



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL EN  
MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN EL CENTRO MATERNO  
PERINATAL-TARAPOTO. ENERO 1998- DICIEMBRE 2000”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE :**

**OBSTETRIZ**

**AUTOR : BACH. YMELDA ZELADA MORI**

**ASESOR : DR. AUGUSTO RICARDO LLONTOP REATEGUI**

**TARAPOTO PERÚ  
2002**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

## JURADO CALIFICADOR



Dr. FEDERICO TINTA JUNCO  
**PRESIDENTE**



Obst. MARINA H. PALOMINO  
**MIEMBRO**



Obst. GROTER HIDALGO T.  
**MIEMBRO**



Dr. AUGUSTO R. LLONTOP REÁTEGUI  
**ASESOR**

## DEDICATORIA

A mis queridos padres :

**GODOFREDO ZELADA MALCA,**

**FELICITAS MORI COTRINA**

quienes forjaron mi destino

en el conocimiento y la

realización personal.

A mis hermanos: :

Anamelva, Gina, Nino,

Onasis, Sandro, Alan e

Izamar por su comprensión

y apoyo en los objetivos de

mis estudios.

A Dios:

Que puso a prueba mi firmeza

en el difícil camino de la

superación.

## AGRADECIMIENTO

- ❖ Al Dr. Augusto Llontop Reátegui por su valioso aporte en la realización de la presente investigación.
- ❖ A la Obst. Gabriela Palomino Alvarado por la orientación y ayuda incondicional.
- ❖ A los profesionales de Salud que laboran en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto, por el apoyo brindado.
- ❖ A los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín por las sabias enseñanzas brindadas durante mi formación profesional.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
JURADO CALIFICADOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	04
III. MARCO TEÓRICO	05
IV. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	18
V. METODOLOGÍA	19
VI. RESULTADOS	22
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
VIII. CONCLUSIONES	46
IX. RECOMENDACIONES	48
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
XI. ANEXOS	53

## RESUMEN

El presente trabajo es un estudio analítico de corte transversal, de casos y controles, retrospectivo, elaborado en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto. Enero 1998 - Diciembre 2000; en el que se encontró 35 casos de neoplasia cervical y/o cáncer en mujeres en edad fértil y se descartó 10 casos por no estar registrado en las historias clínicas las variables principales para la elaboración de la presente investigación. Se trabajó con 25 casos y 50 controles. Los datos respectivos fueron ingresados en el programa Epi Info versión 6.04 para obtener significancia estadística (IC 95% y  $p < 0.05$ ).

La incidencia encontrada de neoplasia cervical es de 6.45 por 1 000 mujeres en edad fértil.

Los principales factores asociados fueron: El inicio temprano de las relaciones coitales, múltiples compañeros sexuales, baja escolaridad, antecedente ginecológico y el mayor número de abortos.

La presente investigación identificó los factores asociados a neoplasia cervical y/o cáncer a fin de sugerir conductas que permitan reducir este problema de Salud Pública que viene afectando a la población femenina de la Región San Martín.

## I. INTRODUCCIÓN

En el ámbito mundial se considera que cada año se presenta cerca de 500,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, de los cuales mueren aproximadamente 300,000 mujeres, especialmente en países en desarrollo (24).

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas más grandes de Salud Pública en América Latina(28), en la región de las Américas se presentan cada año cerca de 68.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino(2).

Las tasas de incidencia encontradas en varios registros de cáncer en ciudades latinoamericanas están entre las más altas del mundo(28). Es el cáncer más común en las mujeres y una de las causas de mayor morbilidad y de muerte inevitable en la población adulta. Así por ejemplo en México, 4362 mujeres murieron en 1994 por cáncer de cuello uterino(13). En el año 1990 la tendencia de la mortalidad de cáncer de cuello uterino en Ecuador representó el 5.3%, en Colombia 5.9%, en Brasil 5.5%, en Costa Rica 10.0%, en Chile 11.7%(2); lo cual implica que cada año, aproximadamente una de cada mil mujeres del grupo de edad de 30 a 54 años, que vive en América Latina, desarrollan cáncer de cuello uterino(28).



En el Perú constituye la primera causa de morbilidad y la mayor causa de muerte en relación a otros tipos de neoplasia maligna en mujeres. La tasa de incidencia es de 32.8 x 100.000 (estandarizada por edad) (28). Las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA) del año 1992 muestra que el cáncer de cuello uterino representa el 41.2%, seguido por el cáncer de mamas con el 27.6% de casos (20).

Es importante valorar los antecedentes de la paciente, ya que se considera al cáncer cervical como una enfermedad de transmisión sexual por lo que desde el punto de vista epidemiológico existen factores asociados tales como comienzo precoz de la actividad sexual, la multiparidad, los cambios de parejas frecuentes que condicionan un riesgo mayor, entre otros (27). Asimismo los estudios epidemiológicos destacan a la pobreza y el bajo nivel cultural, como factores asociados a la enfermedad (19).

La Dirección Regional de Salud de San Martín (DIRES SM) en los años 1994 al 2000 reporta 119 casos de cáncer invasor, siendo su frecuencia más alta en el año 2000 con 35 casos (5). La provincia con mayor número de casos fue San Martín presentando 197 casos de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LIEBG), 153 de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LIEAG) y 51 casos de cáncer invasor, seguido por la provincia de Moyobamba con 119 casos de LIEBG, 71 LIEAG y 17 casos de cáncer invasor (25).

Finalmente, la situación epidemiológica de la neoplasia cervical traduce una región con inadecuados recursos para el tratamiento de lesiones pre-malignas y neoplasia cervical producto de varios factores, tales como:

- 1) Dificultades de accesos a los sistemas de salud debido a que las mujeres más comprometidas viven en áreas bastante alejadas;
- 2) recurso humano calificado con condiciones de trabajo inadecuadas (disponen de patólogos pero no cuentan con los equipos necesarios para el procesamiento de láminas sospechosas);
- 3) sistemas de referencia y contrareferencia en formación (la confirmación de los casos avanzados implica su transferencia a la ciudad de Lima por ausencia de oncólogo ginecólogo, así como equipos de radioterapia); y
- 4) el control de calidad de los Papanicolaou responden más a la iniciativa de citopatólogos que a un plan organizado y evaluado.

El presente estudio se basa principalmente en identificar los factores asociados a neoplasia cervical y/o cáncer en mujeres en edad fértil en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto.

## II. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a neoplasia cervical en mujeres en edad fértil en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto, Enero 1998 – Diciembre 2000.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer la frecuencia e incidencia de neoplasia cervical en mujeres en edad fértil que son atendidas en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto.

### III. MARCO TEÓRICO

A pesar de los grandes esfuerzos para prevenir el cáncer cérvico-uterino, los niveles de incidencia y mortalidad son muy superiores a lo aceptable(23).

Según la OMS cerca de medio millón de mujeres desarrollan cáncer cervical anualmente, de los cuales más del 50 % morirán (16).

Según datos obtenidos de los registros de cáncer, las tasas de incidencia más altas corresponden al Perú y Uruguay (2). De allí entonces que su diagnóstico sea una obligación por la magnitud que el problema representa (29).

La incidencia de cáncer de cuello uterino en América Latina es varias veces más alta que en los países desarrollados (28), la incidencia oscila entre 15.9 -40.8 x 100.000 habitantes (7).

Las estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, en el período de 1952 a 1991 reporta el 44.6% de todos los casos atendidos. Asimismo, los datos de la Liga de Lucha Contra el Cáncer revelaron que 500.445 mujeres fueron examinadas entre 1953 y 1994; resultando 1403 cánceres de órganos genitales siendo el 95.9% de cuello uterino(2) .

El Registro de Cáncer de Lima Metropolitana en los años 1990 - 1993, reporta que de 2651 casos de cáncer de cérvix invasor, sólo el 3.7%

se presentó en mujeres menores de 30 años y el 70% se presentó entre los 35 – 64 años de edad(14).

*Distancia* → El Ministerio de Salud (1998 – 2000) reporta que la mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 x 100.000 mujeres mayores de 15 años, correspondiéndole a los departamentos de Ucayali (22.9), La Libertad (15.6) y Huancavelica (13.55) las mayores tasas de mortalidad, correspondiendo a las áreas rurales la mayor prevalencia (12, 18, 20).

Los reportes nacionales asocian a la enfermedad con mayor frecuencia de soltería entre las mujeres estudiadas (57.8%), inicio sexual temprano (promedio 16.2 años), elevada tasa de fecundidad (promedio 5.9 embarazos por mujer), mayor frecuencia de dudas acerca de la fidelidad de los compañeros sexuales (28.4%) y mayor número de compañeros sexuales en su vida (1.9 compañeros) (3, 18, 28).

Finalmente un comentario especial merece las neoplasias malignas que se asocia más con el embarazo, se postula que la gestación favorece la aparición de lesiones condilomatosas en cérvix y vulva, las cuales muestran altas tasas de regresión post – parto (8).

