



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Curso de Especialización en**  
**Tracto Genital Inferior - TIG**

**CARACTERÍSTICAS DE LESIONES PRE- NEOPLASICA  
DEL CUELLO UTERINO EN MUJERES MENORES DE 30  
AÑOS ASISTIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE  
ITAUGUA**

**DRA. CLAUDIA CAROLINA SALDIVAR YALUK**

**DRA. NATALIA RUDY CANTERO CABRERA**

**Coronel Oviedo, Paraguay**

**2018**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**SEDE CORONEL OVIEDO**

**CARACTERISTICAS DE LESIONES PRE- NEOPLASICA  
DEL CUELLO UTERINO EN MUJERES MENORES DE 30  
AÑOS ASISTIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE  
ITAUGUA**

**Monografía presentada para optar por el título de  
Especialista en Tracto Genital Inferior - TIG**

**Autoras: Dra. Claudia Carolina Saldivar Yaluk**

**Dra. Natalia Rudy Cantero Cabrera**

**Tutora: Dra. Ana Zoilan**

**Asesora: Dra. Rosalba Dacak**

**Coronel Oviedo, Paraguay**

**2018**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, gracias por la oportunidad de ser profesional, lo cual nos obliga a servir a quienes necesiten o recurran a nuestra ayuda profesional.

Es especial a la Dra. Rosalba Dacak, fiel veladora y por su asesoramiento imperecedero a todos los esfuerzos a favor de nuestra formación.

A las Dras. Ana Soilán y Gladys Vázquez, quienes con su experiencia contribuyeron en este incipientes y largos caminar de desarrollo profesional.

A todo el plantel de docentes del Postgrado de Tracto Genital Inferior, por los conocimientos y experiencias vividas durante nuestra en esta rama de la ginecología.

Detrás de todas estas personas, siempre habrá un gesto o palabra que me ayuden a seguir luchando, sin desaliento darán todo de sí para que cada día podamos crecer como profesionales, pero por encima de ello, ser cada día mejores como personas.

Claudia – Natalia.-

## **DEDICATORIA**

A mis Padres, quienes han hecho posible mi formación como médica, por su ejemplo de abnegación, humildad y ser motivo de inspiración en los momentos difíciles, quienes hoy reciben con júbilo el fruto de estos años de dedicación y sacrificio.

A mi hijo, perdón por la hora robadas.

Claudia.-

## **DEDICATORIA**

A mi familia por exhortarme a ser cada día mejor sin importar los sacrificios, a pesar de la vicisitudes de la vida, con sus aciertos y desaciertos, que constituyen el cimiento y la roca primordial para mi crecimiento y desarrollo profesional durante todo este tiempo.

Natalia.-

# INDICE

Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Índice	V
Lista de Tabla	IX
Resumen	X
1.- Introducción	1
1.1.- Planteamiento de Problema	3
1.2.- Pregunta de la Investigación	4
2.- Objetivos de la Investigación	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
2.1.- Justificación	6
2.2.- Antecedentes	7
3.-Marco Teórico	9
3.1.- Generalidades	9
3.1.1.- Cérvix	9
3.1.2.- Alteraciones	9
3.1.3.- Evolución de la enfermedad	13
3.1.4.- Factores de Riesgo	14

3.1.4.1.- Infección por Virus Papiloma Humano	15
3.1.4.2.- Ausencia de Tamizaje	17
3.1.4.3.- Inicio precoz de la vida sexual	18
3.1.4.4.- Número de parejas sexuales	18
3.1.4.5.- Multiparidad	18
3.1.4.6.- Nivel socioeconómico bajo	18
3.1.4.7.- Uso de anticonceptivos hormonales	19
3.1.4.8.- Estado inmunológico deficiente	19
3.1.4.9.- Consumo de tabaco	20
3.1.5.- Promoción y Prevención	23
3.1.5.1.- Prevención	23
4.- Marco Metodológico	25
4.1.- Tipo de estudio	25
4.2.- Delimitación espacio - temporal	25
4.3.- Población, Muestra y Muestreo	25
4.4.- Criterios de Inclusión y Exclusión	25
4.5.- Operacionalización de las Variables	26
4.6.- Recolección de datos	27
4.7.- Análisis estadísticos	27
4.8.- Consideraciones Éticas	28
5.- Análisis de Resultados	29

6.- Discusión	35
7.- Conclusión	38
8- Bibliografía	39

## LISTA DE TABLAS

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
1: Incidencia de lesiones pre neoplásicas del cuello uterino en mujeres menores de 30 años asistido en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 583	29
2: Características socio-demográficas de las mujeres menores de 30 años que presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino asistidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 158.	30
3: Antecedentes sexual reproductiva de las mujeres menores de 30 años que presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino asistidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 158.	31
4: Hallazgos cito-colposcópicos y biopsia conforme a la edad de las mujeres menores de 30 años que presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino asistidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 158.	33

## RESUMEN

Las alteraciones pre neoplásicas cervicouterino es un problema ampliamente difundido y no controlado en nuestro país. La tasa de mortalidad ha presentado un leve descenso en los últimos años, distando aún de una cifra satisfactoria. Es una de las enfermedades prioritarias dentro de las causas de años de vida saludables perdidos, es así que en esta investigación se tomó como objetivo analizar las características de lesiones pre neoplásicas del cuello uterino en mujeres menores de 30 años atendidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo de enero 2016 a diciembre 2017. Se realizó un estudio siguiendo el método descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, La población estuvo conformada por 158 pacientes, que cumplían criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una ficha de recolección de datos creado para facilitar el acopio de la información de las Historias Clínicas necesaria para la investigación. Los resultados mostraron un alto índice 27.1% de las mujeres estudiada presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino, referente a la distribución de edades el 52% del total, estaban comprendidas entre las edades de 26 a 30 años, respecto al estado civil se observó que el 58.8% eran solteras seguida del 22.1% casadas/conviven, cuya procedencia la gran mayoría, el 61.3% procedían de la zona rural y el 38.7% de zona urbana, respecto a los antecedentes sexual reproductiva que el 51.8% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre las edades de 16 a 20 años, el 33.7%, antecedentes de parejas sexual el 60.7% manifestaron tener de 2 a 3 parejas, el 54.4% manifestaron usar las hormonales como método anticonceptivo, por ultimo antecedentes previa de un ITS el 60.7% manifestaron tenerlo en algún momento, sobre los hallazgos citocolposcópico fueron en gran medida con alteraciones de SILBG, así también presentaron CIN II y ASCUS principalmente como alteraciones. Se concluye que, inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas e infecciones por ITS son factores para la presencia de alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino.

**Palabras Claves:** Alteraciones del cuello uterino – Prevalencia - Infección – Inflamación – Diagnostico.

# 1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino constituye un grave problema de salud reproductiva, tiene gran impacto en la vida de las mujeres de todo el mundo, es una neoplasia maligna que se caracteriza por una marcada atipia celular con alteraciones de la relación núcleo- citoplasma, pleomorfismo, anaplasia, crecimiento celular desordenado y autónomo (1).

Sigue siendo un importante desafío sanitario y de salud pública aun no resueltos, se ubica en el 4° lugar general según las estadísticas del World cáncer report 2014, en incidencia y mortalidad y es la primera causa en mujeres de 20 a 44 años, edad en que la mujer ocupa un rol protagónico en el cuidado y mantención del núcleo familiar. Dentro de las causas de mortalidad femenina es la principal causa de muerte por neoplasia entre las mujeres de países en desarrollo (2).

