

UNIVERSIDAD MÉDICA DE HOLGUÍN



**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DE LA FAMILIA
PEDRO DÍAZ COELLO**

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER CERVICO
UTERINO. POLICLÍNICO PEDRO DÍAZ COELLO. AÑO 2017.**

Autora: Dra. Yusimi Rebeca Ricardo Pozo.

Residente de Segundo año de Medicina General Integral.

Tutora: Alicia Rodríguez Antunez.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor Instructor.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE 1ER
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**HOLGUÍN
2018**

Resumen

- Se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal, con el objetivo de determinar el comportamiento clínico epidemiológico del cáncer cervicouterino en etapa intraepitelial preinvasora en mujeres pertenecientes al Policlínico Pedro Díaz Coello, del municipio Holguín, de la provincia de Holguín en Cuba, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017. El Universo lo constituyeron 136 pacientes con lesiones de cuello uterino en etapa intraepitelial preinvasora según los resultados de los estudios citológicos realizados en el área de salud, tomando como fuente los modelos (68.04) que constan en el departamento de citología del Policlínico Pedro Díaz Coello , y la muestra quedo conformada por 130 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Se evidenció un predominio del NIC I en mujeres con edad comprendidas entre 30-39 años. La mayor cantidad de pacientes fueron multíparas, y como antecedente de Infección de Trasmisión Sexual predomino el Virus de Papiloma Humano y sin manifestaciones clínicas.

Palabras Clave: cáncer cervicouterino, factores de riesgos, neoplasia intraepitelial cervical.

Índice

Introducción.....	1
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Diseño Metodológico	22
Análisis y Discusión de los Resultados	26
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	

Introducción

El cáncer cervicouterino es una transformación celular que se origina en el epitelio del cérvix uterino y esta se manifiesta primariamente a través de daños iniciales, naturalmente de pausada y gradual transformación en el tiempo, que se suceden habitualmente en fases. En grado cambiante se transforman a neoplasia cervical intraepitelial (NIC) cuando implica sólo al área epitelial y luego a cáncer in situ cuando compromete y atraviesa la membrana basal. La naturalidad de este cáncer de muestra un amplio proceso, que toma de 9 a 16 años para llegar a ser in situ, y es por eso que los programas de detección de cáncer de cérvix bien estructurados y organizados a través de la prevención han demostrado disminuir la frecuencia y mortalidad de esta enfermedad.¹

Por las características histológicas de las células que la conforman, en el Congreso de Citología de la ciudad de Bethesda, se estableció la clasificación de NIC I para la displasia leve, NIC II para la displasia moderada, NIC III para la displasia severa, y otro estadio posterior de carcinoma in situ, etapas estas en las que las células neoplásicas están limitadas estrictamente al cérvix, estando la última, en fase preinvasora, lo que brinda la posibilidad de que un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno tengan una alta eficacia y mejor pronóstico.¹

El cáncer de cuello de útero (CCU) constituye en todo el **mundo** un serio problema de salud pública, siendo los países en desarrollo responsables del 80% de los casos. Ocupa el séptimo lugar entre las neoplasias en la población mundial y es la cuarta más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 528.000 nuevos casos en 2015, el 85 % se registran en países en vías de desarrollo. **En América** Latina y el Caribe es la segunda neoplasia más común en la población femenina con 68.000 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100.000 mujeres, y puede llegar a valores superiores de 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.²

La enorme carga del cáncer cervicouterino en el Paraguay es sin duda uno de los mayores problemas de salud pública del país, es la primera causa de incidencia y mortalidad por tumores en el país (35x100.000y 16.6x100.000 respectivamente), siendo la razón incidencia y mortalidad de 0.49, es decir por cada 2 casos nuevos de cáncer cervicouterino hay una muerte por esta causa.³

El cáncer cervicouterino no tiene una elevada prevalencia en **Europa**, siendo España uno de los países europeos con menor incidencia de este tipo de neoplasia. Es en los países en vías de desarrollo, como los países del este de Europa, donde el cáncer presenta unas tasas de incidencia y mortalidad más elevadas. En América Latina donde se cree, que hay subregistro de la mortalidad por esta causa, dentro de cada país, hay tasas diferentes. Sin embargo, en los países subdesarrollados el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que todos los años se producen unos 466.000 casos nuevos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo.⁴

En Ecuador millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. Se estima que cada año se diagnostican 1300 casos nuevos de cáncer cervical y mueren 656 mujeres por esta causa. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32 por cada 100.000 habitantes). Las jóvenes menores de 15 años rara vez desarrollan cáncer cervicouterino.⁵

Las estadísticas señalan que actualmente en el Perú se desarrollan más de 5,400 casos cáncer de cuello uterino anualmente y mueren de 6 a 8 mujeres diariamente. Durante el año 2010, la Liga Peruana Contra el Cáncer, realizó en Lima 47 mil 546 despistajes de cáncer de cuello uterino, de los cuales, fueron detectados 585 casos. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres, con una tasa en Trujillo de 43.9 y 35.2 en Arequipa.⁶

Para el año 2018, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer Cervicouterino en los Estados Unidos estiman:

- Alrededor de 12,900 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino serán diagnosticados.
- Alrededor de 4,100 mujeres morirán de cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino en estadios iniciales se diagnostica con mucha más frecuencia que el cáncer cervical invasivo.⁷

En **Cuba** el cáncer cervicouterino representa un 10% de todas las causas de cáncer, ocupa el segundo lugar en incidencia y cada año se ubica entre el tercer y quinto lugar de mortalidad por cáncer; según reportes del anuario estadístico en el 2015 hubo un total de 23 095 casos positivos de cáncer cervicouterino; la **provincia de Holguín** es la segunda provincia con mayor número de casos con incidencia de 2 170 mujeres.⁸⁻¹⁰

Respecto a los factores asociados al cáncer cervicouterino mejor documentados y más aceptados, es el inicio precoz de las relaciones sexuales, edad temprana del primer parto, la situación socioeconómica baja, los abortos provocados, relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales y el virus del papiloma humano (VPH) que incide preferentemente en el grupo de 30 a 35 años, que al infectar las células del cérvix lentamente produce cambios celulares que pueden derivar en un cáncer, así como los virus que causan las verrugas, los cuales se convierten en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino y una de las principales causas de mortalidad en las mujeres.¹¹

Desde 1968, el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración de los organismos de masas de nuestro país, desarrollan un Programa para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello del útero en las mujeres cubanas.¹²

Durante los años transcurridos millones de mujeres han sido sometidas al estudio de la citología cervicovaginal y miles de ellas han sido beneficiadas con un diagnóstico en estadios iniciales de esta neoplasia.¹²

Un elemento fundamental en el Programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, lo constituye la consulta de patología de cuello que representa el eje central en el control de las actividades realizadas para la confirmación del diagnóstico, la conducta que se debe seguir en cuanto a la terapéutica y el seguimiento de la paciente después del tratamiento.¹³