Existen varios factores que aumentan el riesgo de desarrollar **cáncer de cérvix**, son :

- **El inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas:** El inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas aumenta el riesgo por, lo que se considera un factor determinante de las elevadas tasas de cáncer cérvico uterino observada en los países en vías de desarrollo(28).
- **Multiplicidad de compañeros sexuales (Andría):** El riesgo de cáncer cérvico uterino aumenta con el número de compañeros sexuales, así, Herrero Rolando encuentra un riesgo relativo de 1.7 para las que tienen más de cinco compañeros sexuales (28). Clarke (1985) determina un riesgo relativo de 4.9 para aquellas mujeres con más de seis compañeros sexuales, contra un riesgo de uno para aquella que tiene un solo compañero. El factor sexual es esencial en la génesis de cáncer de cuello uterino, ya que eso no se presenta en mujeres vírgenes de tal modo que hay que considerar que el eventual agente cancerígeno alcanza la mucosa cervical a través de la actividad sexual.
- **Multiparidad :** Según estudios realizados en el Perú (1997) es otro factor relacionado con el desarrollo del cáncer cervical.(18). En el Perú, la tasa global nacional de fecundidad es de 3.5 hijos por mujer, siendo en el área rural más del doble que en las ciudades (28). El riesgo de cáncer cérvico uterino encuentra un riesgo relativo de 2.2 para las mujeres que tienen entre cuatro y cinco hijos (28).

La larga evolución (10 a 15 años) entre la infección con PVH y el cáncer invasor nos hace pensar de la existencia de co - factores que influyen en el desarrollo del cáncer (24) que pueden ser:

**Tabaquismo.** La relación entre el tabaquismo de cigarrillo y el cáncer cérvico uterino se ha reconocido durante decenios. Hace menos tiempo se identificó que los agentes mutágenos del humo de cigarrillo se concentran de manera selectiva en el moco cervical(26).

**Función inmunológica.** La paciente de trasplante renal que se somete a inmunosupresión puede tener un riesgo de cáncer cérvico - uterino, incrementado cerca de 40 veces. Hace poco tiempo se informó que las pacientes infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, se encuentran en mayor peligro de displasia cervical y de enfermedad invasiva (26).

**Déficit nutricional.** A las deficiencias de ácido fólico y vitaminas A y C se las ha relacionado con desarrollo de displasia cervical y cáncer cérvico - uterino (26). <sup>ANTE eso:</sup> El Instituto Nacional del Cáncer recomienda el consumo de frutas y vegetales frescos, o en su defecto un suplemento polivitamínico con antioxidantes como la vitamina E o carotenos (12)

Debe efectuarse una investigación considerable para aclarar el impacto que tiene la dieta sobre la prevención y desarrollo del cáncer.

Anticonceptivos orales. Puede haber una relación débil entre el empleo de anticonceptivos orales y el cáncer de células escamosas del cérvix. Una comparación entre las usuarias del DIU y las de AO reveló que las lesiones preneoplásicas del cuello uterino progresaron con mayor rapidez entre las usuarias de los AO (26).

Existen otros co-factores como la pobreza extrema, el poco acceso al sistema de salud (18), inflamación crónica (16), entre otros.

ANTEC → La detección del cáncer de cuello uterino puede beneficiarse del IVAA (inspección visual con ácido acético) el mismo que se basa en la utilización del ácido acético (vinagre blanco) a través del cual cambia el color del tejido precanceroso. Esta nueva técnica ha sido posible tras las pesquisas por hallar un método para diagnosticar precozmente el cáncer de cérvix en las mujeres que habitan las zonas menos favorecidas del planeta, donde no es posible realizar la prueba de Papanicolaou (12).

La Sociedad Americana de Cáncer señala que el examen de Papanicolaou debe ser realizado cada tres años en mujeres de 20 años o más y cada año en mujeres mayores de 40 años. La experiencia nos indica que la mujer que debe tener un Papanicolaou anualmente es aquella con historia familiar de cáncer genital, historia personal de displasia moderada o severa o de actividad sexual precoz y/o con varias parejas, entre otros.(19)



Los científicos están tratando de encontrar una vacuna que neutralice el virus y que de esa forma evite la degeneración maligna del epitelio cervical (9).

**BASES TEÓRICAS :**

**PAPANICOLAOU POSITIVO :** Casos en los que la lectura del Papanicolaou es: Cambios compatibles con infección a PVH, lesión intraepitelial (incluyendo carcinoma in situ) o carcinoma invasor (18).

**SISTEMA BETHESDA :** Nomenclatura para la lectura e informe del Papanicolaou. Se usa el concepto de "Lesión Escamosa Intraepitelial" dividiéndose en:

- Lesiones de "grado bajo" que comprende los cambios citológicos por PVH o la presencia de NIC I (displasias leves).
- Lesiones de "grado alto" que comprende los NIC II (displasias moderadas) y los NIC III (displasia severa o carcinoma in situ) (18).

**PAPILOMAVIRUS :** Género de virus tumorales de tipo ADN.

**Propagación :** Los papilomavirus se limitan estrictamente a la afección de una especie como huésped y sólo pueden infectar células epiteliales.

**Contagio :** Infección por contacto de las células basales de la epidermis, por microtraumatismo.

**Clínica:** Los tumores benignos de la piel y mucosas, originados por papilomavirus humano, se producen varios meses después de la infección, desaparecen frecuentemente en forma espontánea.

**DISPLASIA** : Anomalía del desarrollo, en patología alteración de la forma, dimensiones y organización de las células adultas (6).

**NEOPLASIA** : Multiplicación progresiva de células en condiciones que no permitirían o que detendrían la multiplicación de las células normales (6).

**CARCINOMA IN SITU** : Carcinoma pre-invasivo, carcinoma de superficie; carcinoma que todavía no ha traspasado la membrana basal (neoformación intraepitelial con atipias celulares y epiteliales de grado elevado, no diferenciable histológicamente, según la disposición y la estructura de un epitelio degenerado, en sentido carcinomatoso). El carcinoma in situ es considerado como estadio inicial obligado de un carcinoma, ya ha de ser delimitado histológicamente del microcarcinoma (25).

**CARCINOMA MICROINVASOR**: Es una lesión de transición entre las neoplasias intraepitelial del carcinoma invasor franco del cuello uterino. Los carcinomas que cumplen con la definición de microinvasión no presentan metástasis ganglionares y excepcionalmente desarrollan una recurrencia (21).

**CARCINOMA INVASOR** : Tumor cuyo curso natural suele conducir a la muerte. Las células cancerosas a diferencia de un tumor benigno, tienen las propiedades de invasión y de metástasis y son muy anaplásticas (18).

**METÁSTASIS** : (Modificación, migración) foco morbozo aparecido secundariamente en un lugar del organismo, distinto del foco original del proceso morbozo local (primario), a consecuencia del arrastre de

determinados factores (colonización). En sentido estricto metástasis tumorales especialmente de tumores malignos (carcinoma, sarcoma) (25)

## LESIONES PRECURSORAS DEL CARCINOMA ESCAMOSO

### DEL CUELLO UTERINO

El desarrollo de un carcinoma invasor del cuello uterino, presenta diversas etapas durante las cuales se han acumulado múltiples alteraciones biológicas, morfológicas y clínicas.

Los histopatólogos diferencian el carcinoma intraepitelial o in situ, los carcinomas microinvasores y los carcinomas invasores, además han tratado de reconocer y diagnosticar las lesiones preneoplásicas.

**Infección por papilomavirus.** Las lesiones producidas por papilomavirus humano (HPV) pueden ser únicas o múltiples, y se pueden ubicar en diversos sitios de la vulva, vagina o cuello uterino. Se describe en el cérvix 3 tipos de lesiones por infección con HPV: Condiloma acuminado, condiloma invertido y condiloma plano. Esta última es frecuentemente asociada con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) (1). Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 pueden provocar alteraciones celulares en la vagina y el cuello uterino llamadas displasias (12).

**LESIÓN INTRAEPITELIAL :**

LESIONES INTRAEPITELIALES		
	BAJO GRADO	ALTO GRADO
HISTOPATOLÓGICA	El epitelio escamoso presenta hiperplasia (acantosis) y papilomatosis. Esta última definida como penetración de los capilares mas allá del 50% del grosor total del epitelio. La maduración y diferenciación citoplasmática está conservada, reconociéndose los estratos basal, parabasal, intermedio y superficial.	Estas lesiones intraepiteliales presentan un claro carácter neoplásico manifestado por pleomorfismo celular y nuclear. La mucosa de la zona de transición presenta proliferación de las células basales atípicas, que abarca más de un tercio de epitelio y en la superficie, las células presentan características de células basales o parabasales.
CITOLOGICA	Las células que se observan en los frotis cervicales reflejan las lesiones histológicas que éste presenta. Elementos característicos y patognomónicos de la infección por papilomavirus son los coilocitos.	Estas lesiones descaman abundantes células basales y parabasales discarióticas, caracterizadas por presentar un núcleo aumentado de volumen hipercromático, sin nucleolo y con una cromatina de estructura grumosa, tosca, bien definida. Las células están aisladas y con frecuencia forman hileras o regueros de cierta regularidad.

Las lesiones intraepiteliales de cuello uterino tienen la posibilidad de regresar o desaparecer espontáneamente, resultando en un nuevo epitelio normal. Pero el proceso de transformación maligna es irreversible cuando ya se ha instalado el cáncer invasor. La posibilidad de curación espontánea es mayor si se tiene menor grado de displasia (24).

