



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

TEMA:

**“ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGOS DE CÁNCER
CERVICOUTERINO Y RESULTADOS DE CITOLOGÍA ORGÁNICA
DE CÉRVIX. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA. PASCUALES 2015.”**

AUTORA:

MD. PEGGY MILDRE ESCOBAR RUIZ

DIRECTOR:

DRA. MARIA EUGENIA PIQUERO VALERA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Md. Peggy Mildre Escobar Ruiz*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. María Eugenia Piquero Valera.

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, PEGGY MILDRE ESCOBAR RUIZ

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y RESULTADOS DE CITOLOGÍA ORGÁNICA DE CÉRVIX. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. PASCUALES 2015.**” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Peggy Mildre Escobar Ruiz.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, PEGGY MILDRE ESCOBAR RUIZ

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y RESULTADOS DE CITOLOGÍA ORGÁNICA DE CÉRVIX. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. PASCUALES 2015”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año2017

EL AUTOR:

Peggy Mildre Escobar Ruiz

1 Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme vida, fortaleza, por brindarme la oportunidad de seguir preparándome en mi vida profesional y así poder servir a la sociedad.

A mi amado esposo Dionisio, que junto a nuestras hijas me apoyaron con amor y paciencia en estos años de estudio.

Además, agradezco a las personas que, de una u otra manera, me brindaron su apoyo desinteresado en la realización de esta tesis como son: a mi Tutora Dra. María Eugenia Piquero, Dra Isis Yera y a mis compañeros del Área de Medicina Familiar y Comunitaria de Centro de Salud Pascuales, quienes colaboraron en todo momento.

Finalmente, quiero agradecer a todas las familias que me abrieron las puertas de su casa, para que este trabajo de investigación fuera posible, y a todas las mujeres que participaron activamente en este estudio.

2 Dedicatoria

A mi esposo, compañero inigualable, que junto a mi pasa horas de desvelo, que me incita a seguir adelante con fe y optimismo; y, siempre está cuando más lo necesito.

A mis hijas, la razón por la que lucho y porque son mi fuente de inspiración.

A mi querida madre, por su esfuerzo y dedicación en todos mis años de estudio, por ser pilar donde me apoyo y me da fuerzas para seguir, cuando mi trabajo me exige un nivel de sacrificio mayor, ella siempre está.

3 Resumen

Antecedentes: El cáncer cervicouterino es una enfermedad que ha ocasionado impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En el año 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas y casi 36.000 fallecieron en las Américas. En Ecuador, cada día mueren dos mujeres y 4 millones están en riesgo. La tasa cruda de incidencia: 20 casos por 100.000 habitantes. Los factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino son: la infección de transmisión sexual por el virus del papiloma humano, promiscuidad, relación sexual precoz, multiparidad, anticonceptivos hormonales, antecedentes de ITS, antecedentes familiares, afecciones de cérvix y tabaquismo. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, relacional, corte transversal, en un universo de 240 mujeres de 15 a 64 años, que se realizaron la prueba citológica orgánica de cérvix, en los consultorios de medicina familiar y comunitaria del centro de salud Pascuales en el periodo 2015. Se aplicaron dos instrumentos: encuesta calificada bajo los criterios de Moriyama y el formulario N013 A, del Ministerio de Salud Pública. **Resultados:** Los factores de riesgos asociados a las alteraciones de la citología orgánica de cérvix fueron la inflamación y la infección. **Conclusiones:** Existió asociación directa entre número de parejas sexuales del compañero, paridad, antecedentes de papiloma virus y los resultados de citología orgánica del cérvix en los consultorios de medicina familiar y comunitaria. Pascuales.2015

Palabras Clave: Cáncer cervicouterino, factores de riesgo, citología orgánica de cérvix

4 Abstract

Background: Cervical cancer is a disease that has had an impact in all social spheres and has contributed to high morbidity and mortality rates in the world. In 2012, more than 83,000 women were diagnosed and nearly 36,000 died in the Americas. In Ecuador, two women die each day and 4 million are at risk. The crude rate of incidence 20 cases per 100,000 inhabitants. Risk factors associated with cervical cancer include sexually transmitted infection by human papillomavirus, promiscuity, early sexual intercourse, multiparity, hormonal contraceptives, history of STIs, family history, cervix conditions, and smoking. **Materials and Methods:** An observational, relational, cross-sectional study was carried out in a population of 240 women aged 15-64 years who underwent the organic cytology test of the cervix in the family and community medicine clinics of the Pascuales Town health center in the period 2015 Two instruments were applied: a survey qualified under the Moriyama criteria and form N013 A of the Ministry of Public Health. **Results:** The risk factors associated with alterations in organic cytology of the cervix were inflammation and infection. **Conclusions:** There was a direct association between number of partner's sexual partners, parity, history of papilloma virus, and the results of organic cytology of the cervix in family and community medicine practices. Pascuales.2015

Key words: Cervical cancer, risk factors, organic cervical cytology

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	I
2 DEDICATORIA.....	VII
3 RESUMEN.....	VIII
4 ABSTRACT.....	IX
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS	!ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7 ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
ANEXO.....	XIII
8 INTRODUCCIÓN	14
9 EL PROBLEMA.....	17
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.	17
9.2 FORMULACIÓN	18
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	19
10.1 GENERAL	19
10.2 ESPECÍFICOS	19
11 MARCO TEÓRICO.....	20
11.1 CÁNCER CERVICOUTERINO.	20
11.2 FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER CERVICOUTERINO.	21
11.3 EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES.	22
11.4 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.	22
11.5 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DEL COMPAÑERO.	23
11.6 ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	24
11.7 TIPO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	24
11.8 ANTECEDENTES DE AFECCIONES DE CÉRVIX.....	27
11.9 ANTECEDENTES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES.	28
11.10 PARIDAD.	28
11.11 TABAQUISMO.	29
11.12 PRUEBA CITOLÓGICA ORGÁNICA DE CÉRVIX.....	29
11.13 MARCO LEGAL	33
12 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	34
13 MÉTODOS	34
13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	34
13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	34
13.2.2 Procedimiento de recolección de la información	34
13.2.3 Técnicas de recolección de información	36
13.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	36
13.3 VARIABLES.....	37
13.3.1 Operacionalización de variables.....	37
14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
15 CONCLUSIONES	57
16 VALORACIÓN CRÍTICA.....	57

6 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de pacientes según edad de inicio de relaciones sexual consultorios de medicina familiar y comunitaria. centro de salud pascuales año 2015.....	34
Tabla 2: Distribución de pacientes según número de parejas sexuales Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	35
Tabla 3: Distribución de pacientes, según número de parejas sexuales del compañero. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	36
Tabla 4: Distribución de pacientes, según casos de antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	36
Tabla 5: Distribución de pacientes, según casos de tipo de infecciones de transmisión sexual. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	35
Tabla 6: Distribución de pacientes, según casos de antecedentes de afección de Cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	37
Tabla 7: Distribución de pacientes, según paridad. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	37
Tabla 8: Distribución de resultados de citologías según tipo de alteraciones. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	38
Tabla 9: Distribución de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino según tipo de alteración de la citología orgánica de cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	39
Tabla 10: Distribución de mujeres con alteración citológica positiva a malignidad según factores de riesgo de cáncer cervicouterino. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	42
Tabla 11: Distribución de mujeres con resultados de citología orgánica de cérvix según factores de riesgos de cáncer cervicouterino. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015	42

Tabla 12: Análisis de Regresión logística para la variable independiente resultados de la citología orgánica del cérvix.....	43
Tabla 13: Distribución de factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres con resultados citológicos según grado de malignidad. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015.....	44
Tabla 14: análisis de regresión logística para la variable independiente grado de malignidad.....	46

7 ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Formulario del M.S.P 013A	58
Anexo 2. Informe Histopatológico. Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”	60
Anexo 3. Consentimiento informado.....	61
Anexo 4. Criterios de Moriyama.....	62
Anexo 5. Encuesta.....	63

8 INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad multideterminada, derivada de la concurrencia de factores de carácter biológico, psicológico y sociocultural, los cuales se comportan de manera específica en cada individuo resultando en algún tipo particular de cáncer. Esos elementos auspiciadores de la enfermedad, se reconocen como factores de riesgo y pueden definirse como condiciones que aumentan la probabilidad de estados mórbidos.

El cáncer en la actualidad, representa un gran reto social, su incidencia aumenta con la economía industrial de los países, así como el mejoramiento de los sistemas de salud, ya que a mayor esperanza de vida corresponde una mayor población en los grupos etarios en los que las neoplasias aparecen con más frecuencia.¹

El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo; en el 2012 hubo unos 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes asociados con el cáncer. Se prevé que el número de casos nuevos aumente alrededor del 70% en los próximos 20 años.

Anualmente más del 60% de los casos nuevos totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica, que representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo.²

El cáncer cervicouterino, es una afección que ha producido gran impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido a las altas tasas de morbi mortalidad en el mundo entero.³ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el tercero más prevalente entre todas las malignidades y el segundo en las mujeres, con elevada mortalidad en los países de bajos ingresos.⁴ Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres.

La incidencia de esta afección varía entre 2.6 a 54.6 en las distintas zonas del mundo. Las tasas más altas se hallan en América Central y del Sur, sureste de Asia, África y este de Europa con tasas de hasta 54.6, Latinoamérica y el Caribe es considerada una región de alto riesgo de cáncer cervicouterino (CCU), las altas 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.⁵

La incidencia sucede entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años para una tasa de incidencia de 7,6 por 100 000 con respecto a las mujeres jóvenes que es de 1,2 por 100 000.⁶

Cada año, más de 270 000 mujeres mueren de cáncer cervicouterino y más del 85% de estas funciones se registra en países en vía de desarrollo. En el 2012,

más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas. Si estas cifras se sostienen, el número de muertes en las Américas se incrementará en un 45% en el 2030.

En América Latina y el Caribe, más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68.000 nuevos casos.^{7,2}

En Ecuador el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, cada día mueren dos mujeres por esta causa y 4 millones están en riesgo de desarrollarlo. Se estima que cada año se diagnostican 1300 casos nuevos y mueren 656 mujeres, la tasa cruda de incidencia es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así Quito la incidencia es de 19 por cada 100.000 habitantes y en Loja alcanza cifras aún más alarmante 32 por 100.000 habitantes.⁸

El cáncer cervicouterino es una patología susceptible de control, y es considerable profundizar en el conocimiento sobre su etiología, su historia natural, el proceso de carcinogénesis y el mecanismo biológico de cada uno de los factores asociados a esta afección. Su origen se considera multifactorial y varios de estos, han sido relacionados con la afección; determinando de esta forma poblaciones de mayor o menor riesgo de padecer la enfermedad. Algunos de estos factores se relacionan con la forma de vida de las personas, y sobre todo, con la forma de comportamiento sexual.

Existen múltiples factores de riesgo que provocan el cáncer cervicouterino, como son, la edad temprana de la primera relación sexual, cuando esta ocurre antes de los 16 años, también la promiscuidad sexual, el hábito de fumar, y la cantidad de partos, antecedente de infección de transmisión sexual de importancia por papiloma virus, entre otros. La mayoría de los factores de riesgo se vincula con la actividad sexual y la exposición a enfermedades de transmisión sexual. La transmisión de infección por virus de papiloma humano se da por contacto directo de piel a piel, mucosas orales y genitales, siendo muy frecuente la vía sexual. La capacidad para inducir tumoración se han agrupado en tipos de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68), relacionados con cáncer invasivo y lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado (LIEBG y LIEAG); y tipos de bajo riesgo (6, 11, 42, 43, 44) asociados principalmente con verrugas genitales. Los tipos virales encontrados con mayor frecuencia el 70 % en lesiones malignas y premalignas son 16 y 18, mientras que en condilomas y papilomas se detectan generalmente los tipos 6 y 11 en un 90 %.⁹

La citología orgánica de cérvix (PAP), es actualmente la principal estrategia para hacer prevención del cáncer cervical, sin embargo, en Ecuador la cobertura de la citología es muy baja 28%.⁸ El programa de prevención del cáncer de cuello uterino a nivel nacional ha priorizado la toma de citologías como método único de tamizaje para este tipo de cáncer. Se considera el examen citológico como el método más práctico para detectar el cáncer cervicouterino.² Solo es posible apreciar el valor de la citología en términos de

una mejoría en la morbilidad y en la mortalidad del cáncer cervical.

El diagnóstico citológico se basa en la técnica de Papanicolaou y que tiene en cuenta las propiedades de las células de epitelio del cuello uterino, y las características nucleares y citoplasmáticas. Permite diagnosticar las lesiones inespecíficas, específicas infecciosas por Trichomonas, Chlamydias, Herpes Virus, VPH y otras, así como las restaurativas, y las neoplasias intraepiteliales cervicales en sus diferentes grados, descritos previamente.¹⁰

Frente a esta problemática de salud, en nuestro medio, es de importancia identificar los factores de riesgo y aumentar el pesquiasaje de lesiones precursoras: neoplasias intraepitelial cervical (NIC), mediante la utilización de la citología orgánica y así evitar que las mujeres mueran por cáncer de cérvix. Está ampliamente demostrado que la detección temprana del cáncer cervicouterino aumenta la tasa de supervivencia, logra una mejor calidad de vida, y mantiene la capacidad de trabajo de la mujer.¹¹

La tamización con la citología orgánica de cérvix ha sido un instrumento fundamental para disminuir la morbimortalidad asociada a esta afección. Se ha comprobado que la detección oportuna de lesiones precursoras en personas asintomáticas ha sido efectiva al permitir la reducción de la incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino aproximadamente en un 75% en países desarrollados. No obstante, a pesar de sus resultados favorables en diagnóstico, sencillez y bajo costo, el efecto de la citología ha sido menor en los países en desarrollo debido a problemas como aplicación inoportuna en mujeres con riesgo, problemas en la técnica de laboratorio, inadecuada comunicación de los resultados de laboratorio a la mujer y al médico, dificultad para ofrecer tratamiento y seguimiento apropiado, déficit de evaluación continua de los programas de detección y tratamiento.¹²

La citología es la encargada del estudio de la estructura y función de las células. En una prueba citológica, se toman muestras de las células de las paredes del epitelio cervical, o cuello uterino, para realizar un análisis microscópico, pues esta permite la obtención de datos de gran interés desde el punto de vista del diagnóstico de las neoplasias malignas, además de poder detectar cambios displásicos que alertan sobre cambios que pueden degenerar, con el de cursar de los años, en lesiones malignas.

El modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS-FC) se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad.¹³ Desde este punto de vista; como médico de familia se debe aumentar el pesquiasaje de cáncer cervicouterino mediante la promoción de salud.

En el Centro de Salud Pascuales, no existe estudio, que se asocien los factores de riesgo de cáncer cervicouterino y los resultados de la citología orgánica de cérvix en las féminas que acuden a esta institución.

La presente investigación tiene como objetivo: determinar la posible asociación entre factores de riesgo de cáncer cervicouterino y los resultados de la citología orgánica de cérvix a las mujeres que acuden a los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales, mediante un estudio tipo observacional relacional, transversal, tomando como universo todas las mujeres de 15 a 64 años de edad, que acuden a realizarse la prueba citológica orgánica de cérvix durante el año 2015. Debido que el cáncer cervicouterino sigue siendo la primera causa de morbimortalidad en mujeres de países en vías de desarrollo y en Ecuador, 20 de cada 100.000 mujeres padecen cáncer uterino, este estudio permitirá identificar los factores de riesgo de cáncer cervicouterino que se relacionan con los resultados alterados de citología orgánica de cérvix, lo cual contribuirá a incrementar el desarrollo de actividades educativas orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades como el cáncer; además esta investigación puede servir de referencia para futuros estudios sobre el mejoramiento de los servicios de salud y complementación de los programas de educación.

La tesis se estructurará en 21 capítulos distribuidos en resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivos generales y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas citadas según las normas de Vancouver.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento.

El cáncer cervicouterino es un problema grave de salud pública, a nivel mundial, el 96,1% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino ocurre después de los 30 años de edad. En Ecuador en el año 2012 fallecieron 664 mujeres, constituyendo la segunda causa de mortalidad.¹⁴

En el Centro de Salud Pascuales específicamente en el área urbana que recibe atención por los postgradistas de Medicina Familiar y comunitaria se han identificado la presencia de factores de riesgo de esta enfermedad a través del proceso de dispensarización y análisis de la situación integral de salud (ASIS), esto unido a una baja cobertura de la realización de la citología orgánica de cérvix en la población femenina incluida en el programa de prevención de cáncer cervicouterino.

Sin embargo no existen investigaciones científicas que aborden la búsqueda de una posible asociación entre factores de riesgo y resultados de la citología orgánica de cérvix en esta población.

9.2 Formulación

¿Qué asociación existe entre los factores de riesgo y los diferentes tipos de alteración de los resultados de la citología orgánica del cérvix en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, en el Centro de Salud Pascuales, en el año 2015?

10 .11 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Determinar la posible asociación entre factores de riesgos de cáncer cervicouterino y los resultados de citología orgánica de cérvix en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales en el año 2015.

10.2 Específicos

Identificar los factores de riesgo de cáncer cervicouterino, en mujeres que se realizan citología orgánica de cérvix, en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales.

Describir los resultados de la citología orgánica de cérvix procedentes de mujeres atendidas en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de Salud Pascuales.

Describir los factores de riesgo de cáncer cervicouterino según tipo de alteración de la citología orgánica de cérvix.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Cáncer cervicouterino.

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extiende más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.²

El cáncer cervicouterino o cáncer del cuello del útero, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. Es una clase común de cáncer en la mujer se sitúa en el cérvix uterino, porción inferior y estrecha del útero que desemboca en la vagina, lugar donde las células del cérvix se malignizan causando el cáncer, por lo general va precedido por afecciones premalignas cuya transformación es prolongada, lo cual implica a que las afecciones premalignas y carcinoma sea mayor que los casos de la afección en etapa invasiva por lo que facilitaría realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que previene el desarrollo natural del proceso hacia estadios avanzados, se debe tener presente que el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) indica que existen alteraciones a nivel de las células del cuello del útero, las cuales pueden ser curables en su totalidad con los tratamientos. El término neoplasia no necesariamente indica la presencia de cáncer, se menciona así a las alteraciones a nivel epitelial que pueden tener aspecto tanto benigno como maligno.¹⁵

El cáncer cervicouterino no se presenta de forma súbita; cuando el factor de riesgo se prolonga, se va transformando progresivamente el epitelio presentando alteraciones premalignas que se convierten en cáncer. Estas lesiones pre invasivas incluyen neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Después, las células neoplásicas comienzan a crecer y a diseminarse profundamente en el cuello uterino, los tejidos vecinos o a distancias según el desarrollo que siga la enfermedad.⁴

El cuello del útero está cubierto por epitelio pavimentoso estratificado. Histológicamente, el cáncer de cérvix es un proceso proliferativo celular, que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células; hay hiper Cromacia, mitosis anormales y polimorfismo celular, con invasión o no de la capa basal. Las lesiones intraepiteliales antiguamente llamadas displasias, tienen un espectro de cambios dinámicos. Las mismas tienen una alta incidencia y una alta prevalencia, que constituyen un desorden de la capa basal del epitelio por hiperactividad mitótica con aberraciones y atipias celulares, pero en la que no se pierde la normal estratificación del epitelio. En el caso de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado existe falta de diferenciación celular que afecta, proximalmente, al tercio inferior del epitelio, expresada por la desaparición de la estratificación, falta

de polaridad celular normal, alteración del núcleo, hiperchromatismo, aumento de la mitosis, atipias colilocíticas. En las lesiones intraepiteliales de alto grado, las alteraciones antes señaladas se extienden entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio, mientras que en el carcinoma in situ las alteraciones del epitelio son evidentes, donde ya se puede ver pérdida de la estratificación normal y falta de polaridad celular. Este tipo de alteración fue estudiada por Richart, quien las nombró neoplasia intraepitelial cervical (NIC), las células tienen las mismas características genéticas, morfológicas y metabólicas que las neoplásicas; y las clasificaron en el congreso de citología de la ciudad de Bethesda en: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIEBG), Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG) y cáncer.¹⁰

El poder detectar rápidamente los síntomas de la enfermedad nos permite un diagnóstico de la misma en estadios iniciales, en ocasiones incluso pre invasivos. El síntoma más frecuente es la coitorragia; toda mujer que lo padezca precisa valoración por un ginecólogo aunque el resultado de su citología haya sido normal. La presencia de metrorragia también requiere descartar la posibilidad de esta patología.

11.2 Factores de riesgo de cáncer cervicouterino.

Un factor de riesgo es aquel que aumenta sus probabilidades de padecer una enfermedad como el cáncer. Distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo.

Existen varios factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, todos no actúan de la misma forma en los diferentes grupos poblacionales, por lo que para determinada población representa un riesgo de elevada incidencia, para otra no es significativo. Las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, que al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo imprevisible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de esta al cáncer.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil saber los que se pueden modificar tales como: fumar o una infección con el virus del papiloma humano, en vez de enfocarse en los que no se pueden modificar tales como: edad y antecedentes familiares. Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas.⁽¹⁵⁾

Investigaciones epidemiológicas en los años recientes se han focalizado en la comprensión del rol de factores de riesgo que actúan en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano, o de factores coexistentes que mediarían la progresión en el continuo de los grados de lesión, entre los que más influyen se encuentran:

- Edad de inicio de las relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales

- Número de parejas sexuales del compañero
- Antecedentes de infección de transmisión sexual.
- Tipo de infección de transmisión sexual.
- Antecedentes de afecciones de cérvix.
- Uso de anticonceptivos.
- Paridad.
- Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino.
- Tabaquismo

Se reconocen otros factores de riesgo, como son: inmunosupresión, polimorfismo de antígenos leucocitarios humanos, desnutrición y deficiencia de vitaminas A, E y C. Estos factores al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo imprevisible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical y de esta al cáncer cervicouterino. Los factores de riesgo no actúan de la misma forma en los diferentes grupos poblacionales, por lo que para determinada población representa un riesgo de elevada incidencia, para otra no es significativo. ⁽¹⁵⁾

11.3 Edad de inicio de las relaciones sexuales.

El inicio precoz de las relaciones sexuales implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si además existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor.

Se encuentran entre los principales factores de riesgo de esta enfermedad. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino. ¹⁵

Estudio realizado plantea que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer cervicouterino debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la mayor incidencia de infección por HPV, lo cual favorece que exista un agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica. ¹⁶

11.4 Número de parejas sexuales.

El número de parejas sexuales se conceptualiza como el número de personas

con las que la mujer ha tenido o tiene relaciones sexuales. El cambio frecuente de parejas y el elevado número de parejas sexuales en una conducta de promiscuidad, durante un periodo de seis meses, se convierte en un referente para el riesgo de cáncer cervicouterino. Puede medirse como tener una pareja o tener múltiples parejas sexuales, que participen en actividades sexuales de alto riesgo debido a una conducta sexual promiscua.

Existe una relación estrecha entre el riesgo de lesiones intraepiteliales y el número de parejas sexuales, así las mujeres solteras, viudas o separadas corren más riesgos de exposición a un cáncer cervicouterino porque tienen mayor probabilidad de tener más compañeros sexuales, ya sean permanentes u ocasionales.

Las mujeres inactivas sexualmente raramente desarrollan cáncer cervical; mientras que, la actividad sexual en edades tempranas, con múltiples parejas sexuales, es un fuerte factor de riesgo.¹⁷

Las mujeres que limitan el número de sus parejas sexuales tienen un riesgo menor de cáncer cervical. Menos parejas hacen que tenga menos posibilidades de contagiarse el Virus del Papiloma Humano (VPH). El VPH es una enfermedad de transmisión sexual y algunas clases de VPH pueden hacer que las células de la matriz se vuelvan cancerosas.

11.5 Número de parejas sexuales del compañero.

Es importante la influencia del hombre en la génesis del cáncer cervicouterino. La probabilidad de que las mujeres tengan mayor riesgo de presentar la enfermedad se relaciona con la presencia de ácido nucleico viral en el pene o la uretra de su pareja sexual, tienen un riesgo tres veces superior si su compañero sexual ha tenido parejas previas que han desarrollado la enfermedad.¹ La relación entre número de parejas sexuales y el cáncer de cuello uterino, fue descubierta hace varias décadas, pero siempre se había tomado como un tema relacionado a la vida sexual de la mujer. Pero ya se ha demostrado que el número de parejas del hombre tiene un rol muy importante, según un estudio realizado por el Instituto Catalán de Oncología en España, el número de parejas sexuales del hombre aumenta en la mujer el riesgo de contraer el Virus de Papiloma Humano.¹⁸

La promiscuidad sexual de al menos un miembro de la pareja es otro de los factores a considerar, sobre todo cuando no se tiene en cuenta el uso de anticonceptivos de barrera como el condón. Algunos investigadores, han afirmado que el agente cancerígeno estaría en el ADN del espermatozoide; ya que los espermatozoides pueden estar hasta 60 horas en el canal cervical y por su gran movilidad y penetración se introducirían al interior de la células epiteliales; esta penetración según estudios in vivo e in vitro sólo ocurriría en fases de la metaplasia, de mayor actividad metabólica. La penetración de los espermatozoides ha sido confirmada por estudios histológicos y ultra radiográficos.

El papel del varón en el riesgo en la transmisión de la infección se atribuye en gran medida al semen. Su fisiopatología está determinada porque al producirse la eyaculación dentro de la vagina, los espermatozoides contenidos en el semen, ascienden a través del canal endocervical y una elevada cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamocolumnar, lugar donde se desarrolla el mayor número de neoplasias. Además, el plasma seminal contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune y este efecto local puede constituir un factor que contribuya al desarrollo de neoplasias.⁽¹⁹⁾

11.6 Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual, que en ocasiones se les llama también enfermedades venéreas, son infecciones que se adquieren, por lo general, por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos.²⁰

Cada año millones de personas son diagnosticadas con alguna clase de enfermedad de transmisión sexual (ETS). Las más comunes son clamidia, gonorrea, herpes, y el Virus del Papiloma Humano (VPH). Las mujeres que tienen una ETS, especialmente el VPH, tienen mayor riesgo de tener cáncer cervical. Algunos tipos de VPH hacen que las células del cuello del útero se transformen en cancerosas. Las mujeres que tienen ETS también tienen mayor riesgo de tener otros problemas de salud como la infertilidad y la inflamación pélvica.²¹

En la mayoría de los casos, las infecciones por el VPH no son serias, son asintomáticas, transitorias y desaparecen sin tratamiento. Sin embargo, en algunas personas, las infecciones por el VPH provocan la aparición de verrugas genitales, anomalías en las pruebas de Papanicolaou y cáncer de cuello uterino.²²

Aunque se ha hablado de varias infecciones de transmisión sexual, la gran mayoría de los casos de cáncer cervical son causados por el VPH, agente de transmisión sexual que infecta las células del cérvix y poco a poco trae como consecuencia cambios en las células y permite la aparición de un cáncer cervicouterino.

11.7 Tipo de infecciones de transmisión sexual.

Se ha demostrado la asociación que existe entre el cáncer cervicouterino con enfermedades de transmisión sexual, Se asocia con infección de VPH, y Chlamydia, y también con el VIH que facilita el desarrollo de la neoplasia.

