

# CARACTERISITICAS CLINICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y DIAGNOSTICAS DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA GINECO ONCOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ EN ENERO DE 2020 A NOVIEMBRE DE 2021

CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS OF UTERINE NECK CANCER IN PATIENTS TREATED AT THE GYNECO ONCOLOGY OFFICE OF THE ERASMO MEOZ UNIVERSITY HOSPITAL IN JANUARY 2020 TO NOVEMBER 2021

WILLIAM ANDERSON PRADA RUIZ 1

WILLIAM.PRADA@UNIPAMPLONA.ed  
U.CO

Universidad de Pamplona, Programa de Medicina (1)

## **Resumen**

El virus del papiloma humano VPH es un virus ADN perteneciente a la familia papilomaviridae. Como todos los virus de esta familia, los VPH solo establecen infecciones productivas en el epitelio estratificado de la piel y mucosas. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas o condilomas, mientras que otros solo generan infecciones subclínicas que pueden dar lugar a cáncer cervical. El CCU es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas, y se estima que en 2012 hubo unos 445.000 casos nuevos. El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública en el país y en la región. Constituye la primera causa de mortalidad en mujeres de 30 a 59 años de edad en Colombia. Este trabajo pretende determinar la población afectada por esta enfermedad en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, para identificar los factores de riesgo a los que estuvieron expuestas las pacientes. Se evidencio que las pacientes tenían un bajo nivel educativo, estrato socioeconómico medio-bajo y en su mayoría tenían como actividad el cuidado del hogar. prevaleció el Carcinoma Escamocelular Invasivo, seguido por la Lesión Intraepitelial Escamosa.

*Palabras Clave:* VPH, Cáncer de cuello uterino, ITS.

## **Abstract**

The human papillomavirus HPV is a DNA virus belonging to the papillomaviridae family. Like all viruses in this family, HPVs only establish productive infections in the stratified epithelium of the skin and mucosa. Some types of HPV can cause warts or warts, while others only cause subclinical infections that can lead to cervical cancer. CCU is the second most common type of cancer in women in less developed regions, with an estimated 445,000 new cases in 2012. Cervical cancer continues to be a public health problem in the country and in the region. It is the leading cause of mortality in women between 30 and 59 years of age in Colombia. This work aims to determine the population affected by this disease at the Erasmo Meoz University Hospital, to identify the risk factors to which the patients were exposed. It was evidenced that the patients had a low educational level, a medium-low socioeconomic level, and most of them had home care as an activity. Invasive Squamous Cell Carcinoma prevailed, followed by Squamous Intraepithelial Lesion.

Key Words: HPV, Cervical Cancer, STI.

## 1. INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano VPH es un virus ADN perteneciente a la familia papilomaviridae. Como todos los virus de esta familia, los VPH solo establecen infecciones productivas en el epitelio estratificado de la piel y mucosas. (1) Se han identificado alrededor de 200 tipos de VPH, la mayoría de los cuales no causan ningún síntoma en la mayor parte de las personas. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas o condilomas, mientras que otros solo generan infecciones subclínicas que pueden dar lugar a cáncer cervical. (1) La infección persistente por alguno de los 12-15 fenotipos oncogénicos de alto riesgo, de los más de 150 tipos cutáneos y mucosos que existen de este virus, es causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cérvix precedido de lesiones preneoplásicas (neoplasia intraepitelial cervical (CIN)) CIN1-CIN2-

CIN. (2). Dos tipos de VPH (16 y 18) son los causantes del 70% del cáncer de cuello uterino (CCU) y de las lesiones precancerosas del cuello del Útero. La vacunación frente al VPH es la estrategia preventiva prioritaria frente a las lesiones neoplásicas producidas por el papiloma virus. (6) Ensayos clínicos con un seguimiento de hasta 8 años, corroboran una eficacia superior al 95% de la vacuna tetravalente para la prevención de lesiones preneoplásicas vulvovaginales, debidas a los VPH oncogénicos 16 y 18 en mujeres de 16 a 26 años, además de una eficacia del 99% para la prevención de verrugas genitales.(6) Sin embargo el CCU es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas, y se estima que en 2012 hubo unos 445.000 casos nuevos (84% de los nuevos casos mundiales). (3) En 2012, aproximadamente 270.000 mujeres murieron de CCU en el mundo según datos de la organización mundial de la salud (OMS); más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos como el nuestro. (3) En Colombia, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte entre mujeres de 30-59 años, según el ministerio de salud y protección social. De acuerdo con las estimaciones nacionales de incidencia de cáncer el país ha reportado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix durante los últimos 40 años pasando de 14 muertes por cáncer de cuello uterino por cada 100.000 habitantes en 1987 a 7,08 muertes por cada 100.000 mujeres al año 2013.(4) Por otra parte en Norte de Santander se estimó una prevalencia de 213 y una mortalidad observada de 332 durante el periodo 2002-2006.(4) Asimismo en la ciudad de Cúcuta es una enfermedad con un gran número de casos. Una de las estrategias en prevención primaria En Colombia es el programa ampliado de inmunización PAI que cuenta con la vacuna tetravalente contra el VPH, dirigida a niñas de cuarto año escolar con edad mayor o igual a 9 años o más, hasta el grado 11, al igual que a todas las mujeres no escolarizadas desde los 9 años hasta los 18 años, iniciado en agosto del año 2012. (5)

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS/METODOLOGÍA

La siguiente propuesta se plantea como una investigación cuantitativa a partir de la construcción y lectura de la estadística descriptiva especialmente de estadísticos de tendencia central, determinada como no experimental de tipo transversal o transaccional con periodos de comparación previamente establecidos entre enero de 2020 a noviembre de 2021.

