



COMPORTAMIENTO DE LA NEOPLASIA INCIPIENTE DE CUELLO UTERINO EN EL AREA DE SALUD LOS ÁNGELES DE BANES EN EL 2019

Dra. Dania Amalia Álvarez Blanco¹

daniaa@infomed.sld.cu

Policlínico Agustín González Montes de Oca de Los Ángeles: Banes Holguín Cuba
<https://orcid.org/0000-0001-7499-8924>

Dr. Luis Carlos Marrero Fernández

luiscmf@infomed.sld.cu

Policlínico Agustín González Montes de Oca de Los Ángeles: Banes Holguín Cuba
<https://orcid.org/0000-0002-1627-6891>

MSc. José Mauricio Bez Collazo

mbezcz@uho.edu.cu

Universidad de Holguín. Centro Universitario Municipal de Banes
<https://orcid.org/0000-0003-0896-7606>

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Dania Amalia Álvarez Blanco, Luis Carlos Marrero Fernández y José Mauricio Bez Collazo: "Comportamiento de la neoplasia incipiente de cuello uterino en el área de salud Los Ángeles de Banes en el 2019", Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica, ISSN: 2660-5554 (Vol 2, Número 17, diciembre 2021, pp.84-103). En línea:

<https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsi-dic-2021/neoplasia-incipiente>

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal en el área de salud del policlínico Agustín González Montes de Oca de Los Ángeles en el período comprendido de enero - diciembre del 2019, con el objetivo de describir el comportamiento de las pacientes diagnosticadas con displasias cérvico uterino. La muestra estuvo constituida por 230 pacientes que fueron diagnosticadas con

¹ **Álvarez Blanco** es Médico Especialista de Primer Grado en Ginecoobstetricia, Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Integral a la Mujer. Trabaja en el Policlínico Agustín González Montes de Oca del municipio Banes Profesor Auxiliar

Marrero Fernández es Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Trabaja en el Policlínico Agustín González Montes de Oca del municipio Banes

Bez Collazo es Licenciado en Tecnologías de Salud en Higiene y Epidemiología, Licenciado en Estudios Socioculturales, Investigador Agregado por la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Máster en Educación Superior se desempeña como Profesor Auxiliar en el Centro Universitario Municipal de Banes de la Universidad de Holguín

Neoplasias Intraepiteliales Cervicales y que tuvieron posteriormente un reporte de seguimiento citológico en consulta de patología de cuello del municipio. Utilizando como variables: La edad, infección vaginal, variables conductuales seleccionados y el grado de displasias que presentaron. El grupo etario más afectado fue el de 40- 44 años. Las mujeres más afectadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años, predominando las que tuvieron 5 y más compañeros sexuales. El grado de displasia que más predominó fue el NIC I, predominando además el resultado y la evolución satisfactoria del tratamiento. Llegamos a conclusiones sobre múltiples factores que inciden en la aparición de la patología.

Palabras clave: diagnósticos, displasias, cérvico-uterino, neoplasias, patología.

BEHAVIOR OF THE INCIPIENT NEOPLASIA OF UTERINE NECK IN THE AREA OF HEALTH THE ANGELS OF BANES IN 2019.

ABSTRACT

It was carried out an observational and descriptive study, of traverse court in the area of health of the Policlinic "Agustín Gonzalez Montes de Oca" of The Angels in the understood period of January - December of the 2016, with the objective of describing the behavior of the patients diagnosed with dysplasia's uterine crevice. The sample was constituted by 230 patients that were diagnosed with Cervical Intraepithelial Neoplasms and that they had a report of pursuit cytological later on in consultation of pathology of neck of the municipality. Using as variables: The age, infection vaginal, variable selected conductance and the dysplasia degree that presented. The group more affected was that of 40 - 44 years. The affected women began their sexual relationships before the 20 years, those that had 5 and more sexual partners prevailing. The dysplasia degree that more I prevail it was the NIC I, also prevailing the result and the satisfactory evolution of the treatment. We reach conclusions about multiple factors that impact in the appearance of the pathology.

Key words: diagnosis, displasia, cervice-uterine, neoplasias, pathology.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de la población es complejo y multifactorial lo que hace muy difícil su expresión, por lo que resulta necesario tener en cuenta los componentes, determinantes y factores de riesgo presentes en la interrelación hombre medioambiente para facilitar el análisis, la identificación y la prioridad de los principales problemas de salud que pudieran estar presentes en la comunidad.

