

The logo of the Universidad Nacional de Loja is a large, ornate emblem on the left side of the cover. It features a central circular seal with a figure holding a book and a torch, surrounded by the Latin motto "IN THE SAVIRIS SAPIENTIE GLORIFICATIO VITE". Below the seal is a classical column with a hand holding a quill pen. A ribbon with the colors of the Ecuadorian flag (yellow, blue, and red) winds around the column. At the base of the column is an open book with the text "Educación sinónimo de Libertad". To the right of the book is a gear and a globe on a stand.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS.
HOSPITAL "VICENTE RODRÍGUEZ WITT", SOLCA -
LOJA, PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014**

*Tesis previa a la
Obtención del Título
de Médico General*

Autora:

Janina Margarita Ríos Moreira

Director:

Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, sobre el Tema: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS. HOSPITAL “VICENTE RODRÍGUEZ WITT”, SOLCA – LOJA, PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014”**, de autoría de la Sra. Janina Margarita Ríos Moreira, ha sido orientada, dirigida y revisada bajo mi dirección; por lo tanto, autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, 14 de octubre de 2016

Atentamente,



.....
Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Janina Margarita Ríos Moreira, egresada de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS. HOSPITAL “VICENTE RODRÍGUEZ WITT”, SOLCA – LOJA, PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014”**, es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional; además, se ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual.

Por lo tanto, la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo, se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Janina Margarita Ríos Moreira

Firma:



Cedula: 1104534332

Fecha: 14 de octubre de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Janina Margarita Ríos Moreira, declaro ser autora de la tesis titulada: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS. HOSPITAL “VICENTE RODRÍGUEZ WITT”, SOLCA – LOJA, PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014”**. Como requisito para optar el grado de **MEDICA GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice el tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los catorce días del mes de octubre del dos mil dieciséis

Firma:.....

Autora: Janina Margarita Ríos Moreira.

Cedula: 1104534332

Correo electrónico: janny_nj@hotmail.es

Teléfono:

Celular: 0959740205

Director de tesis: Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre0, Mg. Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Alba Beatriz Pesantez González, Mg. Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

*Con inmenso amor dedico este trabajo a Dios, por ser mi guía,
mi fortaleza y mi refugio espiritual.*

*A mi hijo Neithdan, quien ha sido mi pilar fundamental y
quien me ha dado el impulso para seguir luchando día a día.*

*A mis amados padres Pablo y Cecilia, por ser los segundos
padres de mi hijo durante la trayectoria de mi carrera, quienes con
su esfuerzo y afán, me enseñaron a luchar por mis sueños.*

*A ti, José Gonzáles, por el apoyo incondicional que me has
brindado, por la confianza y el tiempo depositado en mí, y que hoy
dan frutos.*

*A mis familiares y demás amigos con quienes he compartido las
más gratas experiencias de mi vida estudiantil y me han inspirado
valor y deseos de superación en cada etapa de mi existencia.*

Y a ti, por enseñarme que siempre es posible volver a empezar...

...Janina

AGRADECIMIENTO

Al culminar con éxitos mis estudios universitarios, dejo constancia de mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, por acogerme en sus prestigiosas aulas; a las autoridades, personal docente y administrativo; que sin reparos me impartieron sus sabios conocimientos contribuyendo de manera significativa a mi formación profesional para enfrentar con éxitos los retos y desafíos en un medio de alta competencia. Y, de manera especial, al Sr. Dr. Jorge Reyes Jaramillo, Mg. Sc. DIRECTOR DE TESIS, quien desinteresadamente supo guiarme en la realización del presente trabajo investigativo.

Así mismo hago llegar mi agradecimiento a las autoridades y personal del Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, por la información y colaboración proporcionada, sin la cual no hubiera sido posible desarrollar esta investigación.

De igual manera a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para llevar adelante el desarrollo de esta tesis de grado.

Janina Margarita Ríos Moreira

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| PORTADA..... | I |
| CERTIFICACIÓN | II |
| AUTORIA..... | III |
| CARTA DE AUTORIZACION | IV |
| AGRADECIMIENTO | V |
| DEDICATORIA | VI |
| INDICE..... | VII |
| 1. TÍTULO | 1 |
| 2. RESUMEN | 2 |
| SUMARY | 4 |
| 3. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 4. REVISIÓN DE LITERATURA | 9 |
| <i>1. Aspecto conceptual</i> | 9 |
| 1.1. Cáncer de Cuello Uterino..... | 9 |
| 1.1.1. Etiología..... | 9 |
| 1.1.2. Histología..... | 10 |
| 1.1.3. Clasificación del cáncer de cuello uterino..... | 10 |
| 1.1.4. Estatificación del cáncer de cuello uterino..... | 11 |
| 1.1.5. Manifestaciones clínicas del cáncer de cuello uterino | 13 |

| | |
|--|----|
| 1.1.6. Diagnóstico | 14 |
| 1.1.7. Tratamiento | 15 |
| 1.2. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino | 16 |
| 1.2.1. Enfermedades de transmisión sexual | 16 |
| 1.2.1.1. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) producidas por virus..... | 16 |
| Virus del Papiloma Humano (VPH) | 16 |
| 1.2.1.2. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) producidas por bacterias, protozoarios y hongos | 19 |
| 1.2.2. Edad de riesgo | 22 |
| 1.2.3. Menarquía y menopausia | 22 |
| 1.2.4. Edad del primer coito | 23 |
| 1.2.5. Número de compañeros sexuales | 23 |
| 1.2.6. Planificación familiar | 23 |
| 1.2.7. Paridad..... | 24 |
| 1.2.8. Antecedentes familiares | 24 |
| 1.2.9. Tabaquismo | 24 |
| 1.3. Prevención del cáncer de cuello uterino..... | 24 |
| 1.3.1. Métodos de prevención contra el cáncer cervical | 25 |
| Vacunas contra el HPV | 25 |
| 1.3.2. Exámenes gineco-obstétricos | 27 |

