UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE MÉDICA

Prevalencia y factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, periodo 2014 – 2015.

Autora

Jhovanna Mariela Parra Samaniego

Directora

Dra. Katherine Salazar

Cuenca - Ecuador

2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 7
1.1 Planteamiento del problema 9
1.1.1 Situación problemática 9
1.1.2 Formulación del problema 9
1.2 Justificación y uso de resultados 10
2 FUNDAMENTO TEORICO 12
2.1 Antecedentes 12
2.2 Definición 13
2.3 Anatomía 13
2.4 Historia natural de la enfermedad 13
2.5 Infección por el virus del papiloma humano 14
2.6 Diagnóstico 15
2.7 Lesiones intraepiteliales 15
2.8 Evaluación inicial de un reporte citológico anormal 15
2.9 Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado 16
2.10 Lesión intraepitelial escamosa de alto grado 16
2.11 Factores asociados 17
2.11.1 Edad de la primera relación sexual: 17
2.11.2 Anticoncepción hormonal oral: 17
2.11.3 Número de parejas sexuales: 17
2.11.4 Tabaquismo: 17
2.11.5 Paridad: 18
2.11.6 Enfermedades de transmisión sexual: 18
2.12 Citología (Método Bethesda) 18
2.13 Biopsia por colposcopia 19
2.14 Tratamiento 19
2.14.1 Prevención 20
3 HIPÓTESIS 20
4 OBJETIVOS 21
4.1 General 22
4.2 Específicos 22
5 METODOLOGIA 22
5.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio 23
5.2 Población y muestra 23

5.3 Operacionalización de variables 23
5.4 Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de los datos 25
5.5 Aspectos éticos 25
5.6 Plan de procesamiento y análisis de datos. 25
6 DISCUSION 32
7 CONCLUSIONES 36
8 RECOMENDACIONES 37
9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema Bethesda..... 15
Tabla 2. Evaluación inicial de un reporte citológico anormal. 16
Tabla 3. Clasificacion según el NIC..... 19
Tabla 4 Operacionalización de variables..... 23
Tabla 5 .Características de la población de estudio según: edad, talla, peso, IMC y antecedentes ginecológicos; HVCM 2014 - 2015..... 26
Tabla 6. Características sociodemográficas de la población de estudio, según: grupos de edad, residencia, y estado nutricional; HVCM 2014 - 2015. 27
Tabla 7 Prevalencia de las lesiones intraepiteliales, por la técnica de citología convencional; HVCM 2014 - 2015..... 28
Tabla 8. Prevalencia de las lesiones intraepiteliales, por la técnica biopsia dirigida por colposcopia; HVCM 2014 - 2015. 29
Tabla 9. Diagnóstico de las lesiones intraepiteliales obtenidas por la técnica de citología convencional y la biopsia, HVCM 2014 - 2015. 30
Tabla 10. Factores asociados a las lesiones intraepiteliales en las mujeres de 15 a 65 años de edad del HVCM, Cuenca 2014 - 2015. 31

RESUMEN

Introducción: el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar entre los tipos de cáncer a nivel mundial y es responsable de millones de muertes al año.Se observa con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo.

Objetivo: determinar la prevalencia y los factores asociados a las lesiones intraepiteliales (LIE) del cuello uterino en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el 2014 al 2015.

Método: estudio descriptivo, analítico y transversal; el universo fue 550 pacientes que acudieron a realizarse colposcopias, y en base a los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un total de 234 historias clínicas completas. Se usaron valores absolutos y relativos para variables cualitativas, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron la media y desvío estándar; para la comprobación de hipótesis se realizó: OR IC 95%, Chi cuadrado (valor $p < 0,05$).

Resultados: La prevalencia de LIE fue del 30,5% y con mayor frecuencia en los grupos entre los 26 y 35 años, con una media de 2 gestas, la edad del IVSAmás frecuente fue a los 17 años y con un promedio de 2 parejas sexuales.

Conclusiones: La prevalencia de las LIE por histología fue de 30,5% en contraste con el 78,1% reportado por citología; no hubo asociación estadística entre las mujeres que tenían factores de riesgo con respecto a aquellas que no los tenían.

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, LESIÓN INTRAEPITELIAL CERVICAL, COLPOSCOPIA.

ABSTRACT

Introduction:cervical cancer is the third most common kind of cancer on world andcauses millions of deaths annually.It is most frequently observed in middle and low-income countries.

Objective:determinate the prevalence and factors which are associated with the cervical-intraepithelial lesions (LIP) in women from 15 to 65 years whom attended to the colposcopy service at the Vicente Corral Moscoso Hospital in Cuenca city within the period between 2014 and 2015.

Methodology: descriptive, retrospective and cross-sectional study. The study's universe has 550 patients whomunderwent colposcopy exams, and based on the inclusion and exclusion criteria, a total of 233 complete medical records were obtained. Whereas absolute and relative values were used for qualitative variables, for quantitative variables were used the concepts of mean and standard deviation. Totest the hypothesis a statistical evaluation was performed obtaining:OR IC 95%and a chi square (p value <0.05).

Results: The prevalence of LIP was about 30.5%.The LIP's were more frequently in women between 26 and 35 years, with a mean of 2 pregnancies. Theage of active sex-life was at 17 years and the mean number of sexual partners was established in two.

Conclusions: The LIP's prevalenceby biopsy was 30.5% while the 78.1% was reported by cytology.There was not statistical association between women who presented risky factors with regard to those women who don't.

KEY WORDS: PREVALENCE, CERVICAL INTRAEPITHELIAL LESIONS, COLPOSCOPY.

CAPITULO I

1 INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad; en el año 2012 se presentó alrededor de 14 millones de casos nuevos y además 8,12 millones de muertes debido a esta patología(1).

El cáncer de cérvix se presenta cada vez con más frecuencia en nuestro medio, debido a las modificaciones del estilo de vida en los que se ha visto tienen conductas inadecuadas que aumentan el riesgo de padecerloy, se presentan inicialmentecomo una lesión intraepitelial escamosa(2).

La infección por el virus del papiloma humano en mujeres, con ciertas clases de virus que son considerados de alto riesgo oncogénico, resulta determinante en la progresión de las lesiones intraepiteliales y consecuentemente en la aparición del cáncer cervical(3).

El número de casos nuevos de cáncer de cuello de útero (CCU) aumentaría en aproximadamente un 70% en20 años. No todas las lesiones intraepiteliales escamosas terminan en cáncer pero si es comprobado que todo cáncer de cérvix inicia como una lesión intraepitelial(4).

A nivel mundial la incidencia del cáncer cervico-uterino ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama. Según la página de Eurocytoligy acerca de los registros de cáncer exponen que hay cerca de 400.000 casos nuevos de CCU y ocasionan 200.000 defunciones al año(4).

La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%(5).

Los datos estadísticos mundiales indican que al año se producen unos 466.000 nuevos casos, 80% de ellos en países en vías de desarrollo, de los cuales mueren 274.000 mujeres, a pesar de ser una enfermedad prevenible(6).

