

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



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y  
CIRUGÍA.**

***SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN  
MUJERES DEL MUNICIPIO DE ESTELÍ ATENDIDAS EN LA CLINICA DE  
LESIONES DEL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA, PERIODO ENERO –  
JUNIO 2017.***

***Autor:***

Br. Olga Sofía Zeledón Rocha

***Tutor:***

M.S.C M.D. José de los Ángeles Méndez

**Gineco - obstetra**

Estelí, noviembre 2017

## **AGRADECIMIENTOS**

- A Dios, mi fortaleza y guía en todos los caminos de mi vida.
  
- A mis padres, responsables del impulso de cada día para seguir adelante.
  
- A mi esposo por su apoyo incondicional y a mi hija por ser mi motor y mi mayor motivación.
  
- Al Dr. José de los Ángeles Méndez, por su paciencia y dedicación, por su indispensable ayuda para la realización de esta investigación.
  
- Al personal de Estadística del Centro de Salud Leonel Rugama por facilitarme la información necesaria.

### Opinión del tutor

La tarea de investigar, forma parte de la formación médica integral y completa y es la primicia fundamental para el manejo adecuado de las patologías que afecta especialmente a la mujer.

Basado en este aspecto fundamental la joven bachiller Olga Sofía Zeledón Rocha, se planteó investigar la situación epidemiológica del virus del papiloma humano en mujeres y acertando en que esta es una problemática de salud pública que hay que darle respuesta de forma oportuna.

Los resultados obtenidos en este estudio generan de base para cambiar, modificar o crear políticas en salud, en mejorar y garantizar el buen estado de salud de la mujer nicaragüense.

Reciba la investigadora, mis más altas muestra de felicitaciones, por el esfuerzo concluido,

Atentamente

M.S.C M.D José de los Angeles Méndez

## **RESUMEN**

El virus del papiloma humano, es uno de los principales problemas de salud pública, no sólo en Nicaragua, sino en gran parte de América Latina favorecido por el alto grado de analfabetismo, desempleo, nivel educativo y económico bajo, lo que motivó la realización de este estudio donde el objetivo principal es conocer la situación epidemiológica del virus del papiloma humano en mujeres del municipio de Estelí.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, serie de casos, realizado en las mujeres atendidas en el servicio de clínica de lesión del Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí en el periodo enero – junio 2017 , en el que se utilizó un instrumento de recolección de datos llenado de fuente secundaria. Se aplicó a 308 expedientes que de estos solo 237 cumplieron con los criterios de inclusión, fueron analizados en el programa SPSS v. 20, elaborándose tablas de frecuencia y porcentaje; encontrándose que:

De los datos generales fueron predominante y significativo el grupo etario de 34- 59 años, la secundaria como nivel académico, unión libre como estado civil, de procedencia urbana y obreras como ocupación.

De los datos gineco- obtetricos del grupo de mujeres en estudio encontré como datos importante que en su mayoría tuvieron una una menarca antes de los 15 años con inicio de vida sexual activa antes de los 20 años, multigestas, con más de dos compañeros sexuales hasta el momento del estudio.

En la evolución de las pacientes encontramos que en un gran porcentaje tuvieron una evolución satisfactoria, en comparación con la minoría que terminaron en histerectomía.

## **INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>ANTECEDENTES</b> .....	8
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	10
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	11
<b>OBJETIVOS</b> .....	12
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	13
<b>DISEÑO METODOLÒGICO</b> .....	23
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE</b> .....	25
<b>RESULTADOS</b> .....	27
<b>Análisis</b> .....	37
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	39
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	40
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	44

## INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual más común del mundo y la más frecuente en los Estados Unidos de América. La incidencia en el mundo aproximadamente es 10% y durante toda la vida el riesgo de exposición a la infección es de un 50 a 80%, esto varía de acuerdo a edad, localización geográfica y la frecuencia de tamizaje, dicho de otra manera; casi el 80% de la población mundial está expuesta. <sup>(1)</sup>

Actualmente se han identificado alrededor de 200 genotipos del VPH, de los cuales 30 tipos son causantes especialmente de infecciones ano genitales <sup>(2)</sup> Los genotipos de VPH son clasificados como de alto riesgo y de bajo riesgo según su potencial de malignidad. Varios estudios deben ser considerados carcinogénicos o de alto riesgo a los tipos VPH 16-18-31-33-35- 39-45-51-52-56-58-59-67-68-73- 82; probablemente carcinogénico a los tipos VPH 26-53 y 66. <sup>(1)</sup>

El virus del papiloma humano, es uno de los principales problemas de salud pública, no sólo en Nicaragua, sino en gran parte de América Latina. La infección por este virus es la causa principal de cáncer de cuello uterino en las mujeres; en América central, la tasa de mortalidad nacional por CACU estimada para el año 2000 fue de 42.28 por cada 100 000 mujeres. <sup>25)</sup>

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refieren que medio millón de mujeres en el mundo son diagnosticadas al año con cáncer cervical producido por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y 740 fallecen al día, de las cuales 80 por ciento vive en países de bajos ingresos.

En Nicaragua la situación de Cáncer Cervicouterino es similar a la de otros países en vías de desarrollo, esto favorecido por el alto grado de analfabetismo,

desempleo, nivel educativo y económico bajo; esto explica la gran diferencia en comparación con los países desarrollados. En este país mueren por todo tipo de Cáncer más de 20,000 mujeres, ocupando el primer lugar el Cáncer Cervicouterino, ya que de cada 100 casos de Cáncer detectado en el aparato genital femenino el 85% son de Cuello Uterino, siendo la primera causa de muerte en mujeres mayores de 45 años. <sup>(12)</sup>

Los exámenes para la de detección temprana de cáncer cervicouterino – el PAP o citología, y la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)- detectan posibles lesiones provocadas por el VPH. La detección temprana se hace para identificar si hay lesiones precancerosas producidas por el VPH que deben ser tratadas antes de que se transformen en cáncer. Debido a que la prueba de VPH es una tecnología nueva que aún no está disponible en todos los países, es muy importante que la mujer se realice un examen de detección temprana del cáncer cervicouterino, el PAP o citología, o la IVAA, para prevenir que lesiones precancerosas se transformen en cáncer.

En este trabajo se presenta un estudio descriptivo de series de caso, diseñado para conocer la situación actual del virus del papiloma humano en mujeres del municipio de Estelí.



## ANTECEDENTES

Valenzuela W. (2011). En Estados Unidos (2010), en estudios de mujeres con enfermedades cervicales asociadas con VPH subclínicas, el 80% tenían pruebas histológicas de infección genital por VPH. Del 25-30% tenían lesiones clínicas aparentes y el 60% solamente tenían enfermedades subclínicas. Varios estudios han demostrado concordancia entre los tipos VPH detectados en ambos miembros de la pareja sexual. Melo y Montenegro (2011).

En Yucatán, México en su estudio sobre la epidemiología de la infección por VPH en mujeres privadas de libertad. Se seleccionó a un grupo de mujeres privadas de su libertad, se incluyeron a 82 mujeres a quienes se les tomo muestra de células cervicales, identificando por reacción en cadena de la polimerasa el VPH que fue encontrado en el 20.7% de las muestras tomadas, siendo los genotipos VPG 6 y 1 los más comunes, pero en el 23.5% de las muestras positivas se encontraron infecciones múltiples, 3 con dos genotipos y 1 con tres. Aráuz p y Moreira O (2007). Según su estudio acerca de los factores correlacionados a la prevalencia de infección por virus del papiloma humano, en mujeres de 15-49 años. Centro de salud Héroes y Mártires del Cuá-Jinotega 2007. Se encontró que las prácticas sexuales de riesgo como la promiscuidad en hombres y mujeres y el cambio frecuente de compañero están asociadas con la presencia de VPH en los resultados de PAP actual. Así también el no uso del preservativo al tener relaciones sexuales con alguien que no es compañero definitivo. Castillo K y Taleno L.

(2012) En su estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Virus del Papiloma Humano en mujeres y hombres de 15-20 años que asisten a la consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vázquez en el período de junio-agosto 2011. Se encontró que el grupo de edad prevalente, se dio entre los 15-19 años y 25-29 años, con escolaridad secundaria en su mayoría, predominando el sexo femenino. Con estado civil unión estable, de procedencia urbana, de religión católica y ama de casa. 8 La mayoría de las y los entrevistados concuerda en que se aumenta el riesgo de adquirir el VPH, al tener múltiples parejas esto produce cáncer cervico-uterino. El grupo en estudio iniciaron su vida sexual activa entre los 17-21 año, la mayoría ha tenido un compañero sexual y aun no se ha realizado PAP. Ortiz C. y Valenzuela W. (2011).



En un estudio sobre la situación epidemiológica del Virus del Papiloma Humano en las pacientes que se realizaron el PAP en el Hospital Bertha Calderón en el período de Enero 2009- Diciembre 2011. Se encontró que la prevalencia para el Virus del Papiloma Humano se presenta en mujeres de edades comprendidas entre 18-35 años. Se encontró en cuanto a la escolaridad un mayor porcentaje en los estudios primarios y el estado civil de la mayoría de las pacientes fue la unión libre. Se reportó que las pacientes afectadas tenían más de dos compañeros sexuales, esto aumenta el riesgo por estar asociada con la promiscuidad que representa un factor de riesgo importante para la infección del VPH. El número de gesta mayor de 3 se observa como un factor de riesgo para infecciones del VPH.

