



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TÍTULO:

**ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO Y CITOLOGÍA
CERVICOUTERINO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE
CUELLO UTERINO**

**ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO
CARBO; PERIODO 2016-2017**

**PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO
REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO GENERAL**

LITUMA MOREIRA VERÓNICA

TUTOR

DR. LUIS CASAL CABELLO

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO

2017 – 2018



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO Y CITOLOGIA CERVICOUTERINO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO ENTRE ENERO 2016-ENERO 2017		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	MIRIAN VERÓNICA LITUMA MOREIRA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. LUIS CASAL		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO GENERAL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	07 DE MAYO DEL 2018	No. DE PÁGINAS:	48
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	FACTORES DE RIESGO, CITOLOGIA, GRUPO ETARIO		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Introducción: El presente trabajo de investigación hace enfoque a la prevalencia y a los principales factores de riesgo asociados, al desarrollo de lesiones premalignas detectadas al realiza estudios histopatológicos cervicouterinos, en las pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil-Ecuador, durante el período comprendido entre Enero 2016 – Enero 2017 con la finalidad de analizar la prevalencia de esta condición histopatológica asociada al desarrollo de una enfermedad muy grave en torno a términos de salud pública, como es el cáncer de cuello uterino. Metodología: Es una investigación no experimental, con análisis de carácter descriptivo y con enfoque retrospectivo, para la cual se utilizó como fuente de información una Base de Datos de pacientes realizada bajo los códigos de diagnósticos pertenecientes a todas las patologías ginecológicas, donde haya reportado un estudio de citología cervicouterina. Resultados: Posterior a la finalización del presente trabajo de investigación desarrollado en base a las pacientes con realización de estudios citológicos cervicouterinos			
ADJUNTO PDF:	SI X	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 09391387 55	E-mail: Verobella-3107@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil Teléfono: Teléfono: +593-4-(2-286950) E-mail: relacionespublicas@ug.edu.ec		

**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS****CARRERA MEDICINA****UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 07 DE MAYO DEL 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR.

Habiendo sido **nombrado DR JORGE ALBERTO YEE GUIM tutor** del trabajo de titulación

COMPLICACIONES EN NEONATOS DE MADRES DIAGNOSTICADAS DE ZIKA DURANTE EL EMBARAZO EN EL DISTRITO 09D01 ZONAL 8 DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL; ENERO 2016- ENERO 2017 ,certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **HINOJOSA MENDEZ WLADIMIR ALEXANDER**, con C.I. No. 0804376903, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO GENERAL, en la Carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas , ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DOCENTE TUTOR REVISOR



ANEXO 12

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, LITUMA MOREIRA MIRIAN VERÓNICA con C.I. No. 0930840293, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo **título ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO Y CITOLOGIA DE CERVIX UTERINO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

LITUMA MOREIRA MIRIAN VERÓNICA
C.I. No. 0930840293

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899-Dic./2016)

Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANEXO 6

CARRERA MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado PEDRO JOSE DAVILA TAPIA, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por WLADIMIR ALEXANDER HINOJOSA MENDEZ, C.C.:0804376903, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO.

Se informa que el trabajo de titulación: **“COMPLICACIONES EN NEONATOS DE MADRES DIAGNOSTICADAS DE ZIKA DURANTE EL EMBARAZO EN EL DISTRITO 09D01 ZONAL 8 DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL; ENERO 2016- ENERO 2017,”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (URKUND) quedando el **0%** de coincidencia.

Document: HINOJOSA MENDEZ WLADIMIR - tesis.docx (D37801512)

Presentado: 2018-04-20 16:31 (-05:00)

Presentado por: REAL COTTO JHONY JOE (jhony.realc@ug.edu.ec)

Recibido: jhony.realc@analisis.orkund.com

Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)

10% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

INTRODUCCIÓN En la actualidad, una de las enfermedades que mayor impacto y problemas generan, a nivel del área de salud pública, es la infección causada por el virus del Zika, la cual se ha desarrollado de manera epidémica a nivel mundial, con énfasis en países latinoamericanos, y con múltiples complicaciones asociadas de moderada y grave severidad. La infección por el virus del Zika fue descrita por primera vez en África, en Uganda, en el año 1947, en la selva de Zika. Esta patología no fue descrita en humanos hasta el año 1954, el primer caso de esta infección detectada en humanos ocurrió en Nigeria. Sin embargo los primeros brotes de esta enfermedad, aparecieron en el año 2007 en la isla Yap, en Micronesia, donde se registraron aproximadamente 108 casos, de los cuales 72 se consideraron sospechosos. La Organización Panamericana de la Salud, informó que durante el brote que ocurrió en Polinesia, en el año 2013 se reportaron y detallaron el desarrollo de complicaciones muy graves, que abarcaron sintomatología que comprometía áreas neurológicas, autoinmunes y cardíacas. El Zika, Dengue y Chikungunya comparten el mismo vector, estas tres patologías vectoriales son causadas por un arbovirus, de la familia Flaviviridae estructurado por ARN, se ha demostrado en la actualidad brotes por este virus, en América, Asia, África con predominio en las costas del Pacífico. El virus es transmitido por un mosquito hembra infectado, del género Aedes; su presencia es más notoria en países tropicales y subtropicales, con una notable adaptación a entornos urbanos y periurbanos. No se ha demostrado, la transmisión directa del virus por mordeduras de animales a humanos. En la actualidad se han registrado otras vías de transmisión del Zika, como la sexual, infecciones perinatales y congénitas de transmisión vertical, provocando un grave problema de salud pública. CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

<https://secure.orkund.com/view/37112959-434137-967730#q1bKLvayio7VUSrOTM/LTMtMTsxlTWyMqgFAA>

PEDRO JOSE DAVILA TAPIA
NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR
C.I. 0600856892

CERTIFICADO DE TUTOR DE TESIS

DEDICATORIA

Bueno en primera instancia quiero expresar que ha sido un largo camino por recorrer la cual se han presentado muchas situaciones, por el cual no me impidió seguir adelante con mi único objetivo que hace 7 años comenzó. Pero no cabe duda que dedico este gran logro en mi vida es a DIOS porque sin duda alguna sin sus bendiciones derramadas sobre mí, no hubiese hoy por hoy obtenido ningún resultado, siempre estuvo ahí hasta si me desvanecía, la presencia espiritual de él me daba la suficiente fortaleza y sabiduría para no rendirme ante mi meta más anhelada. Mi segundo motivo de vivir MIS PADRES ambos han sido un pilar fundamental en mi vida, me han apoyado en todo momento de mi carrera no cabe duda que sin el amor y las fuerzas de ellos no hubiese perdurado en seguir luchando este gran sueño que ya se está realizando.