Los componentes demográficos: población, fecundidad, morbilidad, invalidez, y mortalidad; así como el componente crecimiento desarrollo físico y psíquico, son eventos vitales cuyo comportamiento en la sociedad, constituyen elementos importantes en el análisis del proceso salud-enfermedad.

Asimismo, los principales determinantes y factores del estado de salud de la población y sus tendencias actuales: modo, condiciones y estilo de vida, lo ambiental –ecológico, lo biogenético, así como la organización de los servicios de salud, son aspectos importantes para la salud pública. Desentrañar sus causas tiene un valor importante para conocer su situación actual, pronosticar su evolución futura, así como para perfeccionar los principales problemas que afectan la salud pública.

El conocimiento de estos determinantes está dirigido a fortalecer los factores que influyen de forma positiva sobre la salud de la comunidad y a controlar o suprimir los negativos.

Del mismo modo los factores de riesgo vistos como atributos o características que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud. Es la susceptibilidad individual en términos probabilísticos.

Por tanto, es un factor de riesgo cualquier fenómeno físico, químico, biológico o psicosocial, o alguna enfermedad anterior al efecto que se esté estudiando, que por su presencia o ausencia esté relacionado con la enfermedad investigada. También lo es si estos fenómenos ya mencionados pueden ser causa de aparición de enfermedad o daño en personas bajo determinadas condiciones de lugar y de tiempo.

Para hablar de factor de riesgo tienen que existir ciertos hábitos, rasgos o características asociadas con un incremento de la susceptibilidad que pueda medirse, para que se desarrolle una enfermedad en su forma prematura.

En el enfoque de riesgo se le da gran importancia a la estrategia de alto riesgo. Este término se aplica a la identificación de grupos poblacionales con una mayor susceptibilidad de sufrir enfermedades no transmisibles. Así, llamamos grupos de alto riesgo al conjunto de personas en los que confluyen varios factores de riesgo o que muestran niveles de estos que están muy por encima de la media poblacional, con valores extremos por exceso. Es decir, son grupos poblacionales con un conjunto de factores de riesgo que presentan niveles de valores extremos por exceso.

Si se habla de grupos de alto riesgo ginecológico es debido a la omnipresencia de los factores de predisposición, esa población podría beneficiarse de las medidas preventivas encaminadas a cambiar la ecología por una más favorable para su salud

Dentro de las afecciones de tipo ginecológico más frecuentes se encuentran las displasias cervicales, las mismas son lesiones precancerosas que constituyen una hiperplasia basal del epitelio por hiperactividad mitótica con aberraciones y atipias celulares, pero que no pierden la normal estratificación del epitelio, las mismas fueron nombradas por Pichar como Neoplasia Intraepitelial Cervical, pues las células tienen las mismas características genéticas, morfológicas y metabólicas que las neoplasias. (1)

El congreso de citología de la ciudad de Bethesda se le dio la siguiente clasificación a las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales:

NIC I: Displasias leves.

NIC II: Displasias moderadas ambas de bajo riesgo.

NIC III: Displasias severas de alto riesgo.

CIS: Carcinoma in situ.

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 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 NIC I también conocida como lesión intraepitelial de bajo grado (LEI-BG); si implica los dos tercios inferiores se denomina NIC II y si las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio están en presencia de una NIC III. Estas dos últimas denominaciones en conjunto se conocen también como: lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI-AG) (2). La infección por el virus del papiloma humano (VPH) 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 VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV). Se hace necesario considerar algunos otros factores de riesgo que pueden actuar asociados a la infección con el VPH pues no todas las mujeres infectadas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma *in situ*. (2)

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. (3)

A nivel mundial se han realizado un sin número de trabajos sobre el cáncer cérvico-uterino, sin embargo los expertos consideran que nunca es suficiente lo que se estudie sobre este tópico.

En México el cáncer cérvico-uterino (CCU) 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 CCU. Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo (3). Según datos del informe Plan estratégico para prevención y control del cáncer cervical en el Caribe 2014-2015, el cáncer es la segunda causa de muerte entre mujeres del Caribe inglés y holandés (4)

En estos países, 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. El 70% de los casos se diagnostica en mujeres en edades de mayor productividad social y económica. Muchos de ellos, asegura el documento, podrían haber sido prevenidos.

