encontró que el tumor supresor p53, la histidina frágil y el IL-10 estaban expresados por debajo de lo normal pero la ciclooxigenasa-2 y el Ki67 se encontraron sobre expresados en fumadoras en comparación con las no fumadoras que tenían el diagnóstico de NIC. (Núñez, 2017)

Infección con el virus del papiloma humano (VPH):

Prevalencia VPH por edad	
Edad (años)	Prevalencia
14 a 19	24,5%
20 a 24	44,8%
25 a 29	27,4%
30 a 39	27,5%
40 a 49	25,2%
50 a 59	19,6%
14 a 59	26,8%

(Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 2020)

El VPH se detecta en más del 90% de los cánceres cervicouterino, también se detecta en lesiones displásicas precancerosas. Ciertos subtipos de HPV (16, 18, 31, 33 y 45) suelen relacionarse con neoplasias y cáncer cervicouterinos de alta malignidad. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). Es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo con exposición de más del 60% de las mujeres en edad reproductiva. (OMS, 2020)

Normalmente el VPH afecta la zona escamo-columnar actual y comienza por una Lesión Intraepitelial de bajo riesgo. Un gran porcentaje de las lesiones suele regresar a la normalidad en los siguientes dos años. Sólo aquellas infecciones persistentes se relacionan a cáncer de cérvix. (OMS, 2020)

Hay 4 tipos virales que se consideran de alto riesgo (16, 18, 45 y 46) 11 tipos se consideran de riesgo intermedio (31,33,35,39,51,52,55,58,59,66 y 68) y 8 tipos se consideran de bajo riesgo (6,11,26,42,44,54,70 y 73). (Rev. Salud Pública, Panamá, 2018)

Las lesiones por el tipo 16 se encuentra en la Lesión Intraepitelial de alto riesgo y los cánceres invasivos relacionándose con un 50% de los epidermoides y con un 30% de los adenocarcinomas, 80% se presentan en las Lesión Intraepitelial de alto riesgo, 25% en las Lesión Intraepitelial de bajo riesgo, 40% de las infecciones subclínicas y en un 10% de los condilomas acuminados recalcitrantes. El tipo 18 se encuentra en las lesiones rápidamente progresivas.

Pacientes que son portadoras de múltiples cepas tienen mayor riesgo de presentar persistencia y mayor progresión de las lesiones intraepiteliales. (MINSALUD, 2021)

Inicio de vida sexual temprana (antes 18 de años):

Riesgo de NIC aumenta 26 veces en las mujeres que iniciaron vida sexual en el primer año posterior a la menarca ya que la exposición a los mutágenos, es más fácil que desvíen hacia la vía neoplásica, si éstas se encuentran en una metaplasia activa. (Berganza & Díaz, 2013)

Las mujeres que iniciaron su vida sexual a edad muy temprana y tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. (MINSALUD, 2021)

Múltiples parejas sexuales:

Aquellos cuyas parejas sexuales previas desarrollaron enfermedades precancerosas o cancerosas del cuello uterino, debido a una mayor exposición.

Multiparidad:

Se ha demostrado que el NIC y el cáncer cervical se encuentran más a menudo en mujeres multíparas. Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. (MINSA, 2021) En relación con la multiparidad, se plantea que, con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino debido a mayor número de contactos sexuales, a traumas cervicales, desgarros del parto no suturados con más exposición a virus oncogénicos y a cambios hormonales con posible acción carcinogénica.

Gestágenos orales:

Asimismo, se encuentra casi el doble de riesgo si la paciente toma gestágenos orales por más de cinco años, las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años. (Alvarez Rodas, 2017)

Bajo nivel socio-económico:

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

Inmunosupresión:

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

Clasificación de las lesiones pre – malignas del cáncer de cuello uterino.

BETHESDA	RICHARD	OMS
ASCUS		
LEIBG	NIC I	Displasia leve
LEIAG	NIC II	Displasia moderada
	NIC III	Displasia grave Carcinoma in situ
CA. INVASOR		
AGUS		
ASCUS: Células escamosas que no tienen aspecto normal, tampoco tienen aspecto LEI ó cáncer. AGUS: células glandulares que no tienen aspecto normal, tampoco tienen aspecto de LEI ó cáncer		

(Ortega, 2013)

Diagnóstico

Pruebas de tamizaje disponibles:

- Citología convencional y en medio líquido.
- Inspección visual con ácido acético.
- Prueba del ADN del VPH.

El éxito de la **citología cervical** como método de tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino se debe a su relativa simplicidad y bajo costo del examen. La búsqueda regular de cáncer de cuello uterino mediante citología reduce tanto la mortalidad como la incidencia de cáncer invasor en la población estudiada; el

tamizaje anual citológico puede reducir hasta en un 95% la incidencia por carcinoma escamoso invasor. (Martínez Varela, 2015)

La toma de la citología debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. (Servicio de Salud Colombia, 2013)

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales. (Servicio de Salud Colombia, 2013)

Inspección visual con ácido acético (IVAA)

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones intraepiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético al 5% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los materiales necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud del 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 conglo meren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco.

Es resultado negativo cuando:

- No se observa mancha blanca en la unión escamo-columnar.
- 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).

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

Colposcopia El estudio de Papanicolaou tiene una tasa de resultados negativos falsos de 15 a 40% para los cánceres invasores y la colposcopia proporciona un diagnóstico más definitivo.

La colposcopia es la exploración del cuello uterino y un procedimiento ginecológico que se realiza normalmente para evaluar a la paciente con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou o citología cervical. El colposcopio es una especie de telescopio binocular de enfoque próximo que permite al médico ver con detalle regiones anormales del cuello uterino, a través de la vagina, por lo que es posible extraer una biopsia del área anormal y enviarlo al patólogo.

Para visualizar las paredes de la vagina y del cuello uterino, se introduce un espéculo que abre las paredes de la vagina, se limpia la mucosa con una dilución de ácido acético, se pueden utilizar diferentes colorantes como Lugol y distintos

tipos de luz para diferenciar la mucosa normal de la patológica, su objetivo es diagnosticar las lesiones pre malignas, pre invasores e invasoras del cáncer.

Tratamiento

Las lesiones de baja malignidad pueden tratarse por medios quirúrgicos o vigilarlas con tratamiento conservador. Hay una tasa de incidencia de regresión del 60%, pero en 15% de los casos la enfermedad progresa a anomalías de alta malignidad. La destrucción o ablación de la zona de transición puede realizarse con alguno de los siguientes métodos:

- **Conización con bisturí en frío.** Es el método ideal porque puede obtenerse una muestra para estudio histopatológico con márgenes limpios. 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 colposcópicos
 - 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. 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.

- **La crioterapia:** Implica la congelación del cuello uterino en el consultorio. La desventaja es que no se tiene tejido para estudio histopatológico, además de la posible cicatrización.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio:

Observacional, de corte transversal, según el tiempo de ocurrencia de los eventos es retrospectivo con enfoque cuantitativo.

2.2 Universo:

Corresponde a 80 pacientes en cuyos expedientes se registró un reporte de citología con lesiones pre malignas en cérvix atendidas en el Centro de Salud Enrique Cisne de Masaya durante el año 2021.

2.3 Área de estudio:

Centro de Salud Enrique Cisne. Esta unidad se encuentra ubicada departamento de Masaya, en el municipio de Nindirí contiguo al mercado de artesanías, con una atención promedio de 200 pacientes diarios en consulta externa para morbilidad general de adultos y niños, programas de atención especial al desarrollo de la niñez y la mujer embarazada, cuenta además con una sala de atención para casos de emergencia.

2.4 Muestra:

Se toma el censo total de pacientes con esta característica por lo que la muestra es igual al universo.

Tipo de muestreo: Muestreo deliberado, crítico o por juicio.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que se realizaron citología cervical en el periodo estudiado.
- Resultado de citología cervical con diagnóstico de lesión pre maligna.

- Pacientes que fueron atendidas en el Centro de Salud Enrique Cisne cuya citología se procesó en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez.

Criterios de exclusión:

- Citologías con resultados insatisfactorios.
- Resultados de citologías alteradas de muestras de control y seguimiento en 1 año.
- Mujeres cuyo expediente no esté disponible o que esté incompleto y no permita el adecuado llenado de la ficha de recolección de datos.

Fuente de información:

Secundaria: Se recolectará información de los expedientes clínicos de los pacientes en estudio.

2.5 Método para la recolección de la información y Técnica de recolección de datos:

El programa del sistema de vigilancia para la prevención del cáncer de la mujer **(SIVIPCAN)** es un software con el fin de registrar los datos de citología cervical y convertirla en un sistema virtual de vigilancia de lesiones precursoras de Cáncer que permite administrar información de las usuarias del sistema público de salud y promover el análisis de datos para la planificación y el seguimiento de indicadores de estructura, procesos y resultados en Atención Primaria (APS), coherente con el abordaje de la salud que impulsa el MINSA y la Organización Mundial de la Salud.

Para la recopilación de información fidedigna y confidencial, en el interior de las instalaciones del HHAV en el servicio de patología, se informó al jefe del servicio sobre el motivo y fines del estudio que se estaba realizando, solicitando la autorización para utilizar los datos registrados del período estudiado, garantizando la confidencialidad de la información.

2.6 Plan de Tabulación:

Se procedió a la revisión de las fichas digitales del SIVIPCAN, seleccionando las fichas que tenían resultados de citologías alterados. Utilizando el programa Epi Info se procedió a la tabulación y análisis de los datos obtenidos.