AGRADECIMIENTO

Primero una vez más debo agradecer a Dios por haberme dado la vida y permitirme tener la vocación para esta carrera que es sacrificada pero muy bonita, gracias a Mis Padres tanto mama como papa por su apoyo incondicional, por aconsejarme. por estar siempre conmigo brindándome todas las fuerzas necesarias para seguir adelante, agradezco a Mi Hermano que aunque sea el más pequeño del hogar significa mucho para mí y su apoyo, la cual mi único deseo ante él es ser un buen ejemplo a seguir, por aguantarme mis madrugadas de estudios, mis días de estrés ya sea por proyectos, lecciones, en fin por tantos acontecimientos en toda mi carrera universitaria; siempre estaré agradecida con cada una de las personas que pusieron un granito de arena dándome su apoyo sobre todas las cosas. Y agradecer también a una persona no menos importante que es mi enamorado que ha sido un gran apoyo, me ha dado todas las fuerzas, todas las ganas, siempre acompañándome en todo momento, ya sea de felicidad, de angustia, de tristeza en mi vida universitaria. Solo me queda decir que me llevo mucho aprendizaje, grandes personas y la dicha de haber culminado un sueño tan anhelado llamado MEDICINA.

INDICE

TABLA DE CONTENIDO

TÍTULO:.....	I
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR.	III
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS	IV
CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD	V
CERTIFICADO DE TUTOR DE TESIS	VI
<i>DEDICATORIA</i>	<i>VII</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>VIII</i>
INDICE.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. EL PROBLEMA	3

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 formulación DEL PROBLEMA	3
1.3 objetivos de la investigación.....	4
objetivo general	4
1.4 Justificación.....	4
1.5 Delimitación.....	5
1.6 Variables	5
1.7 hipótesis	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1. NOMENCLATURA CITOISTOLÓGICA DE LAS LESIONES DE CÉRVIX.....	6
2.2. LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	9
2.3. LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	11
2.4. FACTORES DE RIESGO	11
2.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDUCTA SEXUAL ..	13
2.6. FACTORES NO ASOCIADOS A VPH.....	14
2.7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SCREENING	16
2.8. DETECCIÓN DE VPH	17
Capítulo III:	18

3. MARCO METODOLÓGICO.....	18
METODOLOGÍA.....	18
Caracterización de la zona de trabajo	18
Universo y Muestra	18
criterios de inclusión.....	19
criterios de exclusión.....	19
Viabilidad.....	19
Tipo de investigación.....	19
Recursos humanos y Físicos	20
Consideraciones Bioéticas	20
Capítulo IV	21
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	21
4.1. RESULTADOS	21
tabla 1.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO A LA EDAD	21
GRÁFICO 1.- PREVALENCIA DE CASOS ACORDE A EDAD	21
tabla 2.- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS CERVICOUTERINAS	22
GRÁFICO 2.- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO.....	22
tabla 3.- PARIDAD EN CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS	23

GRÁFICO 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN PARIDAD DE LAS PACIENTES.....	23
--	----

TABLA 4.- PREVALENCIA DE CASOS ACORDE A LESIÓN PREMALIGNA SEGÚN CLASIFICACIÓN NIC	24
---	----

GRÁFICO 4.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN TIPO LESIÓN PREMALIGNA.....	24
--	----

TABLA 5.- PREVALENCIA DE CASOS DE LESIÓN PREMALIGNA SEGÚN ESTUDIOS CERVICOUTERINOS PREVIOS.....	25
---	----

GRÁFICO 5.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN CONTROLES PREVIOS	25
--	----

Discusión:.....	26
-----------------	----

Capítulo V	28
------------------	----

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
--	----

Conclusiones.....	28
-------------------	----

Recomendaciones.....	29
----------------------	----

Capítulo Vi	30
-------------------	----

6. Bibliografía.....	30
----------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

<u>TABLA 1.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO A LA EDAD.....</u>	21
<u>TABLA 2.- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS CERVICOUTERINAS</u>	22
<u>TABLA 3.- PARIDAD EN CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS.....</u>	23
<u>TABLA 4.- PREVALENCIA DE CASOS ACORDE A LESIÓN PREMALIGNA SEGÚN CLASIFICACIÓN NIC</u>	24
<u>TABLA 5.- PREVALENCIA DE CASOS DE LESIÓN PREMALIGNA SEGÚN ESTUDIOS CERVICOUTERINOS PREVIOS.....</u>	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<u>GRÁFICO 1.- PREVALENCIA DE CASOS ACORDE A EDAD.....</u>	21
<u>GRÁFICO 2.- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO.....</u>	22
<u>GRÁFICO 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN PARIDAD DE LAS PACIENTES.....</u>	23
<u>GRÁFICO 4.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN TIPO LESIÓN PREMALIGNA.....</u>	24
<u>GRÁFICO 5.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN CONTROLES PREVIOS</u>	25

RESUMEN

Se realizó estudio de caso control del periodo 2016-2017, siendo así para identificar algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cérvix uterino en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Se encontró una muestra compuesta de 200 pacientes, en la cual la mayoría pertenecía en mujeres en un rango entre 41 a 60 años de edad, de exactamente 118 casos (59%), seguido de la edad comprendido entre 18 a 39 años con 49 casos (24,50%) y finalmente las pacientes mayores de 60 años con 33 casos (16,50%).

De esta manera al encontrarse un predominio a favor del rango etario entre 41 y 60 años, con al menos uno de cada dos casos, se llegó a establecer una gran relación entre el desarrollo de lesiones premalignas y la edad en paciente mayores de 40 años de edad. Se emitieron recomendaciones.

Palabra clave: factores de riesgo, grupo etario

ABSTRACT

A control case study was conducted for the 2016-2017 period, which was to identify some risk factors for premalignant uterine cervix lesions in the TEODORO MALDONADO CARBO HOSPITAL. We found a sample composed of 200 patients, in which the majority belonged to women in a range between 41 to 60 years of age, of exactly 118 cases (59%), followed by the age between 18 to 39 years with 49 cases (24.50%) and finally the patients older than 60 years with 33 cases (16.50%).

In this way, when a predominance was found in favor of the age range between 41 and 60 years, with at least one in two cases, a great relationship was established between the development of premalignant lesions and age in patients older than 40 years of age. Recommendations were issued.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación hace enfoque a la prevalencia y a los principales factores de riesgo asociados, al desarrollo de lesiones premalignas detectadas al realiza estudios histopatológicos cervicouterinos, en las pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil-Ecuador, durante el período comprendido entre Enero 2016 – Enero 2017 con la finalidad de analizar la prevalencia de esta condición histopatológica asociada al desarrollo de una enfermedad muy grave en torno a términos de salud pública, como es el cáncer de cuello uterino.

El cáncer a nivel del cérvix consiste en el tipo de cáncer que se desarrolla en mayor número de casos en pacientes de sexo femenino, al igual que el cáncer de mama. La edad en la que mayor prevalencia de casos desarrolla esta patología está situada en el rango etario que va desde los 30 hasta los 65 años de edad, teniendo como pico de incidencia los 45 años. Es el tipo de cáncer con mayor número de casos en pacientes femeninas en países considerados en vías de desarrollo, donde se diagnostican alrededor de 500.000 casos nuevos de manera anual. En Latinoamérica, según datos reportados a mediados de la presente década, la incidencia de este cáncer está en aumento conforme la cultura de cuidado, tanto higiénico como relacionado a la actividad sexual de las pacientes, empeora progresivamente, evidenciándose un crecimiento de aproximadamente un 4% de manera anual en los casos de cáncer de cuello uterino.

El cáncer cervical representa un problema de alta consideración en el ámbito de salud pública y atención primaria de salud, puesto que su prevalencia va en aumento de manera agresiva y porque posee una mortalidad asociada a la misma muy elevada, la cual varía de acuerdo a las características epidemiológicas de los pacientes.