## **JUSTIFICACIÓN**

El virus del papiloma humano es un problema de gran importancia en la sociedad, siendo una de enfermedad que al no tratarse a tiempo puede terminar en un cáncer cervicouterino. Es una patología prevenibles ya que existe una vacuna la cual no se encuentra disponible gratuitamente en nuestro país, su diagnóstico es accesible, la muestra citológica es de bajo costo y detectada a tiempo tiene buen pronóstico; sin embargo a pesar de las medidas tomadas para contrarrestarlo, continúa siendo un problema de salud pública. De aquí la importancia de nuestro estudio, determinar y proporcionar al trabajador de la salud y la comunidad la situación actual en el municipio de Estelí sobre esta problemática.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo es la situación epimiologica del virus papiloma humano en mujeres de la ciudad de Estelí atendidas en la clínica de lesiones en el centro de salud Leonel Rugama en el periodo de enero a junio 2017?

.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Describir situación epidemiológica del virus del papiloma humano en mujeres de la ciudad de Estelí atendidas en la clínica de lesiones del centro de salud Leonel Rugama en el periodo de enero a junio 2017

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los datos generales del grupo en mujeres en estudio.
- Mencionar los datos gineco – obstétricos del grupo en mujeres en estudio.
- Describir como se realizó el diagnóstico.
- Describir el manejo brindado a las mujeres en estudio.
- mencionar la asociación del virus del papiloma humano con otras lesiones cervicales.
- Mencionar la evolución del grupo en estudio.

## MARCO TEÓRICO

### **Virus de papiloma humano**

El virus papiloma humano (VPH) es un virus de tamaño pequeño, no encapsulado, con una estructura icosaédrica y una doble cadena de ADN circular de 7.500 a 8.000 pb. Este virus pertenece a la familia de los Papovaviridae, incluida en el género Papilomavirus. Se encuentra ampliamente distribuidos en la naturaleza e infectan tanto a aves como mamíferos incluyendo humanos. Usualmente, el resultado de la infección es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo. <sup>(7)</sup>

Las infecciones por VPH son muy comunes. Estos virus se pasan de una persona a otra por contacto sexual. La mayoría de los adultos han sido infectados con VPH en algún momento de su vida, aunque la mayoría de las infecciones desaparecen por si sola.

### **Clasificación**

Actualmente se han identificado alrededor de 200 genotipos del VPH, de los cuales 30 tipos son causantes especialmente de infecciones anogenitales. Los genotipos de VPH son clasificados como de alto riesgo y de bajo riesgo según su potencial de malignidad. Varios estudios deben ser considerados carcinogénicos o de alto riesgo a los tipos VPH 16-18-31-33-35- 39-45-51-52-56-58-59-67-68-73- 82 26-53 y 66. Los tipos de VPH de bajo riesgo encontrados comúnmente fueron VPH 6- 11- 40- 42- 43- 44- 54-55- 57- 61-62-64-69- 70-71- 72- 81- 83-84.

## **Fisiopatología**

El ciclo de infección del VPH va en estrecha relación con la forma de diferenciación de su hospedador natural, el queratinocito. El VPH penetra las células supra basales del epitelio cervical donde por transcripción y represión viral de sus genes tardíos L1 y L2 que son los inmunogenes más poderosos que el VPH sintetiza, esta represión es la que permite al virus escaparse del reconocimiento y la vigilancia inmune del huésped. Como el VPH infecta queratinocito no puede alcanzar los órganos linfoides regionales y las células de Langerhans a cargo de la inducción de la inmunidad de células T dependientes una vez infectadas con VPH no demuestran la expresión genética viral, la impresión de células T antivirales dependen de la presentación cruzada de antígenos virales por la células de Langerhans. Un número alto del aclaramiento de infecciones por VPH y lesiones premalignas VPH positivos; indica en general, que la respuesta inmune producida por las células de Langerhans como presentación de células antigénicas en el epitelio es capaz de producir una respuesta inmune eficiente contra el VPH. La ignorancia del huésped por la infección de VPH permite que este virus replique su ciclo y de paso a VPH persistente, mientras el VPH progresa su programa de replicación también progresa. Si bien es cierto que el VPH es causante de múltiples lesiones a nivel de tracto genital y otros además de cáncer cervical, la mayoría de las infecciones por dicho virus van a ser eliminadas o aclaradas por el sistema inmune. En un estudio donde un grupo de mujeres VPH ADN positivas fueron valoradas, se vio que un 80.7% de estas mujeres se aclaró la infección en un periodo aproximado de 19 meses, pero para aquellas con infección por VPH 16 el periodo aproximado de aclaramiento fue de 22 meses. Aquellos subtipos de VPH no oncogénicos son aclarados en un periodo aproximado de 5 meses, los subtipos oncogénicos son aclarados en un periodo de 8 a 12 meses.

## Factores de riesgo

- Nueva pareja sexual
- Bajo nivel socioeconómico ya que se dice que estas tienen menor acceso a sistemas de salud.
- Pobre estado nutricional.
- Número de compañeros sexuales y el número de parejas sexuales que este tenga.
- Primer coito a edad temprana: esto podría deberse a que la metaplasia es más activa en la adolescencia, estos son un grupo vulnerable a la transmisión de enfermedades sexuales debido a la inmadurez del tracto genital, sumado a la zona de transformación del cérvix y a un comportamiento sexual liberal más riesgoso.
- Enfermedad de transmisión sexual primaria.
- Inmunosupresión
- Tabaquismo ya que produce metabolitos carcinogénicos que conllevan a anomalías celulares, disminución de la inmunidad e incremento de la displasia.
- Anticonceptivos orales aumentan el riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH .
- Etnia negra, tienen niveles más altos de infecciones con VPH comparadas con mujeres de otras étnias<sup>(34)</sup>

## SÍNTOMAS

Las mujeres con VPH en el cérvix no producen ningún síntoma específico.



## DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Frotis de Papanicolaou: Desde 1940 ha sido una útil herramienta para el diagnóstico del virus del papiloma humano. Su sensibilidad es de un 50% a un 90%. A pesar de la innovación en las técnicas de detección queda una población de mujeres con frotis de Papanicolaou falsos negativos, ya que la identificación de la enfermedad depende de varios factores como la colección de la muestra, la preparación de la misma y la exanimación de las células exfoliadas del cérvix. La citología o test de Papanicolaou ha reducido la incidencia y la mortalidad de cáncer cervical invasivo en muchos países sin embargo el cáncer cervical persiste como causa de muerte y enfermedad en muchas mujeres. VPH co-test: En donde se utiliza al mismo tiempo el test de Papanicolaou y el test de VPH ha resultado ser eficiente. El test VPH ADN se realiza con una enzima de inmunoensayo PCR (reacción en cadena de polimerasa)

Los médicos recomiendan que las mujeres se realicen pruebas de Papanicolaou con regularidad a fin de ayudarse a reducir su riesgo de padecer cáncer cervical. Una prueba de Papanicolaou es una prueba sencilla que se usa para examinar las células cervicales. Las pruebas de PAP pueden encontrar cáncer cervical o células anormales que pueden resultar en cáncer cervical.

Si se tiene resultados anormales de la prueba de PAP, se continuaran con otras pruebas para hacer un diagnóstico:

1. Colposcopia
2. Biopsia
  - 2.1. Biopsia con sacabocado.
  - 2.2. Escisión electro quirúrgica con asa
  - 2.3. Legrado o curetaje endocervical
  - 2.4. Conización

“Si la biopsia muestra que hay cáncer presente, su médico necesita saber la extensión (estadio o etapa) de la enfermedad para ayudarle a planear el mejor tratamiento. La estadificación es un intento cuidadoso para saber si el tumor ha invadido los tejidos cercanos, si el cáncer se ha diseminado y, si es así, a qué partes del cuerpo se diseminó. El cáncer cervical suele diseminarse con más frecuencia a los tejidos cercanos en la pelvis, a los ganglios linfáticos o a los pulmones. También puede diseminarse al hígado o a los huesos”.<sup>(35)</sup>

Para conocer la extensión de la enfermedad, el médico puede pedir algunas de las siguientes pruebas:

- Radiografías del tórax
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética
- Tomografía por emisión de positrones

#### CUADRO DE EQUIVALENCIAS

<b>BETHESDA</b>	<b>OMS</b>	<b>NIC</b>	<b>PAPANICOLAOU</b>
Negativo Ascus – Agus	Negativo		Clase I- II
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L.I.E.B) e infección por VPH	Displasia Leve	I	Clase III A
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (L.I.E.A)	Displasia Moderada	II	Clase III B
	Displasia Severa-	III	Clase III C
	Carcinoma in situ		Clase IV
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor		Clase V A- B

---

Situación epidemiológica del virus del papiloma humano centro de salud Leonel Rugama enero – junio 2017

---

### COMPARACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:

Varios esquemas de clasificación se han desarrollado sobre los años para caracterizar los resultados de la prueba de PAP. “El sistema de Clase desarrollado originalmente por Papanicolaou ha sido substituido por el sistema de NIC (neoplasia intracervical) y el sistema de Bethesda que clasifica las displasias en bajo y alto grado. En la mayoría de los casos, éstas son lesiones precancerosas que pueden ser tratadas fácilmente con curación del casi 100%”.<sup>(35)</sup> El sistema de clasificación de NIC y el sistema de Bethesda son los más usados actualmente. La tabla más adelante compara las diferentes nomenclaturas usadas para clasificar las pruebas de PAP.

### ANORMALIDADES DEL EPITELIO ESCAMOSO

Células escamosas atípicas: (ASC-US / ASC-H): Esta categoría implica cambios que son sugestivos de displasia, pero que cuantitativa o cualitativamente son insuficientes para este diagnóstico.

