

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**



**UNAN - LEÓN.  
Facultad de Ciencias Médicas.**

**TITULO :**

***NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICOUTERINA (NIC) EN  
LAS PACIENTES QUE SE REALIZARON PAPANICOLAOU EN  
LAS UNIDADES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PAIWAS  
DE ENERO 1998 A JUNIO 2000.***

**MONOGRAFIA:**

**PARA OPTAR AL TITULO DE  
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**AUTOR: Br. Marlene del Socorro Peña Chávez**

**Tutor: Dra. Ofelia G. Rojas Berríos  
Patóloga.**

**Asesor: Dr. Juan Almendárez  
Salud Pública.**

181.114  
C.2.

W.  
41  
P419n  
[2000]

## DEDICATORIA

A mi madre **Angela** y mi hermana **María Elena**, por su esfuerzo y sacrificio incondicional para que yo pudiera culminar mi Carrera.

A mi hija **Lissandra**, por ser la razón de mi vivir y superarme cada día más.

A mi esposo, por su apoyo, amor y comprensión en los momentos más difíciles.



2000

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco ante todo a Dios, que me dio la oportunidad de vivir y de brindarme sabiduría.

A: Dra. Ofelia Rojas y Dr. Juan Almendárez, quienes fueron mi guía aportando ideas importantes.

Al resto de personas que de una u otra manera estuvieron involucradas en la culminación de esta tesis.

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de tipo Corte Transversal, en el Departamento de Patología del Hospital Regional César Amador Molina de Matagalpa en el período comprendido de Enero 1998 a Junio del 2000. Para determinar la frecuencia de Neoplasia Intraepitelial Cervical en 273 mujeres que se realizaron Papanicolaou en el municipio de Paiwas.

La recolección de la información se hizo mediante una fuente secundaria a través de los registros de Citología en el Departamento de Patología.

La población de estudio se caracterizó por ser mujeres jóvenes los mayores porcentajes, con el 46.9% iniciaron su vida sexual activa entre los 15-19 años, y el 38.1% eran multíparas y el 44.6% habían tenido un solo compañero sexual.

Al analizar los resultados se encontró que el 10.3% de las pacientes tenían algún grado de lesión, siendo el grado I el que predominó y los factores de riesgos más importantes en este grupo de estudio, fueron la edad mayor de 35 años, tener más de un compañero sexual, y la infección por virus del Papiloma Humano. Por lo que hay que mejorar la captación de mujeres de alto riesgo e informar sobre los riesgos que sufre la mujer al contraer infección por VPH.

# INDICE

	<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>INTRODUCCION</b>		<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES</b>		<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>		<b>4</b>
<b>JUSTIFICACION</b>		<b>4</b>
<b>OBJETIVOS</b>		<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO</b>		<b>6</b>
<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>		<b>14</b>
<b>RESULTADOS</b>		<b>17</b>
<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>		<b>19</b>
<b>CONCLUSIONES</b>		<b>21</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>		<b>22</b>
<b>REFERENCIA</b>		<b>23</b>
<b>ANEXO</b>		<b>27</b>

## INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino constituye la segunda forma de cáncer más frecuente en el mundo. En los países en desarrollo es el cáncer más común entre las mujeres. Anualmente se dan alrededor de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical en todo el mundo y el 80% de los casos ocurren en países en desarrollo (1,2,3). En América Latina ocupa la primera causa de Mortalidad femenina representando entre el 20% y 40% (1).

Diversas formas de registros muestran que cada año aproximadamente una de cada mil mujeres del grupo de edad de 30 a 54 años que viven en América Latina y El Caribe desarrollan cáncer de cuello uterino; son mujeres jóvenes en edades reproductivas que requieren hospitalizaciones prolongadas, proceden de nivel socioeconómico bajo lo que agrava el problema familiar y social. (4)

Un estudio llevado a cabo en Costa Rica apunta una incidencia de 20.2 por cada 100,000 mujeres lo que los coloca entre los países de riesgo intermedio(1), siendo Brasil y Colombia los países con tasas de incidencia más alta del mundo(5). En Nicaragua, estimaciones a partir de registros en el hospital Bertha Calderón en el período 1983 – 1993 - se obtuvo una tasa de prevalencia para cáncer cervicouterino de 19.75 por mil o sea que de cada cien mujeres dos presentaron cáncer cervical. (6)

Los programas actuales de control de cáncer de cuello uterino están basados en la estrategia de prevención secundaria a través de la citología cervical (papanicolaou), técnica de detección temprana que ha sido utilizada en muchos países durante más de 30 años. Para que estos programas sean eficaces deben tener coberturas y calidad apropiada, y estar integrados con el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz de los casos detectados, (4) sin embargo, en muchos países los programas de detección de este cáncer tienen escaso o nulo efecto sobre la Morbilidad, quizás porque la aplicación del mismo no ha sido llevado a cabo de acuerdo a sus lineamientos internacionales,(7).

Como nos muestra un estudio realizado en León 1998 – 1999, por la Dra. López y Dr. Villanueva, cuyos resultados nos indican que se está realizando procedimientos no adecuados para los diagnósticos en los diferentes grupos etéreos. (8)

La población de Nicaragua por tener características similares a los países subdesarrollados ha tenido en los últimos diez años un comportamiento de Salud Pública similar.(9)

Al parecer en nuestro país el panorama es sombrío y sobre todo difícil de determinar la prevalencia y frecuencia especialmente en zonas rurales, y es de ahí donde surge la inquietud de determinar el comportamiento de esta patología en el Municipio de Paiwas.

## **ANTECEDENTES.**

El cáncer invasor del cuello uterino, es uno de los problemas más grande de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de contarse con una tecnología eficaz de prevención secundaria. Es una de las causas de mayor morbimortalidad en la población femenina (4).

En Nicaragua desde 1987 a 1997 se han registrado en León 497 casos de cáncer in situ, 666 infiltrantes y 54 de adenocarcinomas cervical (10).