El pico de incidencia de esta patología, así como de sus enfermedades precursoras, se encuentra en Latinoamérica, así como en otros países en vías de desarrollos fuera del continente. Se ha determinado que, de todos los casos de neoplasias reportadas en pacientes femeninas en este continente, un 15% de los casos corresponden a cáncer de cuello uterino, donde se reportan al menos 1000 casos nuevos por día, a diferencia de los 96.000 casos anuales que se evidencian en países más desarrollados.

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollarlo. Cada año se diagnostican 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta enfermedad, señalan que tasas más altas corresponden a Chile y México.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervical, al ser una enfermedad potencialmente mortal si no es tratada a tiempo y detectada de la manera más precisa posible, constituye en una serie de complicaciones a nivel de Hospitales Públicos, donde en ciertas ocasiones la escasez de recursos limita el enfoque terapéutico y no trae resultados positivos.

Hasta el momento no se logrado determinar la prevalencia de las diferentes lesiones premalignas y su pronóstico que puedan llevar a desarrollar esta enfermedad y sus probables complicaciones de acuerdo a las características epidemiológicas de los pacientes que la padecen y su influencia en el pronóstico de los mismos a nivel de los hospitales públicos del Ecuador.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe una asociación directa entre la lesión premaligna y el pronóstico de desarrollo de cáncer cervicouterino?

¿Cuál es la prevalencia de los diferentes factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones premalignas?

¿Existen factores o características epidemiológicas, asociadas al desarrollo de esta condición patológica y de igual forma, al pronóstico en cuanto al desarrollo de cáncer de cérvix?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de lesiones premalignas en estudio de citología cervicouterino en el área de consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo , en el período comprendido entre Enero 2016 a Enero del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de lesiones premalignas en el grupo de estudio
2. Describir el grupo etario que presento con mayor frecuencia lesiones premalignas y determinar si existe asociación causal con el desarrollo de las mismas
3. Describir el tipo de lesión premaligna más frecuente en el grupo de estudio.
4. Identificar los factores de riesgo encontrados en las pacientes pertenecientes al grupo de estudio

1.4 JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervical es una enfermedad que genera muchas complicaciones y afecciones en la calidad de vida de las pacientes que la padecen y es potencialmente mortal, por eso se requiere de la aplicación de métodos preventivos como estudios cervicouterinos de citología programados para la detección temprana de probables alteraciones y por ende llegar a un posible diagnóstico de manera temprana.

El presente trabajo de investigación es importante puesto que permitirá conocer los factores de riesgo y la prevalencia de estas lesiones premalignas, así como su pronóstico en cuanto al riesgo de desarrollar cáncer de cérvix, permitiendo realizar un mejor abordaje preventivo.

1.5 DELIMITACIÓN

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, propio de la provincia del Guayas, en el período comprendido entre Enero del 2016 y Diciembre del 2017.

1.6 VARIABLES

VARIABLES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Lesión Premaligna	NIC I, NIC II, NIC III	Cualitativa nominal Politómica	Lesión reportada en estudio de citología
EDAD	18 – 100 años	Cuantitativa Continua	Edad según Cedula de Identidad
Factores de Riesgo	VPH, Mala Higiene, Edad Avanzada	Cualitativa nominal Politómica	Factores de Riesgo del paciente previo al estudio
Paridad	Nula, Primípara, Multípara	Cualitativa Nominal Politómica	Antecedente de Gestas y Partos en Paciente

1.7 HIPÓTESIS

La lesión premaligna más frecuente es el NIC II y su desarrollo está asociado a factores de riesgo como: VPH, multíparas, edad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. NOMENCLATURA CITOHISTOLÓGICA DE LAS LESIONES DE CÉRVIX.

CLASIFICACIÓN BETHESDA

A través del estudio progresivo, sin descanso y desarrollado de manera permanente en el ámbito de la medicina, ha permitido crear términos de jerarquización o maneras de clasificación hacia las lesiones premalignas, de las cuales, la primera en ser desarrollada fue por parte de la Organización Mundial de la Salud, la cual representa el esquema tradicional, la cual se basaba principalmente en describir si había células escamosas displásicas, y el nivel de alteración estructural de la misma. ⁽¹⁾

Para mediados de la década de los 90, se desarrolló una nueva clasificación, conocida como Neoplasia Cervical Intraepitelial o NIC acorde a sus siglas, a partir de la cual se dividía en tres escalafones, asociado al grado de displasia observado, las características del tejido estudiado, asociándolo o no con el riesgo de desarrollar patologías malignas. ⁽¹⁾

En este nuevo milenio se desarrolló, a principios de la década pasada, la clasificación conocida como Bethesda, la cual también es denominada como clasificación SIL, que significa Lesiones Intraepiteliales Escamosas. Múltiples guías de abordaje de patologías cervicouterinas avalan el hecho de reportar, mediante el esquema de clasificación de Bethesda, las alteraciones citológicas, mientras que, en el ámbito de lesiones o alteraciones histológicas se utiliza la clasificación NIC. ⁽²⁾

Debido a la mayor especificidad que posee y a la mayor capacidad de describir las alteraciones celulares, se hará un enfoque mayor a la clasificación de Bethesda para lesiones intraepiteliales y alteraciones celulares a nivel del tejido cervicouterino. La cual está compuesta por: ⁽³⁾

- Negativo para malignidad
- Cambios reparativos

Células escamosas

- ASC – US: Células Escamosas atípicas en grado incierto.
- ASC – H. Células escamosas atípicas con posible lesión de alto grado intraepitelial.
- LG – SIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
- HG – SIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
- Carcinoma Invasor

Células glandulares

- AGC – US: Células Glandulares atípicas en grado incierto.
- AIS: Adenocarcinoma in situ
- AC: Adenocarcinoma desarrollado

Sistema Bethesda	Sistema CIN/displasia	Sistema Papanicolaou
Dentro de los límites normales	Normal	I
Infección (debe especificarse el microorganismo)	Atipia inflamatoria (microorganismo)	II
Cambios reactivos y reparativos		
Alteraciones en las células escamosas. Células escamosas atípicas. (1) de significado indeterminado (ASC-US) (2) excluir lesiones de alto grado (ASC-H)	Atipia escamosa Atipia por VPH, excluir LSIL Excluir HSIL Atipia por VPH	IIR
Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL)	Displasia Leve CIN 1	
Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL)	Displasia moderada CIN 2 Displasia grave CIN 3	III IV
Carcinoma escamoso	Carcinoma in situ Carcinoma de células escamosas	V

Clasificación Bethesda y NIC para lesiones histopatológicas. Fuente: García, Hatch, et al. 2012

CLASIFICACIÓN NIC

En la actualidad se ha desglosado y desarrollado un sistema que permite clasificar a la atipia observada en las células escamosas en dos subcategorías, las cuales permiten determinar si la lesión es de grado incierto y atipias celulares escamosas con posible asociación a lesiones epiteliales de alto grado. ⁽⁴⁾

De otra manera, las lesiones intraepiteliales de bajo grado, contienen en su definición a las lesiones de displasia leve o pertenecientes a la clasificación NIC I y a las alteraciones asociadas a la infección por Virus del Papiloma Humano conocidas como atipia coilocítica. En cuanto a la definición de lesiones intraepiteliales de alto grado, estas contienen a las alteraciones histológicas tanto NIC II y NIC III, las cuales se asocian a displasias moderadas y severas en los tejidos, y a los casos de carcinoma ya definido, pero in situ. ⁽⁵⁾

Así mismo los cambios celulares asociados al VPH, ya sea coilocitosis y CIN1, se encuentran incorporados en la categoría LSIL, porque la evolución natural, la distribución de los distintos tipos de virus de papiloma humano y los hallazgos citológicos de ambas lesiones son prácticamente similares por no decir iguales.