2.7 Análisis y tabulación

Los datos de las pacientes con citologías cervicales alteradas durante el periodo de estudio fueron procesados y analizados en el programa Epi Info, se elaboraron tablas de salida descriptivas para todas las variables a través de frecuencia absoluta y proporciones.

2.8 Variables

Objetivo 1

Describir las características generales y clínicas de los pacientes

- Procedencia
- Edad
- Estado civil
- Ocupación

Objetivo 2

Describir los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes en estudio.

- Inicio de vida sexual activa (IVSA)
- Número de gestas
- Edad del primer embarazo
- Número de parejas sexuales
- Edad del primer PAP
- Método de planificación familiar utilizado
- Comorbilidad
- Infección con el virus del papiloma humano (VPH)

- Inicio de vida sexual temprana (antes 18 años)
- Múltiples parejas sexuales
- Uso de gestágenos orales
- Multiparidad
- Primer embarazo a edad temprana (antes de 20 años)
- Antecedentes familiares de Cáncer

Objetivo 3

Clasificar los tipos de lesiones encontradas en los reportes de PAP

- Cervicitis crónica
- Condiloma acuminado
- Atipia escamosa
- LEIBG
- LEIAG
- Carcinoma in situ

2.9 Operacionalización de variables

Determinar las características epidemiológicas de las mujeres en estudio.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos	20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49
Estado civil	Situación conyugal de la paciente	Condición marital	Casada Unión estable Soltera
Procedencia	Localidad del cual procede o habita la paciente	Localidad geográfica	Rural Urbano
Ocupación	Medio de supervivencia económica del paciente	Tipo de trabajo que realiza	Ama de casa Asistente del hogar Comerciante Profesionista Otros
Mencionar los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes en estudio.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
Inicio de vida sexual activa	Edad cumplida cuando ocurrió la primera relación coital	Edad referida en expediente clínico	Menor de 20 años Mayor de 20 años
Número de gestas	Cantidad de veces en estado de gravidez independiente del curso final del embarazo	Número referido en expediente clínico	Nuligesta Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta
Edad del primer embarazo	Años cumplidos cuando ocurrió el primer evento de gravidez	Edad referida en expediente clínico	Menor de 14 15-19 20-35 Mayor de 36
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con la que ha tenido relaciones sexuales.	Dato referido en expediente clínico	1 persona Más de 1 persona

Edad del primer Papanicolau	Edad cumplida cuando ocurre la primera toma de citología cervical.	Dato referido en expediente clínico	Menor de 20 años Mayor de 20 años
Planificación Familiar	Método utilizado para espaciar o evitar embarazo	Dato referido en expediente clínico	Naturales Barrera Químicos Hormonales DIU Quirúrgica EQV
Comorbilidad	Dos o más enfermedades crónicas que ocurren en la misma persona a la vez	Dato referido en expediente clínico	Ninguna HTA DM Artritis Otras
Infección por VPH	Antecedente de haber cursado con cualquier manifestación clínica o reporte de infección por VPH	Dato referido en expediente clínico	Antecedente positivo Antecedente negativo
Antecedente familiar de cáncer	Persona con uno o más parientes biológicos con diagnóstico previo o activo de cáncer	Dato referido en expediente clínico	Sí No
Clasificar los tipos de lesiones encontradas en los reportes de PAP de la población en estudio.			
Tipo de lesión reportada	Es el informe escrito de lo observado en el PAP por el cito tecnólogo o patólogo	Reporte escrito	Cervicitis crónica Condiloma acuminado Atipia escamosa LEIBG LEIAG Carcinoma in situ

2.10 Aspectos éticos:

La información obtenida se mantuvo bajo el sigilo correspondiente y sólo se utilizaron para fines científicos y académicos, manteniendo en el anonimato el nombre de los pacientes.

Control de sesgos: Para el control de sesgos de información todos los datos fueron recolectados por las investigadoras, los sesgos de confusión se controlaron apegándose a los objetivos y variables del estudio. El sesgo de memoria se controló tomando los datos lo más cercano posible al evento.

CAPITULO III.

3.1 Resultados

Respecto a las características sociodemográficas a los grupos etarios en estudio podemos apreciar que el principal grupo de edad corresponde al de 25-29 años con un 23% (18), seguido del grupo de 20-24 años con 20% (16), continuando con el de 30-34 años con 18% (14), 35-39 años 16% (13), 40-44 años con 13% (10) y el grupo de 45-49 años con 11% (9). Ver tabla y figura 1.

Respecto al estado civil de las pacientes en estudio se encontró que el 54% (43) corresponde a mujeres en unión estable, seguidas de 36% (29) se encuentran casadas, y finalizando con 10% (8) se encuentran en estado solteras. Ver tabla y figura 2.

En lo concerniente a la procedencia de las pacientes se encontró que un 74% (59) corresponden a la zona rural y 26% (21) corresponden a zona urbana. Ver tabla y figura 3.

Respecto a la ocupación de las pacientes un 51% (41) corresponden a amas de casa, seguidas de 20% (16) profesionistas, 15% (12) con ocupación de comerciante, 10% (8) asistentes del hogar, por último 4% (3) otros. Ver tabla y figura 4.

En relación a los antecedentes gineco obstétricos, con el Inicio de vida sexual activa de las pacientes se encontró que 79% (63) iniciaron vida sexual antes de los 20 años y 21% (17) iniciaron posterior a los 20 años. Ver tabla y figura 5.

En cuanto al número de gestas, se observó que 34% (27) corresponden a pacientes bigestas, seguidas de primigestas con 24% (19), continuando con el grupo de nuligestas con 15% (12), trigestas con 11% (9), multigestas con 10% (8), terminando con gran multigesta 6% (5). Ver tabla y figura 6.

En relación con la edad del primer embarazo se encontró que en el grupo de menores de 14 años corresponden al 1% (1), el grupo de 15-19 años corresponde a 57% (39), el grupo de 20-35 años a 34% (23) y finalmente, el grupo de 36 años a más corresponden a 7% (5). Ver tabla y figura 7.

Respecto al número de parejas sexuales desde el inicio de la vida sexual activa de las pacientes se encontró que 93% (74) han tenido más de 1 pareja y solo una pareja el 8% (6). Ver tabla y figura 8.

Relacionado a la edad del primer PAP se encontró que 48% (38) se realizaron el procedimiento menor de los 20 años y 53% (42) se realizaron su primer papanicolaou mayor de 20 años. Ver tabla y figura 9.

En cuanto a la planificación familiar de las pacientes se evidenció que, 63% (50) planifican con métodos hormonales, 15% (12) actualmente con EQV, 14% (11) método de barrera, 5% (4) planifican con DIU, y 4% (3) planifican con métodos naturales, métodos químicos 0% (0) ninguna paciente con este método. Ver tabla y figura 10.

Relacionado con comorbilidades, se encontró 90% (72) niegan patologías; 8% (6) reportan padecer Hipertensión arterial crónica y 3% (2) de las pacientes reportan Diabetes Mellitus tipo 2. Ver tabla y figura 12.

Respecto al antecedente de infección por virus del Papiloma Humano, 14% (11) reportaron si antecedentes por VPH y 86% (69) negaron el antecedente de esta infección. Ver tabla y figura 13.

En lo concerniente con el antecedente familiar de cáncer, 96% (77) negaron este antecedente y el 4% (3) reportaron familiares con antecedentes de cáncer. Ver tabla y figura 14.

Al establecer el tipo de lesión reportada en el PAP se evidenció que el 66% eran de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (53 pacientes) seguido de un 11.2% con carcinoma in situ (9 pacientes) 10% lesión escamosa intraepitelial de alto grado (8 pacientes) 7.5% con cervicitis crónica (6 pacientes) y finalmente 2.5% para los grupos de atipia escamosa y condiloma acuminado (2 pacientes cada categoría) Tabla y figura 15.

La distribución de lesiones en los diferentes grupos de edad evidenció que los grupos de 30 a 34 años y 30 a 34 fueron los más afectados con lesiones de bajo grado, seguido por los grupos de 40 a 44 y 35 a 39 y de. El carcinoma in situ afectó casi de igual manera a los grupos de 25 a 29, 35 a 39, 40 hasta los 49 años. Las lesiones de alto grado se encontraron con 4 casos en el grupo de 45 a 49 y 3 casos de 35 a 39, un caso solo en el grupo de 25 a 29. La cervicitis crónica fue encontrada 5 pacientes de 20 a 24, 1 paciente de 25 a 29. Los dos casos de atipia escamosa fueron de los grupos de 20 a 24 y de 45 a 49 respectivamente. Finalmente, los 2 casos de condiloma estuvieron 1 en el grupo de 20 a 24 y el otro en el de 35 a 39. Tabla y figura 16.

3.2 Análisis y discusión de los resultados.

Respecto a los grupos etarios encontramos que el principal grupo de edad de 25-29 años con un 23% que corresponde a 18 pacientes, lo cual representa el mayor número de mujeres en evaluación, seguido del grupo de 20-24 años 16 pacientes, 30-34 años 14 pacientes, 35-39 años 13 pacientes, 40-44 años 10 pacientes y de 45-49 años con 9 pacientes. Si aglutinamos a las mujeres de 20 hasta los 39 años de edad sumariamos hasta un 77% de la población estudiada, este rango de edades representa al grupo de mujeres en edad fértil y típicamente con vida sexual más activa, con un potencial de empleabilidad y por ende mayores probabilidades de establecer nuevas relaciones con otras parejas de vida como parte de la dinámica sexual del ser humano.