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

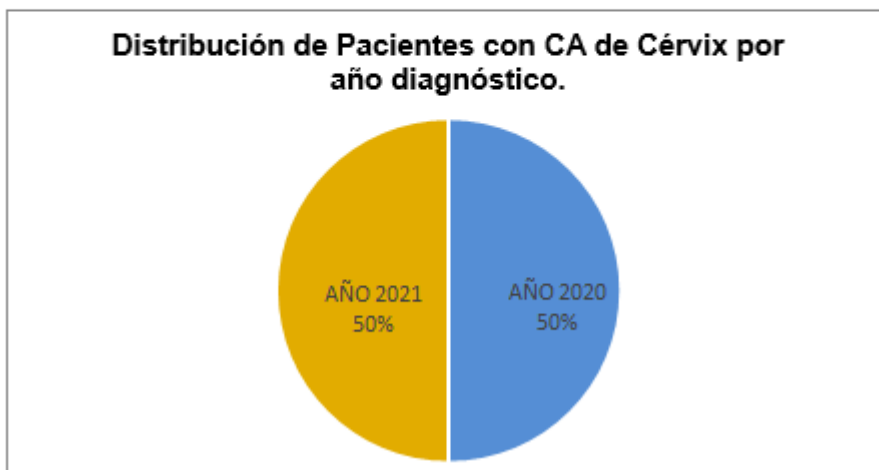
### RESULTADOS

En la muestra integrada por 36 pacientes, de una población de 150 pacientes atendidas en consulta gineco oncológica del Hospital Universitario Erasmo Meoz, HUEM; se destaca que en ambos años hubo una distribución de pacientes en un numero por igual dando un total de 50% en el año 2020 y 50% en el año 2021 tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de Pacientes Atendidas Por Año.**

AÑO	PACIENTES	%
2020	18	50
2021	18	50
	36	100

**Gráfico 1. Pacientes Atendidas Por Año.**

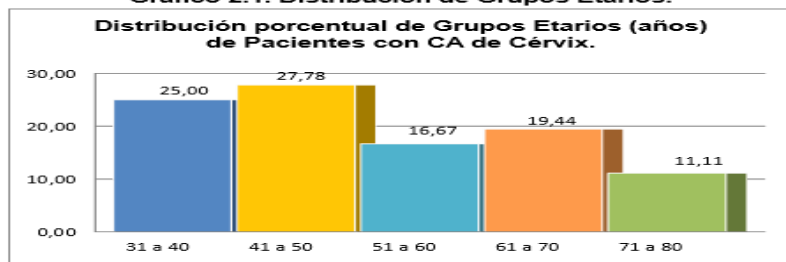


El 69.45% de las edades se concentran entre los 31 a 60 años; se observa una ligera asimetría hacia la derecha de la media conformada por las pacientes con edades superiores a 60 años. La mayor concentración de edades se encuentra en el grupo etario de 41 a 50 años, 27.78%, seguido de las pacientes entre 31 a 40 años con el 25%

**Tabla 2.1. Distribución de Grupos Etarios.**

Edad (años)	Pacientes	%
31 a 40	9	25,00
41 a 50	10	27,78
51 a 60	6	16,67
61 a 70	7	19,44
71 a 80	4	11,11
	36	100

**Gráfico 2.1. Distribución de Grupos Etarios.**

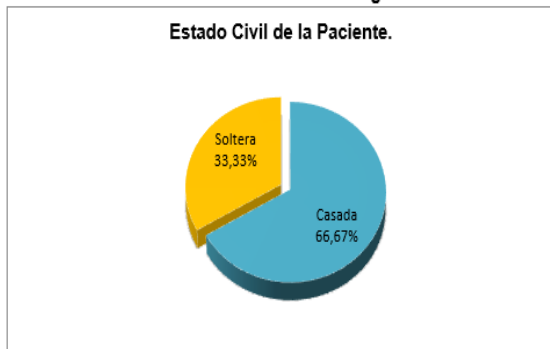


En este estudio las mujeres casadas corresponden solo al 66.67% mientras que las solteras corresponden al 33.33%. El 58.33% de las pacientes tiene como ocupación principal las tareas y actividades propias del hogar, otras ocupaciones están distribuidas de la siguiente manera, estilista, manicurista, secretaria, arquitecta y vendedora.

**Tabla 3. Distribución de Pacientes según Estado Civil.**

Estado Civil	Pacientes	%
Casada	24	66,67
Soltera	12	33,33
	36	100

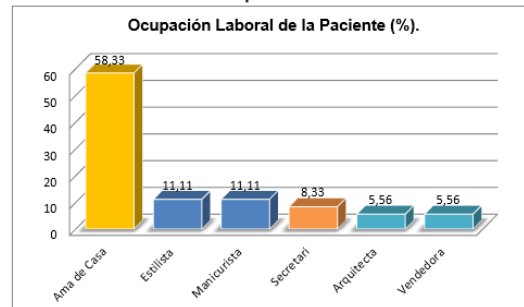
**Gráfico 3. Distribución de Pacientes según Estado Civil.**



**Tabla 5. Ocupación de la Paciente.**

Ocupación	Pacientes	%
Ama de Casa	21	58,33
Estilista	4	11,11
Manicurista	4	11,11
Secretaria	3	8,33
Arquitecta	2	5,56
Vendedora	2	5,56
	36	100

**Gráfico 5. Ocupación de la Paciente.**

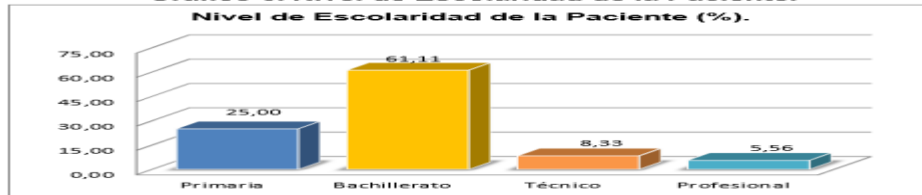


De la tabla 6 se desprende que el 61.11% de todas las pacientes posee escolaridad hasta bachillerato; una pequeña porción, 25% poseen solo estudios de primaria; en conjunto los técnicos y profesionales totalizan el 13.89% de escolaridad.