Un estudio realizado en la Región II en 1985, por el Doctor Membreño Argüello nos revela que el carcinoma de cérvix ocupa el primer lugar de todas las neoplasias malignas, en Nicaragua con una prevalencia para la región II de 1.043 casos (11).

Otros estudios realizados en el hospital de Estelí por los doctores Selva González y Midence en 1995 nos da a conocer que existe un predominio de neoplasias intraepitelial cervical severa en las mujeres en edades mayores de 30, el 25% de estas se asoció a infección por virus del papiloma humano (12, 13).

Existen otros estudios como el realizado por el Doctor Ortega Castro en Wasparm 1998 donde muestra una tasa de prevalencia para NIC I  $4.05 \times 100$ , NIC II  $2.7 \times 100$ , NIC III  $1.35 \times 100$  (14). En Limay por la Doctora Gonzáles Urbina donde un 5.2% de los pacientes en estudio presentan lesiones de tipo neoplasia intraepitelial cervical, este resultado puede ser por un sub registro de información por la baja accesibilidad del grupo de riesgo (15). En 1997 - 1998 en León se realizó un estudio por la Doctora López y el Doctor Villanueva este nos da a conocer que el grupo etáreo mas afectado por neoplasia intraepitelial cervical fue de 26 a 35 años (8).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la frecuencia de Neoplasia Intraepitelial cervicouterina en Pacientes que se realizaron papanicolaou del Municipio de Paiwas?

## **JUSTIFICACION**

El cáncer de cuello uterino es una patología que causa una alta Morbilidad en las mujeres, sobre todo en los países como el nuestro, y dado que los estudios actuales concuerden en que la única forma de reducir la Mortalidad por cáncer cervicouterino es realizando el diagnóstico temprano de lesiones premalignas, y con este estudio nos interesa conocer cual es el grupo etáreo más afectado por esta patología y cuáles son los factores de riesgo que influyeron en su evolución y así poder mejorar la captación de los grupos de riesgo y ampliar cobertura de los servicios.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de lesiones premalignas y factores asociados en las mujeres que se realizaron citología cervical en el municipio de Paiwas de enero de 1998 a junio del 2000.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Describir las características de la población que se realizó citología cervical durante el período de estudio.
2. Determinar la frecuencia de lesiones premalignas cervical durante ese período.
3. Identificar los factores que se asocian a las lesiones premalignas a nivel cervical.

## MARCO TEORICO

El cáncer invasor del cuello uterino es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de contarse con una tecnología eficaz de prevención secundaria. La mortalidad de cáncer de cuello uterino ha disminuido notablemente en los países desarrollados, esto se debe en gran medida a los programas de detección temprana, este descenso no parece estar sucediendo en la mayoría de los países Latinoamericanos. (4)

En varios países, las tasas de incidencia de cáncer, como en Colombia (Cali), Brasil (Recife) y Bolivia (La Paz) son o están entre las más altas del mundo (4).

Estudios realizados en Nicaragua en el Hospital Alejandro Dávila Bolaños de Estelí en los años 86 al 93 muestra un alto porcentaje de lesiones premalignas en estadio avanzado con un 76.7% de NIC III y como sabemos por la literatura consultada, para que estas neoplasias evolucionen a carcinoma in situ, se requiere aproximadamente 5 años y otros 10 años para el desarrollo del carcinoma invasor (4, 13).

En países como Canadá por ejemplo la edad promedio para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino in situ es de 34 años y para el microinvasor es de 44 años y para el clínicamente invasor es de 52 años (4).

### ANATOMIA

La porción inferior del aparato genital femenino es formado por la fusión de los conductos de muller, y una invaginación del seno urogenital. Los conductos de muller unidos forman la parte superior de la vagina y el cuello (16).

El cuello uterino sufre grandes modificaciones en el curso de la vida de la mujer, según distintas edades y la ocurrencia de embarazos y partos. En la niñez y adolescencia la unión escamocolumnar esta francamente colocado en el exocérvix dejando ver porciones más o menos extensas de epitelio columnar. En la menopausia se produce una regresión de esa unión y se hace más imperceptible por el adelgazamiento de las capas celulares de ambos epitelios, se introduce por el canal endocervical dificultándose su observación (17).

El exocérvix puede estar cubierta por epitelio pavimentoso y epitelio columnar. El endocervix en cambio es aquella parte del cuello uterino que no puede ser observada sin algún artificio después de estar colocado el espejulo (17).

La unión escamocolumnar es la zona potencialmente oncogénica ya que de ella se deriva el 95% de los cánceres cervicales por medio de alteraciones de la maduración celular a partir de un proceso denominado metaplasia, estas células planas metaplásicas tienen capacidad de fagocitar detritos con los que entran en contacto y tal vez esta propiedad es la que las hace susceptible a transformaciones neoplásicas (16).

## ETIOPATOGENIA

La causa de cáncer cervicouterino es desconocida, sin embargo se han identificado factores que influyen en la aparición del carcinoma cervical, ya sea que actúan de forma conjunta o aislada. Entre los que se encuentran: edad temprana de las primeras relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, compañero sexual promiscuo, infecciones cervicovaginales frecuentes, (virus del papiloma humano principalmente tipo 16, 18, 31 y 45 pero el tipo 16 es el responsable alrededor del 50% de cáncer cervical. Virus del herpes genital tipo 2) deficiencia de Vitamina A y ácido fólico, uso prolongado de anticonceptivo orales, nivel socioeconómico bajo (2, 4, 16, 18). Así como se puede observar en el estudio monográfico de la Dra. Herrera Portillo que esta patología afecta mas a multíparas con inicio de vida sexual temprana y con múltiples compañeros sexuales (19).

La epidemiología del cáncer cervicouterino sugiere fuertemente la transmisión sexual de algún agente oncogénico, siendo el más probable un virus del varón a la mujer, a una edad temprana; aunque un tiempo se sospechó del virus herpes simple tipo II, hoy se apunta hacia el virus del papiloma humano como un importante factor en la oncogénesis cervical. (18). En un estudio monográfico de la Dra. Sara López Salgado concluye que el virus del papiloma humano presenta una importante fuerza de asociación con significancia estadística, lo que demuestra a este nivel que las alteraciones neoplásicas intraepiteliales cervicales surgen a partir de la exposición de la mujer a este microorganismo transmitido a ella mediante la relación sexual (20).