Siendo la mayor parte de procedencia rural es esperable que se busquen oportunidades de trabajo en zonas más urbanas o en zonas industriales como las conocidas maquilas o en el sector de auxiliares del hogar. Aunque el 50% de las pacientes se consignan como amas de casa se sabe que esta no es una actividad remunerada y que muchas de las participantes no teniendo una actividad formal permanente terminen visualizándose como amas de casa, sin que esto signifique que no tengan otra actividad fuera de sus hogares, aunque fuese de índole informal o temporal. Solo un 20% se describió como profesionista.

Lamentablemente no se contó con la información en los expedientes sobre el dato de escolaridad lo que hubiese permitido un mejor análisis entre actividad laboral y nivel académico ya que tradicionalmente se ha asociado un bajo nivel educativo con un cuidado inadecuado de la salud y la falta de búsqueda oportuna de atención médica profesional.

Estos resultados de grupos de edad, actividad laboral y procedencia se relacionan con los encontrados en un estudio realizado en el Hospital Santiago de Jinotepe por

Ruiz y Picado (2016) en donde predominaban las edades de 25-29 años y amas de casa.

Solamente un 10% de mujeres se identificaron como solteras, el 90% tenían relaciones estables legalizadas o no. Este dato no se considera relevante ya que la propagación de las ITS, en las que se encuentra la infección por el VPH, es responsabilidad de la pareja y está demostrado que la mayoría de hombres tendrán infecciones sub clínicas sin manifestaciones. En este caso el tipo de vínculo de unión no representa necesariamente congruencia con la fidelidad entre la pareja.

Por otro lado, se encontró respecto al inicio de vida sexual activa, que la mayoría inició relaciones sexuales precozmente antes de los 20 años con 79%. Ya la literatura señala el inicio temprano de la vida sexual como factor de riesgo importante. Resulta también congruente que en los estudios de Chávez y Avilés (2011), Argueta (2014), Gallardo y Cunningham (2018) se señala este hallazgo como preponderante. La exposición a los fluidos sexuales entre parejas conlleva consigo implícito el riesgo de exposición al VPH y otros microorganismos patógenos, esto en un cuello con cambios adaptativos producto del inicio de la madurez biológica, en constante recambio celular resulta un buen caldo de cultivo para el riesgo de diversas lesiones cervicales, desde cervicitis hasta alteraciones en la mitosis celular.

El hallazgo del inicio de la actividad sexual precoz va de la mano con el inicio precoz de las tomas de PAP y la ocurrencia del primer embarazo, lo que no siempre coincide para bien, es decir no siempre se toma el primer PAP de manera precoz. En nuestro estudio hay casi un 80% de mujeres con IVSA menor a 20 años, un 57% de embarazo entre 15 y 19 años, pero solo 48% de toma del primer PAP ocurre antes de los 20 años. Ya lo ha señalado Sanabria (2011) en su revisión de literatura, que se necesita de monitoreo permanente del programa de detección precoz en todos los ámbitos y alternativas de diagnóstico de lesiones cervicales.

De manera similar la multiparidad es señalada como factor de riesgo y así lo confirman en sus hallazgos Chávez y Avilés (2011) y Gallardo y Cunningham (2018). El trauma sufrido por los trabajos de parto y los consecuentes mecanismos de reparación tisular aunados a la presencia potencial del VPH son también oportunos para la aparición de fenómenos de displasia celular. En nuestro estudio el 61% de las pacientes han tenido más de un parto, siendo la mayoría bigestas.

Respecto al número de parejas sexuales como factor de riesgo, se encontró que 93% han tenido más de una pareja sexual durante su vida, lo cual concuerda que a mayor número de parejas sexuales mayor es el riesgo de presentar lesiones de cérvix. Podemos relacionar nuestros resultados con los encontrados por Gallardo y Cunningham (2018). El inicio temprano de la actividad sexual no solo implica riesgo por la falta de madurez biológica completa sino además de madurez psicológica. En muchos de los casos de parejas adolescentes empiezan problemas por la convivencia y el inicio de las responsabilidades propias de la vida al no tener aún definidos muchos aspectos de la formación laboral o profesional. Las rupturas son comunes y por la misma dinámica humana es común el comienzo de nuevas relaciones de pareja. Este juego de intercambios de parejas a edad temprana es un fenómeno complejo y ya conocido en nuestra sociedad.

Respecto a la planificación familiar se evidenció que la mayoría de mujeres planifican con métodos hormonales en 63% que corresponde a 50 mujeres. Chávez y Avilés (2018) reportaron hasta un 83% de uso de hormonales. El instituto Nacional de Cáncer reconoce que cuanto más tiempo usa una mujer los anticonceptivos hormonales, tanto más es el aumento en su riesgo de cáncer de cuello uterino. Existe un riesgo aumentado en 10 % por menos de 5 años de uso; un 60 % de riesgo aumentado por 5 a 9 años de uso, y el doble de riesgo por 10 o más años de uso.

En cuanto a comorbilidades, se encontró que el 90% de mujeres en el estudio no presentan comorbilidades asociadas, se considera que este resultado se relaciona con los grupos etarios de población joven en estudio. Sin embargo, las mujeres de mayor edad presentaron en menor porcentaje comorbilidades como hipertensión arterial crónica en 8% y diabetes mellitus tipo 2 en un 2%.

En el estudio se encontró antecedentes de infección por virus del Papiloma Humano en un 14%, lo que nos orienta que a pesar de no ser tan alta su prevalencia en esta población si se relaciona con la formación de lesiones pre malignas. En este sentido es importante recalcar que no todas las infecciones por VPH se manifestarán como lesiones de condiloma acuminado, siendo en muchos casos sub clínicas o serán de sub tipos que no se expresan de esa manera. Naki & Kosey (2014) señalan que en las dos últimas décadas se ha confirmado que el virus del papiloma humano es el agente causal de la totalidad de neoplasias de cérvix y de sus lesiones precursoras

En lo concerniente con el antecedente familiar de cáncer, solo el 4% presento este factor. Según la asociación americana de cáncer, el cáncer cervicouterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias, sin madre o hermana que tuvieron cáncer cervicouterino, sus probabilidades aumenta de dos a tres veces más en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido.

En la clasificación de las lesiones impacta el hecho que la más común fue la intraepitelial de bajo grado (66%) que marca un límite entre el hallazgo de anormalidades, pero con enormes posibilidades de remisión. Este hallazgo parece ser relevante dado que el estudio realizado en Turquía por Naki y Kosey (2014) reportan un 86% de este tipo de lesiones y Vargas en el Hospital Bertha Calderón reporta un 50% de lesiones de bajo grado. Al revisar la distribución por edades se observa cómo afecta a todos los grupos de edad de manera importante, siendo los más notorios los rangos desde los 25 hasta los 34 años. Esto coincide con la historia natural de la enfermedad que indica que son necesarios unos 10 a 15 años para el desarrollo de un cáncer cervical en sus distintas etapas y más si las pacientes han

iniciado vida sexual a los 15 años con tomas tardías de PAP, esto es coherente con estos hallazgos en donde se nota que la enfermedad está cruzando el umbral hacia cambios irreversibles en la mayoría de casos.

Las lesiones de alto grado y el carcinoma in situ suman 17 pacientes, un importante 21% concentrado en las edades mayores a 35 años, de igual manera coincidente con la historia de enfermedad. Finalmente se comenta sobre los hallazgos en el grupo más joven de 20 a 24, es notorio como ya hay afección algo avanzada con lesiones de bajo grado pero también daños tisulares como la cervicitis que si bien no constituyen lesiones pre cancerosas per ce si son datos de anormalidad dado que los mecanismos de reparación implican una elevación en la tasa de división celular y como se ha comentado con anterioridad la latente presencia del virus del papiloma humano suman un riesgo para cambios malignos con el pasar de los años.

3.3 Conclusiones

En relación a nuestros objetivos planteados a las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró una distribución de grupos de edad bastante homogénea y una leve mayoría en el grupo de 25 a 29 años; El 54% de la población se encuentra en unión de hecho estable. La mayor cantidad de mujeres afectadas proceden de zona rural; El 51% de las mujeres son amas de casa.

Se concluyo que en lo que respecta antecedentes gineco obstétricos en estos grupos el inicio de la vida sexual antes de los 20 años, corresponde al 79%, la mayoría de mujeres son bigestas; El primer embarazo se registró en mujeres entre 15 a 19 años en un 57%, el 93% de mujeres han convivido con más de una pareja sexual. La mayoría de la población en estudio se realizó su primer PAP mayores a los 20 años y el 63% de las mujeres usan anticoncepción hormonal.

La mayoría de las mujeres no presentaban patologías crónicas asociadas. Se observó que el 14% de las mujeres tuvieron antecedentes de infección por VPH manifestado como lesiones de condiloma acuminado; en la mayor parte de la población estudiada no había antecedentes de cáncer familiar.

En cuanto a los tipos de lesiones premalignas de cáncer cervicouterino encontradas en estas pacientes, la más común fue la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Las mujeres entre 25 y 34 años presentaron la mayoría de estas lesiones de bajo grado.