**Tabla 6. Nivel de Escolaridad de la Paciente.**

Escolaridad	Pacientes	%
Primaria	9	25,00
Bachillerato	22	61,11
Técnico	3	8,33
Profesional	2	5,56
	36	100

**Gráfico 6. Nivel de Escolaridad de la Paciente.**



El total de las pacientes pertenecen a los tres primeros estratos socioeconómicos, 1, 2 y 3; siendo la de mayor frecuencia las del estrato 2 con 52.78%. En el estrato 1 se encuentra el 38.89%, mientras que en el estrato 3 escasamente se reporta el 8.33% del total de pacientes.

**Tabla 7. Estrato Socioeconómico.**

Estrato	Pacientes	%
1	14	38,89
2	19	52,78
3	3	8,33
	36	100

**Gráfico 7. Estrato Socioeconómico.**

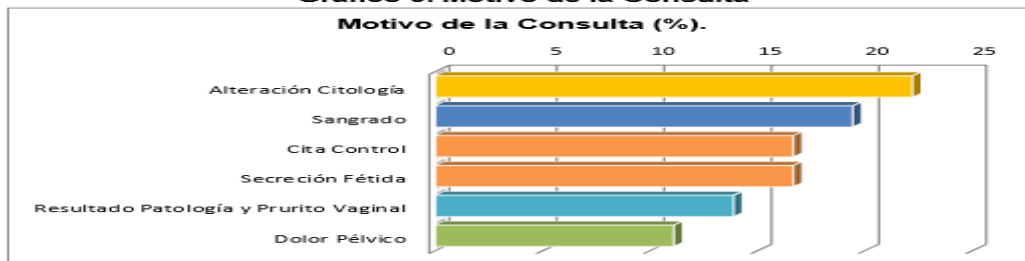


En la tabla 9 se muestra un resumen de los motivos que exponen las pacientes al momento de asistir a consulta. Todos los motivos, en apariencia, poseen la misma frecuencia de pacientes, esto puede corroborarse con la estimación de un IC para cada categoría.

**Tabla 9. Motivo de la Consulta**

Motivo	Pacientes	%
Alteración Citología	8	22,22
Sangrado	7	19,44
Cita Control	6	16,67
Secreción Fétida	6	16,67
Resultado Patología y Prurito Vaginal	5	13,89
Dolor Pélvico	4	11,11
	36	100

**Gráfico 9. Motivo de la Consulta**



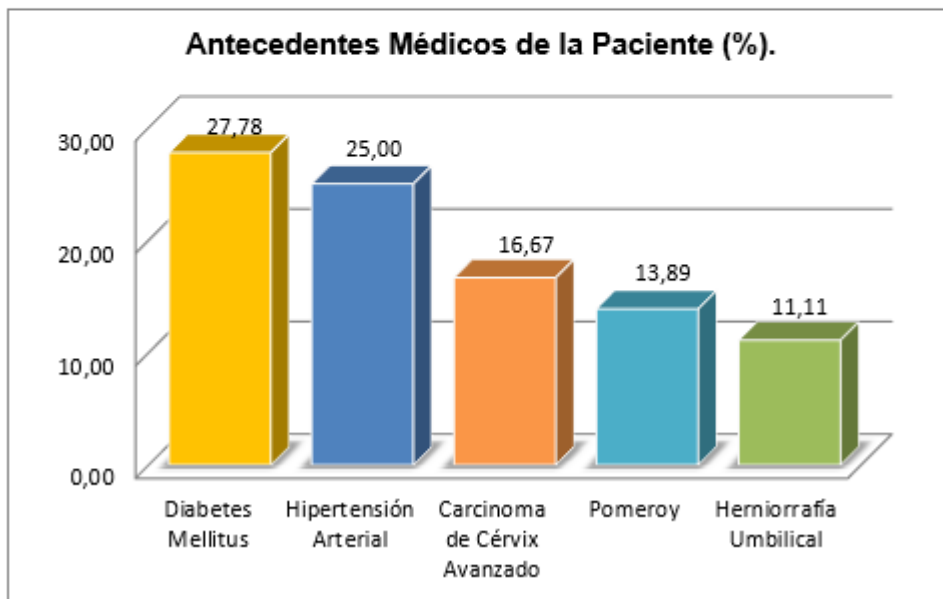
La tabla 10 muestra, de mayor a menor, los antecedentes médicos de las pacientes; la de mayor prevalencia

es la diabetes con, 27.78%, seguida de la hipertensión arterial, 25%, luego carcinoma de cérvix con 16.67%, más atrás Pomeroy o ligadura de trompas con 13.89% y por último herniorrafia umbilical con 11.11%.