El cáncer cervico-uterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo. América Latina y el Caribe tienen

una de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervico-uterino más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia(7).

En Argentina, durante el año 2010, murieron aproximadamente 1.800 mujeres a causa del cáncer de cuello uterino(8).

En Colombia un estudio realizado por Huertas-Pacheco et. cols. de tipo descriptivo, en el que se estudió los registros de las pacientes con hallazgo citológico de remisión de atipia de células escamosas de significado incierto (ASC-US) o Atipia escamosa incierta sin descartar lesión de alto grado (ASC-H), para determinar la prevalencia de lesiones intraepiteliales (LIE)y se eligieronlos informes de las usuarias referidas con resultado citológico de ASC-US o ASC-H y se estableció el resultado del estudio histológico de labiopsia de cérvix, encontrando en su mayoría resultados remitidos como ASC-US (931) y en mínima cantidad como ASC-H (13), con un promedio de edad entre 16 y 87 años(9).

Según resultados obtenidos en otro estudio realizado en Lima con tres instituciones de educación superior encontraron que el 8,4% de estudiantes fue positiva a algún tipo de virus del papiloma humano (6, 16, 18), siendo el más prevalente el VPH 16 y sólo el 2,5% de estudiantes presentaron lesiones cervicales según el reporte del Papanicolaou mas no fue comprobado con biopsia por colposcopia (10).

Las lesiones intraepiteliales cervicales pueden progresar a cáncer de cérvix que es una patología que se presenta cada vez con más frecuencia en nuestro medio,pero, si es diagnosticada a tiempo es posible tratarla y disminuir así su mortalidad(11).

El 96,1% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino ocurre después de los 30 años de edad entre las mujeres del Ecuador(11).

Otros estudios de tipo prospectivos evidencian que las displasias dejadas evolucionar naturalmente son transformadas en carcinoma in situ de 30 a 36%, y sin embargo la causa de cáncer no es completamente conocida, se asocian algunos factores que los predisponen (12).

En Cuenca el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en la tabla de posición según el Sexto informe de epidemiología de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del periodo de 2006 a 2009(13).

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Situación problemática

En la actualidad existe un alto índice de mortalidad a causa del cáncer de cuello uterino, a pesar de ser una patología prevenible que además es responsable de elevados costos en salud pública, la población femenina a la que se dirigió este estudio al adquirir el conocimiento de sus factores de riesgo asociados sería capaz de evitar la infección por el virus del papiloma humano que está fuertemente ligado al desarrollo de la enfermedad.

1.1.2 Formulación del problema

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de la población de estudio según: edad, grupos de edad, residencia, talla, peso, índice de masa corporal, estado nutricional, número de gestaciones, número de partos, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales?
- ¿Cuál es la prevalencia de las lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema de Bethesda cuya muestra cervical fue obtenida por biopsia dirigida por colposcopia y la otra por citología convencional?
- ¿Qué nivel de relación existe entre las LIE ylos factores considerados asociados comoinicio de vida sexual activa, paridad, edad primer parto, número de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, tabaquismo?

1.2 Justificación y uso de resultados

El cáncer cérvico-uterino es la tercera causa de mortalidad en nuestro país, las mismas que se pueden evitar aplicando programas de cribado para intervenir en el momento oportuno. Este estudio nos ayudará a obtener nuestras propias cifras estadísticas acerca de la prevalencia de ciertas alteraciones como lo son las Lesiones Intraepiteliales Escamosas (LIE) de cérvix; cuya celularidad fue obtenida por biopsia dirigida por colposcopopia e interpretación histológica de sus resultados.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como propósito investigar la frecuencia con la que aparecen estas lesiones en la población femenina que acude al Hospital Vicente Corral Moscoso para así poder intervenir y determinar los factores de riesgo que influyen en la aparición de esta alteración con el fin de establecer aquellas mujeres que tendrán mayor probabilidad de cursar con la patologia así en un futuro poder implementar campañas para concientizar a la población femenina acerca de la prevención del cáncer de cuello de útero. De esta manera evitar el curso natural de la displasia de cérvix que causan un grave impacto a la salud pública de nuestro país.

CAPITULO II

2 FUNDAMENTO TEORICO

2.1 Antecedentes

En 1910, Rubin (Nueva York) mencionael cáncer incipiente para referirse al concepto de transformación neoplásica localizada en el espesor del epitelio cervical (14).

En 1912, Schottländer y Kermauner (Berlín) usan el término “carcinoma temprano” a aquellos cambios observados en el epitelio adyacente al carcinoma cervical invasor. Posteriormente veinte años después, Broders (Nueva York), basándose en su experiencia en Dermatopatología, utiliza el nombre de carcinoma in situ “CIS” al describir este cuadro histológico. Así también varios términosmás han sido empleados tales como el de enfermedad de Bowen cervical por Lecène (París), también en 1932, y el de carcinoma intraepitelial no invasor por Galvin y Te Linde (Nueva York) en 1933. Pese a la proliferación de estos y otros muchos sinónimos, el término acuñado por Broders es el que ha permanecido para designar estas lesiones caracterizadas por la completa sustitución del epitelio por células anómalas semejantes a las células del carcinoma invasivo. Cabe recalcar que, de forma paradójica, en el trabajo inicial del afortunado Broders no incluía la localización de cuello uterino dentro de los ejemplos de CIS(14).

En 1961, durante el primer congreso internacional sobre citología exfoliativallevado a cabo en la cuidad de Viena, se propuso el uso de una nomenclatura con términos como displasia y carcinoma in situ, que pronto reemplazó a los demás(14).

En los primeros trabajos publicados entre 1998 a 1999 acerca de pacientes sometidas al protocolo de “ver y tratar” se hizo un uso indiscriminado de este, iniciando así un análogo de la era precolposcópica, en la que aquellaspacientes con citología alterada recibieron tratamiento con conización(15).

En la actualidad mediante la colposcopia se puede tomar material de biopsia de las lesiones localizadas en el cérvix y así obtener un diagnóstico certero de las lesiones premalignas o del cáncer in situ para aplicar el respectivo tratamiento(3).

2.2 Definición

En las LIE encontramos citologías anormales presentes en el epitelio del cérvix. La LIE de grado bajo es ocasionada por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y es un hallazgo anormal común en la prueba de Papanicolaou(2).

> "Con frecuencia, desaparece por sí sola sin necesidad de tratamiento, pero, algunas veces, las células anormales se vuelven cancerosas y se diseminan al tejido normal cercano. La lesión escamosa intraepitelial de grado bajo se llama, a menudo, displasia leve y las de alto grado pueden ser displasia moderada, grave y cáncer in situ" (2).

2.3 Anatomía

El cuello uterino, la parte fibromuscular inferior del útero, mide de 3 a 4 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro, aunque su tamaño varía según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer. El exocérvix es la parte más fácilmente visible del cuello uterino; el endocérvix, en gran parte no visible, es contiguo al orificio cervical externo(3).