| | |
|---|----|
| Papanicolaou | 27 |
| 2. <i>Aspecto referencial</i> | 28 |
| 2.1. Cáncer de cuello uterino | 28 |
| 3. <i>Aspecto contextual</i> | 33 |
| 3.1. Ciudad de Loja | 33 |
| 3.2. Conducta sexual y social en Ecuador y Loja | 34 |
| 3.3. SOLCA | 36 |
| 5. METODOLOGÍA | 40 |
| 6. EXPOSICION Y ANÁLISIS DE DATOS | 43 |
| 7. DISCUSIÓN | 63 |
| 8. CONCLUSIONES | 68 |
| 9. RECOMENDACIONES..... | 70 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 71 |
| 11. ANEXOS | 79 |
| ANEXO 1..... | 79 |
| ANEXO 2..... | 80 |
| ANEXO 3..... | 83 |
| ANEXO 4..... | 84 |

1. TÍTULO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO
EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS. HOSPITAL “VICENTE RODRÍGUEZ
WITT”, SOLCA – LOJA, PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014**

2. RESUMEN

La presente investigación responde a un grave problema de salud pública como es la incidencia del cáncer de cuello uterino, por lo que, se planteó como objetivo general “Identificar los principales factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo enero 2010 a diciembre 2014”. Esta investigación es de tipo descriptiva, analítica y retrospectiva, de casos y controles; la muestra estuvo conformada por 64 mujeres, de edad fértil entre 20 – 50 años diagnosticadas de cáncer de cuello uterino; y, un mínimo de 2 mujeres sin este diagnóstico, por cada una que sí haya sido diagnosticada con esta patología, como grupo testigo. Los resultados obtenidos se procesaron mediante el programa EPI-INFO 9 y Excel; para el análisis inferencial se empleó pertinentemente el cálculo del Riesgo Relativo (RR), Odds Ratio (OR), la prueba del χ^2 ; y, $p < 0,05$, con probabilidad de 95% . Entre los principales resultados anotamos que la presencia del Virus del Papiloma Humano es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino, con un RR de 22,06 veces para la presentación de cáncer de cuello uterino; así mismos otros factores como el primer coito antes de los 18 años (RR 1,38 veces más); la paridad, ($\chi^2 9,91538 > \chi^2$ tabulado 5,99), demostrando así su asociación y afectando más a las mujeres que son multíparas. Con respecto al uso de anticonceptivos como factor de riesgo de cáncer de cuello uterino se demostró un 88% en quienes reportaron su uso; respecto del tipo de anticonceptivo hay asociación estadísticamente significativa, afectando menos a las mujeres que utilizan el DIU; el consumo de tabaco, como factor de riesgo representa el doble respecto de las mujeres que reportaron no haber consumido tabaco; mientras que aquellas mujeres que consumieron tabaco en número de más de 6 por día, presentan un 92% de riesgo respecto de las mujeres

que reportaron haber consumido de 1 a 5 tabacos al día. El presente constituye un aporte epidemiológico y es base para el desarrollo de posteriores estudios clínicos.

Palabras Clave: Cáncer de cuello uterino, factores de riesgo, virus de papiloma humano, coito prematuro, compañeros sexuales, multiparidad, consumo de tabaco.

SUMMARY

The present research responds to a serious public health problem as is the incidence of cervical cancer, so that, the main general objective set was "To identify the main risk factors associated with cervical cancer in women aged 20 to 50 year-olds, Hospital "Vicente Rodriguez Witt" SOLCA - Loja, during the period January 2010 to December 2014 ". This research is descriptive, analytical and retrospective and case-control. The sample consisted of 64 women at childbearing age between 20 - 50 year-olds diagnosed with cervical cancer; and a minimum of 2 women without this diagnosis for everyone who has been diagnosed with this condition, as a witness group. The obtained results were processed through the program EPI-INFO 9 and Excel; for inferential analysis it was used pertinently the Relative Risk (RR) calculation, odds ratio (OR), Chi²; y, $p < 0,05$ test; with 95% of probability. Among the main results we noted that the presence of human papillomavirus is the main risk factor for developing cervical cancer, with an RR of 22.06 times for the presence of cervical cancer; in the same way other factors such as first intercourse before the age of 18 (RR 1.38 more times); parity, (Chi² 9,91538 > Chi² tabulado 5,99), demonstrating so their association and affecting more women who are multiparous. Regarding the use of contraceptives as a risk factor for cervical cancer, it was demonstrated an 88% in those who reported its use. Regarding to the type of contraceptive there is a statistically significant association, affecting fewer women using IUDs. Cigarette consumption, as a risk factor represents twice about women who reported not having used cigarettes; while women who consumed more than 6 per day, present a 92% of risk compared to women who reported having consumed from one to five cigarettes a day. This is an epidemiological contribution and is the basis for the development of subsequent clinical studies.

Keywords: Cervical cancer, risk factors, human papillomavirus, early sex, sexual partners, multiparity, cigarette consumption.

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad crónico-degenerativa que constituye un problema social, pues, afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Es considerado en segundo lugar como neoplasia maligna y corresponde al 10% del total de nuevos casos de cáncer (Arzuaga M. et al., 2012). “Se estima que causa alrededor de 500000 muertes al año y más de 80% de las muertes corresponden a países menos desarrollados. En países en desarrollo su incidencia llega hasta 40 por 100000 mujeres, básicamente por las dificultades en el acceso a los servicios de salud” (Romero K. et al., 2012).

En América Latina es uno de los problemas sanitarios más grandes a pesar de poseer la tecnología eficaz para la prevención primaria y secundaria de salud, aproximadamente, 30000 mujeres mueren al año y se detectan casi 68000 nuevos casos (Dunán L. et al., 2011).