La neoplasia CCU es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres en la actualidad, pues constituye una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo. Según informe de la OMS el número de muertes por esta causa aumentará a 320 000 para el año 2020 y a 435 000 en el año 2030. (4,6). La gran difusión de una 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 (5,6)

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 (UE), unas 25.000 mujeres desarrollan cáncer de cuello uterino cada año, y 13.000 de ellas mueren por causa de esa enfermedad. En el 2014, se diagnosticaron un estimado de 11,150 casos de cáncer en los Estados Unidos y unas 3,670 mujeres morirán por causa de la enfermedad (7, 8)

En Cuba desde 1968 se desarrolla un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino. Durante los años transcurridos, a nueve 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 morbimortalidad por dicha neoplasia haya disminuido en nuestro país 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. En el municipio Banes se notificaron hasta diciembre de 2015 una cantidad de 3084 casos de neoplasia intraepitelial cervical donde los NIC I se mantienen con el mayor número de casos con 1915, con 2 defunciones en el periodo.

En el área de salud del Policlínico Los Ángeles en el municipio Banes ha aumentado considerablemente el número de caso de los NIC en los últimos 5 años. Esta área de salud cuenta con un total de 2913 mujeres, con una tasa de incidencia de 7,8 comparable con países como Israel con 4.8, EE.UU con 9.8 y Nueva Zelanda con 9.9. entre otros

En Cuba y en el resto del mundo se han realizado diversos estudios para identificar cuáles son los factores de riesgo para desarrollar CCU estos han revelado que la infección por el virus del papiloma humano es el más importante.

A partir del análisis de los elementos prácticos y teóricos expuestos anteriormente y atendiendo al incremento de la incidencia de los casos de NIC en el Área de Salud de Los Ángeles se plantea como problema científico de la investigación lo siguiente:

¿Cuál fue el comportamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical en mujeres del Área de Salud del Policlínico Agustín González Montes de Oca de Los Ángeles, en el municipio Banes, durante el período de Enero-Diciembre de 2019?

Para ello se trazó como objetivo:

Describir el comportamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical en el área de Salud del Policlínico Agustín González Montes de Oca de Los Ángeles en el municipio Banes durante el período enero – diciembre de 2019.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con el fin de describir el comportamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical en el área de Salud del Policlínico Agustín González Montes de Oca durante el período enero -diciembre 2019. que atiende a la población del Consejo Popular Los Ángeles del municipio Banes

Universo

La población de estudio estuvo constituida por 230 pacientes que se les diagnosticó Neoplasia Intraepitelial Cervical, por medio de citología del cuello uterino, biopsia, colposcopia y que tuvieron posteriormente un reporte de seguimiento citológico en consulta de patología de cuello del municipio Banes.

Criterio de inclusión:

Se solicitó la autorización a la Dirección del policlínico y se incluyeron en el estudio aquellas pacientes cuya citología fueron diagnosticadas con NIC, por medio de citología del cuello uterino, biopsia, colposcopia, conobiopsia y que tuvieron posteriormente un reporte de seguimiento citológico en consulta de patología de cuello del área y aceptaron ser incluidas en el estudio.

Criterio de exclusión:

Fueron excluidas las pacientes que no asisten a consulta y las que no aceptaron ser incluidas en la investigación.

Consideraciones éticas:

Se solicitó autorización a la Dirección del Policlínico y al Departamento de Cáncer cérvico-uterino del área, para extraer la información requerida para la realización de este trabajo, los datos que se extrajeron son confidenciales y su uso con fines científicos.

Previamente se solicitó a cada paciente la colaboración para participar, informándole, que de no desear participar o abandonar el estudio estarían en pleno derecho de hacerlo, sin menoscabo de la atención médica a recibir, además se les informó que dichos resultados se utilizarían sólo con fines investigativos.(anexo 1)

Procedimiento de recolección de los datos:

La información fue recogida directamente por los autores, de las historias clínicas Individuales y las tarjetas de citologías de la consulta de patología de cuello del policlínico. Los datos fueron obtenidos de los libros de citología del departamento de CCU del policlínico realizadas hasta diciembre 2019. Se seleccionaron todas las pacientes cuyo diagnóstico citológico fueron los NIC, posteriormente se les dio

seguimiento en el registro del departamento para valorar su evolución, llenando una ficha de recolección de datos, diseñada para dicho fin, la que contiene datos de la paciente como edad, la edad de inicio de las relaciones sexuales y número de parejas sexuales, reporte citológico, así como de sus controles subsecuentes ya sea citológico o histológico y el tiempo transcurrido entre cada reporte.

Procesamiento y análisis:

Inicialmente se revisó el libro de control de citologías, Modelo 68-04, las historias clínicas individuales, y familiares, según consultorio médico de pertenencia.

Previo consentimiento informado de estas pacientes se le aplicó la encuesta y entrevista elaborada por los autores en función del objetivo trazado en la investigación (Anexo 2) y la necesidad de su colaboración solo para estudios investigativos.