ASC-US: El núcleo es aproximadamente 2 ½ a 3 veces más grande que el núcleo de una célula intermedia. La relación núcleo/citoplasma está levemente aumentada con hiper cromasia e irregularidad leve. Paraqueratosis atípica se incluye en este grupo (son cambios sospechosos de displasia de bajo grado o displasia no clasificable).

ASC-H: Las células en esta categoría se pueden encontrar solitarias o en grupos. Tienen el tamaño de las células metaplásicas con un núcleo entre 1 ½ a 2 ½ veces mayor de lo normal. La relación núcleo/citoplasma es parecida a las células de displasia de alto grado.

- Displasia de bajo grado (L-LIE): Aquí se incluyen dos categorías: los cambios celulares atribuibles a efecto citopático de VPH (coilocitosis) y la displasia leve, NIC I.
- Displasia de alto grado (H-LIE): Esta categoría incluye NIC II y III, displasia moderada y severa/ carcinoma in situ. Los cambios afectan células menos maduras que la displasia de bajo grado. Estas pueden estar solas o en grupos, presentan hipercromasia, relación núcleo/citoplasma aumentada.

#### ANORMALIDADES DEL EPITELIO GLANDULAR:

- Células endocervicales atípicas/ no especificadas: Células organizadas en grupos con desorganización, irregularidad, aumento de tamaño nuclear (3 a 4 veces en comparación con el núcleo de una célula endocervical normal), hipercromasia leve, puede apreciarse nucléolo, raramente mitosis, aumento en la relación núcleo/citoplasma. Los cambios no son suficientes para el diagnóstico de malignidad.
- Células endometriales atípicas/ no especificadas: Células organizadas en grupos de 5 a 10 células con aumento de tamaño nuclear, hipercromasia leve, citoplasma escaso y frecuentemente vacuolado, bordes celulares poco definidos. Puede haber un nucléolo pequeño. En el caso del epitelio endometrial, no existe una categoría “probablemente neoplásica”, la mayoría de las veces las células endometriales muestran signos de degeneración y es muy difícil hacer esta distinción.
- Células endocervicales atípicas probablemente neoplásicas: Todas las características anteriores además de irregularidad nuclear, hipercromasia, agrupamiento y desorganización más acentuada.

- Células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas: No hay criterio suficiente para decidir si las células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas son de origen endometrial o endocervical.
- Adenocarcinoma endocervical in situ: Se observan grupos glandulares con atipia de alto grado, estratificación nuclear, presencia de mitosis. Los grupos celulares tienen apariencia de palizada con núcleos que parecen protruir en la periferia.

## CARCINOMA

“Alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero, inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución; ocupa el 4to lugar de incidencia del Cáncer ginecológico en países desarrollados, primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense”. <sup>(29)(30)</sup>

El carcinoma del cuello uterino nace en la zona de transformación.

## FACTORES ANATOMOPATOLÓGICOS PRONÓSTICOS

1. Profundidad de la infiltración en la pared cervical: a mayor profundidad, más frecuentes las metástasis ganglionares.
2. Extensión a los parametrios (menor tiempo de supervivencia).
3. Grado de diferenciación. No es un factor claramente demostrado.
4. Permeaciones vasculares tumorales. Peor pronóstico.
5. Bordes del tumor: expansivos o infiltrativos.
6. Reacción inflamatoria peritumoral: a mayor reacción, mejor pronóstico.

Los más importantes son: si el tumor está confinado en el cuello o hay extensión a órganos vecinos o metástasis; si hay compromiso de bordes (vaginal, profundo pericervical) en las resecciones quirúrgicas.

#### LESIONES PRECURSORAS DEL CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO

Son lesiones puramente intraepiteliales, es decir, se encuentran por encima de la membrana basal que separa el epitelio escamoso del estroma. Se localizan en la zona de transformación, esto es, en la mucosa endocervical (pliegues glandulares), pero con metaplasia pavimentosa del epitelio de revestimiento. En este epitelio metaplásico se producen las lesiones.

“Histológicamente se caracterizan por: Desorden celular (no se reconocen las capas propias del epitelio escamoso), aumento de la relación núcleo-citoplasma, anisocariosis (diferentes tamaños nucleares), hipercromasia nuclear y mitosis”.<sup>(38)</sup>

Cuando estas alteraciones se encuentran predominantemente en el tercio basal del epitelio, son poco acentuadas y se produce maduración de las células, más allá del tercio inferior del epitelio: la lesión corresponde a una displasia leve. Cuando son más acentuadas y abarcan hasta los dos tercios basales del epitelio, se trata de una displasia moderada. Cuando son aún más acentuadas y comprometen más allá de los dos tercios inferiores del epitelio, la lesión corresponde a una displasia avanzada; y cuando compromete el 100% del espesor sin ningún signo de maduración de las células hacia los estratos superiores, se trata de un carcinoma in situ. Existe una segunda nomenclatura para estas lesiones precursoras, neoplasias intraepiteliales (NIE): a la displasia leve NIE I; a la moderada, NIE II; a la avanzada y al carcinoma in situ, NIE III.

Las lesiones precursoras del carcinoma invasor del cuello uterino se localizan en la zona de transición (debido a que es más frecuente en edad fértil, de 20/40 años). El promedio de edad para NIE I está entre 25/28 años; para NIE II y III en conjunto, entre 31 y 33 años.

“La terminología de neoplasia intraepitelial sugiere que se trata desde un comienzo de procesos neoplásicos y que progresan en un continuo desde el grado I al III y posteriormente, al carcinoma invasor. Sin embargo, es posible que se produzca la invasión a partir de lesiones menos avanzadas que el carcinoma in situ”. <sup>(37)</sup>



## DISEÑO METODOLÓGICO.

**Tipo de estudio:** descriptivo, serie de caso, corte transversal.

**Área de estudio:** El Servicio de clínica de lesión del Centro de Salud Leonel Rugama, departamento de Estelí.

**Período de estudio:** enero 2017- junio 2017

**Población de estudio:** fueron todas aquellas mujeres con diagnóstico de VPH en el periodo en estudio.

**Tamaño de la muestra:** todas aquellas mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

**Criterios de inclusión:** información completa en el expediente.

**Criterios de exclusión:** información incompleta en los expedientes.

**Fuente de información:**

- **Secundaria:** la información se recolecto directamente de los expedientes que cumplan con los criterios de inclusión.

**Instrumento de recolección de datos:** para la recolección de datos se utilizó instrumento de recopilación los datos generales, personales y gineceo- obstétricos asociados al VPH, la forma diagnostica, tratamiento y evolución de las mujeres en estudio.

**Procedimiento de recolección de datos:** se solicitó autorización al director del Silais Estelí para que autorizara la recolección de datos en el centro de salud Leonel

Rugama, en el área de clínica de lesión, para realizar el llenado de la encuesta con la información encontrada en los expedientes.

**Procedimiento y análisis:** los datos obtenidos fueron procesados de manera automatizada, utilizando el programa de SPSS versión 23.0 para Windows.

**Aspectos éticos:** Dado que la fuente de información es secundaria, se hizo uso de ésta solo para efectos de investigación, sin tomar en cuenta la identidad de la persona; con la debida autorización del responsable de la unidad.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

<b>VARIABLES.</b>	<b>CONCEPTO.</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>ESCALA/VALORES.</b>
<b>Objetivo No 1</b>			
<b>Edad</b>	Cantidad de años cumplidos a la fecha de aplicación del estudio	años	< 20 20- 34 35-59* > 60 años
<b>Ocupación</b>	Relativo a lo que se dedica una persona para su subsistencia	Según expediente	Ama de casa Obrera Maestra comerciante Estudiante
<b>Estado Civil</b>	Condición que caracteriza a una persona en lo que se refiere a sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	Según expediente	Soltera Acompañada Casada*
<b>Escolaridad</b>	Grado escolar alcanzado a la fecha de aplicación del estudio	Según expedientes	Analfabeta primaria secundaria universidad
<b>Procedencia</b>	Lugar de vivienda	Según expedientes	Rural * Urbano
<b>Hábito de Fumar</b>	Consumo habitual de Tabaco	Según expedientes	Si* No
<b>OBJETIVOS No2</b>		Según expedientes	
<b>Compañeros sexuales</b>	Número de Personas con las que ha tenido actividad sexual	Según expedientes	1 2 >3
<b>Inicio de vida sexual activa</b>	Edad de la mujer en que se comienza la actividad sexual	Según expedientes	< 15 >15
<b>Gestas</b>	Embarazos a lo largo de la vida de la mujer hasta la fecha del estudio	Según expedientes	1 2 3 o mas
<b>Método de planificación familiar</b>	Método utilizado por una pareja para llevar control de la reproducción.	Según expedientes	DIU Inyección mensual Bimensual Trimestral

Situación epidemiológica del virus del papiloma humano centro de salud Leonel Rugama enero – junio 2017

