

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE
CUELLO UTERINO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN
INDÍGENAS DE CUATRO UNIDADES DE SALUD FAMILIAR DEL
DEPARTAMENTO DE CAAGUAZÚ, 2015-2016**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Celso Velázquez González

Coronel Oviedo - Paraguay

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN INDÍGENAS DE CUATRO UNIDADES DE SALUD FAMILIAR DEL DEPARTAMENTO DE CAAGUAZÚ, 2015-2016

CELSO VELÁZQUEZ GONZÁLEZ

TUTOR: DR. ANÍBAL KAWABATA

TUTOR ESPECIALISTA: DRA. EDITH PLAZ

Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN INDÍGENAS DE CUATRO UNIDADES DE SALUD FAMILIAR DEL DEPARTAMENTO DE CAAGUAZÚ, 2015-2016

Celso Velázquez González

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A Dios misericordioso y a todos mis Santos en especial a San Rafael Arcángel, Santo Domingo el Sabio y Jesucristo misericordioso por permitirme a lo largo de mi vida caminar por la senda del saber.

A mis queridos padres, José del Rosario Velázquez Gómez y Aquilina González Sánchez por darme las fuerzas que se requiere para culminar esta carrera, por darme apoyo y tranquilidad en los momentos difíciles que me tocó vivir a lo largo de mis estudios, ya que con sus esfuerzos, a pesar de los múltiples problemas surgidos, me permiten lograr mis sueños.

A mis hermanos, quienes confiaron en mí y me apoyaron a lo largo de estos años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú por el esfuerzo que hicieron para mi formación y los conocimientos que me brindaron durante todo este proceso.

A las diferentes Unidades de Salud Familiar, quienes me brindaron su mejor atención para culminar este trabajo de fin grado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino es una de las patologías más graves en la vida de las mujeres. Causó 266 000 muertes en mujeres por esta patología en el año 2012, un 85% en los países de ingresos bajos y medianos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo asociados en indígenas de cuatro Unidades de Salud familiar del departamento de Caaguazú durante los años 2015- 2016.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo no probabilístico. Se estudió a indígenas que se encuentran registrados en el Programa de Patología Cervical. Los datos obtenidos se ingresaron en Microsoft Excel[®] 2010, para el análisis se utilizó Stata[®] 11.0. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

Resultados: Ingresaron en el estudio 129 indígenas con una edad media de 26 ± 10 años. La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino fue de 13,18%. Las lesiones más frecuentemente encontrada en orden de frecuencia son ASCUS 10,08%; CIN I 2,32%; CIN II 0,77%; no se observó CIN III, ni carcinoma in situ. Las edades en las que se presentan con mayor frecuencia son de entre 25 a 44 años en un 70,59%. El 58,8% de las que presentaron lesiones cervicales tuvo menarca < 12 años; 76,5% relaciones sexuales < 15 años y el 82,35 % son gran multíparas.

Conclusión: La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino es similar a estudios de otros países y menor a algunos estudios que se realizaron en nuestro país. Se encontraron mayor porcentaje de lesiones en las edades medias, menarca temprana, inicio precoz de vida sexual y en multípara.

Palabras claves: Lesión intraepitelial cervical, cáncer de cérvix, citología.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is one of the most serious pathologies in women's lives. It caused 266 000 deaths in women due to this pathology in 2012, 85% in low and middle income countries.

Objective: To determine the prevalence of cervical cancer precursor lesions and associated risk factors in natives of four family health units in the department of Caaguazú during the years 2015-2016.

Materials and methods: An observational, descriptive, cross-sectional study with non-probabilistic sampling was carried out. Indigenous people who are registered in the cervical pathology program were studied. The data obtained were entered in Microsoft Excel[®] 2010, Stata[®] 11.0 was used for the analysis. The results were presented in tables and graphs.

Results: The study included 129 indigenous people with an average age of 26 ± 10 years. The prevalence of precursor lesions of cervical cancer was 13.18%. The most frequently found lesions in order of frequency are ASC-US 10.08%; CIN I 2.32%; CIN II 0.77%; no CIN III was observed, nor carcinoma in situ. The ages in which they occur most frequently are between 25 and 44 years old 70.59%. 58.8% of those who presented cervical lesions had menarche <12 years; 76.5% sexual intercourse <15 years and 82.35% are large multiparous.

Conclusion: The prevalence of precursor lesions of cervical cancer is similar to studies from other countries and less than some studies that were conducted in our country. We found a higher percentage of lesions in the middle ages, early menarche, early onset of sexual life and multipara.

Key words: Cervical intraepithelial lesion, cancer of the cervix, cytology.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE GRAFICOS.....	x
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	8
5. OBJETIVOS.....	9
6. MARCO TEÓRICO	10
7. MARCO METODOLÓGICO.....	22
8. RESULTADOS	27
9. DISCUSION	43
10. CONCLUSIÓN	47
11. RECOMENDACIONES	48
12. BIBLIOGRAFÍA	49
13. ANEXOS	54



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE CUADROS

TABLA 1: Operacionalización de las variables.....	23
TABLA 2: Distribución de las mujeres indígenas según Unidades de Salud Familiar. (n=129).....	27
TABLA 3: Distribución de las mujeres indígenas según edad agrupada en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	28
TABLA 4: Distribución de las mujeres indígenas según procedencia en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	29
TABLA 5: Distribución de mujeres indígenas según grado de alteraciones citológicas en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	35
TABLA 6: Distribución de las mujeres indígenas con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y características demográficas en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=17).....	36
TABLA 7: Distribución de las mujeres indígenas y frecuencia de factores de riesgo asociados en las cuatro unidades de salud familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	38
TABLA 8: Distribución de las mujeres indígenas según factores de riesgo y frecuencia de grado de lesiones en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	40



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 1: Distribución de las mujeres indígenas según estado civil en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	30
GRAFICO 2: Distribución de las mujeres indígenas según ocupación en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	31
GRAFICO 3: Distribución de las mujeres indígenas según etnias en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	32
GRAFICO 4: Distribución de las mujeres indígenas según gestación actual en el momento de la toma de muestra. (n=129).....	33
GRAFICO 5: Distribución de las mujeres indígenas según la presencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129).....	34



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1- INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, se considera que el cáncer de cuello uterino es una de las patologías más graves en la vida de las mujeres. Actualmente se calcula que en el mundo existe más de un millón de mujeres que lo padecen. La mayoría no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongar la vida. En el año 2012 a nivel mundial se diagnosticaron 528 000 nuevos casos, el 85% de ellas en los países de ingresos bajos y medianos, 266 000 murieron de esta patología¹. En nuestro país, ocupa la segunda causa de muerte por canceres entre las mujeres².

El cáncer de cuello uterino se desarrolla a partir de lesiones intraepiteliales de bajo grado. El cáncer de cuello uterino esta precedido por un largo periodo de enfermedades pre invasoras a la cual se denomina lesiones intraepiteliales. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que va desde la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial antes de progresar a una neoplasia maligna³.

La prevalencia global de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino varía entre el 10 al 15%, con una incidencia de 2,7% en la población femenina en general. La edad de aparición generalmente encontrado es por encima de 30 a 40 años tanto para las lesiones intraepiteliales de bajo grado y de alto grado. El pronóstico de las lesiones precursoras es variable puede regresar de forma espontánea o persistir y en el peor de los casos progresar a una neoplasia maligna^{1,4}.

En general la prevención del cáncer del cuello uterino está basada en el estudio y en el conocimiento de sus afecciones previas y los factores de riesgo como la influencia de la edad, el inicio de la vida sexual activa, gestaciones, menarquía, y las características socioculturales. Esta prevención estaría orientada al control de los factores de riesgo y en el diagnóstico precoz de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La población indígena de nuestro país se encuentra con varios factores de riesgo principalmente centrada a la accesibilidad Sanitaria, como el nivel educativo, la edad de inicio de relaciones sexuales y la paridad⁶.

A través del presente trabajo los principales beneficiarios serán las propias indígenas, puesto que al conocer los resultados de esta investigación se podrán proponer métodos de promoción de la salud sexual y reproductiva en la población indígena, y así para poder disminuir la frecuencia de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

Los resultados encontrados se entregaran a los directivos de la región sanitaria y a las Unidades de Salud Familiar (USF) para su análisis y evaluación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó la búsqueda de los resultados de los siguientes estudios de investigación:

En el trabajo realizado por Mongelós PE., cuyo trabajo tuvo como objetivo general determinar la frecuencia de tipo de HPV y lesiones de cuello uterino en 181 pacientes indígenas del departamento de Presidente Hayes-Paraguay en el periodo 2010 a 2011 publicado en el año 2013, en sus resultados sobre factores de riesgo se encontraron que el 45% de las mujeres participantes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años, 6,7% de las mujeres presento un número de parejas sexuales igual o mayor a 4. El 92% de las mujeres tuvo al menos un embarazo, cabe destacar que el 71% de las mujeres se realizó por primera vez su examen citológico y que el 60% utilizaron anticonceptivos hormonales. Además, se observó que el 21,5% eran fumadoras⁶.