No existen dudas de que el cáncer cervicouterino es una afección susceptible de control y para ello es importante profundizar en el conocimiento sobre su etiología y su historia natural, el proceso de carcinogénesis y el mecanismo biológico de cada uno de los factores asociados a esto. Su causa es considerada multifactorial y diversos factores han sido vinculados con ella, así como con la displasia cervical como su preámbulo; determinando de esta forma poblaciones de mayor o menor riesgo de padecer la enfermedad. Muchos de estos factores están ligados al estilo de vida de las personas y en particular a su comportamiento sexual, siendo comunes con los factores de riesgo reproductivo a tal punto que algunos autores consideran, desde la pasada década, al cáncer de cuello uterino como una afección de transmisión.¹⁴

A pesar de existir un gran número de estudios sobre el tema, y en particular sobre los factores de riesgo asociados a este cáncer, que han permitido la acumulación desde décadas anteriores de un caudal importante de conocimientos que se han ido actualizando en la literatura mundial, su caracterización epidemiológica es todavía hoy en día controversial y alrededor de todo lo anterior permanecen aún sin responder muchas preguntas científicas interesantes, teniendo en cuenta sobre todo que gran parte de la población femenina está expuesta a los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de este tipo de cáncer y a la asociación que existe

entre esta enfermedad y los aspectos de la conducta sexual no sólo de la mujer, sino también de su pareja.¹⁵

Las lesiones premalignas son más frecuentes que las neoplasias de cuello uterino, ya que solo un porcentaje de estas, progresará a sus formas más agresivas. Si bien hay estudios sobre la prevalencia de cáncer de cuello uterino a nivel nacional, y en diversos centros hospitalarios; se necesita estudios que aborden el origen de estas, que son las lesiones precancerosas, ya que, si bien hay tratamiento, curativo o paliativo, para el cáncer de cuello uterino, es indudablemente mejor el manejo precoz, por medio de la promoción, prevención y diagnóstico temprano de las lesiones precancerosas.⁴

En el Área de Salud perteneciente al **Policlínico Pedro Díaz Coello** en los últimos años ha existido un incremento de los casos de las neoplasias intraepiteliales cervicales, en el año 2016 se reportaron un total de 124 casos, aunque se toman medidas para prevenir el cáncer de cuello uterino todavía tiene una elevada incidencia. El presente estudio se justifica por abordar en forma directa el comportamiento del cáncer cervicouterino.

Problema Científico:

¿Cómo se comporta clínica y epidemiológicamente el cáncer cervicouterino en etapa intraepitelial preinvasora en las pacientes pertenecientes al Policlínico Pedro Díaz Coello en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017?

Objetivos

General:

- Determinar el comportamiento clínico epidemiológico del cáncer cervicouterino en etapa intraepitelial preinvasora en mujeres pertenecientes al Policlínico Pedro Díaz Coello, del municipio Holguín, de la provincia de Holguín en Cuba, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017.

Específicos:

- Caracterizar a las pacientes según edad de diagnóstico de la enfermedad y lesiones por grados.
- Describir las siguientes variables clínicas-epidemiológicas: antecedentes obstétricos desfavorables, antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y manifestaciones del cuadro clínico.

Marco Teórico.

Cáncer.

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 extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.¹⁶

Historia del cáncer de cervicouterino.

La enfermedad ha sido conocida desde la antigüedad. En el año 400 a.c, el médico griego Hipócrates escribió acerca de la enfermedad e incluso intentó tratar el cáncer con un procedimiento conocido como la traquelectomía, aunque se encontró con que nada erradicaba por completo el cáncer. Este procedimiento, fue utilizado más tarde por un breve período en la década de 1940, implica la extirpación del cuello uterino y la vinculación directa del canal vaginal hacia el útero.¹⁶

Durante siglos, los médicos estaban confundidos en cuanto a la causa del cáncer cervical. La primera teoría saltó a la fama en 1842 en Florencia, cuando haciendo un estudio sobre las muertes por cáncer, el profesor Doménico Rigoni Stern detectó una curiosa diferencia entre las monjas y las mujeres casadas de la localidad. Mientras las primeras tenían mayores tasas de cáncer de mama, las mujeres desposadas sufrían con más frecuencia el de cuello uterino.¹⁶

No andaba lejos de la verdad el pionero italiano cuando se atrevió a aventurar la posibilidad de que el cáncer de cervicouterino tuviese algo que ver con las relaciones sexuales que mantenían las casadas y no las novicias. De estas últimas, dijo, que eran víctimas a su vez de los apretados corsés que vestían debajo del hábito y a los que él culpaba de los tumores mamarios.

En eso sí se equivocó. En 1950, los médicos estaban convencidos de que el cáncer de cuello uterino era causado por la circuncisión y la suciedad acumulada en el prepucio en los hombres y en los labios menores en las mujeres.¹⁶

En 1970, la idea que prevalece en América y además el cáncer cervicouterino es relacionado con el herpes, idea que también resultó incorrecta. Además de todas estas hipótesis surgieron otras, como el bajo consumo de sal a través de los productos del cerdo que protegería a las mujeres judías, o incluso a un castigo divino contra la promiscuidad sexual.

Aunque la mayoría de los médicos estaban completamente en la oscuridad en cuanto a la comprensión del cáncer de cuello uterino, un médico tuvo un avance que provino de una fuente poco probable.¹⁶

En 1930, otro curioso hecho llamó la atención del doctor Richard Shope, de la Universidad de Rockefeller (EEUU). En una visita al campo con un amigo cazador, Richard Shope oyó hablar por primera vez de las liebres con cuernos, una rareza que le puso sobre la pista de la relación de este cáncer con un virus. Las astas que adornaban la cabeza de algunas liebres eran en realidad enormes verrugas causadas por un virus, tal y como pudo comprobar el doctor después de molerlas, filtrarlas en una vajilla de porcelana y obtener minúsculas partículas con las que infectó a otros ejemplares sanos.¹⁶

Estas liebres sanas también desarrollaron la protuberancia en su cabeza tras el contagio y el experimento apuntaló la teoría vírica. Una idea que no volvió a retomar con éxito otro investigador hasta la década de los setenta. Mientras tanto, y coincidiendo con la creación del Estado de Israel en la década de los cincuenta, los epidemiólogos se preguntaban por qué entre las mujeres judías había menos casos de cáncer cervicouterino que entre las féminas de otras religiones. Y aunque al principio se pensó que la circuncisión de sus maridos lograba protegerlas, pronto se

desechó la idea al comprobar que entre las musulmanas, con maridos igualmente circuncidados, las tasas de cáncer eran mucho más elevadas.