En nuestro país, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres, solo superada por el cáncer de estómago. Estos niveles alarmantes de casos diagnosticados y la tasa creciente de nuevos casos tienen su origen en la estructura económica de la sociedad y consideraciones relacionadas con el pudor, el género y la comprensión de las usuarias sobre los fundamentos de la prevención. Todos estos aspectos asociados a factores de riesgo como inicio temprano de la vida sexual, primer parto antes de los 18 años, utilización de anticonceptivos orales, multiparidad, numerosos compañeros sexuales etc., incrementa el riesgo de enfermar. Por tal razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que es necesario mejorar los programas de detección y tratamiento de esta patología (Andino F. 2013)

Con estos antecedentes, teniendo en cuenta que no existen estudios de esta índole en nuestro medio y considerando que la población lojana no está alejada de esta realidad, se planteó el

presente estudio denominado: **Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, periodo enero 2010 a diciembre 2014**, en el cual se presentó como objetivo general: Identificar los principales factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años; y, como objetivos específicos: Identificar el principal factor de riesgo predisponente a cáncer de cuello uterino, conocer si el del virus del papiloma humano constituye un factor de riesgo en el desarrollo de dicha patología, analizar la edad como factor predisponente al cáncer de cuello uterino y definir si el inicio de la actividad sexual aumenta el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

El presente trabajo investigativo se realizó durante el periodo mayo 2015 – septiembre 2016 en mujeres entre 20 a 50 años que acudieron al Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, y que fueron diagnosticadas de Cáncer de cuello uterino durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014; y un mínimo de 2 mujeres sin diagnóstico de Cáncer de cuello uterino por cada una que sí haya sido diagnosticada con esta patología. La muestra estuvo conformada por 192 mujeres a quienes se les aplicó un instrumento de valoración (encuestas) cuyos resultados fueron procesados utilizando los programas de EPI-INFO9 y Excel.

Mediante este estudio se pudo comprobar que los factores asociados a la presencia de cáncer, dada por la significación estadística determinada con la prueba de Chi^2 son: virus del papiloma humano, el mismo que tiene un riesgo relativo de 22,06 veces más de aquellas en las que se reportó la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), con una razón de oportunidad (OR) de 238,93 veces más; demostrando que es el principal factor de riesgo asociado a ésta patología.

Además, existen otros factores asociados al cáncer de cuello uterino, con significación estadística, como son: primer coito antes de los 18 años, consumo de tabaco, tipo de

anticonceptivo, multiparidad, uso de anticonceptivos; y, el número de tabacos consumidos por día.

Ante estos resultados es importante considerar, la necesidad de mejorar los programas de intervención primaria que suponen la promoción de la salud para reducir la exposición de la población a los factores de riesgo con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad, la prevención secundaria con un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de cura, mejorando la calidad de vida y sobrevida y disminuyendo la mortalidad, y finalmente la prevención terciara englobando las actividades para la rehabilitación y prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

1. ASPECTO CONCEPTUAL

1.1. CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Llamado también cáncer cervical, es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero. Constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos del aparato genital femenino. Puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer.

El Cáncer Cervical se desarrolla principalmente en la unión escamocolumnar, es decir en el área del cuello uterino conocido como exocérvix. Con la edad, los cambios en el pH vaginal desencadenan un proceso de metaplasia escamosa en el que las células escamosas comienzan a cubrir las células columnares, lo cual produce un área denominada zona de transformación. Con el tiempo la unión escamocolumnar se desplaza del exocérvix hacia el canal endocervical.

El Cáncer de cuello uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas. Con frecuencia, en sus etapas iniciales el Cáncer de cuello uterino no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo.

1.1.1. ETIOLOGÍA

El cáncer de cuello uterino y las lesiones pre malignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VHP), aunque existe cierta susceptibilidad genética.

Se desconocen la etiología del cáncer cervical, sin embargo, la información sugiere una fuerte relación entre la historia y las prácticas sexuales y la incidencia de esta enfermedad. La alimentación y el estilo de vida también se han identificado como cofactores en su desarrollo.

Como no se ha precisado la etiología del cáncer, se hace referencias a las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino, agrupándolas como factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes comunes en las mujeres afectadas.

De lo expuesto se determina que la causa primaria del cáncer de cuello uterino es la infección del virus del papiloma humano, un virus que se trasmite por contacto sexual. Las mujeres que limitan el número de parejas sexuales tienen menos riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual e infecciones pélvicas.

Existe una relación entre las prácticas sexuales, la alimentación y el estilo de vida para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Las mujeres en edad fértil deben asumir conductas sexuales y responsables para la detección temprana del cáncer de cuello uterino.

1.1.2. HISTOLOGÍA

Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino:

Carcinoma Escamoso: A expensas del epitelio pavimentoso, es el más frecuente y tiene dos variables:

- a. Carcinoma escamoso de células grandes (queratinizantes).
- b. Carcinoma escamoso de células pequeñas.

Carcinoma Epidermoide: Se origina del epitelio columnar o glandular.

1.1.3. CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO

El estado precursor suele conocerse como neoplasia intraepitelial cervical (NIC). La NIC se ha subdividido en los siguientes estadios:

1. NIC I displasia leve.
2. NIC II displasia moderada.
3. NIC III displasia grave o carcinoma.

La evolución que se inicia con la displasia leve y que, si no se interrumpe, termina en carcinoma invasivo y tiene una duración variable en cada caso.

1.1.4. ESTADIFICACION DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO

En el estadio 0: Carcinoma in situ; se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal.

En el Estadio I: El cáncer se formó y se encuentra solamente en el cuello uterino. El estadio I se divide en estadios IA y IB, según la cantidad de cáncer que se encuentre.