En el estudio realizado por Ojeda SK, en el Hospital Regional de Coronel Oviedo – Paraguay en el año 2015, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y su asociación con factores de riesgo, en mujeres que acuden al Centro de Referencia de patología cervical en el Hospital Regional de Coronel Oviedo con una muestra de 668 pacientes, se obtuvo como resultado una prevalencia de 22,6 % de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, de acuerdo a los grados de lesiones intraepiteliales se distribuye como sigue: 13,62% de los resultados fueron de tipo inflamatorio, 11,38% CIN I, 8,98% CIN II, 2,4% CIN III, 5,84% ASC-US, 1,15% carcinoma in situ y 57,6% fueron resultados negativos. El mayor porcentaje de los resultados positivos se encontraron entre las edades de 40 a 49 años en un 8%, seguido de 30 a 39 años 5,1%, y en tercer lugar las que tienen de 20 a 29 años, las que tienen entre 10 a 19 años solamente el 1,3 %



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

presentaron resultados positivos. En cuando a los factores de riesgo encontrado de la población total el 55,39% proceden de área rural, 41% utilizaron anticonceptivo hormonal, 15,2% son multíparas⁷.

Ruiz JM y col, en su trabajo publicado en el año 2016 cuyo objetivo es la de determinar la incidencia de las lesiones cervicales pre-malignas que realizaron Papanicolau en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, concluyeron que el 1,72% (129) tuvieron citologías cervicales alteradas y de estas el 84,5% de las pacientes tuvieron un reporte de lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG), seguidos de lesión intraepitelial de alto grado (LIE-AG) en un 13,2% y el 2,3% de los resultados positivos presentaron Adenocarcinoma in situ⁸.

Otro trabajo realizado por Arango G. que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II-Cañete en el periodo julio 2014 – julio 2015, en la escuela de medicina de Lima- Perú, en el año 2016, con una muestra de 3061 resultados de Papanicolau se obtuvo como resultado una prevalencia de 3,39%. Las citologías positivas presentaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en 1,5%, lesión intraepitelial de bajo grado LIE-BG 1,3%, lesión intraepitelial de alto grado LIE-AG 0,6% y 0,03% de carcinoma de cérvix. El mayor porcentaje de mujeres con resultados positivos se encuentra entre las edades de 25 a 34 años en un 32,4%, seguido de las que comprende entre 35 y 44 años con 26,9% en el tercer lugar las que tiene entre 45 y 54 años que representa un 15,4% del total de las lesiones citológicas. Del grupo de 21 a 24 años 12,5% y las de 64 a 65 años 7,7%⁹.

El estudio de Salazar ZK, de tipo descriptivo de prevalencia cuyo objetivo es, determinar prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los Cantones de Cañar,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Saraguro y Macas, 2017, con un tamaño de muestra de 396 indígenas para ser estudiada arrojando los siguientes resultados: Se encontró lesión intraepitelial en 55 pacientes indígenas que representa una prevalencia del 13,8%. Los resultados citológicos obtenidos con mayor frecuencia fueron para las Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado (ASC-US) siendo 30(7,6%) los casos, seguido de 16(4%) casos para Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIE-BG) y en tercer lugar con 6(1,5%) casos para la Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIE-AG). La edad por grado de lesión intraepitelial obtenido por citología fueron para las ASC-US más frecuentes entre 30 a 39 años: 14 casos 46,7%, en las mayores de 40 años 7(23,3%), en las de 20 a 29 años 7(23,3%) y en las menores de 20 años 2 casos (6,7%). Las LIE de bajo grado estuvieron presentes en mayor número en el grupo de 20 a 29 años 7(43,8%), y 6(37,5%) en el de 30 a 39 años; y solo 3(18,8%) en mayores de 40 años. En cuando a factores de riesgo el 14,8% su inicio sexual fue a una edad menor a 17 años. 13% tuvo su primer hijo antes de los 20 años; 15,5% fueron multíparas y 15,5% usaban anticonceptivos hormonales¹⁰.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente el cáncer de cuello uterino se lo considera un problema de salud pública mundial, debido a que se estima que en el mundo existen aproximadamente más de un millón de mujeres que lo padecen. Durante el año 2012 se diagnosticaron en el mundo 528 000 casos nuevos, de los cuales el 85% fue en países subdesarrollados, y se calcula que 266 000 murieron por causa de la misma, 9 de cada 10, o sea 231 000, vivían y murieron en países de bajos y medianos ingresos económicos. En cambio uno de cada 10 murieron en los países de ingresos altos¹.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en su publicación sobre el cáncer cervicouterino en las Américas del 2012, más de 83 100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y alrededor de 35 700 mujeres fallecieron a causa de la enfermedad, ocupando por ende el segundo más importante en mujeres de todas las edades, tanto en frecuencia de casos nuevos como en muertes².

En el año 2010, en el Paraguay se registró un 15% de mortalidad relacionada al cáncer de cuello uterino, ocupando el segundo lugar de mortalidad por cánceres entre las mujeres, solamente superado por cáncer de mama, con una incidencia de 53,2 por cada 100 000 mujeres, tasa que nos ubica entre los países con mayor incidencia. La incidencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en las mujeres en población general es de 2,3% aproximadamente^{2,11}. Diversas investigaciones ha sugerido que la detección temprana de lesiones precursoras de este tipo de cáncer a través de la citología puede disminuir su incidencia¹².

El manejo del idioma y el difícil acceso geográfico a las viviendas de los nativos, han sido las dificultades más frecuentes referidas por las instituciones



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

para realizar intervenciones e indagar sobre las prácticas sexuales y reproductivas de los jóvenes y aún más de las jóvenes indígenas para llegar al diagnóstico precoz¹³.

Actualmente estudios han demostrado que en muchos países en vías de desarrollo el programa de prevención de cáncer de cuello uterino aún no alcanza la cobertura suficiente para disminuir la incidencia¹⁴.

Con estos estudios se hace evidente entonces que el cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias de mayor morbimortalidad a nivel mundial, y en el Paraguay, siendo un país en vías de desarrollo es aún mayor.

Por ello y con el fin de conocer estos datos surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo asociados en indígenas de cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú durante los años 2015 y 2016?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4- JUSTIFICACIÓN

La neoplasia del cuello uterino juega un importante papel en la morbimortalidad de las mujeres a nivel mundial y sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, como el Paraguay².

Existen acciones de prevención, detección precoz y tratamiento de cáncer de cuello uterino desde el 2007, pero hasta la fecha no se han logrado una cobertura óptima, lo cual genera subdiagnóstico y tratamiento inoportuno. La prueba que se utiliza actualmente para diagnosticar este tipo de cáncer de forma precoz es la técnica de Papanicolaou; el objetivo de esta prueba es detectar de manera temprana células precursoras de cáncer, ya que en este estadio es donde el tratamiento quirúrgico puede realizarse con éxito, con bajo riesgo y costo, de esta forma prevenir la diseminación a demás órganos¹¹.

Si bien hay estudios sobre la prevalencia de lesiones precursoras y de cáncer de cuello uterino en la población indígena a nivel nacional, y en diversos centros hospitalarios, se necesitan más estudios relacionados, ya que si bien hay tratamiento curativo o paliativo, es indudablemente mejor el manejo temprano, por medio de la promoción, prevención y diagnóstico precoz de las lesiones precancerosas, por lo que la realización de este estudio brindará información epidemiológica que ayudara a conocer la presentación de estas lesiones en la población indígena de nuestra región^{6,10}.

Los principales beneficiarios serán las propias indígenas, puesto que al conocer los resultados de esta investigación se podrán proponer métodos de promoción de la salud sexual y reproductiva, con miras a la disminución en frecuencia de los factores de riesgo.

Los datos encontrados serán acercados a los directivos de la región sanitaria y de las Unidades de Salud Familiar (USF) para su análisis y evaluación en su contexto.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5- OBJETIVOS

5.1- Objetivo general

5.1- Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo asociados en indígenas de cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú durante los años 2015 y 2016.

5.2- Objetivos específicos

5.2.1- Describir las características demográficas de la población.

5.2.2- Identificar las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según criterios citológicos.

5.2.3- Comparar los criterios citológicos con las características demográficas.

5.2.4- Describir frecuencia de los factores de riesgo asociados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6- MARCO TEÓRICO

6.1- Anatomía

El cuello uterino es la porción inferior del útero, arriba delimitado por el istmo y protruye en la vagina. Mide 2,5 a 3cm de longitud en la nulípara y se ubica hacia atrás en forma oblicua. Se divide en la porción vaginal o exocérvix y el canal o endocérvix, el primero presenta dos labios el anterior y el posterior delimitados por el orificio¹⁵.

La irrigación del cuello uterino está dada por las ramas de las arterias uterinas que entran lateralmente a través de los ligamentos de Mackenrodt. Estos ligamentos junto con los ligamentos uterosacros sirven además para fijar al órgano. Las venas del cuello uterino son paralelas a la arterial. El drenaje linfático nace cerca de la mucosa y en la profundidad del estroma para dar origen a cuatro canales eferentes que drenan hacia los ganglios linfáticos iliacos externos, obturadores, hipogástricas e iliacos. La inervación proviene del sistema autónomo de los plexos superior, medio e inferior hipogástricos.¹⁶

6.2- Histología

El exocérvix está tapizado por un epitelio plano estratificado no queratinizado similar al epitelio vaginal. Este epitelio se divide en tres estratos: a- el estrato basal o germinal, que están formadas por células encargadas del crecimiento y la regeneración epitelial; b- el estrato medio o espinoso, son las llamadas intermedias en la citología exfoliativa estas células son las que se encuentran madurando y c- el estrato superficial, es el más diferenciado, sus funciones son la de proteger y evitar infecciones. Se descama por la escasez de desmosomas¹⁶.