Preservativos  
Natural  
Gestagenos  
orales

<b>Partos</b>	Es la expulsión por vía natural del producto de la concepción.	Según expedientes	1 2 3 o mas
<b>Menarca</b>	Primera menstruación	Según expedientes	<15 >15
<b>Aborto</b>	Intervención del embarazo cuando aún el feto no es viable fuera del vientre materno.	Según expedientes	SI NO
<b>OBJETIVO No3</b>			
<b>Citología Cervical</b>	Es la toma de muestra de las células del endocérnix y exocérnix que se extienden en un porta objeto, son fijadas y sometidas a una tinción Conocida como Papanicolaou, para establecer un diagnóstico.	Según expedientes	Si No*
<b>Colposcopia</b>	Procedimiento se observa microscópicamente el epitelio del cuello uterino.	Según expedientes	
<b>Biopsia</b>	Procedimiento diagnostico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial del tejido.	Según expedientes	
<b>Legrado curetaje</b>	o Es un procedimiento, se extrae por medio de un raspado células epiteliales para su estudio.	Según expedientes	
<b>OBJETIVO No4</b>			
<b>Crioterapia</b>	Método curativo de algunas enfermedades que se fundamenta en la utilización de frio o bajas temperaturas.	Según expedientes	Si No
Conizacion por ASA	Este es un procedimiento quirúrgico que se utiliza en el diagnóstico y tratamiento del cuello de la matriz o cervix cuando la prueba de Papanicolaou es anormal.	Según expedientes	
<b>Histerectomía</b>	Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero parcial o totalmente.	Según expedientes	
<b>OBJETIVO No5</b>			
<b>Lesiones premalignas</b>	Cambios que son sugestivos de displasia.	Según expedientes	LIEBG LIEAG ACISSS
<b>OBJETIVO No6</b>			
<b>Evolución</b>	cambio del transcurso patológico	Según expedientes	No satisfactorio satisfactorio

## RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el período de enero- junio 2017, la población de estudio fueron 308 expedientes, del servicio de clínica de lesión, del centro de salud Leonel Rugama, Estelí, de los cuales 143 expedientes cumplían con criterios de inclusión. Los 165 expedientes restantes no contaban con la información completa de estos, 88 eran casos nuevos que fueron incluidos en la tabulación y excluido del tratamiento y evolución; 6 eran embarazadas atendidas en esta unidad, y los 71 restante aún tenían pendiente resultado de Papanicolaou post tratamiento.

### I. Datos generales de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.

Tabla N°1.a Distribución porcentual de la edad de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Válido <20	29	12,2
20-34	95	40,1
35-59	101	42,6
>60	12	5,1
Total	237	100,0

Fuente: expedientes clínicos

En la tabla N 1.a En relación a la edad se clasifíco en cuatro grupos etarios, encontrando en una mayor frecuencia afectada la edad de 35 a 59 años, para un porcentaje del 42.6% y en un menor porcentaje las pacientes mayores de 60 años para un total del 5.1 %. Ver tabla 1.a

**Tabla N°1.b Distribución porcentual de la escolaridad de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
analfabeta	5	2,1
primaria	77	32,5
secundaria	117	49,4
universitari	38	16,0
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: expediente clínico.**

En la siguiente tabla en relación a la escolaridad se clasifíco en cuatro grupos con un total de 237 casos, con un total de 117 mujeres (49.4%) completaron estudios de secundaria, y en una menor frecuencia las mujeres no contaban con ningún estudio 5 de ellas (2.1%) eran analfabetas. Ver tabla 1.b

**Tabla N°1.c Distribución porcentual del estado civil de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
casada	54	23%
unión libre	143	60%
soltera	40	17%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0%</b>

En la siguiente tabla se expresa el estado civil de las 237 mujeres en estudio, que en resultado en mayor frecuencia, un total de 143 mujeres están en unión libre (60%) y en menor frecuencia estaban soltera 40 de las mujeres estudiadas, (17%). Ver tabla 1.c

**Tabla N°1.d Distribución porcentual de la procedencia de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
urbano	196	83%
Rural	41	17%
Total	237	100,0%

En la siguiente tabla en relación a la procedencia de los 237 casos, se encontró que 196 mujeres (83%) son del área urbana y en menor frecuencia procedían del área rural (17%). Ver tabla 1.d

**Tabla N°1.d Distribución porcentual de la procedencia de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	95	40%
obreras	111	47%
comerciantes	6	3%
maestra	5	2%
estudiante	20	8%
Total	237	100,0

En la siguiente tabla con relación a la ocupación del total de casos en estudio se encontró una frecuencia de 111 mujeres eran obreras (47%), seguidas de 95



mujeres (40%) son amas de casa y una minoría 5 son maestras (2%) y un 8% aún están estudiando. Ver tabla 1.d

**Tabla N°1.e Distribución porcentual de la procedencia de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Habito de fumar	Frecuencia	Porcentaje
no	204	86%
si	33	14%
Total	237	100,0

En la siguiente tabla se dividió al grupo de mujeres en estudio según su habito de fumar en una mayor frecuencia 204 (86%) no eran fumadoras activas. Ver tabla 1.e

**II. Datos gineceo-obstetra de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

**Tabla II.a Distribución porcentual de la Menarca de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama**

Menarca	Frecuencia	Porcentaje
<15	137	58%
>15	100	42%
Total	237	100%
Total	237	100,0
Fuente: expediente		

En la siguiente tabla se dividió en dos grupos los 237 casos estudiados teniendo mayor frecuencia que a 137 mujeres (58%) tuvieron su primer ciclo menstrual antes de los 15 años de edad. Ver tabla IIa.

**Tabla II.b Distribución porcentual del inicio de vida sexual de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
<20	138	58%
20-34	98	41.6%
>35	1	0.4%
Total	237	100,0

En la siguiente tabla se dividieron al total de caso en e grupos, encontrando una mayor frecuencia 138 mujeres iniciaron su vida sexual antes de los 15 años y en una minoría 0.4 %, una mujer inicio vida sexual luego de los 35 años. Ve tabla IIb.

**Tabla II.c Distribución porcentual del número de embarazos de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Válido 0	24	10%
1	34	14%
2	69	29%
>3	110	47%
Total	237	100,0

En relación a las gestas, se dividieron en 4 grupos, encontrando una mayor frecuencia, 110 casos tuvieron más de tres embarazos (47%) y solo 24 casos (10%) de estos eran nuliparas hasta el momento del estudio. Ver tabla IIc.

**Tabla II.d Distribución porcentual del número de compañeros sexuales de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel**

**Rugama.**

Compañero sexual.	Frecuencia	Porcentaje
Válido 1	88	37%
2	106	45%
3	38	16%
>3	5	2%
Total	237	100,0

En relación al número de compañeros sexuales, se dividieron en 4 grupos, de los 237 casos se encontró que 106 de ellas (45%) habían tenido dos parejas sexuales, seguidos de 88 casos (37%) solo habían tenido una pareja sexual, versus 5 casos (2%) habían tenido más de 3 parejas sexuales. Ver tabla II.D

**Tabla II.E Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos usados por las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Método de planificación	Frecuencia	Porcentaje
gestagenos orales	16	7%
medroxiprogesterona	22	9%
mensual	36	15%
bimensual	19	8%
DIU	3	1%
preservativos	81	34%
esterilización	60	26%
Total	237	100%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

En la siguiente tabla, en relación al método de planificación familiar se observa que un total de 81 de los casos (34%) usan preservativos, seguido de un 60 de casos (26%) que ya se habían realizado esterilización quirúrgica , y en su minoría tres de los casos estudiados (1%) usaban DIU. Ver tabla II. E

**Tabla II.F Distribución porcentual del número de las mujeres con antecedentes de abortos de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
No	221	93%
Si	16	7%
Total	237	100 %

En relación a las mujeres con antecedentes de abortos se encontró que de las pacientes estudiadas solo 16 de ellas (7 %) habían presentado uno o más abortos hasta el momento del estudio. Ver tabla II.F

**III. Datos diagnósticos de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

TABLA III.A

diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
pap	195	82,%
colposcopia	27	12%
biopsia	13	5.2%
legrado	2	,8
Total	237	100,0

En relación al diagnóstico, se clasificaron en 4 grupos, tomados según expedientes, de los 237 casos, 195 de ellos (82%) fueron diagnosticados mediante el Papanicolaou, seguido de la colposcopia para un total de 27 casos (12%) y en una menor cantidad el legrado , con 2 casos , para un 0.8 % . ver tabla III a.

**IV. Datos del manejo brindado de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Crioterapia	Frecuencia	Porcentaje
Si	97	41%
No	6	3%
más de una	134	56%
Total	237	100,0

En relación al manejo de los 237 casos, 231 de estas recibieron crioterapia, de estos casos, 134 (56%) recibieron crioterapia más de una vez, y los 6 casos (3%) que no recibieron eran las pacientes embarazadas. Ver tabla IV a.

**IV. b Distribución porcentual de cono por ASA realizado a las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama**

TABLA IV .b

Cono por ASA	Frecuencia	Porcentaje
si	97	41%
no	95	40%
más de 1	45	19%
Total	237	100%
Total	237	100,0

En relación a las pacientes que se les realizo cono por ASA se encontró que a 142 se realizó dicho tratamiento, y a 45 de estas (19%) se le realizo en más de una ocasión, y a 95 de los casos (40%) no se le realizo dicho procedimiento. Ver tabla IVb.

**IV. c Distribución porcentual de histerectomía realizado a las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama**

histerectomía	Frecuencia	Porcentaje
si	13	6%
no	224	94%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

En relación a los casos a los que se les realizó histerectomía, encontramos que solo a 13 de las mujeres estudiadas (6%) llegaron a esta etapa, por una evolución no satisfactoria en el mayoría de los casos. Ver tabla IV.C

**V. Datos de las lesiones cervicales asociadas al VPH de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

Lesión cervicales	Frecuencia	Porcentaje
LIEBG	161	69%
LEIAG	33	14%
AIS	20	8%
condiloma plano	20	8%
asc us	3	1%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

En relación a las lesiones cervicales, se clasificaron en 5 grupos según expedientes, encontrando de los 237 casos, una frecuencia de 161 (69%) se encontró lesión intraepitelial de bajo grado, seguida de 33 casos (14%) lesiones intraepitelial de alto grado, y 20 casos (8%) en igual cantidad se reportó condiloma plano y AIS, y en menor frecuencia solo con 3 casos (1%) ASC US. VER TABLA V.