La mayor parte de los carcinomas cervicales son el estadio final de un continuo de alteraciones epiteliales progresivamente más atípicas en las que un estado da lugar al siguiente de manera imperceptible. La primera y, aparentemente más temprana alteración es la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio escamoso, aunque con conservación de la diferenciación normal hacia células del cuerpo mucoso de malphigio y a células queratinizadas. Las células atípicas presentan alteraciones de la proporción núcleo citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de la mitosis y pleomorfismo, es decir todas las características de las células malignas (18).

El carcinoma in situ del cuello se define como un patrón microscópico en el que el grosor del epitelio plano cervical es reemplazado por completo por células anormales indiferenciadas, morfológicamente indistinguibles del cáncer. La reposición parcial del epitelio de cobertura, por célula de tipo basal inmaduras e indiferenciadas no garantiza un diagnóstico de cáncer in situ (16)

#### **CLASIFICACIÓN DEL CANCER CERVICOUTERINO (21).**

La primera clasificación es la histológica descriptiva recomendada por la OMS en la serie de la clasificación histológica de la Clasificación Internacional de Tumores.

La segunda clasificación (Richart, 1980) utiliza el término genérico de Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina (NIC) en lugar de los dos términos Displasia y Carcinoma in situ.

**CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DEL CANCER DE CUELLO UTERINO (2)**

<b>CLASIFICACION DESCRIPTIVA</b>	<b>CLASIFICACION NIC NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL</b>
Displasia Leve	NIC Grado I
Displasia Moderada	NIC Grado II
Displasia Severa	NIC Grado III
Carcinoma in situ	NIC Grado III
Carcinoma Microinvasor	Cáncer con microinvasión
Carcinoma Invasor	Carcinoma Invasor

En 1989, se presentó el sistema Bethesda en los Estados Unidos que divide estas lesiones en dos grandes grupos.

1. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado: que combina displasia ligera (NIC I) con lesiones citológicas correspondientes a infección por virus del papiloma humano (PVH)
2. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: que combina displasia moderada (NIC II) displasia severa y carcinoma in situ (NIC III) (21)

**DIAGNOSTICO**

Se conocen diferentes técnicas para la realización de estudios citológicos e histológicos de lesiones premalignas del cérvix, dentro de uno de estos se encuentra el estudio citológico cervicovaginal mediante el cual se realiza el diagnóstico temprano de las lesiones premalignas, se debe tomar la citología muy cuidadosamente, debe informarse del aspecto de la vagina en relación a ocurrencia de infecciones, si la paciente tiene una infección severa se debe tratar primero la infección y luego tomar la citología, es importante tomar en cuenta la edad de la paciente y fecha de la última

menstruación. Después de observar el cuello y ver si tiene eversión, ulceración o laceración y recordando que el 15% de los carcinomas in situ se originan en el canal endocervical por lo que debe tomarse una muestra de este y una segunda de toda la unión escamocolumnar, con una espátula de madera, se deben tomar suficientes células, la extensión de la placa debe hacerse en forma pareja, y uniforme (16, 17). Se han propuesto diversas clasificaciones para el diagnóstico de esta patología, que nos describe como displasia leve cuando solo el tercio inferior del epitelio se reemplaza por células indiferenciadas inmaduras con mitosis frecuentes, displasia moderada cuando afecta el tercio medio y displasia severa cuando es afectado el tercio superior, pero todavía aparece un poco de maduración en la superficie (16).

El papanicolaou no es una prueba diagnóstica definitiva y es a través de la biopsia del tejido cervical preferiblemente por colposcopia que nos permite la definición precisa de la topografía de la lesión y el diagnóstico histológico de ella en el cuello uterino.(22)

La colposcopia fue descubierta por Hinselman en 1925 y ha sido un medio diagnóstico complementario que se utiliza para confirmar el diagnóstico en pacientes con citología anormal permitiendo localizar la zona sospechosa, valora su tamaño y grado de avance y toma biopsias dirigidas para establecer el

diagnóstico histológico.(16). La eficacia de cualquier método terapéutico se lleva al máximo cuando se conoce la topografía de la lesión (22).

Al localizar áreas de lesiones sospechosas hace más precisa la biopsia, pero tienen dos problemas, requiere personal entrenado y la evaluación del canal endocervical es difícil, sobre todo en pacientes postmenopáusicas. Los cambios que se buscan al hacer una colposcopia son: la presencia y características de un patrón vascular en la superficie del epitelio, la distancia intercapilar en ese patrón, los cambios o tonos de blanco que se toma el epitelio al aplicarle ácido acético al 3% y la superficie o

límites con el tejido normal o la manera como se hace la transición hacia el tejido normal. (17)

Muchos ginecólogos todavía utilizan la aplicación de solución de yodo de lugol (prueba de shiller), para delimitar anomalías en la mucosa del cuello o en la vagina, el epitelio de célula escamosas producen glucógeno y este se tiñe de una coloración marrón, pero en células malignas no producen glucógeno por lo tanto no se tiñen con la solución de lugol.(23) Sin embargo se ha demostrado que existen otras alteraciones de la mucosa sin relación alguna con el carcinoma que no aceptan el yodo, tal ocurre en lesiones inflamatorias, la ectopia, mucosa atrófica o ciertas lesiones cicatrizales no sospechosas (24).