Las infecciones de transmisión sexual constituyen actualmente una epidemia mundial, se estima que aproximadamente de 250 millones de casos nuevos anualmente, de los cuales, unos 50 millones pertenecen a las Américas. Las más frecuentes de ellas son las producidas por el VPH, la vaginosis bacteriana,

el herpes simple genital, las infecciones por chlamydia, gonocócica, sífilis y el VIH/sida. Todas pueden causar serias consecuencias a la salud reproductiva de la mujer.¹⁹

La infección por el virus del papiloma humano es reconocida por la OMS en el año 1992 como la causa más importante del cáncer cervicouterino. Los factores que influyen en la persistencia de este virus son cofactores virales, genéticos y relacionados con la conducta de la mujer o medioambientales. Los determinantes virales de progresión incluyen el tipo y carga viral, por unidad celular, las variantes filogenéticas y la integración con el ácido nucleico celular. Los posibles cofactores genéticos incluyen los marcadores de susceptibilidad genética, los factores que regulan la respuesta inmunitaria celular y humoral a la infección por este virus, entre otros.¹⁷

Típicamente, las mujeres contraen este virus durante la adolescencia y durante sus 20 o 30 años. Estudios epidemiológicos han confirmado que la exposición de las mujeres al virus del papiloma humano ocurre de forma muy precoz después de iniciar relaciones sexuales y que la susceptibilidad del cuello uterino de la mujer adolescente está aumentada, de forma que las infecciones en esta edad conllevan a un riesgo superior de cronificarse y de progresar a lesiones de alto grado y a cáncer. Se estima que el 74 % de las infecciones nuevas por virus del papiloma humano se producen entre los 15 y los 24 años de edad.¹⁸

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral.

Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, y en el área del ano. Estas verrugas pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. Se conocen como verrugas genitales o condiloma acuminado. Los tipos VPH6 o el VPH11 causan la mayoría de los casos de verrugas genitales. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina, cáncer de pene y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18 y entre otros: VPH 31, VPH 33 y VPH 45. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un VPH de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer.

La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con VPH. Otras pruebas detectan infecciones mediante la búsqueda de genes (ADN) del VPH en las células. A algunas mujeres se les hace

la prueba de VPH junto con la prueba de Papanicolaou como parte de la detección. Cuando el resultado de una prueba de Papanicolaou en una mujer es ligeramente anormal, la prueba de VPH también se puede usar para ayudar a decidir cuál será el próximo paso. Si los resultados de la prueba muestran un tipo de VPH de alto riesgo, se debe realizar una evaluación con el examen de colposcopia.¹⁵

La vaginosis bacteriana (VB) se conocía antes como vaginitis inespecífica o vaginitis por gardnerella y es la causa más común de aumento del flujo genital en las mujeres en edad reproductiva. Es un trastorno de la flora bacteriana vaginal normal que ocasiona pérdida de los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno y proliferación de bacterias predominantes anaerobias, se pueden encontrar bacterias anaerobias en menos de 1% de la flora vaginal de las mujeres normales.

El flujo vaginal, es una consulta ginecológica común a cualquier edad; la vaginosis bacteriana es el tipo más frecuente de infección vaginal entre mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) y actualmente representa, cuando menos, una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales. En numerosos estudios se ha demostrado una relación entre la vaginosis bacteriana y las secuelas adversas importantes. Las mujeres que experimentan VB están bajo riesgo incrementado de sufrir enfermedad inflamatoria pélvica, la cual sin un tratamiento adecuado puede llevar a la infertilidad y a un cáncer cervicouterino.²³

El virus herpes simple (Herpes virus hominis), comparte muchas propiedades con otros miembros de su familia, en humanos incluye, aparte del VHS, varicela-zoster, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, los herpes virus humanos tipos 6, 7 y 8. Todos los miembros de la familia Herpesviridae son capaces de establecer un estado de latencia en el interior de algunas de las células que infectan. El virus del herpes simple 2 (VHS-2) está implicado en la formación de carcinoma cervical en la mujer. Existen otros factores infecciosos como citomegalovirus, herpes virus humano 6, VIH y VHS-2 16,46. Un estudio epidemiológico reciente sugería que existía una interacción biológica entre el PVH-16 o PVH-18 y el VHS-2 durante el desarrollo de carcinoma cervical. Existen otros estudios que asocian la infección por VHS-2 con el carcinoma cervical en la mujer. A pesar de que los estudios existentes no son concluyentes en la asociación de VHS-2 con carcinoma cervical, existe evidencia de que el VHS-2 tiene el potencial de comportarse como factor de riesgo asociado para el desarrollo de carcinoma cervical.²⁴

La chlamydia es una bacteria que se parece a los virus, ya que su multiplicación es intracelular. En la década de los años 80 la Chlamydia Trachomatis es reconocido como un patógeno genital responsable de una variedad de síndromes clínicos: tracoma ocular (inmunotipos A-C), linfogranuloma venéreo (inmunotipos L1-L2-L3) Infecciones genitourinarias, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Algunos trabajos asocian las infecciones por Chlamydia con displasia cervical y con el carcinoma vulvar. Adicionalmente, C. trachomatis es considerada como un facilitador del ingreso

del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del virus papiloma humano (VPH) al epitelio cervical y ha sido implicada como posible factor en la etiología del cáncer cervical debido a que los virus se adquieren más fácilmente en presencia de células inflamatorias en el tracto genital.²⁵

11.8 Antecedentes de afecciones de cérvix.

Las afecciones de cérvix representa un factor de riesgo para el cáncer cervicouterino los más comunes a los que está expuesto el cuello uterino se exponen a continuación:

Cervicitis. Es la inflamación del cuello del útero causada por bacterias estafilococos y estreptococos o infecciones de transmisión sexual, como gonorrea, clamidia, tricomonas o virus del papiloma humano (VPH); es muy común, afecta a más de la mitad de las mujeres en algún momento de su vida adulta; se caracteriza por dolor pélvico y por generar abundante secreción amarillo verdoso, puede complicarse con obstrucción de las trompas.

Ectropión. Alteración del cuello uterino caracterizado por salida de la mucosa interna. Se parece a una úlcera y es muy frecuente en la mujer en edad fértil y en embarazadas a causa de la acción de hormonas femeninas, pero tras la menopausia vuelve a su normalidad. Esta lesión es curable al cien por ciento, pero se debe llevar control y seguimiento por el médico, ya que de persistir puede ocasionar lesiones crónicas y terminar en cáncer cervicouterino.

Ulceración cervical. El tejido del interior del canal cervical o alrededor del orificio puede infectarse, tomar color rojo y textura granular dando apariencia erosionada e inflamada. Las causas pueden ser una relación sexual violenta, inadecuada inserción de un tampón u otro objeto, infección (vaginal o de transmisión sexual) y sustancias químicas (cremas o espumas anticonceptivas espermaticidas).

Pólipos. Son crecimientos pequeños y frágiles en forma de proyectil originados en la superficie mucosa del cuello uterino; son relativamente comunes en las mujeres mayores de 20 años de edad que han tenido hijos. En la mayoría de los casos solamente se presenta un pólipo, aunque en ocasiones se pueden encontrar 2 ó 3. La causa aún no se ha comprendido completamente, pero con frecuencia son resultado de una infección, aunque suelen asociarse a inflamación crónica o a niveles elevados de estrógeno.²⁶

Papilomavirus. Los tejidos del útero y su cuello son altamente susceptibles al ataque de este tipo de microorganismos VPH, de los cuales se conocen 60 variedades, siendo ocho los causantes de problemas genitales y, de éstos, dos son los más graves que pueden propiciar verrugas (también llamadas condilomas; cabe destacar que son responsables del 90% de los casos de cáncer cervicouterino, pero de detectarse estas lesiones en etapas tempranas pueden ser tratadas mediante la cauterización en frío (congelación que destruye al tejido), tratamiento láser (cirugía con luz de alta intensidad) y extirpación quirúrgica.

El daño se conoce también como displasia y se cataloga en tres categorías: leve (NIC I), moderada (NIC II) y severa o carcinoma in situ (NIC III); las lesiones de menor grado llegan a desaparecer solas, mientras que las de mayor grado pueden llegar a degenerar en un tumor maligno.²⁷

11.9 Antecedentes de uso de anticonceptivos orales.

Existe evidencia de que el uso de anticonceptivos orales por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Estudio sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.⁷

Además se ha descrito que existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales, estrógeno y progesterona, presentes en los anticonceptivos orales, son factores que facilitan los efectos celulares de la infección por VPH.⁹

La Sociedad Americana Contra el Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar anticonceptivos orales superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.²²

11.10 Paridad.

Las mujeres con 2 o más hijos tienen un riesgo mayor de presentar lesión intraepitelial que las que nunca han parido o que han tenido un solo hijo y a pesar de no contar con una explicación definitiva sobre esto, se cree que la inmunodepresión propia de los embarazos aumenta la posibilidad de infección por VPH.

En relación con la paridad, se plantea que con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino debido a mayor número de contactos sexuales, a traumas cervicales, desgarros del parto no suturados con más exposición a virus oncogénicos y a cambios hormonales con posible acción carcinogénica.¹⁶ Se ha demostrado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar el parto vaginal como un factor de riesgo del cáncer cervicouterino. Se considera que durante el embarazo se produce una depresión inmunológica y de los folatos en la sangre, elementos que se han asociado a un incremento de lesiones intraepiteliales mientras más embarazos tenga la mujer.¹⁹

Se ha encontrado un incremento de carcinoma cervical y de neoplasia

intraepitelial cervical (NIC), en pacientes con gestaciones previas, los cuales consideran que la mujer se encuentra inmunodeprimida o baja sus defensas inmunológicas en cada embarazo; este déficit inmunológico repetido puede influir en una infección cérvico vaginal, además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto. Según la OMS, una mujer debe tener máximo tres hijos, cada tres años y hasta los 33 años de edad, clasificando la paridad según el número de hijos que tiene la mujer, como: Nuliparidad, cuando la mujer no ha tenido ningún parto; Multiparidad o elevada, cuando la mujer tiene más de 3 partos.²⁸

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces.²⁹

11.11 Tabaquismo.

Existe una relación directa entre el riesgo de contraer cáncer cervicouterino y la duración y la intensidad del hábito de fumar. Las fumadoras tienen doble riesgo con relación a las que nunca han fumado, porque la presencia la nicotina y otros derivados del tabaco, aumenta en mujeres con lesiones intraepiteliales, incluso se han encontrado estos agentes en muestras del moco cervical.⁷

El hábito de fumar también incrementa el riesgo de cáncer cervicouterino, 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 daño en el ADN causa que las células se transformen en cancerosas, debido que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.¹⁴

La neoplasia cervical es una enfermedad importante, que encuadra en la mayoría de los criterios antes señalados. El cérvix uterino es fácilmente accesible a la evaluación clínica, o el examen citológico que se realiza hoy en día, constituye un método práctico de detección del cáncer cervical en sus estadios tempranos, este método presenta una tasa falsamente negativa razonablemente baja. El tratamiento de una neoplasia intraepitelial cervical puede emprenderse en las mayorías de las comunidades con reducidas tasas de complicaciones y una buena expectativa de éxito.³⁰

11.12 Prueba Citológica Orgánica de cérvix.

La inclusión y el desarrollo de la citología como campo de estudio de la medicina, tuvo como antecedentes dos factores: el concepto de célula y la invención del microscopio. A pesar de que la invención del microscopio es muy antigua, el concepto de célula no fue aceptado sino hasta el siglo XVIII por lo que la citología como herramienta diagnóstica tiene sus comienzos a partir del siglo XIX.

Uno de los padres de la citología fue Johannes Müller, de Berlín, quien en 1838 editó una monografía sobre células tumorales malignas; a principios del siglo

XIX Joseph Récamier inventó el espéculo vaginal con el cual podía visualizar el cuello uterino y obtener células de la vagina y del cuello uterino.³¹

La citología orgánica de cérvix o cervico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cervicouterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70%.³¹

Además de que la prueba citológica puede detectar en un estadio temprano la presencia de lesiones premalignas y malignas, proporciona valiosa información sobre el estado hormonal de la paciente, así como la presencia de microorganismos. La eficacia del método se sustenta en muchos años de experiencia en su uso, que constituye una prueba de bajo costo, es muy específica y las lesiones que se identifican en ella pueden ser tratadas con eficiencia y sobre todo a tiempo.

En 1943 Papanicolaou y Traut publican su primer libro sobre el diagnóstico del cáncer de cuello uterino mediante frotis vaginal.

La detección de lesiones pre-malignas de cérvix por medio de la prueba de Papanicolaou (PAP) se ha convertido en el test citológico más importante y extendido en ginecología. La detección de lesiones cervicales con este método se basa en el estudio de las células de la zona de transición escamocolumnar. Esta zona donde se desarrolla un proceso continuo de metaplasia escamosa se denomina zona de transformación, la cual es conveniente reconocerla para llevar a cabo una buena toma citológica. Para que un sistema de detección sea eficaz debe cumplir con los siguientes requisitos: debe detectar la enfermedad en una etapa temprana con el fin de proporcionar un tratamiento definitivo, debe ser lo suficiente sencillo y específico; debe ser un método simple, accesible e indoloro, y debe tener un bajo costo para la paciente o para un programa de detección.³²

Existen pacientes de alto riesgo en las que es necesario practicar citología, por lo menos una vez al año: iniciación temprana de relaciones sexuales (en la adolescencia, la zona de transformación es más susceptible a los estímulos oncogénicos); relaciones sexuales con múltiples compañeros; compañero sexual que tiene o ha tenido múltiples compañeras; antecedentes de enfermedades venéreas. Tanto en el hombre como en la mujer (antecedentes de verrugas a nivel de pene o de vulva); hábito de fumar, primer embarazo en forma temprana.³²

En general la muestra exocervical por lo accesible del epitelio escamoso no ha presentado mayor dificultad, en cambio la muestra endocervical debe tener un método sencillo y práctico que proporcione células endocervicales en calidad y cantidad adecuadas. Un porcentaje del 25% de células endocervicales o más con buena conservación representa lo óptimo en el control de calidad de la

muestra. Porcentajes menores del 12.5% se consideran inadecuados para el diagnóstico, por consiguiente el frotis debe ser rechazado para su interpretación y el PAP debe repetirse.³²

Por último es necesario agregar que la lectura y reporte de la citología exocervical debe llevarse a cabo en laboratorios que cumplan con las normas de calidad, y bajo la supervisión de un citopatólogo calificado, con el objeto de adoptar una terminología universal que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas. Se ha adoptado el sistema de Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las pacientes que acuden a los servicios de tamizaje.³²

En conclusión los buenos resultados de la citología orgánica de cérvix dependen de: una adecuada toma de la muestra de la zona de transformación por raspado del ectocérvix; un cepillado endocervical, eliminado el exceso de moco; una buena preparación del material sobre la placa de vidrio; una buena fijación del material; un adecuado y oportuno envío al laboratorio de citopatología y una correcta interpretación del espécimen.