Estadio IA: Se detecta una cantidad muy pequeña de cáncer en los tejidos del cuello uterino que sólo puede verse con un microscopio. El estadio IA se divide en estadios IA1 y IA2 de acuerdo con el tamaño del tumor.

En el estadio IA1, el cáncer está a no más de tres milímetros de profundidad y no mide más de siete milímetros de ancho.

En el estadio IA2, el cáncer está a más de tres milímetros de profundidad, pero no más de cinco milímetros de profundidad, y no mide más de siete milímetros de ancho.

Estadio IB: En el estadio IB, el cáncer sólo se puede ver con un microscopio y está a más de cinco milímetros de profundidad o mide más de siete milímetros de ancho, o se puede ver sin un microscopio. El cáncer que se puede ver sin un microscopio se divide en los estadios IB1 y IB2, de acuerdo con el tamaño del tumor.

En el estadio IB1, el cáncer se puede ver sin un microscopio y no mide más de cuatro centímetros.

En el estadio IB2, el cáncer se puede ver sin un microscopio y mide más de cuatro centímetros.

En el Estadio II: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis (tejidos que revisten la parte del cuerpo entre las caderas) o hasta el tercio inferior de la vagina. El estadio II se divide en estadios IIA y IIB, según la distancia a la que el cáncer se diseminó.

Estadio IIA: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no hasta los tejidos que rodean el útero.

Estadio IIB: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina y los tejidos que rodean el útero.

En el estadio III: El cáncer se diseminó hasta el tercio inferior de la vagina, se puede haber diseminado hasta la pared de la pelvis o puede haber hecho que el riñón deje de funcionar. El estadio III se divide en estadios IIIA y IIIB, según la distancia hasta la que el cáncer se diseminó.

Estadio IIIA: El cáncer se diseminó hasta el tercio inferior de la vagina, pero no hasta la pared de la pelvis.

Estadio IIIB: El cáncer se diseminó hasta la pared de la pelvis o el tumor se volvió lo suficientemente grande como para bloquear los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga). Este bloqueo puede hacer que los riñones aumenten de tamaño o dejen de funcionar. Las células cancerosas también se podrían haber diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis.

En el estadio IV: El cáncer se diseminó hasta la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo. El estadio IV se divide en estadios IVA y IVB, según el lugar donde se encuentre el cáncer.

Estadio IVA: El cáncer se diseminó hasta la vejiga o la pared del recto, y se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis.

Estadio IVB: El cáncer se diseminó más allá de la pelvis y los ganglios linfáticos de la pelvis hasta otros lugares en el cuerpo, como el abdomen, el hígado, el tracto intestinal o los pulmones.

1.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

En su primera fase no presenta síntomas, cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el cérvix, los síntomas que se pueden presentar abarcan:

1. Secreción vaginal continua, que puede ser pálida, acuosa, rosada, marrón, sanguinolenta o de olor fétido.
2. Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
3. Períodos menstruales más abundantes y que duran más de lo usual.

Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado comprenden:

Pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor pélvico, dolor de espalda, dolor en las piernas, inflamación en una sola pierna, sangrado vaginal profuso, fuga o filtración de orina o heces por la vagina, fracturas óseas.

1.1.6. DIAGNÓSTICO

Citología exfoliativa de cérvix: El diagnóstico idealmente debe ser preventivo y en la etapa de los precursores, para lo cual el Papanicolaou es la prueba inicial básica en la lucha contra el cáncer para detectar lesiones intraepiteliales.

Tacto: Vaginal y rectal cuando sea necesario para investigar progresión y metástasis.

Examen con espéculo: Investigar lesiones cervicales, que aparentan simples cervicitis.

Test de Shiller: Para descubrir zonas afectadas yodo negativas que permiten tomar biopsia dirigida.

Colposcopia: Consiste en investigar zonas de reepitelización atípica, base, mosaico y atipia vascular también permite tomar biopsia dirigida.

Biopsia: Para descartar, confirmar o precisar características histológicas de los hallazgos en la citología o colposcopia.

Conización: Sirve para el estudio histológico y seguridad pronóstica, bordes libres o tomados. Es una de las formas del tratamiento en la NIC III.

Ecografía: Mediante este diagnóstico se puede identificar ganglios linfáticos mayores de 2 cm, pero no indica su etiología benigna o maligna. Puede identificar metástasis hepáticas y renales.

Tomografía computarizada: Es útil en el carcinoma invasor para precisar el tamaño del tumor, invasión y propagación de parámetros y paredes laterales de la pelvis, así como hidronefrosis y metástasis hepáticas y óseas.

Resonancia magnética: Tiene mayor precisión que la tomografía computarizada para precisar invasión de parámetros, vagina, útero y vejiga.

1.3. TRATAMIENTO

El tratamiento para el cáncer de cuello uterino depende principalmente de la etapa del cáncer, otros factores aparte de la etapa, como la edad, estado de salud general y los tres tipos principales de tratamiento contra el cáncer de cuello uterino son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, aunque algunas veces el mejor plan de tratamiento incluye dos de estos métodos o más:

CIRUGÍA: En algunos casos se hace la extirpación del útero (histerectomía), mientras que en otros no. Si el cáncer se ha propagado fuera del útero, puede que sea necesario extirpar otros órganos tales como el colon o el recto. Los tipos de cirugía más comunes contra el cáncer del cuello uterino son:

Criocirugía: Las células cancerosas se destruyen por congelación; no útil en cáncer invasivo.

Cirugía por Láser: Se emplea un rayo láser para quemar las células o extraer una muestra pequeña de tejido para estudiarlo.

Biopsia Cónica: Se extrae del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono.

Histerectomía Simple: Se extirpa en el útero, pero no los tejidos contiguos al útero.