El factor religioso volvió a aparecer en esta historia cuando se apuntó la posibilidad de que la abstinencia sexual durante la menstruación protegiese a las mujeres ortodoxas de este cáncer. Como ocurrió en el caso de las judías, poco a poco, el cerco de las sospechas sobre los posibles factores de riesgo fue cerrándose en torno a la pobreza y a la existencia de múltiples compañeros de cama.¹⁶

Harold Zur Hausen retomó la idea de los virus en 1970 a partir de los estudios con liebres, y en 1980 gracias a los avances en la tecnología del ADN, fue capaz de demostrar que el misterioso virus era el del PAPILOMA HUMANO, además de eso, logró aislar dos cepas de este virus, de las que hoy se sabe que están implicadas en el 70% de los tumores de cuello del útero. Con la causa del cáncer cervicouterino finalmente entendió que se podía emprender la búsqueda de hallar mejores tratamientos y vacunas.¹⁶

Sin embargo, pronto surgió un nuevo obstáculo en el camino hasta la vacuna: las verrugas genitales que sufrían las mujeres contenían muy poca cantidad del virus, insuficiente a todas luces para investigar. Para solventar este reto, un trío de investigadores de la Universidad de Rochester (EEUU) buscó ayuda en las vacas. Con la colaboración de veterinarios de la zona, William Bonnez y su equipo recogieron muestras de verrugas bovinas, que gracias a su tamaño similar a una naranja les permitió obtener suficiente cantidad del virus.

Sin embargo, para que sus trabajos diesen frutos, los científicos se dieron cuenta que no era suficiente con las muestras bovinas del virus y aprendieron a cultivar la versión humana del virus papiloma humano en el laboratorio. Para ello, y dirigidos por Robert Rose, de la misma universidad, infectaron muestras de prepucios desechados durante las operaciones de circuncisión con virus procedentes de verrugas genitales humanas. El injerto resultante fue trasplantado en ratones de

laboratorio incapaces de rechazar el tejido extraño y, esta vez sí, los quistes resultantes contenían suficiente cantidad de papiloma virus de origen humano.¹⁶

En el 2006, la vacuna Gardasil fue aprobada por los Estados Unidos, como factor de prevención del cáncer del cuello uterino. Esta vacuna es eficaz contra cuatro cepas diferentes del Virus del Papiloma Humano (VPH). Dos de ellas, la 16 y la 18, son responsables del 70% de los tumores en el cuello uterino; mientras que los otros dos (de los tipos 6 y 11) causan el 90% de las verrugas genitales. La terapia requiere tres dosis de la vacuna en un plazo de seis meses, aunque existen aún dudas sobre cuánto tiempo dura su protección a largo plazo y si serán necesarias dosis de recuerdo a lo largo de los años.¹⁶

En mayo de 2007, en Australia la vacuna Cervarix, recibió la aprobación para mujeres entre los 10 y 45 años. La vacuna está diseñada para prevenir únicamente la infección de las cepas 16 y 18 del Virus del Papiloma Humano, causantes de cerca del 70% de los tumores en el cuello uterino.¹⁷

Anatomía del cuello uterino.

El cérvix o cuello uterino, sirve de canal entre el útero. La parte del cérvix que está en contacto con la vagina se llama ectocervix, cuya mucosa está constituida por células escamosas, mientras que endocervix es la porción del cuello que lleva hasta la cavidad del cuerpo uterino, tapizado por células glandulares. Ectocervix y endocervix se encuentran en una zona denominada Zona de transformación, que es donde asientan la mayoría de los tumores.

Fisiopatología del cáncer cervicouterino.

No existe una definición consensuada para la palabra cáncer, pero sí se sabe que es una proliferación descontrolada de células anormales. Mayormente el cuerpo humano dispone de una serie de mecanismos de control celular. Por ejemplo, cuando una célula crece de forma anormal por daño en su ADN, inmediatamente se pone en marcha los mecanismos de reparación celular. Si estos fallan, la biología

humana cuenta con la apoptosis o muerte celular programada. Cuando estos mecanismos, por diferentes causas, algunas conocidas y otras desconocidas, no realizan su función adecuadamente la célula anormal con su ADN dañado se replica descontroladamente dando lugar a la formación de nuevos tejidos (Neoplasia) que crecen invadiendo los tejidos normales, localmente o a distancia.

Se dice que una célula es cancerosa cuando tiene la capacidad de invadir a distancia (metástasis). No todos los tumores son cancerosos. Se Considera tumores benignos aquellos que no tienen la capacidad de invadir a distancia y provocar metástasis, sino que crecen localmente.

Normalmente no provocan la muerte de la persona, aunque depende de su localización ya que por su aumento de tamaño pueden comprometer estructuras vitales.¹⁸

Tipos de cáncer de cervicouterino.

La mayoría de los cánceres del cuello uterino se producen a partir de las células de la mucosa; ectocèrvix o endocèrvix, que según el tipo histológico de sus células existen varios tipos:

- Carcinoma de células escamosas o Carcinoma epidermoide: es el más frecuente (85%).

Deriva de las células escamosas del ectocèrvix y del fondo de la vagina.

- Adenocarcinoma: constituye el 10-12% de los casos y tiene peor pronóstico que el de células escamosas. Deriva de las células glandulares que revisten el endocèrvix.
- Otros: carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoidequístico, carcinoma metastásico (3-5%).¹⁹

Estadificación

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha descrito 5 estadios clínicos de carcinoma de cérvix uterino. Este sistema es ampliamente utilizado para valorar la gravedad de la lesión y planificar el tratamiento.

- Estadio 0: Carcinoma in situ o preinvasivo. El tumor se limita a las células de la mucosa.
- Estadio I: el tumor está limitado al cuello del útero.
- Estadio II: el tumor se ha diseminado fuera del cérvix. Invade la vagina sin llegar al tercio inferior y/o a los ligamentos laterales (paramétricos), sin llegar a la pared de la pelvis.
- Estadio III: el tumor invade la parte más baja de la vagina, afecta a ganglios linfáticos próximos o alcanza los tejidos laterales del cérvix hasta alcanzar la pared de la pelvis.
- Estadio IV: el cáncer se ha extendido a órganos próximos o presenta metástasis.

Los Estadios 0 y 1 son los más tempranos de la enfermedad. En ellos la mujer está asintomática.

Los estadios 2, 3 y 4 implican una progresión de la enfermedad. En ellos el tumor ya invade estructuras vecinas y la mujer puede presentar distintos síntomas:

- Sangrado vaginal anormal: postmenopausia, entre periodos, después del coito, periodos más largos de lo habitual.
- Secreción vaginal inusual: suele contener algo de sangre (color “achocolatado”) y se produce entre periodos o tras la menopausia.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Dolor de espalda.
- Hematuria (si invade pared vesical). ²⁰

Factores predisponentes para el cáncer cervicouterino.

El riesgo aumenta en las mujeres de más de 40 años por lo que deben continuar sometándose con regularidad a detecciones del cáncer cervicouterino, las cuales incluyen pruebas de Papanicolaou. Son pocas las mujeres que presentan cáncer de cérvix en estadio avanzado, ya que el 90% de los casos de infección por virus de papiloma humano (VPH) se resuelve espontáneamente a los dos años.

Por lo que se deriva que pueden existir lesiones de bajo grado, las cuales pueden desaparecer por sí mismas; o proliferar el número de células y convertirse en lesiones de alto grado. Además de la relación existente entre el VPH y el desarrollo de cáncer de cérvix, existen otros factores de riesgo que hacen que la predisposición a padecer este tipo de cáncer sea más elevada. Dichos factores de riesgo son:

Actividad sexual precoz.

