

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**PREVALENCIA DE PAP POSITIVOS PARA CANCER CERVICOUTERINO, EN
MUJERES MENORES DE 25 AÑOS, BAJO CONTROL EN EL CONSULTORIO
EXTERNO DE PAILLACO. ENERO 2003 A DICIEMBRE DE 2006.**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al **GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

**MARTA ELENA NAVARRETE SERÓN
PAULA FABIOLA MUÑOZ VELÁSQUEZ**

**VALDIVIA-CHILE
AÑO 2007**

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESOR PATROCINANTE Sr. Sergio Pavié Coronado

Firma

PROFESORA COPATROCINANTE Sra. Juana Romero Zambrano

Firma

PROFESORA INFORMANTE Sra. María Teresa Cardemil

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

INDICE DE MATERIAS

CAPITULO	PÁGINAS
RESUMEN	
SUMMARY	
1.INTRODUCCIÓN	1
1.1 Objetivo General	2
1.1 Objetivos Específicos	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Epidemiología del Cáncer Cervicouterino	4
2.2 Magnitud del problema	4
2.2.1 Morbimortalidad en Chile	4
2.2.2 Tendencia de la mortalidad por Cáncer en Chile	5
2.3 Historia Natural del Cáncer Cervicouterino	5
2.4 Variables biodemográficas asociadas.	6
2.4.1 Inicio precoz de la actividad sexual, infección por Vírus Papiloma Humano y Câncer Cervicouterino.	6
2.5 Tamizaje y screening	9
2.5.1 Papanicolau (PAP)	9
2.5.1.1 Cobertura de la toma de PAP a nivel de Paillaco- Valdivia.	10
2.5.2 Test de HPV como método adicional de screening	10
2.6 Investigación actual y futura	11
2.7 Exámenes más precisos	12
2.8 Tratamiento	13
2.8.1 Intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica del Cáncer Cervicouterino.	13
2.8.2 Tratamiento de lesiones precursoras a los que pueden enfrentarse estas mujeres.	14
2.8.3 Intervenciones recomendadas para el seguimiento.	14
3. MATERIAL Y METODO	16
3.1 Tipo de investigación	16
3.2 Definición de las variables	16
3.3 Población en estudio	17
3.4 Tipo de muestreo	17
3.5 Definición y selección de las muestras	17
3.6 Instrumentos y Técnicas de Recolección de la información	18
3.7 Análisis y procesamiento de datos	18
3.7.1 Medida de resumen	18
4. RESULTADOS	19

5. DISCUSIÓN	24
6. CONCLUSIONES	27
7. BIBLIOGRAFÍA	30
8. ANEXOS	33
8.1 Anexo I	34

INDICE DE TABLAS

Nº	PÁGINAS
1. Distribución numérica y porcentual de resultado de PAP (+) en mujeres menores de 25 años en relación al total de PAP informados en este grupo etáreo.	19
2. Proporción de PAP (+) en mujeres menores de 25 años en relación al total de PAP (+) informados durante el período en estudio.	20
3. Distribución de la presencia de Virus Papiloma Humano en mujeres menores de 25 años, en PAP (+) para CaCu en el período de estudio.	20
4. Clasificación de PAP (+) para CaCu, según criterio citológico, en el grupo de estudio.	21
5. Distribución de PAP (+) para CaCu del grupo en estudio según otros grupos etáreos con PAP (+).	22
6. Tasas de prevalencia x 100 de PAP (+) para CaCu, según grupo etáreo, durante el período en estudio.	22
7. Relación entre edad de inicio de actividad coital y presencia de VHP en mujeres menores de 25 años con PAP (+) para CaCu, durante el período en estudio.	23

INDICE DE GRAFICOS

N°	PÁGINAS
1. Distribución porcentual de resultados de PAP en mujeres menores de 25 años.	34
2. Distribución porcentual de la presencia de Virus Papiloma Humano en mujeres menores de 25 años con PAP (+) para CaCu.	34
3. Clasificación y distribución numérica de resultados de PAP (+) para CaCu en el grupo de estudio.	35
4. Distribución porcentual de PAP (+) para CaCu según grupos etáreos durante 2003 y 2004.	35
5. Distribución porcentual de PAP (+) para CaCu según grupos etáreos durante 2005 y 2006.	36
6. Tasas de prevalencia x 100 de PAP (+) para CaCu en el grupo de estudio.	36
7. Edad de inicio de actividad coital en mujeres con PAP (+) portadoras de Virus Papiloma Humano.	37

RESUMEN

Se estima que el Cáncer Cervicouterino (CaCu) causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En los últimos años ha declinado la mortalidad observada hasta mediados de la década del 80, principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou (PAP). Por otra parte diversos estudios actuales han podido demostrar la relación existente entre Cáncer Cervicouterino, inicio precoz de la actividad sexual y la infección por Virus Papiloma Humano.

En Chile, se ha detectado un aumento en la Tasa de Prevalencia del Cáncer Cervicouterino en mujeres menores de 25 años, específicamente en la ciudad de Paillaco, décima región.

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, con enfoque de base cuantitativa, desarrollado en la comuna de Paillaco, a través de la revisión, clasificación y análisis de registros y fichas clínicas de los PAP Positivos en mujeres menores de 25 años, bajo control en el Consultorio Externo de Paillaco, durante el período de 46 meses desde Enero de 2003 hasta Diciembre de 2006, excluyendo los meses de marzo 2003 y julio 2006.

Los resultados obtenidos de la recolección de datos en el grupo en estudio, demuestran que la prevalencia del cáncer cervicouterino ha ido aumentando progresivamente, destacando el año 2006, en que se presentó la mayor tasa de prevalencia (0,14 x 100), al compararla con los otros grupos etáreos, se observa que el grupo estudio ocupa el primer lugar en los años 2005 y 2006. Además en este estudio se observa la relación entre las variables biodemográficas, inicio precoz de la actividad sexual y virus papiloma humano (VHP) con el riesgo de desarrollar CaCu, demostrándose que a menor edad de inicio de la actividad sexual, mayor es el riesgo de contraer la infección por VHP, los cuales son factores predisponentes para el CaCu.

Estos resultados, permiten a la matrona/matrón visualizar una realidad en la cual, el perfil actual de la población femenina ha ido cambiando, por lo cual esta/e profesional debe generar nuevos programas de promoción y prevención de salud, además deben complementar las estrategias relacionadas con la pesquisa precoz del cáncer cervicouterino y fomentar el ejercicio de la salud sexual y reproductiva responsable.

Palabras claves: PAP positivo, Prevalencia, Cáncer Cervicouterino, Virus Papiloma Humano.

SUMMARY

It is estimated that uterine cervix Cancer is the principal responsible for 500,000 deaths in the world each year. In the last years there has been a sharp decline in mortality achieved until the middle of the decade of 80', mainly in developed countries through increased availability of screening with Pap smears (PAP). Moreover several current studies have been able to demonstrate the relationship between uterine Cervix Cancer, early onset of sexual activity and Human Papilloma Virus infection.

In Chile, there has been an increase in the rate of prevalence uterine cervix Cancer in women younger than 25 years, specifically in the city of Paillaco, Region of the Rivers.

This study is the type descriptive, cross-sectional approach to quantitative basis, developed in the city of Paillaco, through the revision, classification and analysis of records and medical records of the PAP Positive in women under 25 years, under control Health center External Paillaco during the period of 46 months from January 2003 to December 2006, excluding the months of March 2003 and July 2006. In addition in this study shows the relationship between the variables biodemographics, early onset of sexual activity, human papilloma virus (HPV) for the CaCu, revealing a lower age of onset of sexual activity, the greater the risk of infection by VHP, which are predisposing factors for CaCu.

These results of data collection in the study group, show that the prevalence of cervical cancer has been increasing gradually, stressing the year 2006, which had the highest prevalence rate (0.14 x 100), when compared the other age groups, it is noted that the study group took first place in the years 2005 and 2006.

These results allow the midwife or male visualize a reality in which the current profile of the female population has been changing, so the professional midwife or male must create new programs of health promotion and disease prevention and should also complement strategies related research of early cervical cancer and promote the exercise of responsible sexual and reproductive health.

Key words: PAP positive, Prevalence, uterine cervix cancer, Human Papilloma Virus.

1. INTRODUCCIÓN

Se estima que el Cáncer Cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000. FRANCO Y OTROS, (2001).

Durante los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, lograda principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou (PAP). La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección, por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV y cervicografía. FRANCO Y OTROS (2001).

Según datos del Servicio Salud Valdivia, la provincia muestra un progresivo descenso de la tasa de mortalidad por Cáncer Cervicouterino entre la población femenina mayor de 15 años, expuesta al riesgo, desde 18,9 por 100 mil en 1993, a 4,6 por 100 mil en 2003. GUZMAN Y OTROS (2005).

En Chile, se ha detectado un aumento en la Prevalencia del Cáncer Cervicouterino en mujeres menores de 25 años. En la comuna de Paillaco, Región de los Ríos, los profesionales matronas/es del consultorio de esta localidad, han observado también, esta tendencia, lo cual ha motivado el interés por dar a conocer esta realidad local, aun desconocida por el equipo de salud y principalmente por la comunidad.

Este estudio describirá los resultados de los PAP informados como positivos para Cáncer Cervicouterino en el grupo etáreo anteriormente señalado, entre los años 2003 y 2006, y algunas variables biodemográficas que caracterizan a estas mujeres.

La necesidad de objetivar la magnitud del problema en este grupo de jóvenes mujeres, fue lo que motivó la presente investigación con el propósito de difundir los hallazgos, para sensibilizar a la población y profesionales, a la búsqueda de estrategias preventivas, eficaces y oportunas.