**VI. Datos sobre la evolución de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**

**Tabla VI.**

<b>Evolución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Satisfactoria</b>	<b>220</b>	<b>93%</b>
<b>no satisfactoria</b>	<b>17</b>	<b>7%</b>
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: expedientes**

En relación a la evolución de los 237 casos, 220 (93%) tuvieron una evolución satisfactoria y 17 casos (7%) su evolución fue no satisfactoria.



## Análisis

En la literatura y estudios a nivel internacional se ha demostrado que existen múltiples factores que pueden asociarse a riesgo de infección por el virus del papiloma humano, entre ellos los más frecuentes han sido: la baja escolaridad, el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, el embarazo precoz, la paridad, relaciones sexuales sin uso de preservativos y el cambio frecuente de pareja.

En el presente estudio se encontró que dentro de los datos generales la edad más predominante es de 20 a 59 años de edad que se correlaciona con el estudio realizado en el hospital Bertha Calderón en el periodo enero 2009 – diciembre 2010, tomando en cuenta que esta es la edad de riesgo, en el cual se procura que las mujeres tengan su Papanicolaou. Sin embargo tomando en cuenta los datos que arrojan que el bajo nivel escolar, tiene una relación con la infección del VPH en este estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa en contraste con lo que refiere la literatura y los estudios citados, donde los resultados reportaron una asociación significativa entre el bajo nivel escolar y el predominio del virus del papiloma humano, es este estudio el mayor porcentaje contaban con la secundaria completa que se relaciona con el estudio realizado en el área de ginecología del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez junio agosto 2011, que al igual dicho estudio coincide con el estado civil que predomina es la unión estable o unión libre, procedencias urbana, tomando en cuenta, los mitos y la dificultad de convencer a las mujeres de áreas rurales a realizarse el pap, así como que se encuentran en zonas de difícil acceso y que el estudio se realizó en casco urbano, no coincide con otros estudios internacionales donde predominan las mujeres de áreas rurales con diagnóstico del VPH.

En los datos gineceo-obstetra de las mujeres en estudio se encontró correlaciones con otros estudios nacionales y literaturas dado que en un gran porcentaje tenía un inicio precoz de la vida sexual antes de los 15 años asociado a una menarca

---

Situación epidemiológica del virus del papiloma humano centro de salud Leonel Rugama enero – junio 2017

---

temprana y un 45% de la mujeres tenía por lo menos más de dos parejas sexuales, acompañadas de otro factor, que es la multiparidad.

Dentro de las lesiones más frecuente asociadas al virus del papiloma humano, encontramos mayor relación con las LIEBG Y SOLO 1% de los casos estudiados tenían Ca in situ. Y correlacionando este estudio con la literatura internacional que menciona que un tamizaje precoz y tratamiento temprano se tienen resultados positivos, encontré que el 93% de las mujeres, evolucionaron satisfactoriamente, pero fueron sometidas a tratamientos que no se encuentran dentro del protocolo de atención para las lesiones cervicales, un alto porcentaje (56%) fue sometida a más de una vez de crioterapia y el 43% a más de una vez se realizó como por ASA. Y solo un 7% no evolucionaron satisfactoriamente, y esto fue asociado a su edad por lo cual se optó por la histerectomía.

## **CONCLUSIÓN**

1. De los datos generales del grupo de mujeres en estudio los que predominaron fue el grupo etario de 34- 59 años, la secundaria como nivel académico, unión libre como estado civil, de procedencia urbana y obreras como ocupación.
2. De los datos Gineco- obstétrico del grupo de mujeres en estudio encontré una menarca antes de los 15 años con inicio de vida sexual activa antes de los 20 años antecedentes de 3 embarazos anteriores, con 2 compañeros sexuales y uso de preservativo como medio de planificación familiar.
3. En este estudio se encontró que en un mayor porcentaje el diagnóstico del virus del papiloma humano se realizó por medio de la toma del Papanicolaou.
4. El manejo brindado a las mujeres en estudio se realizó con crioterapia en más de una ocasión, seguido por ASA térmica, y solo a 13 pacientes se les realizó la histerectomía.
5. En el grupo de mujeres en estudios en relación a la asociación del virus del papiloma humano y otras lesiones cervicales se encontró que existe un predominio de las lesiones intraepiteliales de bajo grado.
6. Del grupo de mujeres en estudio se encontró que la mayoría evolucionaron de una forma satisfactoria y solo 17 casos su evolución fue no satisfactoria.

## **RECOMENDACIONES**

- A las autoridades del Ministerio de Salud, junto a directores de las ONG en mantener un programa de educación permanente en toda Nicaragua a través de todos los medios de comunicación masiva sobre la importancia de la realización de Papanicolaou, para mejorar la calidad de vida de las pacientes y tener una detección temprana de las lesiones cervicales.
- A las autoridades del ministerio de salud, junto a los directores de SILAIS, establecer que dentro de las funciones de los trabajadores de la salud que realizan trabajo de terreno, priorizar la educación sobre la realización de PAP, en toda mujer que tuvo o tiene vida sexual activa, para mejorar nivel de cobertura y calidad de vida de las mujeres.
- A las autoridades de SILAIS garantizar al 100% materiales e insumos para realización toma traslado y resultado de los procedimiento realizados para el diagnóstico del VPH en tiempo y forma para un diagnóstico y manejo oportuno.

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Alejandro Alfaro castro, Virus del papiloma humano, revista médica de costa rica y Centroamérica LXX (606) 211,217; 2013 disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf> .
2. Muir C, Waterhouse J, Mack T, Ponwell J, Whelan S, ed. Cancer incidence in five continents. Lyon: IACR Sci Publ 1987; 88(5).
3. Restrepo HE, González J, Roberts E, Litvak J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam 1987; 102:578- 592.
4. Organización Mundial de la Salud. Control of cancer of the cervix uteri. Bull WHO 1986; 64(4):607-618.
5. Bosch Fracesc X, Muñoz N. Cáncer del cuello uterino: evidencia epidemiológica actual y nuevas hipótesis sobre los factores de riesgo. Revisión en Salud Pública (Esp), 1989; 1:83-110.
6. Dirección General de Epidemiología. Compendio de información epidemiológica de cáncer, 1982-1988. México: SSA, 1991.
7. Jawetz, melnick y adelberg, Microbiologia medica, capitulo 4
8. Page H, Asire A. Cancer rates and risks. 3rd ed. Washington, D.C.: Goberment Printing Office (USDHHS Publication No. (NIH) 1985:85-695.
9. Peters RK, Thomas D, Hagan DO, Mack TM, Henderson BE. Risk factors for invasive cervical cancer among Latinas and non Latinas in Los Angeles County. JNCI 1986; 77:941-1077.
10. Martín J, Suárez L. Cancer mortality among Mexican, Americans and other whites in Texas (1969-1980). Am J Public Health 1987; 77:851-853.
11. Oviedo Aráuz, Lilliam Yuridia "Epidemiología del Cáncer Cervicouterino en el departamento de Chinandega en el período comprendido 1997- 2001"
12. Cisneros CM, Espinoza RR, Pineda CB, González CA. Mortalidad por cáncer en la mujer mexicana. Salud Pública Mex 1987; 29:229-312.
13. Carrada BT. La epidemiología del cáncer en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex 1986; 24:209-210.

14. Torres-Lobaton A, Roman-Bassaure E, Plata-Nuñez P, García-González H, Hernández-Aten D. Cáncer ginecológico, magnitud del problema clínico. Unidad de Oncología, Hospital General de México, SSA. 1983-1984 Ginec Obst Mex 1989; 57:109-116.
15. Torres Lobaton A, Cruz Talonia F, Plata Núñez P, Pérez Villanueva H, García González H, Román Bassaure E, Hernández Aten D. Cáncer cérvico-uterino 1983-1984. Experiencia de la unidad de Oncología. Hospital General de México, SSA. Cancerología 1988; 34(3): 617-622.
16. Rodríguez JJ, Piña FM, Fernández GD, Orozco MA, Orendain CO. Registro de tumores malignos para el sur de Sonora. Rev Med IMSS 1985:393-397.
17. Rodríguez Peral J. Carcinoma cérvico-uterino en el Noroeste de México, aspectos clínicos. Rev Med IMSS 1983; 21:183-189.
18. Bernal SB, Cosío CA. Carcinoma microinvasor del cervix. Tratamiento. Ginec Obstet Mex 1986; 54:41-45.
19. Rosales EG, Martínez M, López AR. Neoplasia intraepitelial cervical y virus del papiloma humano. Ginec Obstet Mex 1988; 56:87-90.
20. Menéndez VJF, Baylón UR, Santos GJ, Chávez AJ. Condilomatosis cervical y su relación con carcinoma invasor. Ginec Obstet Mex 1988; 56:237-242.
21. Ruíz Moreno JA, García GR, Alonso PR. Condiloma del cérvix. Ginec Obstet Mex 1984; 52:63-67.
22. Torres Lobaton A, Román Bassaure E, Martínez Macias R, Cruz Talonia F. Cáncer cérvico-uterino. Evidencias a favor de una etiología multifactorial. Ginec Obstet Mex 1987; 55:11-22.
23. Rodriguez Salva, Armando; Echavarria Aguilera, Angel; Murla Alonso, Pedro y Vázquez González, Carlos. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol [online]. 1999, vol.37, n.1, pp. 40-46. ISSN 1561-3003. Disponible en: [7uji87u777y8u6uuft ccvxxx xxc x x c c mlrj fjjxnfncixnicmnifcjkjf fi8 fcvdiuidsgd ufgbnswtd56wrwfwggh eyfbfdyfhbf bbvcv vcv](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S156130039900001)
24. Rosell Juarte, Ernesto et al. "Factores de riesgo del Cáncer de Cuello Uterino". amc [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 0-0. issn 1025-0255. Disponible en: <http://www.paho.org/english/hdpl/hdwl/cervicalcancer.pdf>
25. Castaneda-Iniguez, Maura Sara; Toledo-Cisneros, Rebeca and Aguilera-Delgadillo, Mario. "Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de zacatecas". salud