La mayor tasa de años de vida potencialmente perdidos en la mujer la tiene este cáncer, lo que refleja su trascendencia social y económica al afectar a mujeres jóvenes.

Se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de este cáncer el inicio precoz de la actividad sexual, el número de parejas sexuales, múltiples embarazos, historia de enfermedades de transmisión sexual, bajo nivel socioeconómico, consumo de tabaco, uso de anticonceptivos orales y factores inmunológicos. Ninguno de estos ha demostrado ser tan importante como la infección por Virus Papiloma Humano (VPH) (3).

Se ha visto la directa relación que existe entre la infección por VPH y la presencia de cáncer de cuello uterino, llegando a establecerse como agente etiológico de este cáncer. La presencia del virus, en pacientes con cáncer de cuello uterino, se ha llegado a documentar hasta en el 99% de los casos. Por esta

condición de enfermedad infecciosa, el cáncer de cuello uterino tiene la característica fundamental de ser prevenible (3).

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un adecuado tratamiento de las lesiones pre malignas. Debido a su desarrollo en un periodo largo de tiempo, puede ser detectado con una muestra etiológica exfoliativa de cuello uterino antes de que la mujer experimente síntomas. Los beneficios de estudios para su detección precoz y así reducir la mortalidad del cáncer uterino han sido bien documentados a nivel internacional (3).

## **Planteamiento del problema**

El cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública, especialmente cuando se pretende mejorar la salud materna como uno de los objetivos de desarrollo para el milenio en Paraguay.

El cáncer de cuello uterino, afecta no solo el aspecto fisiológico, también el psicológico, social y familiar, representa tanto para la mujer como para la familia enfrentar cambios, para poder readaptarse, recuperarse y rehabilitarse, mantener actualizado los datos es una prioridad para la salud pública (1).

La historia natural de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino ha mostrado que éstas tienen el potencial de progresar a lesión invasiva si no son tratadas. Hay suficiente evidencia que relaciona el DNA del VPH de los tipos oncogénicos con proliferación celular no regulada, la que, ligada a otros cofactores, aumenta el riesgo de progresión a enfermedad preneoplásica y neoplásica, situación que está fuertemente relacionada a patrones de comportamiento sexual, características que confieren a estas mujeres un riesgo mayor de contraer la infección y desarrollar la neoplasia, exigiendo una estrategia de tamizaje diferente, tal vez más rigurosa (4).

Todas las mujeres sexualmente activas están en riesgo de contagiarse con el VPH, responsable de los cambios morfológicos que contribuyen al desarrollo de las lesiones intraepiteliales de células escamosas. Esta enfermedad en sus inicios no presenta síntomas, sino que avanza sigilosamente sin que, quien la padece pueda darse cuenta. Cuando la enfermedad está avanzada, recién empiezan a aparecer los síntomas (5).

Por ello, es importante la realización del estudio en el Hospital Nacional de Itaugua, ya que así permite mejorar la efectividad y detección de lesiones premalignas de cuello uterino, además de conocer cuáles son las características más importantes en las pacientes en estudio.

Por lo que se ha planteado como pregunta principal:

### **Pregunta de la Investigación**

¿Cuáles son las características de lesiones pre neoplásicas del cuello uterino en mujeres menores de 30 años atendidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo de enero 2016 a diciembre 2017?

## **2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Analizar las características de lesiones pre neoplásicas del cuello uterino en mujeres menores de 30 años atendidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo de enero 2016 a diciembre 2017.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de alteraciones pre neoplásicas del cuello uterino en mujeres menores de 30 años.
- Identificar las características socio demográficas de las mujeres en estudio.
- Describir los factores de riesgo que presentan las mujeres en estudio.
- Determinar la frecuencia de alteraciones pre cancerosas de cérvix

## **2.1.- Justificación**

Los altos índices de las estadísticas revisadas ha sido el principal motivo para la realización de este estudio, considerando que formaremos parte del equipo de salud y debemos conocer la situación de un verdadero problema de salud pública, Contribuir con datos epidemiológicos actualizados es un gran referente para establecer diferentes estrategias de intervención (2).

Este trabajo de investigación aspira a crear conciencia en la población femenina sobre las lesiones cervicales y los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.

La realización de esta investigación es conveniente teniendo en cuenta que la inversión para prevención del cáncer cervicouterino y en general de la mayoría de las patologías es menor a las del costo del tratamiento de la enfermedad ya establecida.

## **2.2.- Antecedentes**

Valderrama, Campos, Cárcamo y García en el (2007), hacen un análisis de los factores de riesgo asociados a lesiones cervicouterinas o la presencia de VPH en una muestra de 321 pacientes entre 18 y 26 años, hallando que la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad tenía significancia estadística al igual que el grupo etario de mayor prevalencia se ubicaba entre 21 a 23 años, sin embargo la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el uso de preservativos no tenían significancia estadística. Dentro de dicha muestra se halló una prevalencia del 8.4% para VPH oncogénico (VPH16, 18, 11 y 6) (6).

En México, el Grupo de expertos de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología en su revisión sobre la carga de cáncer cervicouterino y de la infección por virus del papiloma humano en México y en el mundo (2011) describen la relación casi directa entre el VPH, en especial los causados por el VPH 16, 18 y 45 y las alteraciones celulares llamadas neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC). Las lesiones NIC 2 ó 3 se consideran verdaderas lesiones precancerosas que deben recibir tratamiento debido a su alto riesgo de progresión a cáncer invasor (7).

Ávila (2011) para su tesis doctoral, realizó un estudio para determinar la asociación entre la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus papiloma humano y el cáncer de cérvix, en una muestra de 479 mujeres mayores de 16 años VIH positivo, en nueve hospitales de Cataluña, España, utilizando el modelo de regresión logística multivariable, halló que: 33% de mujeres VIH positivas tenían infección por VPH y las alteraciones citológicas (ascus, hsil) se asocian al factor de tener la primera relación sexual menor o igual a los 18 años de edad. Otro dato interesante fue que además del VPH 16, otro genotipo prevalente fue el VPH53 (8).

López y otros, Colombia (2012) En el estudio Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años tuvo como Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años tuvo como materiales y métodos: Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Resultados: En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenía SIS (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela (9).

Silva, Soplín y Talledo en el año 2014 en Loreto, Perú. En el trabajo de tesis presentado, se relacionó la conducta sexual reproductiva de 113 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Dentro de los factores de riesgo considerados se halló que el 71.7% de las pacientes tuvo múltiples parejas sexuales, el 59.3% de las pacientes tuvo antecedentes de infecciones de transmisión sexual, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue entre 10 y 19 años en el 50.4% y que el 39.8% tuvo en algún momento en su vida algún aborto provocado. Además, no se halló relación estadística para la edad del primer parto precoz y el ser multíparas (10).

## **3.- MARCO TEORICO**

### **3.1.- Generalidades**

#### **3.1.1.- Cérvix**

El cérvix es parte del sistema reproductor de la mujer. Está ubicado en la pelvis. El cérvix es la parte inferior, estrecha, del útero (matriz) (2).

El cérvix es un canal:

- El cérvix conecta el útero con la vagina. Durante la menstruación, la sangre corre desde el útero por el cérvix hacia la vagina. La vagina conduce al exterior del cuerpo.
- El cérvix produce mucosidad. Durante la relación sexual, la mucosidad ayuda a los espermatozoides a moverse desde la vagina por el cérvix hacia el interior del útero.
- Durante el embarazo, el cérvix se encuentra fuertemente cerrado para ayudar a mantener al bebé dentro del útero. Durante el parto, el cérvix se abre para permitir el paso del bebé por la vagina.