Métodos empleados:

Se aplicaron métodos de investigación científica del nivel teórico y empíricos de investigación.

Del nivel teórico:

Histórico - lógico: que fue de utilidad para el análisis y determinación de los antecedentes y fundamentos teóricos metodológicos para la investigación.

Analítico-sintético: su aplicación permitió revelar los datos e informaciones relacionadas con la morbilidad por neoplasias intraepiteliales cervical y carcinoma in situ del policlínico.

Inductivo-deductivo: facilitó sobre las bases de las insuficiencias detectadas, poder generalizar los criterios de las investigaciones en la preparación del personal médico.

Del nivel empírico:

Revisión y análisis de los documentos: se aplicó para la recopilación y análisis de la información sobre el problema así como antecedentes y estado actual del mismo.

Informante clave:

Se utilizó para obtener la información acerca del estudio actual del problema y objeto de estudio.

Operacionalización de variables

Variables	Tipo	Definición	Escala	Indicador
Grupos etarios	Cuantitativa continua.	Se consignaron los grupos etarios en rangos de cinco años según lo establecido en el programa de atención a la mujer	Menores de 20 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años. De 30 a 34 años. De 35 a 39 años. De 40 a 44 años. De 45 a 49 años. De 50 años o más.	El porcentaje de pacientes según los grupos de edades.
Inicio de las relaciones sexuales	Cualitativa nominal	En aquellas pacientes cuya primera relación sexual fue antes o después de los 20 años.	Precoz: antes de los 20 años Normal: después de los 20 años.	El porcentaje de pacientes según el inicio de las relaciones sexuales
Número de compañeros sexuales:	Cuantitativa discreta	Se consideraron dos categorías según lo referido por las pacientes hasta el momento de la consulta	Cinco y más: para aquellas que hayan tenido cinco o más compañeros sexuales Menos (-) de cinco: para aquellas que hayan tenido menos de cinco compañeros.	El porcentaje de pacientes según el número de compañeros sexuales
Grado de los NIC	Cualitativa ordinal	Según el grado de las NIC	NIC grado I NIC grado II NIC grado III Carcinoma in situ Carcinoma epidermoide	El porcentaje de pacientes según el grado de las NIC.
Infecciones vaginales	Cualitativa nominal	Las infecciones vaginales según el tipo de germen encontrado.	- Gardnerella - vaginalis - Tricomonas - Chlamydia - Pápiloma virus	El porcentaje de pacientes según el tipo de germen que causa la infección.
El tiempo de aplicación del tratamiento	Cuantitativa discreta	Se consignaron en periodos según lo establecido en su historia clínica individual, o tarjeta de citología.	Un año. Más de un año	Porcentaje de pacientes según el tiempo de aplicación del tratamiento.

Resultado del tratamiento	Cualitativa nominal	El resultado del tratamiento.	Satisfactorio: aquellos en los que se observó una regresión de la lesión o una cura total. No satisfactorio: aquellos en los que no se observó una regresión de la lesión o una cura.	Porcentaje de pacientes según el resultado del tratamiento.
---------------------------	---------------------	-------------------------------	--	---

Los datos fueron procesados mediante el método estadístico descriptivo como número absoluto y cálculo de por ciento, llevados a tablas simples para mejor comprensión de los resultados y comprobar los mismos con otros autores, a través de una base de datos con la ayuda de Microsoft Excel Office 2013. La estrategia de búsqueda se sustentó en textos clásicos, revistas impresas, en forma digital reportada en Infomed, el metabuscador Google, Base de datos como EBSCO, MEDUNE y PUBMED sobre artículos de la temática, en el periodo de estudio “enero - diciembre 2019”

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se revisaron 298 reportes de citología cervico-vaginal convencional, representando el total de reportes emitidos entre el período de enero a diciembre del 2016, de los cuales 230 pacientes fueron diagnosticados con cambios citológicos por neoplasia intraepitelial cervical.

Tabla 1:

Distribución de pacientes según la clasificación de las NIC y grupos de edades.

Grupos de edades	No	%
Menor de 20 años	2	0.8
20 – 25 años	5	2.1
25 – 29 años	25	10.8
30 – 34 años	32	13.9
35 – 39 años	40	17.3
40 – 44 años	52	23.0
45 – 49 años	29	12.6
Más 50 años	45	19.5
Total	230	100

Fuente: Tarjeta de Citología.