El comienzo de las relaciones sexuales de manera precoz, contribuye un factor de riesgo al desarrollo del cáncer cervicouterino, ya que las células del cuello del útero se encuentran en constante cambio a lo que llamamos zona de transformación. Estos epitelios inmaduros que están cambiando y tienen un muy alto número de mitosis. Permiten que el VHP ingrese por su menor capacidad de defensa, para incluirse en el ciclo celular de la persona infectada.²⁰

Numerosas parejas sexuales o relación con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales. Es un factor de riesgo ya que estas personas son susceptibles a Infecciones de transmisión sexual en la cual pueden contraer VPH, lo que permite la infección y crecimiento tumoral.

Multiparidad.

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo del 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. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno,

se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección, otra teoría nos indica que la multiparidad se convierte en un factor de riesgo clínico debido a que el epitelio del cérvix pierde capacidad de regeneración celular del sistema inmunitario innato en cada parto.²⁰

Infección por el virus del papiloma humano.

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas.

El Virus del papiloma humano puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. 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 el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.²⁰

Los diferentes tipos de virus de papiloma humano causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies. Otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.

Ciertos tipos de virus de papiloma humano pueden causar verrugas que pueden aparecer en o alrededor de los órganos genitales 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 dos tipos de VPH que causan la mayoría de los casos de verrugas genitales son el VPH 6 y el VPH 11. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados al cáncer del cuello uterino.

A otros tipos de virus de papiloma humano se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cánceres de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer anal y oral tanto en hombres como en mujeres.²⁰

Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un VPH de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer.

Se cree que una mujer tiene que estar infectada con virus del papiloma humano antes de desarrollar cáncer de cuello uterino. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18.

La infección por el virus del papiloma humano es común, y en la mayoría de las personas el organismo es capaz de eliminarla por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por los tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino.²¹

Aunque el virus de papiloma humano se puede propagar durante la relación sexual, que incluye el contacto vaginal, el anal y el sexo oral, no tiene que ocurrir el acto sexual para que la infección se propague. Todo lo que se requiere para transmitir el virus de una persona a otra es el contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por VPH. La infección por el virus del papiloma humano al parecer se puede propagar de una parte del cuerpo a otra; por ejemplo, la transmisión puede iniciarse en el cuello uterino y luego propagarse a la vagina.

La única manera de prevenir verdaderamente que estas áreas se infecten con virus de papiloma humano podría ser evitar completamente el contacto de esas áreas de

su cuerpo que se pueden infectar con el VPH (como la boca, el ano, y los genitales) con aquellas de otra persona.

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. Para algunas mujeres, la prueba de VPH se usa junto con la prueba de Papanicolaou como parte de la detección. La prueba del virus de papiloma humano también se puede usar para ayudar a decidir qué hacer cuando los resultados de una prueba de Papanicolaou en una mujer son ligeramente anormales. Si la prueba encuentra a un tipo de VPH de alto riesgo, esto podría significar que ella necesitará una evaluación completa con un procedimiento de colposcopia.

Aunque actualmente no hay cura para la infección del virus de papiloma humano, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa este virus. Se han realizado muchos estudios para investigar el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres que toman anticonceptivos orales y no utilizan métodos anticonceptivos de barrera, por lo que es un factor de riesgo que predispone a que una mujer en el tiempo presente cáncer de cuello uterino, además se lo asocia con múltiples parejas sexuales en su vida.²²

Inmunosupresión.

Especialmente pacientes afectados por el virus de papiloma humano. Ya que limita la capacidad del organismo especialmente para crear anticuerpos.

Tabaquismo es un hábito que contribuye a aumentar la susceptibilidad de infección por el virus de papiloma humano y desarrollo del Cáncer cervicouterino (Cáncer de cuello uterino). Ya que los agentes carcinogénicos que contienen los cigarrillos disminuyen la mucosa que recubre al cérvix, la cual es una barrera protectora contra agentes externos. Existe dos veces más riesgo de padecer cáncer cervicouterino en mujeres fumadoras.²³

Métodos diagnósticos en el cáncer cervicouterino.

Inspección de la vagina y examen del cuello uterino.

Este examen permitirá al médico analizar las diferentes estructuras de la vulva y parte del introito vaginal.

- Antes de proceder al examen genital hay que explicar a la mujer en que consiste el examen y obtener su consentimiento y colaboración.
- Debe cambiar su ropa por una bata y vaciar la vejiga.
- Luego se acomoda en la mesa de examen flexionando las rodillas y separándolas.

La mano vaginal:

- Se enguanta y generalmente es la mano izquierda.
- Se introducen uno o dos dedos, separando los labios vulvares.
- Fácilmente se detectará el cuello y se observará su posición, consistencia y características del orificio cervical.
- Se rodea el cuello recorriendo los fondos de saco vaginales que son cóncavos.
- Se anotará si esta maniobra produce dolor.
- Se anotará hallazgos. La inspección de la vulva debe ser minuciosa incluyendo todas sus partes y pliegues.
- El monte de Venus, los labios mayores y los labios menores se ven directamente.
- Para observar el clítoris, el meato uretral y el introito vaginal, es necesario separar los labios menores con los dedos de la mano izquierda que está con guante. ²⁴

La observación debe incluir la región anal y perianal.

Papanicolaou.

La prueba de Papanicolaou consiste en extraer una muestra de células del cuello del útero para detectar cambios prematuros en estas células que podrían derivar en cáncer de cuello uterino, si no reciben tratamiento. Algunas de las células también pueden examinarse para detectar el virus del papiloma humano, que es un factor de riesgo de cáncer de cuello uterino.

Las paredes vaginales y el exocèrvix se ven con la colocación de un espéculo adecuado. La elección del tamaño del espéculo es importante y debe considerarse las características del introito. En general las mujeres que han tenido partos vaginales pueden ser examinadas con espéculos más grandes.

El médico primero coloca un espéculo dentro de la vagina. Este instrumento de metal o plástico mantiene la vagina abierta, de manera que el cuello uterino pueda verse bien. Seguidamente se obtiene, mediante raspado ligero, una muestra de células y mucosidad del ectocèrvix con una pequeña espátula.

Se inserta en la abertura del cuello uterino un pequeño cepillo o una torunda de algodón para tomar una muestra del endocèrvix.²⁴

Las muestras de células se preparan para que se puedan examinar con un microscopio en el laboratorio. Esto se logra al: Esparcir la muestra directamente sobre laminillas de vidrio para microscopio y roseándole un preservativo.

Hay varias medidas que se debe tomar en cuenta para que la prueba de Papanicolaou sea lo más precisa posible:

- No programar la cita médica durante el periodo menstrual. El mejor momento es al menos 5 días después de que haya finalizado el periodo menstrual.
- No usar tampones, espuma espermicida o gelatinas, otras cremas vaginales, humectantes, o lubricantes, o medicamentos vaginales 2 a 3 días antes de la prueba.

