

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
Holguín
SEDE UNIVERSITARIA “URSELIA DÍAZ BÁEZ”

Título: Incidencia de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Policlínico Agustín González Montes de Oca de Los Ángeles.

Autor: Dra. Daylen Rodríguez Ricardo.

Tutor: Dra. Dania A. Alvares Blanco.
Esp. de 1er grado en Ginecobstetricia.
Esp. de 2do grado en MGI.
MsC. Atención Integral a la Mujer.
Prof. Auxiliar.

Tesis para optar por el título de Especialista de 1er grado en Medicina General Integral

2017

PENSAMIENTO

"No es la inteligencia recibida y casual lo que da al hombre honor, sino el modo con que la usa y la salva. No hay más que un modo de perdurar, y es servir".

José Martí

DEDICATORIA

A mi esposo y a mis padres por ser los pilares fundamentales para mi vida, siendo mi apoyo incondicional en todo momento.

ÍNDICE

Contenido

1- Pensamiento.....	
2- Dedicatoria.....	
3- Índice.....	
4- Resumen.....	
5- Introducción.....	1
6- Problema científico.....	8
7- Objetivos.....	9
8- Metodología.....	11
9- Operacionalización de las variables.....	13
10- Análisis y discusión.....	15
11- Conclusiones.....	22
12- Recomendaciones.....	23
13- Referencias bibliográficas.....	24
14- Anexos.....	26

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional y descriptivo en el área de salud del policlínico Agustín González Montes de Oca perteneciente a los Ángeles, en el período comprendido de mayo 2017 – abril 2018, con el objetivo de prevenir las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales en adolescentes con relaciones sexuales activas, mediante citología, biopsia, colposcopia, valorando el grado de lesión a lo largo del período de estudio y respuesta al tratamiento. La población estuvo constituida por 26 adolescentes que fueron diagnosticadas con Neoplasias Intraepiteliales Cervicales y que tuvieron posteriormente un reporte de seguimiento citológico en consulta de patología de cuello del municipio. Se utilizaron como variables: La edad, inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, grado de las Neoplasias Intraepitelial Cervicales, infecciones vaginales, el tiempo de la aplicación del tratamiento y resultados del tratamiento, se llegaron a conclusiones sobre múltiples factores que inciden en la aparición de la patología.

INTRODUCCIÓN

Las displasias cervicales son lesiones precancerosas que constituyen una hiperplasia basal del epitelio por hiperactividad mitótica con aberraciones y atípicas celulares, pero que no pierden la normal estratificación del epitelio, las mismas fueron nombradas como Neoplasia Intraepitelial Cervical, pues las células tienen las mismas características genéticas, morfológicas y metabólicas que las neoplasias. ¹

Las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales pueden clasificarse de la siguiente forma:

N.I.C. I: Displasias leves.

N.I.C. II: Displasias moderadas de bajo riesgo.

N.I.C. III: Displasias severas de alto riesgo.

C.I.S.: Carcinoma in situ.

La Neoplasia Intraepitelial Cervical (N.I.C.) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III. Si la displasia está confinada al tercio inferior del epitelio estamos en presencia de una N.I.C. I, también conocida como lesión intraepitelial de bajo grado (L.E.I-B.G); si implica los dos tercios inferiores se denomina N.I.C. II y si las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio están en presencia de una N.I.C. III. Estas dos últimas denominaciones en conjunto, se conocen también como: lesiones intraepiteliales de alto grado (L.E.I.-A.G.).

La infección por el Virus del Papiloma Humano (V.P.H.) parece ser la "causa fundamental" en la génesis del cáncer de cérvix. Esta hipótesis es muy aceptada por la Comunidad Científica Mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de V.P.H. con la N.I.C. y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (N.I.V.). Se hace necesario considerar algunos otros factores de riesgo que pueden actuar asociados a la infección con el V.P.H., pues no todas las mujeres infectadas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ. ²

Estos conceptos confirman la opinión autorizada de un experto cubano como el Profesor Evelio Cabezas al sostener que en los momentos actuales estamos envueltos en lo que ha dado en llamar la "psicosis del V.P.H." y llama la atención de los otros factores de riesgos concomitantes que tienen también una gran importancia en la génesis del cáncer cervical. Múltiples son los factores de riesgo epidemiológico o cofactores relacionados con la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución posterior al cáncer de cuello.²

En presencia de carcinógenos este efecto inmunológico local puede constituir un cofactor que acelera o contribuye al desarrollo de neoplasias y por eso se le atribuye al plasma seminal una gran importancia en la génesis del cáncer de cuello. Es por esto, que los tres cofactores mencionados (varón de riesgo, I.T.S. y esperma) tienen una relación muy íntima en la aparición de las lesiones cervicales.³

El diagnóstico de neoplasia cervical no es sinónimo de promiscuidad femenina, aunque no es menos cierto que las promiscuas tienen una posibilidad mayor de padecerla, muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta interesante considerar el plasma seminal en la génesis del cáncer uterino.⁴

La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del V.P.H. y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de A.D.N. viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer la enfermedad si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad. La multiparidad es otro elemento considerado, ya que se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión inmunológica y de los niveles de folatos en la sangre lo que se ha relacionado con el aumento del riesgo de aparición de la neoplasia intraepitelial mientras más embarazos tenga la mujer. El informe de una citología alterada trae consigo una serie de cuentas para el sistema de salud y muy particular para la paciente y la familia, ya que en nuestro medio popular la citología alterada se corresponde directamente con cáncer y por todos es conocido el

carácter altamente dramático que tradicionalmente ha acompañado al cáncer, este se ha convertido en un mito que surge de la imaginación y la falta de información en sí, la versión del cáncer como algo invariablemente letal es una generalización que hace que esta sea una enfermedad temida por la mayoría de las personas, la familia y sus allegados.⁵

Los folatos, la vitamina B₆, la vitamina B₁₂ y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y particularmente en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto, y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis.⁶

Existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección por el V.P.H. En ausencia de hormonas, el receptor para estas es inactivo y se localiza en el núcleo de la célula diana como un gran complejo molecular asociado a muchas proteínas, cuando las hormonas se unen a su receptores estrogénicos y progestacionales se produce un cambio en la capacidad del receptor para unir secuencias específicas de A.D.N.⁷