Además pretende dejar abierta la posibilidad de complementar la investigación con un enfoque cualitativo, el cual pueda incluir, factores y conductas de riesgo, predisposición a la enfermedad y cómo la interacción de estos factores impactarán la vida sexual y reproductiva de las mujeres y porque no decirlo, de los hombres a lo largo de su ciclo vital, para mejorar las medidas de prevención y pesquisa que correspondan.

Este estudio propone dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿El Cáncer Cervicouterino, en mujeres menores de 25 años ha aumentado su Prevalencia y la Tasa es mayor, respecto a los demás grupos etéreos en la población bajo control, en el Consultorio Externo de Paillaco durante el período Enero de 2003 a Diciembre de 2006?

1.1 OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la Prevalencia de PAP positivos para Cáncer Cervicouterino en mujeres menores de 25 años bajo control en el Consultorio Externo de Paillaco durante un periodo de 46 meses, en el periodo de Enero de 2003 hasta Diciembre de 2006.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar algunas características biodemográficas de las mujeres menores de 25 años, cuyos PAP fueron informados como positivos, tales como: edad, inicio de actividad sexual, calidad de portadora de Virus papiloma humano en la muestra de PAP.
- Determinar la Prevalencia de resultados positivos en muestras de PAP, tomados a mujeres menores de 25 años, durante los años 2003 hasta Diciembre de 2006.
- Identificar la clasificación histológica de PAP, según descripción del informe citológico, de las muestras tomadas a las mujeres del grupo en estudio.
- Determinar la proporción de PAP positivos del grupo en estudio, en relación con el número total de PAP tomados en el Consultorio de Paillaco, en el período señalado.
- Determinar la proporción de PAP positivos de mujeres menores de 25 años, en relación a las mujeres de otros grupos etéreos, controladas en el Consultorio de Paillaco.

- Establecer la relación de algunas variables biodemográficas del grupo en estudio y los tipos de PAP positivos informados.

2. MARCO TEORICO

2.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000. SERMAN (2002).

En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación de la mortalidad observada hasta mediados de la década del 80, lograda principalmente en los países desarrollados, gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou. La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes en mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que refleja un aumento de la detección con el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV y cervicografía.

La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que reflejaría la posibilidad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Especialmente en las regiones en desarrollo, el control de este cáncer y de sus lesiones precursoras debiera tener un importante impacto en la salud pública. SERMAN (2002).

2.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA

2.2.1 Morbimortalidad en Chile.

Chile muestra una tasa de mortalidad por Cáncer Cervicouterino, de 9,6 por 100.000 mujeres, la cual esta por debajo de la de México, Barbados y otros países del Caribe.

Según datos del Servicio Salud Valdivia, la provincia muestra un progresivo descenso de la tasa de mortalidad por Cáncer Cervicouterino entre la población femenina mayor de 15 años, expuesta al riesgo, desde 18,9 por 100 mil en 1993, a 4,6 por 100 mil en 2003, es otro hecho estimulante, porque representa un logro del trabajo en equipo y nos demuestra que es posible modificar favorablemente nuestros indicadores sanitarios, a pesar de la habitual insuficiencia de recursos. GUZMAN Y OTROS (2005).

2.2.2 Tendencia de la mortalidad por Cáncer

Uno de los cánceres más comunes entre la población femenina es el cervicouterino. En Chile ocupa el cuarto lugar entre los que provocan mayor letalidad en la mujer, los cuales están encabezados por el de vesícula biliar. En el resto del continente y, en general, en la mayor parte de los países en desarrollo, es la primera causa de muerte entre mujeres aquejadas por enfermedades neoplásicas. CODDOU (2004).

En el período 1990-2003, la mortalidad por Cáncer Cervicouterino tuvo una tendencia descendente y significativa, producto de las estrategias establecidas por el Ministerio de Salud Pública de Chile. También se observó que el objetivo de reducir en 40% la tasa de mortalidad ajustada por edad para 2010 es factible de cumplir, aún con las estrategias anteriores a la Reforma de Salud, ya que la mortalidad estimada de 4,8/100.000 mujeres para el año 2010 es inferior a la presupuestada de 6,1/100.000 mujeres. Pese a los promisorios resultados exhibidos, el Cáncer Cervicouterino en Chile continúa siendo un importante problema de salud pública; es así que en 2003 hubo un promedio de 1,9 fallecimientos diario por esa neoplasia, cifra aún inaceptablemente alta. DONOSO Y OTROS (2006)

2.3 HISTORIA NATURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o carcinoma *in situ* -CIS-, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIE III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%, explicándose la amplitud de este rango por las condiciones de diferentes países, distintas estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, diferentes medios socioculturales y distintos estándares de atención sanitaria.

Según distintos estudios, la NIE I regresa en cerca del 70% de los casos, mostrando en cambio la NIE III, una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70% y una tasa de regresión de 32%. La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5. Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos, se considera al NIE I como NIE de bajo grado y a las NIE II y III como de alto grado. SERMAN (2002)

Los estudios del cambio de las displasias con el tiempo han mostrado que las probabilidades de regresión a citología normal y de progresión a carcinoma *in situ* e invasivo son dependientes del grado de lesión obtenido en el examen de base, además existe una mayor

probabilidad de progresión y de regresión de las lesiones citológicas durante los primeros años de seguimiento. CASTRO Y OTROS (2006)

2.4 VARIABLES BIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS

2.4.1 Inicio precoz de la actividad sexual, Infección por Virus Papiloma y Cáncer Cervicouterino.

La iniciación precoz de la actividad sexual (antes de los 16 años), historia de múltiples parejas sexuales y los antecedentes de infecciones por el virus papiloma humano constituyen los más importantes factores de riesgo para esta enfermedad. No se puede dejar de mencionar los antecedentes previos de una lesión intraepitelial, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, una pareja actual o pasada con historia de factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, la inmunodeficiencia o positividad para VIH, multiparidad y el uso prolongado de anticonceptivos orales. NAZZAL Y OTROS (2003)

El inicio de las relaciones sexuales en edad temprana está asociado al riesgo de neoplasia cervical; así, las mujeres que postergaron el inicio de sus relaciones sexuales hasta después de los 19 años tuvieron dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los 15 años. CASTAÑEDA-IÑIGUEZ (1998)

El riesgo de CaCu se incrementa conforme más temprano sea el inicio de la vida sexual. Tomando como referencia mujeres que inician su vida sexual a los 18 años, en aquéllas que la inician antes de los 15 se estima un incremento en el riesgo de 50%; asimismo, entre más tardío sea el inicio de vida sexual, existe una tendencia protectora en el riesgo de enfermedad. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO (1993)

Rodríguez (1999), muestra la asociación altamente significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el desarrollo de CaCu en estudio caso/ control, el 85,1 % de los casos comenzaron las relaciones sexuales de forma precoz, siendo el riesgo 80 veces mayor en el grupo de 14 a 15 años. En relación con el número total de compañeros sexuales, el autor señala una media de 4 en los casos y de 2,4 en los controles, cuando es mayor el número aumenta el riesgo, y llega a ser 34,5 mayor en las que han tenido 5 o más.

Existen muchos factores que predisponen a la aparición del cáncer de cuello uterino, los cuales han hecho que esta enfermedad esté apareciendo a edades más tempranas, tales como: infección por el Virus Papiloma Humano, (VHP); inicio precoz de relaciones sexuales; multiplicidad de parejas; consumo de tabaco.

El Virus Papiloma Humano es un virus conocido desde la edad antigua. En 1977 se determinó su relación como el agente etiológico más importante del cáncer cervicouterino invasor. Se estima actualmente que alrededor de un 40% de la población femenina es portadora, correspondiendo a un tercio de los casos a tipos virales potencialmente oncogénicos o cancerígenos. Estas mujeres tienen 15 veces más riesgo que el resto de la población de desarrollar cáncer cervicouterino. SERMAN (2002).

Se inicia como una infección de transmisión sexual (ITS), produciendo lesiones en los epitelios del aparato urogenital; de evolución lenta y progresiva hacia el cáncer, de no recibir tratamiento.

Actualmente se conocen más de 100 tipos de VHP, aproximadamente 25 de éstos afectan al aparato urogenital tanto del hombre como de la mujer. Se les ha clasificado de acuerdo a su potencial oncológico: virus de bajo, medio y alto riesgo. Los primeros nunca desarrollarán un cáncer, se pueden presentar como condilomas (verrugas genitales). Los virus de alto poder oncogénico, que pueden estar presentes en estado de latencia, se hacen activos y causan lesiones que lentamente evolucionan a cáncer invasor.

Esta infección producida por el HPV, por lo general, es corta, ya que por alguna particularidad en el sistema inmune de muchas mujeres, éstas son capaces de combatir la presencia del virus, e impedir que se produzcan lesiones. Sin embargo en otras, el HPV no desaparece, y puede causar cambios en las células y convertirlas en células pre-cancerosas. SERMAN (2002).

Este virus presenta características especiales, que lo diferencian de otros virus. Es una partícula relativamente estable, que presenta un ácido desoxirribonucleico circular que está en el interior de la partícula viral. La partícula viral está cubierta solamente por dos tipos de proteínas, denominadas L1 y L2 (proteínas "Late" o tardías de la cápside), codificadas por un segmento del genoma viral. Otro segmento del genoma viral codifica proteínas que participan en la infección, las denominadas proteínas E, que van de E1 a E8. La proteína E2 es la que dirige la infección viral, pero las proteínas E6 y E7 son las que determinan la capacidad oncogénica de estos virus.