Se ha determinado, a través de múltiples estudios realizados, que las lesiones asociadas a infección causada por Virus de Papiloma Humano, se encuentran con un elevado riesgo de progresar hacia neoplasias intraepiteliales de alto grado, así como las lesiones que se encuentran ubicadas en clasificación NIC I tienen tendencia, en aproximadamente 1 de cada 4 casos, a progresar hasta displasias moderadas o severas, es decir, displasias NIC II y NIC III. ⁽⁶⁾

Se consideraba, en un inicio, a las lesiones asociadas a la infección por virus de Papiloma Humano, como lesiones asociadas a serotipos de bajo riesgo, los cuales corresponden al 6 y al 11, mientras que, en los casos de lesiones o

neoplasias francas como las de clasificación NIC II o NIC III, se encuentran asociadas a los serotipos 16 y 18. ⁽⁷⁾

Las clasificaciones que valoran el grado y determinan el tipo de displasias, tanto NIC como Bethesda, tienen defectos asociados al observador, motivo por el cual, se ha desarrollado la determinación de estas alteraciones mediante la conducta clínica, así como con el sustento que provee los resultados de pruebas de biología molecular y las características morfológicas detectadas en estas células alteradas, lo que ha agrupado a las lesiones asociadas a infección por Virus de Papiloma Humano y a las lesiones displásicas NIC I, como una sola enfermedad. ⁽⁸⁾

En cambio, se ha agrupado a la lesión displásica NIC II y NIC III como parte del grupo de las lesiones intraepiteliales a nivel de células escamosas de alto grado, en base a que se ha demostrado la participación de las mismas cepas o serotipos de Virus de Papiloma Humano en ambos grados de lesiones, lo cual desarrolla una teoría de enfoque similar, además que, en cuanto a términos de tratamiento, el requerido por ambas lesiones es igual. ⁽⁹⁾

2.2. LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO

Este es el grupo que se presenta con mayor frecuencia en comparación con los otros grupos que forman parte de la clasificación de las lesiones cervicouterinas, con la característica que, este grupo de lesiones histopatológicas, se encuentra altamente asociado con los diferentes tipos de Virus de Papiloma Humano, sean estos los de menor o mayor riesgo oncogénico asociado. ⁽¹⁰⁾

En múltiples estudios realizados para las lesiones intraepiteliales de bajo grado o las displasias dentro del grado NIC I, no se encuentra indicado el iniciar tratamiento de manera inmediata, puesto que estas lesiones se revierten o se vuelven negativas para displasia o para iniciar tratamiento en una incidencia de al menos 1 de cada 2 casos a los 6 meses de haberse diagnosticado. Es por este motivo, que se encuentra recomendado esperar y realizar observaciones

por lo menos dos años posterior a la detección con la finalidad de iniciar un tratamiento cuando realmente sea requerido. ⁽¹¹⁾

En pacientes que se encuentran en el rango etario entre 21 a 25 años de edad, el screening realizado tiene menor sustento en las pruebas hacia la detección del virus de Papiloma Humano, debido a que las infecciones de carácter transitorio y episódico son comunes en este grupo poblacional, considerando que no presentan un riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello uterino. ⁽¹²⁾

Puesto que el diagnóstico en este grupo poblacional no es a base de citología combinada con pruebas de Virus de Papiloma humano, sino que se encuentra como único método de detección, con la recomendación de realizar colposcopia en casos de detectar resultados anormales y en grandes cantidades, se establecen los siguientes criterios en base a la citología como método de screening, con las siguientes recomendaciones: ^(13.14)

- En caso de encontrarse una citología negativa, se debe repetir en doce meses y en caso de encontrarse nuevamente negativa se indica repetir en los siguientes 12 meses con el posterior retorno a la realización de cribado rutinario.
- Si se detecta una prueba de citología que indique algún grado de lesión a nivel de las células escamosas, incluyendo las atipias celulares inciertas y las de bajo grado, se debe realizar colposcopia con la finalidad de detectar cambios más sugestivos.

En pacientes con edades que van desde los 25 hasta los 29 años, los cuadros de procesos infecciosos asociados a Virus de Papiloma humano son comunes, con una frecuencia sumamente elevada, pero es igual de frecuente encontrar que estas lesiones a nivel de los tejidos retornen espontáneamente a la normalidad, evidenciándose un riesgo bajo de desarrollar cáncer cervical, motivo por el cual el screening en este grupo consiste en la realización de pruebas de citología sin exámenes para la detección de VPH. ⁽¹⁴⁾

2.3. LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) se encuentran entre las anormalidades citológicas cervicales menos comunes. Estudios recientes demostraron que en una muestra de 965.360 mujeres entre los 30 a 64 años la incidencia fue de 0,21%, sin embargo, el riesgo de cáncer invasivo de cuello uterino en las mujeres con un resultado de alto grado de lesión intraepitelial escamosa (SIL-HG) es sustancial. ⁽¹⁵⁾

Las lesiones de alto grado refieren moderados o severos cambios en las células del cuello uterino y el riesgo de que estas anormalidades reflejen cambios precancerosos es tan alta como un 71% y el riesgo de cáncer de cuello uterino es tan alta como un 7%. Sin embargo, si la lesión precancerosa se elimina o se destruye, el cáncer cervical puede usualmente ser prevenido

2.4. FACTORES DE RIESGO

Debe tenerse en cuenta que los factores conductuales, asociados al comportamiento sexual de las pacientes, representan el principal método de contagio y de riesgo para desarrollar lesiones premalignas, debido a que su asociación con el Virus de Papiloma Humano, es muy elevada. Sin embargo, existen situaciones de predisposición genética, donde receptores y antígenos como el HLA-B07 o el HLA-B032 representan como alteraciones o mutaciones genéticas que predisponen al desarrollo de estos cuadros en las mujeres. ⁽¹⁶⁾

Existen, de igual manera, ciertos grupos de virus que tienen una elevada probabilidad de desencadenar un proceso canceroso en las pacientes, donde se los denomina como virus de alto riesgo oncogénico. Este tipo de agentes virales se encuentran asociados a enfermedades neoplásicas no sólo a nivel

cervical, sino también relacionados a regiones próximas anatómicamente, como la región rectal y anal. ⁽¹⁷⁾

Virus del papiloma humano (VPH)

Este agente viral consiste, hasta el momento, en el principal y más conocidos factor de riesgo en el desarrollo de cáncer cervical o las lesiones predisponentes asociadas al mismo, mas no representa una condición sin ecua non en relación a esta patología. Descrito por primera vez como lesión histopatológica asociada a finales de la década de los 50, las lesiones producidas por este microorganismo adquirieron la denominación de coilocitos. Sin embargo, su relevancia en la práctica clínica se otorgó dos décadas después, cuando las primeras descripciones de lesiones displásicas a nivel tisular relacionadas a este agente se desarrollaban. ⁽¹⁸⁾