La susceptibilidad genética a la infección por el V.P.H. parece ser importante al determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos haplotipos de H.L.A. es predisponente a aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por V.P.H. y por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino.⁸

Un ejemplo evidente ha sido demostrado en pacientes infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana las cuales muestran un incremento en la incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmune contra la progresión de la enfermedad.⁹

La Neoplasia Intraepitelial Cervical y su vinculación con la infección por el Virus del Papiloma Humano preceden a la aparición del cáncer de cérvix, por lo que resulta muy importante detectarla y tratarla para evitar su evolución hacia las etapas invasoras. El tratamiento ideal de la N.I.C., debe ser un método de fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.⁹

Diferentes modalidades han sido empleadas para el tratamiento de las displasias cervicales, algunas más conservadoras que otras desde la primera mitad del siglo pasado. La conización con bisturí, la amputación de cuello y la histerectomía tuvieron su protagonismo en esa época.¹⁰

En los últimos treinta años, la terapéutica de las N.I.C. se ha dirigido hacia el uso de métodos conservadores que pueden realizarse de forma ambulatoria, favorecidos por el desarrollo que ha tenido la colposcopia; existe un mayor conocimiento de la historia natural de las lesiones intraepiteliales y la disponibilidad de novedosas tecnologías terapéuticas eficaces por ablación o destrucción como la criocirugía que surge a principios de los setenta y el láser a finales de la misma década.¹¹

Como técnica más novedosa y con ventajas evidentes sobre los procedimientos ablativos, aparecen las primeras publicaciones sobre el uso de la Radiocirugía para realizar la escisión electro-quirúrgica del cérvix (L.E.E.P.). El tamaño de las lesiones influye más en los resultados del tratamiento que el grado de la lesión, por lo que uno de los detalles que debe tenerse en cuenta es que técnicamente el tratamiento conservador sea posible en toda la extensión de la lesión.¹²

Este sigue siendo uno de los temas más discutidos en la medicina, ya que por todos es conocida la mortalidad tan grande que se presenta por el cáncer de cuello uterino, solamente superado en Cuba por el de mama, grandes son los esfuerzos que se realizan en Cuba para realizar la pesquisa activa a todas las mujeres mayores de 25 años con vida sexual activa.¹³

El cáncer del cuello uterino, sigue siendo uno de los principales tipos de cáncer que causa aproximadamente 290 000 muertes de mujeres a nivel mundial cada año. Al elevado riesgo de enfermar y morir por esta dolencia se debe agregar los efectos de tipo psicosocial, la actitud de rechazo por la pareja, lo que en muchos casos constituye la causa para una ruptura familiar, trayendo consigo el bajo control familiar, mala formación de los hijos, drogadicción, delincuencia, etc.

En efecto, esta patología es más frecuente en una etapa en la cual la mujer constituye el núcleo del grupo familiar. A diferencia de otros, el cáncer del cérvix tiene una etiología viral conocida. Se busca encontrar en el futuro próximo una forma de medir y combinar con precisión todos los factores de riesgo de cáncer de cérvix. ¹⁴

Cuando el cáncer de cérvix se diagnostica en estadíos iniciales, la supervivencia a los cinco años es buena. Para las pacientes con cáncer in situ, es del 100 % y en estadíos I 80 %. Sin embargo, en estadíos localmente avanzados las opciones terapéuticas disminuyen y el pronóstico de las pacientes empeora drásticamente, reduciéndose la supervivencia a 5 años a menos del 20 %. A pesar de todos los avances médicos y los nuevos protocolos de quimioterapia, no se han conseguido mejorar las cifras de supervivencia desde hace unos 30 años. ¹⁵

Como factores predisponentes de esta enfermedad se relacionan: la edad (entre 45 y 55 años), los factores genéticos como el déficit de alfa 1 antitripsina que tiene efecto protector sobre el epitelio del cérvix, las relaciones sexuales tempranas, la promiscuidad sexual, enfermedades de transmisión sexual, el hábito de fumar, cervicitis, las laceraciones y traumatismos durante el parto y el puerperio, pacientes inmunodeprimidas, S.I.D.A. y el carcinoma del pene del compañero sexual. La pesquisa de Neoplasia Intraepitelial Cervical a través de la citología cervical convencional (Papanicolaou), ha sido la herramienta más significativa para evaluar el seguimiento de las pacientes.

Habitualmente se origina a partir de una metaplasma escamosa por alteraciones de diferenciación y/o maduración normal. Se plantea como factores iniciadores de la acción

carcinogénica al Herpes Virus Simple y el Papiloma Virus, así como otras I.T.S. entre ellas el condilomas, trichomonas, clamidias y sífilis, además de la acción del A.D.N. de los espermatozoides.¹⁶

Antecedentes:

A nivel mundial se han realizado un sin número de trabajos sobre el cáncer, sin embargo los expertos consideran que nunca es suficiente lo que se estudie sobre este tópico. Basados en esto, es importante analizar este tema que afecta a las mujeres y que es una realidad palpable.

En México, el cáncer cervicouterino representa el tercer lugar como causa de defunción y el primer lugar si se toma en cuenta sólo el sexo femenino, con un total de 4 500 defunciones anuales (una muerte cada dos horas). La citología cervical es una prueba de tamizaje para la detección oportuna de lesiones precursoras y detección de cáncer cervicouterino. Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo.

En los países de América Latina y el Caribe, se diagnostican cerca de 1 260 casos de cáncer cervical invasivo cada año, y 530 mujeres mueren a causa de esta enfermedad en el mismo período. Un 70% de los casos se diagnostica en mujeres con edades de mayor productividad social y económica. Muchos de ellos podrían haber sido prevenidos.¹⁷

La neoplasia cervicouterina es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres de hoy en día, pues constituye una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo. Según Brawley O., Byers T. y Chen A. el número de muertes por esta causa aumentará de 320 000 en el año 2015 a 435 000 en el año 2030.¹⁸

La gran difusión de esta metodología de detección y el aumento de los centros dedicados al diagnóstico de la patología pre-neoplásica del cuello uterino, trajo como consecuencia una disminución del carcinoma invasor. El fervor del diagnóstico

precoz fundamentalmente en los países occidentales, logró disminuir los índices de mortalidad por carcinoma invasor a un tercio de lo que eran hace 50 años. Pese a esta disminución, existen países donde el cáncer de cuello uterino representa actualmente más de la mitad de todos los carcinomas de la mujer.¹⁹

El cáncer de cuello uterino es la segunda entre las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres en todo el mundo. En los 15 estados miembros de la Unión Europea, unas 25 000 mujeres desarrollan cáncer de cuello uterino cada año y 13 000 de ellas mueren por causa de esa enfermedad. Los tests Papanicolau han reducido la incidencia y los fallecimientos por cáncer cervical en el mundo desarrollado, pero aún así hubo 11 000 casos y 3 900 fallecimientos en Estados Unidos en el año 2014. El cáncer cervical presenta una elevada mortalidad en áreas pobres en recursos; a nivel mundial se producen 490 000 casos y 270 000 fallecimientos.