En la tabla 1 se aprecia que el grupo más afectado fue el de 40 a 44 años con 52 pacientes para un 23.0

%, lo cual constituye una novedad ya que en estudios anteriores realizados en esta área de salud el grupo de edad más afectado fue el de 35 a 39 años según el estudio realizado por Guzmán Arango en 2009. Coincidiendo con un estudio pequeño efectuado en Canadá por Ferlay J. (9)

Según el autor, estas cifras altas para este grupo de edad podían deberse a una tasa más alta de lo previsto de nuevas relaciones sexuales o infidelidad por parte del cónyuge, pero también contemplan la posibilidad de una reaparición de infecciones latentes

Sin embargo, en la gran mayoría de las investigaciones revisadas por los autores del presente estudio se ha encontrado que el grupo de mayor predominio es el de 35 - 39 años según Santamaría M (10), Puig (11) y Méndez F y colaboradores (12)

Tabla 2

Distribución de los casos con NIC según primeras relaciones sexuales.

Edad de inicio de las relaciones sexuales	No	%
Precoz	185	80.4
Normal	45	19.6
Total	230	100

Fuente: Tarjeta de citología.

En la tabla se muestra que 185 pacientes habían iniciado sus relaciones sexuales antes de los 20 años para un 80.4 %. Siendo este un factor de riesgo importante en la aparición de la neoplasia intraepitelial cervical, por lo que consideramos que la adolescencia es una etapa vulnerable para la aparición de estas alteraciones. La edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello.

Los resultados de la investigación tienen correspondencia con los trabajos realizados por Cabezas y colaboradores, Martínez Camilo (13) y Santamaría M

Tabla 3

Distribución de los pacientes según número de compañeros sexuales.

Numero de compañeros sexuales	No	%
Menos de 5	69	30.0
Más de 5	161	70.0

Total	230	100
--------------	------------	------------

Fuente: Encuesta.

El número de compañeros sexuales en la tabla 3 se puede observar que 161 de ellas tuvieron más de cinco parejas sexuales para un 70.0 %. Por lo que consideramos que la promiscuidad es un factor importante en la aparición de estas displasias. Los resultados coinciden con otros estudios que relacionan mayor riesgo de la aparición de los NIC en paciente con conductas sexuales inadecuadas. Lo cual es corroborado también por otros autores como Cervantes Tresserra - Casas, Duensing y Munger .

Tabla 4

Distribución de los pacientes según grado de NIC.

Grado de los NIC	No	%
NIC I	130	56.5
NIC II	72	31.5
NIC III	12	5.0
Carcinoma epidermoide	9	4.0
Carcinoma in situ	7	3.0
Total	230	100

Fuente: Tarjeta de citología.

En la tabla 4 se aprecia un predominio de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (NIC I), con un total de 130 mujeres para un 56.5 %. Por lo que pensamos que esto ocurrió porque se realizó un diagnóstico oportuno que nos permite un alto grado de resolución de la sintomatología con tratamiento oportuno. Este resultado coincide con lo planteado por Fernández Salgado.

Asimismo, el Programa Nacional recomienda la conducta a seguir, según el diagnóstico citológico, colposcópico e histológico en las lesiones. A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de las NIC, sabemos que la mayoría de los casos con displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente por lo que su tratamiento puede posponerse hasta dos años si no existe progresión.

Tabla 5*Distribución de casos según infecciones vaginales*

Infecciones vaginales	No	%
Gadnerella	15	32.0
Tricomonas	4	8.5
Clamidia	6	12.7
Virus del Papiloma humano	22	46.8
Total	47	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 5 se observa que existe un predominio en las infecciones por el virus del papiloma humano con 22 pacientes para un 46.8 %, por lo que en nuestra opinión este es un factor importante en la aparición de lesiones malignas. Evidenciándose el papel desempeñado por este virus y sus cepas oncogénicas como principal agente etiológico del CCU; coincidiendo con estudios realizados que reportan de 20 a 85% a la infección por HPV, coincidiendo con lo planteado en los estudios realizados por Moss, Cervantes y Puig.

Tabla 6*Distribución de casos según tiempo de la aplicación del tratamiento*

Tiempo de aplicación del tratamiento	No	%
1 año	156	67.8
Más 1 año	74	32.2
Total	230	100

Fuente: Historia clínica.

Según tiempo de aplicación del tratamiento en la tabla 6 encontramos que en 156 pacientes para un 67.8 % pudo evaluarse la respuesta al año de iniciada la terapéutica en nuestra opinión esto se debió a que las lesiones eran de bajo grado y el tratamiento fue oportuno por lo que resolvieron en poco tiempo; este dato coincide con lo encontrado en la literatura según Santamaría M, Sarduy y León Cruz.