3.4 Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados de la investigación a los trabajadores de la salud relacionados con la atención de la mujer del centro de salud Enrique Cisne, a fin de garantizar el seguimiento a las mujeres con lesiones pre malignas de cérvix.
- Fortalecer las medidas preventivas para la detección temprana de lesiones premalignas, estableciendo lo encontrado como un marco general de la caracterización de la población atendida en la unidad de salud.
- Realizar este tipo de estudios en otras poblaciones cubiertas por unidades de atención primaria a fin de conocer y divulgar la situación de cada grupo poblacional, evitando que el cáncer de cuello uterino quede como datos estadísticos globales y se genere un sentir de responsabilidad compartida al conocer la realidad local.
- Continuar garantizando de manera oportuna la capacitación al personal de salud y a la población general sobre la importancia de la toma de Papanicolaou y seguimiento a las mujeres con lesiones pre malignas de cérvix, mediante talleres educativos de forma continua.
- Enfatizar de manera permanente que el cribado de mujeres sanas, adecuado, oportuno, sostenido y precoz, mediante citología cervical, es la herramienta más adecuada para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA

4.1 Bibliografía

- Alvarez Rodas, E. (2017). *Manual de la Clínica de detección temprana*. Obtenido de PAHO:
<https://www.paho.org/gut/dmddocuments/2010%20MANUAL%20DE%20LA%20CLINICA%20DE%20DETECCION%20TEMPRANA%20COLPOSCOPIA.pdf>
- Argueta, E. (02 de 2014). Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de Cérvix en Pacientes con PAP. *Escuela de Estudios de Posgrado. Universidad de Guatemala*. Obtenido de
http://www.repositorio.usac.edu.gt/1655/1/05_9386.pdf
- Berganza, M., & Díaz, E. (02 de 2013). *Lesiones premalignas y malignas en las citologías de cervix de embarazadas en su xontrol prenatal*. Guatemala: Universidad de San Carlos. Obtenido de
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9001.pdf
- Chavéz Avilés, R. (2011). *“Comportamiento de las Lesiones Premalignas de Cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa del HBCR”*. Managua: UNAN, León. Obtenido de
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7139/1/241045.pdf>
- Gallardo, K., & Cunningham, W. (2018). Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones pre-malignas de cáncer cérvicouterino. *Revista Universitaria del Caribe*, Volumen 21, No. 2, Julio-Diciembre 2018. doi: DOI:
<https://doi.org/10.5377/ruc.v21i2.7766>
- López, J. P. (2012). *Metodología de la Investigación Científica. Un modelo integrador* (7 ed.). Managua: UNAN, Managua.
- Martínez Varela, S. (2015). *Citología Cervical*. Obtenido de
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>
- Mello, D. I. (01 de 10 de 2009). *zona de transformacion*. Obtenido de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2009/tgi091d.pdf>
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center. (2020). *Prevención del cáncer de cuello uterino y factores de riesgo*. Obtenido de https://www.mskcc.org/cancer-care/types/cervical/prevention-risk-factors?pn_mapping=pn_11&gclid=EAlaIqobChMlo_qbtvnQ9QIVrYpaBR20hQTJEAAYASAAEgJ6HfD_BwE
- MINSA. (2021). *Norma para la prevención y el abordaje del Cáncer Cervicouterino*. Managua, Nicaragua: MINSA.
- Naki, F. M., & Kösey, M. M. (01 de 06 de 2014). *Lesiones cervicales premalignas y su manejo*. Obtenido de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4072548/>

- Núñez, T. (2017). *Cigarrillo y cáncer de cuello uterino*. Maracaibo: Facultad de Medicina. Universidad de Zulia. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n2/art14.pdf>
- OMS. (11 de 11 de 2020). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- OPS. (2012). *El Cáncer Cervicouterino*. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Cervicouterino-2014.pdf>
- Ortega, S. F. (16 de 04 de 2013). *Actualizacion screening cancer de cervix*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/gutvertraulich/actualizacin-screening-cancer-de-cervix-19446413>
- Ovalle, L. (2018). *Manual para el tamizaje del Cáncer Cervicouterino*. Obtenido de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social: <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf>
- Rev. Salud Pública, Panamá. (2018). *Nueva clasificación epidemiológica de los tipos de papilomavirus asociados con el cáncer cervicouterino*. Obtenido de Instantáneas: <https://scielosp.org/article/rpsp/2003.v13n6/407-408/es/>
- Robbins, L., & Cotrans, W. (2015). *Patología estructural y funcional*. Barcelona: Elsevier Saunders.
- Ruiz, J., & Picado, E. (2016). *Incidencia de lesiones cervicales pre malignas en pacientes con PAP realizados en el Hospital Santiago de Jinotepe*. Carazo, Jinotepe: UNAN-Managua.
- Sanabria, N., & al, e. (2011). El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. *Revista de Ciencias Médicas Scielo, Cuba*, pp.295-319, Vol. 15, No 4. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400026
- Servicio de Salud Colombia. (2013). *Norma para la detección temprana del Cáncer*. Obtenido de <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normcacu.htm>
- Vargas, B. (2012). *“Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas al VPH”*. Managua: UNAN, Managua. Obtenido de <https://docplayer.es/57656742-Universidad-nacional-autonoma-de-nicaragua-managua-unan-managua-facultad-de-ciencias-medicas.html>
- WHO. (2016). *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical*. Obtenido de International Agency for Research on Cancer IARC: <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres01.pdf>

CAPITULO V. ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

5.1 Ficha de recolección de datos

“Caracterización de las lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino en mujeres 20 a 49 años atendidas en el centro de salud. Enrique Cisne, Masaya 2021.”

1. Procedencia a. Urbano ____ b. Rural ____	2. Edad a. <20 años ____ b. 20-34 años ____ c. 35 a 49 años ____
3. Estado Civil a. Soltera____ b. Casada ____ c. Unión estable____	4. Ocupación a. Ama de casa ____ b. Asistente del hogar____ c. Comerciante ____ d. Profesionista____ e. Otro ____
5. Inicio de vida sexual activa a. Menor de 20 años____ b. Mayor de 20 años____	6. Número de gestas a. Nuligesta____ b. Primigesta____ c. Bigesta____ d. Trigesta____ e. Multigesta____ f. Gran multigesta____

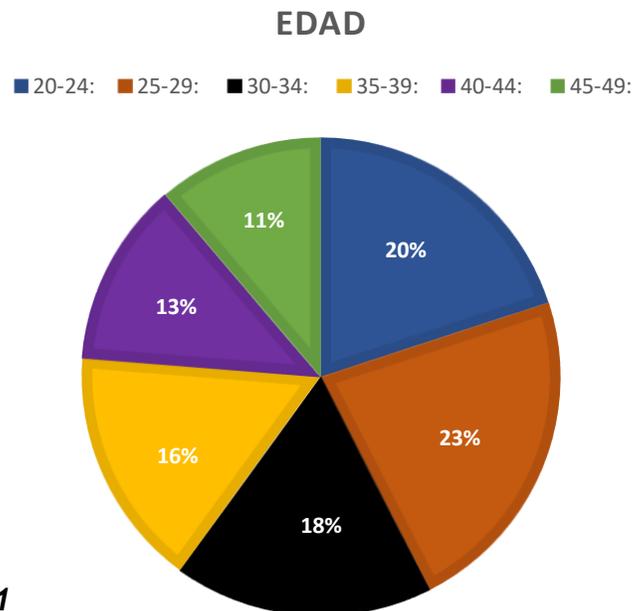
<p>7. Edad del primer embarazo</p> <p>a. Menor de 14____</p> <p>b. 15-19 ____ 20-35____</p>	<p>8. Número de parejas sexuales</p> <p>a. 1 persona____</p> <p>b. Más de 1 persona____</p>
<p>9. Edad del primer Papanicolau</p> <p>a. Menor de 20 años____</p> <p>b. Mayor de 20 años____</p>	<p>10. Planificación Familiar</p> <p>a. Naturales____</p> <p>b. Barrera____</p> <p>c. Químicos____</p> <p>d. Hormonales____</p> <p>e. DIU____</p> <p>f. Quirúrgica EQV____</p>
<p>11. Comorbilidad</p> <p>a. Ninguna</p> <p>b. HTA</p> <p>c. DM</p> <p>d. Artritis</p> <p>e. Otras</p>	<p>12. Infección por VPH (Condiloma)</p> <p>a. Antecedente positivo</p> <p>b. Antecedente negativo</p>
<p>15. Antecedente familiar de cáncer</p> <p>a. Sí</p> <p>b. No</p>	<p>16. Tipos de lesiones</p> <p>a. Cervicitis crónica</p> <p>b. Condiloma acuminado</p> <p>c. Atipia escamosa</p> <p>d. LEIBG</p> <p>e. LEIAG</p> <p>f. Carcinoma in situ</p>

Tabla 1. Edad de las pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya 2021

Edad	Frecuencia	%
20-24:	16	20
25-29:	18	23
30-34:	14	18
35-39:	13	16
40-44:	10	13
45-49:	9	11
TOTAL	80	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfica 1. Edad de las pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya 2021