## CÁNCER INVASOR DEL CUELLO UTERINO

### A). Anatomía patológica :

#### Macroscopía :

- Lesiones exofíticas. Se originan habitualmente en el exocérnix creciendo hacia la cavidad vaginal en forma de coliflor, pudiendo alcanzar dimensiones de 10 cm. a más. El aspecto a la especuloscopia es el de una masa friable erosionada, habitualmente infectada, que sangra fácilmente al tacto (21).
- Lesiones endofíticas : Se originan habitualmente en el canal endocervical infiltrando el estroma, aumentando el diámetro cervical - transversal (21).
- Lesiones ulceradas : En esta forma el tumor va destruyendo el cuello uterino hasta hacerlo desaparecer, comprometiendo con frecuencia los fondos de sacos vaginales (21)

Existen 2 tipos principales de cáncer cervical :

1. Cáncer epidermoide o carcinoma de células pavimentosas.
2. Adenocarcinoma de cuello (cáncer de conducto cervical)

#### Microscopía :

**Carcinoma epidermoide o escamoso:** Aproximadamente el 93 % de los carcinomas de cuello uterino, corresponden al tipo epidermoide. Este tumor tiene su origen en la zona de transformación (escamo - columnar) que corresponde a una ectopía glandular que ha sufrido un proceso de metaplasia escamosa (21).

**Carcinoma microinvasor:** La Sociedad de Oncólogos, Ginecólogos de Estados Unidos de Norteamérica define a esta entidad como aquella en la cual el epitelio neoplásico invade el estroma en uno o más lugares hasta una profundidad de 3mm o menos por debajo de la membrana basal del epitelio y en la cual no se demuestra permeación tumoral de vasos linfáticos o sanguíneos (21).

**Carcinoma originado de la célula glandular columnar :**

La neoplasia maligna más frecuente originada en las células glandulares columnares es el adenocarcinoma.

Histológicamente varía desde el carcinoma in situ en la cual las características del epitelio endocervical se conservan, salvo en la presencia de mitosis y de núcleos grandes hipercromáticos, hasta las formas indiferenciadas, en las cuales es difícil reconocer la estructura glandular.

Es probable que esto se deba a una disminución de carcinoma epidermoide, fruto de la pesquisa y tratamiento de las lesiones preinvasoras y no a un aumento absoluto del adenocarcinoma.

Histológicamente varía desde el carcinoma in situ en la cual las características del epitelio endocervical se conservan.

**Carcinoma derivado de las células de reserva :**

Como su nombre lo indica aparentemente el origen de esta neoplasia está en las células de reserva de la membrana mucosa endocervical.

Por ser estas células totipotenciales, los tumores derivados de ellas pueden tener características morfológicas diferentes (21).

**Sarcomas y tumores metastásicos:**

Son de rara presentación.

**B) Cuadro clínico :**

**Carcinoma Microinvasor :** En una lesión asintomática el diagnóstico se sospecha por un examen citológico alterado con una colposcopia que confirman la existencia de una lesión o biopsia sugerente (21).

**Carcinoma Invasor :** No existen signos y síntomas patognomónicos de cáncer de cuello uterino. Mas aún cuando esa neoplasia se manifiesta clínicamente lo hace en general en forma tardía y por lo tanto cuando a alcanzado cierta magnitud, ya sea en tamaño, en extensión (21).

*La Hemorragia Genital es el síntoma más significativo y traduce rotura en la superficie epitelial, es decir, ulceración, desgraciadamente algunos tumores pueden invadir profundamente el cérvix y propagarse más allá de éste sin ulcerar la superficie y por lo tanto sin producir hemorragia genital (21).*

La Ginecorragia puede ser espontánea o suceder después del coito (sinusorragia) o de maniobra de aseo vaginal. Un hecho importante de considerar es la manifestación de este síntoma en la postmenopausia (21).

**El Flujo Vaginal** es otra manifestación clínica frecuente en el cáncer de cuello uterino, aunque muy inespecífica. Habitualmente el aspecto es fluido, blanquecino - amarillento o café, tiene generalmente mal olor debido a la necrosis tumoral y a la colonización del tumor por la flora saprofita vaginal, hecho que es más constante y frecuente en los tumores que contiene queratina en su epitelio (21).

**El Dolor** se presenta tardíamente y traduce habitualmente compromiso tumoral de la pared pelviana con invasión de los troncos nerviosos y del plexo sacro (21). Es habitualmente intenso y difícil de bloquear con el uso de analgésicos (21)

**Los Síntomas Urinarios** reflejan compromiso neoplásico de la vejiga. Puede haber alteración en la frecuencia miccional, disuria, hematuria, tenesmo, pérdida de orina por fistula urogenital. Sensación de molestia rectal.

**Uremia** (causa última de muerte).



#### **IV. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Los factores (inicio temprano de relaciones sexuales, multiplicidad de compañeros sexuales, baja escolaridad, mayor número de abortos y antecedente ginecológico) están asociados a la neoplasia cervical en mujeres en edad fértil en el Centro Materno Perinatal - Tarapoto.

#### **VARIABLES:**

- Variable Dependiente:

**Neoplasia Cervical**

- Variable Independiente:

**Factores Asociados**

## V. METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio epidemiológico, retrospectivo, analítico de corte transversal, que se realizó a las mujeres en edad fértil con diagnóstico de neoplasia cervical y/o cáncer, atendidas en el Centro Materno Perinatal Tarapoto durante el periodo de Enero 1998 - Diciembre 2000.

El diseño de contrastación fue de casos y controles, cuyas variables fueron llevadas a una tabla tetracórica de la siguiente manera:

### NEOPLASIA CERVICAL Y/O CANCER

F A C T O R	PRESENTE	AUSENTE
	(+)	(-)
PRESENTE (+)	a	b
AUSENTE (-)	c	d

Donde :

- a: Son las mujeres con el factor y con la neoplasia cervical.
- b: Son las mujeres con el factor y sin la neoplasia cervical.
- c: Son las mujeres sin el factor y con la neoplasia cervical
- d: Son las mujeres sin el factor y sin la neoplasia cervical.

Para la Razón de Posibilidad (ODDS RATIO), los datos fueron relacionados de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{O.R} = \frac{a \cdot d}{b \cdot c}$$

## UNIVERSO

El Universo estuvo constituido por todas las mujeres en edad fértil que se realizaron la prueba de Papanicolaou y/o biopsia en consultorio externo y las pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia con la enfermedad. (N = 3891)

## POBLACIÓN

Estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de neoplasia cervical y/o cáncer (n=35).

## MUESTRA

Estuvo constituida por el 100% de la población, descartando 10 historias clínicas por no contar con las variables principales para el estudio. La muestra estuvo conformada en 2 grupos: 25 casos de los cuales 19 son NIC y 6 cáncer epidermoide y 50 controles de pacientes con Papanicolaou negativo. Por cada caso se tomaron dos controles. El tipo de muestreo en los controles fue el aleatorio simple.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en edad fértil con diagnóstico de neoplasia cervical y/o cáncer a través del Papanicolaou o biopsia, atendidas en consultorio externo durante el período de estudio.
- Pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia que presentaron la enfermedad.

- Mujeres en edad fértil con Papanicolaou negativo.
- Pacientes con historias clínicas completas.

#### PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos se utilizó el formato de investigación diseñado para el estudio recolectando la información de los registros de citología exfoliativa, libro de ingresos – egresos, registro de pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco – obstetricia y las historias clínicas.

#### TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la tabulación y análisis de datos se empleó la estadística descriptiva e inferencial , cuyos datos fueron codificados, tabulados, analizados y procesados a través del paquete estadístico Epi – Info 6.04.

Con el fin de determinar los factores asociados a neoplasia cervical en mujeres en edad fértil, se utilizó la prueba de ODDS RATIO y Chi cuadrado ( $X^2$ ) con la corrección de Yates, aceptando un valor de significancia no menor de 95% (IC = 95%;  $p < 0.05$ ) cuyos resultados fueron vaciados en los cuadros y gráficos respectivos.

## VI. RESULTADOS

### CUADRO N° 1

#### FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

CLASIFICACIÓN	N°	%	INCIDENCIA A x 1000
NIC I	04	16	1.03
NIC II	02	08	0.52
NIC III	10	40	2.58
NIC ASOCIADO A GESTACIÓN	03	12	0.77
CARCINOMA EPIDERMOIDE	06	24	1.55
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>6.45</b>

El cuadro número 1 nos demuestra la frecuencia e incidencia de neoplasia cervical intraepitelial (NIC), ocurrido en el Centro Materno Perinatal - Tarapoto. Enero 1998 - 2000, en el que se encontró 04 casos de NIC I, 02 casos de NIC II, 10 casos de NIC III, 03 casos de NIC asociado a gestación y 06 casos de carcinoma epidermoide.

Observamos que existe una alta frecuencia de neoplasia (76%) en comparación con el grupo de carcinoma (24%).

La incidencia encontrada de neoplasia cervical es de 6.45 x 1,000 mujeres en edad fértil.