En el DNA viral hay una región muy importante denominada *low control region*; que no codifica proteínas, pero que es un elemento de respuesta al control hormonal, especialmente a hormonas esteroidales. Por lo anterior, la infección por este virus presenta una relación muy importante con los niveles hormonales, especialmente de estrógenos. OJEDA (2003).

Para poder infectar, el virus debe exponerse a la mucosa y debe haber otros cofactores que faciliten la infección, como son las alteraciones de los sistemas de vigilancia inmune,

relacionadas con la edad, conducta sexual, inmunosupresión, acción hormonal y, aunque controvertido, el hábito de fumar (se postula que la acumulación de productos de combustión del cigarrillo en la mucosa genital favorecería la infección). Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de adquirir la infección viral y de desarrollar la neoplasia.

El HPV participa en el CaCu desde el inicio hasta el final. Se inicia con lesiones virales denominadas de bajo grado o de alto grado. Al comienzo, la célula es infectada por el virus. En este momento, el control del sistema inmune es importante, ya que genera una infección productiva, con características citológicas e histológicas propias; entre ellas, los coilocitos o células huecas con un halo perinuclear blanquecino. Estas lesiones suelen regresar espontáneamente y se deben a virus de bajo riesgo, los genotipos 6, 11, 42, 43 y 44. En algunos casos las producen también virus de mediano o alto riesgo.

En la transición de una NIE 2 o lesión de bajo grado a una lesión de alto grado, el progreso generalmente se debe a los virus de alto riesgo (genotipos 16, 18, 45, 46, entre otros) y, en menor porcentaje, a los de riesgo intermedio.

El virus inicia la infección, produce alteraciones características de premalignidad (NIE 1 o NIE 2) y un grupo avanza hasta NIE 3 o carcinoma *in situ*. Este proceso de avance a la malignidad y los cofactores que lo influenciarían, no está del todo claro; es obvio que el sistema inmune debe cumplir un papel muy importante, aunque la acción más importante del sistema inmune está en el inicio de la infección y en el control del paso de NIE 1 a NIE 2 y NIE 3. Por tanto, se postula que el virus tendría una participación fundamental en la progresión de estas lesiones y el punto clave estaría en la NIE 3 o carcinoma *in situ*. OJEDA (2003)

La prevalencia de las lesiones genitales está estrechamente relacionada con la prevalencia de la infección viral. El mayor número de lesiones de bajo grado se concentra en el grupo etáreo que inició su vida sexual, lo cual permite contraer la infección.

A medida que aumenta la edad, disminuyen las lesiones de bajo grado y aumentan las lesiones de alto grado. En el grupo etáreo de 45-50 años ocurre el CaCu. Todo esto demuestra, en parte, el papel del virus y de las lesiones pre neoplásicas en la progresión de esta enfermedad, desde el punto de vista epidemiológico.

En 2.600 frotis cervicales se encontró DNA del tipo virus altamente oncogénico 16 en el 47% de las NIE de alto grado y en el 47% de los cánceres cervicouterinos invasores. En un estudio prospectivo en más de 18.000 mujeres se encontró, mediante técnicas de inmunología molecular, que la presencia de anticuerpos contra HPV16 confiere un riesgo 12 veces mayor

que el resto de la población de desarrollar cáncer cervicouterino o carcinoma *in situ*, encontrándose además que el riesgo es más alto para las neoplasias desarrolladas 5 años o más después de la toma de muestra sanguínea para el estudio de anticuerpos, lo que apoya fuertemente al concepto de que la infección persistente por HPV16 (y probablemente por cualquier HPV oncogénico) está implicada casualmente en la etiología del cáncer cervicouterino. SERMAN (2002)

2.5 TAMIZAJE O SCREENING

El desarrollo científico y tecnológico en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad neoplásica ha determinado un importante impacto en la supervivencia y calidad de vida del individuo enfermo, pero no ha logrado modificar sustancialmente el riesgo de muerte a nivel poblacional. Esta razón constituye el incentivo más poderoso para insistir en las instancias preventivas como estrategia para el eficiente control de este grupo de enfermedades. Se estima que un 25% del total de muertes por neoplasias malignas en Chile es prevenible, ya sea por corresponder a tumores susceptibles de prevención primaria (principalmente los asociados al hábito de fumar), o de pesquisa y tratamiento precoz (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama).

La utilización de pruebas en programas de tamizaje es una herramienta útil para la selección de población con mayor riesgo de enfermedad neoplásica y probablemente, la de mayor rendimiento si se intenta disminuir la mortalidad debida a cánceres prevenibles. Su utilidad depende de un conjunto de factores, algunos de los cuales son propios de la prueba a utilizar (sensibilidad y especificidad de la prueba), otros dependientes de la frecuencia de la enfermedad en la población (valor predictivo positivo y negativo) y a condiciones técnicas de aplicación (aceptabilidad). Por definición, estas pruebas no son diagnósticas y deben ser complementadas con exámenes de mayor especificidad. SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL, Región Metropolitana (1992).

2.5.1 PAPANICOLAOU (PAP)

La prueba más comúnmente usada en el tamizaje del cáncer de cuello uterino es la Citología Cérvico Uterina Convencional, desarrollada por George Papanicolaou en la década de 1930; su implementación ha traído una disminución en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad.

Así surgió el examen que ha podido detectar y controlar a tiempo esta enfermedad que sigue desafortunadamente siendo la primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva y adulta.

Después de varios estudios, este examen se modificó a lo que hoy se practica como la técnica más efectiva para la detección temprana del cáncer del cuello de útero o sea el cérvix y se llama Papanicolaou. Este exámen que no es doloroso, toma pocos minutos y no tiene un costo elevado, en los centros de salud institucionales, se realiza gratuitamente y se puede realizar también en los consultorios ginecológicos. GARCIA Y OTROS (2006).

2.5.1.1 Cobertura de la toma de PAP a nivel de Paillaco - Valdivia.

En la provincia de Valdivia, la cobertura de PAP, ha tenido un aumento anual sostenido llegando en el año 2006, al 70% de las más de cuarenta y cinco mil mujeres entre 20 y 64 años, que fueron examinadas para la pesquisa del cáncer del cuello del útero. CUENTA PÚBLICA (2006).

En la localidad de Paillaco, durante el año 2006 se alcanzó una cobertura de toma de muestra para Papanicolaou de 67%, de un total de 328 citologías efectuadas.

2.5.2 TEST DE HPV COMO MÉTODO ADICIONAL DE SCREENING

La detección de las infecciones por HPV se realiza mediante diversas técnicas, las cuales detectan diversos grupos, según su sensibilidad. Existen las observaciones macroscópicas, las observaciones colposcópicas, la histología, la citología, la detección de antígenos, la inmunocitoquímica, la inmunohistoquímica y las pruebas moleculares que detectan el virus a través de la hibridación del ácido nucleico en filtros o directamente sobre células o tejidos o mediante la técnica de captura híbrida. También existe una técnica de *southern blot*, que se utiliza sólo con fines de investigación. Finalmente, también se utiliza la técnica de reacción en cadena de la polimerasa o PCR.

La captura de híbridos es una técnica bastante difundida, ya que se dispone de ensayos comerciales, licenciados en EEUU para su uso, que se pueden obtener libremente. Se extrae el DNA, se hibridiza con una sonda, se captura el híbrido y luego se agrega un detector, el cual permite identificar la presencia del virus.

La técnica de PCR exige la ampliación de una región muy conservada del virus, que se encuentra en los 30 genotipos que infectan el tracto genital, que es un fragmento del gen L1. Se extrae y se denatura el DNA, se hibridiza con partidores específicos y luego se realiza una amplificación. A partir de que hay muy pocas copias del DNA presentes en el tracto genital femenino, se pueden generar millones de copias, las cuales se pasan por un gel de electroforesis, luego se tiñen con una sustancia fluorescente y se pueden observar las regiones amplificadas. OJEDA (2003)

Si la infección por HPV es un precursor temprano de la neoplasia cervicouterina, ¿debiera usarse el test de HPV en el screening para cáncer cervicouterino? De acuerdo a la conclusión de paneles del consenso de la IARC y OMS existe bastante justificación para evaluar el test de HPV como adyuvante en el screening con frotis de papanicolaou en cáncer cervicouterino. Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición del test de HPV a la citología cervical en el screening aumenta la sensibilidad en la detección de NIE de alto grado y cáncer cervicouterino. SCHIFFMAN Y OTROS (2000)

2.6 INVESTIGACIÓN ACTUAL Y FUTURA

El reconocimiento de que la infección por HPV es la causa central de neoplasia cervicouterina ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Mediante la prevención y control de la infección genital por HPV se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino. La prevención de la infección genital por HPV se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las ETS de significado en salud pública.

La vacunación contra HPV podría tener gran valor en países en desarrollo, en los cuales ocurre el 80% de los nuevos casos de cáncer cervicouterino mundiales anuales, y donde los programas de screening con PAP han sido inefectivos por largo tiempo. Actualmente están en desarrollo dos principales tipos de vacunas: profilácticas para prevenir la infección por HPV y consecuentemente los diversos tipos de enfermedades asociadas al virus, y terapéuticas para inducir la regresión de lesiones precancerosas o la remisión de cáncer cervical avanzado. SUAREZ Y OTROS (2001)

También se ha encontrado utilidad de la determinación de RNAm y DNA de HPV en pacientes con cáncer cervicouterino por su asociación con el pronóstico de la enfermedad, y de la determinación de anticuerpos contra HPV en pacientes con cáncer cervicouterino como predictores de sobrevida.

Con la progresiva revelación de los mecanismos celulares y moleculares responsables de la carcinogénesis y su relación con la infección por virus papiloma humano, se harán realidad estrategias dirigidas a prevención y tratamiento de la enfermedad basadas en regulación génica o de expresión proteica o modificación de la respuesta inmune humoral o celular para conseguir prevención de la enfermedad, y rechazo de tumores.