#### **3.1.2.- Alteraciones**

Se llama displasia cervical al desarrollo anormal de células en el cuello del útero. Las células del cuello del útero están muy activas durante los años en que las mujeres menstrúan. La actividad constante promueve el crecimiento anormal de las células cuando ciertas condiciones están presentes (5).

Tradicionalmente, las lesiones precancerosas del cuello uterino se denominan displasias (5).

- Displasia leve describe la enfermedad en que las células indiferenciadas (células atípicas con núcleo hipercromáticos y con aumento de la relación núcleo citoplasmática, que demuestra un índice mitótico aumentado) ocupan el tercio inferior del epitelio.
- La displasia moderada describe las células indiferenciadas que reemplazan en dos tercios del espesor del epitelio normal.
- Displasia grave describe la enfermedad en la cual todas las capas celulares del epitelio cervical, excepto una o dos de las capas más superficiales, están reemplazadas por células indiferenciadas.

Sin embargo, las células anormales pueden convertirse en cáncer si no se tratan. De acuerdo con los resultados obtenidos en diversos estudios epidemiológicos, el factor asociado en forma más consistente con el cáncer cervicouterino, es la infección por el VPH transmitido por el hombre (11).

La presencia del virus entre los hombres es dos o tres veces mayor comparado con las mujeres, por lo tanto, de cada cinco varones, según sus conductas sexuales, dos o tres están infectados. Al inicio de las relaciones sexuales, se dice que 20% de las mujeres contraen este padecimiento, pero la mayor incidencia se presenta entre quienes tienen de 20 a 40 años de edad. El VPH (tipos 16,18, 31,33 y 35) puede causar un crecimiento verrugoso en la piel, los pies, los genitales o el ano. El VPH en general es sintomático y fácilmente transmisible (2).

Todos los grados de displasia son preinvasoras, la membrana basal se mantiene intacta. El carcinoma in situ se describe cuando la superficie completa del epitelio está reemplazada por estas células. Cáncer cervicouterino se llama cuando

las células atípicas invaden la membrana basal y comprometen tejidos anexos a esta.

Existen dos sistemas formales para la clasificación citológica de las condiciones precursoras de cáncer cervical. El primero, “de acuerdo con el sistema de neoplasia cervical intraepitelial (NIC), clasifica a la displasia cervical leve como NIC I; a la displasia moderada como NIC II; y a la displasia severa (incluyendo el carcinoma in situ [CIS] como NIC III) (12).

El otro sistema es el conocido como “clasificación de Bethesda, que incluye las células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS, atypical squamous cells of undetermined significance); las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (L-SIL, low grade squamous intraepithelial lesions), que incluyen al NIC I; y las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (H-SIL, high-grade squamous intraepithelial lesions) que incluyen al NIC II y NIC III (13).

En la última década se ha descrito el sistema de Bethesda, el cual clasifica las lesiones pre-invasoras en tres categorías:

- Células escamosas de significado incierto (ASCUS).
- Lesiones intra epiteliales de bajo grado (Infección por VPH y NIEI).
- Lesiones intra epiteliales de alto grado (NIE II, NIE III-Ca in situ).

Las distinciones hechas por este sistema apuntan hacia una mayor reproductibilidad y consistencia del informe citológico. La controversia de esta clasificación ha pasado por definir una conducta adecuada frente al diagnóstico citológico de ASCUS, el cual, a pesar de tener un bajo riesgo de lesión de alto grado debido a la baja prevalencia de estas, no puede descartar el riesgo individual que tiene una mujer con este hallazgo.

Se han descrito tres posibles seguimientos frente al diagnóstico de ASCUS (14):

1. Colposcopia inmediata
2. Repetir citología (PAP)
3. Medir presencia y tipo de VPH

La colposcopia inmediata determinaría la presencia de una lesión de alto grado, pero con un muy bajo valor predictivo positivo, debido a la baja prevalencia de este tipo de lesiones en mujeres con ASCUS. Esto conlleva, además de los costos económicos, un elevado costo emocional para mujeres sin la enfermedad.

El repetir el PAP no sería costo-efectivo debido a la baja sensibilidad de este examen, finalmente igual sería necesario complementar con una evaluación colposcopia, se conoce la directa relación que existe entre la infección por VPH y el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino.

Por tanto, el test para VPH ha sido propuesto como la mejor manera de resolver el seguimiento de una mujer con ASCUS. Si el test es (+) para VPH de alto riesgo se justifica una derivación para complementar con colposcopia, mientras que mujeres con VPH (-) podrían ser tranquilizadas y controladas en 6 meses (14).

Un problema es la diversa sensibilidad encontrada en los estudios realizados para medir VPH (58%-93%), debido a la distinta técnica utilizada, algunos autores recomiendan no interpretar el test para VPH como una solución a la pesquisa de cáncer cervicouterino, si bien se ha demostrado su directa relación con el cáncer cervicouterino, la enfermedad presenta casos que no responden a la evolución esperada. Por otra parte, la detección de VPH de alto riesgo no siempre se correlaciona con una citología positiva. Esto, asociado a la desconocida historia de

infección y latencia del virus hacen que la detección de DNA viral también pueda ser cuestionado como seguimiento (15).

Estas aproximaciones a aumentar la sensibilidad del PAP, utilizado como herramienta de pesquisa, permiten precisar el diagnóstico citológico, aunque no eliminan del todo la posibilidad de realizar un diagnóstico falsamente negativo, lo que constituye el gran desafío de una prueba de tamizaje.

### **3.1.3.- Evolución de la enfermedad**

La gran mayoría de los casos de cáncer cervicouterino comienzan con una lesión intraepitelial que puede durar 10 a 20 años hasta la aparición de un cáncer invasor. Generalmente las lesiones intra epiteliales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, evolucionando luego a cáncer in situ.

Los estudios de pacientes que han sido seguidas con citología y colposcopia demuestran que la gran mayoría de las lesiones intra epiteliales de bajo grado pueden regresar espontáneamente, mientras que las lesiones de alto grado tienen mayor probabilidad de progresar hacia un cáncer invasor (11).

Aproximadamente el 40% de las lesiones de alto grado no tratadas evolucionarán a cáncer invasor en un promedio de 10 años. Ocasionalmente las lesiones de bajo grado pueden evolucionar directamente al estado invasor en un plazo más breve. El resultado citológico positivo para displasia requiere confirmación diagnóstica con histología. Para ello, a través de una colposcopia, examen realizado con un instrumento de aumento que permite visualizar posibles lesiones en el cuello uterino, se obtienen muestras de tejido para realizar biopsias de las zonas sospechosas (2).

Una vez confirmado el diagnóstico y según la severidad de la displasia se realiza tratamiento con crioterapia o distintos tipos de escisión quirúrgica. Actualmente hay diversos autores proponiendo pasar directamente de la sospecha de displasia al tratamiento de la lesión, ahorrándose (en costos, tiempo y pérdida de pacientes) la confirmación diagnóstica (16).

#### **3.1.4.- Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino se han estudiado en diversas poblaciones, lo que ha hecho variar su importancia y fuerza de asociación según las características étnicas, culturales y biológicas de cada grupo estudiado.

En un grupo de mujeres Zacatecas (México) en el que se realizó un estudio de caso-control, a partir de mujeres con displasia severa, se demostró que las mujeres con alta paridad, inicio precoz de relaciones sexuales y usuarias de anticonceptivos hormonales constituían una población de mayor riesgo (6).