**CUADRO N° 2**

**FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL :  
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR	IC (95%)	X <sup>2</sup> p < 0.05
<b>EDAD (años)</b>						
40 - 49	05 ***	09	14	1.36	0.30-6.03	0.89635514
< 30	11 *	27	38	1.58	0.46-2.47	0.58939903
30 - 39	09 **	14	23			
X = 33.1		X = 28.9				
R : 19 - 49		R : 16 - 49				
<b>GRADO INSTRUCCIÓN</b>						
Analfabeta y/o Primaria	15	15	30	3.50	1.14-1.90	0.02444845
Secundaria y/o Superior	10	35	45			
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltera	05	06	11	1.83	0.41 - 8.04	0.56394529
Casada y/o Conviviente	20	44	64			
<b>PROCEDECENCIA</b>						
Rural y/o Urbano Marg.	13	18	31	1.93	0.65 - 5.78	0.28114116
Urbano	12	32	44			

- \* 10 Casos de NIC – 01 Caso de Cáncer
- \*\* 05 Casos de Neoplasia – 04 Casos de Cáncer
- \*\*\* 04 Casos de NIC – 01 Caso de Cáncer<sup>oo</sup>

**EDAD:** Se observa que la edad no tiene asociación estadística con la neoplasia. ( IC 95% y p > 0.05)

La edad promedio de las pacientes que presentaron la enfermedad es de 33.1 años con un rango de 19 – 49 años y la edad promedio del grupo control es de 28.9 años con un rango de 16 – 49 años.

**GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Demostramos que las pacientes analfabetas o que cursaron primaria presentan 3.5 veces mayor riesgo de hacer la

neoplasia ( IC 1.14 - 1.90 y  $p < 0.05$ ) en comparación con aquellas pacientes que cursaron secundaria y/o superior.

**ESTADO CIVIL :** Se observa que esta variable no constituye un factor asociado a la neoplasia cervical por no tener vinculación estadística a la enfermedad. ( IC 95% y  $p > 0.05$ )

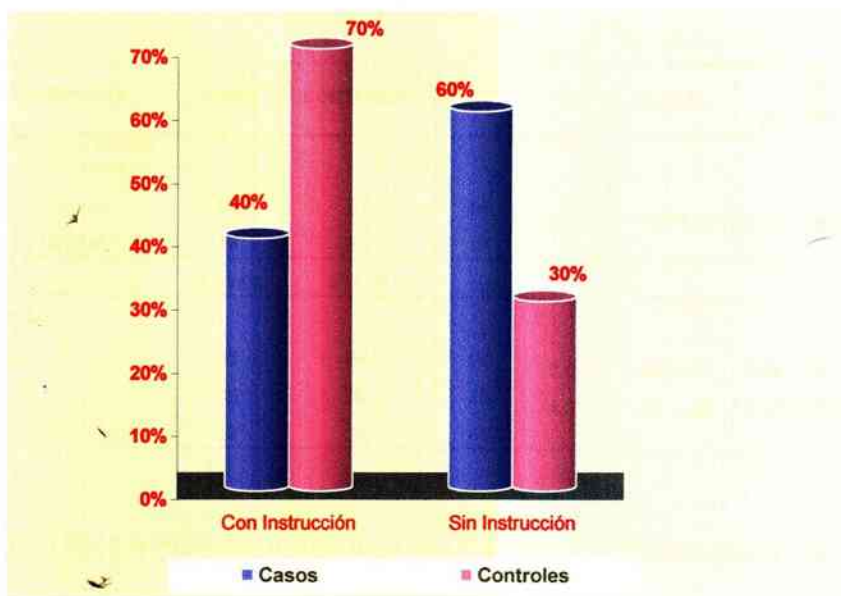
Existe un mayor número de pacientes casadas y/o convivientes que presentaron la enfermedad en comparación con las solteras.

**PROCÉDENCIA :** La procedencia no se considera factor asociado por no tener asociación estadística con la neoplasia. ( IC 95% y  $p > 0.05$ )

Observamos que el mayor número de pacientes proceden de la zona urbana.

GRÁFICO N° 01

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



El grupo sin instrucción estuvo conformado por las pacientes analfabetas o con estudios primarios, y las pacientes con estudios secundarios y/o superior pertenecieron al grupo con instrucción.

En nuestro estudio se encontró que el 60% de pacientes con neoplasia cervical no tuvieron instrucción y el 40% si lo tuvieron. Mientras que en el grupo control las cifras fueron de 30% y 70% respectivamente.



**CUADRO N° 3**

**FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL: VARIABLES  
RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL**

VARIABLES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR	IC (95%)	$\chi^2$ p < 0.05
EDAD EN LA PRIMERA RELACION COITAL						
> 19 años	01	07	08	3.91	1.43- 3.11	0.03545875
< 19 años	24	43	67			
	X = 15.5	X = 15.4				
ANDRÍA						
> 5	03	04	07	5.00	1.52- 4.91	0.02351955
1	03	20	23	4.87	1.11- 4.42	0.03082080
2- 5	19	26	45			

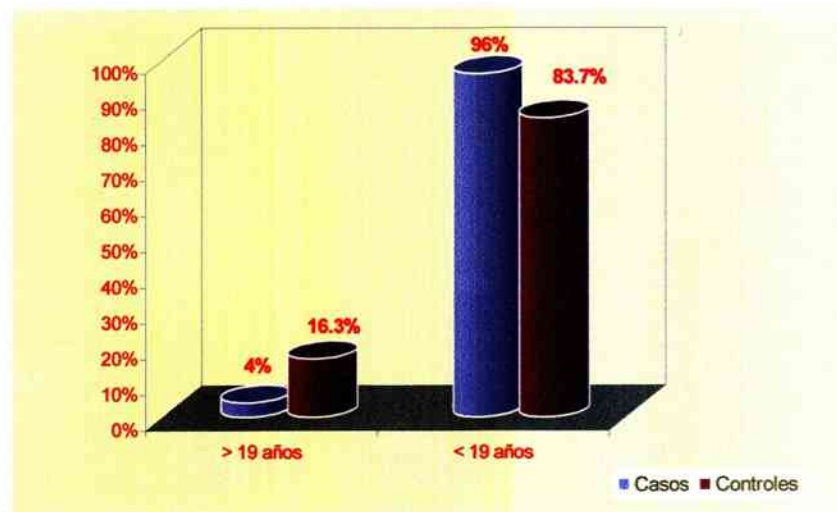
**EDAD EN LA PRIMERA RELACION COITAL:** Se evidencia que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15.5 y 15.4 de los casos y controles respectivamente. Las pacientes que iniciaron sus relaciones coitales antes de los 19 años presentaron 3.91 veces mayor riesgo de hacer la neoplasia (IC 1.43 – 3.11 y p < 0.05), en comparación con aquellas pacientes que iniciaron sus relaciones coitales después de los 19 años.

Quiere decir que el inicio temprano de relaciones coitales es un factor asociado a la neoplasia cervical.

ANDRÍA : Demostramos que las pacientes que tienen dos o más compañeros sexuales presentan 5 veces el riesgo de hacer la enfermedad ( IC 95% y  $p < 0.05$ ) en comparación con aquellas que tuvieron un compañero sexual. Esto significa que la multiplicidad de compañeros sexuales es un factor asociado a la neoplasia cervical.

GRÁFICO N° 02

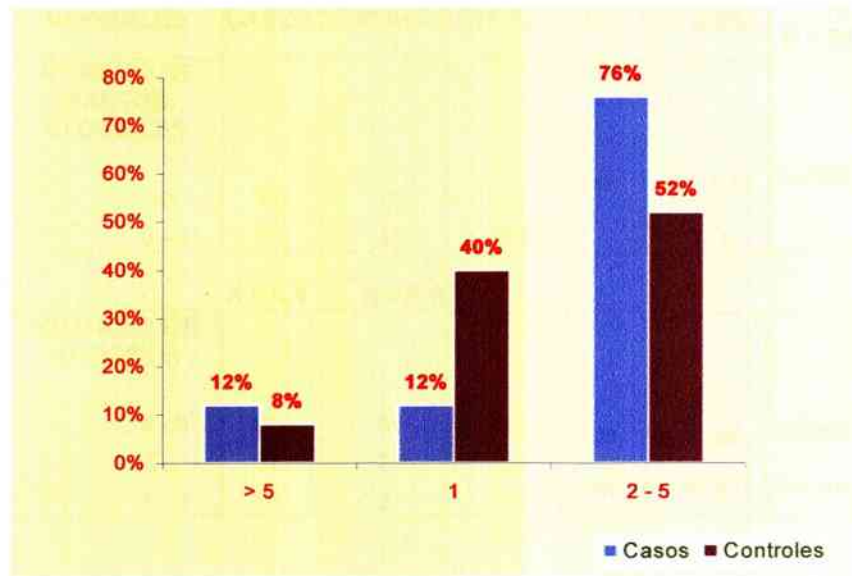
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD EN LA PRIMERA  
RELACIÓN COITAL.**



Se observó que la mayoría de pacientes iniciaron sus relaciones coitales antes de los 19 años de edad; tanto en el grupo control como en las pacientes con neoplasia cervical ( 83.7% y 96% respectivamente).

**GRÁFICO N° 03**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANDRÍA**



Los hallazgos sobre la Andría en las pacientes con neoplasia cervical mostraron que el 12% (03) tuvieron sólo una pareja, el 76% (19) tuvo de dos a cinco, y el 12% reportó más de cinco parejas sexuales. En el grupo control las cifras variaron discretamente 40, 52 y 8% respectivamente.