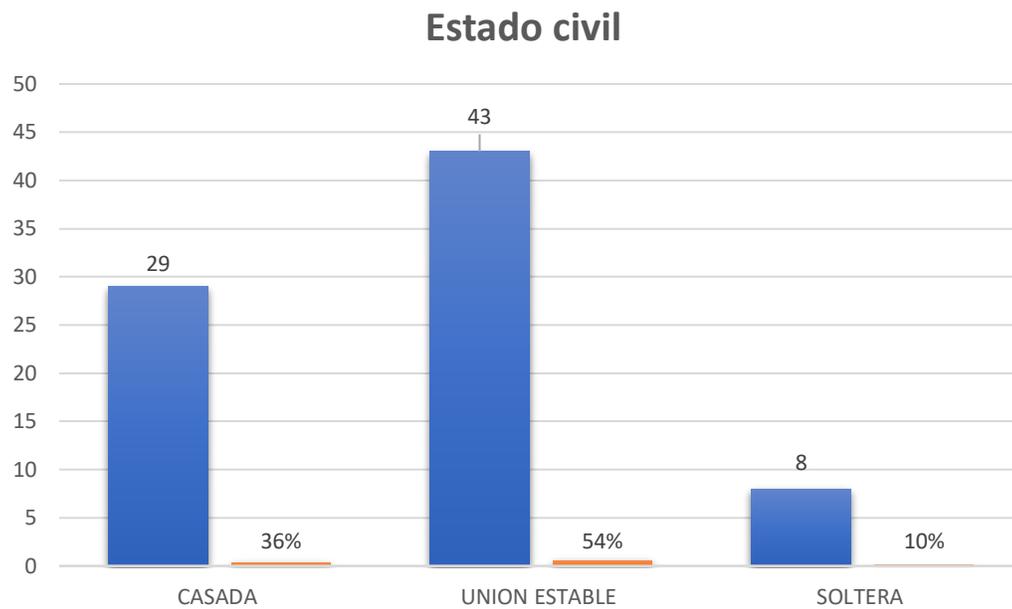
Fuente: Tabla #1

Tabla 2. Estado civil de las pacientes en estudio.

n=80		
Estado civil	Frecuencia	%
Casada	29	36
Unión estable	43	54
Soltera	8	10
Total	80	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Gráfico 2. Estado civil de las pacientes en estudio.



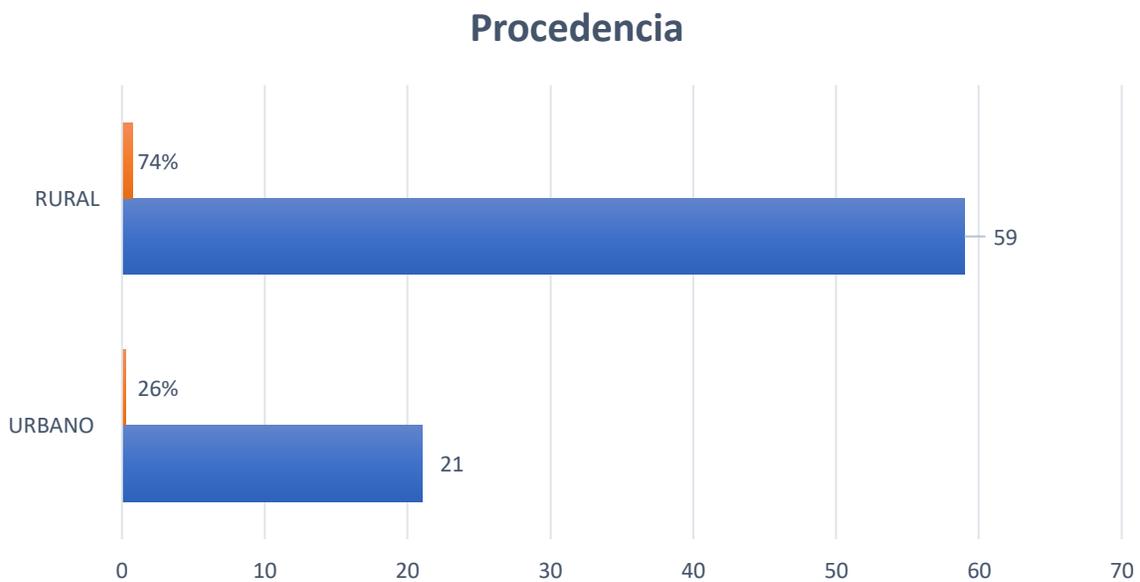
Fuente: tabla # 2

Tabla 3. Procedencia de las pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021

n=80		
Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	21	26
Rural	59	74
Total	80	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 3. Procedencia de las pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021



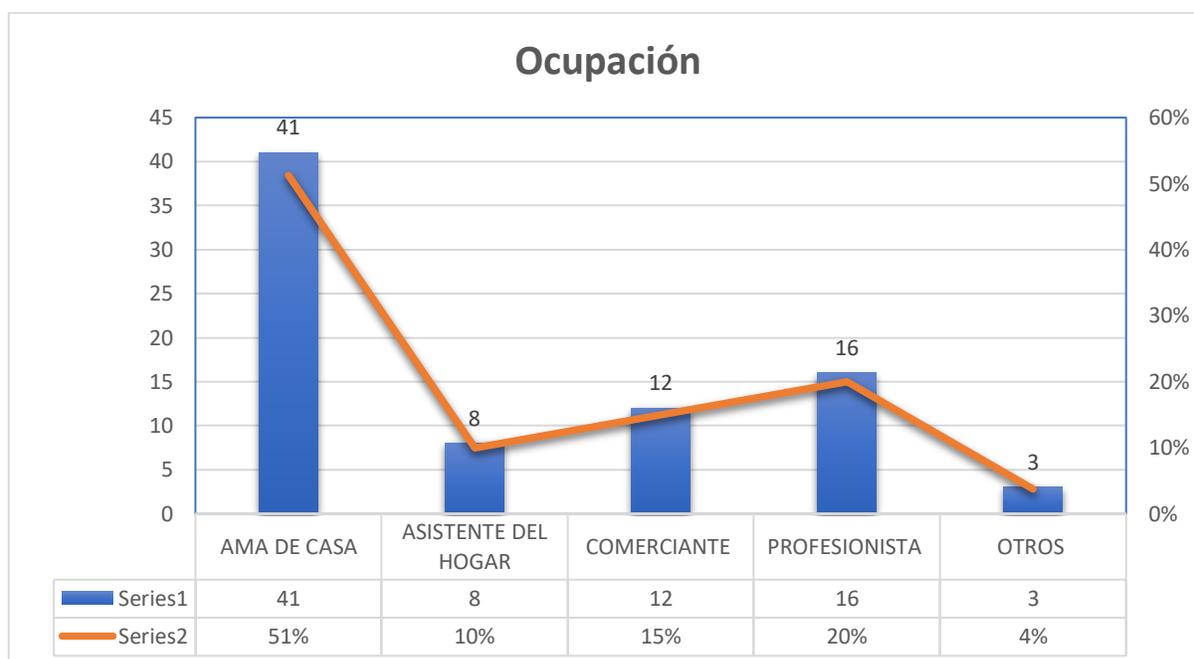
Fuente: Tabla #3

Tabla 4. Ocupación de las pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021

n=80		
Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	41	51
Asistente del hogar	8	10
Comerciante	12	15
Profesionista	16	20
Otro	3	4
Total	80	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfica 4. Ocupación de las pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021



Fuente: tabla #4

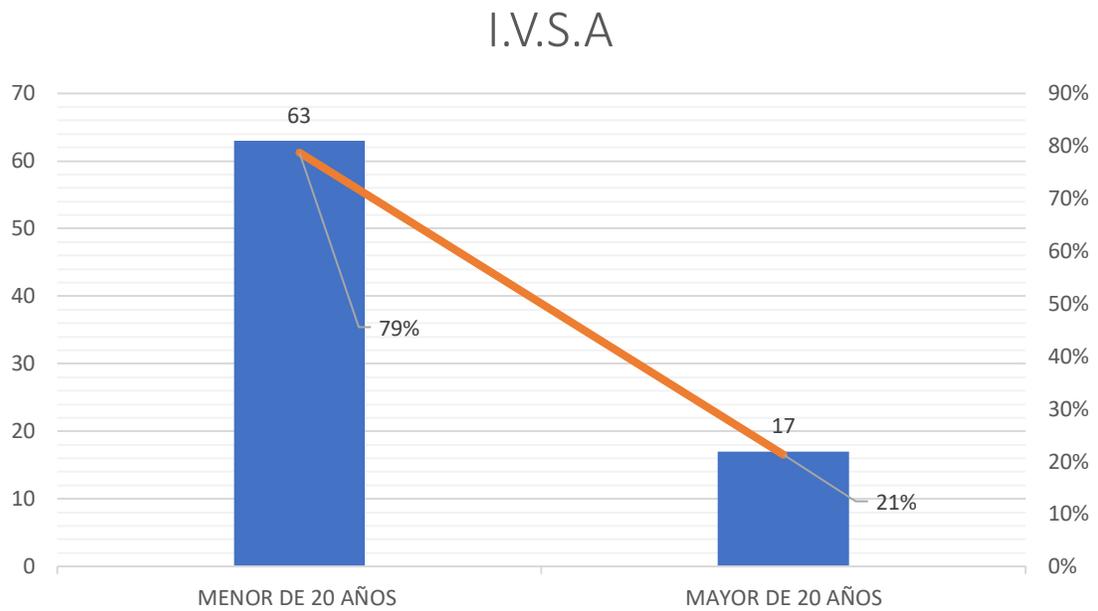
Tabla 5. IVSA de las pacientes en estudio.

n=80

IVSA	Frecuencia	%
Menor de 20 Años	63	79
Mayor de 20 Años	17	21
Total	80	100

Fuente: Expediente clínicos

Gráfico 5. IVSA de las pacientes en estudio.