Los programas organizados de screening citológico, si bien han tenido efecto benéfico en países desarrollados, en países en desarrollo han carecido de cobertura, accesibilidad, efectividad y aceptabilidad. Es difícil que esta situación pueda cambiar en el corto plazo

debido a las prioridades de salud pública de estos países. La mejoría global del estatus socioeconómico y nivel educacional de la población tiende a tener un efecto positivo en el riesgo de cáncer cervicouterino, alterando algunos de los factores de riesgo conocidos como edad del matrimonio, paridad, y comportamiento de búsqueda de cuidados sanitarios. Se necesita determinar el costo-beneficio de otras estrategias tales como screening citológico de baja intensidad (por ej. un PAP cada 10 años en mujeres mayores de 35) e inspección visual, en estudios randomizados controlados.

En los años recientes se han desarrollado 3 nuevos tests de laboratorio para screening primario y secundario de cáncer cervicouterino y sus precursores. Estos son citología en capa líquida fina, test de DNA de HPV y citología automatizada asistida por computador. Todas aprobadas por la FDA para uso clínico.

Estudios en curso de la epidemiología de la persistencia viral podrán ayudar a establecer la utilidad del test de HPV como herramienta de screening para cáncer cervicouterino. Las prioridades en la investigación en HPV debieran relacionarse con: refinamiento de los métodos diagnósticos; definición precisa de la incidencia de HPV en la población; estudio de los riesgos asociados con ciertos genotipos de HPV para progresión de cáncer; identificación de factores coexistentes que influirán en la transmisión de HPV y en su rol carcinogénico; tratamiento de la infección por HPV; desarrollo de vacunas y estudio de eficacia y costo-efectividad del screening de infección por HPV. SUÁREZ Y OTROS (2001).

2.7 EXÁMENES MÁS PRECISOS

Con el tiempo, han ido apareciendo nuevas técnicas tendientes a mejorar la sensibilidad del PAP convencional, con la esperanza de disminuir la proporción de informes negativos falsos y positivos falsos que se generan en algunos laboratorios.

La primera de estas técnicas es la detección de infección por virus papiloma humano de alto riesgo u oncogénicos en pacientes que han tenido un PAP con células atípicas, en el que no es posible determinar si es positivo (cáncer) o negativo (benigno). En estos casos, si se confirma una infección por virus papiloma de alto riesgo, se debe hacer biopsia lo antes posible, para ratificar o descartar la presencia de precáncer o cáncer.

Otra técnica es la citología en medio líquido en que las células recolectadas no se ubican en una lámina de vidrio, sino en un tubo que contiene líquido preservante y fijador. La muestra es más limpia y fácil de leer, pero el costo es mucho mayor. Se necesitan equipos especiales para procesarlas, los cuales tienen un valor aproximado de 60 mil dólares cada uno. Además, los materiales empleados en citología triplican el valor del examen tradicional.

La ventaja de este método radica en que los estudios pueden repetirse utilizando las células remanentes en el frasco sin necesidad de tomar otro examen a la paciente. Del mismo modo, también es viable hacer otros estudios a partir de esa muestra, como la detección de Virus Papiloma, imposible en el PAP tradicional.

A pesar de ello, si se comparan los resultados obtenidos entre ambos exámenes, se concluye que reemplazar un sistema por el otro, no se justifica en lo inmediato por su alto costo. "Es más simple entrenar a los profesionales del área de la salud para que tomen buenas muestras y optimizar el control de calidad de los laboratorios de citología", dice. CODDOU (2004).

2.8 TRATAMIENTO

El pronóstico y la supervivencia de las mujeres con PAP positivos para Cáncer cérvico uterino, se relaciona directamente con las alternativas de tratamiento que la Red Asistencial puede proporcionarles.

2.8.1. Intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica del Cáncer Cervicouterino.

La evaluación y procedimientos de confirmación diagnóstica, tratamientos ambulatorios y seguimiento de los casos tratados, se realizan en la Unidad de Patología Cervical (UPC). Esta Unidad debe estar adscrita a un Servicio de Ginecología y debe contar con los recursos necesarios tanto humanos, de infraestructura como de sistema de registros.

Las actividades a realizar son: Evaluación Clínica y Procedimientos Diagnósticos, tratamientos ambulatorios de lesiones preinvasoras, seguimiento de casos, educación individual.

La atención debe realizarla un médico ginecólogo colposcopista experimentado y adscrito a un sistema de capacitación continua y por una matrona capacitada.

Las mujeres que cumplan con los criterios de sospecha de cáncer cervicouterino, ingresarán a estudio diagnóstico por especialista (Gineco-obstetra o Gineco-oncólogo), realizándose las siguientes intervenciones:

- Colposcopia: Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, debe efectuarlo un médico Colposcopista capacitado, a todas las pacientes excepto aquellas con lesión macroscópica evidente. IARC (2002).

- Biopsia Exo y/o endocervical: de acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico.
- Conización Cervical: De acuerdo a las recomendaciones, en casos de disociación colpocitohistológica, ante sospecha colpo y/o histológica de micro invasión. MINSAL (2005).

2.8.2 Tratamiento de lesiones precursoras a los que pueden enfrentarse estas mujeres.

La elección del tipo de tratamiento para las lesiones preinvasoras deberá ser determinado por el criterio clínico del especialista, de acuerdo a la experiencia, los recursos, y la validación clínica de la paciente individual: criocoagulación, diatermocoagulación, conización en frío, conización Asa LEEP (loop electrosurgical excisional procedure), ablación con Láser, histerectomía está indicada en los siguientes casos:

- a. Casos en los que anatómicamente, no se pueda realizar una conización.
- b. Aquellos casos con otra patología asociada, que requiera una histerectomía
- c. En casos de recidiva de una lesión de alto grado

Las pacientes con biopsia positiva confirmada para NIE- I en quienes se decida solo seguimiento, deberán tener control citocolposcópico a los 12 meses. Si este es negativo deberá seguir control en APS. Se recomienda muestra endocervical antes de ablación de NIE-1.

El seguimiento de una colposcopia alterada sugerente de NIE sin intervención con ablación o escisión, esta recomendado en el caso de pacientes embarazadas.

2.8.3 Intervenciones recomendadas para el seguimiento.

Las siguientes intervenciones deben ser realizadas de acuerdo a la evaluación clínica, según corresponda a Cáncer preinvasor o invasor.

- a) Intervenciones recomendadas para seguimiento de Cáncer Preinvasor:
 - Control Clínico y examen físico
 - Educación individual.
 - Papanicolaou.
 - Colposcopia.
 - Curetaje endocervical, biopsia exocervical, en caso de sospecha de recidiva.
 - Biopsia.
 - Exámenes de apoyo cuando se requiera.
- b) Intervenciones recomendadas para seguimiento de Cáncer Invasor:
 - Control Clínico y examen físico.
 - Educación individual.

- Papanicolaou.
- Colposcopia.
- Curetaje endocervical, biopsia exocervical, en caso de sospecha de recidiva.
- Biopsia.
- Exámenes de apoyo cuando se requiera.
- TAC.
- Apoyo psicoterapéutico.

Los casos tratados por cáncer invasor, deben continuar en seguimiento por Gineco-oncólogo o Ginecólogo Colposcopista. En caso de una neoplasia preinvasora, continuarán con su control (seguimiento) en APS, siendo derivados con una epicrisis e indicación de frecuencia de PAP. GUIA DE PRACTICA CLINICA (2001).

3. MATERIAL Y METODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque de base cuantitativa.

Es descriptivo pues busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de un grupo que se somete a un análisis DANHKE (1989).

Además pretende medir la información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Es de corte transversal porque estudia las variables en determinado momento. Es de enfoque cuantitativo, pues utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar la pregunta de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. Además pretende intencionalmente acotar la información (medir con precisión las variables del estudio, tener foco). GRINNELL (1997).

La finalidad de este estudio es reportar lo que sucede, hechos que nos den información específica de la realidad, que podemos explicar y predecir.

3.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Las variables consideradas fueron:

- **Edad:** años de vida cumplidos (menores de 25 años).
- **Lugar de control:** establecimiento de salud al cual concurren, Consultorio externo de Paillaco.
- **Resultados de Papanicolau:** conclusión definida en base a informe citológico de la muestra cervical, según criterios técnicos de la Guía Clínica de Cáncer cérvico uterino, 2005.

- **PAP positivo:** todo PAP informado como: sugerente de Cáncer invasor, PAP sugerente de Neoplasia intraepitelial (I, II, III o Cáncer In Situ), primer PAP atípico: sugerente de lesión de alto grado y PAP atípico glandular, segundo PAP informado igual o mayor a PAP atípico inespecífico. MINSAL (2005)
- **Prevalencia de PAP positivos:** N° de PAP informados con alteraciones sugerentes de Cáncer, que se pesquisan en un tiempo determinado
- **Presencia de VHP:** identificación de lesiones celulares asociadas al Virus Papiloma Humano, en las muestras observadas.
- **Edad de inicio de actividad sexual:** edad en la cual la mujer tiene su primera relación coital. Rangos (13-15 y 16-18).

3.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

El área de estudio es el Consultorio Externo de Paillaco, se orientó al Programa de Salud de la Mujer.

La población la constituyen las mujeres bajo control en el Consultorio Externo de Paillaco, a quienes se les tomó muestra para citología cervical de PAP, durante el período Enero de 2003 hasta Diciembre de 2006

La unidad de observación o población objetivo, la constituyen las mujeres, cuyos resultados de PAP fueron informados como positivos para cáncer cérvico uterino.