- Evitar las duchas vaginales 2 o 3 días antes de la prueba.
- No tener relaciones sexuales (coito) 2 días antes de la prueba.

El sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda (TBS, por sus siglas en inglés).

Existen tres categorías principales, algunas de las cuales se dividen en sub-categorías:

- Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer.
- Anomalías de las células epiteliales.
- Otras neoplasias malignas.

En la histerectomía como parte del tratamiento del cáncer de cuello uterino o precáncer, la muestra se tomará de las células de la parte superior de la vagina (conocida como el manguito vaginal).

Colposcopia. Es un procedimiento en la cual el ginecólogo examina de cerca el cuello uterino, las paredes vaginales, así como la entrada a la vagina, lo que permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión.²⁵

Este procedimiento difiere de un Papanicolaou y puede recomendarse si tiene resultados anormales de Papanicolaou.

Quiénes deberían realizarse una colposcopia:

- Toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales.
- Pacientes con resultado de Papanicolaou anormal (presencia de displasia o NIC).
- Control de pacientes con antecedentes de infección por virus de papiloma humano o cáncer.
- Pacientes con sangrado vaginal anormal.
- Pacientes con flujo vaginal que no se cura con tratamientos usuales.
- Presencia de lesiones externas (verrugas, úlceras, excoiaciones).
- Como estudio previo a la realización de operaciones del útero.

La preparación para una colposcopia son las mismas recomendaciones que el Papanicolaou, esta prueba no se debe hacer durante un período menstrual con abundante sangrado, a menos que sea anormal.

Hacerse una colposcopia tomará entre 10 y 15 minutos.

Tratamiento para infecciones de VPH.

No hay en la actualidad tratamiento médico para las infecciones persistentes por VPH que no están asociadas con cambios celulares anormales. Sin embargo, es posible tratar las verrugas genitales, los tumores benignos de las vías respiratorias, los cambios precancerosos en el cuello uterino, y los cánceres que resultan de infecciones por virus de papiloma humano.²⁵

Los métodos que se usan comúnmente para tratar cambios precancerosos del cuello uterino son:

- Criocirugía (congelamiento que destruye tejidos).
- LEEP (procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa o la extracción de tejido del cérvix o cuello uterino mediante el uso de un aro caliente de alambre).
- Conización quirúrgica (cirugía con un bisturí, con láser, o con ambos para extraer del cuello uterino y del canal cervical tejido en forma de cono)
- Conización con vaporización de láser (uso de láser para destruir tejido cervical).^{26,27}

Diseño Metodológico.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento clínico epidemiológico del cáncer cervicouterino en etapa intraepitelial preinvasora en mujeres pertenecientes al Policlínico Pedro Díaz Coello, del municipio Holguín, de la provincia de Holguín en Cuba, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017.

Universo y muestra

El **Universo** lo constituyeron 136 pacientes con lesiones de cuello uterino en etapa intraepitelial preinvasora según los resultados de los estudios citológicos realizados en el área de salud, tomando como fuente los modelos (68.04) que constan en el departamento de citología del Policlínico Pedro Díaz Coello durante el periodo de enero a diciembre 2017, y la **muestra** quedo conformada por 130 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión.

1. Pacientes con lesiones precancerosas demostradas por estudios citológicos realizados en el área de salud, tomando como fuente los modelos (68.04).
2. Pacientes de 20 años y más.

Exclusión.

Mujeres atendidas, pero no pertenecientes al área de salud.

Pacientes embarazadas.

Pacientes por debajo de 20 años.

Operacionalización de las Variables.

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad de Diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa continua politómica	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años ≥ 60 años	Según diagnóstico de citología.
Clasificación de las lesiones por estadios	Cualitativa ordinal Politómica	NIC I NIC II NIC III Carcinoma In situ	Según diagnóstico histopatológico descritos y nomenclatura de la OMS.
Antecedentes Obstétricos Desfavorables	Cualitativa nominal Politómica	Multiparidad Instrumentaciones Partos distócicos	-Según el total de partos nacidos vivos. -Pacientes con terminación voluntaria. -Pacientes con antecedentes de desgarros, fórceps, parto instrumentado y cesárea.
Antecedentes de ITS	Cualitativa nominal Politómica	VPH Chlamydia Trichomona Sífilis Otros	Según los descritos en las historia clínicas.
Manifestaciones Clínicas.	Cualitativa nominal politómica	Asintomáticas Dispareuria Sangrado vaginal postcoital Dolor pélvico Leucorrea fétida	Según manifestaciones, descritas en la Historia clínica.

Se utilizó el método científico como vía para realizar la investigación y poder estudiar la esencia del fenómeno y llegar a conclusiones científicamente fundamentadas. Se aplicaron métodos teóricos y empíricos.

Dentro de los *teóricos* se utilizaron:

- ❖ **Histórico – lógico:** A través del cual se pudo estudiar la trayectoria real del fenómeno y acontecimiento a lo largo de la historia.

- ❖ **Analítico – sintético:** Posibilitó analizar la situación actual del problema planteado para seleccionar aspectos y relacionados con esa selección incluir los que debían integrar el trabajo investigativo.
- ❖ **Inductivo–deductivo:** Ambos se complementan entre sí, del estudio de numerosos casos particulares a través de la inducción se llega a determinar generalizaciones, leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas. De dichas formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, las que son sometidas a comprobaciones experimentales, de ahí que solamente la complementación mutua entre estos procedimientos puede proporcionar un conocimiento verdadero sobre la realidad; lo que permitió en la investigación mediante el estudio de casos particulares y los razonamiento inductivos y deductivos a partir de elementos particulares relacionados con el factores asociados a pacientes con cáncer cervicouterino para arribar a conclusiones y recomendaciones con propósitos específicos.
- ❖ **Enfoque sistémico:** Este proporciona la orientación general para el estudio del fenómeno, como una realidad integral formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción, en este caso es necesario la interacción y relación entre los diferentes elementos, que de manera ordenada conforman la investigación.
- ❖ **Empíricos:** Revelan las características fenoménicas del objeto, permiten la obtención y conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan al fenómeno.
- ❖ **Observación:** Mediante el cual se evidenció la alta incidencia de pacientes con lesiones de cuello uterino.

- ❖ **Estadísticos:** Permitieron tabular los datos obtenidos en la investigación, el procesamiento de los datos y determinando las distribuciones de frecuencias absolutas y por cientos de cada variable y sus correspondientes indicadores.

Método de Recolección de la Información.

Para dar salida a los objetivos propuestos se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada sobre el tema para conocer su comportamiento tanto a nivel nacional como internacional, la bibliografía que se utilizó en la confección de la tesis se acotó según Normas de Vancouver 2015 y el informe final se confeccionó en Microsoft Office Word 2010. Para la investigación se utilizaron como fuente de información los modelos (68.04) que constan en el departamento de citología del Policlínico Pedro Díaz Coello.