**Tabla 10. Antecedentes Médicos**

Antecedentes	Pacientes	%
Diabetes	10	27,78
Hipertensión Arterial	9	25,00
Carcinoma de Cérvix Avanzado	6	16,67
Pomeroy	5	13,89
Herniorrafia Umbilical	4	11,11

**Gráfico 10. Antecedentes Médicos**

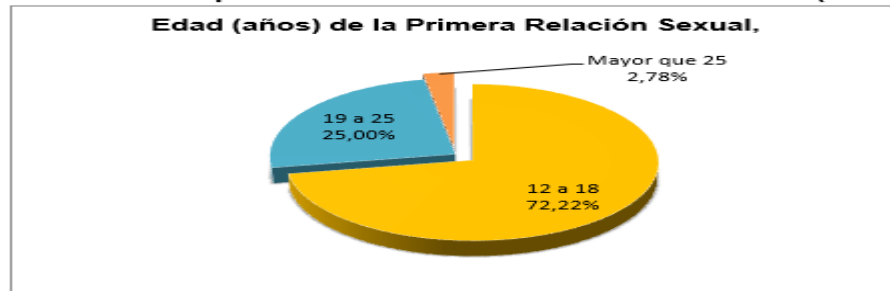


La tabla 11.1 resume, en tres categorías, el comportamiento de esta variable, un poco para observar mejor hacia dónde va la tendencia. El 72.22% de las pacientes tuvo la experiencia entre los 12 a 18 años. Solo un caso, 2.78%, se reportó con edad mayor de 25 años.

**Tabla 11. 1. Grupos Etarios de la Primera Relación Sexual (años).**

Edad (años)	Pacientes	%
12 a 18	26	72,22
19 a 25	9	25,00
Mayor que 25	1	2,78
	36	100

**Gráfico 11. Grupos Etarios de la Primera Relación Sexual (años).**

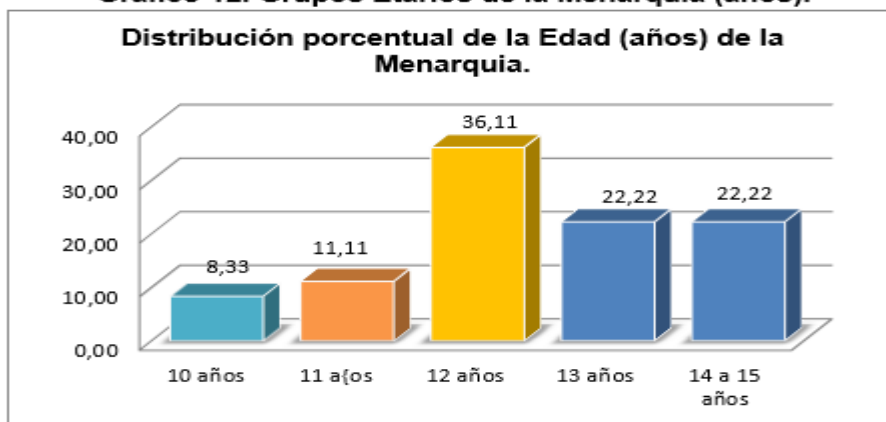


En la tabla 12.1 se registran cinco grupos etarios bien definidos. A la edad de 12 años el 36.11% de las pacientes presentó su primera regla; a los 13 años se registra la segunda edad con frecuencia de 8 pacientes que representan el 22.22%; en temprana menarquia fueron reportados 7 casos que totalizan un 19.44% de las pacientes; mientras que con tardía menarquia, 14 y 15 años se encuentra el resto también con 22.22%.

**Tabla 12. 1. Grupos Etarios de la Menarquia (años).**

Edad (años)	Pacientes	%
10	3	8,33
11	4	11,11
12	13	36,11
13	8	22,22
14 a 15	8	22,22
	36	100

**Gráfico 12. Grupos Etarios de la Menarquia (años).**



De la tabla 14.1 se extrae que el 75% de las pacientes han tenido de 1 a 3 gestaciones contra 16.67% que poseen de 4 a 6 gestaciones y un número reducido de tres casos con 11 a 13 gestaciones.

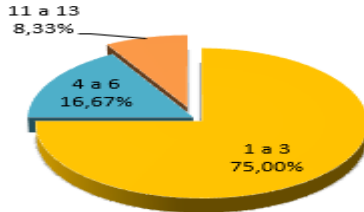
Esta variable se retoma más adelante para evaluar la relación que guarda con respecto al Dx clínico y Dx patológico, considerando que en algunas investigaciones se ha reportado que el número de embarazos constituye un factor de riesgo al cáncer de cuello uterino.

**Tabla 14.1. Número de Gestaciones (Categorías)**

Gestaciones	Pacientes	%
1 a 3	27	75,00
4 a 6	6	16,67
11 a 13	3	8,33
	36	100,00

**Gráfico 14. Número de Gestaciones (%).**

**Distribución porcentual del Número de Gestaciones de Pacientes con CA de Cérvix.**



La tabla 15.1 contiene el resumen del número de partos de las 36 pacientes bajo estudio. El contenido de esta tabla coincide exactamente con el resumen del número de gestaciones: es posible que una madre, como de hecho ocurrió, haya gestado, pero no tuvo parto sino aborto, pero ese evento entra como una gestación. Los IC coinciden con los del número de gestaciones.

**Tabla 15.1. Número de Partos (Categorías).**

Número de Partos		
Partos	Pacientes	%
0 a 3	27	75,00
4 a 6	6	16,67
11 a 13	3	8,33
	36	100,00

**Nota.** Se incluye el cero (0) parto porque la paciente tuvo su proceso de gestación normal, no hubo aborto. El cero parto está asociado a la cesárea, como tipo de parto; cinco de este tipo de parto son de primigestantes y cuatro casos corresponden a madres con tres gestaciones e igual número de cesáreas.