La conización representa el mejor método para el diagnóstico seguro de las lesiones atípicas o inicialmente invasivas, siempre y cuando sea suficientemente extensas y logre conservar la integridad de los tejidos. La conización presenta numerosas ventajas una de ellas:

- Es la demostración de la posible invasión del estroma y de la profundidad de la misma.
- El estudio completo de la intensidad de las atipias epiteliales y de las relaciones con el estroma subyacente.
- Delimitación precisa de la localización y extensión de las lesiones.(24)

La conización del cuello se debe realizar en casos especiales por ejemplo cuando con el colposcopio no puede observarse la unión planocilíndrica y la lesión penetra dentro del conducto y no puede observarse su límite superior. También está indicado cuando el frotis, la valoración colposcópica y la biopsia dirigida no concuerdan. En la conización se obtiene una amplia porción del exocérvix y del endocervix, como mínimo deben quitarse un 50% del canal endocervical sin comprometer el esfínter interno, posteriormente se efectuaría un legrado del resto del canal endocervical esta técnica se considera como método diagnóstico y terapéutico. (16)

La colposcopia permite más precisión para la toma de la biopsia y evita así la realización de muchos conos diagnóstico, la técnica para la realización de la conización del cuello es exigente y requiere que quien la ejecute tenga experiencia sobre todo que se haya estudiado muy bien la lesión, con el fin de conocer la extensión dentro del canal endocervical, para ver hasta donde se lleva en extirpación de esa parte, y el compromiso del exocervix, para ver también la amplitud de resección de la lesión y tratar en lo posible de que no quede lesión residual. (17)

## **TRATAMIENTO**

En el tratamiento de las NIC diferentes factores contribuyen a la decisión terapéutica. La intensidad de la anomalía, su localización y extensión junto con la situación social de la paciente y la edad pudiera modificar el tratamiento (17).

Sería prudente considerar las displasias moderada e intensa como potencialmente malignas y en ellas iniciar el tratamiento, sin embargo es difícil evaluar la urgencia con la cual se debe emprender el tratamiento de las mismas, y es más difícil todavía identificar a la lesión específica que evolucionará hasta ser invasora por eso se recomienda que las lesiones II y III deben ser tratadas tan pronto sea posible, y para esto está indicado el examen colposcópico y/o la biopsia, de hecho hay que remitirla a un nivel superior de atención necesario para el seguimiento.(21,22).

Cuando la detección citológica ha mostrado la presencia de células anormales que correspondan a displasia ligera (NIC 1) o infección por virus del papiloma humano se debe repetir el frotis en un plazo de 6 a 12 meses, si en la nueva detección no se ha modificado el grado de anormalidad el frotis debe repetirse en un plazo de 24 meses desde la detección de la anomalía inicial (21,25).

El tratamiento del carcinoma in situ es la conización, si se desea preservar la función reproductiva. El estudio histológico debe ser cuidadoso pues debe incluir una evaluación detallada del borde del corte para definir muy precisamente si incluyó lesión,

ya que podría darse la posibilidad de un procedimiento incompleto, con riesgo de que haya quedado lesión microinvasora, lo cual agrava el pronóstico.

El seguimiento después de una conización, se toma citología cada 3 meses en el primer año, cada 6 meses en el segundo año, y luego anualmente. Si no se espera un buen seguimiento de la paciente y ésta ha completado su familia y no rechaza la histerectomía, la intervención quirúrgica aceptable para el carcinoma in situ debe ser la histerectomía total, con cuidado de extirpar todo el cuello y conservar en las mujeres más jóvenes uno o ambos ovarios. ( 18 )

No se recomienda el tratamiento de las NIC durante el embarazo, una vez que se descarta cáncer invasor, la paciente puede ser vigilada para asegurarse que la lesión no tiene evolución rápida y se hace una reevaluación completa, 8 a 12 semanas post - parto (16). La revisión sobre la conización y biopsia durante el embarazo antes que se contara con el colposcopio reveló una cifra inaceptable de complicaciones, incluidas hemorragias quirúrgica importante así como mortalidad y morbilidad perinatal (22).

La histerectomía como método sistemático en el tratamiento primario de la neoplasia intraepitelial del cuello uterino, rara vez está indicada y cuando se usa esta técnica las indicaciones son mas bien relativas si existen problemas ginecológicos benignos previos, como hemorragia uterina disfuncional, fibroma, prolapso uterovaginal o petición de esterilización por parte de la mujer; cuando se encuentran comprometidos los bordes de la pieza de conización y biopsia, o si la lesión se extiende a la bóveda vaginal (22).

## **DISEÑO METODOLOGICO**

- Tipo de Estudio:** Descriptivo de corte transversal.
- Area de Estudio:** Bocana de Paiwas que cuenta con un Centro de Salud y dos Puestos de Salud con una población de mujeres en edad fértil de 9708.  
Cuenta con los Servicios de Planificación familiar, Programa DOC. CPN
- Unidad de Análisis:** Mujeres que se realizaron Papanicolaou y sus datos se encuentran en los registros del departamento de Patología del Hospital Regional Cesar Amador Molina.
- Población de estudio:** El total de mujeres que se realizaron papanicolaou durante el período de estudio y cuyos reportes fueron archivados en registro de patología.
- Procedimiento :** Se solicitó por escrito, autorización a la Dirección del Hospital Regional Cesar Amador Molina ( Matagalpa ).  
Se visitó los archivos del departamento para su revisión, se registraron los datos en una ficha de recolección de datos.
- Instrumento:** Fichas de recolección de datos (ver anexos)

**Plan de Análisis:**

Los datos fueron procesados en el programa Epidemiológico EPI INFO Versión 6 Se calculó frecuencias simples de cada una de las variables, tasas de prevalencia general y específica a las variables de estudio, se estimó el Odd Ratio a los factores asociados y se confeccionó Tablas y gráficos de salida.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición	Escala
<b>Edad</b>	<b>Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la toma de la muestra.</b>	<b>15-19</b>
		<b>20-24</b>
		<b>25-29</b>
		<b>30-34</b>
		<b>35-39</b>
		<b>40-44</b>
		<b>45- 49</b>
		<b>50- 54</b>
		<b>55- 59</b>
		<b>60- más</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Determinación de la índole o naturaleza de la enfermedad</b>	<b>NIC I</b>
		<b>NIC II</b>
		<b>NIC III</b>
		<b>NO NIC</b>
<b>Inicio de la vida sexual activa (IVSA)</b>	<b>Edad de la paciente en la que realiza su primera relación sexual.</b>	
<b>Antecedentes Ginecoobstétrico.</b>	<b>Comprende todos los eventos patológicos O no relacionada con el sistema Reproductivo De la paciente.</b>	<b>Paridad</b>
		<b>IVSA</b>
		<b>N° Cros. sexuales</b>
		<b>Planificación familiar</b>

**Indicador : Registro de datos del Departamento de Patología, HRCAM - Matagalpa.**

## RESULTADOS.

La población incluida en el estudio fue de 273 pacientes, este grupo se caracterizó, una importante proporción, en mujeres de 15 a 24 años representando el 41.8% seguido del grupo etéreo de 25 a 34 años con un 35.2%. Las mujeres que menos asistieron a realizarse papanicolaou fueron de 55 – 59 años con 1.1% (Ver gráfico # 1).