Tabla 7*Distribución de casos según resultados del tratamiento.*

Resultado del tratamiento	No	%
Satisfactorio	175	76.0
No Satisfactorio	55	24.0
Total	230	100

Fuente: Historia clínica

En la distribución de casos según resultado del tratamiento de la tabla 7 observamos que 175 pacientes, (76,0 %) presentaron evolución satisfactoria. Similares conclusiones a las obtenidas por otros autores como son Moss, Puig y León Cruz

De acuerdo a los datos obtenidos y de su posterior análisis se consideró oportuno por parte de los autores de la investigación realizar una proyección estratégica (anexo 3) encaminada a:

1. Fomentar la práctica de estilos de vida saludables en las mujeres relacionadas con la neoplasia intraepitelial cervical
2. Intervenir en la modificación de los factores de riesgo relacionados con las neoplasias intraepitelial cervical.
3. Priorizar el protocolo de diagnóstico precoz y tratamiento de la paciente con citología alterada en interrelación de los niveles asistenciales primarios y secundarios

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió identificar el comportamiento de las NIC en el área de salud de Los Ángeles en el período enero-diciembre de 2019. Se aprecia que el grupo etario de mujeres más afectado es el de 40- 44 años. Las mujeres más afectadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años, así como, las que tuvieron 5 y más compañeros en su vida sexual. El grado de displasia que más regularidad fue el NIC I, que, además, fue la de mejores respuestas al tratamiento y las de evolución satisfactoria de la población de estudio. De acuerdo con los resultados del estudio se consideró necesario establecer una proyección estratégica encaminada al fomento de estilos de vida y de sexualidad saludable

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se recomienda que se realicen estudios de

seguimiento a las pacientes con NIC y que se formulen programas de intervención comunitaria para aumentar el nivel de conocimiento de la población femenina, en cuanto a los factores de riesgo que desencadenan las NIC. Se recomienda, además, ejecutar la proyección estratégica de prevención y control propuesta por los autores de la investigación

REFERENCIAS

- Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- Arends MJ, Buckley CH, Wells M. Aetiology, pathogenesis and pathology of cervical neoplasia. *J ClinPathol*. 2015; 51:96-103.
- Cabezas Cruz E. Conducta a seguir ante la NIC. *Rev. Cub Obstet Ginec*. 2015; 24(3):156-60.
- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Marzo 2015 [http:// www.eph.org/a/1848](http://www.eph.org/a/1848). Modificado por última vez el 20 de febrero de 2015.
- Benedet L CaberoRoura*. A Longitudinal Analysis of Human Papillomavirus 16 Infection, Nutritional Status and Cervical Dysplasia Progression
- Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoséptima edición. Washington, 2011. [http:// www.eph.org/a/1848](http://www.eph.org/a/1848). Modificado por última vez el 20 /6/2014.
- CancerEpidemiology,Biomarkers Prevention Volumen 4, 373380. 2014.
<http://www.nlm.nih.gov/meileneplus/spanish/healtopicshhtml>. [consultado:9/4/15].
- Anna R. Giulino. Human Papillomavirus Infection at the United States- Mexico Border: Implications for Cervical Cancer Prevention and Control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers Prevention*. Vol. 10, 1129-1136, Nov.09.
- Cox, T. Guía provisional sobre el uso del test de VPH en combinación con citología en el cribado cervical. *Primario En HPV Today*, No. 6 Abril 2005. <http://www.paho.org/spanish/Pin.asp>. [Consulta: 2 de Mayo 2009].
- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez A, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *TheLancet* 2014; 370:890–907. <http://www.cdc.gov/STD/treatment/> (consultado 12 septiembre 2015).
- Del Refugio González Losa M. Factores de Riesgo para Desarrollar la Infección por Virus del Papiloma Humano en un grupo de mujeres que acuden a la clínica de displasias del Hospital General de Colima. Facultad de Medicina Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas. Colima Diciembre 2011.
- Méndez F, et al. El VPH en la etiología del cáncer humano. *Vacune* 2014; 24 (3):67-
- Valentín Martínez Camilo. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2014; 32.