RADIOTERAPIA: Usa rayos de alta energía (rayos X) para eliminar y encoger las células del cáncer.

QUIMIOTERAPIA: Uso de medicamentos para destruir las células del cáncer. Usualmente los medicamentos se administran por vía intravenosa u oral, una vez que el medicamento entra por el torrente sanguíneo, llega a todo el cuerpo.

1.2. FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1.2.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se ha demostrado la asociación de Cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como las infecciones repetitivas del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado la relación con antecedentes por chlamydia trachomatis o herpes simples. La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia.

1.2.1.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCIDAS POR VIRUS

Para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) no existe cura definitiva, sólo se cuenta con tratamientos que las controlan, pero no las curan, es decir que los virus permanecen en el cuerpo aun cuando desaparezcan las lesiones, por lo que se pueden contagiar a otra persona, aunque son infecciones que se controlan con un tratamiento médico adecuado. Por esta razón, aun cuando se eliminen los síntomas, es necesario utilizar algún método anticonceptivo de barrera, como el condón masculino y el condón femenino, para evitar transmitirlo a la pareja.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV)

Es una enfermedad infecciosa de origen viral de frecuente transmisión sexual, que afecta a la mucosa del aparato genital. Su agente etiológico es el Virus del Papiloma Humano (HPV), el mismo que afecta a más de la mitad de la población joven entre 13 y 24 años de edad, y la mayoría de los contagiados, son mujeres, con el riesgo de contraer Cáncer de cuello uterino.

El HPV puede alojarse en el organismo sin mayor ruido y cuando llega es para quedarse de por vida, si no se trata a tiempo.

Etiología: El HPV son virus no encapsulados pertenecientes a la familia PAPOVAVIRIDAE, que infectan el epitelio de la piel o las mucosas y son de forma circular, con un diámetro de 52 a 56 nanómetros (nm), la cápside viral tiene una forma icosaédrica que está compuesta de 72 capsómeros. Además, presentan un DNA de doble cadena, con alrededor de 8000 pares de bases, su reproducción se realiza exclusivamente en determinados tipos de células, porque utiliza parte de los componentes del tejido del huésped, para desarrollarse completamente.

Para evitar el contagio de la mencionada enfermedad hay que, naturalmente, conocer a fondo al compañero y usar condón, que es el único medio eficiente para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual. El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital; estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. La infección por VPH se asocia con verrugas vulvares y plantares que aparecen frecuentemente en niños, jóvenes y adultos. En adultos se observaba lesiones ano genitales por el condiloma acuminado, es una de las infecciones más comunes de transmisión sexual.

La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, la mayoría de

infecciones genitales por VHP son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. En el hombre cursa como portador asintomático.

“Los virus papiloma son un género de virus agrupados por su tumorigenicidad y homogeneidad del DNA. Se conocen más de 70 tipos de VPH, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital. La International Agency for Research on Cáncer de la OMS los clasifica como carcinogénicos (tipos 16 y 18) probablemente carcinogénicos tipos 31 y 32 y posiblemente carcinogénicos (otros excepto 6 y 11). Se ha encontrado una asociación entre infección anogenital por HPV y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer de cuello uterino invasor”⁵.

“Desde el punto de vista genómico, el DNA del HPV se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos y los tardíos. Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside viral; los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas. La infección por HPV clínica y subclínica es la enfermedad de transmisión sexual más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva”⁵.

Síntomas: Los síntomas se inician con una lesión parecida a una verruga que al ir multiplicándose toma una forma parecida a la coliflor. Estas verrugas crecen en los órganos sexuales y el ano. Las molestias principales son ardor y comezón alrededor del pene, de la vulva o del ano. Las verrugas no desaparecen por sí solas, es necesario que las elimine el médico, lo que no quiere decir que se haya curado la infección, ya que no existe cura definitiva, por lo que las verrugas pueden volver a aparecer en cualquier momento.

HERPES GENITAL

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por virus del herpes simple tipo 1 y tipo 2.

Síntomas: Después de tres a veinte días de haber entrado en contacto con el virus, aparecen en el área infectada (ano, pene, vagina, ojos) una serie de vesículas o ampollas que, posteriormente, se revientan y se convierten en llagas muy dolorosas. Los síntomas empiezan con comezón o ardor y después, aparecen pequeñas ampollas, como si fueran quemaduras, que al romperse forman lesiones húmedas que contienen grandes cantidades de virus.

Aunque estas lesiones desaparecen temporalmente, la infección persiste y reaparecen constantemente. Actualmente no existe cura para el herpes, sólo se controla la aparición de lesiones y el dolor.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); caracterizada por la ausencia de respuesta inmunitaria. Esta infección se adquiere por medio de las relaciones sexuales, por recibir transfusiones de sangre contaminada por el VIH, o transmitirse de una mujer que lo tenga, a su hijo/a durante el embarazo, parto y lactancia. Es muy grave, ya que en la mayoría de los casos es mortal. En la actualidad, en todo el mundo, existen millones de personas que la padecen.

Sintomatología: El tiempo que existe entre la infección primaria y el desarrollo de la enfermedad es muy variable, aunque se calcula en aproximación 10 años. Durante el desarrollo de esta fase la persona permanece sin síntomas, hasta que se presenta una infección oportunista que desarrolla los siguientes síntomas: fiebre, pérdida de peso, diarreas, dermatitis seborreica, úlceras herpéticas (bucales, genitales y perineales), tos, disnea, deterioro neuropsicológico, lesiones cutáneas, síndrome nefrótico, entre las manifestaciones orales más frecuentes destacan la gingivitis, leucoplasia vellosa de la lengua, úlceras aftosas.

1.2.1.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) PRODUCIDAS POR BACTERIAS, PROTOZOARIOS Y HONGOS

Dentro de estas ITS las más frecuentes son la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis.