- pública méx [online]. 1998, vol.40, n.4, pp. 330-338. issn 0036-3634. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36341998000400005>.
26. Romero Ledezma, Karla Pamela, Dr. Rojas Guardia. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. Rev Cient Cienc Méd v.15 n.1 Cochabamba 2012. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332012000100006&script=sci_arttext)
  27. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. “Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino invasor en mujeres mexicanas”. Salud Pública México 2005.
  28. MINSA. “Norma técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cervicouterino, Febrero 2006”, 1ra Edición- Managua.
  29. Espinoza P., Carolina Antonieta. Mapeo Epidemiológico de los resultados de la Citología Cervical, en el departamento de Zacapa, México, 2001.pág. 50.-pág. 66.
  30. Finan, M. A. et al. Cáncer Cervical Microinvasivo. Rev. Mundo Médico. Uruguay, 2001 Vol. 17, pág. 12 – 20
  31. Hernández, E. El Cáncer Cervical. Rev. C.A. Obstet. Ginecol. 2007 mayo-agosto. México, Vol. 7, pág. 38.
  32. Ortiz, J. F. et al. Evaluación de la estratificación clínica del cáncer cervical. REVCOG., Perú, 2,006. Pág. 98-101
  33. Restrepo H. E., Epidemiología y Control del cáncer del Cuello Uterino, Panamá, 2007, pág. 139-pág. 482-pág. 579-pág. 586-pág. 587
  34. Solares M., Balvina. Mapeo epidemiológico de los resultados de citología cervical en el departamento de Alta Verapaz; 2,000. Guatemala, 2,001. 103 p.
  35. Junceda A.E., Cuello Uterino, Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología, Madrid, España, 2005, pág. 204-pág. 205-pág. 211-pág. 217

# ANEXOS



## Anexo numero 1

### Instrumento de recolección de la información.

El presente formulario esta diseñado con una serie de preguntas destinadas a dar solución a los objetivos de investigación planteadas en el estudio titulado.

Nº de encuesta

#### I. Factores sociodemográficos

1. Edad \_\_\_\_\_
2. Procedencia \_\_\_\_\_
3. Estado civil \_\_\_\_\_
4. Ocupación \_\_\_\_\_
5. Escolaridad \_\_\_\_\_

#### II. Antecedentes Personales

Fuma: a. Si      b. No

#### III. Antecedentes Gineco- obstétricos

1. IVSA      \_\_\_\_\_
2. Gesta      \_\_\_\_\_
3. Aborto      \_\_\_\_\_
4. Partos      \_\_\_\_\_
5. Compañeros      \_\_\_\_\_
6. Menarca      \_\_\_\_\_
7. Método de planificación familiar      \_\_\_\_\_

#### IV Diagnostico

1. PAP
2. Colposcopia
3. Biopsia
4. Legrado o curetaje endocervical.

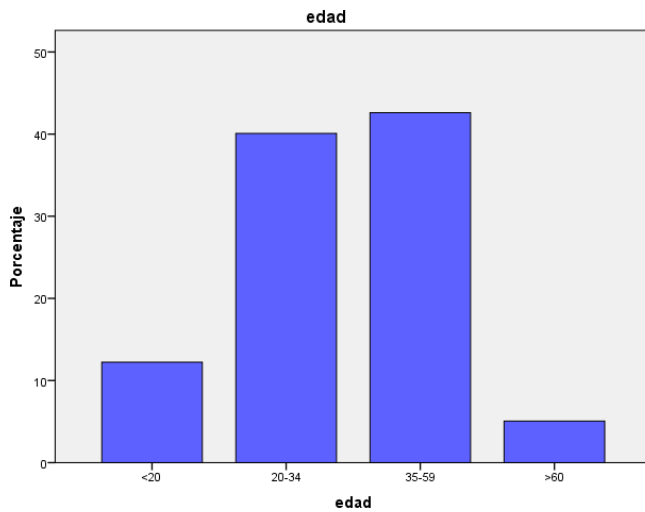
#### V Manejo

1. Crioterapia
2. Asa térmica
3. Histerectomía

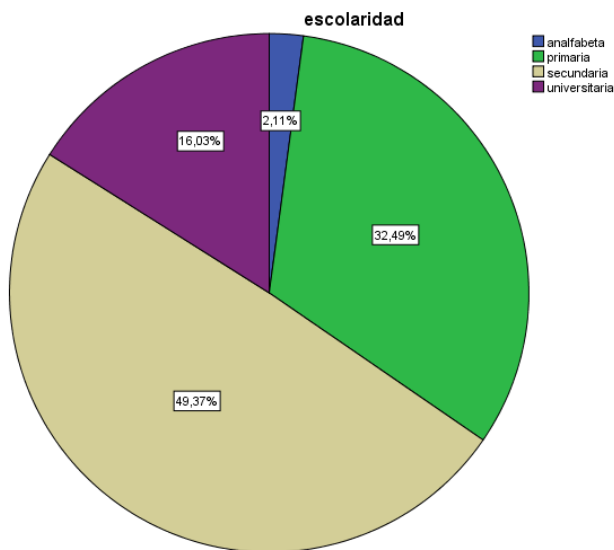
#### VI Evolución

1. Satisfactoria
2. No satisfactoria

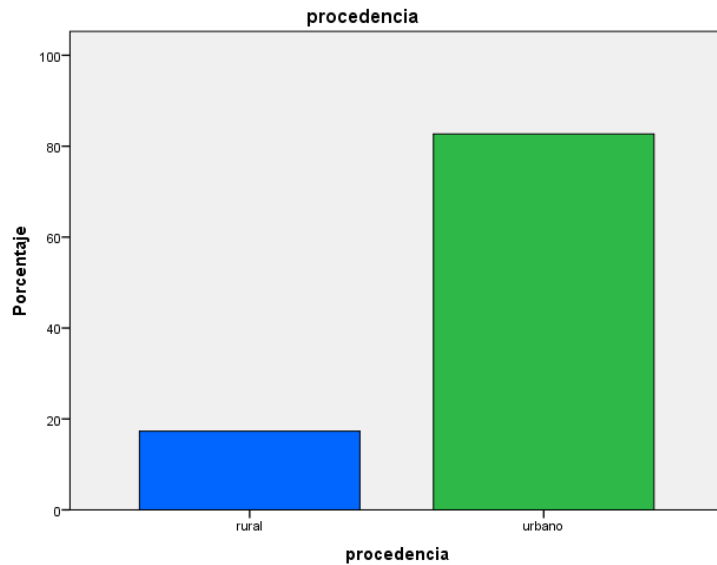
**Grafico N1 Distribución porcentual de la edad de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.**



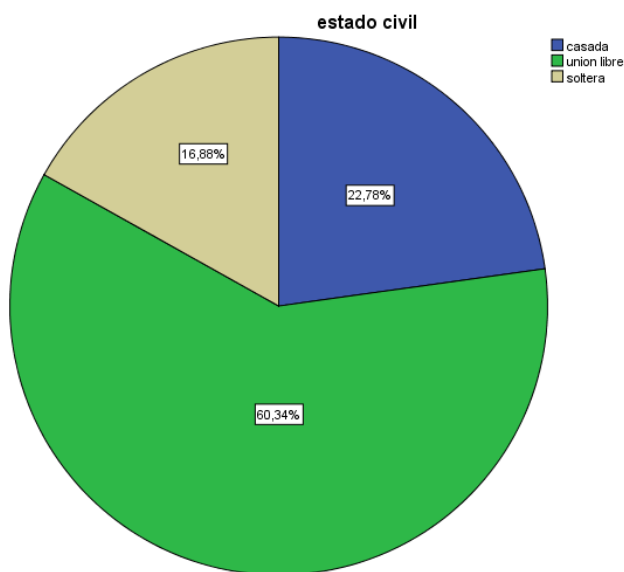
**Grafica N2 Distribución porcentual de la escolaridad de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama**



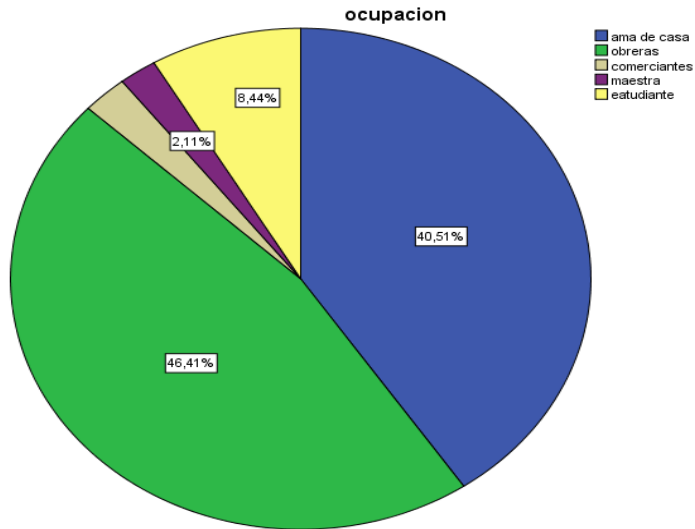
Grafica N3. Distribución porcentual de la procedencia de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.