Una de las primeras condiciones patológicas a desarrollarse en cuadros de enfermedades neoplásicas a nivel de cuello uterino, es la infección por este virus, el cual empieza a tener un desarrollo acelerado conforme se empiecen a producir las lesiones displásicas propias del mismo, con consecuente reducción de la carga viral, debido a que existe una unión entre su porción genética y las células del tejido cervicouterino, para inducir la formación de las células neoplásicas. ⁽¹⁹⁾

Existen dos proteínas, cuya función es la de mantener la unión del ADN con la célula del cuello uterino, las cuales son E1 y E2, producidas estrictamente por este agente viral, las cuales producen una disregulación en los procesos normales de las células del huésped, reduciendo los casos de apoptosis fisiológica e induciendo un crecimiento acelerado en las mismas, lo cual resulta en un crecimiento anormal y displásico a nivel del tejido, dando como lugar las lesiones características de esta patología. ⁽²⁰⁾

Se han detectado hasta 130 diferentes tipos o cepas de Virus Papiloma Humano en los tejidos displásicos a nivel de cérvix, encontrándose que hasta una cuarta parte de los mismos infectan directamente la capa superficial tanto de la región genital como anal. ⁽²¹⁾

2.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDUCTA SEXUAL

Edad inicial de actividad sexual

Se asocia principalmente a un inicio temprano de las actividades sexuales en las pacientes con un aumento, posible, del número de compañeros sexuales que tendrán durante toda su vida, así como se ha determinado, en diferentes estudios, que existe cierta predisposición a nivel tisular en casos de pacientes jóvenes y no totalmente desarrolladas, a procesos malignos en su región genital. Se ha establecido que, en casos de relaciones sexuales previo a los 16 años de edad, existe un riesgo incrementado de un 300% en comparación con las demás pacientes. ⁽²²⁾

Cantidad de compañeros sexuales

Aumenta considerablemente las probabilidades de adquirir un cuadro de infección por Virus de Papiloma Humano, puesto que, a través de varios estudios de seguimiento, se ha determinado que existe un aumento directamente proporcional en el riesgo de adquirir lesiones premalignas cervicouterinas relacionadas con este agente viral a medida que el número de compañeros sexuales vaya incrementando en la paciente. ⁽²²⁾

Esto se da debido a que las diferentes enfermedades infecciosas de transmisión sexual producen alteraciones tisulares que pueden aumentar el riesgo de padecer cuadros de infección por Virus de Papiloma Humano, por lo cual se considera como grupos principales de riesgo a las mujeres con

antecedentes de trabajos sexuales, así como parejas que tengan este comportamiento.

Enfermedades de transmisión sexual

Como se mencionó previamente, se relaciona el cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual de carácter grave como son la infección por gonococos y por otros agentes virales. Mientras que, en otros tipos de infecciones como la clamidia o casos de herpes, no existe un aumento de riesgo de padecer un cuadro de infección por Virus de Papiloma Humano en estas pacientes, ni concomitante ni a largo plazo. Sin embargo, en caso de desarrollarse cuadros de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humano, existe un incremento de riesgo de hasta un 400% de desarrollar cuadros de infección por virus de papiloma, independientemente de otras enfermedades de transmisión sexual adquiridas. ⁽²³⁾

2.6. FACTORES NO ASOCIADOS A VPH

Número de Gestas

El número de gestas y el riesgo de desarrollar cuadros de lesiones escamosas malignas o atípicas, mantiene una relación directa y con fuerte asociación causal, donde se observa que, a partir de la tercera gesta, existe un incremento gradual de un 50% en el riesgo de adquirir lesiones premalignas asociadas a un futuro cuadro de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, no existen estudios hasta el momento que corroboren estas relaciones causales mencionadas previamente.

Edad del primer parto

Se ha determinado que, conforme mayor sea el número de gestas en las pacientes previo a sus 23 años de edad, mayor será el riesgo de padecer de alteraciones epiteliales que sean compatibles con un desarrollo a futuro de cuadros de Cáncer cervicouterino. ⁽²⁴⁾

Tipo de Parto

En casos de partos por vía vaginal, se ha determinado que, de forma traumática, existen alteraciones en el tejido cervical de las pacientes, encontrándose una predisposición al desarrollo de lesiones premalignas compatibles con cáncer cervical. De la misma forma, se ha determinado que los partos por cesárea no representan ningún incremento en el riesgo, puesto que mantiene la integridad del cuello uterino. ⁽²⁴⁾

Consumo de Tabaco

Se ha determinado la relación, con una muy fuerte asociación causal, entre el consumo de tabaco y el desarrollo o incremento del riesgo de desarrollar cuadros de lesiones premalignas a nivel cervical, incrementándose proporcionalmente conforme el número de cigarrillos consumidos diariamente aumente también.

Como se conoce de vasta manera actualmente, existe un proceso de deterioro de la respuesta inmunológica en pacientes asociado al consumo de tabaco de manera sistémica, lo cual no excepta a la región genital de desarrollar estas alteraciones. Por lo tanto, al haber una alteración clara en el tejido y en el proceso inmunológico normal del útero, existe un aumento de riesgo de padecer cuadros de lesiones premalignas. ⁽²⁵⁾

2.7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SCREENING

Citología cérvico-vaginal

Este método de diagnóstico, conocido de mejor manera en la actualidad como método de y tinción de Papanicolaou, fue desarrollada a finales de la década de los 60, como método diagnóstico para la determinación, de manera temprana, de lesiones premalignas asociadas a enfermedades neoplásicas de la región tanto cervical, como vaginal. En la actualidad es considerada una prueba de tamizaje más que de un método de diagnóstico de esta patología en las pacientes.

Existe, hasta el momento, dos diferentes tipos de prueba citológica, las cuales son: ⁽²⁶⁾

- Citología de triple toma: Esta consiste en la obtención de una muestra del tejido proveniente tanto de la región interna como externa del cuello uterino, así como a nivel de los fondos de saco propios de la región o próximo anatómicamente. Esta prueba posee una especificidad de casi un 100% en la detección de lesiones premalignas, con una sensibilidad un poco baja, rondando el 85%. Tiene una función especial en la detección de adenocarcinoma.
- Citología en medio líquido: En este proceso se obtiene la muestra mediante un cepillado y extracción tisular en la región interna o externa del cuello uterino. Sin embargo, existe una dependencia del observador y del especialista en anatomía patológica, debido a que existe cierta dificultad en la interpretación de resultados.

Colposcopia

Este método de diagnóstico a principios de la década de los 30, donde su finalidad se encontraba en poder observar con claridad y localizar las lesiones premalignas en casos de resultados compatibles con desarrollo de lesiones precursoras, incluso pudiendo detectar la posible localización de la región donde se obtendrá la muestra para biopsia, especialmente en casos de observar cuadros sugestivos como ulceraciones o zonas de leucoplasia.

Todas estas lesiones pueden determinarse a través de la tinción con lugol, conocido como test de Schiller, la cual tiene como finalidad poder observar, a través de la no adquisición de coloración yodada, de las lesiones premalignas en cuello uterino, puesto que no existe el glucógeno necesario para obtener la coloración en esta prueba.