La importancia de comprender y detectar el resultado de una citología anormal, constituye un método para prevenir el cáncer cervicouterino, es por esto que en Bethesda en 1988 que se propuso el sistema de informes citológicos cervicales que lleva su nombre, el cual fue ampliamente difundido y virtualmente aceptado por la gran mayoría de quienes se dedican a la disciplina de la citología cervical.

El informe citológico según Bethesda 2001 consta de cuatro partes fundamentales: calidad del espécimen, categorización general (opcional), Interpretación/resultado y sugerencias (opcional).

Calidad de espécimen: Esta primera parte es muy importante debido a que expresa si el espécimen es apropiado para el estudio adecuado. Antes se informaban como negativas muchas citologías que no traían muestra completa con exocérvix y endocérvix, o que no se podían interpretar por otros defectos de la preparación, ahora cuando es insatisfactoria se debe repetir la toma de la muestra de manera correcta. En el informe debe constar la razón por la cual el extendido es insatisfactorio (ejemplo: muestra sin endocérvix, hemorrágica, muy gruesa, mal fijado, etc.). Además, si la muestra se recibe en tal estado que no se puede procesar (rota, etc.) se anota en el informe. Una vez definida como satisfactoria para evaluación de células epiteliales, se pasa a la parte siguiente (categorización). **Categorización general:** incluye con la primera en un solo ítem de tipo descriptivo corto, que simplemente define si el espécimen es negativo para neoplasia o si presenta anormalidades epiteliales. Sea cual sea el caso, la interpretación concreta se anota en el informe de manera específica.

Interpretación/resultados: La connotación de esta parte es clara en el sentido que la citología cuya muestra es satisfactoria para evaluación, no presenta células con cambios neoplásicos ni sospechosos de neoplasia. En caso de lesiones infecciosas o de otros cambios no neoplásicos se anotan a manera de advertencia, más que de diagnóstico, el cual se puede confirmar por otros métodos más apropiados para ello, ya que el objetivo fundamental de la

citología cervical es detectar estructura del sistema es tan versátil, que permite informar la presencia de bacterias (vaginosis bacteriana), hongos (cándida), virus (cambios citopáticos por herpes), parásitos (Trichomonas) o cambios reactivos por inflamación, radiación o dispositivos intrauterinos (DIU), que se deben correlacionar obviamente con los datos de la historia clínica.³³

El éxito de la citología cervical como método de tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino se debe a su relativa simplicidad y bajo costo del examen. La búsqueda regular de cáncer de cuello uterino mediante citología reduce tanto la mortalidad como la incidencia de cáncer invasor en la población estudiada; el tamizaje anual citológico puede reducir hasta en un 95% la incidencia por carcinoma escamoso invasor, sin embargo a pesar del conocimiento que la práctica rutinaria de frotis vaginal es efectiva, no hay consenso de cuál es el período o intervalo adecuado para realizarlo. La Sociedad Americana de Cáncer recomienda que se debe realizar una búsqueda anual a todas las mujeres con vida sexual activa y menores de 30 años, después de los 30 años una vez que se documenten 3 exámenes negativos consecutivos puede realizarse cada 2 o 3 años.³¹

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

El otro sistema la clasificación de Bethesda, que incluye las células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS - CEASI, atypical squamous cells of undetermined significance); las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL – LEIBG lowgrade squamous intraepithelial lesions), que incluyen al NIC I; y las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL-LEIAG, high-grade squamous intraepithelial lesions) que incluyen al NIC II. ²⁶

11.13 Marco legal

Capítulo 2

Sección séptima

Salud.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.³⁴

LEY ORGÁNICA DE SALUD

TÍTULO PRELIMINAR

CAPÍTULO I

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.³⁵

12 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Los factores de riesgo de cáncer cervicouterino se asocian con los resultados de citología orgánica de cérvix, en las pacientes atendidas en los consultorios de medicina familiar y comunitaria. Enero – Diciembre 2015.

13 MÉTODOS

13.1 Justificación de la elección del método

Se realizó el estudio tipo observacional, relacional de corte transversal, con el objetivo de determinar la posible asociación entre factores de riesgos de cáncer cervicouterino y los resultados de citología orgánica de cérvix en los Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales en el año 2015

13.2 Diseño de la investigación

13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

El universo estuvo integrado por las 240 mujeres que acudieron a realizarse la prueba citológica orgánica a los consultorios de medicina familiar y comunitaria durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

Criterios de inclusión

- Mujeres que en el periodo estudiado acudieron a realizarse citologías orgánicas del cérvix en los consultorios de M.F.C del centro de salud Pascuales. 2015.
- Disposición de la paciente a participar en el estudio. Previo consentimiento informado.
- Mujeres de 15 a 64 años de edad.

Criterios de exclusión

- Citologías no útiles.
- Pacientes con discapacidad mental.

13.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Como fuente primaria de información se utilizaron, los formularios N013 A, del Ministerio de Salud Pública, ANEXO 1 y 2, recibidos del departamento anatomopatológico del Instituto “Dr. Juan Tanca Marengo” (SOLCA), que

anexan los resultados de las citologías orgánicas de cérvix realizadas a las mujeres de los consultorios de medicina familiar del centro de salud de Pascuales, en el período de estudio, con esta información se diseñó una base de datos que permitió localizar a cada una de las pacientes objeto de estudio.

Para obtener la información relacionada con los factores de riesgos, se aplicó a la totalidad de mujeres con resultados de citología orgánica de cérvix previo consentimiento informado, ANEXO 3, una encuesta diseñada por la autora, la que fue validada por un comité integrado por 6 expertos profesionales en el tema, los que fueron seleccionados por los años de experiencia, las categorías docentes de auxiliar o asistente, los que se basaron para la evaluación de cada una de las preguntas en las normas y criterios de Moriyama. ANEXO 4

Los que evaluaron 5 aspectos y consideraron una puntuación de 0 a 2 en cada uno de ellos.

Los aspectos a considerar fueron los siguientes.

- **Comprensible:** Si se comprenden los aspectos que se evalúan, con relación al fenómeno que se quiere medir.
- **Sensible a variaciones en el fenómeno:** Si se puede discriminar entre individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
- **El instrumento tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables.**- Si existe la justificación para la presencia de la pregunta en el instrumento.
- **Componentes claramente definidos:** Si la pregunta tiene una definición clara
- **Se deriva de datos factibles a obtener:** Si el dato correspondiente a la pregunta evaluada se puede recoger

Para la puntuación los expertos se basaron en la siguiente clave; en 0 cuando equivale a NADA, 1 cuando equivale a POCO y 2 cuando equivale a MUCHO, aceptándose como pregunta válida la que obtuvo una puntuación por encima del 70%, una vez validado el instrumento, se procedió a aplicar la encuesta a la totalidad de la muestra del estudio

La encuesta ANEXO 5, estuvo estructurada por un total de ocho preguntas, que se les realizó a las mujeres en estudio, donde se preguntó sobre los factores de riesgo de cáncer cervicouterino.

El instrumento fue aplicado por la autora de la investigación en el consultorio de medicina familia No. 14 teniendo en cuenta las características del local iluminación, temperatura y silencio, cumpliendo con las normas éticas de respeto y privacidad por el tema tratado.

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Para recolectar la información fueron

Las Técnicas empleadas paVariable	Tipo de técnica
Edad de inicio de las relaciones sexuales.	Encuesta
Paridad	Encuesta
Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino	Encuesta
Número de compañeros sexuales	Encuesta
Números de parejas sexuales del compañero	Encuesta
Infección de transmisión sexual	Encuesta
Tipo de infección de transmisión sexual	Encuesta
Antecedentes de afecciones del cérvix	Encuesta
Antecedentes de uso de anticonceptivos orales	Encuesta
Tabaquismo	Encuesta
Resultados de citología orgánica de cérvix	Laboratorio anatomopatológico SOLCA

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los datos una vez recogidos fueron procesados de forma computarizada, a través de una base de datos realizada en Microsoft Excel. La base de datos fue exportada a SPSS versión 20.0 para su procesamiento y análisis. Se utilizaron medidas estadísticas descriptiva para el análisis univariado (números absoluto, porcentajes) y como medida de dispersión se utilizó la desviación estándar.

Se realizaron análisis bivariados en los que se utilizó la prueba de chi cuadrado. Se asumió un valor $\alpha = 0,005$. Se calculó como medida de la fuerza de asociación el odds ratio (OR) o razón de odds con los correspondientes intervalos de confianza.

Se utilizó la regresión logística para el análisis multivariado, considerando como variable dependiente alteraciones de la citología orgánica (categoría alterada y no alterada) y frotis positivo a malignidad (categoría si y no).

13 Variables.

13.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de Escala
Variable de Supervisión:			
Alteración de la citología orgánica de cérvix	Con alteración. Sin alteración.	Distribución de frecuencia y por ciento.	Cualitativa Ordinal
Variables Asociadas:			
Edad de inicio de las relaciones sexuales	10 a 14 años. -15 a 19 años. -20 a y más.	Distribución de frecuencia y por ciento	Cuantitativa Continúa.
Número de parejas sexuales de la paciente.	1 pareja 1 - 3 parejas 4 y más parejas	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Politómica
Número de compañeros sexuales de la pareja de la paciente.	Varias parejas. Una pareja	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Antecedentes de Infección de transmisión sexual	Con antecedentes Sin antecedentes	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Tipos de infección de transmisión sexual	Vaginosis. Papiloma. Herpes genital. Sífilis.	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Politómica
Antecedentes de afección de Cérvix.	Con antecedentes. Sin antecedentes	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Antecedentes de uso de anticonceptivos orales	Con antecedentes. Sin antecedentes	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Politómica

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de Escala
Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino	Con antecedentes Sin antecedentes	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Antecedentes de tabaquismo	Con antecedentes Sin antecedentes	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Tipo de alteración citológica.	Inflamación. Infección. Inflamación e infección. C.E.A.S.I* C.G.A.S.I** L.I.E.A.G*** L.I.E.B.G**** Carcinoma	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Ordinal Politémica
Frotis positivo a malignidad	Si No	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Nominal Dicotómica
Grado de malignidad	C.E.A.S.I* C.G.A.S.I** L.I.E.A.G*** L.I.E.B.G**** Carcinoma	Distribución de frecuencia y por ciento	Cualitativa Ordinal Politémica

*Células Escamosas Atípicas de Significancia Indeterminada.

**Células Glandulares Atípicas de Significancia Indeterminada.

***Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.

****Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.

14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 240 pacientes, en las edades comprendidas entre los 14 a 64 años, la edad promedio fue $36,1 \pm 12,3$ años. El 68% (163 mujeres) resultaron ser amas de casas mientras el resto (32%; 77 Mujeres) refirió ocuparse como empleadas domésticas, comerciante menor y obreras. Predominó el nivel escolaridad primaria con 144 pacientes (60%). Los factores de riesgo de cáncer cervicouterino identificados en las pacientes se exponen a continuación:

La tabla 1 muestra el comportamiento de la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, observándose que el grupo de mayor por ciento lo alcanzó las que comenzaron entre 15 a 19 años para un 65%; sin embargo es importante hacer referencia a que 29 mujeres (12,1%) iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.

Tabla 1: Distribución de pacientes según edad de inicio de relaciones sexual Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Edad de inicio de las relaciones sexuales. (años)	Nº	%
Menor de 15	29	12,1
15 - 19	156	65,0
20 y más	55	22,9
Total	240	100,0

Como se puede apreciar en la tabla 2, del total de pacientes estudiadas, 105 mujeres respondieron haber tenido de 2 a 3 parejas sexuales, lo que representa el 43,8% del total, mientras que 40 pacientes respondieron haber tenido de 4 y más parejas sexuales (16,7%); resumiendo ambas categorías se demuestra que el 60,5% (145 mujeres) de las participantes presentaron el factor de riesgo.

Tabla 2: Distribución de pacientes según números de parejas sexuales. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Número de parejas sexuales	Nº	%
1 pareja sexual	95	39,6
2 - 3 parejas sexuales	105	43,8
4 y más parejas	40	16,7
Total	240	100,0

Al analizar la tabla 3, el comportamiento de las parejas sexuales del compañero se encontró que de las 240 mujeres del estudio, en 185 de ellas (77,1%) conocían que su pareja sexual había tenido varias compañeras sexuales antes o durante su relación, solo el 22,9% de las encuestadas afirman que su pareja solo han estado con una sola persona en la intimidad.

