UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PATOLOGÍA MALIGNA Y PRE MALIGNA DE CUELLO DE ÚTERO EN EL CENTRO MÉDICO LOJA PERIODO 2011 – 2015

Tesis previa a la obtención de
título de Médico General

AUTORA: Evelyn Gabriela Zapata Tapia

DIRECTOR: Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÒN

Loja, 27 de Septiembre de 2017

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada: **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PATOLOGÍA MALIGNA Y PRE MALIGNA DE CUELLO DE ÚTERO EN EL CENTRO MÉDICO LOJA PERIODO 2011 – 2015,** de autoría de la estudiante **Evelyn Gabriela Zapata Tapia,** previa a la obtención del título de Médico General, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución, por lo que cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Dr. Raul A. Pineda Ochoa
CANCERÓLOGO
MSP: L.2 F.85 Nro. 526
Reg. INHMT: 11-02-00112-06

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÌA

Yo Evelyn Gabriela Zapata Tapia, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Evelyn Gabriela Zapata Tapia

Firma: .....

C.I. 1105034761

Fecha: 28 de Septiembre del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Evelyn Gabriela Zapata Tapia, autora de la tesis: ***"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PATOLOGÍA MALIGNA Y PRE MALIGNA DE CUELLO DE ÚTERO EN EL CENTRO MÉDICO LOJA PERIODO 2011 – 2015 "***, Cumpliendo el requisito que permite obtener el título de medio general, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Septiembre del 2017, firma su autora.

Firma: .....

Autora: Evelyn Gabriela Zapata Tapia

Cédula: 1105034761

Dirección: Ramón Burneo y Vicente paz

Correo Electrónico: evegabri16gmail.com

Teléfono: 0996380572

Datos complementarios:

Director de Tesis: Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

Tribunal de Grado: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Dr. César Edinson Palacios Soto, Esp.

Dra. Karina Calva Jirón, Esp.

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mis padres y hermana, quienes me apoyaron en toda mi etapa de estudio, me ayudaron en cada uno de mis años de estudio de mi carrera inculcándome conocimientos, sabiduría y orientación constante; supieron guiarme por el camino del éxito, para así llegar a cumplir mi objetivo final que es la culminación de mi tesis.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los docentes de la carrera de medicina que me han brindado sus conocimientos a lo largo de esta carrera que me permitieron llegar a finalizar mi carrera con éxito. Estoy muy agradecida con el Doctor Colón Ortega, por permitirme realizar mi tesis en el establecimiento que dirige y a mi director de tesis el doctor Raúl Pineda por saberme guiar en la realización de la misma.

ÌNDICE GENERAL

CARÀTULA.....i

CERTIFICACIÒN.....ii

AUTORÌA.....iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN.....iv

DEDICATORIA.....v

AGRADECIMIENTO.....vi

ÌNDICE GENERAL.....vii

ÌNDICE DE TABLAS.....ix

1. Tìtulo.....1

2. Resumen.....2

Summary.....3

3. Introducción.....4

4. Revisión de la Literatura.....7

4.1 Cuello Uterino.....7

4.1.1 Histología.....7

4.2 Lesiones premalignas.....8

4.2.1 Nomenclatura de las lesiones escamosas premalignas......8

4.3 Lesiones malignas.....11

4.3.1 Tipos histológicos.....11

4.3.2 Diagnóstico.....12

4.4 Factores de riesgo.....14

4.4.1 Infección por HPV.....14

4.4.2 Factores Relacionados con la conducta sexual.....14

4.4.3 Factores relacionados con la reproducción.....16

4.4.4 Factores relacionados con hábitos.....16

4.4.5 Factores relacionados con la anticoncepción.....16

5. Materiales y Métodos 18
5.1 Diseño de estudio 18
5.2 Unidad de estudio 18
5.3 Universo y muestra 18
5.4 Técnica 19
5.5 Procedimiento 19
5.6 Equipos y Materiales 19
5.7 Plan de Tabulación y análisis de datos 20
6. Resultados 21
7. Discusión 28
8. Conclusiones 30
9. Recomendaciones 31
10. Bibliografía 32
11. Anexos 36
Anexo 1. Tabulación 38
Lesiones premalignas de cuello de útero 38
Lesiones Malignas de cuello de útero 44
Anexo 3. Aprobación de tema de Tesis 51
Anexo 4. Pertinencia de Proyecto de Tesis 52
Anexo 5. Certificado de traducción en ingles de resumen de tesis 53
Anexo 6. Proyecto de Tesis 54

ÌNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia por edad de patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015……...……23

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015…….….…..34

Tabla 3. Relación de la prevalencia con los factores de riesgo asociados a patología pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015……...……....25

Tabla 4. Prevalencía de lesiones pre malignas por grados histológicos..... 26

Tabla 5. Prevalencia de lesiones malignas por tipos histológicos……...27

1. Tìtulo

Prevalencia y factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015.

2. Resumen

El cáncer cervical es una de las patologías más frecuentes en la mujer, corresponde al segundo tipo de cáncer más común alrededor del mundo y la prevalencia de lesiones es alta a pesar de las pruebas de screening para su diagnóstico. La finalidad de esta investigación fue identificar la prevalencia por grupo etario y factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero y la relación entre ambos en el Centro Médico Loja en el periodo 2011- 2015. Los datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas y cuadernos de registros de colposcopia de las mujeres que acudieron a dicho centro en el periodo establecido, el universo fue el número de pacientes que acudieron al servicio de colposcopia del centro Médico Loja la cual fue de 1536 mujeres, la muestra corresponde a 341 casos los cuales cumplían con los criterios de inclusión de presencia de lesiones malignas o premalignas de cuello de útero, luego se llevó a cabo el llenado de las hojas de recolección de datos para los factores de riesgo. Se obtuvo como resultado 341 casos de los cuales 323 correspondes a lesiones premalignas, 255 lesiones de tipo LIE de bajo grado y 68 a LIE de alto grado, y 18 casos de lesiones malignas. La edad de mayor prevalencia fue de 25 a 34 años y de 45 a 54 años para lesiones pre malignas y malignas respectivamente. El factor de riego de mayor prevalencia fue la presencia de HPV que se encontró en 246 casos.

Palabras claves: *Prevalencia, factores de riesgo, cáncer de cérvix, lesiones premalignas*

Summary

Cervical cancer is one of the most common pathologies in women, it is the second most common cancer in the world and the prevalence of lesions is high despite screening tests for diagnosis. The purpose of this research was to identify the prevalence per age group and risk factors associated with malignant and premalignant cervical pathology and their relationship between them at the Loja Medical Center during the period 2011-2015. Data was obtained by means of a review of clinical records and colposcopy records of the women who visited the center during this period. Out of 1536 women, 341 cases met the inclusion criteria for malignant lesions or cervical premalignant lesions. Finally the filling of the data collection sheets for the nominated risk factors was carried out. A total of 341 cases were established, of which 323 corresponded to premalignant lesions, 255 low-grade LIE lesions, 68 high-grade LIE lesions, and 18 cases of malignant lesions. The most prevalent age was 25 to 34 years and 45 to 54 years for pre-malignant and malignant lesions, respectively. The most prevalent risk factor was the presence of HPV which was found in 246 cases.

Key words: Prevalence, risk factors, cervical cancer, premalignant lesions

3. Introducción

El cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más común alrededor del mundo. Esta patología sigue siendo un problema de salud pública a pesar de contar con pruebas de tamizaje oportunas para poder evitar la mortalidad por esta causa. En el mundo se identifican cerca de 5 millones de casos y de estas fallecen 300 mil cada año. (Helios, 2009, p.10)

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y la principal por enfermedades malignas en las mujeres de países en desarrollo, cada año se producen en el mundo más de 500 000 nuevos casos y de ellos alrededor del 80% se diagnostican en países poco desarrollados. En Europa el CCU es la tercera causa de muerte en la mujer. (Serrano, Millàn y Torres, 2012, p. 2)

Como el cuello uterino es un sitio de fácil abordaje, se facilita la aplicación de pruebas de tamizaje para lograr la detección tanto de las lesiones malignas como de las premalignas que se asocian en grado variable con la progresión a cáncer. Este contraste está dado por todos los factores asociados con la génesis de la neoplasia y los obstáculos, tanto personales como sociales y del sistema de salud para el diagnóstico precoz de la enfermedad. (Uribe, Ortiz y Díaz, 2009, p.148)

Dentro de los factores de riesgo para la aparición del CCU se citan: la edad de la primera relación sexual, la multiparidad, la promiscuidad, la infección por el VPH, el tabaquismo y otros. Es relevante la más temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, con la consecuente infección y persistencia del VPH como agente etiológico del CCU (Cordero y García, 2015, p. 3).