En Cuba desde 1968 se desarrolla un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino. Durante los años transcurridos, a más de 9 millones de mujeres se les ha realizado el estudio citológico del cuello uterino y miles de ellas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano y oportuno en esta entidad, lo que ha permitido que la morbilidad por dicha neoplasia haya disminuido, y representa un 10 % de todas las causas de cáncer, ocupando el segundo lugar en incidencia y cada año se ubica entre el tercer y quinto lugar de mortalidad por cáncer.¹⁷

En la provincia de Holguín la incidencia de la neoplasia intraepitelial cervical se ha incrementado en los últimos años a pesar del desarrollo del Programa de Prevención Precoz de Cáncer Cervicouterino. En el municipio de Banes y en especial en el área de salud del Policlínico Agustín González Montes de Oca ha aumentado considerablemente el número de caso de las N.I.C.

Aunque en Cuba y en el resto del mundo se han realizado diversos estudios para identificar cuáles son los factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino y

estos han comprobado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es el más importante; hasta la fecha en Cuba, no se ha hablado de la evolución de las mujeres.

¿Cómo se comporta la Neoplasia Intraepitelial Cervical (N.I.C.) en adolescentes diagnosticadas mediante citología, biopsia y colposcopia del Policlínico Agustín González Montes de Oca?

OBJETIVOS

General:

Prevenir la Neoplasia Intraepitelial Cervical en adolescentes del Policlínico "Agustín
González Montes de Oca".

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de serie de casos, en adolescentes diagnosticadas con Neoplasia Intraepitelial Cervical en el área de salud del Policlínico "Agustín González Montes de Oca" Los Ángeles. Banes.

El universo de estudio estuvo representado por el total de las adolescentes que cumplieron con las especificaciones a las que se les diagnosticó Neoplasia Intraepitelial Cervical por medio de la citología del cuello uterino, biopsia y colposcopia las cuales tuvieron posteriormente un reporte de seguimiento citológico en consulta de patología de cuello del municipio.

Criterio de inclusión:

Se incluyeron en el estudio aquellas adolescentes cuyas citologías fueron diagnosticadas con Neoplasia Intraepitelial Cervical (N.I.C.), por medio de citología del cuello uterino, biopsia, colposcopia y que tuvieran posteriormente un reporte de seguimiento citológico en consulta de patología de cuello del área y aceptaron ser incluidas en el estudio.

Criterio de exclusión:

Se excluyeron las adolescentes inasistentes a consultas y las que no aceptaron ser incluidas en la investigación.

Aspectos éticos:

Basado en lo establecido en la Declaración de Helsinki para la realización de estudios investigativos en seres humanos antes de incluir a cada paciente en el estudio, se les informó de forma verbal la importancia del mismo y la importancia de sus respuestas para poder comprobar y prevenir el comportamiento de las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales en las adolescentes diagnosticadas, se les ofreció la garantía de confiabilidad de la información emitida y se les pidió el consentimiento para participar en el mismo (Anexo 1).

Se utilizaron métodos: teóricos, empíricos y estadísticos.

Entre los métodos teóricos a emplear estuvieron:

Análisis y síntesis: Se utilizó en la elaboración de los fundamentos teóricos, así como el estudio.

Histórico y lógico: La aplicación de este método teórico se puso en práctica durante el estudio para realizar comentario sobre el desarrollo y antecedente histórico del problema.

Hermenéutico Dialéctico: Estuvo presente en toda la investigación relacionado con el comportamiento humano, permitió buscar los indicios en el plano interno de la subjetividad humana y su interpretación para dar una explicación lo más cercana posible a la realidad del tema de investigación.

Los métodos empíricos que se utilizaron:

Observación científica: Se empleó para llevar a cabo la propuesta del procedimiento y diagnóstico del resultado obtenido de esta investigación. Se acompañó de procedimientos y técnicas propias para las etapas de desarrollo, lo que posibilitó una mayor precisión y seguridad en las decisiones a tomar así como en los resultados a obtener acerca del comportamiento del objeto que está siendo investigado.

Métodos y procesamiento estadísticos: Fue de gran valía para la obtención, procesamiento y representación de la información obtenida en el proceso de investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad:	Cuantitativa continua, se utilizará de forma discreta porque se tendrán en cuenta las edades en números enteros	De 13-14 años	Según último año cumplido.
		De 15-16 años	
		De 17-18 años	
Inicio de las relaciones sexuales:	Cualitativa nominal	Precoz:	Primera relación sexual fuera antes de los 18 años.
		Normal	Primera relación sexual fue a los 18 años.
Número de compañeros sexuales:	Cuantitativa discreta	Cinco y más	Según número de compañeros sexuales.
		Menos (-) de cinco	
Grado de los N.I.C.:	Cualitativa Ordinal.	N.I.C. I N.I.C. II N.I.C. III Carcinoma in situ.	Según clasificación histológica.
Infecciones vaginales:	Cualitativa Nominal	Gardnerella Trichomonas Chlamydia Papiloma virus	Según Infecciones vaginales presentadas y descritas en la Historia Clínica.

El tiempo de la aplicación del tratamiento	Cuantitativa discreta	-Un año. -Más de un año (24 meses, 36 meses).	Según duración del tratamiento.
Resultado del tratamiento	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Si los resultados fueron positivos.
		No satisfactorio	Si los resultados no fueron positivos.

Técnica y procedimiento: Inicialmente se revisó el libro de control de citologías, Modelo 68-04, las historias clínicas individuales y familiares, según consultorio de pertenencia, previo consentimiento informado de estas adolescentes se le aplicó la encuesta y entrevista elaborada por el autor en función de los objetivos trazados en la investigación (Anexo 2) y la necesidad de su colaboración solo para estudios investigativos.