En Estados Unidos, al comparar incidencia, mortalidad y sobrevida de cáncer cervicouterino en tres grupos de mujeres de distinta etnia (blancas no latinas, latinas y americanas-africanas), se observó que las Latinas tenían una significativa mayor incidencia y mortalidad por este cáncer que las mujeres blancas no latinas. Se encontró que las mayores diferencias estaban dadas por el porcentaje de mujeres sin tamizaje y por la infección de VPH. En este mismo estudio se plantea la fuerte asociación entre la presencia de cáncer cervicouterino invasor y bajo nivel socioeconómico, el cual se asocia a bajo nivel educacional y menor acceso a los servicios de salud (11).

El comportamiento sexual ha sido definido como el mayor factor de riesgo para cáncer cervicouterino. En general, los otros factores de riesgo descritos se asocian a esta característica y la consiguiente infección por VPH. En términos generales, se han descrito como factores de riesgo para desarrollo de cáncer cervicouterino los siguientes

#### **3.1.4.1.- Infección por Virus Papiloma Humano**

Quizá ningún otro tumor sólido sea tan bien entendido desde la Epidemiología y la Biología molecular como el cáncer cervicouterino. Es bien conocida la relación causal que tiene con la infección por HPV, llegando a describirse hasta en un 99% de los casos (16).

La infección por VPH suele ocurrir una vez iniciada la vida sexual, sin embargo, la gran mayoría de estas infecciones son transitorias, debido a los mecanismos inmunológicos normales de una mujer. La regresión de la infección por VPH se ha observado hasta en el 80% de las mujeres. Sin embargo, algunos tipos de VPH mantienen una infección persistente y se asocian al desarrollo de lesiones precancerosas (16).

El mecanismo por el cual el VPH se torna maligno es a través de la acción de sus oncoproteínas E6 y E7, las cuales tienen la capacidad de transformación cuando son integradas a células epiteliales. E6 se une a p53, que es una proteína supresora tumoral, e induce el mecanismo de activación tumoral. E7 se une a la proteína Rb alterando el ciclo normal celular. Se han descrito alrededor de 80 tipos de Virus Papiloma en seres humanos (16).

Los tipos 16, 18, 31, 33, 39, 51 y 59 han sido asociados con cáncer anogenital. El VPH-16 es el causante de al menos el 50% del cáncer cervicouterino

en el mundo y es el foco de interés en el desarrollo de una vacuna. El VPH-18 también ha sido muy relacionado con este cáncer, especialmente con adenocarcinoma. La aparente menor prevalencia del VPH-18 en lesiones precancerosas ha sugerido su relación con una rápida progresión de lesiones precursoras a cáncer cervicouterino, por lo que podría ser subdiagnosticada en los programas de pesquisa tradicional (16).

Aunque la distribución geográfica de los tipos de VPH asociados a cáncer no se conoce bien, existe evidencia que la prevalencia sería 3 a 5 veces mayor en países en desarrollo. Si bien, el VPH tipo 16 ha sido el más asociado a cáncer cervicouterino en todos los países, los tipos 39 y 59 se han encontrado casi exclusivamente en Centro y Sur América.

Los conocidos estados de progresión de la enfermedad, y los factores virales implicados a nivel molecular, hacen del cáncer cervicouterino un buen modelo para investigar alternativas terapéuticas inmunológicas. Por consiguiente, es muy importante investigar y demostrar cuáles son los tipos de VPH asociados a cáncer prevalentes en nuestra población. La información acerca de los tipos cancerígenos podría tener implicancias de magnitud en la pesquisa ginecológica y las medidas sanitarias adoptadas a nivel local (17).

Generalmente la infección por VPH se asocia con ciertos cofactores que determinan que un porcentaje de infecciones persistentes logre progresar, en algunas mujeres y no en otras, dando lugar a un cáncer.

#### **3.1.4.2.- Ausencia de Tamizaje**

Tamizaje o Pesquisa es una técnica utilizada para la detección de una enfermedad en etapas iniciales. Se utiliza idealmente en individuos asintomáticos, a quienes se realiza un examen o procedimiento para detectar la enfermedad incipiente, el examen Papanicolaou (PAP) ha sido utilizado como herramienta de pesquisa en el cáncer cervicouterino (17).

Se ha descrito que las mujeres en edad fértil, sin PAP, tienen un riesgo 3 veces mayor de presentar la enfermedad que las mujeres con examen al día. Además, la incidencia y mortalidad por cáncer invasor es mucho más alta en mujeres mayores que nunca han sido tamizadas. Entre el 40% a 50% de las mujeres que mueren por cáncer cervicouterino tienen más de 65 años y en algunas poblaciones, con alto riesgo, se ha encontrado hasta un 75% de mujeres mayores de 65 años sin PAP en los últimos 5 años (11).

La prevención de cáncer cervicouterino, a través de su diagnóstico en etapas tempranas, constituye la herramienta más eficiente para el control de esta enfermedad.

#### **3.1.4.3.- Inicio precoz de la vida sexual**

El inicio precoz de las relaciones sexuales se asocia a mayor tasa de infección con VPH e implica aumento del riesgo de un embarazo precoz, que también ha sido considerado factor de riesgo para la enfermedad. Tanto las conductas sexuales riesgosas (promiscuidad, no uso de preservativo) como el estado de mayor vulnerabilidad ocurrido durante el embarazo determinarían mujeres con mayor incidencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Se ha

descrito como factor de riesgo la edad menor a 15 años, pero pierde su significancia al controlar por la infección de VPH (18).

#### **3.1.4.4.- Número de parejas sexuales**

Se ha visto diferencia significativa en el número de parejas sexuales de mujeres con cáncer cervicouterino y mujeres sanas. Esto constituye uno de los mejores indicadores para estimar la probabilidad de infectarse con VPH en mujeres sin infección. Del mismo modo, el mayor número de parejas en el hombre determina mayor probabilidad de infectarse y transmitirlo a una mujer (18).

#### **3.1.4.5.- Multiparidad**

El mayor número de embarazos y partos vaginales se ha asociado a mayor prevalencia de cáncer cervicouterino, como consecuencia del comportamiento sexual y probablemente del inicio precoz de este. También se describe un estado de mayor susceptibilidad durante los embarazos, por las alteraciones nutricionales y el efecto hormonal que podría potenciar la infección viral.

En algunas mujeres se reportó un riesgo 5 veces mayor para las que tenían más de 12 partos. En otras mujeres con 6 o más partos tenían 2.5 veces más riesgo de cáncer cervicouterino comparadas con las que tenían 3 o menos. Sin embargo, también se ha propuesto que sería mayor factor de riesgo la edad del primer embarazo que el número de estos (19).

#### **3.1.4.6.- Nivel socioeconómico bajo**

En términos generales, las condiciones de pobreza se han asociado a mayor riesgo de adquirir ciertas enfermedades, entre ellas el cáncer cervicouterino. Las mujeres con menor nivel socioeconómico están más expuestas a varios factores de

riesgo descritos para el desarrollo de la enfermedad, como son, el menor acceso a controles de salud (y con ello menor tasa de tamizaje y detección precoz), menor educación y conductas sexuales de mayor riesgo. El estado nutricional e inmunológico deficiente, asociado a esta condición, también favorece la infección por VPH (19).