La infección por papilomavirus humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), que afecta a un alto porcentaje de mujeres jóvenes de todo el mundo, principalmente de países en desarrollo, cuyas edades fluctúan entre los 20 y 25 años. La importancia de la infección por VPH, radica en que es el principal factor etiológico del cáncer cervicouterino. (Medina, Medina y Merino, 2014, p. 142)

Ciertas investigaciones demuestran que el uso de anticonceptivos hormonales orales por períodos prolongados, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer cervicouterino. Sin embargo la verdadera causa es el incremento de las relaciones íntimas sin uso del preservativo como barrera de protección frente a ETS y no al uso de los anticonceptivos hormonales. (Cordero y Garcìa, 2015, p. 2)

Dentro de la región en general, América del Norte tiene la morbimortalidad más baja por esta causa (principalmente Canadá), datos del Instituto Nacional en Estados Unidos,

reflejan que al cáncer de cuello uterino le corresponde el 6 % de todos los tumores malignos de la mujer norteamericana y la más baja tasa de mortalidad del continente, mientras en el resto de la América se observa gran variabilidad, se estima que el 80% proceden de países en desarrollo. (Serrano, Millán y Torres, 2012, p. 2)

Latinoamérica y el Caribe es considerada una región de alto riesgo de CCU, las mayores incidencias se observan en Bolivia, Chile y México, así como Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, se reportan tasas inferiores en Puerto Rico y Cuba. (Serrano, Millán y Torres, 2012, p. 2)

El cáncer cèrvico-uterino, es la segunda causa más común de cáncer en las mujeres en el Ecuador. Las mujeres tienen un 2% de probabilidades de padecer cáncer de cérvix hasta los 39 años, un 9% a los 59 años y hasta un 23% al llegar a los 79 años. La incidencia calculada para el 2008 según el registro nacional de Tumores de SOLCA reporta una tasa cruda de 36,5 % con una mortalidad de 6% anual. (Castro y Peña, 2013, p. 13)

En el Ecuador se presentan alrededor de 1200 nuevos casos y mueren alrededor de 400 según los datos tomados del INEC y de los diferentes registros de cáncer publicados por los núcleos de SOLCA (Mejia, 2010, p. 10)

Las lesiones pre malignas se evidencian por cambios en las células del epitelio cervical que se comportan como precursores del cáncer de cuello uterino, estas pueden ser reversibles o durar varios años antes de progresar a cáncer invasor. En los años 80 se introduce el sistema Bethesda, para la nomenclatura de la citología cérvico vaginal a fin de identificar y protocolizar el manejo de las lesiones premalignas y malignas. La evidencia describe un número de factores de riesgo que interactúan entre si e intervienen en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino. (Castro y Peña, 2013, p. 13)

En la Provincia de Loja el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en la mujer. Desde el año 1997 al 2006, se reportaron 844 casos de tumores malignos localizados a nivel del cuello de útero. Solo en el cantón Loja se diagnosticaron 422 casos durante este mismo período, que representan 23,1% del total de diagnósticos oncológicos en mujeres. De estos 422, 182 (43,1%) son carcinomas in situ. La tasa estandarizada de incidencia global del cáncer de cérvix invasor es de 31.5 x 100 000 habitantes y del cáncer in situ es de 23,8 x 100 000 habitantes. (Garrido & Yunga, 2010, p. 17)

En el cantón Loja, la tasa de mortalidad promedial anual desde el año de 1997 hasta el 2006 señala, en relación al sexo femenino, que el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar, con 80 casos reportados; en el primer lugar se encuentra el cáncer de

estómago con 124 casos registrados. La tasa de mortalidad del cáncer de cérvix uterino es de 9,6 x 100 000 habitantes de la ciudad de Loja. (Garrido & Yunga, 2010, p.18)

La Investigación titulada: Prevalencia y factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015 ayudará a conocer la prevalencia y factores asociados al diagnóstico de patología maligna y premaligna del cuello del útero en uno de los centros con mayor afluencia de pacientes ginecológicas y obstétricas, pioneras en programas de anticoncepción y detección oportuna del cáncer cervical uterino en nuestro medio y así contribuir a la prevención y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras para controlar su progreso hacia un cáncer invasor, creando una actitud positiva en las mujeres que incentive la realización del examen citológico regular como primera línea de tamizaje y la realización de una colposcopía como confirmación de diagnóstico seleccionado para la prevención y detección precoz.

Entre los objetivos planteados se estableció, Determinar la prevalencia de acuerdo a grupo etario de patología malignas y pre malignas de cuello de útero y los factores de riesgo asociados a los mismos en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015 como objetivo general. Se plantearon 3 objetivos específicos que fueron: determinar la prevalencia de acuerdo a grupo etario de patología malignas y pre malignas de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015; establecer los factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015; y relacionar la prevalencia con los factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015

La metodología utilizada fue: como muestra se tomó a todas las pacientes que acudieron al servicio de colposcopia del centro Médico Loja en el perdió 2011 a 2015 el cual fue de 1536 pacientes, como muestra se tomó a todas las pacientes que presentaron lesiones malignas y pre malignas de cuello de útero que fue de 341casos, la información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas y en los cuadernos de registro de colposcopia, para la recolección de datos se utilizó hojas de recolección de datos (Anexo 1) en las cuales se plasmó la información con respecto al año de diagnóstico, el tipo de diagnóstico, la edad de las pacientes, y los factores de riesgo que presentaban cada una de ellas.

Los resultados obtenidos fue una prevalencia total de 341 casos, 94,7% para lesiones premalignas y 5,3% para cáncer de cuello de útero, siendo las edades de mayor prevalencia las comprendidas entre 25 a 34 años de edad y las de 45 a 54 años de edad respectivamente. El factor de riesgo más prevalente fue la presencia de HPV que se encontró en el 71,2% de los casos.

4. Revisión de la Literatura

4.1 Cuello Uterino

4.1.1 Histología.

El cuello uterino está formado por epitelio cilíndrico, que tapiza el canal endocervical, y por el epitelio escamoso que cubre el exocérvix uterino, el punto en que ambos se encuentran se denomina unión escamocilíndrica. (Berek y Novak, 2013)

4.1.1.1 Unión escamocilíndrica.

La unión escamocilíndrica (UEC) rara vez permanece localizada en el orificio cervical externo, sino que es un punto dinámico que cambia en respuesta a la pubertad, embarazo, menopausia y estimulación hormonal. En los neonatos se localiza en el exocérvix uterino. En la menarquia la producción de estrógenos hace que el epitelio vaginal se rellene de glucógeno. Los lactobacilos actúan sobre el glucógeno y disminuyen el pH estimulando a las células subcilíndricas de reserva para que sufran metaplasia. (Berek y Novak, 2013)

La metaplasia avanza desde su inicio en la UEC interna hacia el orificio cervical externo y sobre las vellosidades columnares. Este proceso crea un área denominada zona de transformación.

Se cree que en la mayoría de los casos la neoplasia intracervical (NIC) se origina en un foco único en la zona de transformación en la UEC en evolución. (Berek y Novak, 2013)

4.1.1.2 Zona de transformación.

El epitelio escamoso de la vagina y del exocérvix uterino tiene 4 estratos celulares: el estrato basal, parabasal, intermedio y estrato superficial, esta último es la base del estudio con citología de Papanicolaou.

El epitelio cilíndrico tiene una sola capa de células con moco en la zona superficial y un núcleo redondeado en la basal. (Berek y Novak, 2013)

Casi todas las neoplasias cervicouterinas se desarrollan en la zona de transformación. En teoría las células cervicouterinas que experimentan metaplasia son muy vulnerables a los efectos oncógenos del HPV y otros carcinógenos concomitantes, la metaplasia es más activa durante la adolescencia y el embarazo. Esto podría explicar por qué la edad temprana de inicio de la actividad sexual y primer embarazo, son factores de riesgo conocidos para el cáncer cèrvicouterino. (Hoffman, B. Schorge, O. y Schaffer, J. 2014)

4.2 Lesiones premalignas

4.2.1 Nomenclatura de las lesiones escamosas premalignas.

La diversidad de imágenes que muestran las alteraciones premalignas del epitelio escamoso del cuello uterino ha provocado la aparición de, por lo menos, tres clasificaciones histológicas:

- La clasificación de displasias (Reagan 1953)
- La clasificación de neoplasia intraepitelial cervical o NIC (Richart 1967)
- La clasificación del Sistema Bethesda (1988)

La nomenclatura, por grados, se ha simplificado desde que se establecieron las propuestas del grupo del Sistema Bethesda de la siguiente manera:

1) Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado:

a) Infección por VPH (condiloma ordinario)

b) Displasia leve o NIC 1

2) Lesión intraepitelial escamosa de alto grado:

a) Displasia moderada o NIC 2

b) Displasia intensa (severa) o NIC 3

c) Carcinoma epidermoide in situ (debe incluirse, también, al condiloma atípico

3) Atipias:

a) Atipia de células escamosa de significado indeterminado, en favor de LIE de bajo grado ASC-US.

b) Atipia de células escamosas de significado indeterminado, no descarta la posibilidad de LIE de alto grado ASC-H

c) Atipia de células endocervicales AGUS

La clasificación en sólo dos grados es más cercana a la posibilidad real del diagnóstico morfológico y de la terapéutica actual, además de la biología de las lesiones premalignas. Si es posible incluir en el informe histopatológico el diagnóstico causal, comprobado o presuntivo, no altera la decisión clínica. No se recomienda usar la nomenclatura de Bethesda para lesiones premalignas fuera del cuello uterino, ya que es diferente la historia natural y

significado de las neoplasias intraepiteliales y los condilomas de la vulva, ano o pene. (Vargas, M. 2016)

4.2.2 Diagnóstico.

La prueba de Papanicolaou, la cual también se denomina frotis de Papanicolaou o evaluación de la citología cervical, detecta cambios anormales en las células del cuello uterino y permite comenzar con el tratamiento a tiempo antes de que las células se vuelvan cancerosas. (Lacruz, C. y Fariña, J. 2008)

Resultados de la prueba de Papanicolaou: el Sistema de Bethesda.

• Normal (negativo) No hay indicios de cáncer ni de precáncer.

• Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US, por sus siglas en inglés) Se han observado alteraciones en las células del cuello uterino. Estas alteraciones casi siempre son una señal de una infección del VPH pero pueden indicar la presencia de células precancerosas. Esta determinación es el resultado anormal más común en la prueba de Papanicolaou. (Lacruz, C. y Fariña, J. 2008)

• Lesión escamosa intraepitelial (LEI) Se han observado alternaciones anormales en las células que pueden ser un indicio de la presencia de células precancerosas. La lesión escamosa epitelial puede ser de grado bajo (LEIB) o de grado alto (LEIA). Estos grados están relacionados con los grados de displasia y NCI. La LEIB casi siempre es una señal de una infección del VPH aunque también puede indicar alteraciones leves precancerosas. Este tipo de lesión es muy común y generalmente se resuelve por su cuenta, sin tratamiento. La LEIA indica alteraciones más graves. El carcinoma localizado es una forma grave de LEIA. Es el resultado que tiene una mayor probabilidad de progresar a cáncer. (Lacruz, C. y Fariña, J. 2008)

• Células escamosas atípicas, no se puede excluir LEIA (ASC-H, por sus siglas en inglés) Se han observado alteraciones en las células del cuello uterino. Aunque estas alteraciones no son claramente LEIA, pueden serlo. Es necesario hacer otros exámenes. . (Lacruz, C. y Fariña, J. 2008)

• Células atípicas glandulares (AGC, por sus siglas en inglés) Se han observado alteraciones celulares que sugieren precáncer en la región superior del cuello uterino o útero. (Lacruz, C. y Fariña, J. 2008)

• Cáncer, las células anormales se pueden haber propagado a regiones más profundas en el cuello uterino o a otros tejidos. (Lacruz, C. y Fariña, J. 2008)

Colposcopia

La colposcopía es un procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio cuello uterino, paredes vaginales así como entrada a la vagina, que permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión. Permite realizar con mayor exactitud y seguridad la toma de biopsias ante la presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino basado en diferentes imágenes. (Queiro y Puñal RP, 2013)

Biopsia

Neoplasia intraepitelial cervical: NIC Para valorar si una muestra de tejido cervical presenta NIC y su grado de alteración, debe realizarse un estudio en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para su clasificación se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas:

- NIC I: Conlleva la afectación de menos de un tercio del grosor del epitelio.

- NIC II: Es la afectación de uno a dos tercios del epitelio.

- NIC III – CIS: Afecta desde las dos terceras partes al grosor total del epitelio.

Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas. Para realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hipercromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear. En un gran número de casos, existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. A medida que se incrementa la gravedad de la NIC, se eleva el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas. (Queiro y Puñal RP, 2013)

4.2.3 Tratamiento.

Los diferentes métodos de tratamiento, para las lesiones preinvasoras de cérvix van a ser los siguientes, desde los más conservadores hasta la histerectomía.

1.- Tratamientos destructivos locales (TDL)

* Diatermocoagulación

* Termocoagulación

* Criocoagulación

* Vaporización láser.

2.- Tratamientos escisionales (TE)

* Conización: con bisturí frío, láser CO2 o asa diatérmica LEEP

* Histerectomía.

Estos tratamientos se aplican en lesiones premalignas de alto grado (Arteaga, A. Castellón, M. 2013)

Varios estudios han abordado la evolución natural de la NIC, haciendo hincapié en la regresión, la persistencia y la progresión de la enfermedad. Han revelado que la mayoría de las lesiones de bajo grado son transitorias; que en la mayoría de los casos vuelven a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresan a formas más graves. En cambio, es mucho más probable que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor, aunque también algunas de estas lesiones persisten como tales o retroceden. El intervalo medio para que los precursores progresen a cáncer invasor va de 10 a 20 años. (Sellors y Sankaranarayanan, 2017)

4.3 Lesiones malignas

Las mujeres con cáncer invasor del cuello uterino a menudo tienen como manifestación inicial alguno o varios de los siguientes síntomas: hemorragias intermenstruales, hemorragias poscoitales, menstruaciones más abundantes, flujo seropurulento abundante, flujo fétido, cistitis recurrente, frecuencia y urgencia miccional, dolor de espalda y en la parte inferior del abdomen. En los estadios avanzados, las pacientes pueden presentar cansancio por anemia intensa, uropatía obstructiva, edema de las extremidades inferiores, hematuria, obstrucción intestinal y caquexia. En la mayoría de las mujeres, la exploración vaginal con espéculo revela una masa proliferativa ulcerada. (Granados, M. Rodríguez, O, y Cantú, C. 2012).

4.3.1 Tipos histológicos.

4.3.1.1 Cáncer Epidermoide.

El carcinoma epidermoide del cuello uterino. Los virus del papiloma humano (VPH) de los tipos 16 y 18 son los principales tipos que se asocian al cáncer ginecológico y genital. A saber, sin olvidar a los demás. También conocido como cáncer cervical o carcinoma del

cuello uterino, suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, en sus inicios algunas células comienzan a convertirse de células normales en células precancerosas y luego pasan a ser células cancerosas (Álvarez, C. Castro, E. y Virginillo, M. 2012)

4.3.1.2 Adenocarcinomas.

Son menos frecuentes y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. La frecuente coexistencia de carcinoma de células escamosas y células glandulares sugiere que puede haber un origen común en las células de reserva del cuello uterino así como una etiología en común. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Se reconocen tres grados de carcinoma endocervical -bien diferenciado, moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado -dependiendo de la semejanza de las células tumorales al epitelio glandular de recubrimiento del endocervix normal. (Álvarez, C. Castro, E. y Virginillo, M. 2012)

4.3.2 Diagnóstico.

Anamnesis.

Precisar historia obstétrica y ginecológica, precisar antecedentes de lesiones en el cuello del útero, antecedentes patológicos familiares de cáncer cervicovaginal. Sobre los síntomas actuales, determinar referencias al tiempo y secuencia de aparición de los mismos, sangramiento post-coital y/o dispaneuria, dolor vaginal o pélvico al esfuerzo físico, secreción vaginal fétida entre otros. (Berek y Novak, 2013)

Examen físico.

General y ginecológico: Exámen ginecológico completo que incluya tacto bimanual, vaginal y rectal, examen con espéculo del cérvix y vagina, para describir volumen y características del tumor, así como infiltración de Parametrios y paredes pélvicas, si existe. (Berek y Novak, 2013)

Colposcopia: De gran utilidad para dirigir la biopsia por ponche del área sospechosa, en dependencia del patrón colposcópico. Test de Schiller para orientar sobre el área más adecuada para realizar la toma de biopsia. (Berek y Novak, 2013)

Exámenes complementarios.

Estudios de laboratorio clínico: el hemograma es muy importante, pues resulta necesario corregir la anemia, si existiera; hemoquímica, serología, sedimento urinario, coagulograma. Otros estudios habituales, según cuadro clínico de la paciente y criterio del médico de asistencia. (Cortés, J. Oliveras, M, y Ferret, G. 2015)

Imágenes. Rx de tórax: a todos los casos, para descartar metástasis pulmonares y como valoración preoperatoria. Urograma descendente: se utiliza para evidenciar la presencia de dilatación de las vías urinarias excretoras. US hepático y abdominal. Tomografía axial computarizada: del abdomen y la pelvis. Evalúa el estado de los ganglios abdominales y para caracterizar la lesión primaria. (Cortés, J. Oliveras, M, y Ferret, G. 2015)

Estudios endoscópicos. Cistoscopia: Si existe sospecha de infiltración vesical permite descripción de la lesión y brinda posibilidad de biopsia. Rectoscopia: si existe sospecha de infiltración del recto, al realizar el tacto rectal previo, o en dependencia de la sintomatología de la paciente. (Cortés, J. Oliveras, M, y Ferret, G. 2015)

Estudios de anatomía patológica: Biopsia por ponche de cérvix: para diagnóstico definitivo, en los casos con carcinoma infiltrante. Conización: tiene doble objetivo, diagnóstico y terapéutico en los casos de carcinoma in situ. En el carcinoma microinfiltrante permite apreciar la extensión y profundidad de la enfermedad. Estudio anatomopatológico del espécimen quirúrgico. (Cortés, J. Oliveras, M, y Ferret, G. 2015)

4.3.3 Tratamiento.

Cáncer Cervical Estadio 0: El tratamiento de elección es: Conización cervical mediante electrocirugía, radiocirugía o bisturí. Histerectomía total abdominal o vaginal postconización, alternativas en el caso de las pacientes con contraindicaciones quirúrgicas se obtienen los mismos resultados con el uso de radiaciones ionizantes (braquiterapia) sobre el cuello del útero. (Berek y Novak, 2013)

Estadio IA1 El tratamiento de elección es: Histerectomía Extrafascial. Alternativas: Amputación cervical: En pacientes seleccionas (jóvenes, nulíparas sin paridad satisfecha o con bordes de sección quirúrgica libres) En el caso de las pacientes con contraindicaciones quirúrgicas se obtienen los mismos resultados con el uso de radiaciones ionizantes (braquiterapia) sobre el cuello del útero. (Álvarez, C. Castro, E. y Virginillo, M. 2012)

Estadio IA2, IB1 / Estadio IIA (< 4 cm) El tratamiento de elección es: Histerectomía Radical (Operación de Werthein-Meigs) En dependencia del informe del espécimen quirúrgico se recomienda: a) Observación si: Ganglios linfáticos regionales negativos Ausencia de invasión estromal profunda Ausencia de invasión del espacio linfovascular Bordes de sección quirúrgica libres. b) Tratamiento adyuvante con radioquimioterapia concurrente si una de las siguientes condiciones está presente: Ganglios linfáticos regionales positivos, presencia de invasión estromal profunda, presencia de invasión del espacio linfovascular, bordes de sección quirúrgica positivos. Alternativa. En el caso de las pacientes con contraindicaciones quirúrgicas se obtienen los mismos resultados con el uso de

radioquimioterapia concomitante: teleterapia pélvica + quimioterapia (platino 40mg/m2 semanal) seguido de braquiterapia HDR 4 aplicaciones en dos semana. (Álvarez, C. Castro, E. y Virginillo, M. 2012)

Estadio IB2 hasta Estadio IVA El tratamiento de elección es estos pacientes consiste en el uso de radioquimioterapia concomitante: teleterapia pélvica más quimioterapia (platino 40mg/m2 semanal) seguido de braquiterapia HDR 4 aplicaciones en dos semanas. (Álvarez, C. Castro, E. y Virginillo, M. 2012)

4.4 Factores de riesgo

4.4.1 Infección por HPV

El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. (Alfaro, A. y Fournier, M. 2013).