Con la información obtenida se calculó la tasa de incidencia de Neoplasia Intraepitelial Cervical, se calcularon medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y porcentajes) y se vaciaron en tablas y gráficos para un mejor análisis y comprensión de los mismos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

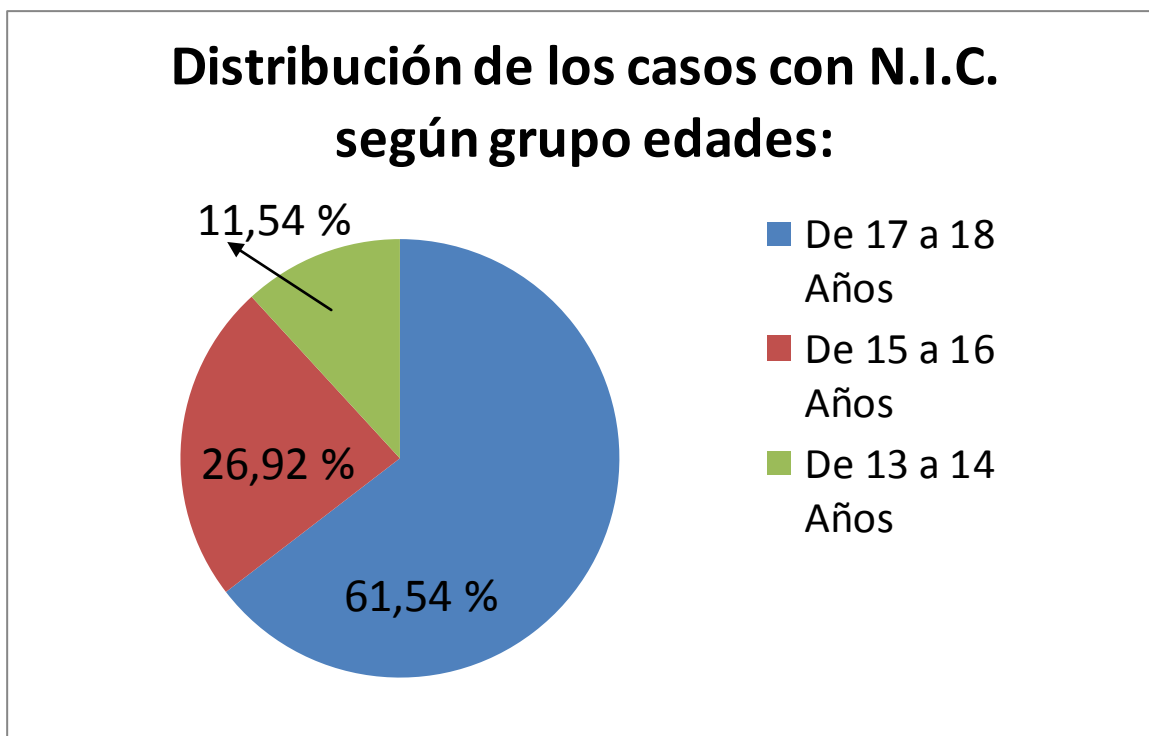
Tabla1

Distribución de los casos con N.I.C. según grupo edades:

Grupo de edades	Frecuencia	%
De 13 a 14 años.	3	11,54
De 15 a 16 años.	7	26,92
De 17 a 18 años.	16	61,54
Total	26	100

Fuente: Tarjeta de citología.

Grafico # 1. Pacientes con N.I.C. según las edades.



Como se puede observar en el cuadro # 1 del gráfico 1 en las edades de 13 a 14 años el porcentaje de adolescentes con N.I.C es de un 11,54 %, entre los 15 y 16 años es de 26,92 % y con un mayor % podemos apreciar las edades entre 17 y 18 años con un 61,54 %, siendo este el grupo más afectado.

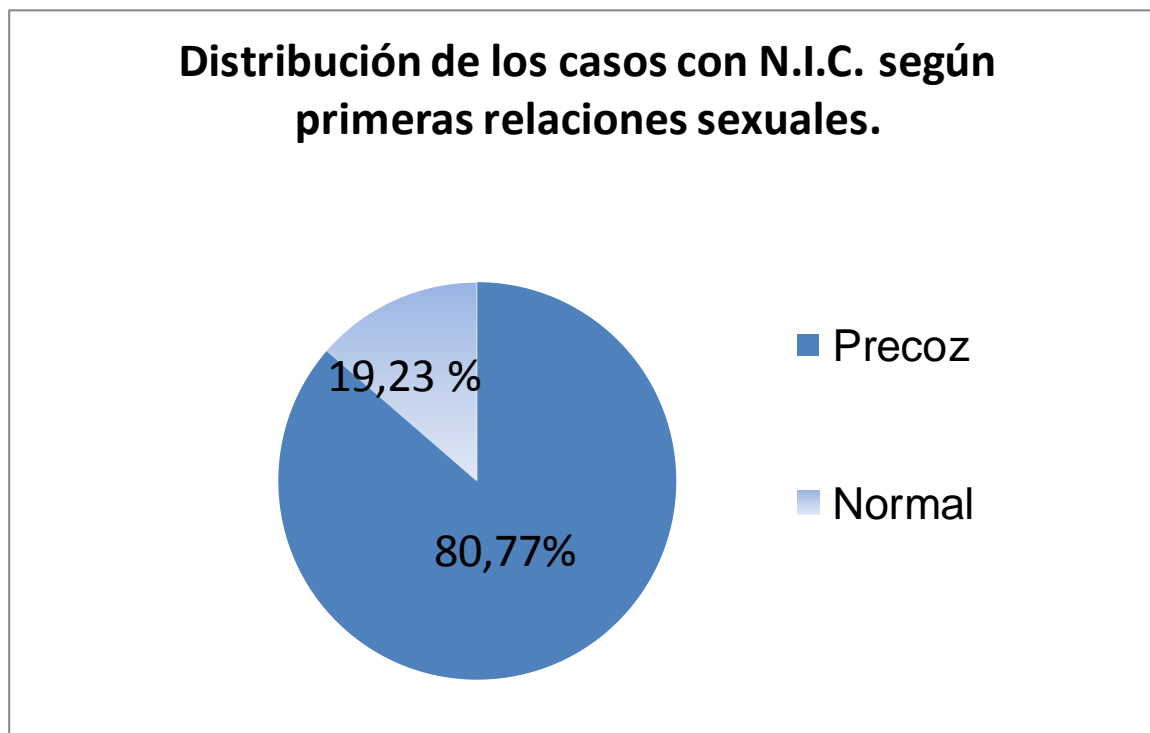
Tabla 2

Distribución de los casos con N.I.C. según primeras relaciones sexuales.