- Ballestero Quintero M A. Diagnóstico citológico cérvico-uterino en mujeres en edad fértil de la comunidad de San Bartolo Quilalí. HEODRA, León, Septiembre 2013.
- Valentín Martínez C. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev. Cubana ObstetGinecol 2014; 32.
- Plan para disminuir los casos de cáncer cervical en el Caribe- Comunicados de prensa Perspectivas de Salud OPS Ahora. <http://www.paho.org/spanish/Pin.asp>. [Consulta: 2 de Mayo 2014].
- Aedo A S, Melo A A, García P, et al. Detección y tipificación de virus papiloma humano en lesiones preneoplásicas del cuello uterino mediante PCR-RFLP. Méd Chile 2012; 135: 167-173.
- Steben M and Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: Epidemiology and pathophysiology. GinecolOncol 2014; 107: pS2-5.
- Lippincott, 51, 2014. <http://www.cdc.gov/STD/treatment/>(consultado 20/9/15).
- Varela P, Rojas R. Infección por Virus del Papiloma Humano Persistente y Neoplasia Cervicouterino. Rev. Obstet. Ginecol. 68 (5): 371-375, 2015. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthtopics.html>. [Consulta: 19 abril 2015].
- Tamayo, L. Infección por papiloma virus humano. Rev. CubObstet- Ginecol 2014; 32(2): 10-20.
- Ortiz M, Torres M, García A. Determinación de VPH: aspectos técnicos. Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología, 2014: p.89-105.
- Organización Mundial de la Salud. Nueva iniciativa de la OMS para acelerar la preparación y la introducción de vacunas contra el cáncer de cuello uterino. www.who.org/a/1848. Modificado por última vez el 20 de junio de 2015.
- Moss S, Gray A, Legood R, et al. Effect of testing for human papillomavirus as a triade during screening for cervical cancer: observational before and after study. BMJ 2014; 332:83-85.
- Plan estratégico para prevención y control del cáncer cervical en el Caribe 2014-2015:p. 115-116. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthtopics.html>. [consulta: 19 abril 2016].
- Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino.2015; pag 83-92.
- Grases PJ. Patología ginecológica. Bases para el diagnóstico morfológico. Barcelona:2015.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthtopicsHTML>. [Consulta: 19 abril 2016].
- Puig-Tintore LM. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano. ProgObstetGinecol. 2011; 49 supl 2:5-62.
- Santamaría M. Bethesda actualizado en Puig-Tintoré L, Andia D. Patología del tracto genital inferior y colposcopia en España 2013. Barcelona: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, 2013: p. 76-83.
- Tresserra Casas Francisco. Cuello uterino: atipias y lesiones pre malignas no invasoras. RevObstetGinecolVenez 2013; 66 (2): 16-19.
- Fernández Salgado Y. NIC en adolescentes y mujeres adultas. RevCubInvestBiomed. 2013; 25(1):1-14. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25-1-06/ibi01106.htm>.
- Sarduy Nápoles M. Evaluación de tres métodos de tratamiento conservador de la Neoplasia Intraepitelial

Cervical [tesis doctoral]. La Habana: CIMEQ; 2014.

León Cruz G, Bosques Diego O, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev Cubana ObstetGinecol. 2012;(3):30-3. Anuario estadístico de salud, Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2015.

ANEXO NO. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Consentimiento Informado de participación en esta investigación para el estudio de Neoplasia insipiente de cuello uterino en el período correspondiente desde enero - diciembre de 2015 en el área de salud Los Ángeles.

Yo _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los factores riesgo de aparición de la neoplasia insipiente de cuello uterino.

Estoy dispuesta a participar en la Entrevista Clínica requerida en la investigación y permito el uso de la información contenida en mi Historia Clínica por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Conozco el proceder al cual seré sometida el cual es de mi elección voluntaria, realizada por personal médico competente de vasta experiencia en el mismo y que la entrevista se realizará previo a ello.

Estos resultados no tienen fines diagnósticos sino investigativos, por lo cual no se me darán a conocer personalmente ni serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas. Autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Si de la investigación se derivaran bienes materiales, se me ha informado que no seré beneficiada con los mismos. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

Cooperaré con la localización de mi persona en caso de que esto resultase necesario. Se me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma.

He realizado todas las preguntas que considere necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Dr. Luis Carlos Marrero Fernández. Policlínico. Docente Universitario Agustín Montes de Oca.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

Dirección particular: _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____

Testigo _____ Firma _____
 Miembro del Proyecto _____ Firma _____

ANEXO 2

ENCUESTA.

- 1- Edad -----
 2- Numero de compañeros sexuales.
 Menos de 5 -----
 Más de 5 -----
 3 - Según infecciones vaginales.
 Gardenella -----
 Tricomonas -----
 Chlamydia -----
 VPH -----

ANEXO 3.

Proyección estratégica.