La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anormalidades en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina. La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático. (Alfaro, A. y Fournier, M. 2013).

A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68,27, 28 frente al 5-10% de los especímenes de mujeres control. En Colombia la prevalencia de VPH en mujeres sin lesiones malignas ni premalignas es del 14,8%; el 9% de las mujeres tiene tipos de alto riesgo. Aunque esta cifra es alta, no lo es tanto como en Brasil, donde alcanza el 27%. (Ortiz y Uribe, 2010)

4.4.2 Factores Relacionados con la conducta sexual.

Número de compañeros sexuales.

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH, por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales. (Cartaya, M. Hernández, I. y Yoandra, M. 2010)

Edad del primer coito.

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. (Ortiz y Uribe, 2010)

Características del compañero sexual.

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. (Ortiz y Uribe, 2010)

Enfermedades de transmisión sexual.

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *Chlamydia trachomatis* o herpes simple. (Ortiz y Uribe, 2010)

Prepucio redundante.

Aunque no hay muchos estudios que avalicen que el prepucio redundante es causa de incremento de CCU, algunos autores españoles consideran que el prepucio redundante por mantener húmedo el glande predispone al hombre a adquirir más fácilmente ETS. La descamación fácil de la células de la piel por la humedad lo convierte en un mecanismo ideal para la transmisión de infecciones adquiridas como HPV, SIDA entre otras, la humedad y la proliferación bacteriana altera la simbiosis bacteriana vaginal y es más frecuente en la mujer la presencia de vulvovaginitis crónica, infertilidad, EPI, lo cual vuelve crónicamente vulnerable al epitelio cervical a la infección y persistencia del HPV. Tras la circuncisión toda esta patología mejora sorprendentemente en la mujer. (Guglielmo, Rodríguez y Ávila, 2010)

Otras investigaciones han hecho énfasis en el papel potencial de las parejas masculinas como vectores, partiendo de la asociación entre el riesgo de sufrir cáncer cervical y el ADN de

VPH portado por el hombre; en este sentido, se ha considerado que el uso de condón pudiera tener un papel protector, aunque no completamente eficiente, y que la circuncisión contribuiría a reducir dicho riesgo en la medida en que reduce el riesgo de adquisición y transmisión del virus en el hombre. (Guglielmo, Rodríguez y Ávila, 2010)

Según reflejan los datos de la GLOBOCAN, se muestra una menor incidencia de cáncer de cuello uterino en países de Asia Occidental (tasa de 4.4), países en donde coincidentalmente se practica la circuncisión de forma tradicional. (Guglielmo, Rodríguez y Ávila, 2010)

4.4.3 Factores relacionados con la reproducción.

Edad del primer parto.

Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. (Ortiz y Uribe, 2010)

Partos vaginales.

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido sólo tuvieron partos por cesárea. (Ortiz y Uribe, 2010)

4.4.4 Factores relacionados con hábitos.

Tabaquismo.

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. (Ortiz y Uribe, 2010)

4.4.5 Factores relacionados con la anticoncepción.

Anticonceptivos orales.

Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical. (Ortiz y Uribe, 2010)

La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujerespositivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años. (Ortiz y Uribe, 2010)

Métodos de barrera.

Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH. (Ortiz y Uribe, 2010)

5. Materiales y Métodos

5.1 Diseño de estudio

Es un estudio cuantitativo, porque los resultados obtenidos se plasmarán en cuadros numéricos.

La presente investigación es retrospectiva, ya que la información que se analizará se fundamenta en la recolección de datos que transcurrieron en un periodo de tiempo establecido en el pasado.

5.2 Unidad de estudio

Lugar: La investigación se realizará en el Centro Médico Loja de la ciudad de Loja.

Tiempo: Se desarrollara el estudio en el periodo de tiempo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2015.

5.3 Universo y muestra

Universo: Todas las pacientes atendidas en el servicio de colposcopia del Centro Médico Loja en el periodo 2011 – 2015 cuya población identificada fue de1536 casos.

Muestra: del universo que se identificó, se realizó durante este periodo 1536 colposcopias con biopsia de las cuales 341 tuvieron resultado positivo para lesión maligna y pre maligna de cuello de útero, por los que este número de casos fue tomado como muestra para la realización de la presente investigación

Criterios de inclusión.

Mujeres atendidas en el servicio de colposcopia del Centro Médico Loja con diagnóstico de lesiones pre malignas y malignas de cuello de útero en el periodo enero 2011 a diciembre del 2015

Criterios de exclusión.

Mujeres atendidas en el Centro Médico Loja fuera del área de colposcopia, o con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas en cualquier otra región del aparato reproductor femenino que no corresponda a cuello de útero, y fuera del periodo enero 2011 a diciembre del 2015

5.4 Técnica

Se realizará dicha investigación, a través de hojas de recolección de datos (Anexo 1) en el cual se plasmará los datos con respecto al año de diagnóstico, el tipo de diagnóstico, la edad de las pacientes, y los factores de riesgo que presentan, basándose en las historias clínica de cada una de la usuarias en los años establecidos y en los cuadernos de registro de colposcopia.

5.5 Procedimiento

1. Acudir a la oficina de epidemiologia del Centro Médico Loja e identificar la frecuencia de pacientes diagnosticadas con lesiones premaligna y maligna de cuello de útero en los 2011 a 2015 basándose en la revisión de las historias clínicas de los años correspondientes y en los cuadernos de registro de colposcopia.
2. Por cada paciente identificada con diagnóstico de patología pre maligna o maligna de cuello de útero se registró en la hoja de recolección de datos el tipo de diagnóstico, el año del mismo, edad de las usuarias y los factores de riesgo que presenta cada paciente buscando en la historia clínica de cada una de ellas. (anexo 1)
3. Tabular la frecuencia de casos en el periodo establecido y tabular los factores de riesgo encontrados en las pacientes que dichas lesiones
4. Colocar los resultados en tablas de acuerdo a cada objetivo específico planteado y luego se llevó a cabo su interpretación correspondiente.

5.6 Equipos y Materiales

- Hoja de recolección de Datos, para cada paciente con lesión maligna o pre maligna
- Computadora para revisión y de historias clínicas y posterior a ellos la tabulación de datos obtenidos a través del llenado de hoja de recolección de datos.
- Internet para la búsqueda de información acerca de patología maligna y premalignas de cuello de útero
- Libros para la búsqueda de información acerca de patología maligna y pre malignas de cuello de útero.

5.7 Plan de Tabulación y análisis de datos

- Obtenidos los resultados se analizarán los datos según las variables propuestas se realizará el respectivo análisis e interpretación de los datos mediante tablas utilizando en programa Microsoft Excel 2010 en donde se plasmarán los resultados obtenidos.

6. Resultados

Tabla Nº 1 Prevalencia por edad de patología maligna y premaligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015

Edad	**Pre maligna**		**Maligna**		**Total**	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
17 - 24 años	60	17,6	0	0	60	17,6
25 – 34 años	159	46,6	0	0	159	46,6
35 – 44 años	64	18,8	5	1,5	69	20,3
45 – 54 años	32	9,4	8	2,3	40	11,7
55 – 64 años	7	2	0	0	7	2
Más de 65 años	1	0,3	5	1,5	6	1,8
	323	94,7	18	5,3	341	100

Fuente: Registros de la Investigación

Elaboración: Evelyn Zapata

Análisis de resultados: se obtuvo un total de 341 casos de patología cervical alterada de las cuales el 94,7% corresponde a patología pre malignas con 323 casos, y el 5,3% corresponde a patología maligna con 18 casos. La edad de mayor prevalencia para patología pre maligna es entre los 25 a 34 años de edad que corresponde al 46,6 % y cáncer de cuello de útero es entre 45 a 54 años que corresponde al 2,3%

Tabla Nº 2: factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015

Factores de riesgo	**Frecuencia**	**%**
Infección por HPV	246	72,1
Tres o más parejas sexuales	91	26,5
Edad de inicio de relaciones sexuales		
Menos de 16 años	47	13,7
De 16 a 19 años	193	56,5
De 20 años a mas	101	29,6
De uno a dos partos	159	46,6
De tres a màs partos	122	35,7
Otras infecciones o enfermedades de trasmisión sexual	205	60,1
Compañero sexual con enfermedades de transmisión sexual	91	26,6
Compañero sexual con prepucio redundante	121	35,4
Antecedentes de Cáncer de cérvix	42	12,3
Nivel socioeconómico bajo	155	45,4

Fuente: Registros de la Investigación

Elaboración: Evelyn Zapata

Análisis de resultados: en el total de la población se presentan 12 factores de riesgo de los cuales el de mayor porcentaje es la infección por HPV se presentó en el 72,1% de la

población, además dentro de investigación se presentaron 124 casos de atipia coilocitica que no presentaron lesiones malignas ni pre malignas (anexo 2) por lo que indica que el número de casos es aún mayor. La coexistencia de otras infecciones se presentó en el 60,1% de la muestra de estudio de las cuales la predominante es la leucorrea crónica, seguida por ITU (anexo 2). El inicio de vida sexual entre los 16 a 19 años se encontró en un porcentaje de 56,5% siendo menor la de inicio antes de los 16 años y después de los 20 años. Los 121 resultados obtenidos de casos de prepucio redundante se realizó diagnostico por penescopia pero fueron pocos los casos donde acudió la pareja sexual por que el porcentaje obtenido puede ser mayor.