Fuente: tabla #5

Tabla 6. Gestas de las pacientes en estudio

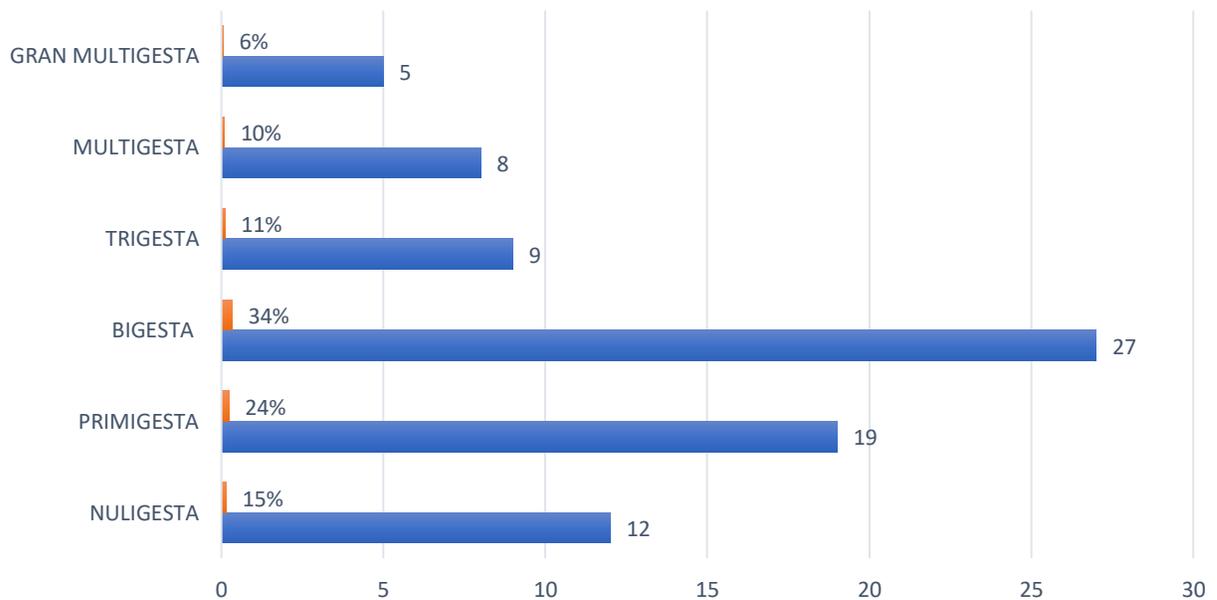
n=80

Número de gestas	Frecuencia	%
Nuligesta	12	15
Primigesta	19	24
Bigesta	27	34
Trigesta	9	11
Multigesta	8	10
Gran Multigesta	5	6
Total	80	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfica 6. Gestas de las pacientes en estudio

Número de gestas



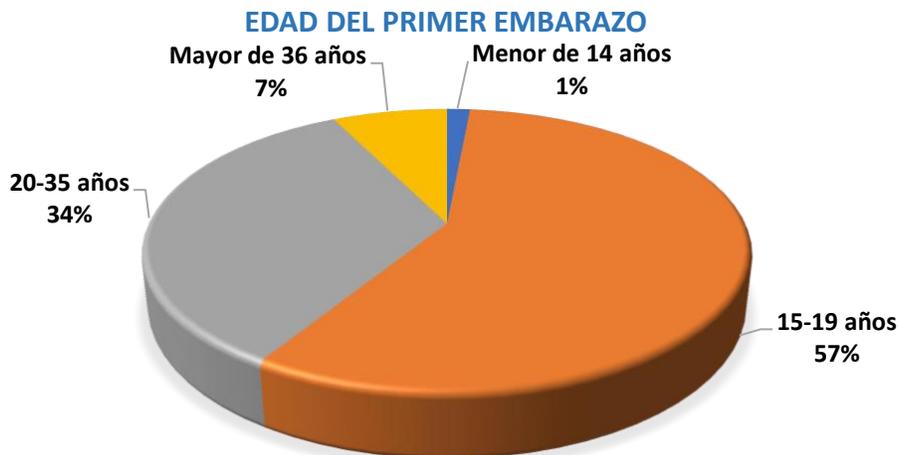
Fuente: Tabla # 6

Tabla 7. Edad del primer embarazo de pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021

Edad del primer embarazo	Frecuencia	n=80
		%
Menor de 14 años	1	1
15-19 años	39	57
20-35 años	23	34
Mayor de 36 años	5	7
Total	68	100

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 7: Edad del primer embarazo de pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021



Fuente: Tabla # 7

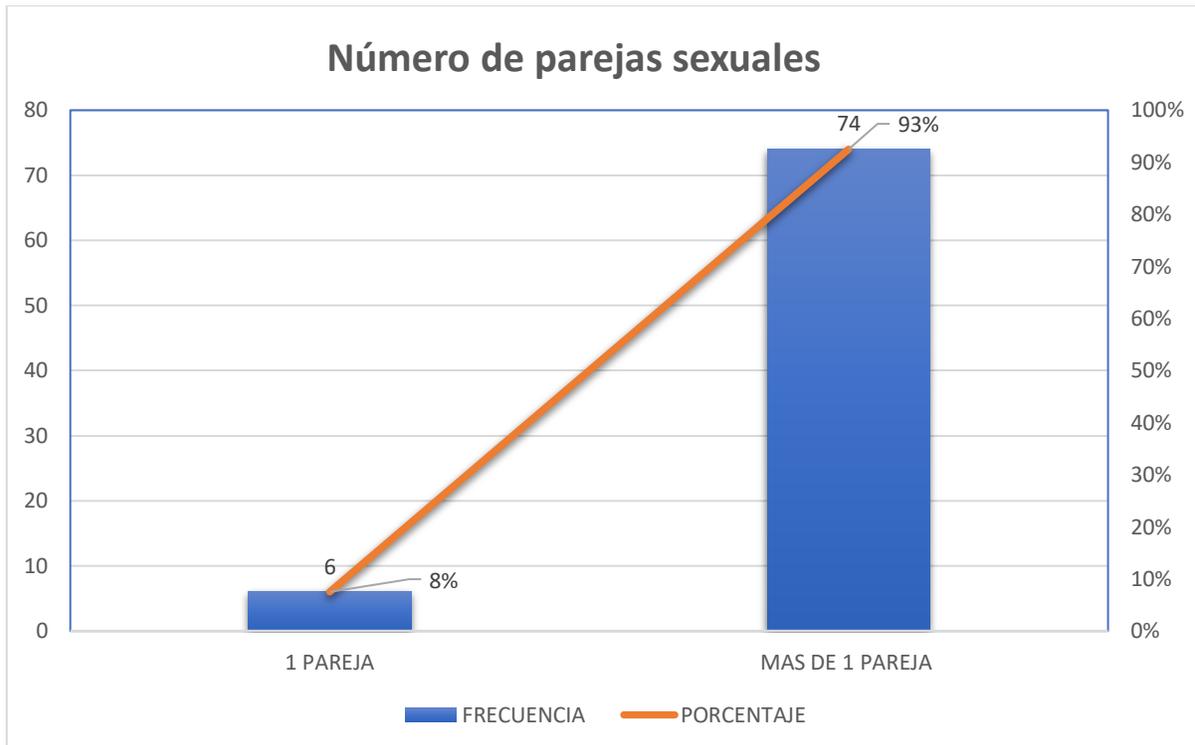
Tabla 8. Número de parejas sexuales de las pacientes en el presente estudio.

n=80

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%
1 Pareja	6	7
Más de 1 pareja	74	93
Total	80	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Gráfico 8. Número de parejas sexuales de las pacientes en el presente estudio



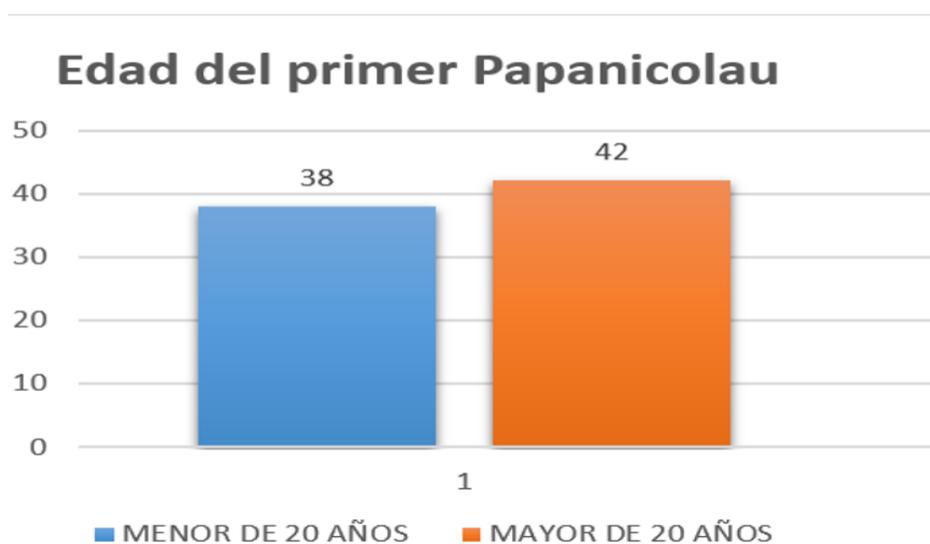
Fuente: Tabla # 8

Tabla 9. Edad del primer Papanicolau de pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya 2021

n=80		
Edad del primer PAP	Frecuencia	%
Menor de 20 Años	38	48
Mayor de 20 años	42	53
Total	80	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfica 9. Edad del primer Papanicolau de pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne, Masaya 2021