Tabla 3: Distribución de pacientes, según número de parejas sexuales del compañero. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Número de parejas sexuales del compañero	Nº	%
Varias parejas	185	77,1
Una pareja *	55	22,9
Total	240	100,0

* Se refiere a la mujer que forma parte de este estudio

Al analizar los antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS) de las 240 mujeres en estudio, 134 mujeres (55,8%) refirieron haber presentado alguna infección de transmisión sexual. (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución de pacientes, según casos de antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Infección de transmisión sexual	Nº	%
Si	134	55,8
No	101	42,1
No sé	5	2,1
Total	240	100,0

En la tabla N°5 se evidencia que de los 134 casos de ITS encontrados predomina las Vaginosis con 123 casos (91%), adicional a este resultado se encontró antecedentes de papiloma Virus en 2 mujeres (1,50%), Herpes genital en 8 mujeres (5,9%) y una mujer con antecedentes de sífilis.

Tabla 5: Distribución de pacientes, según casos de tipo de infecciones de transmisión sexual. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Infección de transmisión sexual	Nº	%
Herpes genital	8	5,97
Papiloma	2	1,50
Sífilis	1	0,75
Vaginosis	123	91,79
Total	134	100,0

Como se presenta en la tabla 6 de las 240 mujeres encuestadas, 195 mujeres (81,25%) no presentaron antecedentes de afección de cérvix; mientras que 45 mujeres (18,75%) presentaron en sus antecedentes gineco-obstétricos alguna afección de cérvix. Entre estas la cervicitis con 41 mujeres (98,4 %) fue el tipo de afección más frecuente q refirieron las mujeres con antecedentes.

Tabla 6: Distribución de pacientes, según casos de antecedentes de afección de Cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Antecedentes de afección de cérvix	Nº	%
Si	45	18,7
No	195	81,2
Total	240	100,0

Al establecer el análisis del uso de anticonceptivos orales de las 240 pacientes estudiadas, el 79,6 % (191 pacientes) respondieron no haberlos usados en tanto, 49 mujeres (20,4%) usaron anticonceptivo por más de cinco años.

Referente al número de partos, en el estudio realizado, se observó un comportamiento similar entre las mujeres nulíparas y las primíparas, con el 35,8 y 33,8 % respectivamente, en tanto que 66 mujeres multíparas (27,5%) tenían antecedentes de dos a cinco partos y 7 mujeres gran multíparas (2,9%) tuvieron de seis a once partos. (Tabla 7)

Tabla 7: Distribución de pacientes, según paridad. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Paridad	Nº	%
Nulípara	86	35,8
Primípara	81	33,8
Multípara	66	27,5
Gran multípara	7	2,9
Total	240	100,0

En las pacientes encuestadas se observó antecedentes familiares de cáncer cervicouterino en 49 pacientes (20,4%) y 191 mujeres (79,6) no presentaron ningún antecedente. Con antecedentes de abuela 33 mujeres (68,7%), 12 mujeres (25,0%) con antecedentes de madre, 3 mujeres (6,2%) con antecedentes de hermana y 1 paciente (2,0%) con antecedentes de dos familiares de abuela y hermana lo que establece que la presentación de cáncer cervicouterino se puede deber a varios factores externos y no necesariamente de tipo hereditario.

De las 240 mujeres encuestadas, no presentaron antecedentes de tabaquismo 210 mujeres (7,5%), y con antecedente de fumadora 30 mujeres (12,5%)

Los resultados de la citología orgánica de cérvix, informados por el departamento anatomopatológico del Instituto Oncológico “Dr. Juan Tanca Marengo” (SOLCA), se describen a continuación:

De los 240 resultados de la citología orgánica de cérvix, se encontró que 138 resultados (57,5%) presentaron diferentes tipos de alteraciones y 102 resultados (42,5%) no presentaron alteraciones.

De los 138 resultados alterados, predominó la alteración tipo inflamatoria en 53 frotis (38,4%), de tipo infecciosa en 40 resultados (29%) y 32 resultados

(23,2%) reportaron alteración mixta de infección e inflamación. Y 13 resultados (9,2%) con frotis positivo a malignidad, lo cual representa el 5,4% del total de mujeres estudiadas, de las cuales, con lesión intraepitelial de bajo grado (6 frotis, 4,3%), células escamosas atípicas de significación indeterminada (3 frotis, 2,1%), carcinoma (2 frotis, 0,7%). Ver tabla 8

Tabla 8: Distribución de resultados de citologías según tipo de alteraciones. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Tipos de alteraciones citológicas	Nº	%
Inflamación	53	38,4
Infección	40	28,9
Infección e inflamación	32	23,2
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	6	4,3
Células escamosas atípicas de significación indeterminada	3	2,2
Carcinoma	2	1,4
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado	1	0,7
Células glandulares atípicas de significación indeterminada	1	0,7
Total	138	100,0

El comportamiento de los diferentes factores de riesgo de cáncer cervicouterino según los resultados de alteración de la citología orgánica de cérvix que ofreció el departamento de anatomopatología del Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, se muestran a continuación.

En la tabla 9, se muestra los factores de riesgo de cáncer cervicouterino, relacionado con las citología alterada, se puede observar que las citologías tipo inflamatoria, infecciosa y mixta (inflamación e infección), predominó en los resultados de: Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años de edad en 37 resultados con el 69,8% tipo inflamatorio; 28 infeccioso con el 70% y mixto en 17 resultados con 53,1%.

En número de parejas sexuales de 2 a 3 parejas en 24 resultados inflamatorio (45,3%), en 12 resultados infeccioso (30,0%) y en 12 resultados mixto (37,5%).

Número de parejas sexuales del compañero predominó en los resultados en las mujeres que su parejas habían tenido varias parejas sexuales al mismo tiempo que convivían con ella con inflamación en 38 resultados (71,7%), infección 30 resultados (75,0%), mixto 22 resultados (69,0%).

Con antecedente de infección de transmisión sexual, 31 mujeres (58,5%) presentaron resultados inflamatorios, con resultado infeccioso 22 mujeres

(55,0%) y con resultados mixto 20 mujeres (62,5%).

De los tipos de infección de transmisión sexual predominó los resultados alterados de las mujeres que tenían antecedentes de vaginosis, con alteraciones inflamatoria en 24 resultados (45,3%), con alteraciones infecciosas 17 resultados (42,5%) y 17 resultados (53,1%).

Con antecedentes de afección de cérvix hubo 10 resultados (19%) con inflamación, 7 resultados (15%) con infección y 5 resultados con alteración mixta (16%).

Uso de anticonceptivos resultó que las mujeres que no lo utilizan tuvieron mayor incidencia con 43 mujeres con resultados de inflamación (80%), 42 resultados con infección (91%), y 26 resultados con alteración mixta (81%).

Con antecedentes familiares de cáncer cervicouterino: 12 mujeres presentaron resultados inflamatorios (22,6%); 10 con alteraciones infecciosas (25,0%); 7 con resultados tipo inflamatorio e infeccioso (21,9).

Además la mayor parte de los que presentaron infecciones o inflamación no fuman, siendo este un factor no incidente de forma directa con las afecciones de cuello uterino.

Tabla 9: Distribución de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino según tipo de alteración de la citología orgánica de cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Factores de riesgo		Inflamación N=53		Infección N=40		Inflamación e infección N=32	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)	Menos 15	5	9,4	7	17,5	6	18,8
	15-19	37	69,8	28	70,0	17	53,1
	20 y más	11	20,8	5	12,5	9	28,1
Número de parejas sexuales	1	20	37,7	18	45,0	17	53,1
	2 a 3	24	45,3	12	30,0	12	37,5
	4 y más	9	17,0	10	25,0	3	9,4
Número de pareja sexuales del compañero	Solo una mujer	15	28,3	10	25,0	10	31,0
	Varias parejas	38	71,7	30	75,0	22	69,0
Antecedentes de infección de transmisión sexual	Si	31	58,5	22	55,0	20	62,5
	No	22	41,5	18	45,0	12	37,5
Tipo de ITS	Vaginosis	24	45,3	17	42,5	17	53,1
	Herpes G	4	7,5	2	5,0	0	0,0
	Vaginosis y papiloma	2	3,8	3	7,5	3	9,4
	Papiloma	1	1,9	0	0,0	0	0,0
	Ninguno	22	41,5	18	45,0	12	37,5
Antecedentes afección de cérvix	Si	10	18,9	5	12,5	5	16,0
	No	43	81,1	35	87,5	27	84,0
Antecedente de uso de anticonceptivos	Si	11	20,8	3	7,5	6	19,0
	No	42	79,2	37	92,5	26	81,0
Paridad	Nulípara	13	24,5	15	37,5	12	37,5
	Primípara	5	9,4	7	17,5	2	6,3
	Múltipara	28	52,8	15	37,5	13	40,6
	Gran múltipara	7	13,2	3	7,5	5	15,6
Antecedente de cáncer cervicouterino	Si	12	22,6	10	25,0	7	21,9
	No	41	77,4	30	75,0	25	78,1
Tabaquismo	Si	6	11,3	6	15,0	1	3,1
	No	47	88,7	34	85,0	31	96,9

Los factores de riesgo de cáncer cervicouterino encontrados en los 13 resultados con frotis positivo a malignidad se explica en la tabla 10. De los 3 resultados citológicos con células escamosas atípicas de significación indeterminada presentaron: antecedentes de edad de inicio de las relaciones sexuales de 15 a 19 años en 2 resultados (66,7%), con una solo pareja sexual en 2 resultados (66,7%); varias parejas sexuales del compañero y múltipara: en 3 resultados (100,0%); con multiparidad 3 (100,0%); con antecedentes de infección de transmisión sexual,

antecedentes de afección de cérvix, antecedentes de uso de anticonceptivo y antecedentes de tabaquismo: 1 resultado (33,3%).

Del único resultado de células glandulares atípicas de significación indeterminada se encontró los siguientes factores de riesgo: edad de inicio de las relaciones sexuales de 15 a 19 años de edad, con antecedentes de una sola pareja sexual, con varias sexuales parejas del compañero, con antecedente de afección de cérvix, con uso de anticonceptivos, múltipara y con antecedentes de tabaquismo.

Del resultado de lesión intraepitelial escamosa de alto grado se encontró los siguientes factores de riesgo: edad de inicio de las relaciones sexuales de más de 20 años de edad, con antecedentes de 2 a 3 parejas sexuales, con varias sexuales parejas del compañero, con antecedente de infección de transmisión sexual tipo Vaginosis, con antecedente de afección de cérvix, con uso de anticonceptivos, múltipara y con antecedentes de tabaquismo.

De los 6 resultados de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado se encontró los siguientes factores de riesgo: Edad de inicio de las relaciones sexuales: menor de 15 años de edad 1 resultado (16,7%), de 15 a 19 años 3 resultados (50,0%), de 20 y más años de edad 2 resultados (33,3%); Número de pareja sexuales: con una sola pareja sexual y con 4 y más se encontró 1 resultado (16,7%), de 2 a 3 parejas sexuales 4 resultados (66,7%), con varias parejas sexuales del compañero en los 6 resultados (100,0%), con antecedente de infección de transmisión sexual 5 resultados (83,3%) tipo Vaginosis, con antecedente de afección de cérvix 1 (16,7%); con uso de anticonceptivos 6 (100,0); Paridad: nulípara 3 resultados (50,0%), primípara 2 resultados (33,3%), múltipara 1 (16,7%); en 5 resultados no presentaron antecedentes familiares de cáncer cervicouterino ni antecedentes de tabaquismo.

De los 2 resultados citológicos de carcinoma presentaron: antecedentes de edad de inicio de las relaciones sexuales de 15 a 19 años, varias parejas sexuales del compañero, con antecedente de infección de transmisión sexual de predominio vaginosis y múltipara con 2 resultados (100%); con antecedente de 2 a 3 pareja sexual y antecedentes de tabaquismo 1 resultado (50,0%).

Tabla 10: Distribución de mujeres con alteración citológica positiva a malignidad según factores de riesgo de cáncer cervicouterino. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Factores de riesgo		C.E.A.S.I N=3		C.G.A.S.I N=1		L.I.E.A.G N=1		L.I.E.B.G N=6		Carcinoma N=2	
		Nº	%								
Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)	Menos 15	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
	15-19	2	66,7	1	100,0	0	0,0	3	50,0	2	100,0
	20 y más	0	0,0	0	0,0	1	100,0	2	33,3	0	0,0
Número de parejas sexuales	1	2	66,7	1	100,0	0	0,0	1	16,7	1	50,0
	2 a 3	1	33,3	0	0,0	1	100,0	4	66,6	1	50,0
	4 y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Número de pareja sexuales del compañero	Varias parejas	3	100,0	1	100,0	1	100,0	6	100,0	2	100,0
Infección de transmisión sexual	Si	1	33,3	0	0,0	1	100,0	5	83,3	2	100,0
	No	2	66,7	1	100,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Tipo de ITS	Ninguno	2	66,7	1	100,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
	Herpes genital	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Papiloma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Vaginosis y papiloma	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0
	Vaginosis	0	0,0	0	0,0	1	100,0	3	50,0	2	100,0
Antecedentes afección de cérvix	Si	1	33,3	1	100,0	1	100,0	1	16,7	0	0,0
	No	2	66,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3	2	100,0
Uso de anticonceptivos	Si	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00%
	No	2	66,7	1	100,0	1	100,0	6	100,0	2	100,0
Paridad	Nulípara	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0
	Primípara	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,0	0	0,0
	Múltipara	3	100,0	1	100,0	1	100,0	1	16,7	2	100,0
Antecedente de cáncer cervicouterino	Si	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	50,0
	No	2	66,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	50,0
Tabaquismo	Si	1	33,3	1	100,0	1	100,0	1	16,7	1	50,0
	No	2	66,7	0	0,00	0	0,0	5	83,3	1	50,0

Al analizar la tabla 11, que presenta los resultados entre la asociación de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino y los resultados de la citología orgánica del cérvix, la variable en la que se detectó asociación significativa con la alteración de la citología fue el uso de anticonceptivos orales, ($X^2 = 5,40$, $p = 0,02$). Otra variable que mostró asociación significativa con la alteración de la citología fue la paridad, ($X^2 = 6,70$, $p = 0,08$).