Edad de inicio de las relaciones		
Sexuales	Frecuencia	%
Precoz	21	80,77
Normal	5	19,23
Total	26	100

Fuente: Entrevista.

Grafico # 2. Casos con N.I.C. según primeras relaciones sexuales.



Como se puede observar en el cuadro # 2 del gráfico 2 de un total de 26 adolescentes que presentaron N.I.C. , 80,77% tuvieron un inicio de las relaciones sexuales precoz y el 19,23 % su inicio de las relaciones fue normal. Teniendo en cuenta que el riesgo de presentar una Neoplasia Intraepitelial Cervical puede ser más elevado con un inicio precoz de las relaciones sexuales.

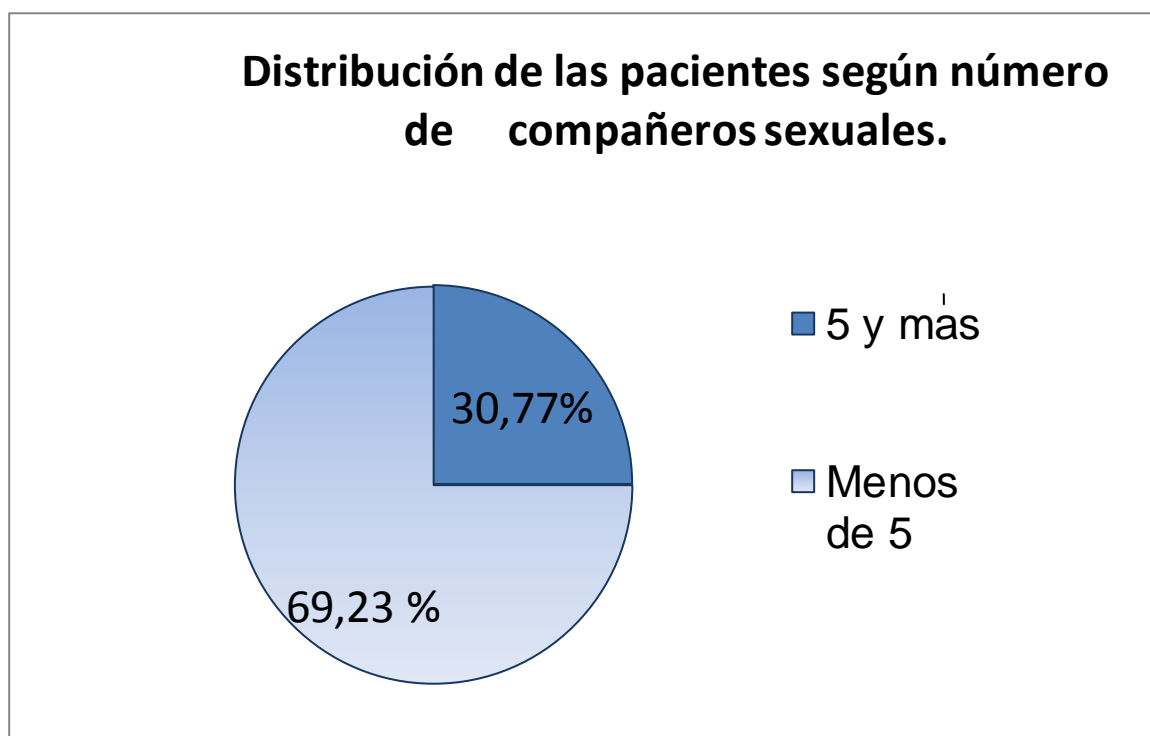
Tabla 3

Distribución de las pacientes según número de compañeros sexuales.

Número de compañeros	Frecuencia	%
5 y más	8	30,77
Menos de 5	18	69,23
Total	26	100

Fuente: Encuesta.

Grafico # 3. Pacientes según número de compañeros sexuales.



Como se puede observar en el cuadro # 3 del gráfico 3 de un total de 26 adolescentes que presentaron N.I.C., el 30,77 % tuvieron 5 compañeros sexuales o más y el 69,23 % su número de compañeros sexuales fue de menos de 5. Teniendo en cuenta que el número de compañeros sexuales por debajo de 5 también es un riesgo de presentar Neoplasia Intraepitelial Cervical en pacientes que tengan otros factores asociados.