La metaplasia escamosa del cuello uterino consiste en el reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico evertido al exocérvix por un epitelio escamoso neo formado de células de reserva subyacentes a las cilíndricas(3).

La parte del cuello uterino en la que se produce metaplasia escamosa se denomina zona de transformación. Identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona(3).

2.4 Historia natural de la enfermedad

La evolución natural de esta patologíaenvuelve la progresión paulatina por fases preinvasoras (NIC I, II y III o CA in situ), de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido(3).

El cáncer de cérvix inicia con la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, pasa por las de alto grado posteriormente llega al cáncer micro invasor y al invasor propiamente dicho y por último la muerte(16).

Esta historia natural tiene un tiempo de evolución en términos generales de entre 10 y 15 años, tiempo suficiente que tenemos para modificar esta historia natural en las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado y con ello evitar un cáncer invasor y la muerte de las mujeres con este padecimiento(16).

2.5 Infección por el virus del papiloma humano

El contagio por virus del papiloma humano (VPH)se considera actualmenteun factor necesario para desarrollar una neoplasia cervical. Se conoce que ciertos subtipos ocasionan con mayor probabilidad lesiones precancerosas estos son denominados de alto riesgo que con mayor frecuencia se encuentran en pacientes con cáncer cervical(17).

Los estudios realizados el último decenioevidencian que el VPH ocasiona cáncer cervical, por este motivo se ha dado inicio al desarrollo de nuevas estrategias diagnósticas, preventivas que condicionan la infección(18).

Los subtipos de virus encontrados con mayor frecuenciarespecto a aquellos considerados de bajo riesgo oncogénico podemos encontrar tipos 6 y 11 estos son los causantes de condilomas acuminados y usualmente se asocian a lesiones no invasivas, en cambio los subtipos 16 y 18, son factores etiológicos considerados de alto riesgo y tienen un alto potencial invasor(19).

Una de las condiciones indispensables para presentar la enfermedad, es la incorporación del material genético viral a las células epiteliales cervicales del huésped. Es irreversible y causa alteración de la reproducción de la célula; el virus al integrarse al genoma celular determina su inestabilidad (20).

En la transformación de las lesiones, las aberraciones en los genes de la célula huésped se acumulan con el tiempo, lo que es necesario para la progresión final al cáncer(20).

2.6 Diagnóstico

La realización de la citología cérvix y su respectivo estudio histológico de displasias o de lesiones por el virus del papiloma humano (VPH) sumado a la colposcopía son las bases que sustentan el diagnóstico de la Lesión Intraepitelial cervical y su correlación brinda un buen índice de diagnóstico para el VPH(3).

La citología, colposcopía y biopsia se complementan al momento del diagnóstico en las pacientes con patología cervical. La citología cervico-vaginal es un método de ayuda diagnóstica para detectar lesiones escamosas intraepiteliales tales como carcinomas invasores que deberá ser acompañados por estudios como la colposcopía y toma de biopsia para la confirmación diagnóstica(21).

2.7 Lesiones intraepiteliales

La reproducción celular va a encontrarse localizada en la capa basal y en los siguientes estratos celulares superiores(22).

Tabla 1.Lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema Bethesda

Lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema Bethesda	
AGC	Atipia de células glandulares
ACG-H	Atipia de células glandulares, posible neoplasia
ACH-NOS	Atipia de células glandulares no específicas
AIS	Adenoma in situ
ASC-H	Atipia escamosa incierta sin descartar lesión intraepitelial de alto grado
AS-CUS	Atipia de células escamosas de significado incierto.
HSIL	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
LSIL	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
NIC	Neoplasia intraepitelial cérvico-uterina

Fuente: Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedad de Ginecología y Obstetricia. Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas de cáncer de cuello de útero. 2016 (23).

2.8 Evaluación inicial de un reporte citológico anormal

En la actualidad en base al conocimiento de la etiología de las LIE y la influencia del VPH como factor de riesgo se ha planteado un diseño para el

proceder ante un resultado anormal de la citología según el método Bethesda(24).

Se debe realizar tipificación para VPH para el esclarecimiento de citologías atípicas de significado indeterminado (ASCUS) (24).

Tabla 2. Evaluación inicial de un reporte citológico anormal.

EVALUACION NICIAL DE UN REPORTE CITOLÓGICO ANORMAL	
ANORMALIDADES ESCAMOSAS	
ASCUS	• Tipificación para VPH • Repetir citología en 6 meses • Colposcopía
ASCH	• Colposcopía
LSIL	• Colposcopía
ASIL	• Colposcopía
CANCER IN SITU	• Colposcopía
ANORMALIDADES GLANDULARES	
AGC-US	• Colposcopía
AIS	• Colposcopía
AC	• Colposcopía

cer

n celular,

erficiales,

dispuestas en forma aislada con citoplasmas claros, bordes definidos, núcleos hipertróficos con cromatina finamente granular de distribución homogénea. Además hay un aumento en la proliferación celular en las capas inferiores del epitelio escamoso (25).

2.10 Lesión intraepitelial escamosa de alto grado

Se relaciona con mayores alteraciones desde la zona basal hasta la intermedia, se observan varios cambios en células intermedias y parabasales que comprometen tanto el núcleo como el citoplasma. Se aumenta la relación núcleo citoplasma a favor del núcleo, existe hipercromía nuclear, polimorfismo o lobulaciones en membranas celulares(25).

Como se mencionó esta lesión agrupa los cambios celulares de la displasia moderada también llamada Neoplasia intraepitelial cervical III o NIC III(25).

2.11 Factores asociados

2.11.1 Edad de la primera relación sexual:

En la actualidades reconocido el IVSA antes de 20 años como un factor de riesgo importanterespecto a la aparición de LIE así como para el desarrollo cáncer de cérvix(22).

Es por eso que en muchos estudios se ha evidenciado la presencia de LIE incluso en mujeres menores a 20 años(26).

Las paciente que refirieron el inicio de vida sexual activa antes de los 20 años y con mayor razónantes de los18 años presentan mayor riesgo de presentar infección viral dada la vulnerabilidad del epitelio cervical en esas edades(19).

2.11.2 Anticoncepción hormonal oral:

Según el Instituto Nacional del Cáncer, encontró que usar anticonceptivos orales porun periodo de tiempo de cinco o diez años o más, incrementaba el riesgo de padecer cáncer de cérvix(27).

2.11.3 Número de parejas sexuales:

Aquellas personas que tienen más de dos parejas sexuales en un periodo de al menos seis meses corren más riesgo de adquirir una ITS que tienen relación con el inicio de la transformación neoplásica cervical(22).

Si uno de los miembros de la pareja tiene el antecedente de relaciones sexuales sin protección de barrera como preservativos también es un factor a considerar (19).

2.11.4 Tabaquismo:

El tabaquismo se ha considerado un factor de riesgo importante en la aparición de estas lesiones(27). En el año 2002, a través de la International Agency forResearchonCancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyeron que el consumo de tabaco, por parte de las mujeres, puede causar cáncer invasivo de cérvix uterino; así mismo lo demostraron Helberg y Da Fonseca, mostrando que su consumo tiene un efecto tóxico sobre el cérvix

al disminuir las células de Langerhans, lo que se traduce en inmunosupresión local(27).