Tabla Nº 3: relación de la prevalencia con los factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015

Factores de riesgo	**Lesiones premalignas**		**Lesiones malignas**	
	F	**%**	**F**	**%**
Infección por HPV	244	75,5	2	11,1
Tres o más parejas sexuales	90	27,8	1	5,5
Inicio de vida sexual antes de los 16 años	48	14,8	3	16,6
Inicio de vida sexual entre 16 a 19 años	184	56,9	9	50
Inicio de vida sexual de 20 a más años	95	29,4	6	33,3
De uno a dos partos	158	48,9	1	5,5
De tres a mas partos	105	32,5	17	94,4
Otras infecciones o enfermedades de transmisión sexual	202	62,5	1	5,5
Compañero sexual con enfermedades de trasmisión sexual	91	28,1	0	0
Compañero sexual con prepucio redundante	116	35,9	5	27,7
Antecedentes de cáncer de cérvix	37	11,4	5	27,7
Nivel socioeconómico bajo	145	44,8	10	55,5

Fuente: Registros de la Investigación

Elaboración: Evelyn Zapata

Análisis de resultados: el factor de riesgo de presencia de HPV se presentó en el 75,5% de los casos el cual corresponde lesiones pre malignas, mientras que solamente estuvo presente en el 11,1% de los casos de lesiones malignas lo que indica que cuando existe un mayor grado de lesión, las características propias de infección por HPV en las células ya no son visibles, pero si pueden ser detectadas mediante PCR. Existe similitud en cuanto al factor de riesgo de inicio de vida sexual entre los 16 a 19 años con el 56,9% y 50% en las lesiones premalignas y malignas respectivamente. En cuanto a la paridad es mayor el porcentaje de casos para 3 a más partos en el caso de las lesiones malignas donde representó en 94,4% y solamente en 32,5% en el caso de lesiones pre malignas.

Tabla 4: prevalencia de lesiones pre malignas por grados histológicos

Diagnostico	**Frecuencia**	**%**
LIE de bajo grado	255	78,9
LIE de alto grado	68	21,1
Total	323	100

Fuente: Registros de la Investigación

Elaboración: Evelyn Zapata

Análisis de resultados: Se obtuvieron 323 casos de lesiones pre malignas de cuello de útero de las cuales el 78,9% corresponden a LIE de bajo grado y el 21,1% a LIE de alto grado

Tabla 5: prevalencia de lesiones malignas por tipos histológicos

Diagnóstico	Frecuencia	%
Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante no infiltrante	1	5,6
Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante	6	33,3
Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado queratinizante infiltrante	6	33,3
Carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante e infiltrante	2	11
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante	2	11
Carcinoma escamocelular indiferenciado infiltrante	1	5,6

Fuente: Registros de la Investigación

Elaboración: Evelyn Zapata

Análisis de resultados: de los 18 casos de lesiones malignas de cuello de útero el más frecuente fue el tipo histológico de carcinoma escamo celular presente en 16 casos, mientras que el adenocarcinoma solo está presente en 2 casos.

7. Discusión

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y la principal por enfermedades malignas en las mujeres de países en desarrollo, cada año se producen en el mundo más de 500 000 nuevos casos y de ellos alrededor de unos 272 000 que constituyen el 80 %, se diagnostican en países poco desarrollados.

En el presente estudio se un total de 341 casos, de los cuales 323 corresponden a lesiones premalignas de cuello de útero de estas 255 corresponden a LIE de bajo grado y 68 a LIE de alto grado. La edad de mayor prevalencia para ambos casos fue entre los 25 a 34 años. Y de estos 244 casos presentaron infección por HPV

En el estudio publicado en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología denominado lesiones pre invasivas de cuello de útero realizado en el año 2012 donde se obtuvo que de 246 resultados citológicos anormales predominó el NIC I seguido por el NIC II y en último lugar el NIC III. Más del 50 % del total de las 89 mujeres tenían edades entre 26 y 35 años, este grupo ocupa el primer lugar, en más de la mitad de los resultados citológicos y en más de las tres cuartas partes de los histológicos se encontraron signos de infección por HPV.

Según Mendoza y Pedroza en un estudio publicado por la revista Chilena de Obstetricia y ginecología en el año 2012 se obtuvo que la población en estudio de 3.539 mujeres, la edad de predominio fue entre los 29 a 46 años, El 8,2% fueron lesiones de bajo grado, 0,9% de alto grado, 2,6% ASC-US, 0,4% ASC-H, 0,4% ASGUS y 0,2% lesión compatible con cáncer invasivo.

En cuanto a las lesiones malignas de cuello útero se obtuvo una prevalencia de 18 casos en dicho periodo de los cuales el 58 % se encuentra entra las edades de 45 a 54 años de edad. La presencia de HPV se presentó en el 11,1% delos casos.

Según Tirado y Mohar en el estudio denominado Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas publicado por la revista Salud Pùblica Mexico en el año 2012 se obtuvo como resultado que el promedio de edad para los casos fue de 49.2 años y de los casos, 56% tuvieron una edad menor de 50 años.

Se encontró que una serie de factores se asociaron con un incremento en la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello de útero analfabetismo en el 4,8%; ausencia de escolaridad en el 12.5%; falta de seguridad social en el 5.7%; consumo de tabaco en algún momento de la vida en el 0.7%; nivel socio-económico bajo en el 10.8; presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses en el 2.7 e inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años en el 2.6%.

La presencia de VPH incrementa en 78 veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad. La probabilidad es mucho mayor cuando el tipo de VPH es 16 que cuando es de otro tipo.

8. Conclusiones

- Se obtuvo un total de 341 casos en el periodo 2011- 2015, de los cuales 323 son de lesiones pre malignas siendo la edad de mayor prevalencia para estas lesiones la comprendida entre de 25 a 34 años de edad. En cuanto a lesiones malignas de cuello de útero corresponde a 18 casos y la edad de mayor prevalencia fue entre los 45 y 54 años de edad.
- Los factores de riesgo que se presentaron fue la presencia de HPV en los 246. El inicio temprano de la vida sexual también estuvo presente, especialmente en la edad entre 16 a 19 años. Otro factor de riesgo importantes es el número de compañeros sexuales más de tres el cual solo se presunto en 91 casos de la población total. El mismo resultado se obtuvo con el factor de riesgo de antecedentes de cáncer de cuello de útero y el bajo nivel socioeconómico con un número de 38 y 155 respectivamente.
- El factor de riesgo de mayor prevalecía fue la presencia de HPV que se presentó un numero de 244 en lesiones premalignas de cuello de útero y en 2 casos de cáncer de cuello de útero, en cuanto a lesiones premalignas los casos de HPV fueron mayores en los casos de LIE de bajo grado y un menor porcentaje en LIE de alto grado.

9. Recomendaciones

- El diagnostico precoz de lesiones pre malignas de cuello de útero de tipo de LIE de bajo grado son las más frecuentes y un gran porcentaje delas misma tiende a la recuperación, por ellos es importante el diagnostico de las misma para su correcto control y tratamiento
- Las lesiones pre malignas de tipo LIE de alto grado tienden más al desarrollo de patología maligna de cuello de útero, su correcto tratamiento evita el desarrollo de las mismas, por ellos al igual que en el caso anterior se recomienda realizarse las pruebas respectivas para su diagnóstico.
- El virus del papiloma humano sigue encontrándose como factor de riesgo para la aparición de lesiones pre malignas y malignas de cuello de útero por lo que su diagnóstico y tratamiento apropiado evitaría el avance de las lesiones a un mayor grado de malignidad.

10.Bibliografía

Alfaro, A. y Fournier, M. (2013). Virus del Papiloma Humano. R*evista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* Volumen 20 (606), 211-217.

Álvarez, C. Castro, E. y Virginillo, M. (2012). Actualización de la Estadificación de cáncer de cuello uterino. *Oncología puesta al día.* Volumen 76 (Número 2), 170

American Cáncer Society. (2014). Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino

Apgar, B. Spitzer, M. Brotzman, G. (2010). Colposcopia. Principios y práctica: Manual y atlas integrados. España. Editorial Elsevier Health Sciences.

Arteaga, A. Castellón, M. (2013). Lesión Intraepitelial de Bajo Grado: ¿Manejo Conservador o Intervencionista?. *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*. No. 8

Astudillo, O. Montesinos, C. Espinoza, M. (2014) Diagnóstico Molecular del Virus del Papiloma Humano, Revista Panorama Médico, volumen 8 (Numero 2), 3 -6.

Bajo, J. (2009).Fundamentos de ginecología. México. Editorial Médica Panamericana.

Berek, y Novak, (2013). G*inecologìa*. Philadelphia, Estados Unidos: Assistant y Design.