El endocérvix está formado por una hilera de células cilíndricas mucíparas que revisten la superficie y las estructuras glandulares estas son tortuosidades no son glándulas verdaderas¹⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.3- Población indígena

En nuestro país la población indígena se clasifica en cinco familias lingüísticas (Guaraní, Maskoy, Mataco Mataguayo, Zamuco, y Guaicurú) y a su vez en 19 pueblos indígenas. Según el resultado del III Censo Nacional Indígenas de población y viviendas del año 2012 arrojó un total de 117 150 personas indígenas representando al 1,8% de la población total del país, con predominio del sexo masculino (51,7%), y con mayor frecuencia se encuentra en la Región Oriental (52%). Se encuentra asentada con mayor frecuencia en zonas rurales (91%). El departamento de Caaguazú ocupa el quinto lugar en frecuencia con 8,3% (9 367) de la población indígena total del país. Esta población es la que posee menor acceso al sistema de salud¹⁷.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y cáncer del cuello uterino en el departamento de Presidente Hayes, en esta población, se observa una alta tasa de fecundidad (>4 hijos/mujer), bajo nivel de educación (promedio en años 3,3 años), siendo analfabeta 37,6% (rural 39,5), además las mujeres indígenas tienen un inicio precoz de vida sexual (≤ 15 años), edad temprana de primer embarazo (<15 años), número de compañeros sexuales mayor a 2, y una infección por HPV de 23,2%⁶.

6.4- Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino

Toda lesión maligna cervicouterino comienza a partir de una lesión precursora de cáncer de cuello uterino, eso no quiere decir que toda lesión precursora va a desarrollar un cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino como cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cérvix, de manera que estas células comienzan a crecer de manera descontrolada¹¹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.5- Clasificación de las lesiones cervicales

Las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino o neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN) en su otra denominación, son alteraciones del cuello uterino normal que involucra el espesor el mismo, cuyo espesor mide aproximadamente 0,25mm, generalmente estas lesiones son sub-clínicas y son halladas en el momento del diagnóstico. En síntesis, las lesiones intraepiteliales son diagnosticadas por presentar alteraciones nucleares (aneuploidas), anormalidades mitóticas, pérdida total de maduración epitelial y pierde la forma de crecimiento rectilínea para crecer de forma transversal. Estas características no se ven en todas las células. Según la alteración del epitelio (RICHART) se clasifican en¹⁸:

CIN 1: lesión con compromiso de 1/3 inferior del espesor del epitelio.

CIN 2: compromiso de los 2/3 inferiores.

CIN 3: compromete todo el espesor del epitelio de cérvix.

La tipificación de las lesiones cervicales según Papanicolaou se lo clasifica en 4 clases¹⁸:

Clase I: ausencia de células anormales.

Clase II: alteraciones celulares benignas, causadas por procesos inflamatorios.

Clase III: presencia de células anormales (CIN 1, CIN 2, CIN3).

Clase IV: indicativa de cáncer del cuello uterino.

En las últimas décadas han avanzado sobre los conocimientos de la clasificación de los resultados citológicos cervicales hasta llegar a la nomenclatura de Bethesda, que denomina a las anormalidades cervicales



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

pre malignas en el extendido citológico en Lesiones Intraepiteliales Escamosas (LIE) de alto y de bajo grado, en lo que en el de bajo grado incluye la infección por el HPV y CIN 1, por lo tanto en el alto grado incluye CIN 2 y CIN 3. La correspondencia de cada una de estas clasificaciones con las otras se encuentran en (Anexo 1)¹⁹.

6.6- Epidemiología

Las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino son patologías frecuentes entre las mujeres pero varía la frecuencia en cada país, registrándose en Venezuela el 13,2%, Ecuador 9,8%, México 3,4%, España 5,4%²⁰. Presenta una prevalencia global de 10 a 15% y una incidencia de 2,3%¹¹. Por su parte Zoila en su trabajo sobre prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales en mujeres indígenas en el año 2017 encontraron 13,8%, las lesiones más frecuentemente encontrada es la Atipia de Células Escamosas de Significado incierto (7,6%) seguido de Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado y Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado, 4% y 1,5% respectivamente¹⁰.

En el Paraguay según estudio realizado por Ojeda en su tesis en el Hospital Regional de Coronel Oviedo encontró una prevalencia de 22,6%, 13,62% de lesiones inflamatorias, 11,8 % de CIN I, 8,98% de CIN II y 2,4% de CIN III⁷.

Las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino afectan más frecuentemente a mujeres de 25 a 49 años, debido a estas razones la citología debería cubrir el 80% a estas poblaciones de edad¹¹.

6.7- Zona de transformación de cuello uterino.

Hay que tener en cuenta que la localización del sitio de transformación cambia gradualmente según la edad, al nacimiento, el punto de unión entre el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

epitelio escamoso y el cilíndrico se encuentra en el orificio cervical externo denominada unión escamocolumnar original. El desarrollo del cuello uterino durante la infancia y la pubertad produce su alargamiento y con la consiguiente salida del epitelio mucíparo que forma un ectropión fisiológico que se desarrolla completamente durante la menarca y los primeros días de la edad reproductiva¹⁸.

Posteriormente el epitelio mucinoso es reemplazado por el epitelio escamoso de tipo metaplasico. La unión de este nuevo epitelio que se formo y el epitelio cilíndrico vuelve a encontrarse en el orificio cervical externo y se llama ahora unión escamocolumnar fisiológica o funcional. La zona comprendida entre la unión escamocolumnar y la fisiológica se denomina zona de transformación. Esta revestida por el epitelio escamoso de tipo metaplasico y es asiento de todas las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Todo lo anterior lleva la importancia de conocerla y estudiarla adecuadamente¹⁶.

6.8- Factores de riesgo

Antes de entrar a la explicación de los factores de riesgo asociados al cáncer del cuello uterino, se tiene que tener en cuenta que las lesiones precursoras de cáncer de del cuello uterino se comporta como una enfermedad de transmisión sexual debido a que presenta como principal factor de riesgo asociado a la infección por el virus del papiloma humano, se vio que no existe duda de la susceptibilidad genética en mujeres con HLA B *07 y HLA B*0302 por otro lado tiene bajo riesgo lo que tienen receptores HLA DRB1*1301. Existen virus que son llamados de alto riesgo que sin duda puede causar cáncer si no se llega a su diagnóstico oportuno. Estos causan generalmente todos los canceres del cuello uterino²¹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.8.1- Virus del papiloma humano (HPV)

Es el más importante y el principal factor de riesgo que se asocia a lesiones precursoras pre neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. Actualmente considera como el agente necesario pero no suficiente para el desarrollo de cáncer de cérvix²².

La presencia de las células cancerígenas del cuello uterino que contienen las copias activas del HPV-16 o 18 muestran la presencia de oncogenes E₆ y E₇ del HPV estos son las proteínas de factores virales necesarios para la inmortalidad de las células epiteliales de estos dos oncoproteínas (E₆ y E₇) producidas por el HPV²¹.

Se han identificado 13 serotipos de HPV oncogénicas (16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59-68) de alto riesgo que producen cáncer del cuello uterino. Delos cuales el tipo 16 y 18 son las generadoras de un 70% de cáncer. Sin embargo se han encontrado de manera más común en el CIN 2 y CIN 3 el serotipo 16 en un 50% en las mujeres con cáncer invasor de cérvix. También se puede hallar en un 16% en mujeres con lesiones de bajo grado y hasta 14% de aquellas con citología normal. Por otro lado el HPV-18 se encuentra con una frecuencia del 25 % de las mujeres con cáncer invasor, en un 5% con CIN 2 y CIN 3 en el 6% de las mujeres con HPV y CIN 1. Por lo tanto, el serotipo 18 es más específico que el 16 para el desarrollo de cáncer de cérvix invasor²³.

6.8.2- Edad

Entre los factores demográficos guarda una estrecha asociación con las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, la edad comprendida entre 30 a 49 años que puede incrementar a más riesgo de desarrollar lesiones intraepiteliales cervicales, donde se encuentra el 75% de lesiones cervicales comprendidas a estas edades²⁴.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.8.3- Inicio temprano de vida sexual

El inicio temprano de la vida sexual activa en las mujeres puede aumentar al doble el riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino²⁴. En el trabajo de Mongelós y col. Demuestra que en la población indígena el promedio de inicio vida sexual activa es por debajo de los 16 años.

6.8.4- Procedencia

Otro factor importante es el área geográfica, el 66,7% de las pacientes que presentan lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino se encuentran en zonas rurales²⁴. Así entonces las que viven en estas zonas aumentan hasta en el doble de la probabilidad de presentar algún tipo de alteración cervical probablemente debido a la dificultad de acceso a los hospitales para su control ginecológico⁹.

6.8.5- Paridad

El riesgo de contraer cáncer de cuello uterino aumenta con el número de embarazos. Algunas teorías indican que podría estar sujeta a mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual. Otros han indicado que podría deberse a cambios hormonales durante el embarazo así también como cambios inmunológicos. El embarazo produce una inmunosupresión y de folatos en la sangre, elementos que se han asociados a lesiones intraepiteliales. Cada parto está sometido a traumas y laceraciones que podrían facilitar las lesiones inflamatorias cervicales en la unión escamocolumnar que es la zona donde habitualmente sufre cambios citológicos. Las mujeres que tienen tres o cuatro partos tienen 2,6 veces más riesgos de tener cáncer de cuello uterino que las nulíparas y las mujeres con siete o más partos tienen 3,8 veces más riesgos^{25,26,27}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.8.6- Número de parejas

Estudios realizados en España ha demostrado que el número de parejas sexuales aumenta el riesgo que contraer infección por el HPV. Las que tienen más de seis parejas sexuales en toda la vida impone a un aumento significativo en el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino^{27,28}.

6.8.7- Uso de anticonceptivos

Es controvertido con relación el uso de anticonceptivos hormonales, en algunos estudios se observa que el uso prolongado de este método se asocia con mayor riesgo de lesiones intraepiteliales cervicales²⁹.