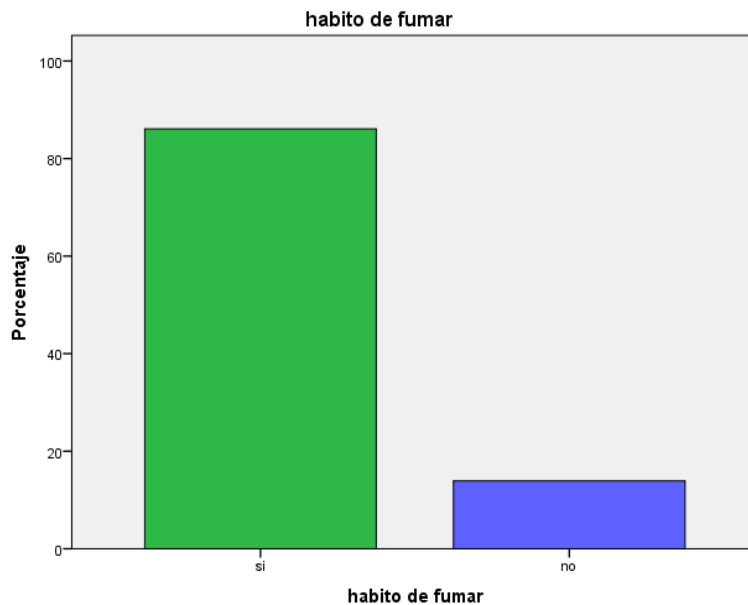
Grafica N4. Distribucion porcentual del estado civil de las pacientes atendidas en el centro de salud leonel rugama.



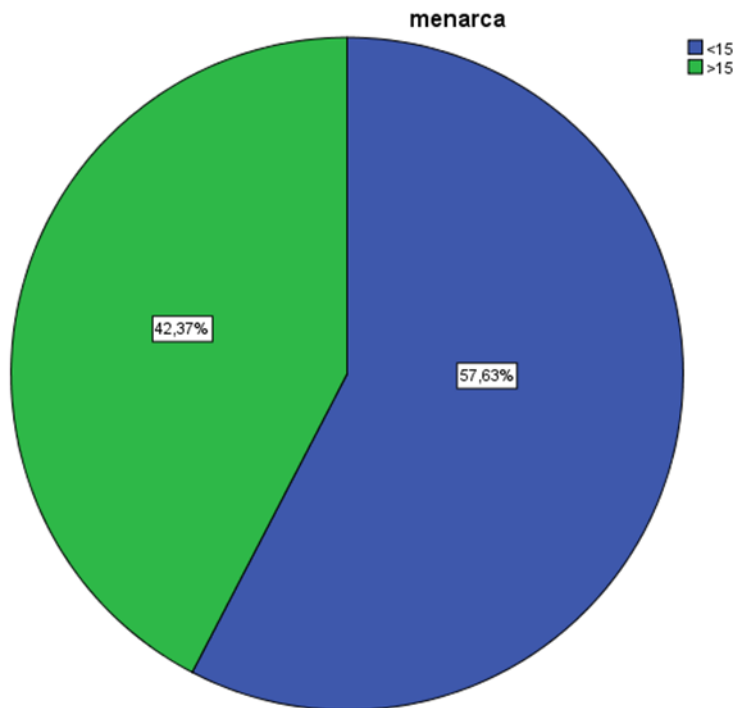
Grafica N5. Distribución porcentual de la ocupación de las pacientes atendidas en el centro de salud Leonel Rugama.



Grafica N6. Distribución porcentual del habito de fumar en las pacientes atendidas en la clínica de lesiones del centro de salud Leonel Rugama.



Grafica N7. Distribución porcentual de la Menarca de las pacientes atendidas en Clínica de lesión en el centro de salud Leonel Rugama



Grafica N8. Distribución porcentual del inicio de la vida sexual activa en las pacientes de clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.

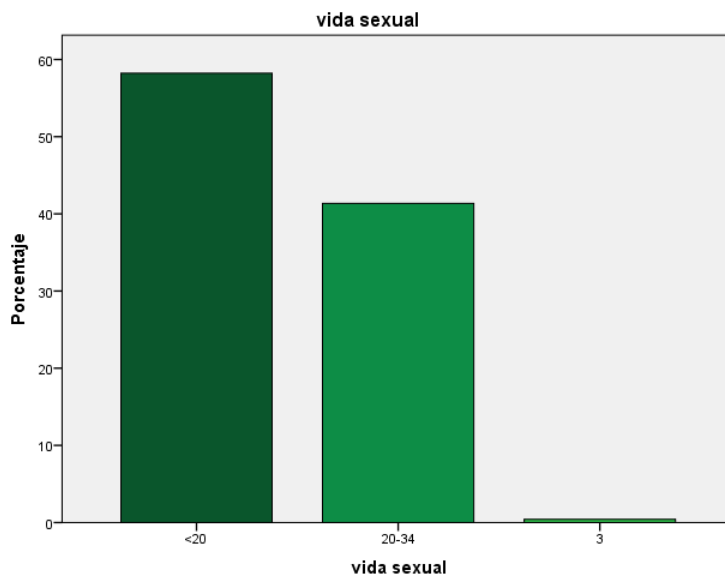


Grafico N9. Distribución porcentual del número de embarazos de las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.

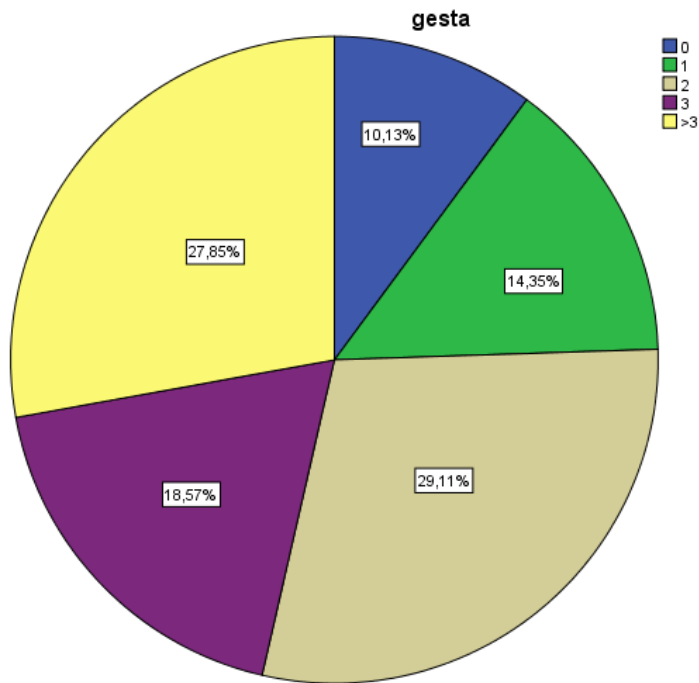


Grafico N11. Distribución porcentual de números de compañeros sexuales de las pacientes del centro de salud Leonel Rugama.

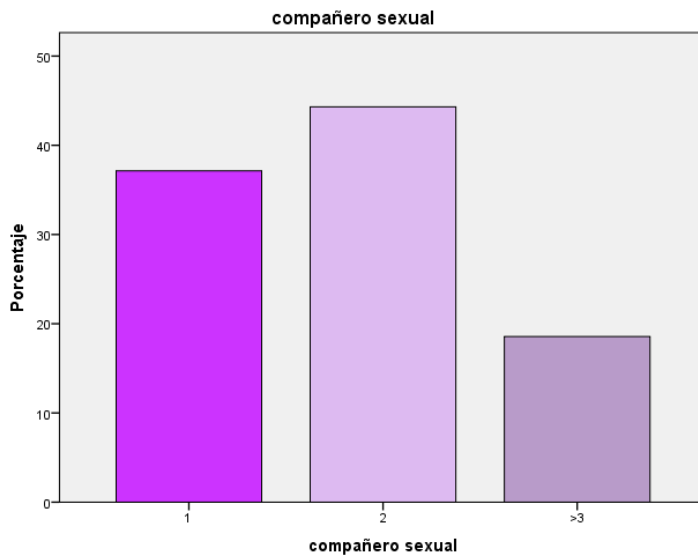


Grafico N 12. Distribución porcentual de las pacientes con antecedentes de abortos de las mujeres atendidas en el centro de salud Leonel Rugama.

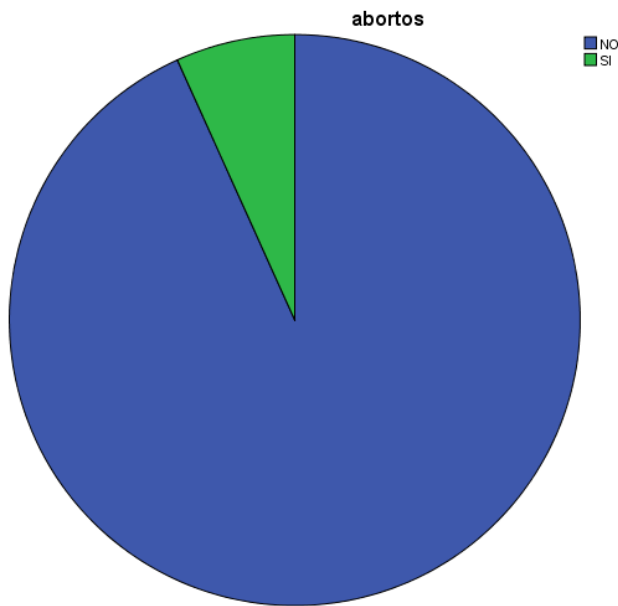


Grafico N 13. Distribución porcentual de métodos de planificación familiar en las mujeres atendidas en el centro de salud Leonel Rugama.