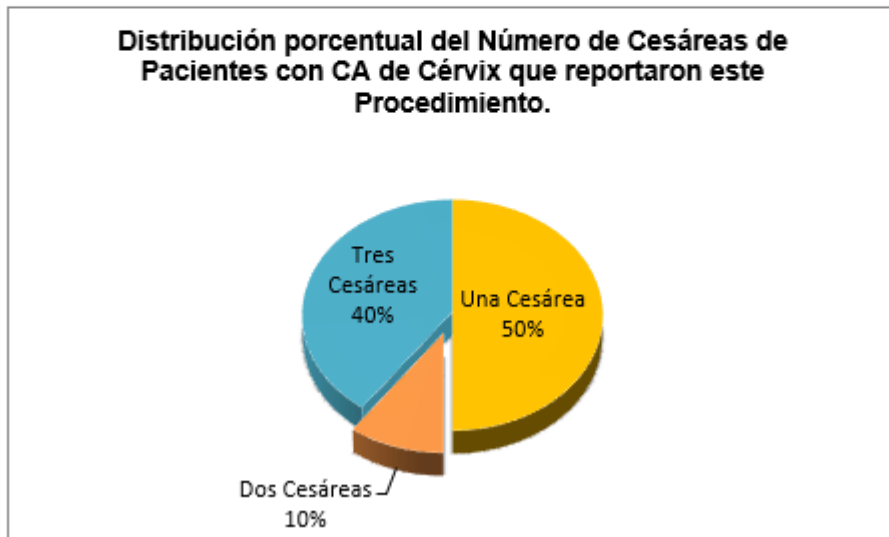
Con 10 pacientes que tuvieron como tipo de parto la cesárea, que representa el 27.78% del total. Entre ellas el 50%, es decir 5 pacientes fueron sujetas a una cesárea, mientras que el 40% de esta subpoblación tuvieron hasta 3 cesáreas.



**Tabla 16. Número de Cesáreas.**

Cesáreas	Pacientes	%
1	5	50,00
2	1	10,00
3	4	40,00
	10	100,00

**Gráfico 16. Número de Cesáreas.**

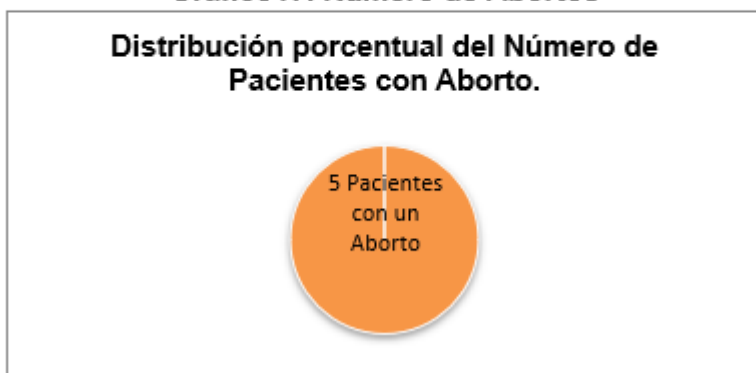


El 13.89% de las pacientes tuvieron un aborto, 5 pacientes.

**Tabla 17. Número de Abortos.**

Abortos	Frecuencia	%
1	5	100,00
	5	100,00

**Gráfico17. Número de Abortos**

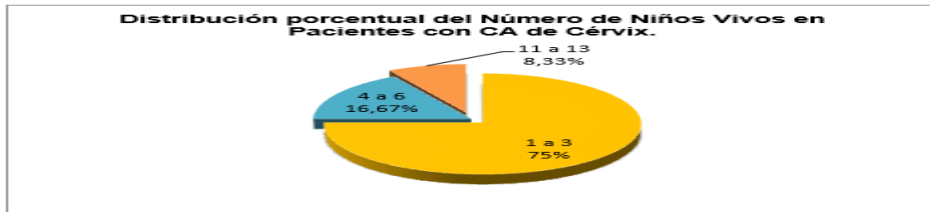


El 100% de las pacientes reportó al menos un neonato vivo. A pesar que hubo madres que presentaron aborto, ninguna de ellas resultó ser primigestante; es por ello que todas al menos tuvieron parto sin defunción.

**Tabla 18.1. Número de Neonatos Vivos (Categorías).**

Vivos	Pacientes	%
1 a 3	27	75,00
4 a 6	6	16,67
11 a 13	3	8,33
	36	100

**Gráfico 18. Número de Neonatos Vivos.**

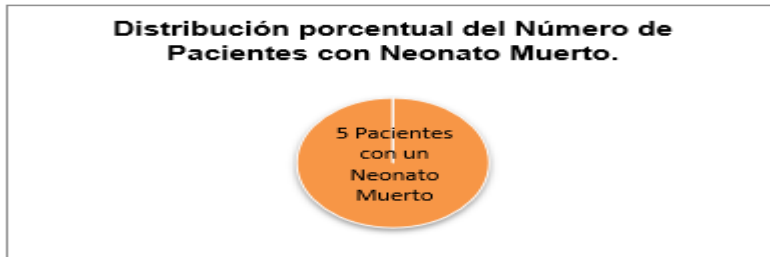


Se puede evidenciar que tan solo cinco pacientes tuvieron aborto, esto representa el 13,89% de todas las pacientes; las cinco reportaron solo un aborto.

**Tabla 19. Número de Neonatos Muertos.**

Número Neonatos Muertos		
Muertos	Pacientes	%
1	5	100,00
	5	100

**Gráfico 19. Número de Neonatos Muertos.**



Esta es una variable controversial debido a que en investigaciones similares a esta se ha llegado a la conclusión que tener varias parejas sexuales aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino.