Procesamiento Estadístico.

Se confeccionó una base de datos en Access para la tabulación de la información. Se aplicaron medidas resumen para variables cualitativas (números absolutos y porcentajes) y para variables cuantitativas (frecuencias absolutas y relativas).

Consideraciones Éticas.

Se mantuvo presente en todo momento los principios éticos para la investigación médica en humanos establecidos en la declaración de Helsinki, preservando la integridad y confiabilidad de los datos obtenidos, tomando como fuente los modelos (68.04) que constan en el departamento de citología del Policlínico Pedro Díaz Coello y solicitando el consentimiento informado a la directora de la institución (Anexo I).

Análisis y Discusión de los Resultados.

Tabla 1. Pacientes según Edad de Diagnóstico de la Enfermedad. Policlínico Pedro Díaz Coello. De enero a diciembre 2017.

Edad de Diagnóstico de la Enfermedad	Nº	%
20-29	26	20.00
30-39	45	34.62
40-49	37	28.46
50-59	14	10.77
≥ 60	8	6.15
Total	130	100

Fuente: modelo 68.04. **N=130**

Al analizar la tabla1. Se evidencio que la edad de diagnóstico de la enfermedad que más incidió fue el de 30-39 años con un 34.62%.

Schiffman en un estudio similar, obtuvo una proporción de 94 pacientes (37 %) estaban comprendidas entre las edades de 36-45 años, seguido del grupo de entre 26-35, coincidiendo con nuestros resultados.²⁸

Ronco expone el grupo de edad más afectado correspondió a las pacientes comprendidas entre 30 y 34 años, con 23,9%, seguido de las de 35 a 39 años, el 21,7%; sin dejar de mencionar que 9 tenían menos de 25 años, el 19,6%, siendo superiores nuestros resultados.²⁹

La autora refiere que el riesgo aumenta en las mujeres de más de 30 años, ya que en esta edad las pacientes se han sometido a importantes factores de riesgo que influyen en la aparición de este cáncer como instrumentaciones y la multiparidad, que se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a las infecciones de transmisión sexual, y otra teoría nos indica que la multiparidad se convierte en un factor de riesgo clínico debido a que el epitelio del

cérvix pierde capacidad de regeneración celular del sistema inmunitario innato en cada parto.

Tabla 2. Pacientes según clasificación de las lesiones por estadios. . Policlínico Pedro Díaz Coello. De enero a diciembre 2017.

Clasificación de las Lesiones por Estadios	Nº	%
NIC I	78	60.00
NIC II	46	35.38
NIC III	4	3.08
Carcinoma in situ	2	1.54
Total	130	100

Fuente: modelo 68.04. **N=130**

Al determinar la clasificación de las lesiones por estadios tabla 2 .Se evidenció que la mayor parte de las mujeres tenían NIC I con un 60.00 %.

Schiffman obtuvo que el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia era la NIC I con 162 casos el 63,7 %, similar a nuestros resultados.²⁸

Ronco en el comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical según su estadio, se observó 27 casos, y encontró también que el 58,7% del total correspondieron al NIC I, seguidos por el NIC II con 14 casos, el 30,4% y el NIC III con 5 casos, el 10,9% coincidiendo con nuestros resultados.²⁹

Díaz Brito y colaboradores se observan en su investigación encontraron que predominaron las lesiones de alto grado fundamentalmente NIC II con 70 féminas afectadas (65,42 %) y respecto a la calidad diagnóstica hubo concordancia de la citología con el diagnóstico histológico definitivo, no coincidiendo con nuestros resultados.³⁰

La autora refiere que la aparición de esta afección en estadios iniciales se debe a los programas de detección de cáncer cervicouterino bien estructurados y organizados a través de la prevención y mediante la realización de citologías cada 3 años que han

logrado el diagnóstico temprano de la enfermedad y disminuir su mortalidad, ya que toma de 9 a 16 años para llegar a ser in situ.

Tabla 3. Pacientes según antecedentes obstétricos desfavorables. Policlínico Pedro Díaz Coello. De enero a diciembre 2017.

Antecedentes obstétricos desfavorables	Nº	%
Multiparidad	45	51.72
Instrumentaciones	30	34.48
Parto distócico	28	32.18
Total	103	100

Fuente: modelo 68.04. **N=130**

Al analizar la tabla 3. Muestra que como antecedentes obstétricos desfavorables la multiparidad predominó, estando presente en la mayor cantidad de féminas con un 51.72 %.

Beramendi Pérez en un estudio similar llevado a cabo en Perú,³² obtuvo una proporción de Multiparidad equivalente a 61,8% de los casos, en tanto en el estudio de Vicente Argueta el 75% de las pacientes habían tenido al menos 3 partos.³³

Similar resultado obtuvo Cruz Vargas en cuyo trabajo una proporción de 52% de las mujeres de la muestra, habían parido al menos 3 veces. Siendo los resultados de todos estos estudios, superiores al encontrado por el autor y coincidiendo con nuestros resultados.³⁴

La multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero por varias causas: se invoca muchas veces que está asociada a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares. Este mismo mecanismo explicaría en otras investigaciones las otras agresiones sobre el cuello uterino de las repetidas instrumentaciones y los partos distócicos por vía vaginal.^{18,36}

Denny expone que la multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero muchas veces asociada a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares. Las mujeres con dos o más hijos producto de partos eutócicos, conformaron el mayor grupo en este estudio lo que coincide ampliamente con los trabajos revisados.³⁷

La autora, luego de analizar los resultados, refiere que con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino, debido a mayor número de contactos sexuales y a traumas cervicales, con más exposición a virus oncogénicos, a cambios hormonales con posible acción carcinogénica.

Tabla 4. Pacientes según antecedentes de ITS. Policlínico Pedro Díaz Coello. De enero a diciembre 2017.

Antecedentes de ITS	Nº	%
VPH	16	12.3
Trichomona	11	8.46
Chlamydia	6	4.61
Sífilis	2	1.53
Otros	5	3.84

Fuente: modelo 68.04 **N=130**

Al determinar los antecedentes de Infección de Transmisión Sexual tabla 4. Se evidencio que el Virus del Papiloma Humano tuvo mayor incidencia en un 12.3% de los casos.