3.4 TIPO DE MUESTREO:

El muestreo es No Probabilístico, intencionado o por conveniencia, pues la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación.

3.5 DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS:

La población en estudio, fueron todas mujer menor de 25 años, con PAP positivo para Cáncer Cervicouterino, durante el periodo Enero de 2003 a Diciembre de 2006, que resida en Paillaco y sus distritos: Los Ulmos, Pichirropulli, Itropulli y Reumén, y otras 35 pequeñas

localidades, de procedencia urbana o rural, de cualquier estado civil, incluyendo todos los niveles educacionales.

3.6 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información fueron las fichas clínicas, desde donde se recolectaron los datos biodemográficos de las mujeres y las planillas con el registros de informes de resultados de PAP, durante el período entre Enero de 2003 hasta Diciembre de 2006. El análisis se centró en los resultados de PAP positivos para Cáncer Cervicouterino.

Para la recolección de información, se diseñó un formato/cuestionario, que constó de dos partes: I. Identificación de los datos biodemográficos de la población y II. Datos específicos de los resultados de los PAP.

3.7 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Plan de análisis estadístico:

Los datos recolectados fueron tabulados y analizados en planilla Excel, por el tamaño de muestra y en función de los objetivos se realizó un análisis descriptivo de las variables medidas. En las variables cuantitativas se calcularán estadísticos de tendencia central (distribución de frecuencias). Todas las variables se trataron como respuestas categóricas.

Se comparó el grupo estudio con otros grupos etáreos (establecidos por el Consultorio Externo de Paillaco en rangos decenales: menores de 25 años, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 y +) en el periodo Enero 2003 a Diciembre 2006. Además se relacionó el resultado de PAP positivos con otras variables biodemográficas: Presencia de VHP y edad de inicio de actividad sexual medidos en proporción.

La tasa de prevalencia fue calculada según la población estimada en base al CENSO 2002 (9617 mujeres).

La información recolectada se representó en tablas y gráficos diseñados por las investigadoras

4. RESULTADOS

Analizada la información se observa en la tabla 1 que a partir del año 2004 la proporción de PAP (+) para Cáncer Cervicouterino en las mujeres menores de 25 años, en relación al total de PAP informados, ha ido aumentando paulatinamente a través de los años estudiados.

En el año 2006 se observa una proporción de 16,4%, mientras que en el año 2004 se muestra una frecuencia de 5.5%, lo que demuestra que en los dos últimos años estudiados la proporción ha aumentado en un 10,9%.

La misma tabla muestra que los PAP negativos e inadecuados han ido disminuyendo su proporción a través de los años estudiados, específicamente desde el año 2004, inversamente proporcional al aumento de los PAP (+), sin embargo aún se mantiene un claro predominio de los resultados de PAP negativos para Cáncer Cervicouterino con un 88.4%.

Tabla 1: Distribución numérica y porcentual de resultados de PAP positivos en mujeres menores de 25 años, en relación al total de PAP informados en éste grupo etéreo. Consultorio Externo, Paillaco 2003 a 2006

AÑO	Negativo		Inadecuado		Positivo		Total PAP informados
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
2003	82	88.1	3	3.2	8	8.6	93
2004	133	91.7	4	2.7	8	5.5	145
2005	82	88.1	1	1	10	10.7	93
2006	71	83.5	0	0	14	16.4	85
TOTAL	368	88.4	8	1.9	40	9.6	416

En la Tabla 2 se observa un claro aumento de la proporción de PAP (+) en las mujeres menores de 25 años durante el período estudiado, en relación al total de PAP (+) informados. En el año 2003 la proporción es de 14,2% mientras que en el año 2006 la proporción aumentó a un 29,7%.

Tabla 2: Proporción de PAP Positivos en mujeres menores de 25 años en relación al total de PAP positivos informados, durante el período en estudio.

AÑO	PAP Positivos en < de 25 años		Total PAP positivos Informados
	Nº	%	Nº
2003	8	14.2	56
2004	8	17.7	45
2005	10	29.4	34
2006	14	29.7	47
TOTAL	40	21.9	182

La presencia del VPH se observa en gran proporción en las mujeres menores de 25 años, determinando un PAP (+) para CaCu, este factor está presente a través de los cuatro años de estudio, como se demuestra en la Tabla 3.

Tabla 3: Distribución de la Presencia de Virus Papiloma Humano en mujeres menores de 25 años, con PAP positivo para CaCu, en el periodo de estudio.

VARIABLE		AÑO								TOTAL	
		2003		2004		2005		2006		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
VHP	(+)	6	75	5	62.5	7	70	9	64.3	27	67.5
	(-)	2	25	3	37.5	3	30	5	35.7	13	32.5
TOTAL		8	100	8	100	10	100	14	100	40	100

La clasificación del PAP (+) para Cáncer Cervicouterino, según criterio citológico, en el grupo en estudio, se observa en la tabla 4, la mayoría de los resultados se definen en la etapa de PAP “sugerente de neoplasia intraepitelial de bajo grado (NIE I)”, correspondiendo al 50% del total de PAP (+) informados.

En la etapa de resultado de PAP sugerente de Cáncer Cervicouterino Invasor, no se presenta ningún caso durante los cuatro años estudiados.

Tabla 4: Clasificación de PAP positivos para Cáncer Cervicouterino, según criterio citológico, en el grupo de estudio.

Clasificación del PAP (+)		2003	2004	2005	2006	TOTAL
PAP sugerente de cáncer invasor		0	0	0	0	0
PAP sugerente de NIE	I	3	4	7	6	20
	II	2	0	0	1	3
	III o cáncer in situ	1	0	0	1	2
Primer PAP atípico: sugerente de lesión de alto grado y glandular.		2	4	3	5	14
Segundo PAP informado igual o mayor a PAP atípico inespecífico		0	0	0	1	1

En la tabla 5 se observa que en el grupo en estudio ha ido aumentando la proporción en relación al total de los PAP (+) informados en otros grupos etáreos, durante los años 2003 a 2006, ya que en este último año se observa una proporción de 29,7%, mayor a los años anteriores.

Además el grupo en estudio durante el año 2003 ocupó el tercer lugar en comparación con los otros grupos etáreos, con un 14,2%, ocupando el primer lugar el grupo de 25 a 34 años, con una proporción de 32,1%. Ocurriendo una tendencia similar en el año 2004, pues el primer lugar lo ocupa el grupo etáreo de 25 a 34 años, con una proporción de 31,1% y el tercer lugar lo ocupan las mujeres menores de 25 años con una proporción de 17,7%.

En el año 2005 se observa un alza en la proporción del grupo en estudio con un 29,4%, ocupando el primer lugar junto con las edades 35 a 44 años.

Lo mismo ocurre en el año 2006, el grupo estudio junto con las edades de 35 a 44 años ocupan el primer lugar con un 29,7% en relación con todos los otros grupos etáreos.

Para concluir el análisis de esta tabla, se observa que en el período estudiado a medida que aumenta la edad, los PAP (+) para Cáncer cervicouterino van disminuyendo, no presentándose ningún caso en el rango etáreo de 65 años y más.

Tabla 5: Distribución de PAP (+) para CaCu del grupo en estudio según otros grupos etáreos, con PAP positivos

AÑO	RANGO ETÁREO												TOTAL PAP (+)
	< 25		25-34		35-44		45-54		55-64		65 Y +		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
2003	8	14.2	18	32.1	16	28.5	7	12.5	5	8.9	2	3.5	56
2004	8	17.7	14	31.1	13	28.8	7	15.5	3	6.6	0	0	45
2005	10	29.4	8	23.5	10	29.4	5	14.7	1	2.9	0	0	34
2006	14	29.7	11	23.4	14	29.7	5	10.6	3	6.3	0	0	47
Total	40	21.9	51	28	53	29.1	24	13.1	12	6.5	2	1.1	182

La tabla 6, muestra las tasa de prevalencia de PAP (+) para Cáncer Cervicouterino, se observa un aumento en el grupo de mujeres menores de 25 años, a través de los años estudiados, llegando a una tasa de 0,14 x 100 en el año 2006, ocupando el primer lugar en conjunto con el rango etáreo de 35 a 44 años.

En forma global, durante los cuatro años estudiados, el grupo de mujeres menores de 25 años, ha tenido una variación positiva de +0,06, mientras los demás grupos etáreos presentan una variación negativa.

Tabla 6: Tasas de prevalencia por 100 de PAP (+) para CaCu, según grupo etáreo durante el período en estudio.

AÑO	RANGO ETAREO					
	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65 Y +
2003	0,08	0,18	0,16	0,07	0,05	0,02
2004	0,08	0,14	0,13	0,07	0,03	0
2005	0,10	0,08	0,10	0,05	0,01	0
2006	0,14	0,11	0,14	0,05	0,03	0
VARIACION	+0.06	-0.07	-0.02	-0.02	-0.02	-0.0

Entre los antecedentes del grupo en estudio se observó que la totalidad de las mujeres con VHP menores de 25 años, iniciaron precozmente las relaciones sexuales, entre los 13 y los 18 años.

Se puede observar que las mujeres menores de 25 años con PAP (+) para CaCu portadoras del VHP, tienen un inicio más precoz de la actividad sexual, con un 55.5%, por otra parte, en las no portadoras del Virus, la frecuencia es menor (44.5%)

Tabla 7: Relación entre Edad de inicio de la actividad coital y la presencia de Virus Papiloma Humano en mujeres menores d 25 años con PAP (+) para CaCu, durante el período en estudio.