Observando las características sexual y reproductiva de éstas pacientes el 46.9% iniciaron su vida sexual activa entre los 15 – 19 años y el 16.5% entre los 10 – 14 años. En cuanto a la paridad el 38.1% eran mujeres multíparas y el 21.6% mujeres con dos y tres hijos, el 44.6% habían tenido un sólo compañero sexual y el 29% dos o más compañeros sexuales. Es importante destacar que existe un alto porcentaje de pacientes con datos incompletos (Ver cuadro 1).

Del total de pacientes que se realizaron citología cervical el 89.7% resultaron con diagnóstico negativo para células malignas, el 8.4% con diagnóstico NIC grado I, el 1.1% NIC grado II y el 0.7% NIC grado III, resultando el 10.3% el total de mujeres con lesión premaligna (Ver gráfico 2 y 3).

Factores asociados a las lesiones NIC tenemos que el grupo etéreo con mayor tasa de prevalencia fue de 35 – 44 años con 23 x 100 en cuanto a inicio de vida sexual activa. Las mujeres de 20 –24 años resultaron con una tasa de 15.7 x 100. De las mujeres con primeras relaciones sexuales de 15 – 19 años con una tasa de 14.8 x 100. La paridad es otro factor de riesgo asociado donde tenemos a las multíparas con la tasa más alta de 16.30 x 100, y las mujeres que han tenido 4 a más compañeros sexuales con una tasa de prevalencia de 30.30 x 100, siendo esta la más alta por lo tanto con mayor probabilidad de sufrir una lesión premaligna (Ver cuadro 2).

En infecciones asociadas de las 28 pacientes con alteración NIC el 100% resultó con infección por virus del papiloma humano. (Ver cuadro 3).

Al estimar el peso de las variables clasificadas como independientes en el estudio para encontrarlos como factores de riesgo relacionados con la presencia de lesiones NIC, resultaron con alguna fuerza de asociación la edad mayor de 35 años, el tener más de un compañero sexual y la presencia de infección por virus de papiloma humano. Aunque la primera no cumple completamente los requisitos para la significancia estadística, el límite inferior de su Odds ratio es cercano al "1", por lo que no se puede despreciar. El factor presencia de infección por HPV, resultó indefinido. (Ver cuadro 4)

## DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Las mujeres incluidas en el estudio se caracterizaron por ser mujeres jóvenes en los grupos etáreos de 15 – 24 años y 25 – 34 años con los porcentajes más altos, probablemente esto se deba a que son las mujeres que con mayor frecuencia asisten a solicitar los servicios de salud reproductiva ya que son las que se encuentran con vida sexual activa y mayor actividad reproductiva y es donde se logra la oportunidad de tomar el papanicolaou ya que la mayoría de estas mujeres provienen de zona rural con un bajo nivel cultural. (16,18,21).

En las características sexual y reproductiva la mayoría de las pacientes iniciaron su vida sexual activa entre los 15 y 19 años y como nos refiere la literatura los factores de riesgo que se refieren a la conducta sexual se consideran en la actualidad los más importantes, también se sabe hoy que el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino se encuentra aumentado por el número de partos y la mayoría de mujeres en este estudio fueron multíparas y el hecho de tener hijos las hace que acudan al Programa de Salud Reproductiva. El 44.6% tenían un solo compañero sexual pero le sigue un alto porcentaje con dos a más compañeros sexuales, probablemente esto se deba a las inestabilidad conyugal producto de la crisis económica y al mismo tiempo crisis de valores (4,16,17,18 y 19)

Los resultados obtenidos en los papanicolaou el 89.7% fueron negativos para células malignas, el 10.3% con lesión premaligna, esta prevalencia de alteración premaligna se considera dentro de los parámetros observados en otros estudios donde se ha encontrado una prevalencia desde el 5.2% hasta un 8.1%. En América Latina representa entre el 20% y el 40% ocupando la primera causa de mortalidad femenina (1,14,15).

En factores asociados a las lesiones NIC encontramos que la prevalencia es mayor a medida que la edad avanza esto tiene que ver con la mayor exposición a otros factores de riesgo como infecciones cervico vaginales principalmente por virus de

papiloma humano al cual se le relaciona como un importante factor en la oncogénesis cervical. La prevalencia es mayor en las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 19 años, esta aumenta al igual que aumenta el número de hijos y el número de compañeros sexuales. Esta combinación de un comienzo precoz de la vida sexual activa mayor números de compañeros sexuales lo cual nos genera un mayor número de partos que de forma directa inciden en el gran porcentaje de los riesgos que presentan las mujeres de enfermar o morir por neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma cervicouterino (4,16,17,18,19)

El factor de riesgo más importante fue la infección por VPH como se sabe cada vez se dispone de mayor número de pruebas sobre su participación en el desarrollo del cáncer cervical y la prueba más consistente es la detección del DNA del VPH mediante técnicas de Hibridación en el 75 al 100% de las pacientes con condiloma cervical, displasia cervical precancerosa y carcinoma infiltrante. Otros estudios llegan a la conclusión de que el VPH presenta una importante fuerza de asociación con significancia estadística lo que demuestra a este nivel que la alteración NIC surge a partir de la exposición de la mujer a este microorganismo transmitido a ella mediante la relación sexual.(2,16,18,20)

Otros de los factores de riesgo fueron las mujeres que tuvieron más de un compañero sexual, es probable que los hombres por su característica laboral y social sean promiscuos y que se infecten, sobre todo por el creciente desarrollo de la prostitución en las cabeceras municipales de muchos departamentos de nuestro país, y que sean ellos los que transmiten la infección por VPH el cual genera alteración NIC. Considerándose al cónyuge como un vector de la enfermedad de la Alteración cervico uterina. La edad aunque no cumple con los requisitos de factor de riesgo no se debe despreciar sobre todo que con el tiempo el factor de riesgo hace efecto.