SÍFILIS

Es una enfermedad sistémica contagiosa causada por el *Treponema Pallidum* caracterizada por causar estadios clínicos sucesivos y con un período de latencia asintomático de varios años de duración. Puede afectar cualquier tejido u órgano vascular y transmitirse de madre al feto (sífilis congénita).

Etiología: La sífilis es una infección crónica generalizada por una espiroqueta, *Treponema Pallidum*, que es un microorganismo espiridiforme delicado de alrededor de 0,25 um de ancho y de 5 a 20 um de largo, se lo identifica por su morfología y motilidad mediante el campo oscuro en microscopía o en inmunofluorescencia. El *Treponema Pallidum* no crece en medios de cultivos artificiales, ni tampoco sobrevive mucho tiempo fuera del organismo humano, pero permanece viable durante algunos días en los cultivos de tejido. El periodo de incubación es de 9 a 90 días según el inóculo.

Síntomas: La primera señal de contagio es la aparición de un pequeño grano que se ulcera llamado chancro, en órganos sexuales, boca y/o ano. Éste grano no duele ni tiene pus, y desaparece en promedio a las cuatro o seis semanas, sin que esto indique que la infección se curó. En un segundo momento pueden aparecer unas pequeñas ronchas rojizas en el cuerpo, de las que sale un líquido que puede llegar a infectar a otras personas a través del contacto directo y luego de algunas semanas desaparece, pero no así la infección.

GONORREA

Es una enfermedad infecciosa aguda del epitelio de la uretra, cérvix, recto, faringe, mucosa ocular, que puede producir bacteriemia y complicaciones metastásicas. Es causada por la *Neisseria gonorrhoeae*.

Etiología: La gonorrea es una infección producida por la *Neisseria Gonorrhoeae*, un diplococo Gram negativo que se lo identifica en forma de pares, reniformes, intracelulares con unas superficies adyacentes y algo cóncavas. Esta bacteria es delicada y frágil que lesiona el epitelio cilíndrico encontrándose en el interior de leucocitos polimorfonucleares. Las proteínas de superficies permiten el transporte a través de las membranas celulares y también contribuyen a la resistencia de los efectos bactericidas del suero humano, los lipopolisacaridos de la superficie bacteriana, estimulan el proceso inflamatorio que caracteriza clínicamente a la gonococia.

Síntomas: Aproximadamente de 2 a 20 días posteriores a la infección, en los hombres se puede presentar dolor o ardor al orinar y escurrimiento de líquido con pus por la uretra, que es el conducto por el que sale la orina. Si no se atiende rápidamente, la gonorrea infecta la próstata, produciendo su inflamación. En las mujeres puede no presentarse ningún síntoma, por lo que puede suceder que no se den cuenta de que tienen la infección y por ello puede avanzar e inflamar las Trompas de Falopio, produciendo dolor en la parte baja del abdomen. En ocasiones la infección puede manifestarse por una secreción vaginal de color amarillo-verdoso.

CLAMIDIASIS

Es una enfermedad curable, causada por una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis*, que se transmite sexualmente durante el sexo oral, vaginal o anal.

Síntomas: Después de una o dos semanas de la infección, en el hombre se puede presentar una secreción blanca que sale por la uretra, así como ardor al orinar. En la mujer es frecuente

que no se noten los síntomas. Cuando los hay, puede aparecer una secreción amarillenta por la vagina; sangrado vaginal entre menstruaciones, ardor o dolor al orinar y dolor en el abdomen; en ocasiones puede haber fiebre y náuseas; y dolor durante las relaciones sexuales.

TRICOMONIASIS

Es una enfermedad infecciosa que afecta la mucosa vaginal y vulva con aumento de la secreción vaginal, frecuentemente muy abundante, con mal olor ocasional. Su agente etiológico es la *Trichomona vaginalis*.

Etiología: La *Trichomona vaginalis* es un protozoo, parásito del tracto genitourinario de ambos sexos; el parásito suele ser periforme y sus dimensiones aproximadas son: 7x10um, aunque puede medir 25um de largo, posee 4 flagelos en su parte interior y un quinto flagelo sumergido en una membrana ondulante. El parásito es más frecuente en las mujeres, afectando un 10 a 20 % de ellas durante la vida reproductiva y es causa de vaginitis, uretritis y posiblemente cistitis.

Síntomas: De cuatro a veintiocho días después de la infección, se puede presentar en la mujer comezón en vagina y vulva, con un flujo amarillo o verdoso de mal olor, que sale a través de la vagina, así como inflamación, por lo que puede haber dolor durante las relaciones sexuales. En el varón, en la mayoría de los casos no hay síntomas, lo que no significa que no tenga la infección y pueda contagiar a su pareja. En algunas ocasiones aparece inflamación de la uretra, con dolor al orinar.

1.2.2. EDAD DE RIESGO

El Cáncer de cuello uterino es muy poco frecuente en niñas menores de 15 años. El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 30 años de edad. Las mujeres de más de 40 años siguen en riesgo y deben continuar sometiéndose con regularidad a detecciones a través de pruebas de Papanicolaou.

1.2.3. MENARQUÍA Y MENOPAUSIA

Es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarquía está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico.

La menopausia por lo general ocurre entre los 40 y 55 años, es bastante tiempo durante el cual, las mujeres sufren una serie de cambios, pero no todas viven la menopausia con la misma intensidad. Algunas mujeres presentan una menopausia tardía, y siguen menstruando hasta después de los 55 años. Las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales, antes de los doce años, o llegan a la menopausia después de los 55 tienen un riesgo mayor de contraer Cáncer de cuello uterino.