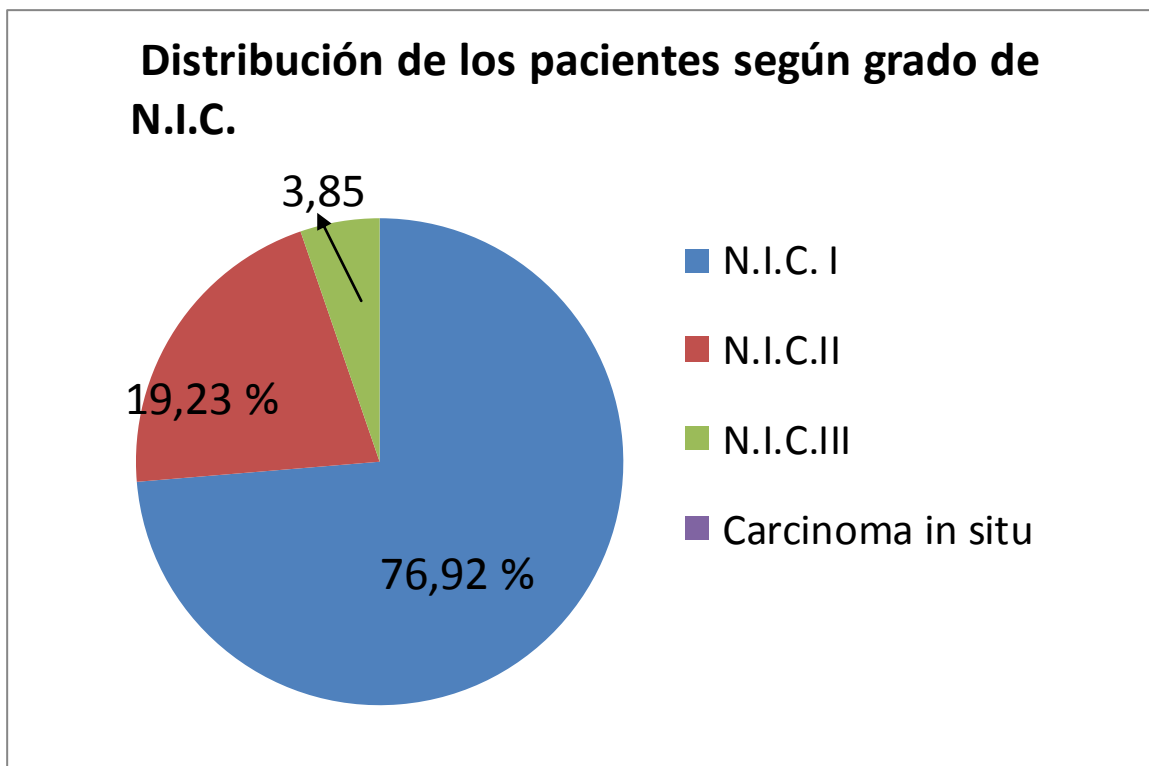
Tabla 4

Distribución de los pacientes según grado de N.I.C.

Grado de los N.I.C.	Frecuencia	%
N.I.C. I	20	76,92
N.I.C.II	5	19,23
N.I.C.III	1	3,85
Carcinoma in situ	0	0,00
Total	26	100

Fuente: Tarjeta de citología

Grafico # 4. Pacientes según grado de la N.I.C.



Como se puede observar en el cuadro # 4 del gráfico 4 tenemos que las adolescentes con N.I.C grado I ocuparon el 76,92 %, las de grado II el 19,23 %, las de

grado III el 3,85 % y n el caso del el carcinoma in situ no se diagnosticó ningún caso. Teniendo en cuenta que la Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I, o de bajo riesgo es la más frecuente.

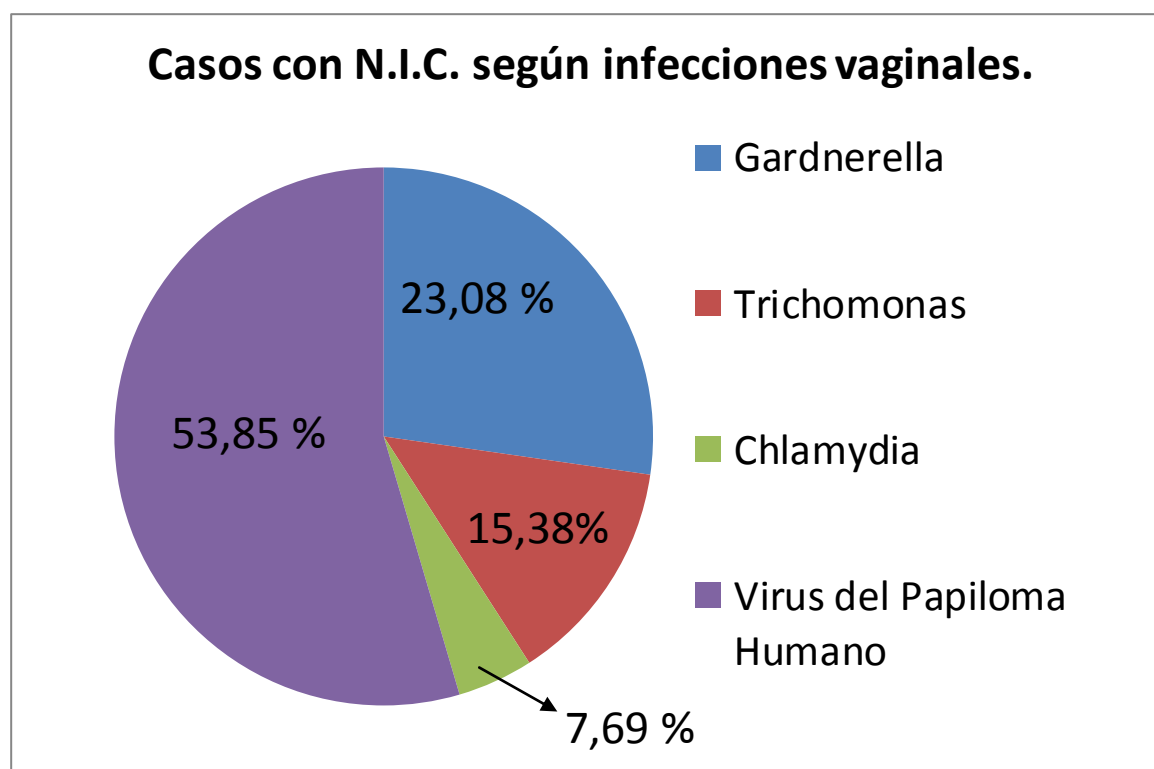
Tabla 5.

Distribución de casos según infecciones vaginales

Infecciones vaginales	Frecuencia	%
Gardnerella	6	23,08
Trichomonas	4	15,38
Chlamydia	2	7,69
Virus del Papiloma Humano	14	53,85
Total	26	100

Fuente: Encuesta.

Grafico # 5. Casos con N.I.C. según infecciones vaginales.



Como se puede observar en el cuadro # 5 del gráfico 5 de un total de 26 adolescentes que presentaron N.I.C., el 23,08 % tuvieron infección vaginal por Gardnerella, un 15,38 % infección por Trichomonas, el 7,69 % infección por

Chlamydia y el 53,85 % presentaron infección vaginal por el Virus del Papiloma Humano. Teniendo en cuenta que las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales son más frecuentes en aquellas pacientes que han presentado infecciones vaginales por el Virus del Papiloma Humano.