## **CONCLUSIONES.**

1. Del total de pacientes incluidas en el estudio el 10.3% presentaron lesión de tipo neoplasia intraepitelial cervical.
2. Los factores de riesgo más importantes en este grupo de estudio fueron edad mayor de 35 años, tener más de un compañero sexual y la infección por Virus de Papiloma Humano.

## **RECOMENDACIONES.**

- 1. Capacitar al personal de salud involucrados en la atención integral a la mujer sobre el programa DOC.**
- 2. Ampliar cobertura en los grupos de alto riesgo.**
- 3. Informar a la población masculina sobre los riesgos que sufre su pareja al contraer una infección cervicovaginal principalmente por VPH.**

## REFERENCIA.

1. Fuster Alfaro F; Urcuyo, R. **Cáncer de Cervix en Costa Rica Primera Parte. Acta médica. Costa Rica; 28 (3): 143 – 9, Sept. 1985.**
2. **The New England Journal of Medicine Vol. 337 November 6, 1997 Página 1386 – 1388.**
3. **Cancer, Interdisciplinary International Journal of the America Cancer Society. Jun 15, 1998. Página 2401 – 2407.**
4. **Manual de Normas y Procedimiento para el Control de Cáncer de Cuello Uterino, serie Paltex N° 6 OPS 1990.**
5. **Holst N. and Abyholmt M. Precancerous lesión of the cérvix uteri. Clinical Gynecological Oncolg. Vol. 87 oxford 1987.**
6. **Guido Clemente y Flores Bayardo (patólogo) datos del registro hospitalario de cáncer ginecológico en el hospital Bertha Calderón Roque. Revista Gente Sección a tu salud, página 12, 1991.**
7. **Villanueva Ana M. Dra. Correlación Clínico – Cito Histo- patológica de cáncer cervicouterino. Estudio Monográfico HEODRA. León 1992.**
8. **López Chavarria Dra y Villanueva Venerio Dr. Evolución de las pacientes con Neoplasia intraepitelial cervical y seguimientos realizados. Programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino, Dept de Patología HEODRA 97 – 98 León Monografía.**

9. Alvarado, J. **Cáncer invasor cervicouterino en el Hospital Berta Calderón. 1984 – 1988. Monografía UNAN – León.**
10. Rojas Ofelia Dra. **Registro Histopatológico del Cáncer en el Departamento de Patología HEODRA, León 1987 –1997.**
11. Membreño Arguello Dr **Prevalencia de cáncer cervicouterino en la región II en los años 72 – 82 León Monografía.**
12. Selva González y Montalvan Avendaño Dras . **Estudio Histopatológico de las Neoplasias intraepiteliales cervicales, carcinoma cervicouterino e infección por virus del papiloma humano Hospital ADB, Esteli Mayo 94 – 95 UNAN León, Monografía.**
13. Midence Dr. **Neoplasia intraepitelial cervical y cáncer cervicouterino in situ en el hospital ADB Esteli 1986 – 1993 León. Monografía.**
14. Ortega Castro Dr. **Prevalencia de alteraciones citológicas cervicouterinas en mujeres mayores de 14 años en los servicios de salud del municipio de Wuaspan, Julio Diciembre 1998 León Monografía.**
15. Gonzáles Urbina Dra. **Modificaciones Neoplásicas intraepiteliales cervicales en estudios citológicos y factores asociados en mujeres en edad fértil de la consulta Ginecológico del centro de salud de Limay en Mayo – Dic 1998 León Monografía.**
16. **Tratado de Ginecología de Novax 11ª Edición 1991, página 579.**

17. **Obstetricia y Ginecología, Jaime Botero, Alfonso Jubiz H. Guillermo Henau Tomo II; Primera Reimpresión, 4ª Edición 1990, página 565 – 571.**
18. **Robbins, Stanley L. Patología Estructural y Funcional 4ª Edición Vol II, páginas 1192 – 1202.**
19. **Portillo Herrera Dra. Neoplasia Intraepitelial Cervical Diagnóstico y Manejo en el servicio de Ginecología, HEODRA enero – septiembre 1995 – UNAN - León Monografía.**
20. **López Salgado Dra. Relación entre Neoplasia Intraepitelial Cervical y virus del papiloma humano, en pacientes evaluadas en consulta externa de Oncoginecología HEODRA octubre – diciembre 98. UNAN León Monografía.**
21. **De Vita Vincet T, Helman Samuel Jr, Roseberry Steven A. Cáncer Principio y Prácticas de Oncología 1984, páginas 760 – 763.**
22. **Miller A. B. Programa de detección del cáncer cervicouterino, OMS. Ginebra 1993.**
23. **Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Cáncer del Cuello Uterino Diagnóstico y Tratamiento Dr. José Rafael Benglio, Vol. I, 1985, páginas 131 – 159.**
24. **Cáncer de Utero, Diagnóstico precoz del Carcinoma Cervical y Endometrial. José María Mateo Aragonés, 1ª Edición 1982.**



**25. La detección citológica en la lucha contra el cáncer cervicouterino.  
Directivas Técnicas OMS 1998.**

# ANEXO

**HOSPITAL REGIONAL "CESAR AMADOR MOLINA".  
AREA DE PATOLOGIA. LABORATORIO DE CITOLOGIA  
FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS**

Ficha No.: \_\_\_\_\_

Nombre Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Lesiones asociadas \_\_\_\_\_