1.2.4. EDAD DEL PRIMER COITO

El inicio temprano de la actividad sexual implica la aparición de varios compañeros sexuales. Se ha demostrado, que en la adolescencia los tejidos de cuello uterinos son más susceptibles a la acción de carcinógenos si existe un agente infeccioso relacionado. El riesgo de la lesión intraepitelial es 2 veces mayor en mujeres que inician su actividad sexual antes de los 15 años.

1.2.5. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

Existe una relación directa entre el riesgo de la lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales, ésta se la relaciona con la probabilidad de exposición al VPH.

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por la variación, ni la frecuencia con que se practica el coito; sino porque la promiscuidad tiene el antecedente y el alto riesgo de contraer las enfermedades de transmisión sexual, cuya etiología participan virus oncógenos.

1.2.6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es una acción prioritaria de la salud reproductiva, que asegura a hombres y mujeres la posibilidad de decidir en forma libre y responsable, el número de hijos que deseen, así como cuándo y con qué frecuencia tenerlos. Incluye el derecho de las personas a ser informadas y a la elección libre de los métodos anticonceptivos disponibles.

Píldoras Anticonceptivas.

El uso prolongado de anticonceptivos orales se asocia con el riesgo mayor de la lesión intraepitelial. En un estudio realizado por la International Agency for Research on Cancer encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de 5 años no se relaciona con el cáncer de cuello uterino, el riesgo aumenta para las mujeres que lo usan por más de 5 años. El uso de anticonceptivos orales por más de 5 años es un cofactor que incrementa cuatro veces el riesgo de padecer cáncer del cuello uterino en las mujeres portadoras del VPH.

1.2.7. PARIDAD

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH.

1.2.8. ANTECEDENTES FAMILIARES

Las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayor probabilidad de contraer esta enfermedad. Esto se debería a que estas mujeres son menos capaces de combatir el VPH en comparación con otras mujeres, u otros factores podrían estar involucrados.

1.2.9. TABAQUISMO

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones pre invasoras y la duración e intensidad del hábito del tabaco. En promedio se considera que las fumadoras tienen dos o tres veces el riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras.

Se ha demostrado la presencia de nicotina, cotidina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido de cuello uterino en mujeres que fuman. El tabaco induce un efecto inmunosupresor local. También se han conseguido mutágenos en el moco cervical.

1.3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

La prevención se refiere a todas las actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias. Prevenir significa inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos.

En el Cáncer de cuello uterino mediante la prevención y control de la infección genital por HPV, por medio de las estrategias de promoción de la salud dirigidas al cambio de comportamiento sexual, se podría evitar el Cáncer de cuello uterino.

En el Cáncer de cuello uterino el camino para prevenir las muertes por cáncer de cérvix es simple y eficaz; si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no va a desarrollar cáncer.

1.3.1. MÉTODOS DE PREVENCIÓN CONTRA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1. Vacuna contra el virus del papiloma humano.
2. Realización de la prueba de Papanicolaou de forma regular.
3. Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales.
4. No fumar.
5. No beber.
6. Si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses.
7. Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

VACUNAS CONTRA EL VPH

Se han estado desarrollando vacunas que pueden proteger a las mujeres contra las infecciones del VPH. En los Estados Unidos, hasta este momento la FDA ha estudiado y aprobado una vacuna que protege contra los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18 (Gardasil®) y otra que protege contra los tipos 16 y 18 (Cervarix®). Las dos vacunas requieren una serie de tres inyecciones por un período de 6 meses. En los estudios clínicos, ambas vacunas previnieron los cánceres y los-pre cánceres de cuello uterino causados por los tipos de VPH 16 y el 18.

La vacuna Gardasil también previno los tipos de cáncer de ano, vagina y vulva causados por estos tipos de VPH, así como las verrugas genitales causadas por los tipos 6 y 11. La Cervarix también provee cierta protección contra la infección y los pre-cánceres del cuello uterino causados por los tipos de VPH de alto riesgo que no sean VPH 16 y 18. También ha demostrado prevenir infección anal con los tipos de VPH 16 y 18.

Ambas vacunas sólo funcionan para prevenir la infección con VPH (no tratan una infección existente). Por esta razón, para la mayor efectividad, la vacuna contra el VPH se debe aplicar antes de que una persona comience a tener relaciones sexuales. En el 2009, el Federal Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) publicó recomendaciones actualizadas para la vacunación contra el VPH en niñas y mujeres jóvenes.

Recomendó que la vacuna con la serie de tres inyecciones fuera administrada de forma rutinaria a las niñas entre 11 y 12 años. Las niñas pueden también recibir la vacuna contra el VPH a una edad tan temprana como a los 9 años a discreción de los doctores. El ACIP también recomendó que las mujeres entre 13 y 26 años de edad que no hayan sido vacunadas reciban las vacunas a manera de ponerse al día.

Para la prevención de los cánceres y los-pre cánceres de cuello uterino, se puede usar cualquiera de las dos vacunas: Cervarix o Gardasil. Sin embargo, el ACIP recomienda Gardasil para la prevención de verrugas genitales, así como cánceres y pre-cánceres de cuello uterino.

Estas vacunas han sido probadas en mujeres de mayor edad, y parecen ser eficaces en producir una reacción inmune a los tipos de VPH en la vacuna y también reducen los cánceres y pre cánceres de cuello uterino en las mujeres que reciben la vacuna. Es importante entender que ninguna vacuna provee protección completa contra todos los tipos de VPH causantes de cáncer.

1.3.2. EXÁMENES GINECO OBSTÉTRICOS

PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix (el extremo inferior, estrecho, del útero). El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar el cáncer o cambios anormales de las células que pueden convertirse en cáncer. También se pueden encontrar estados no cancerosos, como infecciones e inflamación.