**CUADRO N° 4**

**FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL: VARIABLES  
RELACIONADAS CON LA HISTORIA REPRODUCTIVA**

VARIABLES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR	IC (95%)	$\chi^2$ P < 0.05
<b>NÚMERO DE PARTOS VAGINALES</b>						
> 3	12	15	27	2.15	0.71 - 6.60	0.20203475
0 - 3	13	35	48			
$\bar{X} = 3.4$ $\bar{X} = 2.9$						
<b>NÚMERO DE ABORTOS</b>						
4 - 6	02	01	03	6.29	1.35-2.67	0.03760398
0	07	22	29			
1 - 3	16	27	43	1.86	0.56 - 6.16	0.38333808

**NÚMERO DE PARTOS VAGINALES :** La multiparidad no constituyó un factor asociado a la neoplasia cervical por no presentar significancia estadística (IC 95% y p > 0.05).

La media del número de partos vaginales para los casos y los controles es de 3.4 y 2.9 hijos respectivamente.

**NÚMERO DE ABORTOS :** Las pacientes que presentaron entre 4 y 6 abortos tienen un riesgo de 6.29 veces mayor riesgo de hacer la

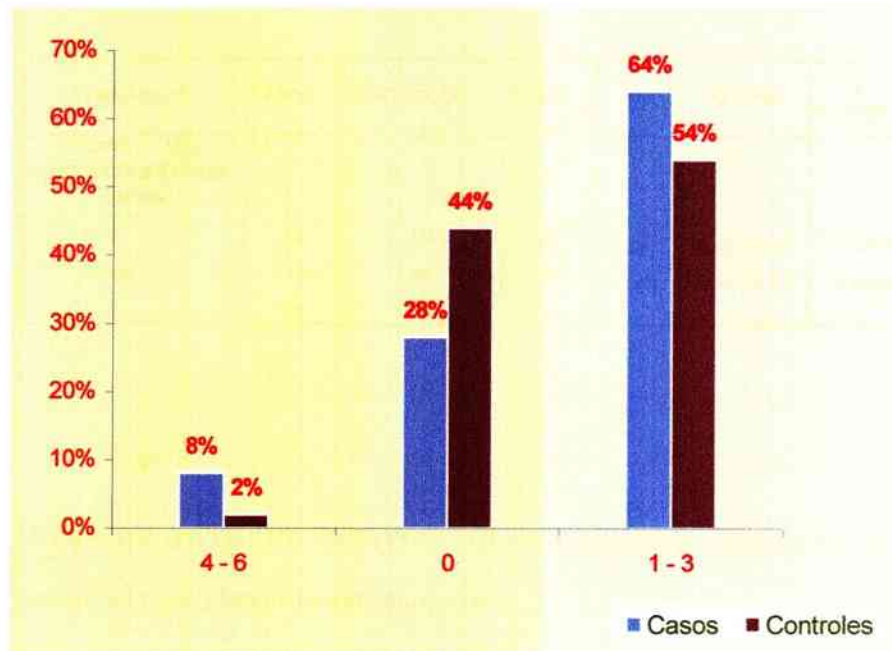
enfermedad ( IC 1.35 – 2.67 y  $p < 0.05$ ), en comparación con aquellas pacientes que no tuvieron abortos.

Significa, que el mayor número de abortos presenta asociación estadística, por lo tanto, constituye un factor asociado a la neoplasia.

,

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE ABORTOS



Las pacientes con neoplasia cervical que presentaron entre 4 – 6 abortos representó el 8%, el 64% presentó de 1 a 3 y el 28% reportó no tener ningún antecedente de aborto. En el grupo control el 2% tuvo de 4 – 6 abortos, el 54% de uno a tres y el 44% reportó no tenerlo.

**CUADRO N° 5**

**FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL : OTRAS  
VARIABLES**

VARIABLES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR	IC (95%)	X <sup>2</sup> P < 0.05
<b>TOMA DE ANTICONCEPTIVOS (años)</b>						
4 - 6	01	01	02	2.26	0.00- 90.05	0.84637650
Nunca	19	43	62	1.89	0.42 - 8.33	0.53832071
1 - 3	05	06	11			

**TOMA DE ANTICONCEPTIVOS :** Observamos que la mayoría de las pacientes nunca tomaron anticonceptivos.

No constituye un factor asociado a la neoplasia cervical ya que no presentó vinculación estadística ( IC 95% y  $p > 0.05$  ).



CUADRO N° 6

FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL:  
ANTECEDENTE GINECOLÓGICO

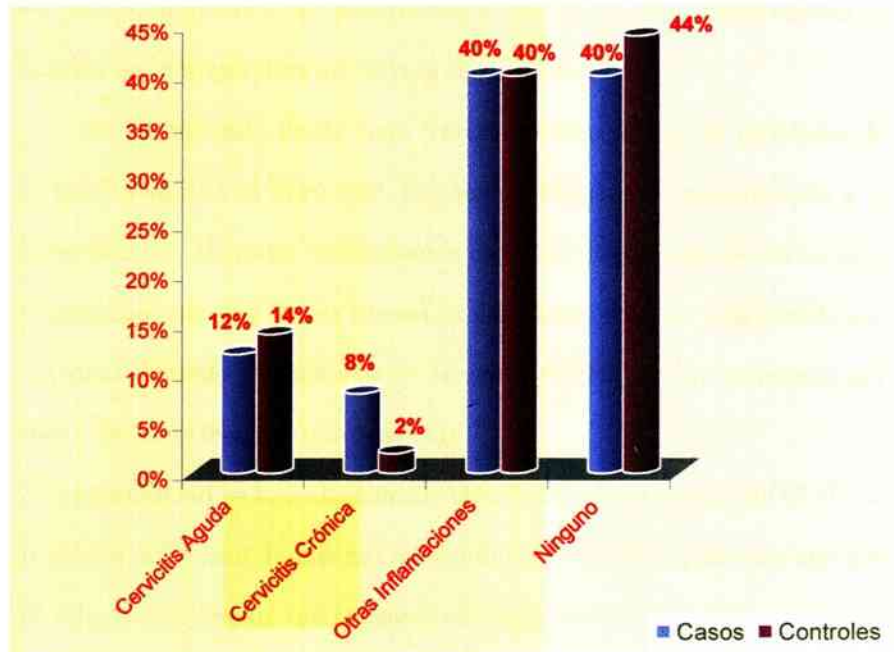
ANTECEDENTE GINECOLÓGICO	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR	IC (95%)	$\chi^2$ $p < 0.05$
Cervicitis Aguda	03	07	10	0.94	0.15 - 5.52	0.75109477
Cervicitis Crónica	02	01	03	4.40	1.26-2.53	0.04487119
Otras Inflammaciones	10	20	30	1.10	0.33 - 3.68	0.92316124
Ninguna	10	22	32			

ANTECEDENTE GINECOLÓGICO : Las pacientes que presentaron el antecedente ginecológico (cervicitis crónica) presentan 4.40 veces el riesgo de hacer la neoplasia ( OR: 4.40, IC 95%,  $p < 0.05$ ) en comparación con aquellas pacientes que no presentaron el antecedente.

Demostramos que el antecedente ginecológico es un factor asociado a la neoplasia cervical.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE GINECOLÓGICO



Según los antecedentes ginecológicos, se encontró que el 12% de los casos reportó cervicitis aguda, el 8% cervicitis crónica, el 40% mencionó otras inflamaciones y el 40% no tuvo ningún antecedente. En el grupo control el 14% tuvieron cervicitis aguda, el 2% cervicitis crónica, el 40% otras inflamaciones y el 44% no tuvo ninguna patología previa.

## VII. DISCUSIÓN

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en todo el mundo(11). Es posiblemente una de las principales causas de muerte en la mujer durante la vida reproductiva (29).

Es considerado desde hace varias décadas como un problema de Salud Pública en el Perú (24). Las investigaciones se han abocado a la búsqueda de la causa, siendo recién cerca de 10 años que se ha logrado determinar que una de las causas es infecciosa, estando relacionado con un virus llamado Papilomavirus Humano (PVH), que se transmite por medio de las relaciones sexuales (24).

En la actualidad se han identificado más de 20 tipos distintos de PVH que tienen la capacidad de infectar los genitales femeninos; pero solo algunos de ellos se relacionan con el cáncer de cuello uterino, siendo los de mayor riesgo neoplásico los sub – tipos 16 y 18.(24).

Nuestro estudio no enfatizó al PVH como factor asociado a la neoplasia cervical porque el Centro Materno Perinatal no está estudiando la búsqueda del papilomavirus.

La presente investigación trabajó con 25 casos de neoplasia cervical y/o cáncer y con 50 controles, muestra aceptada por la literatura para hacer el cruce de variables y obtener la razón de posibilidad (ODDS RATIO) (22).

Encontramos 19 casos de neoplasia (76%) y 6 casos de carcinoma epidermoide (24%), semejantes resultados fueron reportados por los trabajos de Chuquizuta en el distrito de Morales (4); Casquero en el Hospital Princess Margaret de las Bahamas y en 28 estados de México (2) y Jiménez en el Hospital Inmaculada Concepción de República Dominicana (4), predominando la alta frecuencia de neoplasia cervical. Dentro del ámbito de la amazonía peruana, Chumbe (3) encontró en el Hospital Regional del Amazonas 12 casos de displasia cervical (26.7%) y 33 casos de carcinoma (73.3%); resultados que superan la frecuencia de carcinoma de nuestro estudio.