El 44.44% de las pacientes ha tenido 3 parejas sexuales, proporción que está por encima de las otras categorías. Un IC para esta categoría va de 28.21% a 60.68% que es la proporción esperada en la población.

**Tabla 20. Número de Parejas Sexuales.**

Parejas	Pacientes	%
1	7	19,44
2	6	16,67
3	16	44,44
4	7	19,44
	36	100

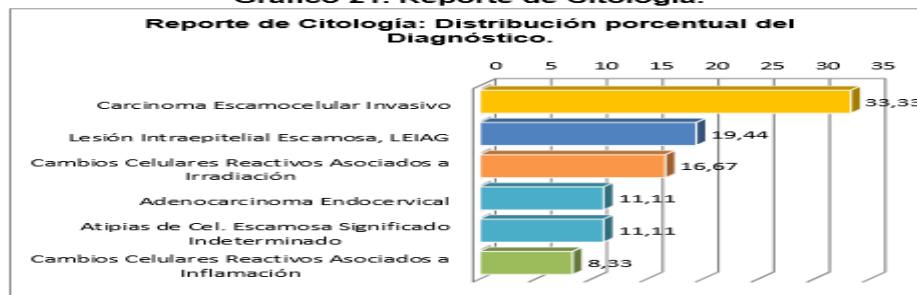
**Gráfico 20. Número de Parejas Sexuales.**



En el reporte de la citología destaca con 33.33% las pacientes con carcinoma Escamocelular invasivo; seguido por lesión intraepitelial escamosa con 19.44%.

Diagnóstico	Pacientes	%
Carcinoma Escamocelular Invasivo	12	33,33
Lesión Intraepitelial Escamosa LEIAG	7	19,44
Cambios Celulares Reactivos Asociados a Irradiación	6	16,67
Adenocarcinoma Endocervical	4	11,11
Atipias de Cel. Escamosa Significado Indeterminado	4	11,11
Cambios Celulares Reactivos Asociados a Inflamación	3	8,33
	36	100

Gráfico 21. Reporte de Citología.

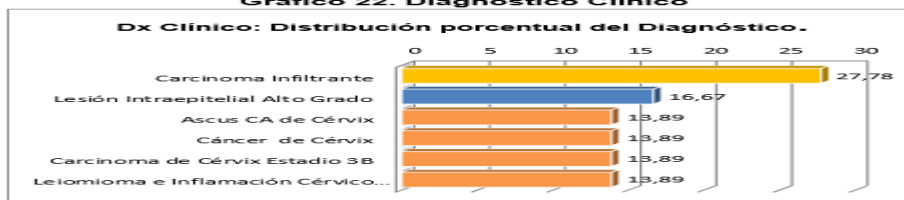


En cuanto al diagnóstico clínico, luce con mayor proporción, 27.78%, el carcinoma infiltrante, aunque dicha proporción no parece diferir de los otros diagnósticos.

Tabla 22. Diagnóstico Clínico.

Diagnóstico	Pacientes	%
Carcinoma Infiltrante	10	27,78
Lesión Intraepitelial Alto Grado	6	16,67
Ascus CA de Cérvix	5	13,89
Cáncer de Cérvix	5	13,89
Carcinoma de Cérvix Estadio 3B	5	13,89
Leiomioma e Inflamación Cérvico Vaginal	5	13,89
	36	100

Gráfico 22. Diagnóstico Clínico

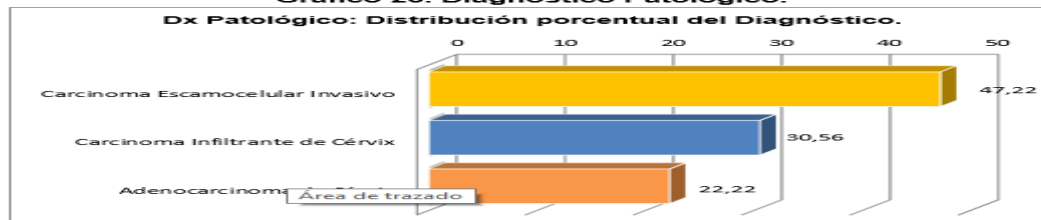


Referido al diagnóstico patológico, el 47.22% de las pacientes fueron diagnosticada con carcinoma Escamocelular invasivo; con 30.56% se diagnosticó carcinoma infiltrante de cérvix y con 22.22% adenocarcinoma de cérvix.

Tabla 23. Diagnóstico Patológico.

Diagnóstico	Pacientes	%
Carcinoma Escamocelular Invasivo	17	47,22
Carcinoma Infiltrante de Cérvix	11	30,56
Adenocarcinoma de Cérvix	8	22,22
	36	100

Gráfico 23. Diagnóstico Patológico.

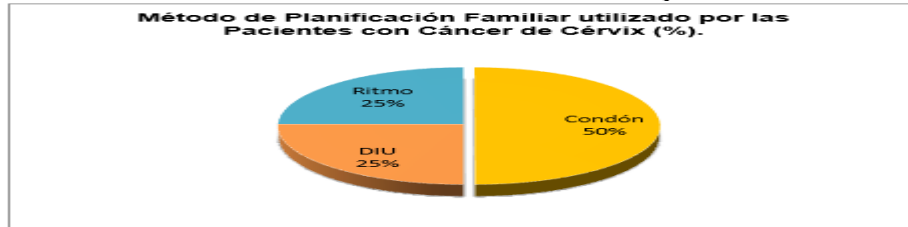


El método de planificación familiar de mayor uso es el condón con 50% en proporción; el DIU y el método del ritmo emparejados con el 25% cada uno en su práctica. Este último método se considera un factor de riesgo para un embarazo no deseado y para contraer enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 24. Método de Planificación Familiar para el Embarazo.