Diferentes resultados reportaron Flora y colaboradores donde la Prevalencia de la infección fue de 18.7% en mujeres americanas.³⁸ Un aumento en la incidencia del carcinoma escamo celular de cérvix ocurre en las mujeres infectadas con este virus.⁶ Se ha visto que en pacientes con anticuerpos contra este germen hubo un alto riesgo de adquirir un NIC.³⁹

En cuanto a la infección por *Trichomona vaginalis*, Beavis incluyó 24 estudios y concluyó que existe una asociación significativa entre la infección por trichomona y el cáncer cervicouterino.⁴⁰

El Virus del Papiloma Humano pertenece al grupo de virus de transmisión sexual que tiene afinidad por el epitelio escamoso de la piel y membranas mucosas. Existen pruebas de que este virus puede ocasionar cáncer cervicouterino, sobre todo los genotipos 16 y 18.²⁸ Se dice que se encuentra en casi el 100% de las muestras de carcinoma de cuello uterino y NIC grado III en el mundo entero.⁴¹

En un estudio realizado en Las Tunas donde se tipificó el virus, en el 88,8% de la muestra se obtuvo el Virus del Papiloma Humano de alto riesgo de oncogenicidad, con una preponderancia del genotipo 16.⁴²

La autora refiere que en este estudio no se tuvo en cuenta la presencia de la infección en el momento del diagnóstico, sino los antecedentes conocidos de la infección. La baja prevalencia encontrada creemos que sea debida a que los métodos de detección más sensibles no están generalizados de modo rutinario, en Cuba, por ser altamente costosos, o quizás también por falta de conocimiento de las pacientes sobre la infección, por lo que se considera aún sería necesaria mayor divulgación.

Tabla 5. Pacientes según manifestaciones clínicas. Policlínico Pedro Díaz Coello. De enero a diciembre 2017.

Manifestaciones clínicas	Nº	%
Asintomáticas	46	31.72
Dispareuria	18	12.41
Sangrado vaginal postcoital	33	22.76
Dolor pélvico	29	20.00
Leucorrea	19	13.10

Fuente: modelo 68.04 **N=130**

La tabla 5. Muestra las manifestaciones clínicas presentadas por las féminas donde la mayor parte de la muestra fueron asintomáticas (31.72%). El elemento clínico más relevante fue el sangrado vaginal postcoital (22.76%).

Cordero Martínez encontró, sin embargo, sólo 14.78% de mujeres con NIC asintomáticas, y el 85.22% restante presentó algún síntoma siendo de éstos, el más frecuente, el prurito y ardor genital seguido de fluido vaginal persistente, no coincidiendo con nuestros resultados.⁴³

Clark Rosales, por su parte, verificó que el flujo vaginal ocupó posición destacada en su muestra, con 24,9%, seguido de la mujer asintomática (23,7%).⁴⁴

En un estudio brasileño que tuvo como objetivo analizar los resultados citopatológicos de 194 mujeres con alteraciones epiteliales cervicales atendidas en un Centro asistencial de ese país, verificó 35,2% de mujeres con leucorrea y 22,4% el dolor pélvico.⁴⁵

La autora refiere que la enfermedad precozmente invasiva es generalmente asintomática, y sólo se detecta en el cribado. Los síntomas más precoces son por lo general sangrado vaginal anormal, generalmente postcoital. En nuestro criterio, la mayoría de los síntomas pueden haber sido causadas más bien por afecciones ginecológicas concurrentes en el momento del diagnóstico, como inflamación pélvica, ya que para que aparezca dolor a consecuencia del cáncer cervicouterino debe haber expansión regional, que aparece en estadios posteriores.

Conclusiones.

Luego de realizar este estudio y analizar los resultados obtenidos planteamos las siguientes conclusiones:

- ❖ En las pacientes con cáncer cervicouterino en etapa intraepitelial preinvasora, se evidenció un predominio del NIC I en mujeres con edad comprendidas entre 30-39 años.
- ❖ La mayor cantidad de pacientes fueron multíparas, y como antecedente de Infección de Transmisión Sexual predominó el Virus de Papiloma Humano y sin manifestaciones clínicas.

Recomendaciones.

- ❖ Incrementar las charlas, talleres y actividades de promoción estrategia para mejorar estilos de vida relacionados con los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil.

Referencias Bibliográficas.

1. Regiani Conde C, Rossi Lemos TM, da Silva Marques Ferreira ML. Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. Enfermería global. [Internet]. 2018 [Citado 20 mar 2018]; 49. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/301041/220651>
2. Prestes CRS, Paiva VSF. Psychosocial approach and health of black women: vulnerabilities, rights and resilience. Saúde Soc. [Internet]. 2016 [Citado 20 mar 2018]; 25(3):673.
3. Tadesse SK. Socio-economic and cultural vulnerabilities to cervical cancer and challenges faced by patients attending care at TikurAnbessa Hospital: a cross sectional and qualitative study. BMC Women's Health. [Internet]. 2015 [Citado 20 mar 2018]; 2015; 15(75):1.
4. Días EG, Santos DDC, Días ENF, Alves JCS, Soares LR. Perfil socioeconómico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. RevSaúdeDesenvolv. [Internet]. 2015 [Citado 20 mar 2018]; 7(4):135.
5. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. Psycho-Oncology. [Internet]. 2016 Sep [Citado 20 mar 2018]; 19. Disponible en: doi: 10.1002/pon.4287
6. Ribeiro FML, Minayo MCDS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. Cien Saúde Colet. 2014; 19 (6):1773.
7. Hernández- Márquez CI, Salinas-Urbina AA, Cruz-Valdez A, Hernández-Girón C. Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. Rev. Salud pública. [Internet]. 2014 [Citado 20 mar 2018]; 16 (5): 697-708. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343648/>

8. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2015. 44 ed. La Habana: MINSAP; 2016.
9. Oficina nacional de estadística e Información de la República de Cuba. Anuario Demográfico: Centro de estudios de Población y Desarrollo Edición, 2015. La Habana: Oficina nacional de estadística e Información de la República de Cuba; 2016.
10. Holguín. Dirección Provincial de Salud, Dirección Provincial de Estadística. Anuario estadístico de Salud. Holguín: Dirección Provincial de Estadística; 2015.
11. Páez M, Rodríguez-Riveros MI, Kasamatsu E, Castro A, Orué E, Lampert N. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud Internet]. 2016 [Citado 20 mar 2018]; 48 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343844022006>
12. Ugarte Izarra AI, León Lima CC., Díaz Muñoz W. Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino en los estudiantes del iii al ix ciclo de la escuela de enfermería de la universidad nacional del callao - callao, 2016. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Del Callao; 2016.
13. Alarco Ríos EJ. Conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini Enero - Marzo 2014” [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2014,
14. Hernández-Hernández DM, Apresa-García T, Patlán-Pérez RM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. RevMedInstMex Seguro Soc. [Internet]. 2015[Citado 20 mar 2018]; 53 Supl 2:S154-61. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>
15. Briony Rubali SM, Soplin Ocampo KE. Conducta Sexual Y Reproductiva Asociados Al Cáncer Cervicouterino, En Mujeres Atendidas Entre 2012-2013, En El Hospital Regional De Loreto, Punchana 2014. [Tesis]. Perú: Facultad de Enfermería; 2014.