2.11.5 Paridad:

La multiparidad es un factor de riesgo para cáncer cervico-uterino puesto quede manera fisiológica la mujer gestante presenta inmunosupresión, y a esto se suma el trauma que sufre el cérvix al momento del parto, favoreciendo la infección por VPH (27).

2.11.6 Enfermedades de transmisión sexual:

En varios estudios se ha observado una relación entre cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual, ETS (28). Las ETS tales como el virus del herpes simple genital tipo 2 actúan sinérgicamente y presentan cierta acción oncogénica junto al VPH(19).

La mujer que haya tenido múltiples parejas sexuales presenta mayor riesgo de adquirir una ETS entre las cuales se encuentra el VPH, lo que resulta relevante desde el punto de vista epidemiológico(19).

En la Habana, Cuba se realizó una investigación en mujeres que acudieron al servicio de consulta externa y se realizaron citologías,que evidenciaron la directa asociación entre la infección por el VPH y las LIE en el 72,6 % de mujeres(38).

2.12 Citología (Método Bethesda)

El cáncer de cuello uterino va precedido por un largo periodo de transformación celular morfológicamente identificable que permite el cribado en estadios precoces de la enfermedad(29).

Aparte de los datos de localización e identificación de la muestra, la clasificación contiene apartados con respecto a lesiones cervicales tales como: se reporta negativo cuando la celularidad es normal, en muestras que presentan inflamación el reporte es cervicitis, o en caso de haber alteraciones en la morfología celular se reporta como ASCUS, ACGH, y así respectivamente(19).

2.13 Biopsia por colposcopia

La colposcopia es una técnica data de 1925, fue introducida por Hinselmann H. y se basa en un sistema estereoscópico para examen visual de la mucosa del tracto genital inferior femenino bajo aumento.

Este método se usa para localizar lesiones nivel del cérvix y de ésta manera poder obtener una muestra para estudio histológico o biopsia de manera específica (30).

Mediante la biopsia dirigidapor colposcopía podemos llegar a tener una confirmación diagnóstica superando a la citología que no ubica el sitio exacto de la LIE (30).

La colposcopía es un procedimiento mediante el cual se usa un instrumento con aumento y luz que se llama colposcopio para examinar el cuello uterino, la vagina y la vulva. Durante la colposcopia, se introduce en la vagina un instrumento que se llama espéculo para ensancharla y observar el cérvix claramente(31).Se aplica una sustancia que marca las zonas anormales y luego a realizar biopsias (32).

Las biopsias que reportan anormalidades se deben a alteraciones que conllevan al desarrollo de cáncer cervical, estas alteraciones se llaman displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) (22):

Tabla 3. Clasificacion según el NIC

CLASIFICACION NIC	
NIC I	Displasia leve.
NIC II	Displasia moderada
NIC III	Displasia grave o cáncer cervical muy temprano, llamado carcinoma in situ.

Fuente: Lesiones Escamosas Intraepiteliales Cervicales 2015 (22).

2.14 Tratamiento

Una vez efectuado el diagnóstico por citología, colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia, las opciones de manejo para NIE de bajo grado varían

ampliamente en el mundo, destaca la simple observación hasta terapias excisionales. Pacientes con NIC de bajo grado persistentes debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativas ambulatorias. Las guías de manejo para NIC de alto grado están bien establecidas. Se recomienda curetajeendocervical de no existir lesión visible en el ectocérvix. En toda paciente con NIC de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electroconización para excluir enfermedad invasora(5).

2.14.1 Prevención

Las vacunas frente al cáncer de cérvix se han implementado, en un amplio número de países del mundo, dentro de los programas de vacunación sistemática. Asimismo se ha recomendado la vacunación de rescate en adolescentes y mujeres jóvenes(33).

Desde la perspectiva de salud pública, la vacunación rutinaria en mujeres de mayor edad no se plantea por motivos de coste-efectividad(33).Las etapas posteriores al tamizaje son críticas para la prevención de esta enfermedad (34).

La prevención primaria está dirigida a reducir el riesgo de CCU mediante la prevención del primer paso en el proceso: la infección por VPH(23).

3 HIPÓTESIS

La prevalencia de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, son más frecuentes en las mujeres con factores de riesgo asociados como: Inicio de vida sexual activa, paridad, número de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, tabaquismo; comparados con aquellas que no los tienen.

4 OBJETIVOS

4.1 General

Determinar la prevalencia y los factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, periodo 2014 – 2016**.**

4.2 Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y obstétricas de la población de estudio según: edad, grupos de edad, residencia, talla, peso, IMC, estado nutricional, número de gestaciones, número de partos, IVSA, número de parejas sexuales.
2. Determinar la prevalencia de las lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema de Bethesda cuya muestra cervical fue obtenida por biopsia dirigida por colposcopia y la otra por citología convencional.
3. Identificar los factores considerados asociados a las LIE como: inicio de vida sexual activa, paridad, edad primer parto, número de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, tabaquismo.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal.

5.2 Población y muestra

El universo de estudio abarca el total de las pacientes de 15 a 65 años de edad que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso y se han realizado colposcopia y biopsia dirigida, desde junio 2014 a junio 2016.

Se incluyeron en este estudio todas las mujeres de 15 a 65 años que se realizaron colposcopía desde enero 2014 hasta diciembre 2016 y, se excluyeron a las pacientes cuya historia clínica no cuente con los datos necesarios para el estudio.

5.3 Operacionalización de variables

Tabla 4Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALAS
Edad	Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, desde el nacimiento, hasta la actualidad.	Cronológica	Edad en años registrada en el formulario. Cédula Clasificar según manejo de Sociedad Americana de Colposcopia	_____años (Indica cómo va a clasificar la edad de las mujeres). 15-25 años __ 26-35 años __ 36-45 años __ 46-55 años __ 56-65 años __
Residencia	Lugar donde habita actualmente	Geográfica	Respuesta registrada en el formulario	Parroquia_____
Lesiones cervicales intraepiteliales	Cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas.	Citológica	Presencia de LIE Tipo de lesión sistema de Bethesda	LIE Sí __ No __ LIE de bajo grado Si ( ) No ( ) LIE de alto grado Si ( ) No ( ) ASC-US Si ( ) No ( ) ASC-H Si ( ) No ( ) ACG Si ( ) No ( )
Inicio de vida sexual activa	Edad en la cual tuvo su primera actividad sexual, penetrante por vía vaginal.	Práctica sexual	Edad de inicio registrada en el formulario.	< 17 años Si ( ) No ( )
Paridad	Número de partos hasta el momento de la entrevista.	Paridad	Respuesta registrada en el formulario	≥ a 3 partos. Si ( ) No ( )
Número de parejas sexuales	Práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas	Práctica sexual	Número registrado en el formulario	> 5 parejas
Enfermedades de transmisión sexual	Conjunto de infecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual.	Diagnostico citológico	Observadas por el sistema de Bethesda y PCR	Flora normal Sí ( ) No ( ) Flora mixta Sí ( ) No ( ) Gardnerella Vaginalis Sí ( ) No ( ) Tricomona Vaginales Sí ( ) No ( ) Cándida Sí ( ) No ( ) Leptothrix Sí ( ) No ( ) AR-VPH y BR-VPH Sí ( ) No ( ) Vaginosis bacteriana Sí ( ) No ( ) Mycoplasma Hominis Sí ( ) No ( ) Ureaplasma Uralyticum Sí ( ) No ( )
Métodos de anticoncepción	Técnicas usadas para evitar un embarazo	Uso Tipo	Uso: respuesta directa Tipo: respuesta según opciones, registrado en el formulario	Uso: Sí ( ) No ( ) DIU Sí ( ) No ( ) Combinados Sí ( ) No ( ) Solo progestágenos Sí ( ) No ( ) Barrera Si ( ) No ( ) Ligadura Si ( ) No ( )
Tabaquismo	Consumo de tabaco	Conductual	Respuesta registrada en el formulario	Fuma: Si ( ) No ( )