Cardinal, L. (2013) Anatomía, citología e histología del cuello uterino, la vagina y la vulva normales y patológicos. Ecosistema vaginal

Cartaya, M. Hernández, I. y Yoandra, M. (2010). Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. *Revista Archivo Médico de Camagüey.* Volumen 14 (Numero 5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500005

Castrillo, K. Morales, J. (2010). Lesiones Intra Epiteliales de bajo grado. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Volumen 17 (Número 591) 43-50.

Castro, P. y Peña, E. (2013). *Frecuencia de lesiones premlignas y malignas de cérvix uterino y factores de riesgo en pacientes atendidos durante los años 2011 – 2012 el instituto del cáncer Solca-Cuenca.* (Tesis de pregrado).Universidad del Azuay.

Còrdero, J. y Garcìa M (2015). Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista de Ciencias Médicas, La Habana. Volumen 21* (2).

Còrdero, J. y García M (2015). Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. *Revista de Ciencias Médicas, La Habana. Volumen 21* (2).

Cortés, J. Oliveras, M, y Ferret, G. (2015) Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix. *Medicina Balear.* Volumen 30 (2), 43-47

Garrido, H., & Yunga, E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja "Estudio de una Década"*. Loja UTPL.

Granados, M. Rodríguez, O, y Cantú, C. (2012). *Oncología y cirugía. Bases y principios.* México. Editorial El Manual Moderno. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=xWTLCQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=clasificacion+de+lesiones+premalignas+de+cuello+de+utero&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjHh8D1rJPWAhWGYiYKHS33B2oQ6AEIVDAJ#v=onepage&q&f=false

Guerra, M. y Cabrera, Cynthia. (2013). N*ivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del Cáncer de cérvix en adolescentes de 15 a 18 años hospitalizadas en el hospital gineco -obstétrico Isidro Ayora en relación con características socio demográficas en el año 2013.* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Guglielmo CZ, Rodríguez BA, Ávila HM, Veitía MA, Fernándes BA, Correnti PC. Virus de papiloma humano y factores de riesgo. [Internet]. Rev. venez. oncol. v.22 (1). Venezuela 2010. [Citado 2014 febrero 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798- 05822010000100004&script=sci_arttext

Helios, R. (2009*). Factores de riesgo en lesiones cervicales premaligas en mujeres de 25 a 64 años de edad en la Jurisdicción sanitaria número 4 Jalpan de Serra Querètaro en 2006* (Tesis de pregrado). Universidad Autònoma de Querètaro, Mexico.

Hoffman, B. Schorge, O. y Schaffer, J. (2014) Ginecologia de Williams. Dalas Texas. Editorial Interamericana editores.

Lacruz, C. y Fariña, J. (2008) *Citología ginecológica: de Papanicolaou a Bethesda.* Madrird. Editorial Complutense. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=hR_dt85LcC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

López, G. (2008). Infección por virus de papiloma humano. *Medigraphic UNAM*. Volumen 51 (Número 6).

Medina, L. Medina, G. y Merino, Luis. (2014). Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina. *Microbiol. Volumen* 34 (4).

Mejia, J. (2010). *Prevalencia de papanicolau premaligno-maligno y factores de riesgo asociados, en las mujeres de la consulta externa de Ginecologia del hospital "San Sebastián Sigsig 2009.* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca.

Mendoza, Luis. Pedroza, M. y Micolta, P. (2012). Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77*(2), 129 – 136.

Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. (2014). Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cèrvicouterino. Washington.

Ortiz, R. Uribe, C. y Diaz, A (2010). Factores de riego para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologìa. Volumen 55* (Número 2), 146-160.

Paolino, M. y Arrossi, S. (2012). Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud colectiva, 8*(3).

Queiro VQ, Puñal RP. (2013) . Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina. avalia-t Núm. Galicia: 2013. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia t201301Lecturaautomatizada.pdf

Sellors, W. y Sankaranarayanan, R. (2017). Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes.* Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=2&lang=3

Serrano, G. Millàn, M. y Torres, Y. (2012, junio). Lesiones preinvasivas del cuello de ùtero. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologìa. Volumen 38 (Nùmero 3).* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009

Torres, A. García, T y Duque, J. (2008).Tabaquismo y cáncer ginecológico. Causalidad y pronóstico. *Progresos de Obstetricia y Ginecologìa*. Volumen 51 (Numero 3), 136-45.

Vargas, M. (2016) Virología Medica. Colombia. Editorial El Manual Moderno Colombia. Recuperado de https://books.google.com.ec books?id=5oS8DgAAQBAJ&dq=clasifi cacion+de+lesiones+premalignas+de+cuello+de+utero&source=gbs_navlinks_s

11.Anexos

Anexo 1

Hoja de recolección de datos

Factores asociados a lesiones premalignas y malignas de cuello de útero

Edad:

Año de diagnóstico: 2011 ( ) 2012 ( ) 2013 ( ) 2014 ( ) 2015 ( )

Diagnóstico

Citología:

Colposcopia:

Patología:

HPV

- Infección por HPV

  Si ( ) No ( )

Conducta sexual

- **Número de compañeros sexuales**

  Ninguno ( )

  1 ( )

  2 ( )

  3 o más ( )

- **Inicio de vida sexual**

  Antes de 16 años ( )

  Entre 16 a 19 años ( )

  De 20 a más ( )

- **Paridad**

  Nulìpara ( )

  De 1 a 2 partos ( )

  De 3 a más partos ( )

- **Enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones genito-urinarias**

  Si ( ) …….

  No ( )

- **Características del compañero sexual**

  Enfermedades de transmisión sexual

  Si ( ) ¿Cuál? ……

  No ( )

  Prepucio redundante

  Si ( ) No ( )

Factores genéticos

- **Antecedes familiares de cáncer de cuello de útero**

  Si ( ) No ( )

Factores Sociales

- **Lugar de residencia**

  Rural ( )

  Urbana ( )

- **Condición socioeconómica**

  Baja ( )

  Media ( )

  Alta ( )

Anexo 2

Tabulación

1. Lesiones premalignas de cuello de útero

1.1. Diagnóstico

Diagnostico	Método de Diagnóstico					
	Citología		**Colposcopia**		**Patología**	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
AGUS	31	6,9				
ASC-US	59	13,2				
Atipia Coilocitica	27	6,1	27	6,1	124	27,7
LIE de bajo grado	178	39,8	292	65,3	255	57
LIE de alto grado	39	8,7	63	14,1	68	15,2
No se realiza	28	6,2				
Inflamación	85	19,1	65	14,5	0	0
Total	447	100	447	100	447	100%

Método de Diagnóstico

Diagnòstico						
	Citología		**Colposcopia**		**Patología**	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
LIE de bajo grado	168	81,2	292	82,3	255	78,9
LIE de alto grado	39	18,8	63	17,7	68	21,1
Total	207	100	355	100	323	100

1.2 Factores de riesgo

Factores de riesgo	Lesiones Premalignas			
	LIE de bajo grado		**LIE de alto grado**	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Infección por HPV				
Si	193	75,6	51	75
No	62	24,3	17	25
Número de parejas sexuales				
Uno	88	34,5	25	36,7

Dos	96	37,6	24	35,2
Tres o mas	71	27,8	19	27,9
Edad de inicio de vida sexual activa				
Menos de 16 años	32	12,5	12	17,6
De 16 a 19 años	137	53,7	47	69,1
De 20 años a mas	86	33,7	9	13,2
Paridad				
Nulípara	52	20,3	8	11,7
Uno a dos	117	45,8	41	60,2
Tres o mas	86	33,7	19	27,9
Infecciones u otras enfermedades de transmisión sexual				
Leucorrea crónica	101	39,6	33	48,5
Infección genitourinaria crónica	47	18,4	5	7,4
EPI	7	2,7	1	1,5
Molusco	8	3,1	0	0
No	92	36	29	42,6

Características del Compañero sexual				
ETS				
HPV	64	25	27	39,7
No	50	19,6	11	16,1
Prepucio redundante				
Si	84	32,9	32	47
No	30	11,8	6	8,8
No hay información del compañero	141	55,3	30	44,2
Antecedentes Familiares de cáncer de cuello de útero				
Si	32	12,6	5	7,4
No	223	87,4	63	92,6
Lugar de Residencia				
Rural	80	31,3	28	41,1
Urbana	175	68,6	40	58,8
Condición socioeconómica				
Baja	103	40,3	42	61,7
Media	146	57,2	26	38,2

Alta	6	2,3	0	0

1.3 Prevalencia por edad

Edad	Premalignas			
	LIE de bajo grado		**LIE de alto grado**	
	F		**F**	**%**
17	1	0,4	0	0
18	3	1,2	0	0
19	4	1,6	0	0
20	7	2,7	4	5,9
21	6	2,3	3	4,4
22	8	3,1	1	1,5
23	9	3,5	1	1,5
24	11	4,3	2	2,9
25	14	5,5	2	2,9
26	15	5,8	1	1,5
27	11	4,3	2	2,9
28	10	3,9	6	8,8
29	13	5,1	2	2,9
30	10	3,9	2	2,9
31	15	5,8	1	1,5
32	14	5,5	8	11,9