6.8.8- Tabaquismo

El uso de tabaco tiene una relación directa entre el riesgo de lesiones intraepiteliales pre invasoras y la duración e intensidad del habito tabáquico. Se consideran que las fumadoras tienen el doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto a las no fumadoras. Se han detectado subproductos de tabaco en la mucosa cervical de las mujeres fumadoras, como la nicotina, cotidina y otros mutagenos, los investigadores creen que estas sustancias dañan en ADN de las células del cérvix. Además por la disminución de inmunidad que produce el tabaquismo hace menos ineficaz de compartir el virus del HPV^{25,27}.

6.8.9- Inmunosupresión

La misma está causada por distintos factores tales como las pacientes trasplantadas, las que presentan leucemias o linfomas tienen hasta 16 veces más probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino²⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.9- Diagnósticos y Screening

6.9.1- Citología

Esta técnica se desarrollo hace años atrás por George Papanicolaou, su objetivo es la detección temprana de neoplasias o lesiones intraepiteliales cervicales por la que es considerada mas una técnica de screening que como técnica diagnóstica. Se deberá iniciar a realizarse después de tres años del primer coito vaginal. En un estudio realizado en chile encontró una sensibilidad de 85% y especificidad de 99%³⁰.

Existen dos tipos de citologías: Citología de triple toma, donde la muestra citológica es obtenida del endocérvix, exocérvix y fondo de saco vaginal y la citología de medio líquido, donde la forma de obtener la muestra es con un mismo cepillo del endocérvix y exocérvix, esta técnica puede mejorar la lectura del anatomopatólogo puesto que al estar en medio líquido no permite la formación de grumos²².

Los resultados de las citologías se informan según la clasificación de Bethesda 2001 (anexo 1)¹⁹.

6.9.2- Colposcopia

El diagnostico colposcópico de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino requiere conocer y saber reconocer las cuatro características principales del estudio: la tonalidad e intensidad de acetoblancos, los bordes y el contorno superficial de estas zonas acetoblancas, la vascularización y la tinción con yodo. El estudio colposcópico con biopsia dirigida, se describe como el método de referencia o el patrón de oro para el diagnostico de lesiones cervicales pre-invasoras. La sensibilidad del estudio colposcópico para diagnosticar neoplasia del cuello uterino varía de un 87% a un 99%, pero con una sensibilidad inferior que varía de entre un 23% a un 87%³¹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.9.3- Biopsia

La biopsia cervical dirigida por colposcopia, es la obtención de una muestra del tejido del cérvix. Puede ser única o múltiple. Esta técnica se puede hacer de forma ambulatoria y sin anestesia. La biopsia se debe hacer para la confirmación histopatológica de una citología o una colposcopia anormal lo que permitirá después para su mejor manejo²⁵.

La biopsia, según de Palo, puede ser de dos tipos; el exocervical y el endocervical, el primero a su vez dirigida por colposcopia o guiada con pinzas para biopsia, y el segundo, raspado de canal sin anestesia o examen fraccionado del canal cervical y la zona correspondiente al orificio del conducto cervical interno. Hay que tener en cuenta que la técnica se debe realizar por personal entrenado y en ambiente adecuado¹¹.

6.10- Prevención de lesiones precursoras y el cáncer de cuello uterino

Como ya se ha comentado en varios puntos de este trabajo la prevención de cáncer de cuello uterino es el diagnóstico precoz de lesiones intraepiteliales y la prevención de lesiones intraepiteliales es el control de los factores de riesgos así como el comienzo temprano de la vida sexual activa, y la infección por el virus del HPV y para ello existen las vacunas del cual se hablara seguidamente.

6.10.1- Vacunas contra el HPV

Es el adelanto científico más importante en los últimos años. Existen dos tipos de vacunas las que protegen contra el HPV tipo 16 y 18, y las que protege contra el HPV tipo 6, 11, 16 y 18. Han demostrado que estas vacunas reducen la tasa de infección por HPV de alto riesgo en un 70% y de bajo riesgo en un 90% aproximadamente. La vacuna cuadrivalente (6, 11, 16,18), se



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

aplicará de forma intramuscular en tres dosis. La primera dosis en la fecha elegida, la segunda dosis a los dos meses del primero y el tercero a los seis meses del primero. La vacuna bivalente (16, 18), se aplicará de forma intramuscular en las mismas dosis y periodo de tiempo que el anterior¹.

La aplicación de las vacunas contra el HPV puede comenzar a los 11 o 12 años pero puede iniciarse tan pronto como a los 9 años, como también se recomienda hasta los 26 años. Es interesante saber que la vacuna es una forma de prevenir y no una forma de tratar al HPV. No se vacunará a mujeres embarazadas ni a las que se encuentran en su periodo de lactancia³².

6.11- Tratamiento de las lesiones precursoras de cuello uterino

En condiciones ideales el manejo de estas patologías debe estar bien estructurado de manera que las citologías anormales de las pacientes sean remitidos a centro de referencias para su mejor abordaje.

Considerando estos puntos por médicos se realizara su tratamiento considerando los siguientes puntos: primeramente se descartara un carcinoma invasor, en segundo lugar la presencia de lesión escamosa intraepitelial, y en tercer lugar se considerará las características propias de cada paciente así como la edad, el deseo de la fertilidad, presencia de patología cervical asociada y la posibilidad de seguimiento^{33,34}.

Teniendo estos puntos en cuenta se puede plantear las siguientes posibilidades terapéuticas¹.

Métodos ambulatorios:

- Tratamiento destructivo local.
- La crioterapia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- La resección con LEEP.

Métodos con internación:

-Conización con bisturí frío.

-Conización con LEEP.

-Histerectomía tipo I, II, III, IV, V.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7- MARCO METODOLÓGICO

7.1- Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo no probabilístico.

7.2- Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

7.2.1- Universo de estudio

Mujeres indígenas que acudieron al *Programa de Tamizaje Cervical* a las Unidades de Salud Familiar (USF) de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín del departamento de Caaguazú.

7.2.2- Selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron a la totalidad de las usuarias que acudieron al Programa de Tamizaje Cervical a las Unidades de Salud Familiar (USF) de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín del departamento de Caaguazú.

7.2.3- Unidad de análisis y observación

Fichas clínicas de las pacientes indígenas que acuden al programa de tamizaje cervical de las USF Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín.

7.2.4- Criterios de inclusión

Usuarias indígenas que acudieron al Programa de Tamizaje Cervical a las Unidades de Salud Familiar (USF) de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín del departamento de Caaguazú desde el 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.3- Variables de Estudio

7.3.1- Operacionalización de las variables (TABLA 1)

Variables	Tipo de variable	Definición Operacional	Indicadores
1- Edad	Cuantitativa continua	Mujeres en edad reproductiva.	Años cumplidos
2- Procedencia	Cualitativa Dicotómica	Domicilio actual donde se encuentra	1- Rural 2- Urbana
3- Etnia	Cualitativa Nominal	Comunidad humana que comparte una afinidad cultural que identifica a sus integrantes.	1- Ache 2- Ava guaraní 3- Mbya 4- Otros 5- Sin datos
4- Menarca	Cuantitativa continua	Primera menstruación de la mujer	Edad de aparición
5- Ritmo menstrual	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia de cada ciclo menstrual.	1- Regular 2- Irregular
6- Método anticonceptivo	Cualitativa Nominal	Designa a métodos o sustancias que impiden la fecundación de la mujer.	1- Natural 2- Barrera 3- Hormonal 4- DIU 5- Ligadura 6- Otros 7- Ninguna
7- Gestación	Cuantitativa Discreta	Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino desde la concepción hasta el nacimiento.	Número de embarazos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8- Paridad	Cuantitativa Discreta	Números de hijos nacidos vivos y nacidos muertos con mayor a 28 semanas de gestación	Número de partos.
9- Aborto	Cuantitativa Discreta	Interrupción de embarazo menor a 20 semanas de gestación	Numero de aborto.
10- Citología	Cualitativa Dicotómica	Pruebas para detectar cambios en las células epiteliales del cuello uterino	1- Si 2- No
11- Resultado de la citología	Cualitativa Ordinal		1- Negativo 2- Inflamatorio 3- CIN I 4- CIN II 5- CIN III 6- Carcinoma in situ
12- Colposcopia	Cualitativa Dicotómica	Exploración del cuello uterino para evaluar a las pacientes con resultados de citologías anormales	1- Si 2- No
13- Resultado de la colposcopia	Cualitativa Ordinal		1- Sin particularidades 2- Patológico
14- Biopsia	Cualitativa Dicotómica	Extracción de tejido del cuello uterino para el diagnóstico	1- Si 2- No



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		definitivo de la patología cervical	
15- Resultado de la biopsia	Cualitativa Ordinal		1- Negativo 2- Infección por HPV 3- CIN I 4- CIN II 5- CIN III 6- Cervicitis aguda 7- Cervicitis crónica

7.4- Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos.

Para el acceso a las fichas de las pacientes, se solicitaron permisos a los directores de las USF, una vez obtenido esta autorización se procede la recolección de los datos mediante una ficha electrónica creado en el software Microsoft Office Excel[®] 2010 diseñada para el efecto, que contiene las variables de interés.

El instrumento de recolección (anexo 2) es la ficha clínica estandarizada del programa de tamizaje cervical y esta estuvo dividida en cuatro secciones, las cuales son datos de la identificación de la encuesta (número de encuesta, expediente, fecha, encuestador), datos socio-demográficos (edad, procedencia, etnia, estado civil, ocupación), datos ginecológicos (menarca, ritmo menstrual, primer contacto sexual, métodos anticonceptivos, gestación, paridad, aborto,) y datos clínicos (citología, colposcopia, biopsia).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.5- Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación Consentimiento informado y Confidencialidad.