Se realiza una tinción con ácido acético, donde se observan las lesiones premalignas o malignas de coloración blanquecina; se ha determinado una relación directa entre la intensidad de la coloración y el grado de displasia en el tejido. Así mismo, se ha determinado que se cataloga como exitosa una colposcopia cuando se puede evidenciar la unión entre el tejido epitelial escamoso y columnar.

2.8. DETECCIÓN DE VPH

La determinación del Virus del Papiloma Humano en la integridad del tejido epitelial, la cual se relaciona directamente con las lesiones cervicales malignas o premalignas, puede desarrollarse mediante pruebas de biología molecular, las cuales consisten en:

- a. Pruebas de detección de ADN viral, por lo que se convierte en un diagnóstico confirmatorio en casos donde no haya sintomatología asociada.
- b. Detección de ARNm E6/E7 viral, establece actividad vírica oncogénica y permite conocer la carga viral.

CAPÍTULO III:

3. MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Es una investigación no experimental, con análisis de carácter descriptivo y con enfoque retrospectivo, para la cual se utilizó como fuente de información una Base de Datos de pacientes realizada bajo los códigos de diagnósticos pertenecientes a todas las patologías ginecológicas, donde haya reportado un estudio de citología cervicouterina, provista por el Departamento de Estadísticas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, en la cual constaban los números de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron evolucionados bajo dicho código, en el Sistema AS-400, sistema utilizado por las entidades de salud asociadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, los cuales contenían los datos epidemiológicos e histopatológicos de los pacientes que pertenecieron al período de estudio.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La Investigación se la realizó en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, de la Zona 8, de la provincia del Guayas, en el Ecuador.

El Hospital es de Tercer Nivel en el Esquema de Atención y representa en un centro de referencia a nivel zonal y provincial, al contar con todas las especialidades médicas, para pacientes asociados a las entidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS.

UNIVERSO Y MUESTRA

Se registró una muestra de 500 pacientes quienes se hayan realizado citología cervicouterina, en el área de Consulta Externa Ginecológica del

Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el período comprendido entre Enero 2016 y Diciembre del 2017

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán a todos las pacientes en quienes se haya realizado el estudio de citología cervicouterino en el área de Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. a. Se excluirán a todos los pacientes, quienes, al momento de la revisión de historias clínicas, estas estén incompletas.
- b. Se excluirán a todos los pacientes quienes hayan sido diagnosticados de otra patología ginecológica previamente.
- c. Se excluyeron pacientes en quienes no se realizó citología cervicouterina

VIABILIDAD

El presente estudio es viable, puesto que representa un interés del área de salud pública del país, el poder detectar los factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas en el estudio citológico cervicouterino, así como su pronóstico en base al desarrollo de cáncer de cérvix.

Este trabajo de investigación cuenta con todos los permisos necesarios para la obtención de datos, provista por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, y su posterior análisis estadístico y desarrollo.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación analítica y descriptiva de corte transversal, con enfoque retrospectivo.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

Recursos humanos

- Investigadora
- Tutor

Recursos Materiales.

- Computadora HP
- Impresora marca EPSON 320
- Hojas de papel Bonds
- Cartucho de impresora
- Bolígrafo
- Cuaderno de apuntes
- Capetas Manila con vincha
- Lápiz de carbón 26
- Borrador.
- Historias Clínicas
- Reporte de Complicaciones y Epicrisis

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Se realizó un anteproyecto que fue aprobado por la Unidad de Titulación de la Universidad de Guayaquil y revisado por . Posteriormente, se solicitó aprobación del departamento de Docencia y posterior colaboración del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado carbo de la ciudad de Guayaquil, con el fin de que conozcan los objetivos del estudio y la metodología preestablecida para analizar los datos de investigación, para poder obtener los datos de los pacientes. Se acordó mantener confidencialidad de los nombres de los pacientes estudiados, con el fin de preservar el principio bioético de la beneficencia.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

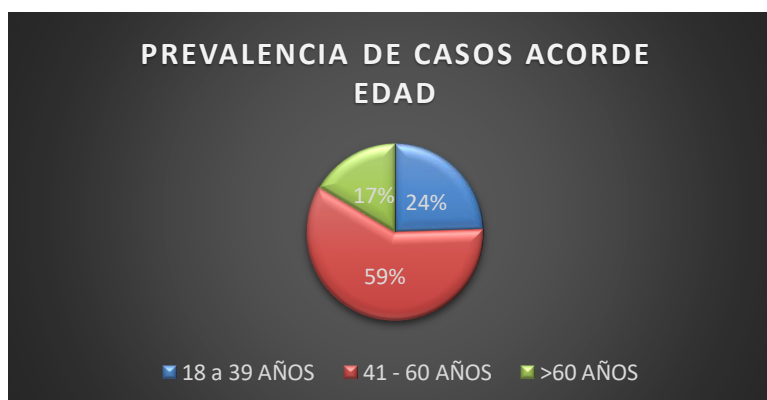
De esta manera, al encontrarse una predominancia de casos a favor del rango etario entre 41 y 60 años, con al menos uno de cada dos casos, se establece una mayor relación entre el desarrollo de lesiones premalignas y la edad en pacientes mayores de 40 años de edad. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 1)

TABLA 1.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO A LA EDAD

EDAD	18 a 39 AÑOS	41 - 60 AÑOS	>60 AÑOS	TOTAL	P-VALOR
CASOS	49	118	33	200	<0,005
PORCENTAJE	24,50%	59,00%	16,50%	100%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Lituma Moreira

GRÁFICO 1.- PREVALENCIA DE CASOS ACORDE A EDAD



Así mismo, se realiza un análisis acerca de la prevalencia de los diferentes factores de riesgo presentes en estas pacientes, haciendo un énfasis que en ciertos casos pudieron haber estado presentes más de un factor de riesgo por paciente. Se encontraron los siguientes factores: mala higiene genital, infección por VPH y otras enfermedades de transmisión sexual. El de mayor prevalencia fue el antecedente de mala higiene, encontrándose en 144 casos (72,00%),

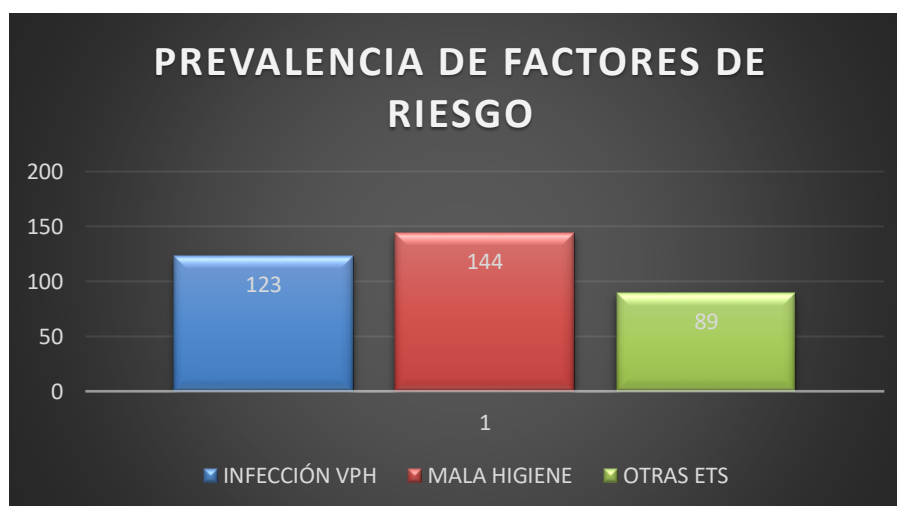
seguido de infección por VPH, presente en 123 casos (61,50%) y finalmente el antecedente de otras enfermedades de transmisión sexual con 89 casos (44,50%). A través de estos datos se establece que estos factores de riesgo se presentan al menos en uno de cada 3 casos, elevándose hasta en 2 de cada 3, por lo cual se establece una fuerte asociación entre estos tres factores y el riesgo de desarrollar lesiones premalignas. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 2)