Paridad \_\_\_\_\_

IVSA \_\_\_\_\_

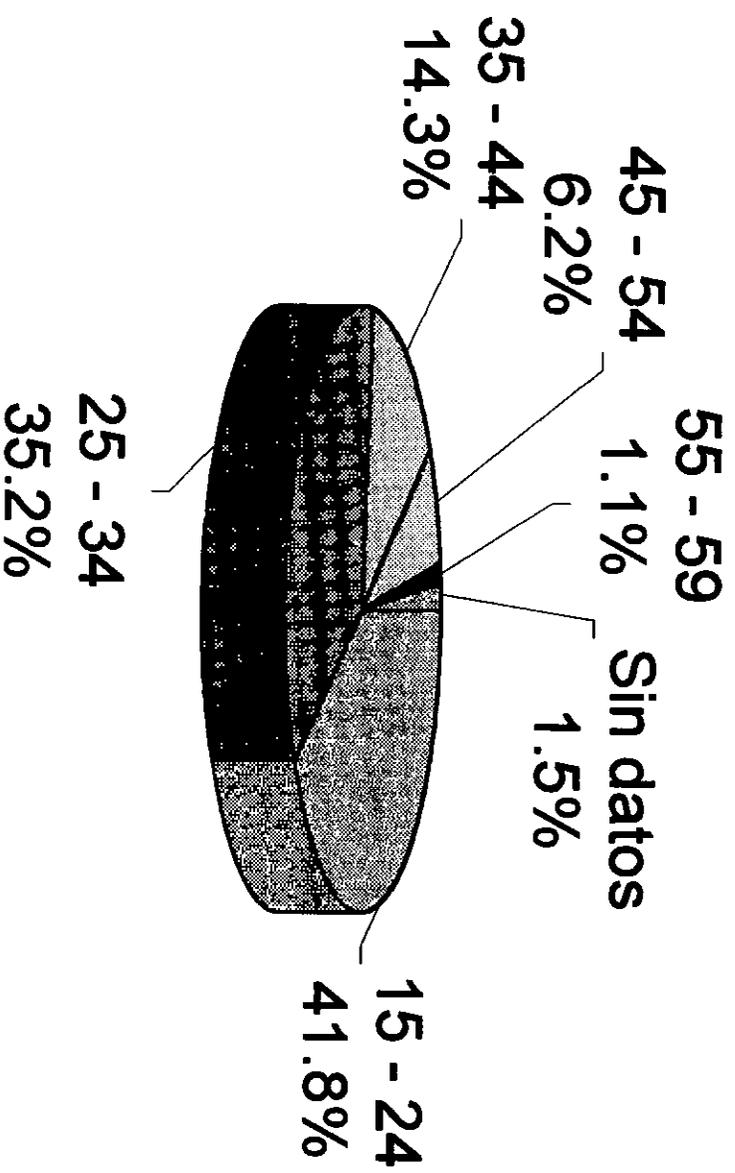
No. de Compañeros \_\_\_\_\_

Métodos de Planificación Familiar \_\_\_\_\_

Clave: Diagnóstico: N1, (NIC 1), N2 (NIC 2), N3 (NIC3), NN (NO NIC).

### Gráfico 1

Edad de las mujeres que se realizaron el papanicolaou en Bocana de Paiwas.  
Enero 98 a Junio del 2000.



Fuente Secundaria: Registro del Departamento de Patología (Matagalpa)

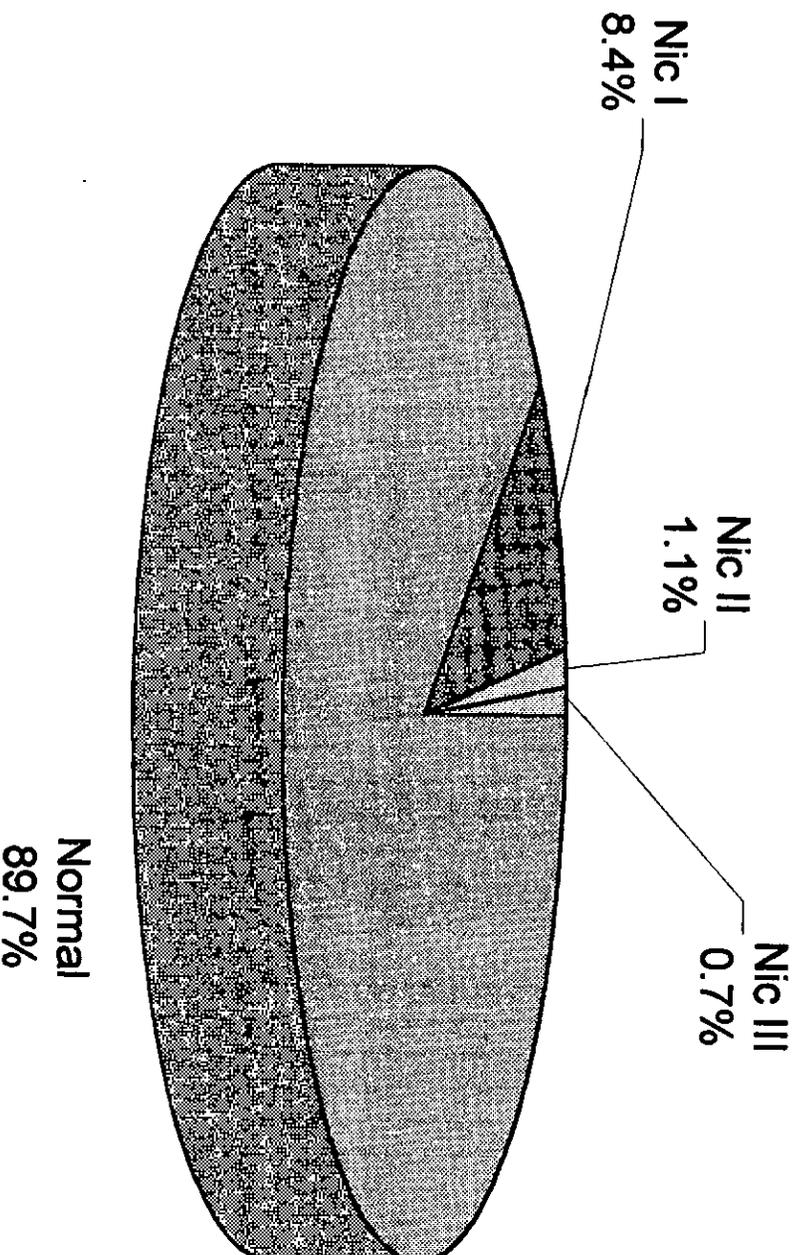
**CUADRO 1****características sexual y reproductiva de las mujeres que se  
realizaron papanicolaou en el Municipio de Paiwas.****Enero 1998 - Junio 2000.**