#### **3.1.4.7.- Uso de anticonceptivos hormonales**

El uso de la píldora se asociaría a conductas sexuales de mayor riesgo, probablemente al inicio precoz de relaciones sexuales y al no uso de anticonceptivos de barrera, que protegen de la infección viral. Mujeres usuarias de anticonceptivos hormonales, por más de 5 años, han tenido riesgo de carcinoma in situ e invasor hasta 3 veces mayor que las no usuarias.

Por otro lado, se ha visto menor incidencia de lesiones precancerosas en mujeres que utilizan métodos de barrera, posiblemente por la protección contra enfermedades de transmisión sexual y el efecto antiviral del espermicida. Sin embargo, resulta difícil establecer el efecto directo de la acción hormonal, ya que generalmente coexisten otros factores contundentes (19).

#### **3.1.4.8.- Estado inmunológico deficiente**

Mujeres con estado inmunológico deficiente, como son las infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o sometidas a drogas inmunosupresoras, son más sensibles a la infección de varios tipos de VPH y al desarrollo de cáncer cervicouterino.

Se ha descrito una prevalencia de infección con VPH 2 a 4 veces mayor en seropositivas a VIH en relación a las seronegativas. En mujeres sometidas a

trasplante renal se ha visto una incidencia 16 veces mayor de lesiones precursoras de cáncer que en inmunocompetentes (20).

#### **3.1.4.9.- Consumo de tabaco**

El consumo de tabaco está relacionado con mayor riesgo de cáncer cervicouterino, en general asociado a otros factores de riesgo. La literatura es controversial en este punto, ya que en algunos estudios no se ha demostrado su acción directa y en otros se ha establecido como agente causal.

En el estudio de Kjellberg y cols., después de controlar por infección de VPH, fumar aparece como el factor de riesgo ambiental más importante, siendo su efecto dosis dependiente. También se ha visto mayor riesgo en mujeres fumadoras pasivas (expuestas al humo ambiental) en relación a no fumadoras (20).

La importancia y necesidad de investigar factores de riesgo co-mórbidos, que varían según la zona geográfica, radica en la posibilidad de realizar estrategias de intervención orientadas a disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino, a través de controlar sus factores determinantes.

Tamizaje: El examen citológico de PAP ha sido utilizado como herramienta de tamizaje y ha contribuido a disminuir considerablemente las cifras de cáncer cervicouterino en el mundo, ya sea en programas organizados, como en nuestro país, o bien en consultas espontáneas. El objetivo del tamizaje en esta enfermedad es disminuir la incidencia del cáncer invasivo, utilizándose también como indicador de resultado. Además de disminuir la mortalidad otorga el beneficio de diagnosticar y poder tratar en forma menos invasiva las etapas tempranas de la enfermedad (20).

El cáncer cervicouterino tiene la ventaja, en relación a otras enfermedades, de cumplir con los requisitos establecidos para tamizar una enfermedad, esto es,

historia natural conocida, método de detección simple y de bajo costo, tratamiento de las lesiones pre-invasoras con un 100% de curación y por otro lado tener un tratamiento de la enfermedad caro, complejo y con una baja supervivencia a 5 años.

A pesar de ser una buena herramienta utilizada como pesquisa, es posible encontrar efectos adversos, como es el grado de ansiedad y costo económico para pacientes diagnosticadas falsamente (+), lo que generalmente está dado por el análisis e interpretación errónea de la citología (21).

Por otro lado, el porcentaje de falsos negativos se ha descrito desde 10 hasta 90%, según las características de la toma de muestra o de la preparación de la placa. En una selección de 4 estudios, metodológicamente correctos en la determinación de las propiedades del PAP, se encontró una sensibilidad entre 30% a 58% (21).

La sensibilidad y especificidad del examen de PAP es variable según la técnica y análisis utilizado, este ha sido cuestionado por varios autores tratando de perfeccionar el tamizaje con exámenes complementarios que aumentarían la efectividad del tamizaje. El punto de interés y controversia actual es la evaluación de la detección de DNA viral como complemento a la citología tradicional (21).

Uno de los problemas que tiene la pesquisa es la falta de cobertura de mujeres en mayor riesgo, esto es mujeres sin educación, pobres o de mayor edad sin antecedentes de PAP.

A continuación, se describen algunas directrices que debe tener todo programa de pesquisa de cáncer cervicouterino:

1. Cuándo empezar el Tamizaje: No existe un consenso internacional de cuál es la edad precisa para comenzar la pesquisa. Para tomar una conducta, sobre

todo en países en que existe un programa organizado, se debe tener en cuenta un análisis de costo-efectividad asociado a las implicancias positivas y negativas de la búsqueda de personas enfermas asintomáticas. Se recomienda comenzar el tamizaje a los 18 años, o cuando la mujer inicie su vida sexual. A pesar de esto, la búsqueda de lesiones precancerosas en etapa muy precoz podría ser innecesario debido a que la gran mayoría de infecciones por VPH en mujeres jóvenes son transitorias, la enfermedad tiene una larga historia en estado pre-invasor y el sobrediagnóstico y sobretratamiento pueden ser muy perjudiciales (22).

2. Cuando terminar el Tamizaje: Los casos de cáncer cervicouterino en mayores de 50 años generalmente corresponden a mujeres que no tuvieron un tamizaje adecuado. La baja incidencia de nuevos casos en mujeres mayores, que no tienen antecedente de enfermedad y que han llevado un control adecuado, permite suspender la búsqueda alrededor de los 65 años, siempre y cuando cumplan con los antecedentes descritos. También se debe considerar que, en mujeres post-menopáusicas no sería bueno repetir el examen, si ha sido negativo, antes de 2 años, ya que el valor predictivo positivo del examen es bajo y aumenta la posibilidad de encontrar casos falsos (+) (22).
3. Frecuencia de PAP: La relativa baja sensibilidad de un PAP aislado se incrementa con la repetición del examen en un tiempo adecuado. Aunque la sensibilidad aumenta levemente al realizar el examen anualmente en relación a cada 2 o 3 años, se debe hacer un análisis de costo-efectividad para decidir la mejor opción como política para cada país. En una mujer inmunocompetentes que ha tenido varios PAP normales no debería presentar

una lesión de alto grado en un lapso de 3 años. El número de PAP normales que se debiera esperar antes de espaciar el examen cada 3 años no está claro. En el caso de mujeres inmunodeprimidas o infectadas con VIH debieran realizarse pesquisa anualmente, luego de 2 PAP normales espaciados por 6 meses (22).

### **3.1.5.- Promoción y Prevención**

Dadas las características del cáncer cervicouterino, es esperable que las medidas destinadas al control y tratamiento de este sean enfocadas en los grupos de mayor riesgo, con una cobertura aceptable, que se ha estimado en más del 80% de las mujeres sexualmente activas (23).

Para lograr impactar en la incidencia y mortalidad de este cáncer el principal énfasis debe ponerse en mejorar los sistemas de registro y aumentar la cobertura en las mujeres de alto riesgo. El aumento de la cobertura es factible de realizar a través del perfeccionamiento de las estrategias de promoción, que permitan a la mayoría de las mujeres asumir el examen periódico de PAP como parte de su autocuidado. También se debe poner énfasis en mujeres de menor nivel socioeconómico, con menor acceso a los servicios de salud y educación

#### **3.1.5.1.- Prevención**

La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria (23).