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: Jhovanna Parra

5.4 Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de los datos

Se revisaron las historias clínicas virtuales del sistema de consulta externa del HVCM o “MEDISYS” de las pacientes con diagnóstico preocupante por resultados anómalos del test de Papanicolaou a quienes en consulta se les tomó una muestra para detección de las LIE por la visualización del cérvix con la técnica de colposcopia y toma de biopsia según protocolo. Las variables serán recolectadas en un formulario y luego la información será registrada en una base de datos trabajada en SPSS V15 con la que se emitieron los resultados.

5.5 Aspectos éticos

El uso de los datos será estrictamente confidencial, mediante el acuerdo firmado por la autora al hospital, donde se garantiza que los datos serán usados en un solo equipo informático, las historias clínicas no serán manipuladas, ni rayadas ni perdidas. Los nombres de las pacientes no serán divulgados, solo los datos que puedan aportar a esta investigación.

5.6 Plan de procesamiento y análisis de datos.

Programas a utilizar para análisis de datos

- Microsoft Excel 2013
  Hoja de cálculo que se usa para la tabulación de datos y empleo de fórmulas que permiten conocer resultados condensados de una población.
- SPSS V15: es un programa estadístico utilizado para el tratamiento de información a gran escala, pues admite el ingreso de dos millones de registros y 250.000 variables. Se usa bajo licencia de la corporación IBM.
- Se usaron valores absolutos y relativos para variables cualitativas y para las cuantitativas; media y desvío estándar.
- Para la asociación de lasvariables se determinó OR, IC y el valor de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

Con la recolección de los datos, mediante la revisión de las 233 historias clínicas, de las usuarias a quienes se les realizo una prueba de Papanicolaou más colposcopia.Se consideró citología cervical negativa cuando el resultado reportaba normal, o presentó procesos inflamatorios tales como cervicitis o metaplasia escamosa. Se consideró citología positiva, cuando el resultado fue lesión escamosaintraepitelial de bajo grado, lesión escamosa intraepitelial de alto grado, células escamosas atípicas de significado indeterminado, células glandulares atípicas de significado indeterminado, células escamosas atípicas sin poder descartar una lesión de alto grado o células atípicas con sospecha de cáncer.Con estos datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5.Características de la población de estudio según: edad, talla, peso, IMC y antecedentes ginecológicos; HVCM 2014 - 2015.

Variables	Media	Desviación estándar	Frecuencia
Edad en años	36,3	11,5	233
Talla en metros	1,56	7,3	233
Peso en kilogramos	66,5	9,4	233
Numero de gestaciones	3,4	2,3	233
Número de partos	2,5	2,3	233
IVSA	17,4	3,4	233
Número de parejas sexuales	2,1	1,6	233
IMC	27,4	3,6	233

Fuente: base de datos.
Realizado: por Jhovanna Parra.

El promedio en relación a las variables como: edad de las mujeres del estudio fue 36 años, en relación a la talla estaba en 1,56 cm, el peso en 66,5 kg., la frecuencia de gestaciones fue 3.4, el número de partos fue 2,5, el inicio de vida sexual de la mayoría fue a los 17 años, y el número de compañeros sexuales fue 2.1, el IMC se ubicó sobre los 27,4.

Tabla 6. Características sociodemográficas de la población de estudio, según: grupos de edad, residencia, y estado nutricional; HVCM 2014 - 2015.

		Lesión intraepitelial			
		Si		No	
		Recuento	Porcentajes	Recuento	Porcentajes
Grupos de edad	15 a 25	37	20,4%	9	17,6%
	26 a 35	64	35,4%	15	29,4%
	36 a 45	38	21,0%	12	23,5%
	46 a 55	30	16,6%	9	17,6%
	56 a 65	12	6,6%	6	11,8%
Residencia	Cuenca	143	78,6%	42	82,4%
	Girón	0	0,0%	0	0,0%
	Santa Isabel	6	3,3%	1	2,0%
	Cañar	4	2,2%	0	0,0%
	La troncal	4	2,2%	2	3,9%
	Otros	15	8,2%	4	7,8%
	Azogues	8	4,4%	0	0,0%
	Ponce Enríquez	2	1,1%	2	3,9%
Estado nutricional	Normal	48	26,4%	11	21,6%
	Sobrepeso	101	55,5%	28	54,9%
	Obesidad	26	14,3%	9	17,6%
	Obesidad mórbida	7	3,8%	3	5,9%

Fuente: base de datos.
Realizado: por Jhovanna Parra.

El grupo de edad de 26 a 35 años (n□ 64) y el sobrepeso (n□ 101) fueron los que tuvieron el mayor número de usuarias con diagnóstico de lesiones intraepiteliales.

Tabla 7 Prevalencia de las lesiones intraepiteliales, por la técnica de citología convencional; HVCM 2014 - 2015.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
LIE	Si	182	78,1
	No	51	21,9
	Total	233	100,0

Fuente: base de datos.
Realizado: por Jhovanna Parra.

La prevalencia de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, cuya celularidad fue obtenida por la técnica de citología convencional fue del 78% para las usuarias del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo 2014 – 2015.

Tabla 8. Prevalencia de las lesiones intraepiteliales, por la técnica biopsia dirigida por colposcopia; HVCM 2014 - 2015.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
LIE	Si	71	30,5
	No	162	69,5
	Total	233	100,0

Fuente: base de datos.
Realizado: por Jhovanna Parra.

La prevalencia de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino cuya celularidad fue obtenida por la técnica de biopsia dirigida por colposcopia fue del 30,5% para las usuarias del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo 2014 - 2015.

Tabla 9. Diagnóstico de las lesiones intraepiteliales obtenidas por la técnica de citología convencional y la biopsia, HVCM 2014 - 2015.