Tabla 11: Distribución de mujeres con resultados de citología orgánica de cérvix según factores de riesgos de cáncer cervicouterino. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Factores de riesgo de cáncer cervicouterino		Alteración en la citología orgánica de cérvix				Total N=240		X ²	p
		Sí		No					
		N= 138		N= 102		N°	%		
		N°	%	N°	%				
Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)	Menos 15	20	14,5	9	8,8	29	12,1	2,54	0,28
	15-19	90	65,2	66	64,7	156	65,0		
	20 y más	28	20,3	27	26,5	55	22,9		
Número de parejas sexuales	1	60	43,5	35	34,3	95	39,6	2,37	0,30
	2-3	55	39,9	50	49,0	105	43,8		
	4 y más	23	16,7	17	16,7	40	16,7		
Número de pareja sexuales del compañero	Varias parejas	103	74,6	82	80,4	185	77,1	1,09	0,29
	Una pareja	35	25,4	20	19,6	55	22,9		
Infecciones de transmisión sexual	SI	82	59,4	53	52,0	135	56,3	1,32	0,24
	No	56	40,6	49	48,0	105	43,8		
Tipos de ITS	Ninguno	56	40,6	49	48,0	106	43,8	1,30	0,20
	Herpes G	2	1,45	6	5,9	8	3,3		
	Papiloma	0	0	2	0,9	2	0,4		
	Vaginosis y papiloma	0	0	1	0,9	1	0,4		
	Vaginosis	80	57,97	44	42,1	123	51,3		
Antecedentes de afección de cérvix	Si	23	16,7	22	21,6	45	18,8	0,92	0,33
	No	115	83,3	80	78,4	195	81,3		
Uso de anticonceptivos	Si	21	15,2	28	22,7	49	20,4	5,4	0,02
	No	117	84,8	74	72,5	191	79,6		
Paridad	Nulípara	43	31,2	43	42,2	86	35,8	6,65	0,84
	Primípara	45	32,6	36	35,3	81	33,8		
	Múltipara	44	31,9	22	21,6	66	27,5		
	Gran múltipara	6	4,3	1	1,0	7	2,9		
Antecedente familiares de cáncer cervicouterino	Si	32	23,2	17	16,7	49	20,4	1,53	0,21
	No	106	76,8	85	83,3	191	79,6		
Tabaquismo	Si	16	11,6	14	13,7	30	12,5	0,24	0,62
	No	122	88,4	88	86,3	210	87,5		

En la tabla 12, los resultados de la regresión logística mostraron que considerando el efecto conjunto de todos los factores de riesgo, mostró asociación significativa con los resultados de la citología orgánica de cérvix en aquellas mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales a los 15 años (OR= 2,16)

con un IC 95% [8,80-5,86] superior a 1, al igual que el uso de anticonceptivos (OR= 2,01) con IC 95% [1,03-3,92], no existiendo una relación significativa con los factores de riesgo del tabaquismo y el número de parejas sexuales del compañero.

Tabla 12: Análisis de Regresión logística para la variable independiente resultados de la citología orgánica del cérvix.

Factores de riesgos	B	Sig.	Odds ratio (OR)	I.C 95,0% OR	
				Límite inferior	Límite superior
Edad de inicio relación*		,29			
Edad de inicio de R.S (1)	,77	,12	2,16	0,80	5,85
Edad de inicio de R.S (2)	,32	,31	1,3	0,72	2,65
Parejas Sexuales	,37	,27	1,45	0,73	2,87
Antecedentes familiares de cáncer	,38	,38	1,46	0,73	2,93
Papiloma virus	,04	,93	1,04	0,38	2,8
Antecedentes de I.T.S	,42	,15	1,53	0,84	2,76
Tipos de ITS	,40	,15	1,52	0,83	2,73
Afección de cérvix	-,377	,30	0,68	0,33	1,4
Tabaquismo (Sí vs No)	-,114	,78	0,89	0,39	2,03
Nº de parejas sexuales del compañero *		,43			
Nº de parejas sexuales del compañero (1)	-,19	,62	0,82	0,37	1,79
Nº de parejas sexuales del compañero (2)	-0,39	,19	0,67	0,37	1,22
Anticonceptivos (Sí vs No)	0,69	,04	2,01	1,03	3,92
Constante	-1,041	,12	0,35		

*Categoría de referencia: Edad menores de 15 años.

*Categoría de referencia: Número de parejas sexuales del compañero. Una pareja.

Al analizar la tabla 13, que presenta los resultados entre la asociación de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino y los resultados de la citología orgánica del cérvix según grado de malignidad, se observó que las variables que mostraron asociación significativa con la malignidad de la citología resultaron el número de parejas sexuales del compañero con una frecuencia tabulada de ($X^2 = 4,08$, $p=0,043$) siendo mayor a la frecuencia mínima esperada al 95% de probabilidad de (2,98), los antecedentes de papiloma Virus con una frecuencia tabulada de ($X^2 = 7,120$, $p=0,026$), siendo superior a la frecuencia mínima esperada (1,25) y el número de partos como factor importante teniendo una mayor incidencia entre más partos con un frecuencia tabulada ($X^2 = 2,33$, $p=0,51$), superior a la mínima esperada de 0,38 indicando que entre mayor cantidad de partos de 3 a 5 es mayor la incidencia del grado de malignidad (frotis positivo)

Tabla 13: Distribución de mujeres con factores de riesgo de cáncer cervicouterino con resultados citológicos según grado de malignidad. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2015

Factores de riesgo		Grado de malignidad				Total N=240		X ²	P
		Positivo N= 13		Negativo N= 227					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
		Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)	Menos 15	2	15,4	27	11,9		
	15-19	8	61,5	148	65,2	156	65,0		
	20 y más	3	23,1	52	22,9	55	22,9		
Número de parejas sexuales	1	5	38,5	90	39,6	95	39,6	0,98	
	02-mar	7	53,8	98	43,2	105	43,8		
	4 y más	1	7,7	39	17,2	40	16,7		
Número de pareja sexuales del compañero	Solo con la pareja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4,08	0,043
		0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Varias parejas	13	100,0	227	100,0	240	100,0		
Infección de transmisión sexual	Si	9	69,2	125	55,0	134	55,8	1,00	0,31
	No	4	30,8	102	45,0	106	44,2		
Tipos de ITS	Con antecedente	4	30,8	19	8,4	23	9,6	7,120	0,026
		217	90,4						
Papiloma virus	Sin antecedente	9	69,2	208	91,6			0,16	0,715
Antecedentes de afección de cérvix	Si	3	23,1	42	18,5	45	18,8		
	No	10	76,9	185	81,5	195	81,3		
Uso de anticonceptivos	Si	1	7,7	48	21,1	49	20,4	1,30	0,47
	No	12	92,3	179	78,9	191	79,6		
Paridad	Nulípara	3	23,1	83	36,6	86	35,8	2,33	0,50
	Primípara	4	30,8	77	33,9	81	33,8		
	Múltipara	5	38,5	61	26,9	66	27,5		
	Gran múltipara	1	7,6	6	2,6	7	2,9		
Antecedente familiar de cáncer cervicouterino	Si	3	23,1	46	20,3	49	20,4	0,06	0,80
	No	10	76,9	181	79,7	191	79,6		
Tabaquismo	Si	3	23,1	27	11,9	30	12,5	1,40	0,23
	No	10	76,9%	200	88,1	210	87,5		

En la tabla 14, los resultados de la regresión logística mostraron que considerando el efecto conjunto de todos los factores de riesgo, se identificó el Papiloma Virus, como la variable con asociación significativa con el grado de malignidad. (OR=6,4, IC 95% 1,27-32,98), el resto de variables consideradas no arrojaron resultados significativos relacionados con el grado de malignidad de la citologías orgánicas del cérvix.

Tabla 14: Análisis de regresión logística para la variable independiente frotis positivo a malignidad.

Factores de riesgos	B	Sig.	Odds ratio (OR)	I.C 95,0% OR	
				Límite inferior	Límite superior
Edad de inicio R.S		0,77			
Edad de inicio de R.S (1)	0,759	0,47	2,135	0,270	16,915
Edad de inicio de R.S (2)	0,341	0,65	1,407	0,314	6,309
Parejas Sexuales	-18,70	0,99	0,000	0,00	
Antecedentes familiares de cáncer	-0,161	0,83	0,851	0,196	3,697
Anticonceptivos	-1,52	0,16	0,218	0,26	1,843
Papiloma virus	1,86	0,025	6,471	1,270	32,980
Infección de transmisión sexual	-0,18	0,803	0,835	0,203	3,445
Tipos de ITS	-0,18	0,80	0,825	0,198	2,475
Afección de cérvix	-0,322	0,684	0,725	0,154	3,414
Tabaquismo	0,956	0,204	2,602	0,595	11,377
Nº de parejas sexuales del compañero		0,838			
Nº de parejas sexuales del compañero (1)	-0,56	0,614	0,562	0,060	5,289
Nº de parejas sexuales del compañero (2)	0,92	0,886	1,096	0,310	3,875
Constante	15,76	0,998	7007126,4		

DISCUSIÓN

En la investigación se evidenció que el mayor porcentaje de las mujeres del estudio iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad, así como que un porcentaje no despreciable de las mismas 12,1% antes de los 15 años de edad, aspecto de suma importancia, y que concuerdan con el proyecto CERCA financiado por la Unión Europea realizado en el 2013, según este estudio a nivel de la región andina, el Ecuador, es el país con la tasa más alta de embarazo adolescente, el 46,5% de las madres a nivel nacional tuvieron su primer hijo antes de los 19 años de edad.³⁶

A conclusiones similares llegó el investigador Eduardo Castro Balarezo cuando afirma que: la vida sexual incrementa la frecuencia del padecimiento de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que la inician antes de los 16 años de edad. En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la colonización fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocervix, en este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna de célula es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer. Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa.³⁷

En un estudio descriptivo realizado sobre el comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino, en una muestra de 519 mujeres, con resultados registrados en la historia clínica, se encontró que: en cuanto a edad de inicio de las relaciones sexuales, 53,5% tuvo la primera relación sexual entre 15 y 19 años, 17,5% entre 20 y 24 años y 16,7% en edad menor de 15 años, destacando la presencia de 0,2% que lo inició entre 11 y 12 años, es decir que 70,2% de mujeres menores de 20 años iniciaron relación sexual, además el estudio muestra la relación del comienzo temprano de las relaciones sexuales con la aparición del cáncer cervicouterino; respecto al número de parejas sexuales, 30% tiene promiscuidad sexual, 48,8% tuvo de dos a cuatro parejas sexuales y 32,4% de cinco a más parejas.³⁸

Respecto al número de parejas sexuales y la incidencia en el cáncer cervicouterino, el mayor porcentaje de mujeres encuestadas, tuvieron de 2 a 3 parejas sexuales coincidiendo con la investigadora Fernanda Emperatriz Toapanta, la autora determina que existe cierto grado de relación entre las infecciones de transmisión sexual y el número de parejas sexuales, en el mencionado estudio se observa que en los casos de Vaginosis Bacteriana el número de parejas sexuales es, de 1,75 que equivales a 2 parejas sexuales, encontrándose una mínima de 1 pareja sexual hasta 4 parejas sexuales; y de 1,46 parejas que equivales a una pareja sexual para los controles y un máximo de 3 parejas sexuales.³⁹

Un estudio de Marco Antonio Yáñez Sotomayor plantea que: el predictor más consistente de infección genital por VPH ha sido la actividad sexual, aunque no es necesario exclusivamente la penetración vaginal, el riesgo de infección

en mujeres está directamente relacionado al número de parejas sexuales masculinas y el número de parejas sexuales femeninas que ha tenido el varón.⁴⁰

Sobre este aspecto también hablan Fabiola Calle Veintimilla, y cols quienes en su investigación determinan, que la promiscuidad sexual refiere que las relaciones sexuales con varias parejas constituyen uno de los principales factores de riesgo para la infección por VPH, de tal manera se puede recalcar que aquellas mujeres con un solo compañero tienen menos riesgo de infección, mientras que las mujeres con más de un compañero sexual presentan mayor riesgo a padecer esta enfermedad.⁴¹

Referente al número de parejas sexuales de su compañero, se encuentran referencias similares, en la investigación realizada por Bosch, Fx; Lorincz, A; Muñoz, N, los que observan que una mujer posee mayor riesgo de contraer la enfermedad 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. El estudio muestra que los compañeros de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de parejas que las mujeres control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de infecciones de transmisión sexual.⁴²

En un estudio realizado por Gustavo Adolfo Borja Velezmoro y David Franco Villafuerte encontró que el rol del comportamiento sexual del hombre como determinante de riesgo para que la mujer desarrolle cáncer cervical, el estudio muestra evidencia directa del rol del hombre comparando el comportamiento sexual de maridos de pacientes con cáncer cervical con el de los maridos de mujeres control, en los casos con cáncer cervical es de 5 a 7 veces más probable tener un marido que había tenido 10 o más compañeras sexuales que las que fueron controles.⁴³

En antecedentes de infecciones de transmisión sexual, diferentes autores han investigado sobre el tema y coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio, una investigación realizada por el Ministerio de Salud de Chile demuestra que en un 100% de los casos estudiados consideran que una infección de transmisión sexual se transmite con mayor riesgo cuando se tiene relaciones sexuales sin haberse protegido antes, por lo que se menciona que en la etapa de adolescencia es donde mayor peligro se corre ya que se cuenta con menos conocimientos sobre las formas de evitar las infecciones de transmisión sexual, elemento que se asocia a esta investigación porque se demuestra que uno de los factores que prevalecen para contraer un cáncer cervicouterino, es tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual.⁴⁴