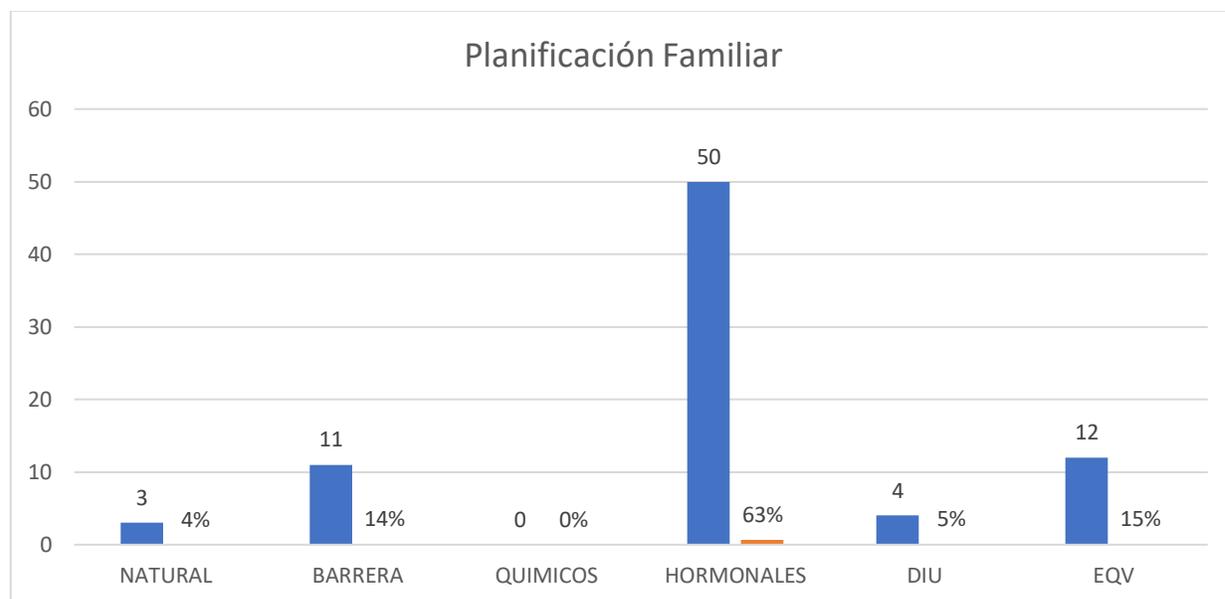
Fuente: Tabla #9

Tabla 10. Método de planificación familiar utilizados por las pacientes en estudio.

n=80		
Método de Planificación Familiar	Frecuencia	%
Natural	3	4
Barrera	11	14
Químicos	0	0
Hormonales	50	63
DIU	4	5
Esterilización quirúrgica voluntaria	12	15
Total	80	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 10. Método de planificación familiar utilizados por las pacientes en estudio.



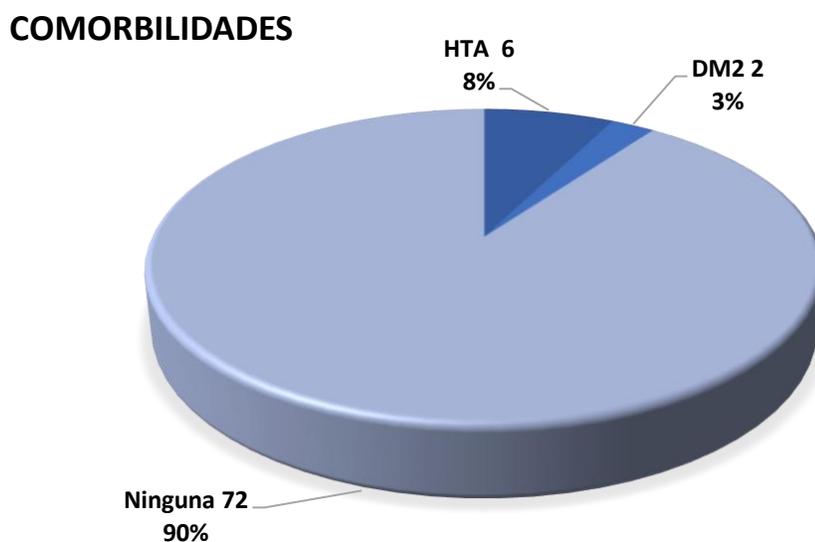
Fuente: tabla #10

Tabla 12. Comorbilidades presentes en las pacientes atendidas con lesiones cervicouterinas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021

n=80		
Comorbilidades	Frecuencia	%
HTA	6	8
DM2	2	3
Ninguna	72	90
TOTAL	80	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 12. Comorbilidades presentes en las pacientes atendidas con lesiones cervicouterinas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021



Fuente: Tabla #12

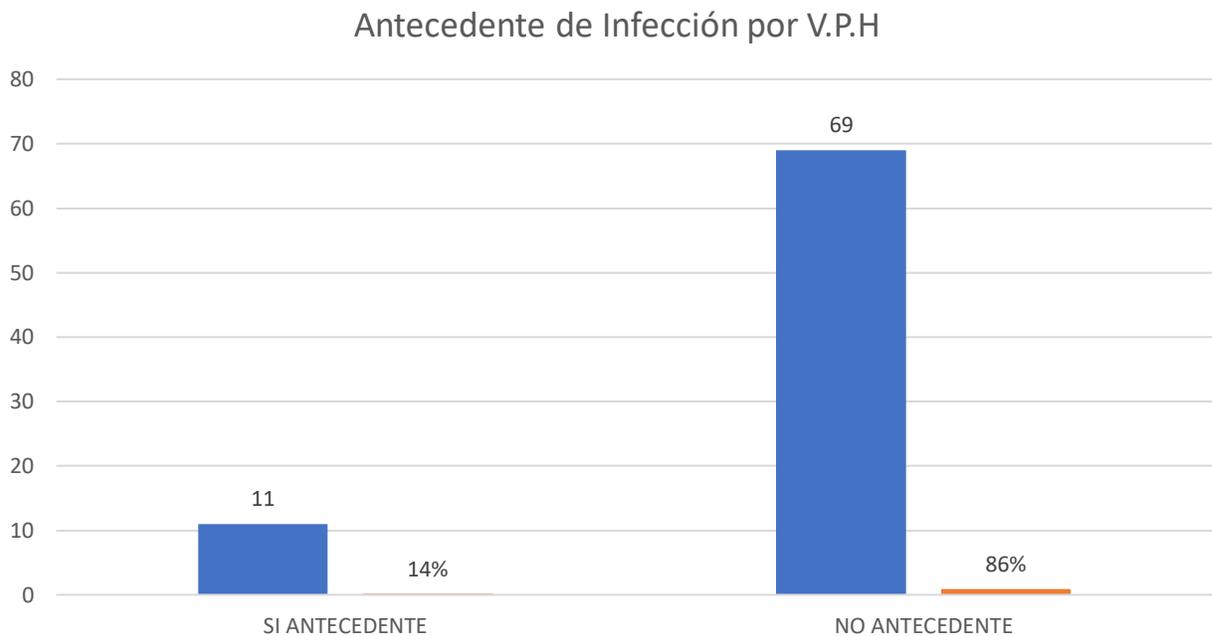
Tabla 13. Antecedentes de VPH de pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne.

n=80

Antecedente de VPH	Frecuencia	%
Antecedente positivo	11	14
Antecedente negativo	69	86
Total	80	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfica 13. Antecedentes de VPH de pacientes con lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino atendidas en el centro de salud Enrique Cisne



Fuente: tabla #1

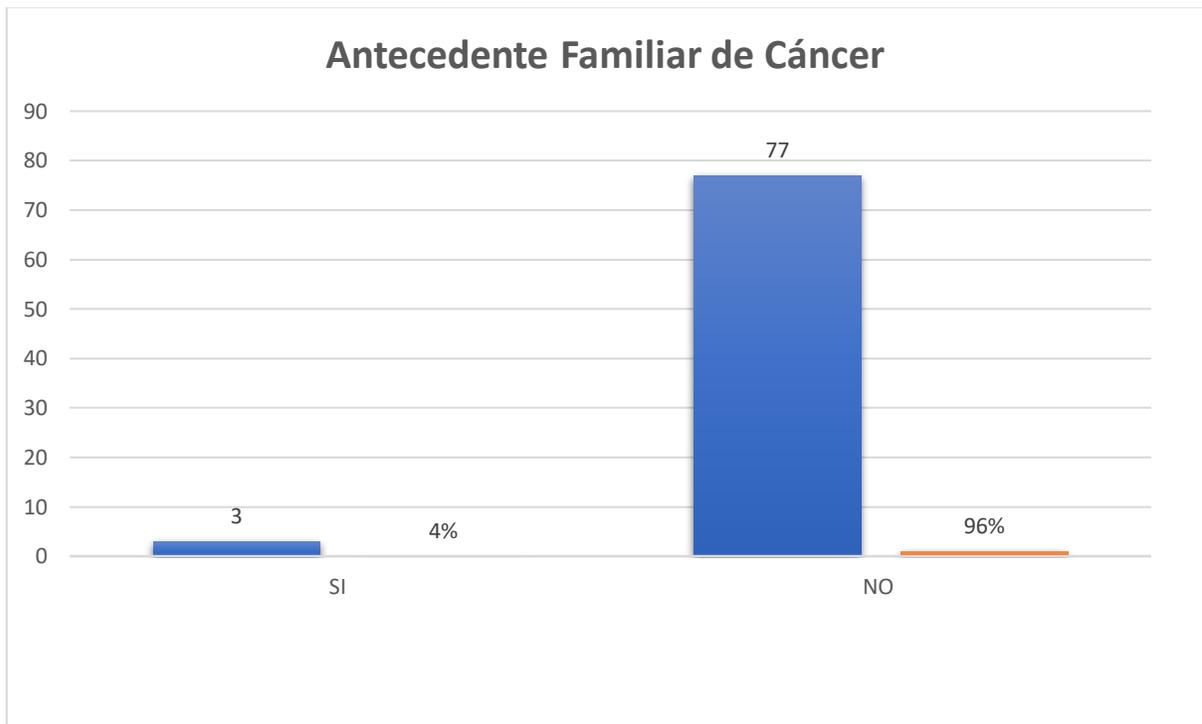
Tabla 14. Antecedentes familiares de cáncer de las pacientes en estudio.

n=80

Antecedente familiar de cáncer	Frecuencia	%
SI	3	4%
NO	77	96%
TOTAL	80	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfica 14. Antecedentes familiares de cáncer de las pacientes en estudio.