El protocolo de investigación se presentó al comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, una vez aprobado se solicitaron los permisos correspondientes para el acceso a las fichas de las USF. Se asume el compromiso de respetar los principios éticos básicos de confidencialidad, igualdad y justicia. Toda la información contenida en las fichas no se repitió ni será divulgada.

7.6- Plan de análisis

7.6.1- Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.

Las variables cuantitativas son descritas a través de medidas de tendencia central y dispersión.

Las variables cualitativas son descritas a través de frecuencias absolutas, y porcentajes, los resultados obtenidos se presentan en tablas y gráficos.

7.6.2- Programas a utilizar para análisis de datos.

Los datos obtenidos de las fichas fueron cargadas a una plantilla electrónica de Microsoft Office Excel[®] 2010, posteriormente se exporta para el análisis estadístico al paquete Stata[®] Versión 11.0.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8- RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 129 mujeres indígenas que acudieron a las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú, con una edad media de 26 ± 10 años, con una edad mínima de 12 años y máxima de 64 años.

TABLA 2: Distribución de las mujeres indígenas según Unidades de Salud Familiar. (n=129)

Unidad de Salud Familiar	Frecuencia	Porcentaje
CRISTOBAL ESPINOLA	77	59,69%
KAMBAY	34	26,35%
PEJUPA	2	1,55%
SAN JUAQUIN	16	12,40%
TOTAL	129	100%

Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 2, el mayor porcentaje de resultado citológico se obtuvo de la USF de Cristóbal Espínola en un 59,69% (77/129), seguido de Kambay 26,35% (34/129).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 3: Distribución de las mujeres indígenas según edad agrupada en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
≤15 años	10	7,75 %
15-19	28	21,71%
20-24	28	21,71%
25-29	26	20,16%
30-34	9	6,28%
35-39	12	9,30%
40-44	9	6,28%
≥44 años	7	5,43%

Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 3, la distribución por edad agrupada, el 21,71% (28/129) se encontró entre 15-19 años igual frecuencia 21,71% (28/129) para 20-24 años, seguido en un 20,16% (26/129) las que se encuentran entre 25-29 años, 9,30% (12/129) comprendida entre 35-39 años, 7,75% (10/129) para las que tienen menores a 15 años, 6,28% (9/129) las que comprenden entre 30-34 y 40-44 años, y por ultimo 5,43% (7/129) las que tienen mayores a 44 años, teniendo así en un 79,84% (103/129) las edades comprendidas entre 15 a 39 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 4: Distribución de las mujeres indígenas según procedencia en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	129	100%
Urbana	0	0%
Total	129	100%

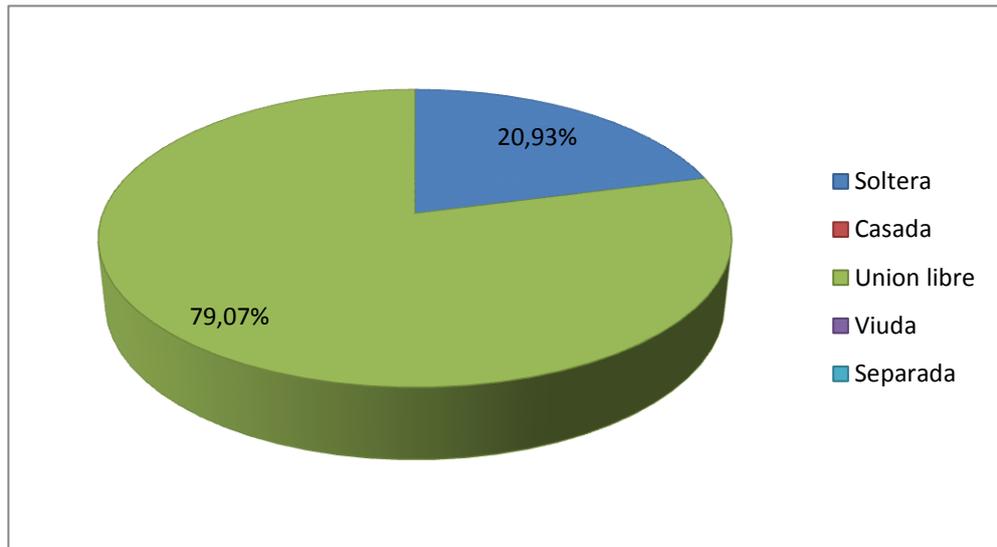
Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 4, de acuerdo a la procedencia de las pacientes indígenas el 100% (129/129) proceden de áreas rurales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 1: Distribución de las mujeres indígenas según estado civil en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)



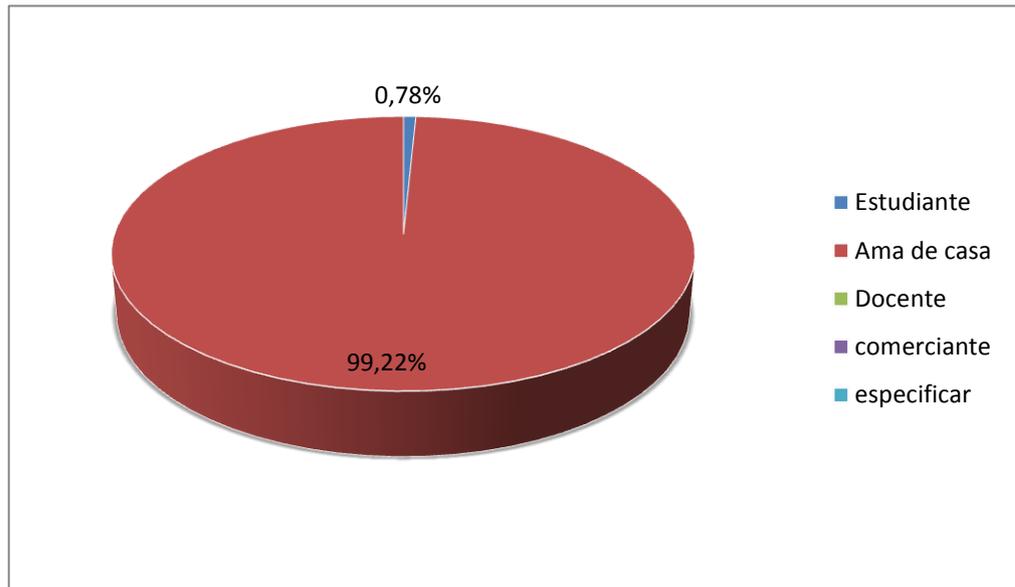
Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En el grafico 1, con respecto al estado civil de las pacientes indígenas el 79,07% (102/129) presentan unión libre y un 20,93% (27/129) son solteras, no se encontró mujeres casadas, viudas ni separadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 2: Distribución de las mujeres indígenas según ocupación en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)



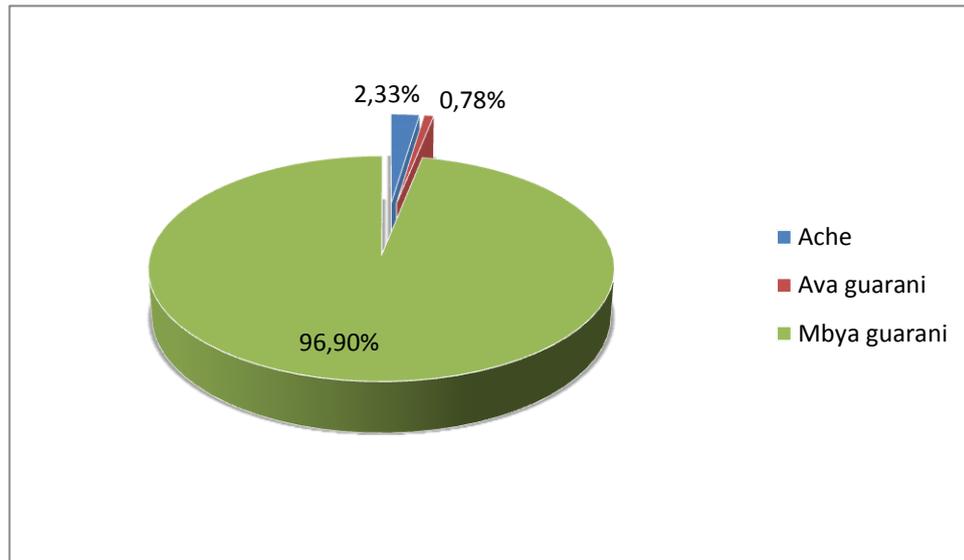
Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa, San Joaquín y Yaguary, 2015-2016.