Nuestra frecuencia encontrada de neoplasia cervical es superior a lo encontrado en el Hospital ESSALUD Tarapoto (10). La causa podría deberse a que mayor número de mujeres con esta patología son captadas por los diferentes Postas y Centros de Salud del Departamento y referidas al Centro Materno Perinatal.

El cáncer invasor de cuello uterino es relativamente raro durante el embarazo (15). Se estima que aproximadamente 1 de cada 34 casos de cáncer invasor de cuello uterino está relacionado con el embarazo (15). El embarazo se relaciona con cambios cervicales debido a la elevación de los niveles de estrógeno. Hay un aumento en el volumen cervical a través de la hipertrofia glandular donde el canal endocervical ejerce eversión hacia el ectocérvix. Este proceso fisiológico ocasiona que la metaplasia escamosa progrese, desapareciendo en el periodo post - parto (15).

En nuestro estudio la frecuencia de neoplasia cervical asociado a gestación es de 12 %, frecuencia ligeramente menor a lo reportado por Chumbe (3) en el Hospital Regional del Amazonas - 13.3% - y una frecuencia mayor con lo encontrado en el distrito de Morales 8.3% (4)

Un porcentaje considerable de exámenes de Papanicolaou se realiza en mujeres jóvenes, predominando en esta población las lesiones de bajo grado, descuidándose la población en mayor riesgo que se encuentra encima de los 30 años (24).

Nuestro estudio demuestra que las pacientes mayores de 30 años no presentan asociación estadística a la neoplasia cervical, por lo tanto no se considera como el grupo de mayor riesgo.

El promedio de edad para los casos es de 33.1 años. Por otro lado llama la atención que la edad mínima encontrada en pacientes con la neoplasia fue de 19 años, posiblemente exista un factor genético que influya en la enfermedad.

Castellano encontró que la mayor incidencia para la displasia se encuentra entre los 30 y 44 años y la menor incidencia entre los 20 y 24 años. Bonilla observó que el promedio de edad del carcinoma in situ de localización ecto cervical fue de 40.14 años, frente a la media de 48.54 años que presentan los casos de localización endocervicalmente (4). Chumbe (3) y Chuquizuta (4) encontraron un promedio de edad para hacer la enfermedad de 42.9 y 35.05 años respectivamente.

Una recomendación dada por la Organización Mundial de la Salud es que debe focalizarse el tamizaje en la población femenina entre los 30 y 50 años. (24).

La escolaridad de las mujeres puede considerarse un elemento decisivo para determinar grupos de riesgo con respecto a cáncer de cuello uterino (2). El analfabetismo y la escasa instrucción son parámetros que caracterizan a la pobreza (2). Las deficiencias culturales y la carencia de hábitos prolijos de higiene personal en ambos miembros de una pareja, constituyen un factor etiológico coadyuvante de importancia en la aparición del cáncer cérvico – uterino (21).

La baja escolaridad muestra una asociación directa con el desconocimiento de la función de la prueba de Papanicolaou (2).

Nuestro estudio demuestra que la baja escolaridad es un factor asociado a la neoplasia cervical (IC 95% y  $p < 0.05$ ), encontrando un 60% de pacientes con bajo grado de instrucción; nuestro resultados es apoyada por la literatura (19, 21) y por diversos estudios: Uno realizado en Quito (1985 – 1994), encontró que de 1884 mujeres que presentaron cáncer de cuello uterino, 63.7% fueron analfabetas o habían cursado primaria (2); Chuquizuta en 12 casos de neoplasia cervical encontró que el 83.4% presentaban bajo nivel educativo (4), Chumbe en 45 enfermas de neoplasia cervical encontró el 73.5% con bajo nivel educativo (3).

La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (2000) en 725 mujeres encontraron que uno de los principales factores asociados a la

neoplasia fue la mayor frecuencia de soltería (57.8%) (18). Doménico Rigone – Stern, refiere que la mayor incidencia de cáncer se da en mujeres casadas (19).

En nuestro estudio no consideramos al estado civil como factor asociado a la enfermedad por tener insignificancia estadística.

El cáncer cérvico uterino alcanza su más alta prevalencia en los grupos humanos marginados de los adelantos de la urbanización quienes viven en malas condiciones sanitarias y por su escasa integración socio cultural, no aprovechan los recursos de salud (21).

En la presente investigación la procedencia no tiene asociación estadística a la neoplasia, por lo tanto no es un factor asociado a la enfermedad.

Discrepamos con un estudio realizado en el Hospital Regional del Amazonas, donde de 45 enfermas con la neoplasia cervical, 43 procedían de la zona rural y/o urbano marginal (3), considerándose a la procedencia como factor de riesgo para hacer la enfermedad. Castellano reporta que la residencia urbana es un factor asociado a la neoplasia cervical debido a que las mujeres de la zona rural son más conservadoras(4).

El ectocérvix se encuentra cubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, el endocérvix se encuentra cubierto por Epitelio Cilíndrico con glándulas (columnar). Existe una línea en la cual estos dos epitelios se encuentran, llamándose a esto unión escamo columnar (24).

Durante la adolescencia se produce la migración de la unión escamocolumnar hacia el endocérnix, mediante un proceso de metaplasia epitelial. En este proceso, el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado y da origen a la llamada zona de transformación, donde se localizan la mayor parte de las neoplasias del cuello uterino. El cérnix de la adolescente es particularmente susceptible a los agente carcinógenos relacionados con el coito(28).

En cuanto al inicio de relaciones coitales, se encontró que las pacientes que iniciaron sus relaciones antes de los 19 años presentan 3.91 veces mayor riesgo para hacer la enfermedad (IC 95%,  $p < 0.05$ ), en comparación con aquellas que iniciaron después de los 19 años; concordamos con otros estudios (2,18, 19, 21, 28).

Un estudio realizado en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa (1994 – 1997) en 438 pacientes con neoplasia cervical encontraron que el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años fue uno de los principales factores de riesgo por tener un Odds Ratio significativo (28).

La edad promedio que encontramos del inicio de relaciones coitales fue de 15.5 años; Chumbe, Chuquizuta, Bonilla y Jiménez encontraron una edad promedio de 16.0, 16.8, 17 y 15.5 años respectivamente (3,4).

El riesgo de cáncer cervical aumenta con el número de compañeros sexuales (21). Se ha observado que algunas proteínas básicas de semen humano puede alterar las células epiteliales y sub epiteliales del cérnix e inducir su transformación neoplásica (11).



Nuestro estudio demuestra que la multiplicidad de compañeros sexuales es un factor asociado a la neoplasia por tener significancia estadística (IC 95% y  $p < 0.05$ ); concordando con otros estudios (4, 18, 19, 21).

Estudios recientes asocian la paridad como factor de riesgo, bien por el traumatismo producido o porque el embarazo provoca un estado de inmuno supresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos (11).

El fenómeno de desplazamiento de la unión escamocolumnar se llama ectropión, esto aumenta aún más con el embarazo y los partos vaginales (24).

En cuanto al número de partos vaginales, encontramos que las pacientes que tienen más de 3 hijos no presentan asociación estadística a la neoplasia, es decir no es un factor de riesgo para hacer la enfermedad.

Concordamos con investigaciones de años atrás donde descartaron la paridad como factor de riesgo porque las asociaciones se atribuían a los aspectos relacionados con la actividad sexual (30).

Discrepamos con Muñoz que llevó a cabo en España y Colombia un estudio de 525 casos de NIC III, comparándoles con 512 controles, encontrando que la multiparidad era uno de los principales factores asociados (18), resultados similares se encontraron en otros estudios (2, 3, 4, 19).

En modelos animales se ha observado que las heridas pueden estimular la carcinogénesis y favorecer el acceso de agentes infecciosos,

como el Papilomavirus, a las capas basales de los epitelios, porque la cicatrización aumenta el flujo sanguíneo local y acelera la multiplicación de los virus(11).

El mayor número de abortos fue un factor asociado a la neoplasia cervical, encontrando que las pacientes que presentaron más de 3 abortos tuvieron 6.29 veces el riesgo para hacer la enfermedad (IC 95% y  $p < 0.05$ ). Esto concuerda con Chuquizuta, donde encontró que el número de abortos influye directamente con la presencia de neoplasia cervical (4).

Un reciente estudio de casos y controles demuestra que el número de abortos antes de el primer parto fue un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino (19).

No concordamos con el estudio realizado en el Hospital Regional del Amazonas en relación al número de abortos, porque su riesgo relativo no fue significativo(3). Berget concluye que no existe relación entre el riesgo de neoplasia y la presencia de abortos (4).

Durante los últimos 18 años los investigadores médicos han centrado su atención en mujeres que usan la píldora. Los resultados de un estudio realizado por científicos del Instituto Nacional del Cáncer y otro centro de cáncer apoyan la relación entre el uso extensivo de la píldora (cinco o más años) y el ligero aumento de riesgo de cáncer del cuello uterino (11, 17). Sin embargo, la naturaleza exacta de esta asociación no está clara todavía.