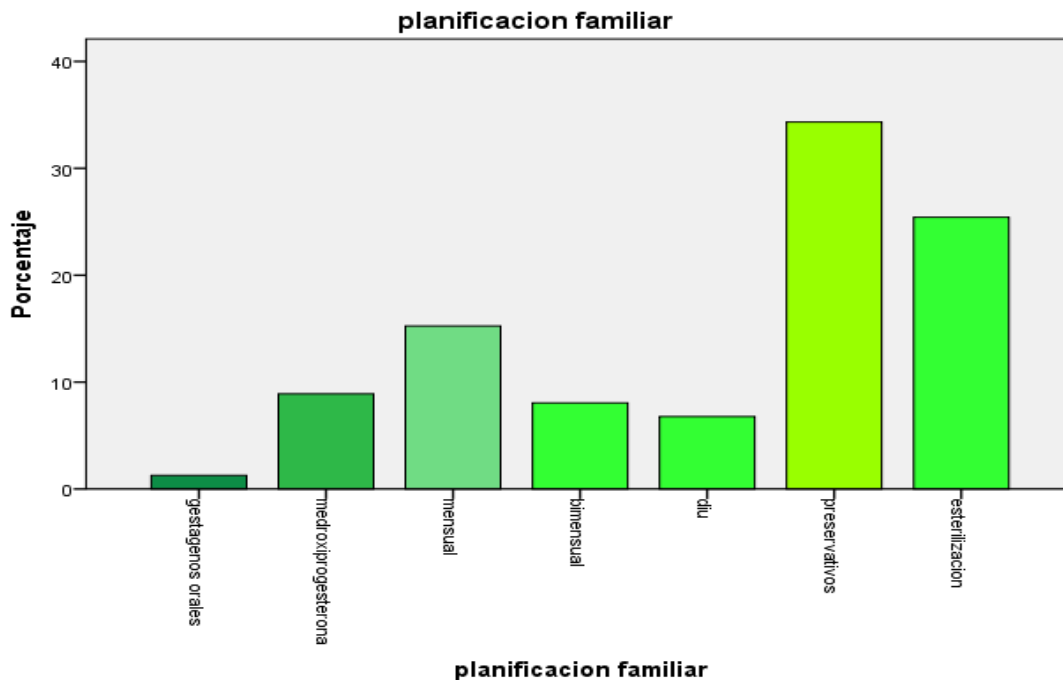




Grafico N14. Distribución porcentual de los métodos diagnósticos de las pacientes atendidas en el centro de salud Leonel Rugama.

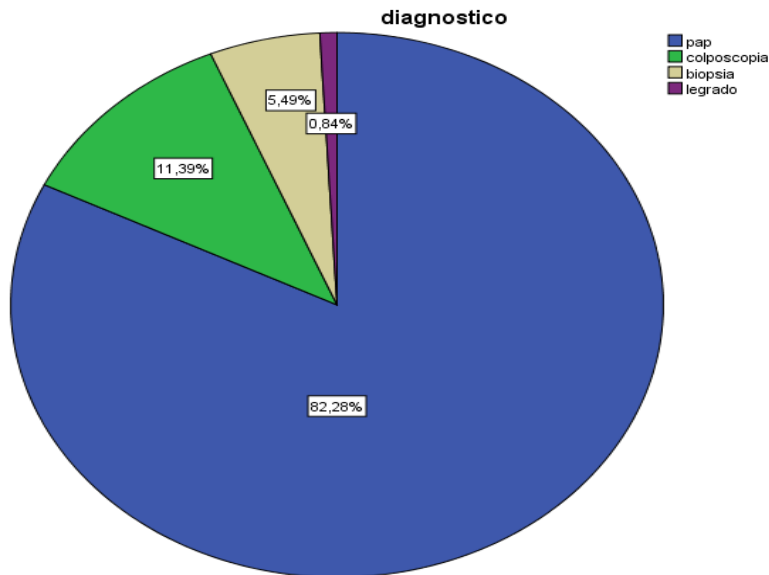


Grafico N15. Distribución porcentual de las crioterapias realizadas a las pacientes atendidas en la clínica de lesión del centro de salud Leonel Rugama.

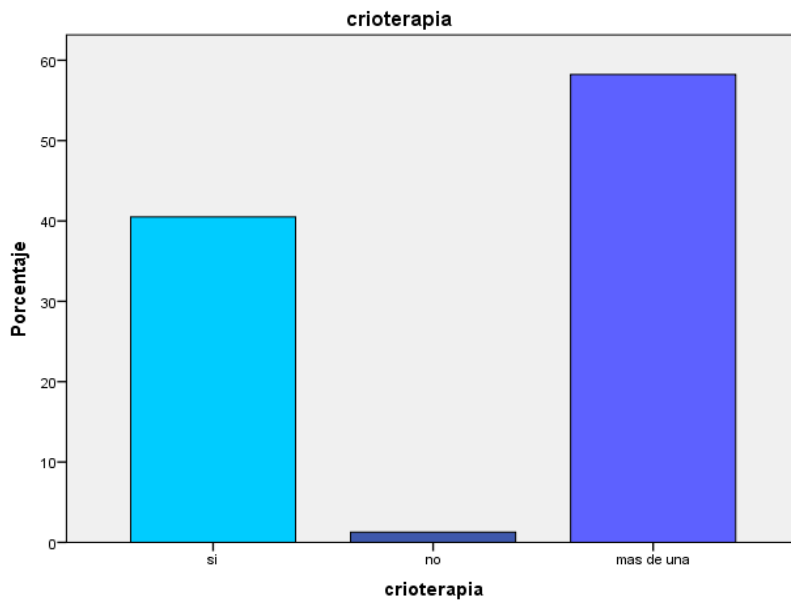


Grafico N16. Distribución porcentual del cono por ASA realizado a las pacientes del centro de salud Leonel Rugama.

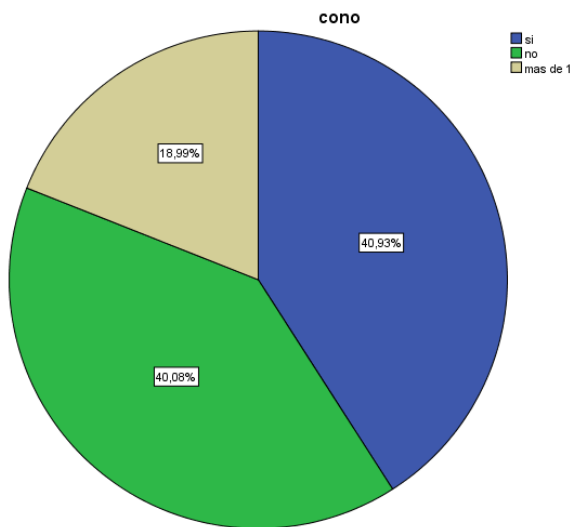


Grafico N17. Distribución porcentual de histerectomía realizada a pacientes del centro de salud Leonel Rugama.

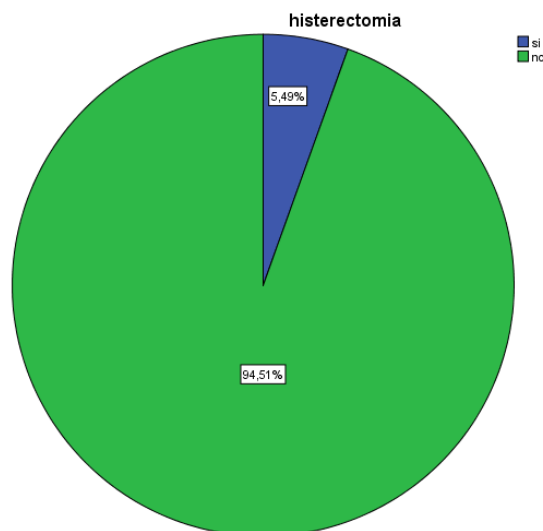


Grafico N18. Distribución porcentual de las lesiones cervicales asociadas al virus del papiloma humano en el centro de salud Leonel Rugama.

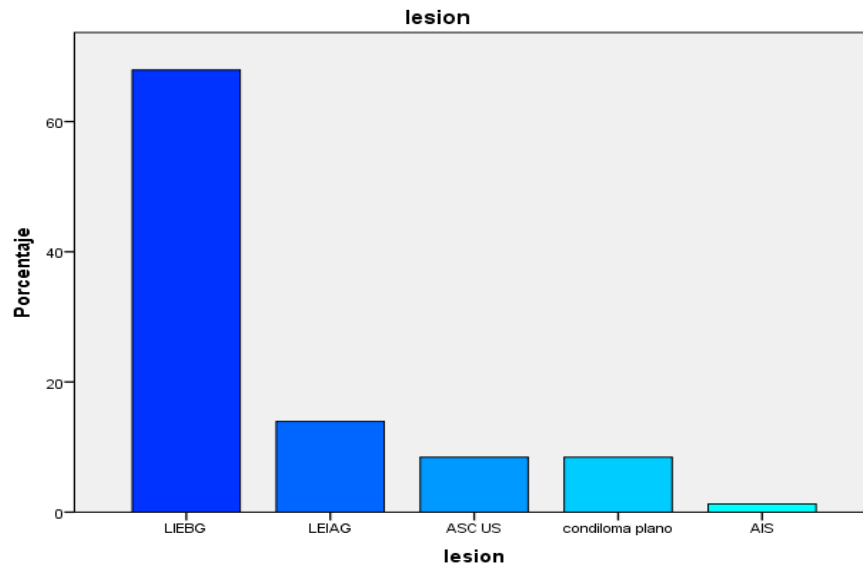


Grafico N19. Distribución porcentual de la evolución de las pacientes atendidas en el centro de salud Leonel Rugama.