En el gráfico 2, el 99,22% (128/129) de las mujeres indígenas tiene como ocupación de ama de casa y solamente el 0,78% (1/129) son estudiantes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 3: Distribución de las mujeres indígenas según etnias en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)



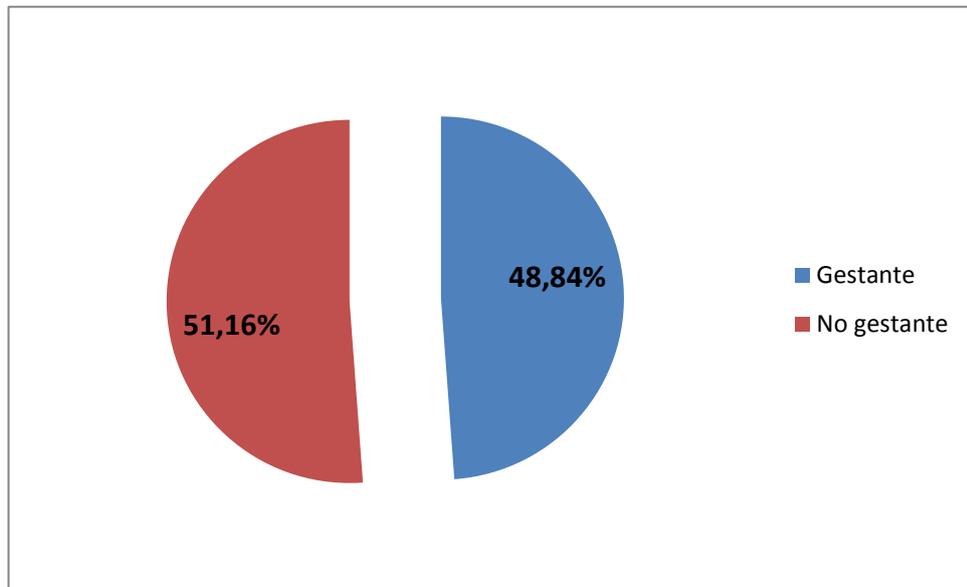
Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En el gráfico 3, en cuando a la distribución por etnias de las mujeres indígenas en el 96,9% (125/129) pertenecen a Mbya guaraní, el 2,33% (3/129) Ava guaraní y solo un 0,78% (1/129) Ache.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 4: Distribución de las mujeres indígenas según gestación actual en el momento de la toma de muestra. (n=129)



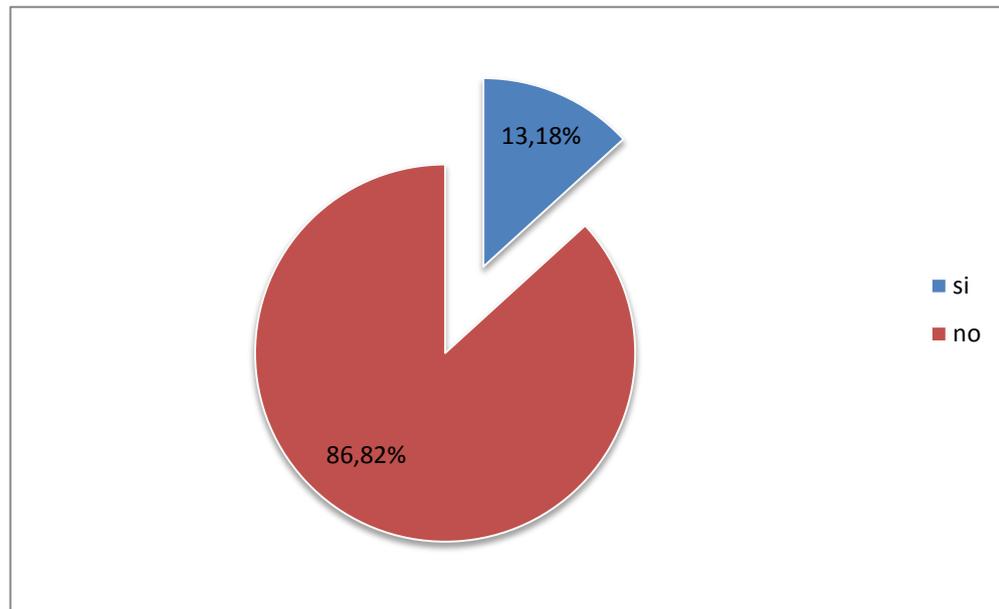
Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En el gráfico 4, el 48,84% (63/129) de las mujeres indígenas se encontraba en su periodo de gestación en el momento de la toma de muestra para el estudio citológico.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 5: Distribución de las mujeres indígenas según la presencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)



Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En el gráfico 5, en cuando a la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello en las pacientes indígenas de las cinco unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú, según criterio citológico se encontró en un 13,18% (17/129) de las pacientes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 5: Distribución de mujeres indígenas según grado de alteraciones citológicas en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)

RESULTADO CITOLÓGICO	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	55	42,64%
IFLAMATORIO	57	44,19%
ASC-US	13	10,08%
CIN I	3	2,32%
CIN II	1	0,77%
CIN III	0	0%
CARCINOMA IN SITU	0	0%
TOTAL	129	100%

Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 5, entre los resultados citológicos de las pacientes indígenas se constató en un 44,19% (57/129) de tipo inflamatorio, seguido de un 10,08% (13/129) de células escamosas atípicas de significado indeterminado, 2,32% (3/129) CIN I y 0,77% (1/129) CIN II. No se observaron CIN III ni carcinoma in situ. Los resultados negativos fueron en un 42,64% (55/129).

Cabe mencionar que las pacientes que tuvieron resultados citológicos anormales fueron enviadas al hospital de referencia para su manejo correcto, por lo cual no se encuentran registros colposcópicos ni biopsicos en las unidades de salud.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 6: Distribución de las mujeres indígenas con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y características demográficas en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=17)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS	CITOLOGÍA POSITIVA	
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
<15 años	2	11,76%
15-19	0	0%
20-24	0	0%
25-29	3	17,65%
30-34	3	17,65%
35-39	2	11,76%
40-44	4	23,53%
>44 años	3	17,65%
PROCEDENCIA		
Urbano	0	0%
Rural	17	100%
ESTADO CIVIL		
Soltera	2	11,76%
Unión libre	15	88,24%



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

OCUPACIÓN

Estudiante	0	0%
Ama de casa	17	100%

ETNIA

Ache	0	0%
Ava Guarani	1	5,88%
Mbya Guarani	16	94,12%

Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 6, se observa en el 13,18% (17/129) de las pacientes indígenas estudiadas presentaron lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. La mayor frecuencia, 23,53% (4/17) de estas lesiones tenían entre 40-44 años, seguido con 17,65% (3/17) las que comprendían entre 25-29 años, igual frecuencia las que tenían entre 20-25 años, así se encuentra en un 70,59% (12/17) las edades comprendidas entre 25 a 44 años.

La totalidad de las indígenas (17/17) que presentaban lesiones cervicales provenían de área rural, como también todas eran ama de casa. El 88,24% (15/17) tienen como estado civil unión libre y el 94,12% (16/17) pertenecen la etnia Mbya Guarani.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 7: Distribución de las mujeres indígenas y frecuencia de factores de riesgo asociados en las cuatro unidades de salud familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
MENARCA		
< 10 años.	1	0,77%
10 - 12	69	53,50%
13- 15	58	44,96%
>15 años.	1	0,77%
PRIMER CONTACTO SEXUAL		
<15 años.	91	70,54%
≥15 años.	38	29,47%
METODOS ANTICONCEPTIVOS		
Natural	117	90,70%
Barrera	2	1,55%
Hormonal	5	3,87%
Diu	5	3,87%
PARIDAD		
Nulípara	33	25,58%



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Primípara	16	12,40%
Múltipara	41	31,88%
Gran múltipara	39	30,23%

CITOLOGIA ANTERIOR

SI	75	58,14%
NO	54	41,86%

Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 7, muestra con respecto a la distribución de mujeres indígenas y frecuencias de factores de riesgos asociados, en el 53,50% (69/129) se encontró menarca entre 10-12 años, 44,46% (58/129) entre 13-15 y solamente un 0,77% (1/129) en las menores de 10 y mayores de 15 años respectivamente.

Se constató en el 70,54% (91/129) de las mujeres indígenas tuvieron su primer contacto sexual antes de los 15 años de edad. Con respecto al uso de métodos anticonceptivos en el 90,70% (117/129) de las mujeres utilizaban el método natural, 1,55% (2/129) método de barrera y solamente el 3,87% (5/129) utilizaron método anticonceptivo hormonal.

El 31,88% (41/129) de las mujeres indígenas son múltiparas (2 a 4 partos vaginales), 30,23% (39/129) gran múltipara (≥ 5 partos vaginales) y 12,40% (16/129) son primíparas, 25, 58% (33/129) son nulíparas.

Con respecto a la citología anterior el 41,86% (54/129) de las mujeres indígenas manifestaron que es la primera vez en la vida que se realiza Papanicolaou.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 8: Distribución de las mujeres indígenas según factores de riesgo y frecuencia de grado de lesiones en las cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. (n=129)

FACTORES DE RIESGO	ASC-US		CIN I		CIN II		CIN III		C. IN SITU		ADENOC.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENARCA												
<12 años	8	6,2	2	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0
≥13 años	5	3,8	1	0,8	1	0,8	0	0	0	0	0	0
PRIMER CONTACTO SEXUAL												
<15 años.	9	6,9	3	2,3	1	0,8	0	0	0	0	0	0
≥15 años.	4	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
METODOS ANTICONCEPTIVOS												
Natural	13	10,1	2	1,6	1	0,8	0	0	0	0	0	0
Barrera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hormonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diu	0	0	1	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0

PARIDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Nulípara	2	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primípara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Múltipara	0	0	1	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0
Gran múltipara	11	8,5	2	1,6	1	0,8	0	0	0	0	0	0
CITOLOGIA ANTERIOR												
SI	5	3,8	1	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0
NO	8	6,2	2	1,6	1	0,8	0	0	0	0	0	0

Fuente: Formulario de estudio citológico del cuello uterino de las USF de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa y San Joaquín, 2015-2016.

En la tabla 8, las mujeres indígenas que tuvieron menarquía antes de los 12 años presentaron ASC-US en un 6,2% (8/129) del total de las citologías estudiadas, CIN I en un 1,6%(2/129); observando así mayor frecuencia 58,8% (10/17) de todas las lesiones que tuvieron menarquía antes de los 12 años, no se encontró lesiones intraepiteliales de alto grado (CIN II-CIN III) a estas edades.