El cáncer de cuello uterino se puede prevenir haciendo lo siguiente:

- Hacerse aplicar la vacuna contra el HPV. Previene la mayoría de los tipos de infecciones por el HPV que causan cáncer de cuello uterino. El médico puede decirle si la vacuna es apropiada en su caso.
- Practicar relaciones sexuales con protección. El uso del condón durante la relación sexual reduce el riesgo de contraer el HPV y otras infecciones de transmisión sexual.
- Limitar el número de compañeros sexuales que tenga y evitar las parejas que participen en actividades sexuales de alto riesgo.
- Hacerse citologías vaginales con la frecuencia que el médico le recomiende. Las citologías vaginales pueden ayudar a detectar cambios precoces, los cuales pueden tratarse antes de que se conviertan en cáncer de cuello uterino.
- Si fuma, dejar de hacerlo. El consumo de cigarrillo aumenta las probabilidades de presentar cáncer de cuello uterino.

## **4. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1- Tipo de estudio**

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

### **4.2- Delimitación espacio - temporal**

La investigación abarcó el período marcado desde el 01 del mes de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre del 2017, en el servicio de patología cervical del Hospital Nacional de Itaugua.

### **4.3- Población, muestra y muestreo**

#### **4.3.1- Población**

La población estuvo conformada por 583 mujeres que acudieron a realizarse estudios de Papanicolaou, colposcopia y biopsia.

#### **4.3.2- Muestra**

La muestra estuvo constituida por un total de 158 casos las cuales pertenecieron todas las mujeres de 30 años de edad que cumplieron los criterios de inclusión.

#### **4.3.3- Muestreo**

Muestreo tipo intencional o de conveniencia.

### **4.4- Criterios de inclusión y exclusión**

#### **4.4.1- Criterio inclusión**

Todas las mujeres menores de 30 años que acudieron a realizar los estudios de citologías, colposcopia y biopsia, durante el periodo de estudio.

#### 4.4.2- Criterios de exclusión

- Pacientes con fichas incompletas, mujeres mayores de 30 años.

#### 4.5- Operacionalización de las Variables

<b>Variab</b> les	<b>Tipos</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>
<b>Prevalencia</b>	Cualitativa nominal	Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado	Positivo Negativo
<b>Edad</b>	Cuantitativa Discreta	Periodo desde el inicio del nacimiento hasta el momento	Menores de 15 años 16 – 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa Nominal	Es la situación actual del individuo determinada por sus relaciones	Soltera Casada/conviviendo Divorciada/separada Viuda
<b>Procedencia</b>	Cuantitativa Discreta	Lugar donde actualmente persona	Urbana Rural
<b>Edad del inicio de la vida sexual activa</b>	Cuantitativa Discreta	Periodo de tiempo dados en años que tenía la mujer al tener su primer contacto sexual	<15 años 16 a 20 años >25 años
<b>Antecedentes de pareja sexual</b>	Cualitativa Nominal	Práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas	1 pareja 2 a 3 parejas Más de 4 parejas

<b>Variables</b>	<b>Tipos</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>
<b>Uso de métodos de anticonceptivos utilizados</b>	Cualitativa nominal	Método para la prevención del embarazo y planificar el momento de tener hijo	Hormonal De barrera DIU Otros Nunca
<b>Antecedentes de ITS</b>	Cualitativa nominal	Infecciones de ITS padecida anteriormente	Si No
<b>Hallazgo de citología, colposcopia y biopsias</b>	Cualitativa Nominal	Relación diagnóstica entre el estándar de oro vs colposcopia	SILBG bajo grado SILAG alto grado ASCUS SIN I SIN II SIN III

#### **4.6- Recolección de datos**

Para la obtención de la información se elaboró una ficha con las variables de interés en el estudio.

Fuente:

- 1) Expedientes clínicos
- 2) Resultado de Anatomía Patológicas

#### **4.7- Análisis estadístico**

Los datos recabados serán insertados en una planilla Excel y a partir del mismo se elaborarán las tablas que representan los resultados de la investigación para su análisis y discusión.

#### **4.8- Consideraciones Éticas**

En este estudio se respeta los principios éticos para la investigación biomédica, y no se describen conflictos de interés del autor, fue solo con fines investigativo, además no dio a conocer los nombres de las pacientes, al considerar al ser humano como objeto de estudio, se tuvo presente el respeto a la dignidad de la persona humana, sus derechos y su bienestar.

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas, se apega al Manual de Buenas Prácticas Clínicas y se inscribe dentro de la normativa en relación a la investigación en seres humanos de la coordinación de investigación en salud como a las disposiciones contenidas en el código sanitario en materia de investigación de acuerdo a la Declaración de Helsinki (1964) y sus modificaciones Japón (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Escocia (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Corea (2008) y Brasil (2013).

## 5.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

**Tabla N° 1: Incidencia de lesiones pre neoplásicas del cuello uterino en mujeres menores de 30 años asistido en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 583**

<b>Años</b>	<b>Mujeres con pedido de citología</b>	<b>Mujeres &gt;30 años con Citología alteradas</b>	<b>Por ciento</b>
<b>2016</b>	334	77	13.2
<b>2017</b>	249	81	13.9
<b>Total</b>	<b>583</b>	<b>158</b>	<b>27.1</b>

**Fuente:** Registro diario del servicio de patología cervical del Hospital Nacional de Itaugua periodo de enero 2016 a diciembre 2017.

**Interpretación:** En la Tabla N° 1, se observa del periodo analizado en el Hospital Nacional de Itaugua, un total de n= 583 mujeres con pedido de estudio citológico (año 2016 n= 334, año 2017 n= 249) de las cuales n= 158 (27.1%) fueron mujeres menores de 30 años con alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino.

**Tabla N° 2: Características socio-demográficas de las mujeres menores de 30 años que presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino asistidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 158.**

<b>Características</b>	<b>Total de mujeres 158</b>	
<b>Distribución por edad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<15 años	4	2.5%
16 a 20 años	19	12%
21 a 25 años	53	33.5%
26 a 30 años	82	52%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	93	58.8%
Casada/Conviviendo	35	22.1%
Divorciada/Separada	27	17%
Viuda	3	2.1%
<b>Procedencia</b>		
Rural	97	61.3%
Urbana	61	38.7%

**Fuente:** Registro diario del servicio de patología cervical del Hospital Nacional de Itaugua periodo de enero 2016 a diciembre 2017.

**Interpretación:** Las pacientes ubicadas dentro del grupo de mujeres jóvenes en plena edad fértil y reproductiva, referente a la distribución de edades el 52% del total, están comprendidas entre las edades de 26 a 30 años, el 33.5% comprendidas entre 21 a 25 años, el 12% comprendidas entre 16 a 20 años y el 2.5% son menores de 15 años, respecto al estado civil se observó que el 58.8% están solteras, el 22.1% casadas/conviviendo, el 17% son divorciadas/separadas y el 2.1% son viudas, la procedencia de las gran mayoría el 61.3% proceden de la zona rural y el 38.7% provienen de zona urbana

**Tabla N° 3: Antecedentes sexual reproductiva de las mujeres menores de 30 años que presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino asistidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 158.**

Características	Total de mujeres 158	
	Número	Porcentaje (%)
Edad primera relación sexual		
<15 años	23	14.5%
16 a 20 años	82	51.8%
>25 años	53	33.7%
<b>Antecedentes de pareja sexual</b>		
Uno	15	9.4%
Dos a Tres	96	60.7%
Más de cuatro	47	29.9%
<b>Uso de anticonceptivo</b>		
Hormonal	86	54.4%
De barrera	25	15.8%
DIU	13	8.2%
Otros	15	9.4%
Nunca	19	12.2%
<b>Antecedentes de ITS</b>		
Si	96	60.7%
No	62	39.3%

**Fuente:** Registro diario del servicio de patología cervical del Hospital Nacional de Itaugua periodo de enero 2016 a diciembre 2017.