Fuente: Tabla #14

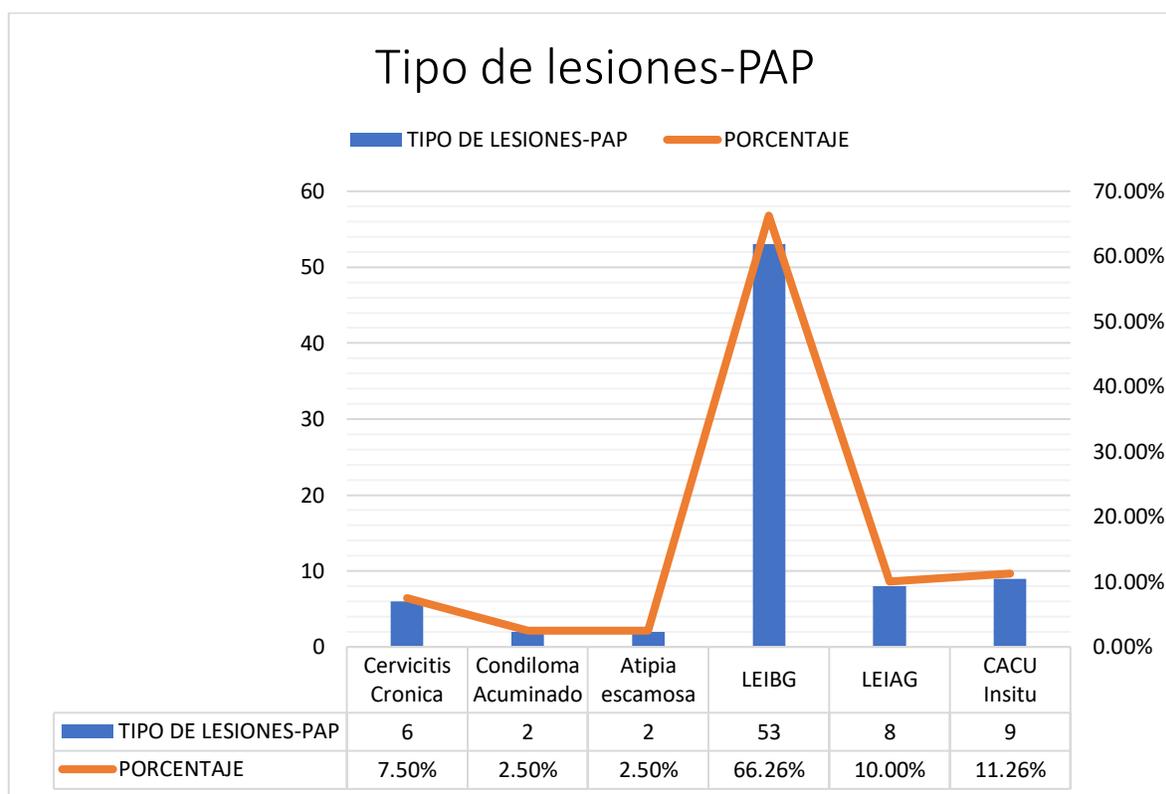
Tabla 15. Tipo de lesión encontradas en los PAP de pacientes atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021

n=80

Tipo de lesión	Frecuencia	%
<i>Cervicitis Crónica</i>	6	7.5%
<i>Condiloma Acuminado</i>	2	2.5%
<i>Atipia escamosa</i>	2	2.5%
<i>LEIBG</i>	53	66.2%
<i>LEIAG</i>	8	10.0%
<i>CACU In situ</i>	9	11.2%
<i>Total, general</i>	80	100.0%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 15. Tipo de lesión encontradas en los PAP de pacientes atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021



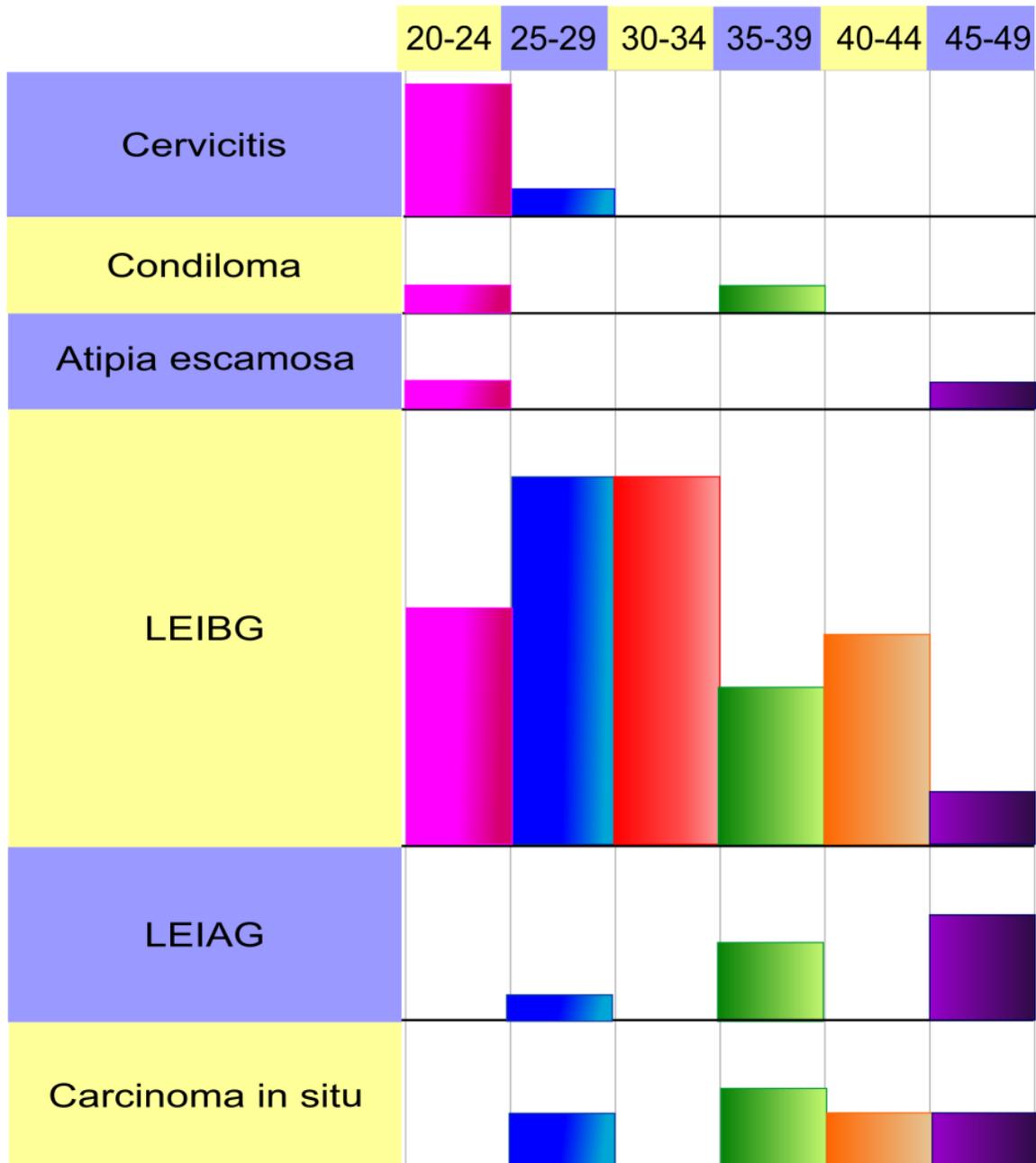
Fuente: tabla #15

Tabla 16. Tipo de lesiones según edad de las pacientes atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021

							n=80
Grupo de edad	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Tipo de lesión							
Cervicitis crónica	5	1	0	0	0	0	6
Condiloma	1	0	0	1	0	0	2
Atipia escamosa	1	0	0	0	0	1	2
LEIBG	9	14	14	6	8	2	53
LEIAG	0	1	0	3	0	4	8
Carcinoma in situ	0	2	0	3	2	2	9
Total	16	18	14	13	10	9	80

Fuente: Expediente clínico

Gráfica 16. Tipo de lesiones según edad de las pacientes atendidas en el centro de salud Enrique Cisne Masaya 2021



Fuente: Tabla #16