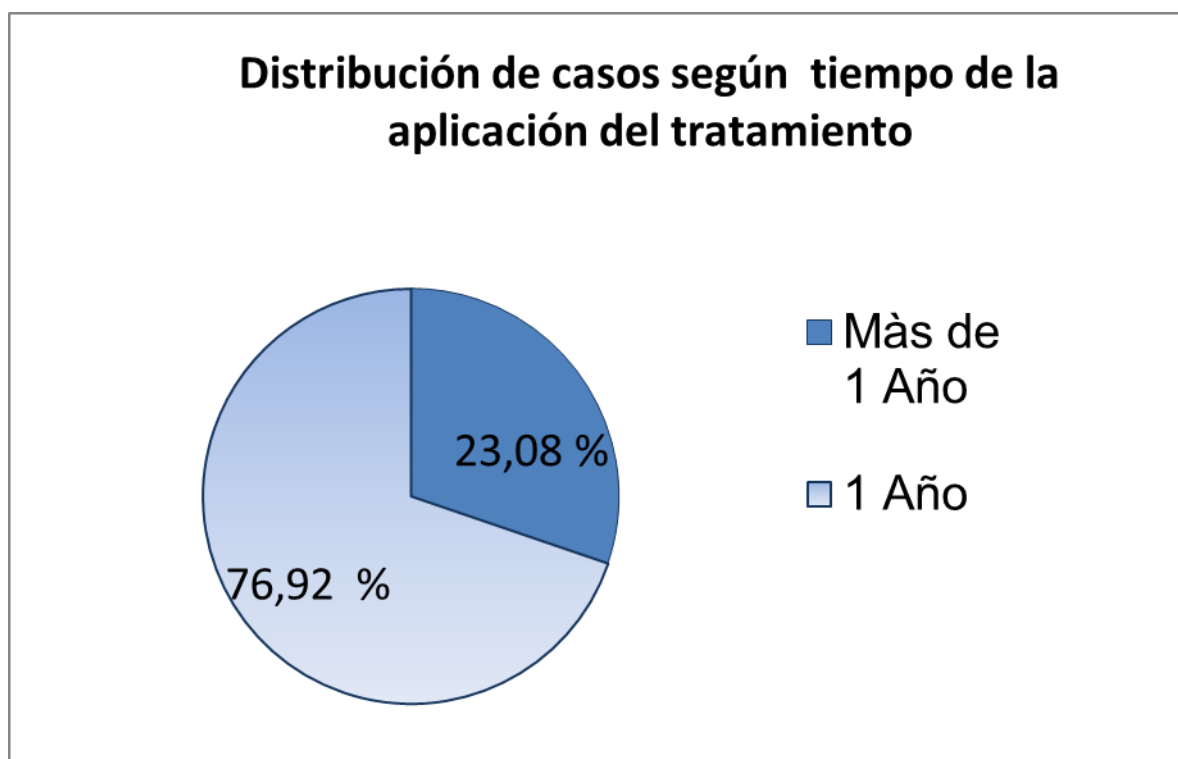
Tabla 6.

Distribución de casos según tiempo de la aplicación del tratamiento

Tiempo de la aplicación Del tratamiento	Frecuencia	%
Un año	20	76,92
Más de un año	6	23,08
Total	26	100

Fuente: Historia clínica

Grafico #6. Casos según tiempo de la aplicación del tratamiento



Como se puede observar en el cuadro # 6 del gráfico 6 tenemos que el 76,92 % de las adolescentes el tratamiento fue por un periodo de 1 año y las que el tratamiento fue de más de 1 año ocuparon el 23,08 %. Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje

de las adolescentes con Neoplasia Intraepitelial Cervical resolvieron su situación en un año.

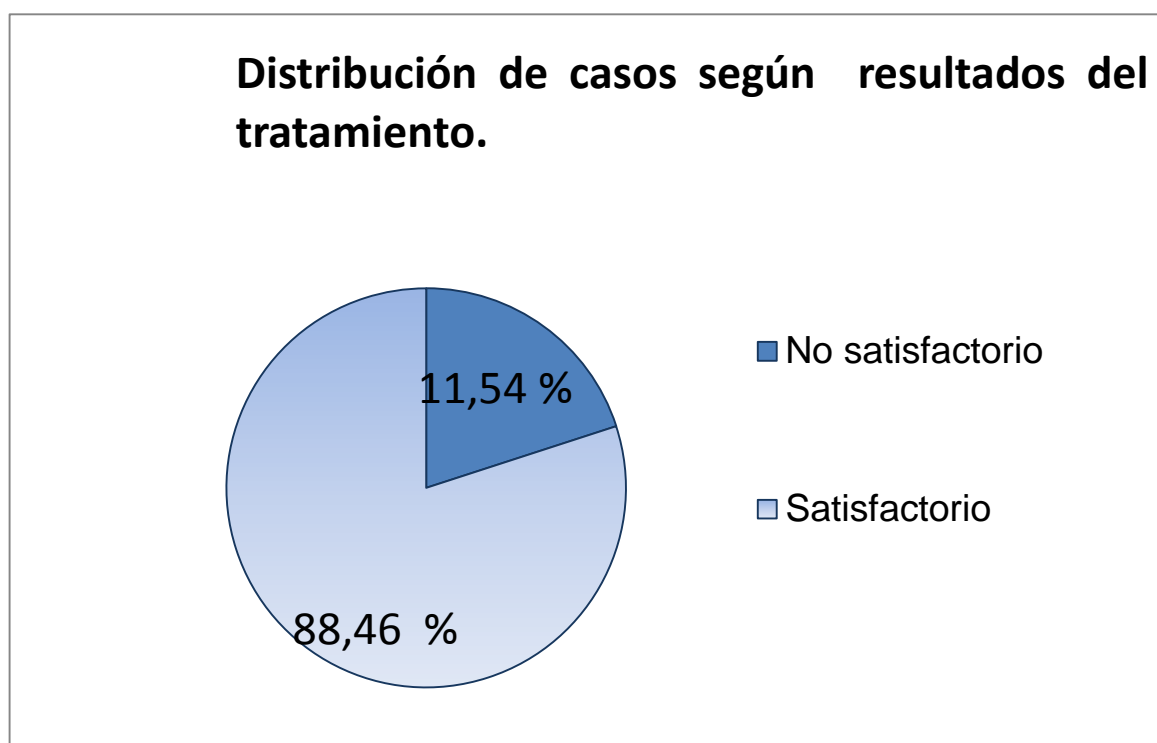
Tabla 7.

Distribución de casos según resultados del tratamiento.