**Interpretación:** En el grupo de mujeres estudiada se aprecia respecto a los antecedentes sexual reproductiva que el 51.8% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre las edades de 16 a 20 años, el 33.7% la tuvieron ya mayores de 25 años y el 14.5% la tuvieron antes de los 15 años, respecto a los antecedentes de parejas sexual el 60.7% manifestaron tener de 2 a 3 parejas, el 29.9%

manifestaron tener más de cuatro y el 9.4% solamente uno, referente al uso de anticonceptivos el 54.4% manifestaron usar las hormonales como método anticonceptivo, el 15.8% manifestaron utiliza los métodos de barrera (condón), el 8.2% utilizan el DIU, el 9.4% utilizan otros métodos como así el 12.2% manifestaron nunca utilizar ningún método anticonceptivo, por ultimo respecto a los antecedentes previa de un ITS el 60.7% manifestaron tenerlo en algún momento así también el 39.9% manifestaron nunca.

**Tabla N° 4: Hallazgos cito-colposcópicos y biopsia conforme a la edad de las mujeres menores de 30 años que presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino asistidas en el Hospital Nacional Itaugua, en el periodo 2016 - 2017. n° 158.**

Grupo de edades		Citología		Colposcopia		Biopsia		
		Nro.	%	Nro.	%		Nro.	%
15 a 20 años n= 27	SILBG	10	6.3	10	6.3	CIN I	2	1.2
	SILAG	3	1.8	1	0.6	CIN II		
						CIN III		
	Negativo	14	8.8					
21 a 24 años n= 44	SILBG	11	6.9	16	10.1	CIN I	7	4.4
	SILAG	9	5.6	4	2.5	CIN II	5	3.1
						CIN III	5	3.1
	ASCUS	2	1.2					
	Negativo	22	13.9					
25 a 30 años n= 87	SILBG	9	5.6	34	21.5	CIN I	21	13.2
	SILAG	39	24.6	24	15.1	CIN II	15	9.4
						CIN III	5	3.1
	ASCUS	2	1.2					
	Negativo	37	23.4					

**Fuente:** Registro diario del servicio de patología cervical del Hospital Nacional de Itaugua periodo de enero 2016 a diciembre 2017.

**Interpretación:** Se observa los hallazgos cito-colposcópicos y biopsia de acuerdo a los grupos de edades de las mujeres asistida, que de las 27 mujeres de entre 15-20 años, 10 tuvieron lesiones intraepiteliales de bajo grado para un 6.3% los cuales coincide con los resultados colposcópicos, solo 3 mujeres (1.8%) presentaron lesiones intraepiteliales de alto grado I, tuvimos una imagen de colposcopia

compatible con lesión intraepitelial de alto grado (0.6%). Obtuvimos dos pacientes con biopsia positiva para CIN I (0.6%) y CIN II (0.6%). El 8.8% de la muestra para este rango de edades la correlación citología, colposcopia y biopsia fueron negativas.

La muestra de estudio para las edades de 21-24 años (44) tuvimos un hallazgo de 11 mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado para un 6.9%, 9 mujeres con lesión intraepitelial de alto grado para un 5.6%, 2 mujeres con ASC-US para un 1.2%. De los hallazgos colposcópicos 16 mujeres tuvieron imágenes compatibles con lesiones intraepitelial de bajo grado para un 10.1% y 4 pacientes con imagen de lesión intraepitelial de alto grado para un 2.5%. Los resultados de biopsia 7 casos fueron CIN I (4.4%), 5 casos fueron CIN II y CIN III (3.1%) respectivamente.

Los datos de la citología en el grupo de edad de 25 a 30 años, reportaron 9 mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado, para un 5.6%, 39 (24.6%) pacientes tuvieron resultados de lesión intraepitelial de alto grado, y 2 (1.2%) casos con ASCUS. Un importante número de pacientes 34, se observaron en la colposcopia lesiones de bajo grado para un 21,5%, así como 24 mujeres presentaron lesiones de alto grado para un 15.1%. Los resultados de la biopsia realizadas en este grupo de edades 21 pacientes tuvieron CIN I (13.5%), 15 mujeres con CIN II (9.4%), y 5 mujeres con CIN III (3.1%), la correlación citología, colposcopia y biopsia fueron negativas en un 23.4% de los casos estudiados.

Entre los gérmenes de transmisión sexual predominante en los resultados fue el HPV 44 pacientes para un 27.8%.

## 6.- DISCUSIÓN

De un total de 583 mujeres con pedido de estudio citológico, el 27.1% (158) fueron mujeres menores de 30 años con alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino, estos datos son superiores a lo encontrado por Miraval et al. en el 2009. En un trabajo de investigación donde encontró una prevalencia del 6.3% de alteraciones citológica como precursoras de cáncer de cuello uterino (24).

Las pacientes ubicadas dentro del grupo de mujeres jóvenes en plena edad fértil y reproductiva, referente a la distribución de edades el 52% del total, están comprendidas entre las edades de 26 a 30 años, respecto al estado civil se observó que el 58.8% están solteras seguida del 22.1% casadas/conviven, cuya procedencia de las gran mayoría el 61.3% proceden de la zona rural y el 38.7% provienen de zona urbana, estos datos son similares a lo expuesto por Silva cols. Donde en el año 2012-2013, en un trabajo realizado como conducta sexual reproductiva asociada al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, encontro lo siguientes, el promedio de edad de las mujeres asistida fue las comprendidas en 15 a 35 años con un 45% con alteraciones pre neoplásica del cuello uterino, el 49,7% de las mujeres con estado civil conviviente presentaron alteraciones pre neoplásicas del cuello uterino y el 95.26% de las mujeres que acuden a consulta externa son provenientes de la zona urbana y tan solo el 4.73% acuden desde la zona rural, (25).

En el grupo de mujeres estudiada se aprecia respecto a los antecedentes sexual reproductiva que el 51.8% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre las edades de 16 a 20 años, el 33.7% la tuvieron ya mayores de 25 años, respecto a los antecedentes de parejas sexual el 60.7% manifestaron tener de 2 a 3

parejas, el 29.9% manifestaron tener más de cuatro, referente al uso de anticonceptivos el 54.4% manifestaron usar las hormonales como método anticonceptivo, el 15.8% manifestaron utiliza los métodos de barrera (condón), por ultimo respecto a los antecedentes previa de un ITS el 60.7% manifestaron tenerlo en algún momento así también el 39.9% manifestaron nunca. En un estudio similar realizado por Cabrera 2014 sobre riesgo de cáncer en cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. encontró que el promedio de edad en la primera relación sexual fue 18 años y el 22.3% había iniciado su vida sexual antes de los 15 años. El 60% de las mujeres con actividad sexual refiere haber tenido sólo 1 pareja. Hubo dos trabajadoras sexuales (0,2%) en la muestra. La mitad de las mujeres indica que su pareja ha tenido otras parejas sexuales. El 7% cree que su pareja ha tenido relación con prostitutas. El 41% de las mujeres refiere haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual, del total de mujeres positivas, el 40% de ellas han presentado algún tipo de vaginosis bacteriana, el 8.69% Atipia Escamosa, quedando tan sólo 2.17% que han presentado infección por el VPH. Se puede hacer mención también de otros microorganismos que causan infecciones vaginales como cándidas, Trichomonas, en un 6.52% (26).