Edad Inicio Act. Sexual	2003	2004	2005	2006	TOTAL	
					Nº	%
13-15	5	3	1	6	15	55.5
16-18	1	2	6	3	12	44.5
TOTAL	6	5	7	9	27	100

5. DISCUSIÓN

No hay estudios similares encontrados para establecer un análisis, en relación a los mismos datos estudiados, a nivel provincial, regional o nacional, en las mujeres menores de 25 años, ya que el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino, que es un programa de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Cáncer Cervicouterino y sus lesiones preinvasoras, que existe desde 1987 y está inserto en las actividades del Programa de Salud de la Mujer; incluye en la toma del Papanicolau a las mujeres entre 25 y 64 años, excluyendo a las de menor edad. PRIETO (2006).

La cobertura de PAP en la provincia de Valdivia y comuna de Paillaco en el año 2006 fue de 70% y 67% respectivamente, lo que incluye a todos los grupos etáreos. CUENTA PÚBLICA DE GESTIÓN MUNICIPAL (2006)

La tendencia general que se observa al comparar los resultados de PAP del grupo etáreo en estudio con los otros grupos, demuestra un aumento de la prevalencia del Cáncer Cervicouterino en edades menores y una disminución paulatina a medida que avanza la edad, a través de los años estudiados, esto se puede deber al inicio precoz de la actividad sexual, la promiscuidad, la multiplicidad de parejas sexuales, y el aumento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), especialmente el Virus Papiloma Humano. El grupo de estudio durante los dos últimos años presentó la mayor Tasa de Prevalencia con respecto a los demás grupos etáreos.

En Chile se encuentran disponibles datos que relacionan el cáncer cervicouterino con presencia de Virus Papiloma Humano, es así como en la Encuesta Nacional de Salud, Chile, 2003, el virus del Papiloma Humano presenta una prevalencia poblacional del 15,6%, es significativamente más elevada en las mujeres jóvenes, con un máximo bajo los 25 años (35%), para reducirse paulatinamente, hasta llegar a menos del 10% sobre los 50. En el grupo de estudio este porcentaje se duplica, llegando a un 67,5%. Lo trascendente de esta situación es la asociación del virus (virus de alto riesgo HPV 16 y HPV 18) con el cáncer cervicouterino, que a pesar de su descenso, aún es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes chilenas. Esta situación una vez más fortalece la necesidad de promover las conductas sexuales seguras y mantener y mejorar la pesquisa precoz del cáncer con el papanicolau. MINSAL (2004)

El reconocimiento de que la infección por HPV es la causa central de neoplasia cervicouterina ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Mediante

la prevención y control de la infección genital por HPV se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino, mediante estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las ITS de significado en salud pública. ÖSTOR (1993).

En un estudio realizado en México el 2004 muestra que, por lo menos para una población del norte de México, la prevención oportuna del cáncer cervicouterino, por medio del clásico PAP se ve obstaculizada por una falla en la información de la sexualidad durante la infancia y la adolescencia, así como por una deficiencia en la práctica del PAP a escala institucional. Este hallazgo, desde luego, es fundamental porque implica hacer una propuesta totalmente diferente de la exclusiva visión médica, basada sólo en informar a través de carteles o anuncios por radio o televisión, las mujeres acudirán automáticamente y en masa a esta acción preventiva. Lo que se requiere es algo más profundo y amplio. Es decir, lo que se necesita es todo un gran programa educativo en la infancia y la adolescencia con el cual se rescate el valor de una sexualidad sana, a la vez que, en la vida adulta, se construyan talleres para que las mujeres expresen sus dudas, motivaciones, críticas, miedos y cuestionamientos sobre su cuerpo y su salud. De otra forma se contará con un sistema de detección de cáncer bien estructurado, pero que no es utilizado por las mujeres. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO (2004).

En un estudio realizado por estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso, en Santiago durante el año 2006, se encontró como resultado que las mujeres portadoras de VHP menores de 30 años presentan la más alta prevalencia de cualquier grado de NIE (56,32%). En la población de Paillaco estudiada este porcentaje es levemente mayor (62,5%). En el mismo estudio el rango etáreo entre los 15 a 29 años, las NIE superan a las muestras sin NIE, invirtiéndose esta relación a medida que avanza la edad. VERDESSI Y OTROS (2006)

El inicio de la vida sexual activa en la población adolescente se ha adelantado de manera evidente en los últimos años. En nuestro país la edad promedio del inicio precoz de la actividad sexual se da entre los 14 y 15 años. En el mundo las cifras sorprenden aún más. Según estudios de la UNICEF la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes de países desarrollados oscila entre 9 y 13 años, en varones, y entre los 11 y 14 años en el caso de las niñas. ZAJER (2007). En el grupo de estudio se observó que más de la mitad de las mujeres con PAP (+), iniciaron su actividad sexual entre los 13 y 15 años.

Un estudio realizado en Cuba, en que se relaciona la variable biodemográfica inicio de la actividad sexual precoz con la aparición de citologías alteradas, se observó que la edad de comienzo de las relaciones sexuales constituye un factor de riesgo significativo para la aparición de éstas. Los autores señalan, que la razón probable es que está produciendo metaplasia activa ya que hay proliferación activa de transformación celular de epitelio

columnar en metaplásico y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno y el cuello uterino. SUÁREZ Y OTROS (2006).

Se hizo un estudio de casos y controles en usuarias del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino en Zacatecas, México, en pacientes con diagnóstico de displasia severa, cáncer *in situ* e invasor, concluyó que el inicio de las relaciones sexuales en edad temprana está asociado al riesgo de neoplasia cervical; así, las mujeres que postergaron el inicio de sus relaciones sexuales hasta después de los 19 años tuvieron dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los 15 años. CASTAÑEDA-IÑIGUEZ Y OTROS (1998)

Otro estudio muestra la asociación altamente significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y pertenecer al grupo de casos o de controles, el 85,1 % de los casos comenzaron las relaciones sexuales de forma precoz, siendo el riesgo 80 veces mayor en el grupo de 14 a 15 años. RODRIGUEZ Y OTROS (1999). Los hallazgos encontrados en la comuna de Paillaco son similares a estos estudios realizados en la población de México y Cuba, lo que sustenta la necesidad de orientar acciones preventivas, en especial proyectos educativos que promuevan prácticas sexuales responsables y el retraso del inicio de la actividad coital.

En relación a la etapificación de los resultados de PAP (+) para CaCu, es satisfactorio ver que, respecto a cáncer invasor, cada año se han diagnosticado más mujeres con estadios invasores precoces (I y II) que con estadios invasores avanzados (III y IV), lo que epidemiológicamente es esperable en un programa que está teniendo éxito. Estas observaciones concuerdan con los hallazgos encontrados ya que no hay resultados que indiquen Cáncer invasor. Esto permite esperar, si el programa mejora, que las mujeres con etapas III y IV desaparezcan en el corto plazo, con el consiguiente beneficio para nuestra población femenina. La presencia de un tercio de citologías sugerentes de lesión de alto grado en el grupo de estudio, respaldan la propuesta de Guzmán (2005) quién plantea que el aumento anual de los exámenes citológicos en una enfermedad cuya historia natural implica una progresión gradual desde lesiones intraepiteliales de alto grado (NIE II y NIE III) a invasoras, hace necesario alcanzar y mantener, al menos, una cobertura global de 80% de PAP vigente entre la población de riesgo. GUZMAN Y OTROS (2005)

La cobertura de PAP, propuesta a nivel ministerial incluye a mujeres entre 25 y 64 años; en la comuna de Paillaco la cobertura de pesquisa no es la óptima, si se agrega a este hecho el aumento de PAP (+) en mujeres que no están consideradas en esta cobertura, como se demuestra en el estudio, se hace necesaria la adecuación de las normativas a nivel local, para incluir a la población de riesgo, situación que es considerada por el grupo de matronas del Consultorio al incorporar al programa a las mujeres menores de 25 años, lo que permitió objetivar el problema.

6. CONCLUSIONES

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) ha ido aumentando en la población de mujeres menores de 25 años en el último tiempo, lo que se puede deber al cambio de las conductas sexuales en las mujeres jóvenes, como el inicio precoz de la actividad sexual, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, como la infección por el Virus Papiloma Humano (VHP), bajo nivel socioeconómico, multiparidad, baja escolaridad, tabaquismo.

La prevalencia de PAP (+) para CaCu en mujeres menores de 25 años, durante los años de estudio aumentó, incrementándose, desde el año 2004 en adelante, siendo la tasa de prevalencia de PAP (+), en el año 2006, de $0,14 \times 100$. En forma global, durante los cuatro años estudiados, en el grupo de estudio, se observa una variación positiva de $+0,06$, mientras los demás grupos etáreos presentan una variación negativa.

Esta investigación permitió conocer la realidad local, quedando de manifiesto que al existir pocos estudios relacionados con prevalencia de CaCu en mujeres menores de 25 años, se invisibiliza esta morbilidad, que es una importante causa de muerte en mujeres jóvenes de nuestro país. Las normas técnicas ministeriales actuales, al incluir como grupo objetivo la población de 25 años y más, establece un punto crítico para sensibilizar tanto a la población, como a los profesionales, del riesgo de cáncer cervicouterino presente, en este grupo etáreo.

A nivel nacional solo se conocen datos que relacionan la prevalencia de Cáncer Cervicouterino con la presencia de Virus Papiloma Humano (VPH), en los que destaca que en más del 50% de las mujeres que portan el virus, desarrollan algún grado de neoplasia cervical.

En este estudio, queda demostrada la relación existente entre las variables biodemográficas, el virus papiloma humano, el inicio precoz de la actividad sexual y el riesgo de Cáncer Cervicouterino. Lo anteriormente señalado se demuestra al observar que, a menor edad de inicio de la actividad sexual de las mujeres estudiadas, mayor fue el porcentaje de la presencia del virus papiloma humano y mayor la prevalencia de PAP positivo.