33	10	3,9	4	5,9
34	13	5,1	6	8,8
35	2	0,8	2	2,9
36	5	1,9	2	2,9
37	3	1,2	1	1,5
38	7	2,7	4	5,9
39	7	2,7	2	2,9
40	5	1,9	3	4,4
41	4	1,6	2	2,9
42	6	2,3	0	0
43	4	1,6	0	0
44	3	1,2	1	1,5
45	3	1,2	0	0
46	4	1,6	1	1,5
47	3	1,2	1	1,5
48	4	1,6	0	0
49	4	1,6	0	0
50	1	0,4	0	0
52	5	1,9	0	0
53	5	1,9	2	2,9
55	1	0,4	0	0
56	2	0,8	0	0
59	1	0,4	0	0
61	2	0,8	0	0

63	0	0	0	0
64	0	0	1	1,5
65	0	0	1	1,5

Lesiones Malignas de cuello de útero

2.1 Diagnóstico

Diagnóstico	Citología		Colposcopìa		Patología	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
Tumoración	5	27,7				
Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante no infiltrante			1	5,6	1	5,6
Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante					6	33,3
Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado queratinizante infiltrante					6	33,3
Carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante e infiltrante					2	11
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante					2	11

Carcinoma escamocelular indiferenciado infiltrante					1	5,6
Cáncer cervical 2B			1	5,6		
Cáncer cervical 2A			5	27,7		
Cáncer cervical 3A	1	5,6	6	33,3		
Cáncer Invasor	12	66,6	5	27,7		
TOTAL	18	100	18	100	18	100

Factores de riesgo

Factores de riesgo	**Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante no infiltrante**		**Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante**		**Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado queratinizante infiltrante**		**Carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante e infiltrante**		**Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante**		**Carcinoma escamocelular indiferenciado e infiltrante**	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
Infección por HPV												
Si	1	5,6	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0
No	0	0	6	33,3	6	33,3	1	5,6	2	11	1	5,6
Número de parejas sexuales												
Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uno	0	0	4	16,6	5	27,7	1	5,6	2	11	0	0
Dos	1	5,6	2	11	0	0	1	5,6	0	0	1	5,6

Tres o mas	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0
Edad de inicio de vida sexual activa												
Menos de 16 años	0	0	1	5,6	1	5,6	0	0	0	0	1	5,6
De 16 a 19 años	1	5,6	3	16,6	4	22,2	1	5,6	0	0	0	0
De 20 años a mas	0	0	2	11	1	5,6	1	5,6	2	11	0	0
Paridad												
Nulípara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uno a dos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,6	0	0
Tres o mas	1	5,6	6	33,3	6	33,3	2	11	1	5,6	1	5,6
Otras enfermedades de transmisión sexual												
Leucorrea crónica	0	0	2	11	1	5,6	0	0	0	0	0	0
No	1	5,6	4	22,2	5	27,7	2	11	2	11	1	5,6
Características del Compañero sexual												
ETS												
No	0	0	1	5,6	2	11	1	5,6	1	5,6	1	5,6
Prepucio redundante												
Si	0	0	1	5,6	2	11	1	5,6	0	0	1	5,6
No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

No hay información del compañero	1	5,6	5	27,7	4	22,2	1	5,6	1	5,6	0	0
Antecedentes Familiares de cáncer de cuello de útero												
Si	0	0	0	0	2	11	1	5,6	2	11	0	0
No	1	5,6	6	33,3	4	22,2	1	5,6	0	0	1	5,6
Lugar de Residencia												
Rural	0	0	4	22,2	4	22,2	2	16,6	1	5,6	0	0
Urbana	1	5,6	2	11	2	11	0	0	1	5,6	1	5,6
Condición socioeconómica												
Baja	0	0	5	27,7	3	16.6	2	16,6	0	0	0	0
Media	1	5,6	1	5,6	3	16,6	0	0	2	11	1	5,6
Alta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2.3 Prevalencia por edad

EDAD	**Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante no infiltrante**		**Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado no queratinizante infiltrante**		**Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado queratinizante infiltrante**		**Carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante e infiltrante**		**Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante**		**Carcinoma escamocelular indiferenciado infiltrante**	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
35	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0
36	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,6	0	0
40	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0
42	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0
47	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0
48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,6
49	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0
52	1	5,6	0	0	0	0	0	0	1	5,6	0	0
53	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0
67	0	0	0	0	0	0	1	5,6	0	0	0	0

69	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0
71	0	0	0	0	2	11	0	0	0	0	0	0
78	0	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0

Anexo 3

Aprobación de tema de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORANDUM NRO. 02732 CM-ASH-UNL

PARA: Srta. Evelyn Gabriela Zapata Tapia
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 de Diciembre de 2015

ASUNTO: **APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS**

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema: "**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍA MALIGNA Y PRE MALIGNA DE CUELLO DE ÙTERO EN EL CENTRO MEDICO LOJA PERIODO 2011-2015,** por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Anexo 4
Pertinencia de Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0755CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Evelyn Gabriela Zapata Tapia
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de marzo de 2016

ASUNTO: **Informe del trabajo de Investigación**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍA MALIGNA Y PRE MALIGNA DE CUELLO DE ÙTERO EN EL CENTRO MEDICO LOJA PERIODO 2011-2015",** de su autoría, que su tema **es pertinente**, sugiriendo una modificación puntual en su Tema, quedando de la siguiente manera: **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PATOLOGÍA MALIGNA Y PRE MALIGNA DE CUELLO DE ÙTERO EN EL CENTRO MEDICO LOJA PERIODO 2011-2015",** según informe adjunto del **Dr. Raúl Pineda Ochoa,** por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo
Sip

Anexo 5:

Certificado de traducción en ingles de resumen de tesis

NEW YORK
ENGLISH LEARNING CENTER

THE NEW YORK ENGLISH LEARNING CENTER
AV. PIO JARAMILLO ALVARADO
LOJA
CIUDAD.

19/09/2017

CERTIFICADO

Yo certifico que se ha realizado una traducción del resumen de la tesis denominada." **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PATHOLOGÍA MALIGNA Y PREMALIGNA DE CUELLO DE ÚTERO EN EL CENTRO MÉDICO LOJA PERIODO 2011-2015."** por Evelyn Gabriela Zapata Tapia, portador de cedula número 1105034761.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hace uso del presente en lo que el creyere conveniente.

Atentamente

Gloria Benstead
Gerente General
New York English Learning Center

Ref: BK64HC University of Cambridge

Av. Pio Jaramillo Alvarado entre Chile y Cuba, Loja. Tel (07) 2583686. newyorkenglishlearningcenter@gmail.com

Anexo 6

Proyecto de Tesis

1. Tema

Prevalencia y factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015.

2. Problematización

El cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más común alrededor del mundo. Esta patología sigue siendo un problema de salud pública a pesar de contar con pruebas de tamizaje oportunas para poder evitar la mortalidad por esta causa. En el mundo se identifican cerca de 5 millones de casos y de estas fallecen 300 mil cada año. En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou. (Helios, 2009, p.10)

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y la principal por enfermedades malignas en las mujeres de países en desarrollo, cada año se producen en el mundo más de 500 000 nuevos casos y de ellos alrededor del 80%, se diagnostican en países poco desarrollados. En Europa el CCU es la tercera causa de muerte en la mujer. (Serrano, Millàn y Torres, 2012, p. 2)

Como el cuello uterino es un sitio de fácil abordaje, se facilita la aplicación de pruebas de tamizaje para lograr la detección tanto de las lesiones malignas como de las premalignas que se asocian en grado variable con la progresión a cáncer. Este contraste está dado por todos los factores asociados con la génesis de la neoplasia y las obstáculos, tanto personales como sociales y del sistema de salud para el diagnóstico precoz de la enfermedad. (Uribe, Ortiz y Díaz, 2009, p.148)

Dentro de los factores de riesgo para la aparición del CCU se citan: la edad de la primera relación sexual, la multiparidad, la promiscuidad, la infección por el VPH, la falta de higiene genital, el tabaquismo y otros. En los últimos años, la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes motivó que un grupo de países desarrollados cambiaran en el programa de detección precoz la edad de inicio y la periodicidad de realización de la citología. Los cambios se deben a la disminución de la edad de la primera relación sexual y debido a un mayor conocimiento del PVH como agente etiológico y su significación en el CCU (Cordero y García, 2015, p. 3)

La infección por papilomavirus humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), que afecta a un alto porcentaje de mujeres jóvenes de todo el mundo, principalmente de países en desarrollo, cuyas edades fluctúan entre los 20 y 25 años. La alta incidencia de infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual, mayor frecuencia de actividad sexual en la etapa de adolescentes y adultos jóvenes y mayor número

de parejas sexuales. La importancia de la infección por VPH, radica en que al ser el principal factor etiológico del cáncer cervicouterino. (Medina, Medina y Merino, 2014, p. 142)

Actualmente se le atribuye una moderada importancia al consumo de tabaco y alcohol, se acepta que, si se agrega a otros factores, aumenta el riesgo de persistencia y progresión de las lesiones del VPH. Se señala que tres de cada cinco pacientes (61 %) son fumadoras. Este hábito incrementa el riesgo de CCU, pues la nicotina, una vez en el torrente sanguíneo, al llegar al cuello uterino se transforma en un oncógeno capaz de inducir cambios mitogénicos en las células cervicales. El tabaquismo debe ser analizado profundamente en futuros estudios por la tendencia a adquirir este hábito, particularmente en jóvenes y adolescentes. (Cordero y Garcìa, 2015, p. 2)

Estudios recientes plantean que la multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero muchas veces asociada a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares. La paridad como factor de riesgo de este cáncer, bien por el traumatismo producido o por que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. (Cordero y Garcìa, 2015, p. 2)