		RESULTADO DE BIOPSIA								
		Negativo	Cervicitis	Displasia	NIC I	NIC II	NIC III	Ca in situ	Metaplasia escamosa	Total
Resultados de Papanicolaou	Ninguna	34	13	2	1	0	0	0	0	50
	LIE-BG	20	29	6	3	0	1	5	3	67
	LIE-AG	3	6	3	3	6	0	17	0	38
	ASCUS	19	14	3	2	2	0	2	3	45
	ASCH	2	4	0	0	1	0	2	0	9
	ACG	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	NIC I	3	1	2	1	0	0	1	1	9
	NIC II	0	4	0	0	1	0	1	0	6
	NIC III	2	0	0	0	0	0	5	0	7
Total		83	71	16	10	10	1	34	8	233
Chi-cuadrado de Pearson 147, 507[a].Valor p = 0 ,000										

Fuente: base de datos.
Realizado: por Jhovanna Parra

Del total de las 233 usuarias, 50 tuvieron resultados negativos para LIE obtenidos por citología convencional, de estas, por biopsia: 34 resultaron negativas, 13 fueron cervicitis, 2 displasias, 1 NIC I.

De los 67 reportes de LIE-BG por Paptest, en cambio, por biopsia: 20 fueron negativos, 29 se diagnosticaron de cervicitis crónica, 6 displasia, 3 NIC I, 1 NIC III, 5 Ca en situ.

De los 38 resultados de LIE-AG por Paptest, 17 resultaron con diagnóstico de Ca in situ, 3 fueron negativos, 6 cervicitis, 3 displasias, 3 NIC I, 6 NIC II, cuando se les obtuvo la celularidad en cambio por biopsia.

De los 45 resultados de ASC-US por Paptest, 2 resultaron con diagnóstico de Ca in situ, 19 fueron negativos, 14 cervicitis, 3 displasias, 2 NIC I, 2 NIC II, cuando se les obtuvo la celularidad en cambio por biopsia.

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre los resultados de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, cuando la celularidad se obtuvo por

la técnica de citología convencional comparada con la biopsia dirigida por colposcopia, p < 0,05.

Tabla 10. Factores asociados a las lesiones intraepiteliales en las mujeres de 15 a 65 años de edad del HVCM, Cuenca 2014 - 2015.

		LIE		Total	OR	IC 95%	Valor de p
		Si	No				
Edad > 29 anos	Si	106	46	152	0,97	0,54 - 1,74	0,92
	No	56	25	81			
Total		162	71	233			
IVSA < 17 anos	Si	94	45	139	1,2	0,70 – 2,22	0,44
	No	68	26	94			
Total		162	71	233			
Multípara	Si	40	23	63	1,4	0,79 – 2,69	0,22
	No	122	48	170			
Total		162	71	233			
Compañeros sexuales > 5	Si	6	1	7	-	-	0,53
	No	156	70	226			
Total		162	71	233			
ETS	Si	106	40	146	0,6	0,38 – 1,20	0,18
	No	56	31	87			
Total		162	71	233			
Uso anticonceptivo	Si	94	42	136	1	0,59 – 1,84	0,87
	No	68	29	97			
Total		162	71	233			
Consumo cigarrillo	Si	9	1	10	0,2	0,03 – 1,95	0,15
	No	153	70	223			
Total		162	71	233			

Fuente: base de datos.
Realizado: por Jhovanna Parra

No hubo una asociación estadísticamente significativa entre los factores considerados de riesgo: edad > 29 años (OR 0,97; IC 95%0,54 - 1,74),IVSA < 17 años (OR 1,2; IC 95% 0,70 – 2,22),multípara, parejas sexuales> 5 (p= 0,53), enfermedades de transmisión sexual (OR 0,6 ; IC 95% 0,38 – 1,20),métodos de anticoncepción (OR 1; IC 95% 0,59 – 1,84), consumo de cigarrillos (OR 0,2; IC 95% 0,03 – 1,95), y las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en las mujeres de 15 y los 65 años de edad que tuvieron un diagnostico positivo de LIE, cuya celularidad fue obtenida por biopsia dirigida por colposcopia.

6 DISCUSION

El análisis de las 233 historias clínicas de las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión dieron resultados interesantes que al ser comparados con los estudios previos obtendremos:

El promedio de edad de las 233 mujeres del estudio fue de 36 años; el grupo estuvo representado por las mujeres de 26 a 35 años (n 64); el inicio de vida sexual de la mayoría fue a los 17 años.En cambio, Mendoza T., et al., (2012) en su estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se incluyeron 3.539 mujeres entre los 15 y 75 años, residentes en el Municipio de Tuluá,encontró que la mediana de la edad fue 38 años (6).En la investigación realizada por More A., et al., (2013) de tipo descriptivo-transversalpara una muestra de 70 usuarias con diagnóstico de LIE de alto grado, determino que los grupos de edad estuvieron representados por mujeres de 25-44 años y el IVSA fue en los grupos de edad de 16 y 20años (38).Tafurt-Cardona, Y., (2012), en su estudio observacional-transversal elaborado en 1735 mujeres a quienes se les realizo citológica convencional para diagnóstico de LIE, encontraron que el promedio de edad fue 36,1±11,5 siendo el grupo más frecuente las que se encontraron entre los 31 y 40 años (39).Barrios L, et al., (2016) demostró en su trabajo que la edad promedio del IVSA fue 18,04 años, muy similar a la de esta investigación (27).

En esta investigación, la prevalencia de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, cuya celularidad fue obtenida por la técnica de citología convencional fue del 78%; pero, cuando las células fueron obtenidas por la técnica de biopsia dirigida por colposcopia, el diagnóstico de LIE fue del 30,5%. En comparación con Dhakal R. (2016), en su estudio prospectivo transversal, comparo casos de citologías obtenidas por el método convencional (n 1922 frotis) y los resultados del obtenidos por biopsia (n 75). El primer método tuvo una prevalencia de LIE 0,40%, en cambio, la biopsia reporto que el 6,70% de las

usuarias tuvieron LIE de alto grado, la malignidad franca se encontró en el 5,30% de las pacientes (40).

En este estudio la media en relación al IMC fue de 27 (sobrepeso); en relación al peso se observó un promedio de 66,5 kg y una talla de 1,56 cm, lo cual se asemeja con la investigación hecha por Salazar Z., (2017) de tipo analítico transversal, en un total de 396 mujeres indígenas de los cantones Cañar, Saraguro y Macas, en las cuales se realizó citología en base líquida para el diagnóstico de LIE, en la misma se observó una media del IMC de 27, coincidiendo con la tesis (41).

En cuanto al número de gestaciones de la población estudiada, encontramos una media de 3 embarazos; promedio de partos de las mujeres a quienes se realizó biopsia por colposcopía se ubicó en número de 2. Comparando con Salazar Z., (2017), se observó de igual manera 3 gestaciones, en cambio, Mendoza T, et al., demostró en su investigación que el promedio de partos fue de 1 – 2 en relación a ese estudio (41).