Resultado del tratamiento	No	%
Satisfactorio	23	88,46
No satisfactorio	3	11,54
Total	26	100

Fuente: Historia clínica

Grafico # 7. Casos según resultados del tratamiento.



Como se puede observar en el cuadro # 7 del gráfico 7 de un total de 26 adolescentes con NIC tenemos que del 88,46 % tuvieron un resultado del tratamiento satisfactorio, mientras que el 11,54 % de estas el resultado del tratamiento no fue satisfactorio. Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de las pacientes con

Neoplasia Intraepitelial Cervical tuvieron un tratamiento satisfactorio.

CONCLUSIONES

Basado en este contexto, la información generada con los resultados de este trabajo, permitió conocer mejor el diagnóstico precoz para la prevención de la Neoplasia Intraepitelial del Cuello Uterino en las adolescentes en el área de salud del Policlínico "Agustín González Montes de Oca" Los Ángeles. Banes y dirigir los esfuerzos en el seguimiento oportuno de este grupo.

RECOMENDACIONES

- ❖ Motivar al personal de salud, tanto el comunitario como el asistencial al momento de la educación sanitaria con la finalidad de prevenir las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales en las adolescentes.
- ❖ Realizar talleres de enseñanza sobre las N.I.C. para profesionales de la salud, para que a su vez impartan los conocimientos adquiridos a las adolescentes que asisten a las instituciones hospitalarias.
- ❖ Realizar campañas de publicidad a través de los medios de comunicación.
- ❖ A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar a las adolescentes sobre la importancia de prevenir los factores de riesgo relacionados con las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Pérez, C. Evolución y seguimiento de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervicouterina en el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino diagnosticado en el departamento de patología. HEODRA, León, agosto 2013.
2. Cabezas Cruz E. Conducta a seguir ante la NIC. *Rev. Cub Obstet Ginec.* 2013; 24(3):156-60.
3. Castle PE, Fetterman B, Cox JT, et al. The age-specific relationships of abnormal cytology and human papillomavirus DNA results to the risk of cervical precancer and cancer. *Obstet Gynecol.* 2014; 116: 76-84.
4. Saraiya M, Berkowitz Z, Yabroff KR, Wideroff L, Kobrin S, Benard V. Cervical cancer screening with both human papillomavirus and Papanicolaou testing vs Papanicolaou testing alone: what screening intervals are physicians recommending? *Arch Intern Med.* 2014; 170: 977-985.
5. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, et al; New Technologies for Cervical Cancer Screening (NTCC) Working Group. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2015; 11: 249-257.
6. Maucort-Boulch D, Plummer M, Castle PE, et al. Predictors of human papillomavirus persistence among women with equivocal or mildly abnormal cytology. *Int J Cancer.* 2015; 126: 684-691.
7. Rodriguez AC, Schiffman M, Herrero R, et al. Longitudinal study of human papillomavirus persistence and cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3: critical role of duration of infection. *J Natl Cancer Inst.* 2014; 102: 315-324.
8. Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, et al. Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. *J Natl Cancer Inst.* 2011; 102: 325-339.
9. Chen HC, Schiffman M, Lin CY, et al; CBCSP-HPV Study Group. Persistence of type-specific human papillomavirus infection and increased long-term risk of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2016; 103: 1387-1396.
10. Moscicki AB, Cox JT. Practice improvement in cervical screening and management (PICSIM): symposium on management of cervical abnormalities

- in adolescents and young women. *J Low Genit Tract Dis.* 2013; 14: 73-80.
11. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2013; 62: 10-29.
 12. Division of Cancer Prevention and Control, National Center for Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention. Cervical Cancer. Atlanta, GA: 2013. Available at: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/>. Accessed October 21, 2013.
 13. Kjaer SK, Frederiksen K, Munk C, Iftner T. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence. *J Natl Cancer Inst.* 2014; 102: 1478-1488
 14. New Mexico Human Papillomavirus (HPV) Pap Registry (NMHPVPR) and HOPE Clinic (House of Prevention Epidemiology). Available at: <http://www.unm.edu/>. Accessed January 15, 2013.
 15. Cuzick J, Castanon A, Sasieni P. Predicted impact of vaccination against human papillomavirus 16/18 on cancer incidence and cervical abnormalities in women aged 20-29 in the UK. *Br J Cancer.* 2013; 102: 933-939.
 16. Katki HA, Kinney WK, Fetterman B, et al. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. *Lancet Oncol.* 2013; 12: 663-672.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Marzo 2013 <http://www.epha.org/a/1848>. Modificado por última vez el 20 de junio de 2015.
 18. Brawley O, Byers T, Chen A, et al. New American Cancer Society process for creating trustworthy cancer screening guidelines. *JAMA.* 2015; 306: 2495-2499.
 19. Castle PE, Stoler MH, Wright TC Jr, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. *Lancet Oncol.* 2013; 12: 880-890.

ANEXOS

Consentimiento informado:

Yo: _____ conozco y apruebo que bajo mi consentimiento se utilicen los datos para el objeto de investigación. Conozco que mi entrevista y los resultados del estudio solo serán manejados por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización, ni serán usados en otras investigaciones no relacionadas con ésta. Conozco también que mi participación contribuirá al mejor estudio y conocimiento del tema que se investiga; y que los resultados serán utilizados para el bien de nuestra sociedad.

Conociendo lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas expreso mi disposición a participar en esta investigación.

Y para que así conste, firmo el presente documento:

Firma del paciente y No HC.

(O su representante legal en caso de incapacidad)

Firma del testigo y No CI

Firma del médico informante y
No de Registro Profesional

*La firma de este documento no le hace perder a Ud. ningún derecho legítimo que pudiera corresponderle.

ENCUESTA.

1- Edad -----

2- Numero de compañeros sexuales.

Menos de 5 -----

Más de 5 -----

3 - Según infecciones vaginales.

Gardenella -----

Trichomonas -----

Chlamydia -----

VPH -----

4 - Inicio de las relaciones sexuales

Precoz:-----

Normal:-----

5 - Grado de los NIC

☐ NIC I-----

☐ NIC II-----

☐ NIC III-----

☐ Carcinoma in situ-----

6 - El tiempo de la aplicación del tratamiento

☐ Un año-----

☐ Más de un año (24 meses, 36 meses).-----

7 -Resultado del tratamiento

☐ Satisfactorio

☐ No satisfactorio