En las que tuvieron inicio de la vida sexual activa antes de los 15 años se encontró en un 6,9% (9/129) ASCUS, 2,3% (3/129) CIN I y 0,8% (1/129) CIN II. Se constata entonces que el 76,5% (13/17) de las lesiones cervicales positivas tuvieron inicio sexual antes de los 15 años.

El 10,1% (13/129) de las que utilizaban método anticonceptivo natural presentaron ASCUS, 1,6% (2/129) CIN I y 0,8 (1/129) CIN II. No se observó



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

usuarias indígenas con uso de anticonceptivo hormonal y presencia de algún tipo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino.

Las gran multíparas, el 8,5% (11/129) presentaron ASCUS, 1,6% (2/129) CIN I; las multíparas 0,8% (1/129) CIN I, quedando solo 1,6% (2/129) para las que son nulíparas y presentaron ASCUS. Se constata que el 82,35% (14/17) de la citología positiva son gran multíparas.

El 6,2% (8/129) realizaron por primera vez citología y presentaron ASCUS, 1,6% (2/129) CIN I y 0,8% (1/129) CIN II. Se observa que el 64,71% de las que tiene resultado positivo realizaron por primera vez el estudio citológico.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9- DISCUSION

El cáncer de cuello uterino es considerado actualmente como un problema de la salud pública a nivel mundial. Es la segunda causa más frecuente de muerte por cánceres en las mujeres en nuestro país^{1,2}.

La incidencia de cáncer del cuello uterino en nuestro país es de 53,2 por cada 100 000 mujeres. Tasa que nos ubica entre los países con mayor incidencia por esta patología en el mundo. Afecta a mujeres en edad reproductiva y en poblaciones de bajo recursos económicos^{1,2}.

En este trabajo se estudiaron a 129 resultados citológicos, recolectadas de las mujeres indígenas usuarias de las cuatro Unidades de Salud Familiar de Cristóbal Espínola, Kambay, Pejupa, y San Joaquín del departamento de Caaguazú en el periodo 2015-2016. Las edades de las usuarias indígenas que se incluyeron en el estudio mayoritariamente son jóvenes constituidas alrededor de los 15 a 39 años 79,84% un rango que corresponde al periodo reproductivo, vida sexual activa y exposición a diversas enfermedades que afecta al sistema genital femenina, la totalidad de la población indígena estudiada provienen del área rural, en el 99,22% son amas de casas, como lo señala Ruiz JM. (2016) quienes encontraron mayor frecuencia en el 56,6% las edades comprendidas entre 20 a 34 años, así también mayor frecuencia de amas de casas 46,5%, pero no coincide con la procedencia donde encontraron mayor mujeres que proceden de área urbana en un 62,8%⁸.

La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino encontrada en este estudio es del 13,18%, datos que se encuentra dentro de los valores indicativos para las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en población general, similar al de Salazar ZK. en su trabajo sobre lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en tres poblaciones indígenas de Ecuador (2017) quien concluyó con una prevalencia del 13,8%¹⁰. Esta frecuencia no coincide con el estudio realizado en el Hospital Regional de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Coronel Oviedo (2015) por Ojeda SK, en cuyo resultado se encontró una prevalencia de 22,6% de lesiones precursora de cáncer de cuello uterino en población general, datos que son casi el 50% mayor a la obtenida en nuestro estudio⁷. Y muy superior con relación a la obtenida por Arango G. (Peru-2016), quien encontró una prevalencia de 3,39% y 1,72% de prevalencia que arrojó el estudio de Ruiz JM.^{8, 9}. Estos resultados nos indica la gran variabilidad de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en cada región.

Al analizar la frecuencia de tipo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, las alteraciones citológicas obtenidas en nuestro estudio estuvo concentradas en la lesión de tipo ASCUS 10,08% de la población indígena total estudiada, seguida CIN I que se encontró en un 2,32% de la población y CIN II en un 0,77%, similar a los estudios ya mencionados como Ojeda SK. y Salazar ZK., que tuvieron predominio de ASCUS en el caso del segundo mencionado se constató en un 7,6%, seguido de lesión intraepitelial de bajo grado en un 4% y lesión intraepitelial de alto grado en 1,5%^{7, 10}. En este estudio se encontró lesión de tipo inflamatorio en 44,19% datos que también coincide con estos estudios arriba mencionados. La diferencia con estas dos es que en este trabajo no se encontró CIN III ni algún tipo de carcinoma.

En cuando a la distribución de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino por edades, en este estudio se constató en un 23,53% de las que presentaban algún tipo de lesión tenían entre 40 a 44 años, 17,65% entre 25 a 29 años, igual frecuencia para las edades entre 30 a 34 años y las mayores de 44 años, solamente el 11,76% de las lesiones se encontraron en las menores de 15 años. Obteniendo así entonces, que si se suma los de 25 a 44 años se obtendrá 70,59%, similar frecuencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en edades medias se encuentra en el estudio realizado en Lima-Perú (2016) por Arango G., sobre una muestra de 3061 resultados de Papanicolau, donde se obtuvieron 136 (3,39%) lesiones positivas, de las cuales el mayor porcentaje de estas lesiones corresponden al grupo de edades que



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

abarca entre 25 a 34 años con 32,4%; seguidos por los grupos de edades entre 35 a 44 años, 45 a 54 años, 21 a 24 años, 55 a 64 años, mayores de 65 años y el grupo entre 15 a 20 años con porcentaje de 30,9%, 13,2%, 11%, 5,9%, 4,4% Y 2,2% respectivamente. Así también, similar frecuencia en mujeres indígenas jóvenes menores a 15 años⁹.

En el presente trabajo, la totalidad de la población indígena que presentan algún grado de lesión intraepitelial provienen de área rural así también, todas son amas de casas, concordando este último con el estudio de Ruiz JM., (2016) quienes encontraron mayor frecuencia de lesiones intraepiteliales en amas de casas 43,1%, con la diferencia que encontraron menor frecuencia en mujeres que viven en áreas rurales en un 33%⁸. Las lesiones se encontraron más en mujeres indígenas que pertenecen a la etnia Mbya guaraní.

En cuando a la frecuencia de factores de riesgos asociados en este estudio se encontró mayor frecuencia de mujeres con menarquía ≤ 12 años en un 54,3%, primer contacto sexual antes de los 15 años en un 70,54%, múltipara en un 31,88%, gran múltipara en 30,23% y las que hicieron citología por primera vez en un 41,86%, coincidiendo en el estudio de Mongelós P. (2013), quien encontró 96% de las mujeres en su estudio que tuvo al menos un embarazo, no coincidiendo con la edad de inicio de relaciones sexuales quien encontró 45% que iniciaron antes de los 15 años y 71% realizaron por primera vez el estudio citológico que tampoco coincide⁶.

Es este estudio se encontró mayor frecuencia de lesiones precursora de cáncer de cuello uterino en mujeres indígenas que tuvieron menarquía antes de los 12 años en un 7,8%, primer contacto sexual < 15 años 10,1% y en las gran múltiparas 10,8%. Concuerda con el trabajo realizado por Ávila D., quien encontró mayor frecuencia en mujeres con menarquía temprana en un 5,7%,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

las que iniciaron temprano su vida sexual activa 5,1% y en las que presentaron un embarazo o más en un 4,1%⁴.

Al evaluar este trabajo se encontró con la limitación en el número de las muestras, a pesar de que el Programa de Control de Tamizaje Cervical se había implementado hace años atrás no se lograron el control óptimo de tamizaje cervical en la población indígena correspondientes a cada una de las Unidades de Salud Familiar. Así también, la dificultad en cuando al tiempo, y costo para poder incluir más Unidades de Salud Familiar y obtener un número más representativo. Si bien, el presente estudio servirá de base para la realización de estudios más complejos en la población indígena.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10- CONCLUSIONES

Se concluye en este estudio, que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau de las mujeres indígenas en las cuatro unidades de salud familiar del departamento de Caaguazú en el periodo 2015 a 2016, es relativamente menor a otro estudio nacional y similar a otros estudios a nivel internacional ya sea en población indígena o en población general, aunque existe gran variabilidad de acuerdo a cada región.

Este estudio permite concluir que la lesión tipo ASCUS es la más prevalente en indígenas, situación que también corrobora estudios nacionales e internacionales.

Este trabajo se da a conocer una frecuencia ya demostrada en otras investigaciones donde se encuentra mayor prevalencia y grado de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en edades media de la vida.

Las lesiones cervicales se encuentran con mayor frecuencia en mujeres indígenas que tuvo menarca e inicio de vida sexual a edades tempranas, en la gran múltipara y las que hicieron por primera vez su estudio citológico, como menciona en la mayoría de las bibliografías.

Este estudio muestra que las lesiones cervicales se encuentran más frecuentemente en poblaciones indígenas que viven en áreas rurales, cuyas mujeres que presentan unión libre, amas de casa y en Mbya guaraní como lo mencionan algunos estudios.

Con respecto a la frecuencia de factores de riesgo en la población indígena estudiada se encuentran mayor población de mujeres con menarquía temprana, alta frecuencia de inicio sexual a temprana edad, mayor número de mujeres con paridad igual o mayor a dos y las que hicieron citología por primera vez.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11- RECOMENDACIONES

La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en mujeres indígenas de las cuatro unidades de salud familiar del departamento de Caaguazú en el periodo 2015 y 2016, si bien se encuentra un porcentaje similar a otros estudios internacionales y menor a algunos trabajos que se realizaron en nuestro país, se recomienda seguir con las medidas de promoción y prevención, con el fin de disminuir aún mas estos porcentajes a futuros.