Se demostró la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual en un estudio realizado por Muñoz N, en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y Chlamydia trachomatis en Colombia y España, pero no en Brasil; mientras que otros estudios han

asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.⁴⁵

Las infecciones de transmisión sexual como la producida por el virus del herpes simple genital tipo 2 (HSG-2) pueden actuar de manera sinérgica en la acción oncogénica del VPH. Otras infecciones han sido consideradas como las producidas por *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas*.⁴⁶

Referente a tipo de infección de transmisión sexual en el presente estudio, se observó un predominio de la vaginosis lo cual coincide con la investigación realizada por Fernanda Emperatriz Toapanta, quien estudio la prevalencia de la vaginosis bacteriana y sus factores de riesgo, en otro estudio del Centro de prevención del cáncer de Harvard. Cáncer cervical: factores de riesgo. Harvard, Estados Unidos, se observa que cada año millones de personas son diagnosticados con alguna clase de enfermedad de transmisión sexual (ETS). Las más comunes son clamidia, gonorrea, herpes, y el Virus del Papiloma Humano (VHP). Las mujeres que tienen una ETS, especialmente el VHP, tienen mayor riesgo de tener cáncer cervical. Algunas clases de VHP hacen que las células de la matriz del útero se transformen en cancerosas. Las mujeres que tienen ETS también tienen mayor riesgo de tener otros como la infertilidad y la inflamación pélvica.²⁰

Los antecedentes de afecciones del cérvix, en la investigación realizada se apreció que el mayor porcentaje de mujeres que se realizaron la citología orgánica de cérvix presentaron cervicitis, un estudio de Vásquez Márquez Ángela y cols, reporta que en los resultados de la citología orgánica de cérvix, La cervicitis representa un riesgo triple de desarrollar el cáncer, con relación a las que no lo tenían, en aquellas con esta condición patológica.⁴⁶

En la paridad, en el presente estudio se observó un alto porcentaje las nulíparas y las primíparas, pero un porcentaje importante presentaron las sumas de las múltiparas y gran múltiparas, que se coincide con datos reflejados por otros investigadores que refieren que los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ, realizados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor.⁴⁷

Las alteraciones citológicas del presente estudio, se observa que las mayores incidencias de las alteraciones de la citología son provocadas por inflamación, infección y ambas, lo que coincide con estudio realizado por Torres Vidal, Mirella donde afirman que el diagnóstico que mayor frecuencia se cuantificó, es el de negativo para cáncer 83.15%, con presencia mayoritaria de una inflamación o inflamación más infección asociada que fue la de vaginosis bacteriana y otros gérmenes, con un porcentaje inferior en los resultados de

PAP, se reportó tan solo el 4.76%, de lesiones superficiales o moderadas en el cuello uterino.⁴⁸

En el objetivo 3 que indica: “Describir los factores de riesgo de cáncer cervicouterino según tipo de alteración de la citología orgánica de cérvix” permite hacer una asociación entre los factores de riesgo identificados en el objetivo 1 y los tipos de alteraciones encontrados en el objetivo 2, presentando los resultados en la tabla N° 9 encontrando 125 casos entre inflamación, infección y mixta (inflamación e infección), donde uno de los mayores riesgos es que la pareja posea varias parejas previas, la presencia de antecedentes de ITS, el número de partos y sobre todo el uso de anticonceptivos. Sin embargo contrario a los estudios publicados sobre el cáncer de cuello uterino por la “American Cancer Society” donde indican que las mujeres fumadoras tienen el doble de riesgo de contraer cáncer de cuello de útero, la mayoría de las mujeres encuestadas en el presente estudio con alteraciones de la citología orgánica de cérvix no eran fumadoras y además no tenían antecedentes de familiares con cáncer cervicouterino.²²

Las mujeres con un frotis positivo a malignidad son una minoría del estudio con 13 casos, encontrando que el 100% sus parejas habían tenido varias parejas sexuales, sin embargo factores como la paridad, el tabaquismo y los antecedentes familiares no eran un factor común en los casos analizados.

Una vez identificados los tipos de riesgo según los tipos de alteraciones se determina la posible asociación entre factores de riesgos de cáncer cervicouterino y los resultados de citología orgánica de cérvix en los Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales en el año 2015, los datos encontrados en el presente estudio, demostraron la asociación existente entre los factores de riesgo para cáncer cervicouterino y los resultados de la citología orgánica del cérvix, se evidenció una relación directa entre aquellas personas que utilizan anticonceptivos con las que padecen una alteración citológica en el cuello uterino con una alta significancia, lo que concuerda con el estudio realizado por Estrella de la Caridad Armenteros y Cols donde especifican que el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años aumenta el riesgo de cáncer de cervicouterino, las mujeres que usaron anticonceptivos orales presentaron un riesgo de Neoplasias intraepitelial Cervical 7,8 veces superior a las que utilizaron otros métodos.⁴⁹

En el presente estudio, se observó la asociación existente entre las personas que si presentaron infecciones de transmisión sexual y los resultados alterados de la citología orgánica del cérvix relacionada con la vaginosis, siendo está causada por un cuadro bacteriano, según un estudio realizado por diferentes doctores para la revista BVS, sobre vaginosis bacteriana como un proceso patológico que afecta la vagina siendo un riesgo de cáncer de cérvix por la falta de sintomatología en algunas mujeres, lo que genera problemas de secreciones vaginales y se diagnostica mediante un estudio ginecológico, cuando su

diagnóstico es tardío puede desencadenar Vaginosis bacteriana, vulvovaginitis por *Candida*, cervicitis y herpes siendo estos últimos los generadores de cáncer de *cervix*, esta frecuencia también posee una relación como se muestra en la tabla 13 y 14 con la cantidad de compañeros sexuales de la pareja.⁵⁰

Otro de los factores de riesgo identificados, es el factor de paridad, estudio realizado por José Cordero y Madelaine García, presentan entre los factores de riesgo el número de partos, entre mayor cantidad de partos es mayor el riesgo de tener cáncer cervical, sin embargo aquellos que tienen pocos hijos generan cáncer de mamá y cáncer de ovario.⁵¹

Un estudio realizado y publicado por la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia sobre la asociación entre parto vaginal y parto exclusivamente por cesárea, con el cáncer de *cervix* encontrando una relación en 176 personas con cáncer de *cervix* que habían tenido parto vaginal de una población de 374 con una frecuencia tabulada de 24 y un OR de 316 demostrándose un riesgo que una mujer que tiene parto posee 24 veces más riesgo que una mujer que da a luz por cesárea, el mismo estudio revela al igual que la tabla 12 una relación directa en la edad de inicio de la relación sexual teniendo mayor riesgo aquellas mujeres que tuvieron su primera relación entre los 15 y 19 años de edad.⁵²

La tabla 12, que considera el efecto conjunto de los factores de riesgo mostró una asociación significativa al analizar la presencia de alteraciones en la *cervix* en aquellas mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales a los 15 años, al igual que el uso de anticonceptivos, lo que concuerda con Armenteros y Cols donde especifican en su estudio que, los factores de riesgo asociados a las alteraciones del cuello uterino fue inicio precoz de las relaciones sexuales, varias parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual por papiloma virus.⁴⁸

Un estudio realizado por la empresa de protocolos SEGO/SEC, sobre anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, *cervix* y otros demuestra una relación entre el uso prolongado de anticonceptivos con el aumento de riesgo de cáncer de *cervix* siendo considerados carcinógenos, en especial aquellos hormonales con usos prolongados superiores a 5 años. A efectos prácticos se estima que el uso de anticonceptivos por más de 10 años entre los 20 y 30 años de edad aumenta la incidencia de cáncer de *cervix* a los 50 años siendo un estudio de tipo internacional evidenciado en países con bajo o mucho desarrollo.⁵³

Se analiza, la distribución de factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres con resultados citológicos según grado de malignidad, se observó como factores determinantes el número de parejas sexuales del compañero, las infecciones por papiloma virus y el número de partos, al realizar la regresión logística, mostró que considerando el efecto conjunto de todos los factores de riesgo, identificó el virus del papiloma humano, como la variable con asociación significativa con el grado de malignidad, lo que coincide con el estudio presentado por la American Cancer Society que explica que el Virus del papiloma humano (VPH) con diferentes tipos afecta a los genitales y es el mayor factor de malignidad con una incidencia de 9 de cada 10 casos

analizados de cáncer por lo que actualmente existen diferentes vacunas para prevenirlo.²²

Otra investigación confirma que el nivel de malignidad se asocia con el número de partos, expresando que las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, lo atribuye a la exposición del VPH al tener sexo sin protección, además de los cambios hormonales que aumenta el indicio de crecimiento tumoral. El mayor factor de riesgo y con una relación directa es el Virus del Papiloma Humano siendo el más importante causando molestias internas y externas a la mujer y siendo de fácil transmisión sexual.²⁰

La Organización Mundial de la Salud describe al papiloma virus humano como una enfermedad común en todo el mundo de donde de cada 100 personas infectadas 13 son catalogadas de alto riesgo para el cáncer de cérvix con una causa del 70% siendo los países bajos y en desarrollo los que generan mayor mortalidad, lo que concuerda con el estudio mostrado con una incidencia alta del papiloma con un OR de 1,53.⁵⁴

15 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo que predomina son inicio de las relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, conjuntamente con haber tenido de 2 a 3 parejas sexuales, así como el número de parejas sexuales del compañero y los antecedentes de infección de transmisión sexual, siendo la vaginosis de mayor porcentaje.
- Los resultados de las citologías orgánicas de cérvix muestra un alto porcentaje de alteraciones tipos inflamatorias, infecciosas y mixtas, con una presencia minoritaria de lesiones malignas.
- Existe relación entre el inicio de las relaciones sexuales entre 15 a 19 años, la paridad y el uso de anticonceptivos orales por un periodo mayor de cinco años, con los resultados alterados de la citología orgánica del cérvix.
- Se observa el Papiloma Virus, como la variable con asociación significativa con el grado de malignidad de la citología orgánica de cérvix, lo que demuestra una vez más la relación existente entre esta infección y el cáncer cervicouterino.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de los innegables aportes que se han obtenido con el presente estudio, a favor de la salud sexual reproductiva de la mujer y la prevención de cáncer cervicouterino, se ha encontrado diversas dificultades lo largo del proceso investigativo, que apunta hacia nuevas tareas científicas en próximos estudios sobre este mismo problema de salud, entre ellos tenemos:

Llenado incompleto de la Historia Clínica en lo relativo a datos de identidad de las pacientes, pérdida de este importante documento, lo cual ocasionó retraso en el cronograma planificado.

Dado que el análisis de las muestras citológicas, es un servicio externo se confrontaron demoras para la recolección total del dato primario.

Este tema es de gran trascendencia para mejorar la calidad de vida de las mujeres por lo que se recomienda utilizar diseños que a partir de los resultados presentes, que sean capaces de diseñar e implementar estrategias educativas y terapéuticas suficientes para revertir la baja cobertura de la realización de la citología orgánica de cérvix.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Espín Falcón J, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, Olano Rivera M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Nov 09]; 28 (4): 735-746. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252012000400016&lng=es.

2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N°297. Febrero de 2015. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

3. Sureda M, Martínez D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Medicentro Electrónica [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Mar 29]; 18(1): 36-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100007&lng=es.

4. Cardona Arias J, Valencia Arredondo M. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012. CES Med. [Serial on the Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Mar 29]; 28(1): 7-20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a02.pdf>

5. Lau Serrano D, Millán Vega M, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Dic 19]; 38 (3): 366-377. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So138-600X2012000300009&lng=es.

6. Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 79-

7. Dunán Cruz Kl, Cala Calviño L, Infante Tabo I, Hernández Lin T. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2015 Mar 29]; 15(5):573-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002&lng=es

8. Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SEPTGIC) Declaración sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador. Revi. Científica Colposcopia Vol. 4, N°2 / 2013. Disponible en: http://www.colposcopiaguayas.com/revistas/revista_2013

9. De Guglielmo Cróquer Z, Rodríguez Bermúdez A, Ávila Hernández M, Veitía Monsalve D, Fernández Beltrán A, Correnti De Plata María. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Rev. venez. oncol. [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Mar 29]; 22(1):

32-38. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So798-05822010000100004&lng=es

10. Sanabria Negrin JG, Fernández Montequin ZC, Cruz Hernández IC, Pérez Leonardo O, Llanuch Lara M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Mar 29]; 15(4): 295-319. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400026&lng=es.

11. Araujo Grifalva I, Velategui Gabuza G. Lesiones precursoras del cáncer cérvix: etiología: revista médica IESS; Sept 2010; 1 (2): 43 – 6.

12. Hernández Ramírez L, Cardona Arias J. Lesiones intraepiteliales, inflamación y atipias escamosas cérvico-uterinas en mujeres de un municipio de Antioquia, Colombia, 2014. Medicas UIS [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Aug 03]; 29(1): 29-36. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So121-03192016000100004&lng=en.