Método	Pacientes	%
Condón	18	50,00
Dispositivo Intrauterino, DIU	9	25,00
Ritmo	9	25,00
	36	100

Gráfico 24. Método de Planificación Familiar para el Embarazo



## DISCUSIÓN

En la muestra integrada por 36 pacientes, de una población de 150 atendidas en consulta ginecológica del Hospital Universitario Erasmo Meoz, HUEM. El número de pacientes atendidas durante los años 2020 y 2021 resultó ser el mismo para ambos años estudiados, 18 por año.

El 69.45% de las edades se concentran entre los 31 a 60 años; se observa una ligera asimetría hacia la derecha de la media conformada por las pacientes con edades superiores a 60 años. La mayor concentración de edades se encuentra en el grupo etario de 41 a 50 años, 27.78%, seguido de las pacientes entre 31 a 40 años con el 25%.

Las dos terceras partes, relación 2:1, de las pacientes son casadas. El 58.33% de las pacientes tiene como ocupación principal las tareas y actividades propias del hogar, otras ocupaciones están distribuidas de la siguiente manera; estilista, manicurista, secretaria, arquitecta y vendedora.

El 61.11% de todas las pacientes posee escolaridad hasta bachillerato; una pequeña porción, 25% poseen solo estudios de primaria; en conjunto los técnicos y profesionales totalizan el 13.89% de escolaridad.

El total de las pacientes pertenecen a los tres primeros estratos socioeconómicos, 1, 2 y 3; siendo la de mayor frecuencia las del estrato 2 con 52.78%. En el estrato 1 se encuentra el 38.89%, mientras que en el estrato 3 escasamente se reporta el 8.33% del total de pacientes.

En cuanto al motivo de consulta de las pacientes encontramos que el 22.22% asistieron por alteraciones en la citología, 16.67% a control médico, 16,67% presentó secreción fétida, 19,44% presentó sangrado, 11,11% presentó dolor pélvico y por otros motivos el 13,89%.

En 17.11 años se estima en promedio que estas pacientes tuvieron su primera relación sexual. El 72.22% de las pacientes tuvo la experiencia entre los 12 a 18 años. Solo un caso, 2.78%, se reportó con edad mayor de 25 años. De acuerdo a una investigación llamada “**nivel de conocimiento en adolescentes sobre el virus del papiloma humano desarrollado en la universidad de Querétaro-México**” demostró que el inicio de relaciones sexuales tempranas es un factor de riesgo para contraer la infección, las mujeres con menos recursos económicos, en promedio, habían sido sexualmente activas cuatro años antes que otras mujeres en condiciones económicas más favorables. Así mismo, Los investigadores sugieren que la mujer que inicia su vida sexual a temprana edad está más expuesta a infectarse con VPH debido a la sensibilidad que para esa edad presentan los órganos asociados al útero.

A la edad de 12 años el 36.11% de las pacientes presentó su primera regla; a los 13 años se registra la

segunda edad con frecuencia de 8 pacientes que representan el 22.22%; en temprana menarquia fueron reportados 7 casos que totalizan un 19.44% de las pacientes; mientras que, con tardía menarquia, 14 y 15 años se encuentra el resto también con 22.22%.

el 75% de las pacientes han tenido de 1 a 3 gestaciones contra 16.67% que poseen de 4 a 6 gestaciones y un número reducido de tres casos con 11 a 13 gestaciones. Se ha reportado en una investigación llamada **“Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica”** que el número de embarazos constituye un factor de riesgo al cáncer de cuello uterino, que de manera directa tiene que ver con presencia de VPH de la pareja.

El 44.44% de las pacientes manifiesta haber tenido 3 parejas sexuales; el 19.44% con 4 parejas sexuales; el 19.44% manifiestan que solo han tenido una pareja sexual. A propósito de esta variable, en la investigación mencionada en el párrafo anterior se demostró que otros factores pueden aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino, como el tener VIH que debilita el sistema inmunitario; el hábito de Fumar, tomar pastillas anticonceptivas durante mucho tiempo (cinco años o más); haber dado a luz a tres niños o más y el tener varias parejas sexuales, entre otros factores.

En un estudio realizado en Colombia llamado **“Lesiones intraepiteliales, inflamación y atipias escamosas cérvico-uterinas en mujeres de un municipio de Antioquia”** demostró que por medio de la citología se encontraron lesiones típicas de un cáncer de cuello uterino las cuales fueron lesiones intraepiteliales, inflamación y atipias escamosas. Para este estudio el reporte de la citología destaca con 33.33% las pacientes con Carcinoma Escamocelular invasivo; seguido por Lesión Intraepitelial Escamosa LEIAG con 19.44%.

Referido al diagnóstico patológico, el 47.22% de las pacientes fueron diagnosticadas con Carcinoma Escamocelular Invasivo, seguido del Carcinoma Infiltrante de Cérvix 30,56%, y Adenocarcinoma de Cérvix 22,22%.

En cuanto al método de planificación usado el DIU fue utilizado por el 25% de las pacientes, seguido por el método del ritmo también con el 25%. Asimismo, el 50% de las pacientes manifestaron utilizar preservativo como método de planificación familiar.