Al comparar las mujeres menores de 25 años con otros grupos etáreos, destaca que la prevalencia del PAP (+), se presenta principalmente en los rangos etáreos de 25 a 34 y 35 a 44 años, en los años 2003 y 2004. Durante los años 2005 y 2006 el grupo estudiado presenta la mayor tasa de prevalencia, quedando de manifiesto el aumento paulatino del riesgo de Cáncer

Cervicouterino en este grupo etáreo, mientras los demás grupos etáreos presentan un leve descenso.

La realidad demostrada en el estudio, pudo ser aun más significativa, ya que fueron considerados solo 46 meses de los 48 correspondientes a los cuatro años estudiados, ante la pérdida de información de los registros, a nivel de la institución prestadora de servicio. Aspecto que merece ser analizado por el equipo, con el objeto de validar, a futuro, la situación epidemiológica real de la población femenina de la localidad.

Al observar el aumento del riesgo de Cáncer Cervicouterino en el grupo de estudio, podemos predecir que esta tendencia se proyectará a futuro, en el caso de que las medidas sanitarias sean insuficientes, negligentes o erróneas, debiendo ser pertinentes a los cambios de las conductas sexuales, como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la multiplicidad de parejas sexuales, la promiscuidad sexual.

Las evidencias del estudio son de gran utilidad para el prestador de salud de la población de Paillaco, sugieren un análisis de estrategias específicas para la pesquisa precoz del Cáncer Cervicouterino, en la población de mujeres menores de 25 años de la comuna, como por ejemplo, realizar campañas de toma de PAP en este grupo etáreo y la creación de un protocolo escrito a nivel local, que incluya en la toma de PAP a toda mujer con las conductas de riesgo asociadas, que se observaron en este estudio.

Se sugiere, en función de las proyecciones de esta investigación, que el rol de la Matrona/ón, se oriente a realizar un estudio observacional analítico de la población asignada/beneficiaria, para establecer los criterios de pesquisa focalizados, concordantes con el perfil biodemográfico de la población.

Una de las estrategias posibles de realizar para aumentar la detección precoz de PAP + para Cáncer Cervicouterino, es ampliar la cobertura en el grupo etáreo estudiado, lo cual puede realizarse mejorando el acceso a los centros de salud, a través de difusión y educación comunitaria.

En el ámbito de la educación nuestro rol permite a los grupos más vulnerables, el logro del conocimiento que les facilite tomar sus propias decisiones en relación al autocuidado y la prevención de su salud, es necesario además generar nuevos programas de promoción y prevención en salud, que consideren el perfil actual de la población femenina y que además complemente las estrategias promocionales relacionadas con la pesquisa precoz del CaCu y fomenten el ejercicio de la salud sexual y reproductiva responsable, integrando las capacidades

y herramientas con que cuentan las mujeres, para lograr cambios conductuales que se mantengan en el tiempo.

Para lograr estas estrategias promocionales, se debe impulsar a todo el equipo de salud, líderes comunales, dirigentes sociales y políticos, tomando en cuenta la realidad existente en Paillaco.

Recomendamos entonces, aumentar el rango de edad de las mujeres beneficiarias del Programa de tamizaje, con cobertura desde el inicio de la vida sexual, tanto para la prevención primaria como la secundaria, a nivel local y más aún a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- CASTAÑEDA-IÑIGUEZ, M. Y OTROS. 1998. Factores de riesgo para Cáncer Cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino y mamario. Servicio de Salud. Zacatecas. México.
- CASTRO, M. Y OTROS. 2006. Epidemiología del Cáncer del Cuello Uterino: Estado del arte. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; v.57, n°3. Bogotá.
- CODDOU, C. 2004. El PAP podría salvar la vida de muchas chilenas cada año. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*.
- CUENTA PÚBLICA DE LA GESTION MUNICIPAL. 2006. Ilustre Municipalidad de Valdivia. Disponible en www.munivaldivia.cl, revisado el 12 de noviembre de 2007.
- DANHKE, G.L. 1989. Investigación y Comunicación en La Comunicación Humana: Ciencia Social. México. McGraw Hill, pp. 385-454.
- FRANCO, E. Y OTROS. 2001. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection; 164(7). (Medline)
- GARCÍA, E. Y OTROS. 2006. Validación de la citología cérvico uterina convencional con prueba de referencia histopatológica en la identificación de Cáncer Escamocelular Invasor. Grupo de Investigación en Patología Estructural, Funcional y Clínica, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 71(3):184-188
- GUZMÁN, S. Y OTROS. 2005. Pesquisa y control de Cáncer Cervicouterino en el servicio de Salud Valdivia (1993-2003). *Rev. Médica de Chile*; 133: 685-692
- GRINNELL, R.M. 1997. Social work research and evaluation. Quantitativa and Qualitative approaches. 5ª Edición. Itasca. Illinois. E. Peacock Publisher.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. 2001. Departamento de Sanidad del Gobierno. Londres.

IARC. Asociación Internacional de Registros de Cáncer. 2002. Cancer Incidence in five Continents. Lyon.

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. 1993. Factores de riesgo reproductivo y Cáncer Cervicouterino en la ciudad de México. Vol. 35(1): 65-73

MINSAL. Ministerio de Salud. 2002. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 1. 1ª Ed. Santiago. Chile.

MINSAL. Ministerio de Salud, 2004. Encuesta Nacional de salud, Chile, 2003: Enfermedades transmisibles: Prevalencia Nacional VPH, Gobierno de Chile.

MINSAL. Ministerio de Salud. 2005. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2. 1ª Ed. Santiago. Chile.

NAZZAL, O. Y OTROS. 2003. Patología Preinvasora del Cérvix. Departamento y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 68(3): 189-196.

OJEDA, J. 2003. Del VHP al Cáncer Cervicouterino. Centro de Oncología Preventiva. Campus Occidente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

OSTÖR, A. 1993. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. *Int J Gynecol Pathol*; 12: 186-92. (Medline)

RODRIGUEZ, A. Y OTROS. 1999. Factores de Riesgo del Cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. *Rev. Cubana de Higiene Epidemiológica*. Vol.37. N°1. La Habana. Cuba.

SCHIFFMAN Y OTROS, 2000. Test de HPV en screening de Cáncer Cervicouterino. *JAMA* 283: 87-93.

SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD REGIÓN METROPOLITANA.
1992. Indicadores de Atención de Salud, Región Metropolitana. 7(3).

SERMAN, F. 2002. Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 67(4):318-323.

SUAREZ, E. Y OTROS. 2001. Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 66(6): 480-91.

SUÁREZ, J. Y OTROS. 2006. Predictores de citologías alteradas: correlación de algunos factores. Hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara. Cuba. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Vol.1.

VERDESSI, A. Y OTROS. 2006. Prevalencia de displasia de cuello uterino en pacientes portadoras de virus papiloma humano, Chile. Sociedad Científica de estudiantes de Medicina. Universidad de Valparaíso. Chile

ZAJER, C. 2007. Consecuencias Inmediatas y Futuras del inicio sexual precoz. Gineco-obstetra del Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Católica. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol 1. Disponible en www.maternidaduc.cl, revisado el 7 de noviembre de 2007.