El ectropión se caracteriza por la presencia del epitelio columnar en la superficie del ectocérvix. Este proceso se estimula por agentes como los anticonceptivos orales (24).

En cuanto al uso de anticonceptivos orales y el tiempo de toma no constituye un factor de riesgo a la neoplasia por presentar insignificancia estadística. No concordamos con un estudio de casos y controles realizado en el Hospital de Brasil, en 199 casos de cáncer de cuello uterino, se identificó como un factor asociado al uso prolongado de anticonceptivos orales (2).

Concordamos con Chumbe (3) y Chuquizuta (4) donde encontraron que el uso de anticonceptivos orales y su tiempo de toma no tenían asociación con la neoplasia cervical.

La metaplasia escamosa es un proceso fisiológico mediante el cual, las células del epitelio columnar son reemplazadas paulatinamente por epitelio escamoso. Este proceso se va incrementando en casos de infección , cervicitis, etc. (24).

En cuanto al antecedente ginecológico (cervicitis ) constituye un factor de riesgo asociado a la neoplasia cervical por presentar un Odds Ratio con significancia estadística (IC 95% y  $p < 0.05$ ). Esto se sustenta en dos estudios: Un estudio realizado en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa encontraron que el antecedente de enfermedad de transmisión sexual, constituyó un factor de riesgo por tener un Odds Ratio significativo (28); otro estudio de casos y controles se realizó en Estados

Unidos (Maryland) con 101 casos y 396 controles encontraron que el haber tenido enfermedad de transmisión sexual fue un factor que se asoció en forma significativa con el cáncer de cuello uterino (2).

La citología exfoliativa introducida por George Papanicolaou en 1943 ha resultado ser el método de detección precoz de cáncer cérvico uterino que mayor difusión ha tenido en los programas de control de cáncer.(19) Las lesiones precursoras y los cánceres iniciales son las lesiones que deben de diagnosticarse con el Papanicolaou ya que son 100% curables (13).

Algunos cofactores como el uso del tabaco, déficit nutricional, función inmunológica, etc., no lo consideramos como variables para el presente estudio porque el Centro Materno Perinatal no realiza pruebas específicas para identificar algunas de ellas.

El fácil acceso al cuello uterino ha permitido estudiar directamente al órgano, siendo en la actualidad una de las neoplasias mejor conocidas, determinándose los diferentes pasos de la historia natural de esta enfermedad (24). Esto nos permite concluir que el cáncer de cérvix puede ser fácil de prevenir mediante la identificación y tratamiento de las mujeres con lesiones pre cancerosas de cuello uterino.

## VIII. CONCLUSIONES

1. El presente estudio encontró una elevada frecuencia de neoplasia cervical (76%) y una baja frecuencia de carcinoma epidermoide (24%), siendo resultados similares a otras investigaciones.
2. La incidencia de neoplasia cervical encontrada es de 6.45 por cada 1000 mujeres en edad fértil.
3. El inicio temprano de relaciones coitales tiene asociación estadística a la neoplasia cervical, por lo tanto es un factor asociado, siendo la edad promedio de inicio de relaciones de 15.5 años.
4. Las pacientes que tuvieron 2 o más compañeros sexuales presentaron asociación estadística a la neoplasia, es decir, es un factor asociado a la enfermedad.
5. Las pacientes analfabetas o que cursaron primaria presentan asociación estadística a la neoplasia, por lo tanto es un factor asociado a la enfermedad.
6. Las pacientes que presentaron entre 4 y 6 abortos constituyen estadísticamente un factor asociado a la enfermedad.
7. El antecedente ginecológico (cervicitis) es un factor asociado a neoplasia por presentar un ODDS RATIO significativo, con significancia estadística.

8. La procedencia, estado civil, toma de anticonceptivos y la multiparidad no son factores asociados por no tener asociación estadística a la neoplasia.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Impulsar el programa de Información, Educación y Comunicación del Sector Salud a fin de informar sobre la magnitud del daño, curso de la enfermedad, los procedimientos para la prevención, con la finalidad de aumentar hábitos y conductas saludables en Salud Sexual y Reproductiva.
2. Brindar orientación y consejería sobre la información exacta, completa y al día del proceso de desarrollo de cáncer de cuello uterino, enfatizando los factores asociados encontrados en la presente investigación.
3. Lograr una adecuada coordinación y comunicación con la comunidad, para que las mujeres que componen el grupo de riesgo participen en las actividades de detección.
4. Realizar la detección temprana de cáncer de cuello uterino mediante el examen de Papanicolaou, priorizando el grupo de mujeres de 25 – 30 años, tanto de la zona urbana como rural.
5. Elaborar un buen registro de datos para facilitar las investigaciones científicas relacionadas con la neoplasia cervical.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASQUERO, José. "Detección de antígenos de agentes virales asociados al cáncer cervical y precursores". Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 44(1): 29. 1998.
- ↓  
(4) 2. C. ROBLES Silvia. "Tamizaje del Cáncer de cuello uterino", "Programa de control del cáncer de cuello uterino en el Perú", "Tendencia de la mortalidad de cáncer de cuello uterino en las Américas". Boletín de la OSP. 121(6): 480, 608, 473 - 474. 1996.
3. CHUMBE, Rosana. "Neoplasias del cuello uterino en pacientes Gineco-Obstétricas : Factores de riesgo. Hospital Regional del Amazonas - Iquitos. Enero - Diciembre 1991". Tesis de Bachiller. Universidad Nacional de San Martín.
4. CHUQUIZUTA, Inés. "Factores de riesgo materno asociado a displasia cervical en mujeres del distrito de Morales. Periodo Enero 1994 - Diciembre 1996". Tesis de bachiller. Universidad Nacional de San Martín.
- (5) 5. DIRECCION REGIONAL DE SALUD S. M "División de Laboratorio de citología" : DISA-SM.CCET, Estadística de la DIRES, 1994 - 2000.
6. DORLAND. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Editorial Mediterráneo; pág. 269,511,1170,1286. España. 1992.



7. ESPINOZA, Miguel. "Situación Actual del Cáncer de Cuello Uterino", Desafío en el manejo de LIE del cuello uterino. 1999
8. FIORELLI, S . Complicaciones Médicas en el Embarazo. Editorial Interamericana, pág. 381-382, México. 1996.
9. GUERRA C. "Vacuna contra el cáncer cervical en el siglo XXI", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 117 (4): 340. 1994.
10. HOSPITAL ESSALUD. TARAPOTO. Libro de Registro de detección de cáncer uterino. Programa de Salud Reproductiva, 1999-2000.
11. <http://www.buscasalud.com>
- (10) 12. <http://www.diariomedico.com/ginecologia/n120399.html> # TOP "Virus del papiloma y displasia de cuello uterino"
- (12) 13. <http://www.histolab.com.mx/pap.html> "Cómo prevenir el cáncer del cuello de la matriz".
14. JERÓNIMO, José. "Registro de cáncer de Lima Metropolitana 90 - 93", Cáncer de cuello uterino.
15. JOSEPH, Connor. "Cáncer que complica el embarazo". Obstetricia y Clínica de Ginecología. 25(2) :1-5. 1998.
16. LOOMIS, Greg. "OMS emite informe sobre cáncer cervical", El Hospital 53 (4) : 86. 1997
17. MAC DONALD, Paul y otros. Williams Obstetricia. 20ava edición. Editorial. Panamericana. Argentina. 1998.

18. MARADIEGUE, Eduardo. "Prevalencia y factores asociados al Papanicolaou positivo en poblaciones rurales del Perú", Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 46 (1):17-25. 2000.
19. PACHECO, José. 1999. Ginecología y Obstetricia Editorial : MAD Corp, pág. 31, 715, Perú.
20. PARRA, Jorge.: MINSA Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico del Cuello Uterino y Mama. Pág. 6, 8. 1998-2000.
21. PEREZ, Alfredo : Ginecología. Edit. Mediterraneo; pág. 261-265; 274 - 281. Santiago de Chile.1995.
22. PINEDA, Elia. OPS-OMS. Metodología de la investigación. Washington. 1994.
23. PROYECTO TATI : Proyecto de Apoyo al Plan Nacional de Control de Cáncer Cérvico Uterino en el Perú.2000.
24. PROYECTO TATI : Tamizaje y tratamiento inmediato de lesiones pre- invasivas del cuello uterino. Región San Martín - Perú (OPS-MINSA). (2)
25. PSCHYREMBEL. 1988. Diccionario de ginecología y Obstetricia. Editorial Walter de Gruyter; pág. 33, 179. Berlín
26. S. BEREK, Jonathan. Ginecología de Novak. Editorial Interamericana; 12va. Edición; pág.53. México.1996.
27. SCHWARCZ, Ricardo.1995: Obstetricia. Editorial El Ateneo; pág.

335. Argentina.

(3) 28. TAVARA, Luis. "Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino",  
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 43 (2): 107 -  
109. 1997.

29. TAVARA, Luis. "Evaluación de la citología cérvico - vaginal y la  
colposcopia como método diagnóstico en la neoplasia  
intraepitelial cervical", Sociedad Peruana de Obstetricia y  
Ginecología. 43 (3): 249. 1997.

## XI. ANEXOS

### FORMATO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: "FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA CERVICAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL-TARAPOTO- ENERO 1998- DICIEMBRE 2000"

FECHA..... HC..... N° pac.....