Así como la promoción a la salud y prevención de la enfermedad es la base de la salud actualmente, también se recomienda el seguimiento continuo, ya que un gran porcentaje de estas enfermedades tienden a la regresión, así permitimos un manejo oportuno a las lesiones que presenten un curso desfavorable.

Es importante también tener en cuenta el curso natural de la enfermedad, y así apreciar el grupo de edades en riesgo, en primer lugar los más jóvenes por estar expuestos a factores de riesgos, y en segundo lugar los de la tercera y cuarta década de la vida por presentar, si persisten las conductas y factores de riesgo, un desarrollo de lesiones de cuello uterino.

Organizar charlas educativas a nivel de la atención primaria a las poblaciones indígenas con el fin de concientizar sobre la necesidad de la toma de Papanicolau y factores de riesgo asociado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12- BIBLIOGRAFÍA

- 1- Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral de cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2a ed. Washington, DC: OPS; 2016.
- 2- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cáncer Cervicouterino en las Américas: Perfiles de país 2013. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid17244&Itemid=270&lang=en.
- 3- *American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016.
- 4- Ávila D, Plaza W. Prevalencia y tipo de lesiones cervicouterino en las mujeres de 20 a 60 años de edad de la parroquia el Valle atendidas en el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino.[tesis]. Cuenca-Ecuador. Facultad de Medicina; 2012.
- 5- Martínez C. Censos y consensos de Triage de HPV. Revista científica Colposcopia. 2010;2(1):6-9
- 6- Mongelós PE. Epidemiología molecular del virus del papiloma humano detectado en cuello uterino de mujeres indígenas del departamento de presidente Hayes-Paraguay.[tesis]. Asunción- Paraguay. Facultad de Medicina; 2013.
- 7- Ovelar SK. Prevalencia de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino y su asociación con factores de riesgo en mujeres que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015 [tesis]. Coronel Oviedo. Universidad Nacional de Caaguazú. Facultad de ciencias Médicas; 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 8- Ruiz JM, Picado EE. Incidencia de lesiones cervicales pre – malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de julio del 2014 [tesis]. Managua-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas, 2016.
- 9- Arango GM. Prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo julio 2014- julio 2015 [tesis]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
- 10-Salazar ZK. Prevalencia y factores de riesgo asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los Cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016 [tesis].Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
- 11-Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el control del cáncer de cuello uterino. República del Paraguay. 2010.
- 12-Muangto T, Chanthasenanont A, Lertvutivivat S, Nanthakomon T, Pongroj paw D, Bhamarapratana K, et al. Experience of Combined Liquid Based Cervical Cytology and High-Risk HPV mRNA for Cervical Cancer Screening in Thammasat University Hospital. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2016; 17(9):4409–13.
- 13-Olivares FE, Trejo CM. Diagnóstico sobre derechos sexuales reproductivos de las y de los jóvenes indígenas del estado de Hidalgo. [Internet]. 2014[cited 2017 may 13]. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Hidalgo/hgometa14.pdf>.
- 14-Aguilar AJ. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. [internet]. Rev. Salud Pública 2013; 37(1); 100-6. Disponible en <http://www.fsp.usp.br/rsp>.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 15-Pérez H, Delatour J. Valoración de la incidencia, manejo y evolución de neoplasia cervical intraepitelial en pacientes asistidas en la unidad gineceo-oncología y quimioterapia. 2010. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/neoplasia-intraepitelial-cervical-cuello-uterino/neoplasia-intraepitelial-cervical-cuello-uterino.pdf>.
- 16-Kurman RJ. Blaustein's Pathology of the female genital tract; 3rd ed., New York: Springer-Verlag; 2002.
- 17-Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC). III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Asunción-Paraguay; 2012.
- 18- Kurman RJ, Norris HJ, Wilkinson E. Tumors of the Cervix, Vagina and Vulva. Atlas of Tumor Pathology. Armed Forces Institute of Pathology, Washington; 1992.
- 19-Lacruz P. Nomenclatura de las Lesiones Cervicales. Rev Esp Patol. 2003; vol.36:1-5.
- 20-Barbosa de Souza E. Conocimiento y actitud sobre el cáncer Cervical, infección por el virus del papiloma humano y vacuna virus del papiloma humano. [Tesis en Internet].2015 [citado 2015 Nov 21]. Disponible en: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/12238/2/Sandra%20Ely%20Barbosa%20de%20Souza.%20Conhecimento%20e%20atitude...pdf>.
- 21-Instituto Nacional de Cáncer (NIH). Virus del Papiloma Humano y el Cáncer. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas/prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph>. (Último acceso 19 de febrero de 2015).
- 22-Ricardo OS, Uribe PC, Díaz ML, Dangond RY. Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- (Internet). 2004 (citado el 27 de may de 2017). Vol. 55 (Nº2): 146 – 160. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>.
- 23-Garcia F, Kenneth D. Hatch, Jonathan S. Berek. Enfermedad intraepitelial del cuello uterino, la vagina y la vulva. En: Jonathan S. Berek. Berek y Novak Ginecología. 15.a edición. Barcelona: Wolters Kluwer Health, S.A., Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 574-618.
- 24-Ramos JD. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz 2008-2012. [Tesis]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina; 2015.
- 25-American Cancer Society. Cáncer de cérvix 2014. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf>. (último acceso 07 enero de 2016).
- 26-Ybaseta, J. et al. Factores clínico epidemiológicos del cáncer del cérvix en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Revista Médica Panacea 2015; 4(3): 61-65.
- 27-Cabrera, D. et al. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52(2): 168-75.
- 28-De Castro, J. et al. Cáncer in situ del cérvix. Estudio de 51 casos. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 2(2): 153-176.
- 29-Marruffo BL. Análisis de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz durante el periodo de enero del 2014 a agosto del 2015. [tesis]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina; 2016.
- 30-Gómez J. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica y en una organización no gubernamental.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Salud pública Méx 2001; 4(3):279-288.

- 31-La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes Washington, D.C.: OPS, 2003.
- 32-American cancer Society (2016). Vacunas Contra el HPV. Disponible en: <https://www.cancer.org>causas-del-cancer.pdf>. (Último acceso 29 noviembre 2017).
- 33- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (MINSA-INEM). Guía de práctica clínica, Cáncer de cérvix Perú- 2011. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1701.pdf>. (último acceso 29 noviembre de 2017).
- 34-Aguilar GR. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. [tesis]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13- ANEXOS

Anexo 1. Comparación de las distintas clasificaciones de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino.

Sistema de Papanicolaou (1954)	Sistema descriptivo (OMS) (1968)	Sistema NIC (Richard) (1978)	Sistema Bethesda (1988)	Sistema Bethesda Modificada (2001)
Clase 1 (Benigno)	Negativo a células malignas	Negativo	Dentro de límites normales	Negativo para lesión intraepitelial
Clase 2 Metaplasia/displasia	Atipia inflamatoria Atipia escamosa Atipia coilocíticas		Cambios reactivos ASCUS LIEBG	Cambios reactivos ASC-US/H LIEBG
Clase 3 Sospechoso de malignidad	Displasia leve Displasia moderada Displasia severa	NIC I NIC II NIC III	LIEBG LIEAG LIEAG	LIEBG LIEAG LIEAG
Clase 4 Positiva o malignidad	Carcinoma in situ	NIC III	LIEAG	LIEAG
Clase 5 Positivo para invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo 2- Instrumento de recolección de información

Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo asociados en indígenas de cuatro Unidades de Salud Familiar del departamento de Caaguazú. 2015-2016

SECCION I: Identificación de la encuesta

K001	No. Encuesta	_____
K002	No. de expediente	_____
K003	Fecha	____ / ____ / ____.
K004	Encuestador	

SECCION II: Datos sociodemográficos

Cód.	Indicador	Categorías	Respuesta
K005	Edad	_____	
K006	Procedencia	1- Urbano 2- Rural	
K007	Estado civil	1- Soltera 2- Casada 3- Unión libre 4- Viuda 5- Separada	
K008	Ocupación	1- Estudiante 2- Ama de casa 3- Docente 4- Comerciante 5- Peluquera 6- especificar	
K009	Etnia	1- Ache 2- Ava Guarani 3- Mbya 4- Otros	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		5- Sin datos	
--	--	--------------	--

SECCION III: Datos ginecológicos y obstétricos

Cód.	Indicador	Categorías	Respuesta
K009	Menarca	_____	
K010	Ritmo menstrual	1- Regular 2- Irregular	
K011	Primer contacto sexual	_____	
K012	Método anticonceptivo	01-Natural 02-Barrera 03-Hormonal 04-Diu 05-Ligadura 06-Ninguno	
K013	Gestación	_____	
K014	Paridad	_____	
K015	Aborto	_____	

SECCION IV: Datos clínicos

Cód.	Indicador	Categorías	Respuestas
K016	Citología exfoliativa	1- Si 2- No	
K017	Resultado de la citología	1- Negativo 2- Inflamatorio 3- CIN I 4- CIN II 5- CIN III 6- Carcinoma in situ	
K018	Colposcopia	1- Si 2- No	
K019	Resultado de	1- Sin	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	colposcopia	particularidades 2- Patológico	
K020	Biopsia	1- Si 2- No	
K021	Resultado de la biopsia	1- Negativo 2- Infección por HPV 3- CIN I 4- CIN II 5- CIN III 6- Cervicitis aguda 7- Cervicitis crónica	
K022	LEC	1- Negativo 2- Positivo	