En los hallazgos cito-colposcópicos y biopsia de acuerdo a los grupos de edades de las mujeres asistida, que de las 27 mujeres de entre 15-20 años, 10 tuvieron lesiones intraepiteliales de bajo grado para un 6.3% los cuales coincide con los resultados colposcópicos, solo 3 mujeres (1.8%) presentaron lesiones intraepiteliales de alto grado I, para las edades de 21-24 años (44) tuvimos un hallazgo de 11 mujeres con lesión intraepitelial de bajo grado para un 6.9%, 9 mujeres con lesión intraepitelial de alto grado para un 5.6%, 2 mujeres con ASC-US, para el grupo de edad de 25 a 30 años, reportaron 9 mujeres con lesión intraepitelial

de bajo grado, para un 5.6%, 39 (24.6%) pacientes tuvieron resultados de lesión intraepitelial de alto grado, y 2 (1.2%) casos con ASCUS, estos datos son semejantes a lo encontrado por Sanabria en el 2011 donde La prevalencia de citologías positivas (ASCUS y peor) fue de 4.1% y de lesión intraepitelial de bajo grado y peor de 1.9%. Hubo 13 casos con lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) o peor, con una prevalencia en la muestra de 1,3% y de 1,9% en la población de origen. Las mujeres con LIEBG o peor tienen un promedio de edad de 31 años, el 85% era casada, el 92% tenía más de 4 años de estudios, el promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 16,7 años. El 70% de ellas había tenido dos parejas sexuales (el resto sólo una) y un 46% nunca se había realizado un PAP. El 77% había sido fumadora alguna vez en su vida (27).

## 7.- CONCLUSIONES

Luego de aplicar los instrumentos de investigación y sistematizado la información, se puede concluir:

- Una alto índice de las mujeres estudiada presentaron alteraciones pre neoplásicas de cuello uterino.
- Sobre los datos socio demográfica se vio que el promedio de edad de las pacientes fue mayoritariamente las comprendidas entre 26 a 30 años, mayormente eran solteras y provenientes de zonas rurales.
- Como antecedentes sexuales presentaron la gran mayoría como inicio de su primera relación sexual entre las edades de 16 a 20 años, se vio que el promedio de parejas sexuales mantenidas fue entre 2 a 3 hombres, la gran mayoría utilizan como métodos anticonceptivos las hormonales así también si vio que mayoritariamente tuvieron antecedentes de ITS.
- Los hallazgos cito-colposcópico fueron en gran medida con alteraciones de SILBG, así también presentaron CIN II y ASCUS principalmente como alteraciones.

## 8.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Usandizaga J. y De La Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. España: Mc Graw-Hill, 2,008.
- 2.- OMS [Internet]. Las Américas: Organización Mundial de la Salud; c2016 [actualizada en 2016; acceso 3 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420%3A2011-cervical-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3637&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420%3A2011-cervical-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3637&lang=es)
- 3.- Velázquez N., Sánchez L., Lares E., Cisnero V., Milla H., Arreola F., Navarrete J., et al. Comparación de la utilidad diagnóstica entre la inspección visual con ácido acético y citología cervical Rev. Gineco Obstet. México 2010;78(7). 261-7
- 4.- Martínez V., Torrientes B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana ObstetrGinecol. 2006; 32(1):328-338
- 5.- Grupo de expertos de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. La carga de cáncer cervicouterino y de la infección por virus del papiloma humano en México y en el mundo. Rev. Ginecología y Obstetricia de México. 2011;(79)12:788-793.
- 6.- Silva B., Soplín K., Talledo S. Conducta sexual reproductiva asociada al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. [Tesis de Grado]. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería; 2014.
- 7.- Grupo de expertos de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. La carga de cáncer cervicouterino y de la infección por virus del

papiloma humano en México y en el mundo. Ginecología y Obstetricia de México. 2011;(79)12:788-793.

8.- Ávila V. Asociación entre la infección por VIH y el virus del papiloma humano: implicaciones para la prevención del cáncer de cérvix en mujeres VIH positivas. [Tesis doctoral]. Departament de Ciéncies Experimentals i de la Salut Universitat Pompeu Fabra; Barcelona – España. 2011.

9.- Alarco E. Conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini Enero-Marzo 2014. (Tesis de Obstetricia). Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de Medicina Humana- Escuela de Obstetricia. Revisado el 29 de enero del 2015.

Disponible en URL:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3574/1/Alarco\\_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3574/1/Alarco_re.pdf)

10.- Valderrama M., Campos F., Cárcamo C., García P. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus papiloma humano en estudiantes de Lima. Rev Per de Med Exp 2007;24(3):234-239.

11.- Dvorak K. et al. Histology correlation with atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) and low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) cytology diagnoses : An argument to ensure ASCUS follow-up that is as aggressive as that for LSIL. Diagn. Cytopathol. 2011;21(4):292-295.

12.- Sánchez A., Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y su correlación citocolpohistologica. Fac Med. 2011;54(6):13-17.

13.- Cieza J., Cueva F., Uchiyama E., Linares V. Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2009;43(2):107-109.

- 14.- Cuitiño T. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, en la unidad de patología cervical del Hospital Naval de Talcahuano. Rev. Chile obstet gineco, 2005;70(3):152 - 155.
- 15.- Gutiérrez C., Prada J., Bonilla C, Duran V., Burgos A. Concordancia Entre Citología Cervico Vaginal Anormal, Colposcopia y Biopsia de Cérvix de Usuarias de la Clínica Colombia. [Tesis de pregrado]. Universidad del Rosario, Facultad de Medicina, 2011.
- 16.- Navarro M., Martínez M. Santoyo F. Pita M. Glucosa, índice de masa corporal y lesiones preneoplásicas en el cuello uterino. Rev. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(12):771-778.
- 17.- Sam S. Ortiz P. y Carranza A., Lira J. Virus del papiloma humano y adolescencia. Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):214- 224.
- 18.- Cabezas Cruz E. Aspectos relacionados con la vacuna contra el virus del papiloma humano. Rev cubana Obstet Gineco 2008;34(3):1-9.
- 19.- De Palo G., Chanen W., Dexeus S. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Barcelona: Editorial Elsevier España, 2007
- 20.- Moreno M, Calveiro C., Dionisi M., Gravina C., Flores J., Cabrera M. Correlación cito-colpo-histológica de lesiones para determinar la infección por HPV. Rev Med Hosp Gral.Mex 2013;8(1):38-45.
- 21.- Sequeira A. Correlación cito–histológica de pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado atendidas en el servicio de ginecología de Hospital Bertha Calderón Roque. [Tesis de Médico especialista]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua. 2017.

- 22.- Llanos V., Vera G. Control de calidad en citología, colposcopia y estudios anatomopatológicos Rev. AMATGI. 2012;III(6):10-22.
- 23.- American College of Obstetricians and Gynecologist. Cervical Cytology Screening. ACOG practice bulletin, no 109. Obstet Gynecol. 2009;114(6):1409-1420.
- 24.- Miraval M., Merejildo M., Núñez M., Barrionuevo C., Sarria G. et al. Importancia de la evaluación externa del desempeño en citología cervicouterina: Programa Piloto. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013;30(1):142-158.
- 25.- Silva B., Soplin K., Talledo S. Conducta sexual reproductiva asociada al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana. [Tesis de Bachillerato]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería; Loreto – Peru. 2014
- 26.- Cabrera A. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2006 - 2011. [Tesis Doctoral]. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima – Perú. 2012.
- 27.- Sanabria J., Fernández Z., Cruz I., Oriolo L. LLanuch M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Rev. Ciencias Médicas 2011;15(4):295-319.