16. Carranza V, Nacimiento F, Vásquez C. Factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, 2014. [Tesis]. Iquitos, Perú. UNAP. Facultad de Enfermería; 2014.
17. Urrutia MT. Cáncer cervicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo. [Internet]. 2015 [Citado 20 feb 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343648/>
18. Abuelo CE, Levinson KL, Salmerón J, Sologuren CV, Fernández MJ, Belinson JL. The Peru Cervical Cancer Screening Study (PERCAPS): the design and implementation of a mother/daughter screen, treat, and vaccinate program in the Peruvian jungle. J. Community Health, 2014; 39 (3): 409-415.
19. Ahken S, Fleming N, Dumont T, Black A, HPV awareness in higher-risk young women: the need for a targeted HPV catch-up vaccination program. J. Obstet. Gynaecol. Can; 2015. 37 (2): 122-128.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Cáncer Cervicouterino [Internet]. 2014 [Citado 20 mar 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es
21. Fernanda Nozar M, Briozzo L. Cáncer de cuello uterino en Uruguay. Controversias en la prevención. RevMédUrug. 2017; 33(1):64-70.
22. Durzynska J, Lesniewicz K, Poreba E. Human papillomaviruses in epigenetic regulations. Mutat Res RevMutat Res [Internet]. 2016 [Citado 20 mar 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mrrev.2016.09>
23. Iberts CJ, Vos RA, Borgdorff H, Vermeulen W, van Bergen J, Bruisten SM, et al. Vaginal high-risk human papillomavirus infection in a cross-sectional study among women of six different ethnicities in Amsterdam, the Netherlands: the HELIUS study. Sex Transm Infect. 2016; 92(8):611-8.
24. Paz-Zulueta M, Fernández-Feito A, Amparán Ruiz M, Azofra Olave A, Martín Seco Y, Ojugas Zabala S, et al. Prevalencia de genotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo no vacunables dentro del programa de

- Detección Precoz de Cáncer de Cérvix en Cantabria. Aten Primaria 2016; 48(6):347-55.
25. Medina ML, Medina MG, Merino LA. Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina. EnflnfMicrobiol. 2014; 34 (4): 140-144.
26. Quispe Hilasaca YP. Nivel de Conocimiento y Actitud frente a la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en niñas del 5to grado de la Institución Educativa Primaria N° 70548 Bellavista, Juliaca - 2017. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2017.
27. Elfström KM, Dillner J, Arnheim-Dahlström L. Organization and quality of HPV vaccination programs in Europe. Vaccine. 201; 33:16733-81.
28. Schiffman M, Wentzensen N. Transitioning to a new era in cervical cancer screening. GynecolOncol. 2015; 136:175-7.
29. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. Lancet. 2014; 383:524-32.
30. Díaz Brito D, Santiesteban Sánchez RM, Santana Suárez FR, Triana Rodríguez Y. Programa de cáncer de cérvix en el Policlínico " Tula Aguilera Céspedes" de Camagüey, Cuba (2012-2014). Rev. Cubana ObstetGinecol [Internet]; 2016 abr.-jun. [Citado 20 mar 2018]; 42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2016000200003&script=sci_artt ext&tlng=pt
31. Huertas J, Rivillas-García JC, Ospina M. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. 2015 [Citado 20 mar 2018]; 33(2). Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a>
32. Beramendi Pérez JH. Cáncer cervicouterino en mujeres de edad fértil del Centro de Salud La Libertad 2017. [Tesis]. Huancayo – Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2017.

33. Vicente Argueta ER. Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolaou. [Tesis]. Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala; 2014.
34. Cruz Vargas JA de la. Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolaou en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015. [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
35. Granados-García V, Flores YN, Pérez R, Rudolph SE, Lazcano -Ponce E, Salmerón J. Cost of the Cervical Cancer Screening Program at the Mexican Social Security Institute. Salud pública Méx [internet]. 2014, Oct [citado 3 ene 2018]; 56(5): 502 -510. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500017&lng=es
36. Dávila Gómez HL, Matos Rodríguez Z, Ravelo Nápoles S, Esquivel Díaz O, López Ruiz M. Lesiones epiteliales del cérvix en pacientes sin citología alterada en la Isla de la Juventud (2014-2015). Rev. Cubana Obstetricia y Ginecol. [Internet]. 2017 [Citado 20 mar 2018]; 43 (4). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/272/217>
37. Denny L, Herrero R, Levin C. Cervical Cancer. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, et al., editors. Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. [Internet]. 2016 [Citado 20 mar 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343648/>
38. Flora SDe, la Maestra S. Epidemiology of cancers of infectious origin and prevention strategies. J prevmedhyg 2015; 56: e15-e20
39. Comparetto C, Borruto F. Cervical cancer screening: A never-ending developing program. World J Clin Cases 2015 July 16; 3(7): 614-624
40. Beavis AL, Levinson KL. Preventing Cervical Cancer in the United States: Barriers and Resolutions for HPVvaccination. Front. Oncol. 2016; 6(19): 1-9.
41. Santana Serrano C, Chávez Roque M, Viñas Sifontes LN, Hernández López E, Cruz Pérez J. Diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Rev. Cubana

ObstetGinecol [revista en internet]. 2011, Ago [citado 9 marzo 2018]; 37(2): 213-222. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200011

42. Morales Fontaine A, Peña Pérez OR, Yabor Palomo AM, AlvarezYabor Vd. Identificación del genotipo del virus del papiloma humano en pacientes portadoras de lesiones cervicouterinas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2016[Citado 20 mar 2018]; 41(2). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/647>
43. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Revista Ciencias Médicas La Habana. 2015 [citado 16 de abril de 2017]; 21(2). Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/780/pdf_53
44. Clark Rosales SJ. Concordancia Citohistológica en el diagnóstico de Neoplasias Escamosas de Cuello Uterino. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua. Enero a Diciembre 2015. [Tesis]. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua; 2016.
45. Leitão NMA, Pinheiro AKB, Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Nobre RNS. Avaliação dos laudos citopatológicos de mulheres atendidas em um serviço de enfermagem ginecológica. Rev Min Enferm. 2008; 12(4):508-15.

Anexo I. Consentimiento informado.

Yo _____, autorizo que en el policlínico Pedro Díaz Coello se realice una investigación sobre el Cáncer cervicouterino por la residente de segundo año de medicina general integral Yusimí Rebeca Ricardo Pozo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina , ha informado que para la recolección de la información necesita los resultados de los estudios citológicos realizados en el área de salud, tomando como fuente los modelos (68.04) que constan en el departamento de citología del Policlínico. Cumpliendo en todo momento los principios éticos para la investigación, además que los resultados serán utilizados en el bienestar de la población que padece la enfermedad y en beneficio de su salud.

Por todo lo anterior decido firmar el presente documento.

Firma de la directora _____

Fecha_____ Hora _____

Anexo II. Modelo de recolección de la información.

Edad (años).

20-29 ()

30-39 ()

40-49 ()

50-59 ()

≥ 60 ()

Clasificación de las lesiones por estadios.

NIC I ()

NIC II ()

NIC III ()

Carcinoma in situ ()

Antecedentes obstétricos desfavorables.

Multiparidad ()

Instrumentaciones ()

Parto distócico ()

Antecedentes de ITS.

VPH ()

Trichomona ()

Chlamydia ()

Sífilis ()

Otros ()

Manifestaciones clínicas.

Asintomáticas ()

Dispareuria ()

Sangrado vaginal postcoital ()

Dolor pélvico ()

Leucorrea ()