Un estudio reciente llamado **“Vacunación profiláctica contra el virus del papiloma humano para prevenir el cáncer de cuello uterino y sus precursores”** ha demostrado que la población más susceptible de presentar la infección de VPH son las mujeres adolescentes que se encuentran entre los 15 y 26 años, durante 6 meses se les realizó un seguimiento que demostró que al aplicarle las dosis requeridas de vacunas las pacientes estuvieron protegidas de contraer la infección. En el presente estudio se encontró que las pacientes de la muestra no fueron vacunadas contra el VPH, quedando así en un estado de vulnerabilidad inmunológica. Tal situación podría explicarse porque en Colombia solo hasta el 2012 se incluyó la vacuna tetravalente contra el VPH en el PAI (Programa Ampliado de Inmunización) y la edad mínima de las pacientes de la muestra fue de 31 años.

#### 4. CONCLUSIONES

El virus del papiloma humano representa la infección de transmisión sexual más frecuente y es causa subsecuente del cáncer de cuello uterino. Durante el desarrollo de esta investigación se encontraron 36 casos de Cáncer de cuello uterino.

Se evidencio que las pacientes tenían un bajo nivel educativo, estrato socioeconómico medio-bajo y en su mayoría tenían como actividad el cuidado del hogar. Se observaron ciertas conductas de riesgo como el inicio temprano de las relaciones sexuales, tener dos o más compañeros sexuales, y múltiples gestaciones. Esto sumado a El desconocimiento de las pacientes de la importancia de la utilización de métodos de barrera como una de las maneras de protegerse contra la infección, aun cuando estuvieran casadas, aumenta el riesgo de contagio de la enfermedad.

La clínica presentada por las pacientes correspondió a sangrados intermenstruales, secreciones fétidas, dolores pélvicos y al realizarles la toma de la muestra para la citología prevaleció el Carcinoma Escamocelular Invasivo; seguido por la Lesión Intraepitelial Escamosa. De estos casos según el resultado de la biopsia correspondían en un alto porcentaje a carcinoma escamocelular invasivo, seguido de Carcinoma Infiltrante de Cérvix, los dos diagnósticos patológicos más presentados.

Es importante recalcar la importancia de realizar en la población más vulnerable campañas que permitan concientizar a las mujeres sobre la importancia de protegerse contra embarazos y contra infecciones de transmisión sexual que ponen en riesgo su salud.

## REFERENCIAS

1. Torrado-G LM, Rincón-Orozco B, Martínez-Vega RA. Genotipificación del Virus de Papiloma Humano en mujeres de la comuna norte de Bucaramanga. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.* 2018 Julio-septiembre; 50(3): p. 225-232.
2. Aguiar H, González F, Pacheco C, Correia H. Distribución de genotipos del virus de papiloma humano en mujeres del edo. Aragua, Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2018 Julio; 78(1): p. 5-12.
3. Marès-Bermúdez J. Vacunación frente al virus del papiloma. *Pediatr Integral.* 2015; 19(10): p. 693e1-693e12.
4. Ayala-Achulla J. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología-oncología en el Hospital María Auxiliadora en el periodo enero a diciembre del 2016. [Online].; 2018 [cited 2020 05 10. Available from: [HYPERLINK "http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1777/TITULO%20-%20%20Ayala%20Achulla%2c%20Joselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y"](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1777/TITULO%20-%20%20Ayala%20Achulla%2c%20Joselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1777/TITULO%20-%20%20Ayala%20Achulla%2c%20Joselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .
5. Fondo colombiano de enfermedades de alto costo. Día mundial de la prevención del cáncer de cuello uterino. *Boletín de información técnica especializada.* 2018 Mar; 4(04): p. 1-7.
6. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, Jaisamrarn U, Garland SM, Castellsagué X, Skinner SR, Apter D, Naud P, Salmerón J, Chow SN, Kitchener H, Teixeira JC, Hedrick J, Limson G, Szarewski A, Romanowski B, Aoki FY, Schwarz TF, Poppe WA, De Carvalho NS, Germar MJ, Peters K, Mindel A, De Sutter P, Bosch FX, David MP, Descamps D, Struyf F, Dubin G, HPV PATRICIA Study Group. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol.* 2012 Jan; S1470-2045(11): p. 70286-8.
7. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch P. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018 May; 9(5): p. 1465-1858.

8. Paz-Zuleta M, Fernández-Feito A, Amparán-Ruiz M, Azofra-Olave A, Martín-Seco Y, Ojugas-Zabala S, Otero-García A, Royano-Rasines C, Sarabia-Lavín R, Torres-Manrique B, Santibáñez-Margüello M. Prevalencia de genotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo no vacunables dentro del programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix en Cantabria. *Aten Primaria*. 2016 Jun-Jul; 48(6): p. 347–355.
9. Hernández-Ramírez LF, Cardona-Arias JA. Lesiones intraepiteliales, inflamación y atipias escamosas cérvico-uterinas en mujeres de un municipio de Antioquia, Colombia, 2014. *Medicas UIS*. 2016 May; 29(1): p. 29-36.
10. Rincón-R DF, Morales-L LA, Rincón-Orozco B. Modernas metodologías diagnosticas para la detección del Virus del Papiloma Humano y prevención del cáncer de cuello uterino. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*. 2017 Sept; 49(3): p. 478-488.
11. Meijer CJ, Berkhof J, Castle PE, Hesselink AT, Franco EL, Rongo G, Arbyn M, Bosch FX, Cuzick J, Heideman DA, Snijders PJ. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older. *Int J Cancer*. 2009 Feb; 124(3): p. 516-20.
12. Contreras-González R, Magaly-Santana A, Jiménez-Torres E, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, García-Aldeco A, Perea-Ortíz G. Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enfermería Universitaria*. 2017 Abril-Junio; 14(2): p. 104-110.