13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención Integral de Salud. MAIS- FC; 2013. P.39-40

14. WHO. Sitio Web globocan. [Online].; 2012 [cited 2014 Agosto 29. Available from: HYPERLINK <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

15. Cartaya Olano M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, Álvarez Cisneros PN. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Rev Archivo Médico Camagüey. 2010 [citado 18 Abr 2012]; 14 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Martínez A, Díaz I, Carr A, Varona JA, Borrego JA, De la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 12 Abr 2012]; 36 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So138600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Ferrá TM, Estrada DR, Bermejo W. Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino. Rev Archivo Médico Camagüey. 2009 [citado 18 Abr 2012]; 13 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Gerónimo José. Cáncer, sexualidad, salud femenina. Revista in perfectas. Lima-Perú 2 2014. Disponible en: <http://peru.com/mujeres/cuidado-y->

19. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Oct 01]; 40(2): 218-232. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009&lng=es.
20. Centro de prevención del cáncer de Harvard. Cáncer cervical: factores de riesgo. Harvard, Estados Unidos. 2004. Disponible en: http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hcepquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=cervical&page=risk_list#top
21. Health and Sexuality. Association of Reproductive Health Professionals. Jan 2010; 10(1). Disponible en: http://www.gawh.org/issues/hpv/clinicians_spanish.pdf
22. American Cancer Society. ACS. [Online]; 2013 [cited 2015 Septiembre 30 Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>
23. Cevallos Cuadra M. Vaginosis bacteriana como factor de riesgo pre concepcional y del embarazo. Universidad de Guayaquil. 5, 2011. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/948/1/TESIS%20OBST.%20M%C3%93NICA%20MIREYA%20CEVALLOS%20CUADRA.pdf>.
24. Cotarelo Suárez M. Virus Herpes Simple: Estudio de sensibilidad in vitro frente a antivirales en un hospital general. Universidad Complutense de Madrid. 29, 1997 Madrid-España. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1039201.pdf>
25. Vaca Acurio N. Prevalencia de Chlamydia Trachomatis en mujeres que utilizan dispositivo intrauterino (DIU) en edad fértil de 15 a 49 años de edad. Centro de Salud Norte de la Policía Nacional de Quito, Mayo-Agosto 2013. Universidad Central del Ecuador. 22, 2014. Quito-Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4637/1/T-UCE-0006-67.pdf>
26. Rodríguez Lundes O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Marcelino Hernández Valencia M. Estudio de la patología citológica del cérvix. Rev Imbiomed 2009. [Citado 12 Dic 2016]; 23 (7). Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Estudiosdelapatologia.pdf>
27. Reina R. Enfermedades del cuello uterino. Salud. Medicinas. 2, 2016. México. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-femenina/articulos/cuello-del-utero-no-brindarle-atencion->

[puede-ser-de-fatales-consecuencias.html](#).

28. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Habana_Cuba.7.2010. Disponible en:

<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20ACU-pdf.pdf>.

29. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Habana_Cuba.7.2010. Disponible en:

<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20ACU-pdf.pdf>

30. Garcés Rodríguez SM. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Rev Correo Científico Médico Holguín. 2010 [citado 20 Abr 2012]; 14 (1). Disponible en:

<http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori01.htm>

31. Varela Martínez, Silvana. Citología Cervical. Revista médica de Honduras. 131. 2005. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>

32. MD. Erazo Domínguez, José Vicente. Manual de Patología Cervical Universidad del Cauca, 14. 2007. Disponible en: <http://documentslide.com/documents/manual-de-patologia-cervical.html>

33. Suescún- Tarazona D. Interpretación del informa de la citología cervical de acuerdo al Sistema Bethesda 2001. Medicina & Laboratorio 2005; Editora Médica Colombiana S.A. 2005. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>

34. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>

35. LEY ORGANICA DE SALUD. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.

36. Proyecto CERCA. Cuidado de la salud reproductiva para adolescentes enmarcado en la comunidad. CERCA PROJECT. 32. 2013. <http://documentos.cies.edu.ni/cerca/INFORME%20CERCA%20ECUADOR%20WEB.pdf>

37. Castro Balarezo E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Sullana II. Universidad Privada Antenor Orrego., 9. 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/511/1/CASTRO_EDUARDO_RELACIONES_COITALES_CANCER_CUELLO_UTERINO.pdf.

38. Silva Mori B, Soplin Ocama K, Talledo Castillo S. Conducta sexual reproductiva asociado al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital regional de Loreto Punchana. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 18. 2014. Iquitos-Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU-pdf.pdf>.
39. Toapanta Guatemal F. Prevalencia de vaginosis bacteriana y su relación con los factores de riesgo asociados: el inicio temprano de relaciones sexuales y número de parejas sexuales, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. Universidad Central del Ecuador. 46. 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4632/1/T-UCE-0006-43.pdf>
40. Yáñez Sotomayor Ma. Factores de riesgo asociados con la gravedad de las alteraciones histopatológicas en mujeres con patología de cuello uterino en Hospital de SOLCA-Núcleo de Quito durante el año 2007. Universidad San Francisco de Quito. 24.2011. Quito-Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/378/1/89966.pdf>
41. Calle Vintimilla F, Gualpa Gómez Viviana F, Reinoso Ortiz Sandra M. Prevalencia de los genotipos del papiloma virus humano en muestras cervicouterinas y su relación con los factores de riesgo en mujeres con vida sexual activa de los cantones Gualaceo, Paute y Chordeleg de la provincia de Azuay 2013-2014. Universidad de Cuenca, 19.2015. Cuenca-Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21522/1/TESIS.pdf>
42. Bosch, Fx; Lorincz, A; Muñoz, M. Prevalence of human papilloma virus in cervical cancer a worldwide perspective. Study Group. J Natl Cancer Inst. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC). 87. 2012. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14301/Tesis%20Doctoral%20Diana%20Callejas.pdf?sequence=1>
43. Franco Villafuerte D, Borja Velezmoro G. Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres de obreros de construcción civil vs mujeres de control en la posta médica "construcción civil" es salud, de junio a setiembre del 2000. Revista Sisbib. Capítulo 5, 2.2014. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/borja_v_g/cap_5.htm.
44. Ministerio de Salud de Chile. Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. 132. 2013. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/710/4/06%20ENF%20441%20TESIS.pdf>

45. Callejas Monsalve D. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix. Universidad de Alcalá.12, 2011. Alcalá de Henares. España. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14301/Tesis%20Doctoral%20Diana%20Callejas.pdf?sequence=>
46. Vázquez Márquez A; González Aguilera J; Chávez F; Almirall Chávez A; Rubilselda Valdés Martínez. 2008. Revista Infomed [Internet] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm
47. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Prevención de cáncer cervicouterino.14. 2012. Disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf
48. Torres Vidal M. Evaluación de los resultados de Papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub-centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009” Universidad de Guayaquil. 95. 2012. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>
49. Armenteros-Espino E, Larrea-Armenteros M, Pescoso-Domínguez S, Gutiérrez-Castro R, Romeu-Escobar M. Factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2016 Oct 18]; 6(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/448>
50. Caballero Pozo I, Batista Moliner R, Cué Brugueras M, Ortega González L, Rodríguez Barrera M. Vaginosis bacteriana. RESUMED 2012; 13(2):63-75. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_2_00/res04200.pdf
51. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Medimay [revista en Internet]. [Citado 2016 Dic 19]; 21(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/780>
52. Molinari Fernández L, Iyo Shiguiyama A, Paredes Villanueva F. Asociación entre parto vaginal y parto exclusivamente por cesárea, con el cáncer epidermoide de cérvix y sus precursores.266, 2008 Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo-Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/A07V54N4.pdf.
53. Abascal Lobo P. Anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros. Hospital Universitario Infanta Sofía. 11, 2012. San Sebastián de los Reyes- Madrid. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_hormonal_y_riesgo_de_cancer.pdf.

54. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE ENTREGA
							URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME	DESCRIPCION

2 DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

EL INFORME DE CITOLOGÍA VAGINAL SE COMPLEMENTARÁ EN EL BLOQUE 3

HISTOPATOLOGIA	CITOLOGÍA	DESCRIPCION

3 INFORME DE CITOLOGÍA VAGINAL

CLASIFICACION BETHESDA		NORMAL	LIE BAJO	LIE ALTO	CA	
MUESTRA INADECUADA	HONGOS	ERITROCITOS	FLORA BACTERIANA	HISTIOCITOS	NUMERO DE MUESTRA	FECHA DE PROCESO
OBSERVACIONES						

4 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLOGICO

	CIE
1	
2	
3	
4	
5	

5 RECOMENDACIONES

CODIGO

**Anexo 2 Informe Histopatológico. Instituto Oncológico Nacional
"Dr. Juan Tanca Marengo"**

	SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER (SOLCA)	28-04-2015	13:23	Pag. 1 de 1
	INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO" UNIDAD DE SERVICIO: CITOLOGIA			SERVICIOS HOSPITALARIOS SSH2402

Historia Clínica:	Paciente:	
Edad:	No. Cédula:	Sexo:
Dr. Solicita:	Institución:	DIRECCION DISTRITAL 09D07-PASCUALES-1
Orden No.:	Examen:	FROTIS CERVICO VAGINAL (SOLCA)
Fecha Orden:	Fecha Aprob.:	
Protocolo:	No. Citológico:	

INFORME CITOLOGICO

MUESTRA SATISFACTORIA PARA EVALUACION:
FROTIS NEGATIVO PARA MALIGNIDAD:
MICROORGANISMOS PATOGENOS:

RECOMENDACIONES:

Código

Nomenclatura:
C.E.A.S.I.: Células Escamosas Atípicas de Significancia Indeterminada.
C.G.A.S.I.: Células Glandulares Atípicas de Significancia Indeterminada.
L.I.E.A.G.: Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.
L.I.E.B.G.: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.

EMISOR	RESPONSABLE
_____	_____

Anexo 3 Consentimiento informado.

Yo: _____ con CI: _____

Paciente del consultorio de medicina familiar y comunitaria #_____, he recibido por parte de la médica _____ la información verbal acerca de la investigación sobre relación existente entre factores de riesgo de cáncer cervicouterino y resultados de Papanicolaou. Pascuales 2015. La misma que no tiene ningún interés económico ni lucrativo, ya que se llevara a cabo con el único interés de analizar mi estado de salud buscando factores de riesgos de cáncer cervicouterino y asociarlos con el resultado del Papanicolaou actual, lo cual permitirá al equipo de salud tomar medidas educativas, preventivas, de diagnóstico y tratamiento si fuera necesario.

Esta investigación se llevará a cabo a través de una encuesta, en el consultorio #14. Acordando que mi identidad personal es totalmente confidencial con excepción de los que formen parte de esta investigación además doy mi consentimiento para que también los resultados sean publicados, y en caso de retirarme puedo hacerlo libremente sin repercusión de ninguna índole. Me es indicado que tengo la facilidad de contactarme con la Md. del consultorio #14 a través de teléfono 0990068641 o personalmente en caso de requerir mayor información.

Por lo antes expuesto dejo constancia que mi participación en este estudio es Voluntaria

Así lo declaro y firmo en Pascuales. Guayaquil a los _____ días del mes de _____ del año 20_____

Firma o huella dactilar de la Participante:

CI: _____

Nombre del médico: _____

Firma: _____

Fecha _____

Hora _____

Anexo 4 Criterios de Moriyama

Instructivo para el criterio de expertos sobre instrumento de recogida de datos:

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones en el fenómeno:** Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. **Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. **Si deriva de datos factibles de obtener:** Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Cada uno de los criterios debe calificarse como:

Nada: 0

Poco: 1

Moderadamente: 2

Mucho: 3

No_____

No sé_____

6.- ¿Ha presentado infecciones de transmisión sexual? (secreción vaginal abundante blanca o amarillenta verdosa, mal oliente, que ha tenido que tomar tratamiento con su pareja)

Si_____

No_____

No sé _____

Tipo_____

7.- ¿Ha presentado lesiones de cuello uterino anteriormente como: pólipos cervicales, cervicitis, desgarrros, ectopia, ectropión?

Si_____

¿Cuál?_____

No_____

8.- Hábito de fumar.

Fumadora _____

No Fumadora_____

Firma_____

Fecha de terminación de la encuesta_____

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Escobar Ruíz Peggy Mildre, con C.C: #0916817794 autor(a) del trabajo de titulación: “Asociación entre factores de riesgos de Cáncer Cervicouterino y resultados de Citología Orgánica de Cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Pascuales 2015”. Previo a la obtención del grado de **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Escobar Ruíz Peggy Mildre
C.C: 0916817794

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Asociación entre factores de riesgos de Cáncer Cervicouterino y resultados de Citología Orgánica de Cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Pascuales 2015"		
AUTOR(ES)	Escobar Ruiz Peggy Mildre		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DRA. MARÍA EUGENIA PIQUERO VALERA MGS		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de enero del 2017	No. DE PÁGINAS:	73
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cáncer cervicouterino y citología orgánica de cérvix. Medicina Familiar y Comunitaria.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cáncer cervicouterino, factores de riesgo, citología orgánica de cérvix.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El cáncer cervicouterino es una enfermedad que ha ocasionado impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido altas tasas de morbimortalidad en el mundo. En el año 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas y casi 36.000 fallecieron en las Américas. En Ecuador, cada día mueren dos mujeres y 4 millones están en riesgo. La tasa cruda de incidencia: 20 casos por 100.000 habitantes. Los factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino son: la infección de transmisión sexual por el virus del papiloma humano, promiscuidad, relación sexual precoz, multiparidad, anticonceptivos hormonales, antecedentes de ITS, antecedentes familiares, afecciones de cérvix y tabaquismo. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, relacional, corte transversal, en un universo de 240 mujeres de 15 a 64 años, que se realizaron la prueba citológica orgánica de cérvix, en los consultorios de medicina familiar y comunitaria del centro de salud Pascuales en el periodo 2015. Se aplicaron dos instrumentos: encuesta calificada bajo los criterios de Moriyama y el formulario N013 A, del Ministerio de Salud Pública. Resultados: Los factores de riesgo asociados a las alteraciones de la citología orgánica de cérvix fueron la inflamación y la infección. Conclusiones: Existió asociación directa entre número de parejas sexuales del compañero, paridad, antecedentes de papiloma virus y los resultados de citología orgánica del cérvix en los consultorios de medicina familiar y comunitaria. Pascuales.2015.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0990068641-042796961	E-mail: peggydana_@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar.		
	Teléfono: 042206953-2-1- 0 ext: 1830		
	E-mail: E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			