1. Fomentar la práctica de estilos de vida saludables en las mujeres relacionadas con la neoplasia intraepitelial cervical.

Líneas de trabajo.	Acciones	Responsables
1.1 Promover acciones encaminadas al conocimiento de la práctica de un sexo seguro y sexualidad responsable:	1.1.1 Capacitar a jóvenes y grupos vulnerables en la utilización correcta del preservativo o condón y la etapa idónea del inicio de la sexualidad.	1.1.1 Promotores de Salud.
	1.1.2 Realizar actividades de educación para la salud en escuelas primarias, secundarias y de otras enseñanzas de la comunidad encaminadas a fomentar la práctica de un sexo seguro, donde la familia juega un papel protagonista.	1.1.2 Equipo Básico de Salud.
	1.1.3 Participar en las reuniones de los grupos comunitarios con el propósito de reinsertar a los líderes formales e informales de la comunidad en la divulgación de la práctica de un sexo seguro con la utilización del condón, cómo método ideal de prevención.	1.1.3 Equipo Básico de Salud. - Organizaciones de Masas de la Comunidad.

1.2 Prevención de las infecciones de transmisión sexual:	1.2.1 Identificar a nivel de los policlínicos los grupos de riesgo de ITS. 1.2.2 Realizar actividades de educación para la salud con grupos de riesgo de ITS en aras de modificar conductas inadecuadas y promocionar estilos de vida saludables. 1.2.3 A través de las consultas de ITS que funcionan a nivel de las áreas de salud se debe diseñar la capacitación de promotores dentro de los grupos de riesgo para la prevención de ITS.	1.2.1 Equipo Básico de Salud y activista del Policlínico de ITS. 1.2.2 Equipo Básico de Salud. - Promotores de Salud. 1.2.3 Enfermeras ITS.
1.3 Promover hábitos alimentarios adecuados y eliminación de hábitos tóxicos.	1.3.1 Lograr un funcionamiento adecuado de la consulta de deshabituación tabáquica a nivel de las áreas de Salud.	1.3.1 Vice Dirección Asistencia Médica de cada policlínico.

2. Intervenir en la modificación de los factores de riesgo relacionados con las neoplasias intraepitelial cervical.

Líneas de trabajo.	Acciones	Responsables
2.1 Identificar las mujeres con factores de riesgo relacionados con las neoplasias intraepitelial cervical.	2.1.1 Dispensarización de las mujeres con factores de riesgos.	2.1.1 Equipo Básico de Salud.
	2.1.2 Seguimiento y control sistemático de las mujeres con afecciones cérvico-vaginales en cada área de salud.	2.1.2 Grupo Básico de Trabajo.
	2.1.3 Seguimiento adecuado por consulta de dermatología de las pacientes portadoras del virus del papiloma humano y herpes genital simple.	2.1.3 Equipo Básico de Salud.
	2.1.4 Remisión oportuna de las mujeres de Riesgo Preconcepcional a consulta de planificación familiar	-Grupo Básico de Trabajo.

de cada área de salud.

2.1.4 Equipo
Básico de Salud.

3. Priorizar el protocolo de diagnóstico precoz y tratamiento de la paciente con citología alterada en interrelación de los niveles asistenciales primarios y secundarios.

Líneas de trabajo.	Acciones	Responsables
3.1 Acciones sobre las mujeres comprendidas en el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.	3.1.1 Realizar prueba citológica a todas las mujeres comprendidas entre 25 y 59 años con la periodicidad establecida en el programa.	3.1.1 Equipo Básico de Salud.
	3.1.2 Lograr repetir en el año las pruebas citológicas a aquellas mujeres cuyos resultados citológicos fueron no útiles en cada policlínico.	3.1.2 Equipo Básico de Salud.
3.2 Acciones sobre la mortalidad.	3.2.1 Realizar la dispensarización a aquellas mujeres cuyos resultados citológicos sean alterados.	3.2.1 Equipo Básico de Salud.
	3.2.2 Lograr que los resultados citológicos de estas pacientes en seguimiento por consulta de patología de cuello no tenga una demora considerable.	3.2.2 Dirección del área.
	3.2.3 Priorizar los casos cuyos estadios sean más avanzados.	3.2.3 Ginecobstetra del área.
	3.2.4 Interconsultar los casos necesarios con el psicólogo del área.	3.2.4 Equipo Básico de Salud.
	3.2.5 Lograr que los pacientes tengan el apoyo de las familias para lo cual se deben realizar acciones de educación para la salud con ellas.	3.2.5 Equipo Básico de Salud. - Psicólogo.