TABLA 2.- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS CERVICOUTERINAS

FACTORES DE RIESGO	INFECCIÓN VPH	MALA HIGIENE	OTRAS ETS	TOTAL	P-VALOR
CASOS	123	144	89	200	<0,005
PORCENTAJE	61,50%	72,00%	44,50%	100%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Lituma Moreira

GRÁFICO 2.- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO



También se realizó un análisis acerca de la paridad de las pacientes al momento de la consulta ginecológica, dividiéndolas en nulípara, primípara o multípara. Se encontró una mayor prevalencia de casos, en un número de 101 casos, de pacientes que tenían más de un parto previo (50,50%). Así mismo se observó una menor prevalencia de casos, en número de 79 (39,50%) correspondientes a pacientes nulíparas y, en mucha menor frecuencia,

pacientes con un parto previo con 20 casos (10,00%). Se establece, al observarse en al menos 1 de cada 2 casos, una asociación entre el desarrollo de lesiones premalignas y el factor de riesgo de multiparidad. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 3)

TABLA 3.- PARIDAD EN CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS

PARIDAD	NULIPARIDAD	PRIMÍPARA	MULTÍPARA	TOTAL	P-VALOR
CASOS	79	20	101	200	<0,005
PORCENTAJE	39,50%	10,00%	50,50%	100%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Lituma Moreira

GRÁFICO 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN PARIDAD DE LAS PACIENTES



Finalmente, se realizó un análisis acerca de la lesión determinada según grado en escala de NIC, donde se evidencia un mayor número de casos en los grados más bajos, correspondientes a NIC I y NIC II, con 68 y 85 casos, correspondiente a 34 y 42,50% de los casos, respectivamente. En mucha menor frecuencia se observaron casos correspondientes a NIC III, con 47 casos (23,50%). Puesto que se encontraron presentes en al menos 1 de cada 3 casos,

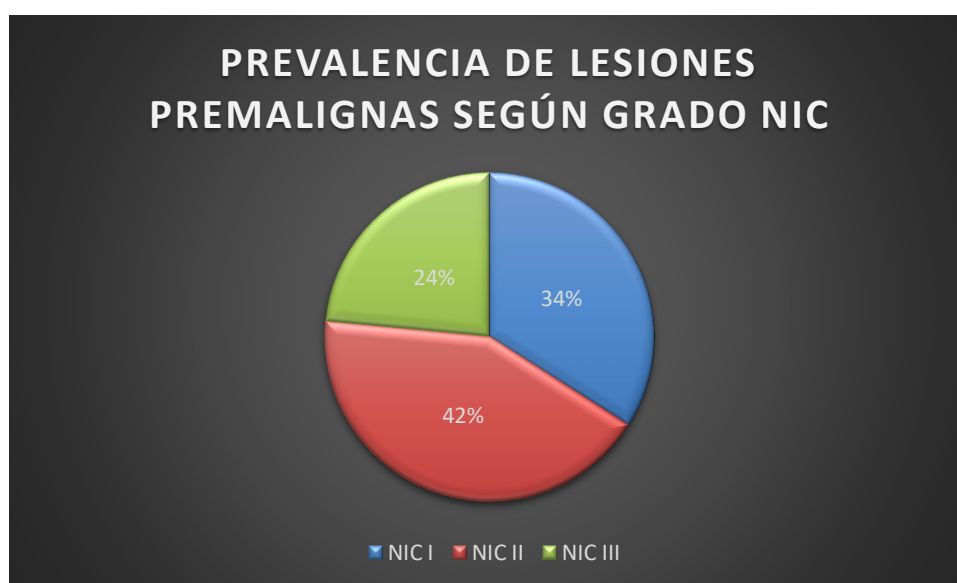
se establece que las lesiones premalignas más frecuentes son las correspondientes al grado NIC I y NIC II. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 4)

**TABLA 4.- PREVALENCIA DE CASOS ACORDE A LESIÓN
PREMALIGNA SEGÚN CLASIFICACIÓN NIC**

LESIÓN PREMALIGNA	NIC I	NIC II	NIC III	P-VALOR
CASOS	68	85	47	<0,005
PORCENTAJE	34,00%	42,50%	23,50%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Lituma Moreira

**GRÁFICO 4.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN TIPO LESIÓN
PREMALIGNA**



Finalmente, se realizó un análisis acerca de la prevalencia de casos según el número de exámenes cervicouterinos realizados previamente, donde se determinó una mayor prevalencia de casos donde el número de exámenes fue inferior a dos, con 150 casos (75,00%), seguido de 2 a 4 exámenes con 34 casos (17,00%) y finalmente más de 4 exámenes previos con 16 casos (8,00%). Se

establece, a través de estos datos obtenidos, la relación directa entre el número bajo de controles previos cervicouterinos y el riesgo de desarrollar lesiones premalignas. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 5)

**TABLA 5.- PREVALENCIA DE CASOS DE LESIÓN PREMALIGNA
SEGÚN ESTUDIOS CERVICOUTERINOS PREVIOS**

ESTUDIOS PREVIOS	<2 ESTUDIOS	2 A 4 ESTUDIOS	>4 ESTUDIOS	P-VALOR
CASOS	150	34	16	<0,005
PORCENTAJE	75,00%	17,00%	8,00%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Lituma Moreira

**GRÁFICO 5.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN CONTROLES
PREVIOS**



DISCUSIÓN:

El presente trabajo de investigación se desarrolló con la finalidad de poder determinar la prevalencia y factores de riesgo asociadas a los casos de lesiones premalignas a la examinación cervicouterina, encontrándose una mayor prevalencia, de considerable cantidad, en casos de pacientes en el rango etario que comprende desde los 41 hasta los 60 años, con un 51,00%. Al analizar la bibliografía previamente citada e incluida en este trabajo de investigación, se observan similitudes en este aspecto, puesto que, al comparar con el estudio desarrollado por Tames, A. et al. En el año 2012, éste reporta una prevalencia cercana, de aproximadamente un 57% de los casos en edades comprendidas por el mismo rango. ⁽¹⁾

Así mismo, se evidencia en el presente estudio que la mayoría de casos se encuentran, como principal factor de riesgo, el antecedente de mala higiene genital e infección por Virus de Papiloma Humano, con 72% y 61,50% de los casos, respectivamente. Resultados parecidos se han encontrado en diferentes estudios a nivel latinoamericano, donde destacan los publicados por Serrano, D. en el 2012 y por Miraval, M. en el año 2013, donde indican que la clase socioeconómica baja, la cual refleja una mala higiene y el antecedente de infección por VPH, representan factores de riesgo de elevada prevalencia, de un 75% y 68% de los casos, en el primer estudio mencionado, y de 70% y 67,5% en el segundo, respectivamente. ^(2, 3)

Es importante recalcar que este estudio estuvo conformado por un buen número de pacientes constituyendo la muestra, lo cual permite determinar con fuerte valor estadístico las asociaciones entre las diferentes variables. Sin embargo, sólo se enfoca en un centro hospitalario y con factores de riesgo reportados al momento de la consulta, por lo cual es recomendado evaluar otros estudios para poder obtener una información más completa, tanto en datos demográficos, como en datos de relevancia clínica.