El uso prolongado de anticonceptivos hormonales puede aumentar el riesgo de CCU, dado fundamentalmente por la asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la conducta sexual. Es de señalar que se conoce un aumento de la incidencia de adenocarcinoma cervical en mujeres jóvenes y se ha postulado puede ser debido al uso de anticonceptivos orales antes de los 20 años. Ciertas pruebas estadísticas demuestran que el uso de anticonceptivos hormonales orales por períodos prolongados, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer cervicouterino. (Cordero y Garcìa, 2015, p. 2)

Dentro de la región en general, América del Norte tiene la morbimortalidad más baja por esta causa, datos del Instituto Nacional en Estados Unidos, reflejan que al cáncer de cuello uterino le corresponde el 6 % de todos los tumores malignos de la mujer norteamericana y la más baja tasa de mortalidad del continente, mientras en el resto de la América se observa gran variabilidad, se estima que el 80% proceden de países en desarrollo, Latinoamérica y el Caribe es considerada una región de alto riesgo de CCU, las mayores incidencias se observan en Bolivia, Chile y México, así como Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, se reportan tasas inferiores en Puerto Rico y Cuba. (Serrano, Millán y Torres, 2012, p. 2)

El cáncer cèrvico-uterino, es la segunda causa más común de cáncer en las mujeres en el Ecuador. Las mujeres tienen un 2% de probabilidades de padecer cáncer hasta los 39

años, un 9% a los 59 años y hasta un 23% al llegar a los 79 años. La incidencia calculada para el 2008 según el registro nacional de Tumores de SOLCA reporta una tasa cruda de 36,5 % con una mortalidad de 6% anual. (Castro y Peña, 2013, p. 13)

En el Ecuador se presentan alrededor de 1200 nuevos casos y mueren alrededor de 400 según los datos tomados del INEC y de los diferentes registros de cáncer publicados por los núcleos de SOLCA (Mejia, 2010, p. 10)

El cáncer del cuello uterino es en nuestro país uno de los más frecuentes en términos absolutos y el segundo en afectar a la población femenina, a pesar de que se trata del único tipo de cáncer al que se le han dedicado múltiples campañas de prevención y detección precoz desde hace 25 años. (Castro y Peña, 2013, p. 13)

Existen lesiones premalignas que causan cambios anormales del epitelio cervical y por lo tanto se comportan como precursores del cáncer de cuello uterino, estas pueden ser reversibles o durar varios años antes de causar neoplasias. En los años 80 se introduce el sistema Bethsda, citología cèrvico vaginal para catalogar las lesiones premalignas y malignas. La evidencia describe un gran número de factores de riesgo que interactúan entre si e intervienen en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas de cérvix uterino. (Castro y Peña, 2013, p. 13)

En la Provincia de Loja el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en la mujer. Desde el año 1997 al 2006, se reportaron 844 casos de tumores malignos localizados a nivel del cuello de útero. Solo en el cantón Loja se diagnosticaron 422 casos durante este mismo período, que representan 23,1% del total de diagnósticos oncológicos en mujeres. De estos 422, 182 (43,1%) son carcinomas in situ. La tasa estandarizada de incidencia global del cáncer de cérvix invasor es de 31.5 x 100 000 habitantes y del cáncer in situ es de 23,8 x 100 000 habitantes. (Garrido & Yunga, 2010, p. 17)

En el cantón Loja, la tasa de mortalidad promedial anual desde el año de 1997 hasta el 2006 señala, en relación al sexo femenino, que el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar, con 80 casos reportados; en el primer lugar se encuentra el cáncer de estómago con 124 casos registrados. La tasa de mortalidad del cáncer de cérvix uterino es de 9,6 x 100 000 habitantes de la ciudad de Loja. (Garrido & Yunga, 2010, p.18)

¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja de periodo 2011 – 2015. Para ayudar a tomar medidas preventivas y evitar la aparición de lesiones cervicales en las mujeres de la ciudad de Loja?

3. Justificación

El cáncer de cuello uterino una patología de alta incidencia y mortalidad en la ciudad de Loja, es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Este cáncer está fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas.

La efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, ha sido demostrada mediante estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo.

La importancia del tema está en conocer con mayor exactitud la prevalencia y factores asociados al diagnóstico de patología maligna y premaligna, y como finalidad tratar de determinar cuál es el factor principal asociado a esta citología anormal y así prevenir el desarrollo de la patología hacia un mayor grado de malignidad, creando una actitud positiva en las mujeres que incentive la realización del examen citológico para la prevención y detección precoz.

Las beneficiarias serán todas las mujeres de la ciudad de Loja, pero especialmente para aquellas que acuden al Centro Médico Loja.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar la prevalencia y factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015. Para ayudar a tomar medidas preventivas y evitar la aparición de lesiones cervicales en las mujeres de la ciudad de Loja.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de acuerdo a grupo etario de patología malignas y pre malignas de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 - 2015
- Establecer los factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015
- Relacionar la prevalencia con los factores de riesgo asociados a patología maligna y pre maligna de cuello de útero en el Centro Médico Loja periodo 2011 – 2015

5. Marco teórico

5.1 Cuello uterino

5.1.1 Histología

5.1.1.1 Epitelio Cilíndrico escamoso

5.1.1.2 Unión escamo cilíndrica

5.1.1.3 Zona de transformación

5.2 Lesiones premalignas

5.2.1 Sistema Bethsda para la clasificación citológica

5.2.2 Diagnóstico

5.2.3 Tratamiento

5.3 Lesiones malignas

5.3.1 Tipos histológicos

5.3.1.1 Cáncer Epidermoide

5.3.1.2 Adenocarcinomas

5.3.1.3 Carcinomas cervicales mixtos

5.3.2 Diagnostico

5.3.3 Tratamiento

5.4 Factores de riesgo

5.4.1 Infección por HPV

5.4.2 Factores relacionados con la conducta sexual

5.4.3 Factores relacionados con la reproducción

5.4.4 Factores relacionados con hábitos

5.4.4.1 Tabaquismo

5.4.5 Factores relacionados con la anticoncepción

5.4.6 Factores psicosociales

5.4.7 Factores genéticos

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo, porque los resultados obtenidos se plasmarán en cuadros numéricos.

La presente investigación es retrospectiva, ya que la información que se analizará se fundamenta en la recolección de datos que transcurrieron en un periodo de tiempo establecido en el pasado.

6.2 Área de estudio

Lugar: La investigación se realizará en el Centro Médico Loja de la ciudad de Loja.

Tiempo: Se desarrollara el estudio en el periodo de tiempo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2015.

6.3 Universo y muestra

Universo: Todas las pacientes atendidas en el servicio de colposcopia del Centro Médico Loja en el periodo 2011 – 2015

Muestra: integrada por las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: mujeres atendidas en el Centro Médico Loja con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero en el periodo enero 2011 a diciembre del 2015

Criterios de exclusión: mujeres atendidas en el Centro Médico Loja con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas en cualquier otra región del aparato reproductor femenino que no corresponda a cuello de útero, y fuera del periodo enero 2011 a diciembre del 2015

6.4 Técnica

Se realizará dicha investigación, a través de hojas de recolección de datos (Anexo 1) en el cual se plasmará los datos con respecto al año de diagnóstico, el tipo de diagnóstico, la edad

de las pacientes, y los factores de riesgo que presentan, basándose en las historias clínica de cada una de la usuarias en los años establecidos.

6.5 Procedimiento

5. Acudir a la oficina de epidemiologia del Centro Médico Loja e identificar la frecuencia de pacientes diagnosticadas con lesiones premaligna y maligna de cuello de útero en los 2011 a 2015 basándose en la revisión de las historias clínicas de los años correspondientes.
6. Con la hoja de registro determinar el tipo de diagnóstico, el año del mismo, edad de las usuarias y los factores de riesgo que presenta cada paciente buscando en la historia clínica de cada una de ellas. (anexo 1)
7. Tabular la frecuencia de casos en los años establecidos y tabular los factores de riesgo encontrados

6.6 Operacionalizaciòn de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Lesiones premalignas de cuello de útero	Atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el carcinoma “in situ”	Historia Clínica	Edad	
			Año de diagnóstico	2011 – 2015
Lesiones Malignas de cuello de útero	Crecimiento descontrolado de células anormales en el cuello de útero	Historia Clínica	Edad	
			Año de diagnóstico	2011 – 2015
Factores Asociados	Elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	Hoja de recolección de datos	Infección por HPV	Si/No
			Factores relacionados con la conducta sexual	Si/No
			Factores asociados con la reproducción	Si/No
			Factores relacionados con hábitos	Si/No
			Anticonceptivos	Si/No
			Factores genéticos	Si/No

7. Cronograma de actividades

	Actividades	Diciembre 2015				Enero 2016				Febrero 2016				Marzo 2016				Abril 2016				Mayo 2016				Junio 2016				Julio 2016				Agosto 2016			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase de Planeación																																					
1	Presentación del tema; Elaboración del proyecto.																																				
2	Presentación del proyecto.																																				
Fase de Ejecución																																					
4	Autorización para el desarrollo de la investigación.																																				
5	Recolección de datos																																				
6	Tabulación y análisis de resultados																																				
7	Revisión de investigación																																				
Fase de Comunicación y Divulgación de Resultados																																					
8	Entrega de proyecto definitivo																																				

8. Presupuesto y Materiales

Materiales	**Valor Estimado**
Equipos Informáticos	$ 100
Transporte	$50
Copias	$ 40
Impresiones	$ 150
Empastado	$ 50
TOTAL	$ 390

Todo el proceso investigativo será financiado por el investigador