1. EDAD

< 30()      30 a 39()      40 a 49()

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN :

Analfabeta()    Primaria()    Secundaria()    Superior()

3. ESTADO CIVIL :

Soltera ( )    Casada ( )    Conviviente ( )    Otro()

4. PROCEDENCIA :

Urbano()    Rural()    Urbano Marginal()

5. GESTANTE :

Sí()    No()

6. N° de ABORTOS :

0 ( )      1 - 3 ( )      4 - 6 ( )

7. N° DE HIJOS NACIDOS DE PARTO VAGINAL :

0 - 3 ( )      >3 ( )

8. TOMA PÍLDORA : (años)

Nunca()      1 - 3 ( )      4 - 6 ( )

9. I.R.S :

<14()      14 – 15()      16 – 19()      >19()

10. ANDRIA :

1()      2 –5()      >5()

11. ANTECEDENTE DE PAP :

Sí()      No()

12. ANTECEDENTE GINECOLÓGICO :

Cervicitis aguda()    Cervicitis crónica()    Otros()    Ninguno ()

13. RESULTADOS DE PAP A :

NIC I()      NIC II()      NIC III()      CIL()    CIM()    CIS ()

Cáncer()    Negativo()

14. RESULTADO DE PAP B :

Gardnerella()    Trichomoniasis()    Papiloma()    Inespecífico()

15. TRATAMIENTO :

Médico()    Histerectomía()    Cauterización()    Crioterapia()    Otros()

16. TRATAMIENTO MÉDICO A :

Antibióticos :

Tetraciclinas()    Quinolonas()    Nitroimidazoles()    Otros()

Tiempo de uso de los Antibióticos (meses)

<3()      >3()

17. TRATAMIENTO MÉDICO B :

Óvulos : Metronidazol( )      Clindamicina( )      Policresuleno( )

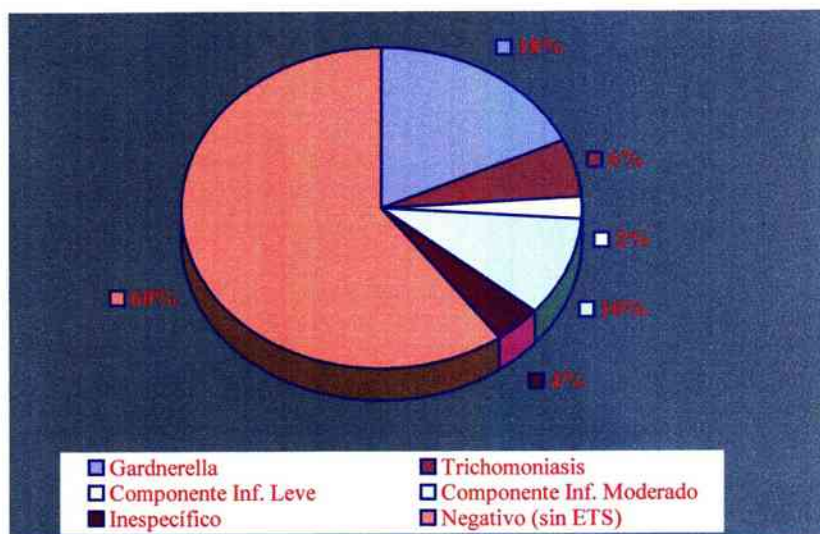
Otros( )

Cantidad de óvulos: 1- 10( )      11- 19( )      >20( )

Bach. en Obst.: YMELDA ZELADA MORI  
UNSM. F. C. S - C. P. O  
INVESTIGADORA

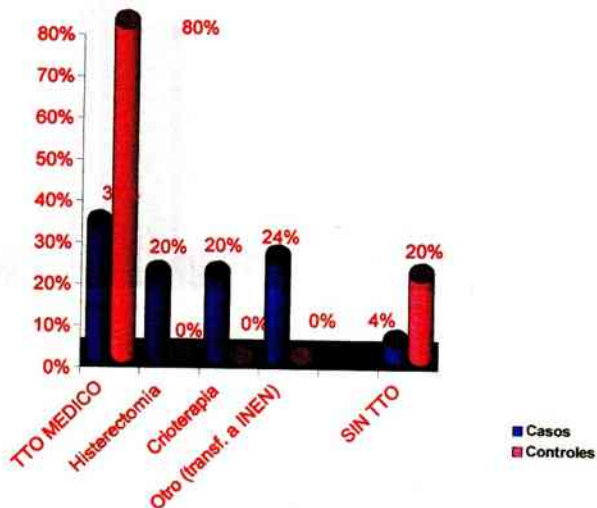
GRÁFICO N° 06

RESULTADOS DE PAPANICOLAOU DEL GRUPO CONTROL



El presente gráfico nos muestra los resultados de Papanicolaou obtenidos en el grupo control (50 testigos). De los 50 Papanicolaou negativos se encontró: 09 casos de Gardnerella, 03 casos de Trichomoniasis; 01 caso de Componente Inflamatorio Leve; 05 casos de Componente Inflamatorio moderado; 02 casos de resultado inespecífico y 30 casos de Papanicolaou negativo, sin enfermedad de transmisión sexual.

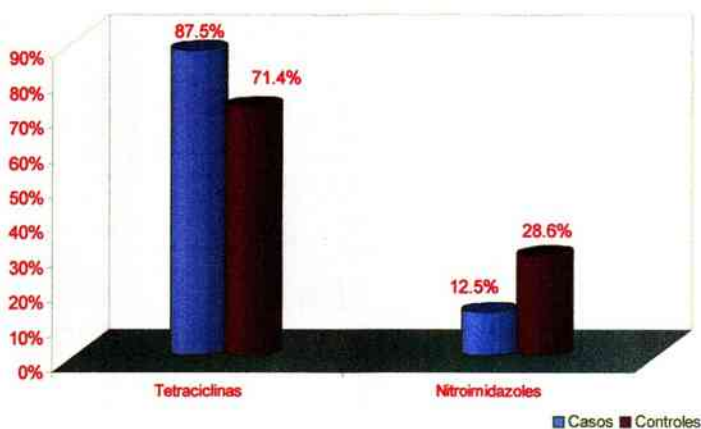
**GRÁFICO N° 07**  
**TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS PARTICIPANTES**



Este gráfico nos presenta el tipo de tratamiento que recibieron las participantes; encontrándose que del grupo de pacientes con neoplasias, 8 pacientes recibieron tratamiento médico (antibióticos u óvulos), 5 pacientes se sometieron a histerectomía, 5 pacientes se realizaron crioterapia, 6 casos de carcinoma epidermoide fueron transferidos a la ciudad de Lima para su tratamiento respectivo y 1 caso de neoplasia no recibió tratamiento.



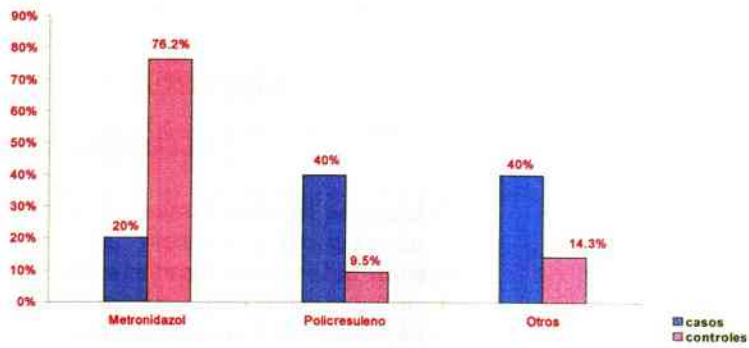
GRÁFICO N° 08  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO MÉDICO CON  
ANTIBIÓTICOS



Encontramos que la mayor cantidad de pacientes recibieron tratamiento médico a base de tetraciclinas, constituyendo el 87.5% para los casos y el 71.4% para el grupo control. Aquellas que recibieron tratamiento a base de nitroimidazoles representaron el 12.5% y el 28.6% respectivamente.

GRÁFICO N° 09

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO MÉDICO CON ÓVULOS



Se observó que el 76.2% del grupo control usaron metronidazol en óvulos, el 9.5% policresuleno y el 14.3% usó otros óvulos. Mientras que el 20% de pacientes con neoplasia cervical usó metronidazol.

**PLAN OPERATIVO PARA INCREMENTAR LA PERCEPCIÓN DE  
RIESGO DE LA POBLACIÓN ACERCA DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO.**

ACTIVIDAD	AÑO 2002-2003											
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
❖ Diseño del Plan IEC	X	X	X									
❖ Talleres de capacitación al personal de salud en técnicas participativas y contenidos educativos de salud integral de la mujer, que incrementen la percepción de riesgo acerca del cáncer de cuello uterino.				X	X	X						
❖ Campañas de divulgación en medios masivos.						X						
❖ Incluir en la labor de los promotores comunitarios la difusión de la medidas de prevención del cáncer de cérvix.							X					
❖ Coordinación con Municipios, APAFAS, Sector Empresarial, para campañas de información acerca de la prevención de la enfermedad.							X					
❖ Toma de muestra de Papanicolaou en todos los establecimientos de salud, a toda mujer que haya tenido relaciones sexuales, priorizando el grupo de mayor riesgo.							X	X	X	X	X	X