ANEXOS

ANEXO I

GRAFICO I

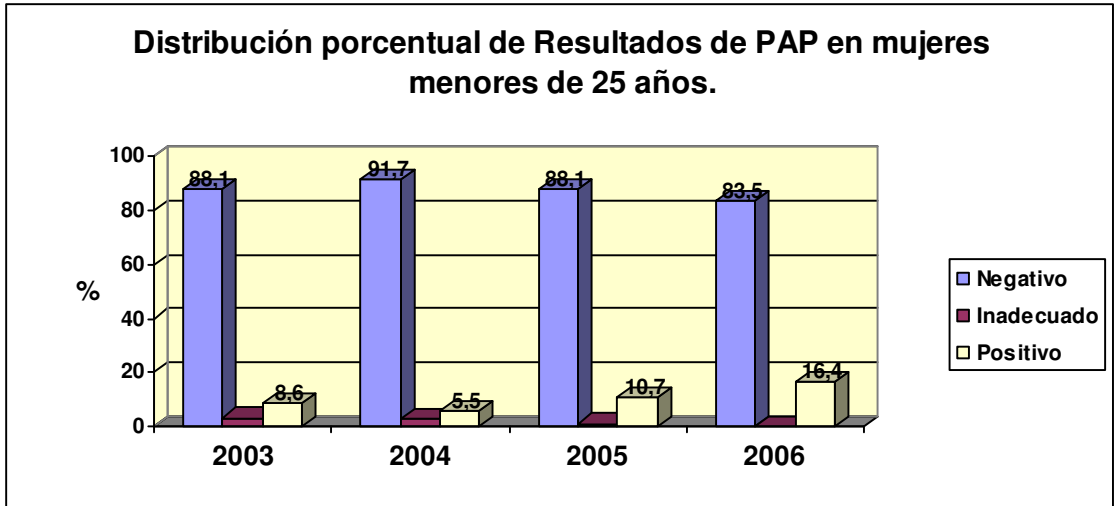


GRAFICO II

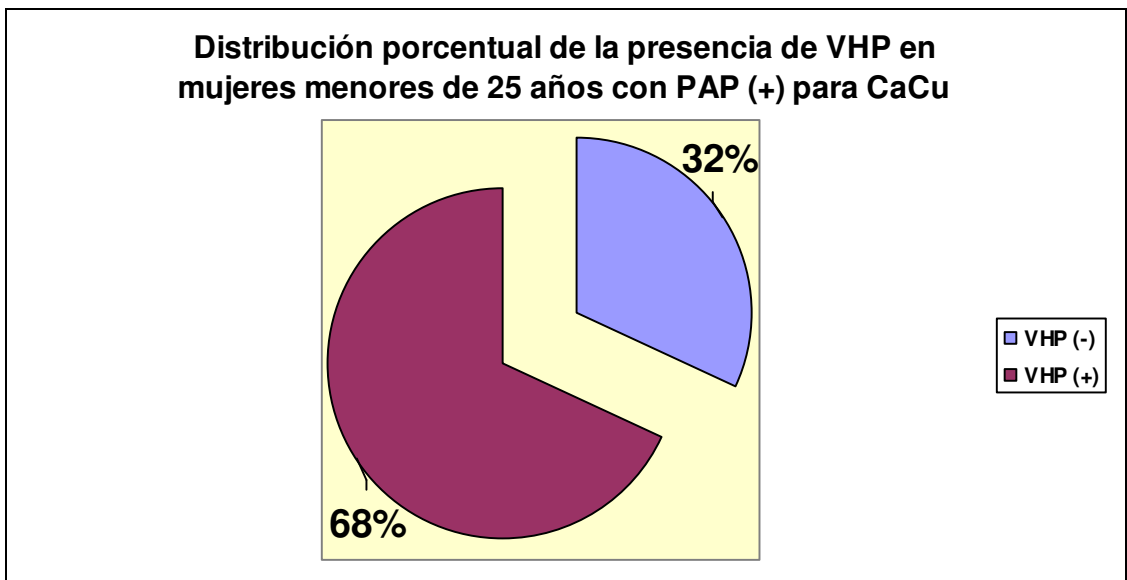


GRAFICO III

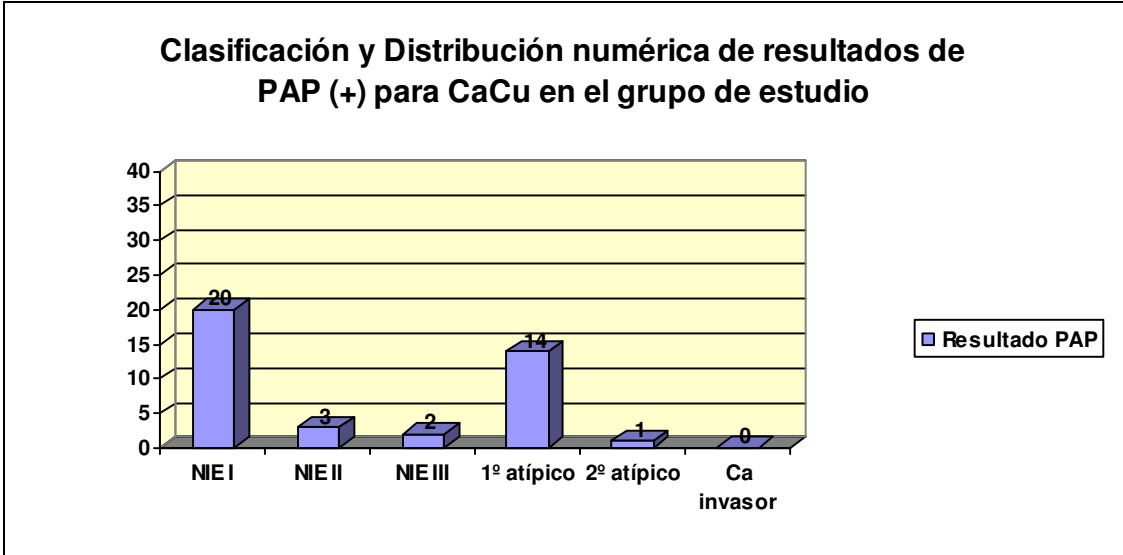


GRAFICO IV

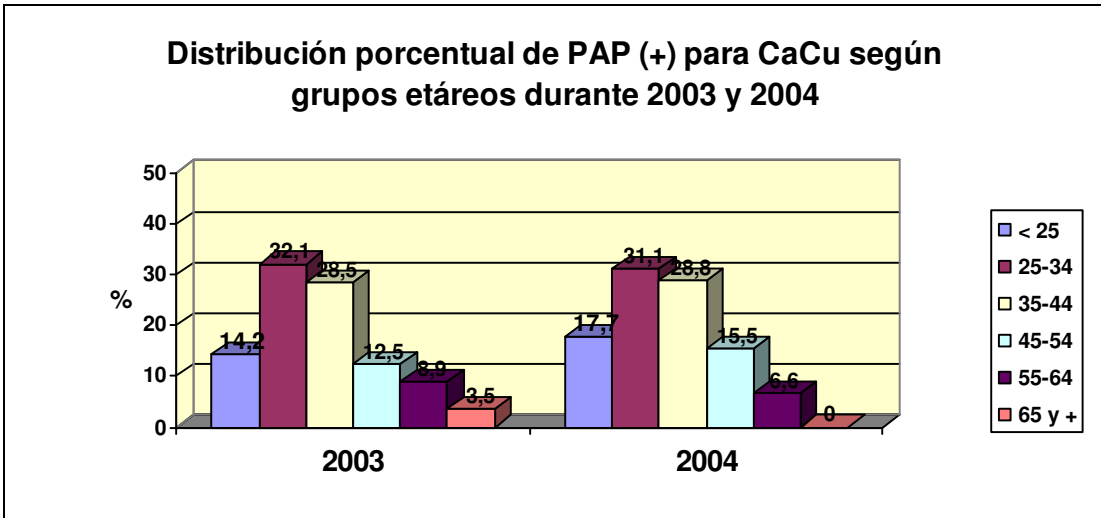


GRAFICO V

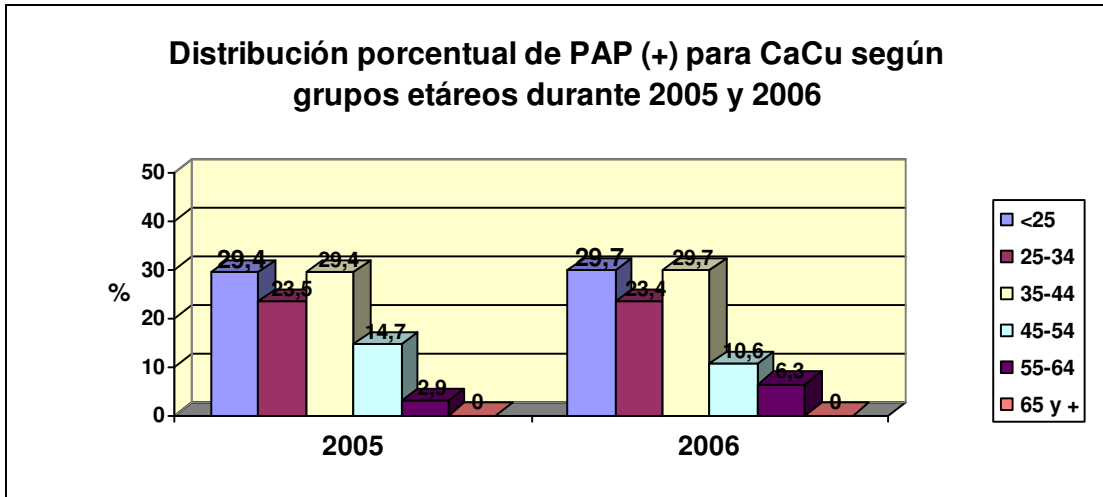


GRAFICO VI

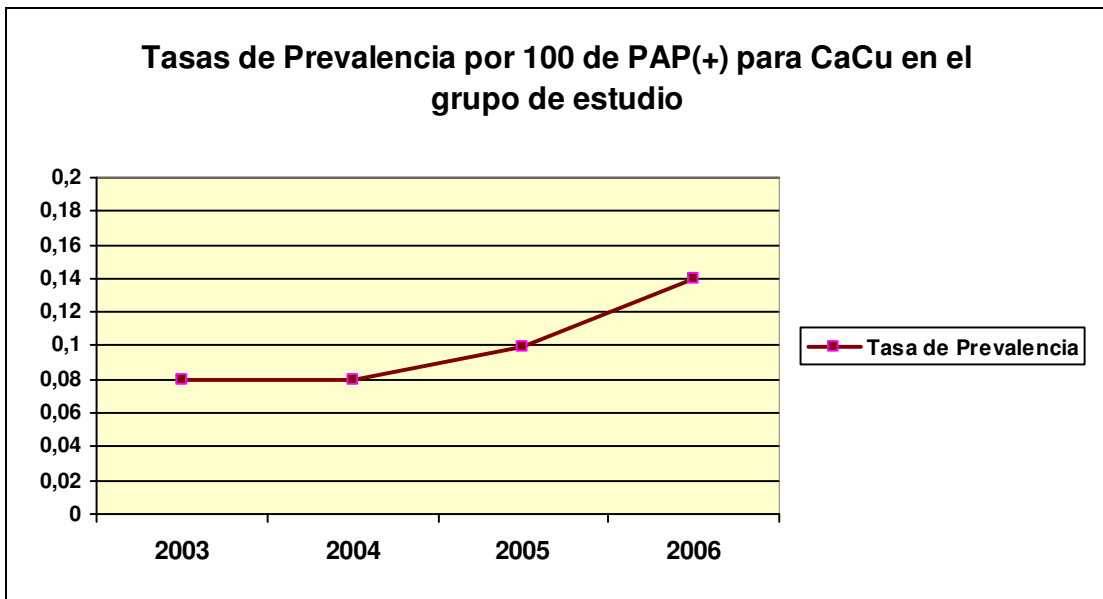


GRAFICO VII