El número de compañeros sexuales en este trabajo se situó en 2 parejas como promedio. Barrios L, et al. (2016), en su estudio descriptivo realizado en base a 150 mujeres en Cartagena, encontró que estas habían tenido 2 o más parejas sexuales (27).

Del total de las 233 usuarias, 50 tuvieron resultados negativos para LIE obtenidos por citología convencional, de estas, por biopsia: 34 resultaron negativas, 13 fueron cervicitis, 2 displasias, 1 NIC I. De los 67 reportes de LIE-BG por Paptest, en cambio, por biopsia: 20 fueron negativos, 29 se diagnosticaron de cervicitis crónica, 6 displasia, 3 NIC I, 1 NIC III, 5 Ca en situ. De los 38 resultados de LIE-AG por Paptest, 17 resultaron con diagnóstico de Ca in situ, 3 fueron negativos, 6 cervicitis, 3 displasias, 3 NIC I, 6 NIC II, cuando se les obtuvo la celularidad en cambio por biopsia. De los 45 resultados de ASC-US por Paptest, 2 resultaron con diagnóstico de Ca in situ, 19 fueron negativos, 14 cervicitis, 3 displasias, 2 NIC I, 2 NIC II, cuando se les obtuvo la celularidad en cambio por biopsia; esto, relacionado con la investigación de Mendoza T., et al., (2012), el 87,5% de las citologías resultaron negativas; el

8,2% tuvieron L-SIL; 2,6% fueron ASC-US; 0,9% H-SIL; el 0,4% ASC-H;el 0,4% ASGUS y el 0,2% carcinoma invasor (6).

En esta investigación se observó una asociación estadísticamente significativa entre los resultados de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, cuando la celularidad se obtuvo por la técnica de citología convencional (citología) comparada a la vez con la celularidad obtenida por biopsia dirigida por colposcopia (histología), $p < 0,05$. Lau D., (2012) en una muestra de 89 resultados de mujeres de una localidad Cuba, encontró también una correlación significativa entre los resultados citológicos e histológicos de las LIE del cuello uterino (36). En cambio, para Cordero Martínez J., (2014), en 89 citología e histologías, de las mujeres de Mayabeque-Cuba, no se observó una correlación entre sus resultados (21).

No hubo una asociación estadísticamente significativa entre los factores considerados de riesgo: edad > 29 años (OR 0,97; IC 95% 0,54 - 1,74), IVSA < 17 años (OR 1,2; IC 95% 0,70 – 2,22), multípara, parejas sexuales > 5 ($p= 0,53$), enfermedades de transmisión sexual (OR 0,6 ; IC 95% 0,38 – 1,20), métodos de anticoncepción (OR 1; IC 95% 0,59 – 1,84), consumo de cigarrillos (OR 0,2; IC 95% 0,03 – 1,95), y las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en las mujeres de 15 y los 65 años de edad que tuvieron un diagnostico positivo de LIE, cuya celularidad fue obtenida por biopsia dirigida por colposcopia. De igual manera, Mendoza T., et al., (2012), no encontró una relación entre el número de partos, planificación familiar hormonal y la aparición de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino (6). En cambio, Tafurt-Cardona, Y., (2012), observo que el 86% de las usuarias con LIE positivo y el factor IVSA ≤ a los 18 años tuvo una relación estadísticamente significativa (p 0,007), pero, el número de compañeros sexuales > 1 no se relacionó estadísticamente a los resultados del Papanicolaou anormal (p 0,07) (39).

El consumo de cigarrillo en la población objeto de esta investigación se observó únicamente en 10 pacientes, y al hacer la relación con las LIE, no presentó una

asociación significativa. En el estudio de Tafurt-Cardona, Y., (2012) de las 1577 mujeres solo 158 de estas fumaban y también no hubo asociación estadística con este factor (39).

7 CONCLUSIONES

En el presente estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en base a 233 pacientes que acudieron al servicio de colposcopia concluimos la prevalencia de las LIE del cuello uterino, cuya celularidad fue obtenida por citología convencional fue del 78% ; pero, cuya celularidad fue obtenida mediante biopsia dirigida por colposcopia fue del 30,5%, durante el periodo 2014 – 2015.

Las pacientes que presentaron Lesiones Intraepiteliales Cervicales fueron en su mayoría de la ciudad de Cuenca llegando a un total de 78,3 %, esto se debe a que estas tienen mayor acceso al servicio de ginecología con respecto a aquellas que viven en zonas lejanas.

El promedio en relación a las variables como edad de las mujeres del estudio fue 36 años, en relación a la talla se ubicó en 1,56 cm, el peso en 66,5 kg, con un promedio de IMC se ubicó sobre los 27,4(sobrepeso).

En cuanto al promedio de gestaciones fue 3.4, el número de partos fue 2, el IVSA de la mayoría fue a los 17 años, y el número de compañeros sexuales fue 2 parejas.

La prevalencia de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, no presento asociación estadística en las mujeres con factores de riesgo asociados como: Inicio de vida sexual activa, paridad, número de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, métodos de anticoncepción, tabaquismo; comparados con aquellas que no los tiene.

8 RECOMENDACIONES

El cáncer de cuello uterino es una patología que se puede prevenir siempre y cuando se realice una intervención oportuna, por lo que se recomienda la difusión de la importancia de cribado para el diagnóstico de la misma.

El presente estudio puede servir como sustrato para desarrollar investigaciones similares en varios lugares del país, con la finalidad de aportar evidencia global que conduzca al cambio.

A pesar de su relevancia en la prevención del cáncer de cuello uterino, en Ecuador existe un enorme vacío de conocimiento en cuanto a cuál es la magnitud del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento y sus factores explicativos subyacentes por lo que se aconseja realizar programas educativos inclinados a dar a conocer a la población acerca de los factores de riesgo y maneras de detección oportuna de las Lesiones Intraepiteliales cervicales.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2017. [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

2. National Cancer Institute: Diccionario de cáncer [Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario

3. Sarduy. M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cub Obstet Gineco. 2008;35(1):11.

4. Eurocytology. Epidemiología del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2014. [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.eurocytology.eu/es/course/467

5. Serman F. Cáncer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus del papiloma humano, perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002;67(4):318-23.

6. Mendoza L, Pedrosa M, Micolta P, Ramirez A, Cáceres C, López D, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(2):129-36.

7. Arzuaga M, Souza D, Lourdes M, Lima de A, Lucia V. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Rev Cuba Enferm. marzo de 2012;28(1):63-73.

8. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. Salud Colect. diciembre de 2012;8(3):247-61.

9. Huertas P.Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial (LEI) y malignidad para las atipias escamosas de significado indeterminado (ASC-US), en población perteneciente a una aseguradora pública en Colombia, 2004 - 2005. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/418

10. Valderrama C, Campos F, Cárcamo C. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2007;24(3):234-9.

11. MSP. PROTOCOLOS CON EVIDENCIA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; 2015.

12. Ramos M, Quiñones R, Rondón E. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico e histológico de las patologías del cuello uterino. Cuba [Internet]. 2014 [citado 14 de febrero de 2017]; Disponible en: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diagnostico-citologico-colposcopico-histologico-cuello-uterino/

13. Martínez F, Abril L, Pérez L. Epidemiología del cáncer en el cantón Cuenca 2005 - 2009. Cuenca: SOLCA; 2015 p. 189. (Registro de Tumores Solca-Cuenca). Report No.: Sexto.

14. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). REV ESP PATOL. 2003;36(1):5-10.

15. González A, Prada J, Sanín J, Villota N. Aplicación del Método “Ver y Tratar” en Pacientes con Citología LIE de Alto Grado y Colposcopia con Cambios Mayores. 2001. 1.

16. Bocanegra Y. EL HOSPITAL DE LA MUJER EN SU LUCHA CONTRA EL CANCER CERVICO UTERINO. Tabasco: Hospital de la mujer; 2009.

17. Epidemiología del cáncer de cuello uterino | Eurocytology [Internet]. [citado 19 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.eurocytology.eu/es/course/467

18. Cabrera J, Cárdenas O. Prevalencia de genotipos del papiloma virus humano en mujeres de la provincia del Azuay, Ecuador. Masaka. 2015;6(1):79-93.

19. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cuba Obstet Ginecol. junio de 2014;40(2):218-32.

20. Steenbergen R, Snijders P, Heideman D, Meijer C. Clinical implications of (epi)genetic changes in HPV-induced cervical precancerous lesions. Nat Rev Cancer. junio de 2014;14(6):395-405.

16. Cordero J. CORRELACIO CITO-COLPO-HISTOLOGICA EN PATOLOGIA DE CUELLO DE UTERO, La Habana; 2014.

22. Adriana M. LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES CERVICALES. L.E.I.C, REVISTA DE GINECOLOGÍA. encolombia.com [Internet]. 28 de febrero de 2015 [citado 20 de abril de 2017]; Disponible en: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/go_lesiones_e/

23. Orozco L, Tristan M. Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas del cuello del útero. International Health Central American Institute; 2016.

24. Picconi M. Detección de virus papiloma humano en la prevención del cáncer cérvico-uterino. Med B Aires. diciembre de 2013;73(6):585-96.

25. Rivera B, Quintero J. PREVALENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS Y FACTORES DE RIESGO EN LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE CITOLOGIA DEL LABORATORIO ASISTENCIAL. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2006.

26. Valdivia M, Ceballos A. Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años. Rev Finlay. 6 de marzo de 2012;2(1):45-9.

27. Barrios L, Lecompte P, Leones R, López F. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. Arch Med Col [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2017];16(1). Disponible en: http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=273846452011

28. Ortiz Serrano R, Pérez U, Janeth C, Martínez D, Alfonso L, Yuriko Rafael. Risk factors for uterine cervical cancer. Rev Colomb Obstet Ginecol. junio de 2004;55(2):146-60.

29. Rodríguez V, Roura E, Ibáñez R, Peris M, Bosch F, Coma E, et al. Coverage of cervical cancer screening in Catalonia, Spain (2008-2011). Gac Sanit. febrero de 2014;28(1):7-13.

30. Rengifo E. NIC: Colposcopia y biopsia dirigida en el diagnóstico de lesiones iniciales del cuello uterino. Rev Peru Ginecol Obstet. 19 de junio de 2015;44(2):92-6.

31. Diccionario de cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 14 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario

32.Adam.com. Biopsia dirigida por colposcopia [Internet]. [citado 14 de febrero de 2017]. Disponible en: http://arh.adam.com/content.aspx?productId=102&pid=5&gid=003913

33. Torné A, Bayas J, Castellsagué X, Sánchez M, García E, Martínez J, et al. Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. Prog Obstet Ginecol. 1 de septiembre de 2012;55:10-31.

34. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras

de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. Salud Colect. diciembre de 2012;8(3):247-61.

35. Salas M, Noguera M, Petrosino P, Arenas A. Neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venezuela. marzo de 2014;74(1):24-9.

36. Lau D, Vega M, Margarita M, Fajardo Y, Sánchez C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cuba Obstet Ginecol. septiembre de 2012;38(3):366-77.

37. Aguero A, Castillo K, Gonzalez M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. 2012. 72(1):89-103.

38. Moré A, Moya C, Pérez P, Vladimir F, Castellón G, Marget A, et al. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Rev Cuba Obstet Ginecol. diciembre de 2013;39(4):354-67.

39.Tafurt Y, Acosta-Astaiza C, Sierra-Torres Carlos H. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. Rev. Salud pública [Internet]. 2012 Feb [cited 2017 Aug 29] ; 14(1): 53-66.

40. Dhakal R, Makaju R, Sharma S, Bhandari S, ShresthaS, Bastakoti R. Correlation of Cervical Pap Smear with Biopsy in the Lesion of Cervix. Kathmandu Univ.Med.J KUMJ.septiembrede 2016;14(55):254-7.

41. Salazar Z. Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2016.

ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

No de Historia Clinica_____

Código de la paciente_____

1. Nombre y Apellido:_____
2. Fecha: _____
3. Edad: _____
4. Residencia: _____
5. Talla_____Peso_____
6. Número de embarazos: > 3 a. Si __ b. No __ N° __
7. Partos: > 3 a. Si __ b. No __ N°__
8. Lesiones cervicales intraepiteliales:
   Bx:_____
   a. LIE: Sí __ No __
      a. LIE de bajo grado __
      b. LIE de alto grado __
      c. ASC-US __
      d. ASC-H __
      e. ACG __
      f. NIC I __
      g. NIC II __
      h. NIC III
9. Inicio de vida sexual activa: < 17 años a.Si __b.No __ N°__
10. Paridad: ≥ a 3 partos. a. Si __ b. No __ N°__
11. Número de parejas sexuales: > 5 parejas a. Si __ b. No __ N°:__
12. Enfermedades de transmisión sexual: Si __ No__
    a. Flora normal __
    b. Flora mixta __
    c. GardnerellaVaginalis __
    d. Tricomona Vaginales __
    e. Cándida __
    f. Leptothrix __
    g. VPH __
    h. Vaginosis bacteriana __
    i. MycoplasmaHominis __
    j. UreaplasmaUralyticum __
13. Métodos de anticoncepción: Uso: Sí __No __
    a. DIU __
    b. Anticonceptivos Combinados Estrógenos/Progesterona __
    c. Solo progestágenos __
    d. Barrera __
    e. Ligadura __
14. Fuma: a. Si __b. No __

Comorbilidad:_____

Prevalencia y factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del Hospital Vicente Corral Moscoso de

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	9%	3%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	revistas.unla.edu.ar Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	2%
3	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	slideplayer.es Fuente de Internet	1%
5	www.publicaciones.ujat.mx Fuente de Internet	1%
6	dev.gacetasanitaria.elsevier.es Fuente de Internet	1%
7	www.monografias.com Fuente de Internet	1%

8	www.pgmacline.es Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 80 words
Excluir bibliografía	Activo		