En base al tipo de lesión observada, se determinó una prevalencia de un 42,50% de casos de lesión compatible con grado NIC II, siendo la más frecuente a la consulta y examinación. Resultados similares se observaron en los estudios desarrollados por Moré, A. et al. Y por Rengifo, E. et al, en los años 2013 y 2015, respectivamente, los cuales ubican este grado de lesión como la más frecuente a desarrollar, con un 48% y 51% de los casos. ^(9,13)

Finalmente, al analizar el número de exámenes previos, se determinó una prevalencia de casi un 75% de casos correspondiente a menos de 2 exámenes en toda la vida de las pacientes. Desafortunadamente, no se encontraron estudios recientes que reporten en base a número, los exámenes previos en estas pacientes.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Con los resultados descritos previamente en base al estudio realizado en cuanto a las lesiones premalignas al examen cervicouterino, se puede determinar que existe un mayor riesgo de desarrollarse en edades entre los 41 y 60 años.

Se concluye que la mala higiene y la infección por Virus de Papiloma Humano representan factores de riesgo con muy fuerte asociación al desarrollo de cuadros de lesiones premalignas cervicouterinas. De igual forma la multiparidad representa un factor de riesgo propio de las pacientes en cuanto al desarrollo de estas lesiones.

Se concluye que las lesiones premalignas más frecuentes a observar son las de bajo grado, específicamente correspondiente a NIC I y NIC II.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un abordaje preventivo, con un desarrollo de exámenes cervicouterinos seguidos y periódicos, a todas aquellas pacientes con edades superiores a los 40 años, así como pacientes multíparas, puesto que son las de mayor riesgo a desarrollar estas lesiones.
- Se recomienda el desarrollo de un examen cervicouterino a toda aquella paciente que acude por primera vez a consulta ginecológica y posee el antecedente de mala higiene asociada a clase socioeconómica baja o infección por VPH.

CAPÍTULO VI

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 Jun;38(2):190-8.
2. Lau Serrano D, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 Sep;38(3):366-77.
3. Miraval M, Merejildo M, Núñez M, Barrionuevo C, Sarria-Bardales G, Nuñez C, Vargas J. Importancia de la evaluación externa del desempeño en citología cervicouterina: programa piloto. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 30:142-3.
4. Zaldívar Lelo de Larrea G, Martín Molina F, Sosa Ferreyra CF, Ávila Morales J, Lloret Rivas M, Román Lara M, Vega Malagón G. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012;77(4):315-21.
5. Escalona Veloz R, Navarro Tordera M, Yépez Loza P, Blasco Navarro M, Obregón de la Torre C. Características citohistológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. MediSan. 2014 Aug;18(8):1071-80.
6. Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. Cirugía y Cirujanos. 2012;80(3).
7. Léniz Martelli J, Van De Wyngard V, Lagos M, Barriga MI, Puschel Illanes K, Ferreccio Read C. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. Revista médica de Chile. 2014 Aug;142(8):1047-55.
8. Sureda Peña M, Martínez Cárdenas D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Medicentro Electrónica. 2014 Mar;18(1):36-8.
9. Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Gálvez Castellón AM, Fuentes E, Luis M, Arbolaes Á, Luis J. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales

- de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2013 Dec;39(4):354-67.
10. Terrazas S, Ibáñez C, Lagos M, Poggi H, Brañes J, Barriga MI, Cartagena J, Núñez F, González F, Cook P, Van De Wyngard V. Examen de detección de virus papiloma humano en el tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*. 2015 Jan;143(1):56-62.
 11. Mendoza LA, Pedroza MJ, Micolta PH, Ramírez A, Cáceres CR, López DV, Nuñez AJ, Acuña M. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(2):129-36.
 12. Castro AA, Pérez MF. Virus del papiloma humano. *Revista de costa rica y centro america*. 2013; 606:211-7.
 13. Rengifo E. NIC: Colposcopia y biopsia dirigida en el diagnóstico de lesiones iniciales del cuello uterino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015 Jun 19;44(2):92-6.
 14. Ramírez Valle M, Sanabria Negrín JG, Medina S, Enríque V. Evaluación del programa de detección precoz de cáncer cervicouterino en Consolación del Sur. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2013 Feb;17(1):36-48.
 15. Escalona Veloz R, Navarro Tordera M, Yépez Loza P, Blasco Navarro M, Obregón de la Torre C. Características citohistológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. *MediSan*. 2014 Aug;18(8):1071-80.
 16. Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos*. 2012;80(3).
 17. Léniz Martelli J, Van De Wyngard V, Lagos M, Barriga MI, Puschel Illanes K, Ferreccio Rendi C. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. *Revista médica de Chile*. 2014 Aug;142(8):1047-55.
 18. Sureda Peña M, Martínez Cárdenas D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. *Medicentro Electrónica*. 2014 Mar;18(1):36-8.

19. Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Gálvez Castellón AM, Fuentes E, Luis M, Arbolaes Á, Luis J. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2013 Dec;39(4):354-67.
20. Terrazas S, Ibáñez C, Lagos M, Poggi H, Brañes J, Barriga MI, Cartagena J, Núñez F, González F, Cook P, Van De Wyngard V. Examen de detección de virus papiloma humano en el tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*. 2015 Jan;143(1):56-62.
21. González-López S, Martínez-Silva MG, Hernández-Hernández DM, Aguilar-Lemarroy A, Jave-Suárez LF. Frecuencia de lesiones epiteliales cervicales reportadas en el Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa de Jalisco. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015;53(2).
22. Malagón Montano L, Pérez Sánchez Y, Adán A, María A, Fuentes Garabote G. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015 Sep;31(3):0-.
23. Morillo MC, Sandoval CC, Sesin F. Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino. *Ips universitaria barranquilla* 2013. *Biociencias*. 2014;9(1):37-44.
24. Reyes Zúñiga YI, Sanabria Negrín JG, Marrero Fernández R. Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2014 Oct;18(5):753-66.
25. Luzoro A. *Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en una población de mujeres chilenas* (Doctoral dissertation).
26. Sanabria Negrín JG, Cruz Hernández ID, Oriolo Pérez L, Pérez Herrera MA, Valdés Abreu B. Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncer cervicouterino en dos policlínicos. Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2012 Jun;16(3):139-60.
27. Guerrero MZ, Ballester YE, García WM, Ramírez MA, Rodríguez LL, Gómez IT. Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en pacientes

atendidos en la Policlínica de Antilla, Holguín. Correo Científico Médico. 2012 Nov 13;16(4).

28. Posso Moar AG, Rangel Pérez MA, Marchán N, González Blanco M. Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014 Sep;74(3):193-202.