<b>Variable</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>IVSA</b>		
10. - 14	45	16.50%
15 - 19	128	46.90%
20 - 24	19	6.90%
30 - 34	1	0.40%
Sin datos	80	29.30%
<b>Paridad</b>		
Nulípara	17	6.20%
Primípara	28	10.30%
Bípara y Trípara	59	21.60%
Multípara	104	38.10%
Sin datos	35	23.80%
<b>Cros. Sexuales</b>		
1	122	44.60%
2. - 3	66	24.20%
4 a más	13	4.80%
Sin datos	72	26.40%
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100%</b>

**Fuente Secundaria: Registros del Departamento de Patología  
( Matagalpa).**

## Gráfico 2

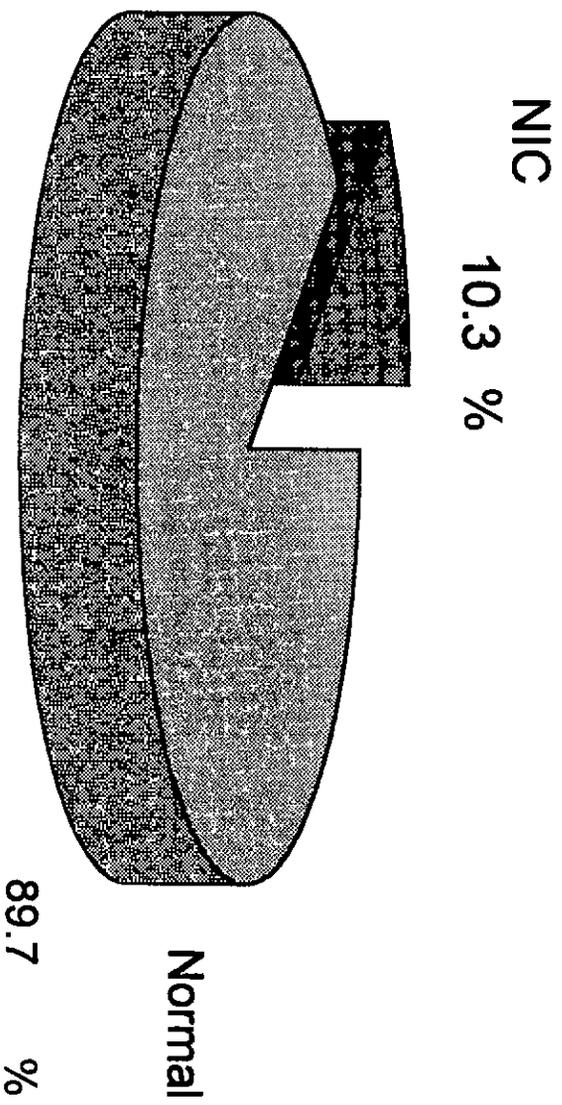
Resultados de Papanicolaou en mujeres atendidas de Enero del 98 a Junio del 2000. Bocana de Paiwas.



Fuente Secundaria: Registro del Departamento de Patología (Matagalpa)

### Gráfico 3

Distribución de Mujeres según el Diagnóstico Obtenido. Municipio de Paivas Enero 1998 - junio 2000.



Fuente Secundaria: Registro del Departamento de Patología (Matagalpa)

## Cuadro N° 2

Factores Asociados a las NI C en mujeres mujeres que se tomaron citología cervical

Variable	Población	Alteración	Tasa x 100
<b>Edad</b>			
15 a 24	114	8	7.00
25 a 34	96	10	10.40
35 a 44	39	9	23.00
45 a 54	17	1	5.80
55 a 59	3	0	0
<b>IVSA</b>			
10. - 14	45	6	13.30
15 - 19	128	19	14.80
20 - 24	19	3	15.70
<b>Paridad</b>			
Nulípara	17	1	5.80
Primípara	28	2	7.10
Bípara y Trípara	59	8	13.50
Múltipara	104	17	16.30
<b>Cros. sexuales.</b>			
1	122	12	9.80
2. - 3	66	12	18.20
4 a más	13	4	30.30
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>28</b>	<b>10.30</b>

Fuente Secundaria: Registros del Departamento de Patología  
( Matagaipa)

**Cuadro N° 3**  
**Lesiones Asociadas a las NIC en mujeres que se realizaron**  
**citología cervical.**

**Municipio de Paiwas Enero 1998 - Junio 2000.**

<b>Infecciones Asociadas</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Alterados</b>	<b>Tasa x 100</b>
VPH	25	25	100.00
VPH , Tricomonas	3	3	100.00
No Infección	245	0	-
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>28</b>	<b>10.30%</b>

**Fuentes Secundaria: Registro del Departamento de Patología**  
**(Matagalpa)**

#### Cuadro No. 4

### Factores de riesgos asociados a NIC en mujeres que se realizaron citología cervical.

Municipio de Paiwas Enero 1998 - Junio 2000.

Factor de riesgo	Odds Ratio	Intervalo 95%	Valor de p
Edad de 35 a más	2.18	0.87 - 2.37	0.0631108
IVSA en adolescencia	0.9	0.22 - 4.28	0.8756235
Paridad mayor de 3	0.61	0.25 - 1.46	0.2239982
Más de un compañero sexual	2.54	1.06 - 6.14	0.0210223
Infección por HPV	Infinito	Indefinido	0