Las mujeres deberán hacerse esta prueba cuando no estén menstruando; el mejor tiempo es de 10 a 20 días después del primer día del último período menstrual. Si, el día de su cita, le baja el periodo menstrual a la mujer, deberá llamar inmediatamente al médico para cambiar la cita. Dos días antes de la prueba de Papanicolaou, la mujer deberá evitar el lavado vaginal o usar medicamentos vaginales o espumas, cremas o gelatinas espermicidas (excepto cuando sea indicado por el médico).

Estos podrían lavar o esconder las células anormales. Además, la mujer no deberá tener relaciones sexuales uno o dos días antes de la prueba de Papanicolaou, ya que esto puede causar resultados poco claros. Después de la prueba, la mujer puede volver a sus actividades normales y regresar a trabajar inmediatamente.

Toda mujer debe someterse a una prueba de Papanicolaou al menos cada 3 años. La primera se deberá hacer después de 3 años desde el momento de haber empezado a tener relaciones sexuales, pero antes de cumplir 21 años de edad. Los expertos recomiendan que se espere alrededor de tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales para evitar un tratamiento excesivo por cambios anormales que son comunes y temporales.

No existe peligro alguno si se espera 3 años, ya que, por lo general, el cáncer de cérvix evoluciona lentamente. Este tipo de cáncer es raro en extremo entre mujeres menores de 25 años de edad.

Las mujeres entre 65 y 70 años que han recibido resultados normales en al menos 3 pruebas de Papanicolaou y que no han recibido resultados anormales en los últimos 10 años, pueden optar por suspender las pruebas de Papanicolaou tras consultar con su médico.

EXAMEN PÉLVICO

En un examen pélvico, el médico palpa el útero (matriz), la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de buscar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Durante el examen pélvico, se utiliza un instrumento llamado espéculo para ensanchar la vagina y poder ver la parte superior de la vagina y el cérvix o cuello uterino.

IMPORTANCIA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU Y EL EXAMEN PÉLVICO

La prueba de Papanicolaou y el examen pélvico son parte importantes del cuidado rutinario de la salud de una mujer, ya que con ellos se pueden detectar anomalías que pueden conducir a un cáncer invasor del cérvix. Estas anomalías pueden ser tratadas antes de que el cáncer se presente. La mayoría de los cánceres invasores del cérvix se pueden prevenir si las mujeres se hacen pruebas de Papanicolaou con regularidad. Además, al igual que otros tipos de cáncer, el cáncer de cuello uterino puede ser tratado con mayor éxito cuando se detecta temprano.

La prueba de Papanicolaou puede realizarse en el consultorio médico, en una clínica o en el hospital.

2. ASPECTOREFERENCIAL

2.1. CANCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por papiloma virus humanos (PVH). Cada año se diagnostican de uno a dos millones de casos nuevos. Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran

hoy en países de bajos ingresos, donde prácticamente no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad³⁶. En países en desarrollo su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres³⁷.

En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por CCU son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100.000 mujeres³⁸.

Desde la década del 60, la OPS identificó el cáncer del cuello del útero como un problema prioritario de América Latina y el Caribe, aun así las tasas de incidencia y mortalidad siguen siendo elevadas ya que cerca de 25 000 mujeres mueren cada año por esta causa³⁹.

“Según estudios realizados por la OMS, OPS y la UNFPA (2010). El cáncer de cuello uterino cobra la vida de más de 270000 mujeres cada año, y más del 80% de las muertes corresponden a países menos desarrollados”⁴⁰.

El carcinoma de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión del tejido subyacente o no y la producción de metástasis a distancia. Se inicia con cambios neoplásicos intraepiteliales que, aproximadamente entre, 10 y 20 años se puede transformar en proceso invasor⁴¹.

Las zonas de alto riesgo incluyen Sudamérica, Este y Sur de África y la India. En los Estados Unidos existen más de 10000 nuevos casos al año con más de 3700 muertes por año atribuidas a esta enfermedad⁴².

Actualmente, es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina, y a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia⁴³.

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar Cáncer de Cuello uterino, cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que las tasas más altas corresponden a Chile y México, mientras que las más bajas ocurren en Cuba, Puerto Rico y Argentina⁴⁴.

En Venezuela, el cáncer de cuello uterino es una de las primeras causas de mortalidad oncológica en la mujer, reportándose 1178 casos para el 2003; siendo la región zuliana y los estados centrales los más afectados⁴⁵.

Aunque se considera que el Virus del Papiloma Humana es el agente etiológico más frecuente de esta neoplasia debemos tener en cuenta que existen varios factores que se consideran predisponentes a adquirir este tipo de enfermedad.

En un estudio realizado en el Hospital J. R. Vidal, se demostró que edad de presentación del cáncer de cérvix uterino, encontrándose que la población de mujeres entre los 25 y 55 años era el rango etario más afectado por esta patología⁴⁶.

Según Daly, las mujeres tienen un 2 % de probabilidades de padecer cáncer hasta los 39 años, un 9 % a los 59 años, y hasta un 23 % al llegar a los 79 años. En el siglo XXI casi la mitad de las mujeres estarán expuestas al riesgo de padecer una lesión cancerosa o precancerosa⁴⁷.

En Bolivia existen 2031379 mujeres en riesgo, es el país con mayor incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en América después de Haití. En Bolivia, es considerado como el cáncer más frecuente y primera causa de muerte de mujeres de 35-59 años. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Oficialmente se registra un total de 661 muertes por año, nueve mujeres mueren cada dos días por esta causa⁴⁸.

Muñoz F. y Colaboradores, señalan entre los factores más relevantes: la edad, aparece más frecuentemente en mujeres mayores de 25 años; inicio temprano de la actividad sexual (antes

de los 19 años); promiscuidad y multiparidad dado que es infrecuente en mujeres célibes o nulíparas; embarazo temprano; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; tabaquismo; infección por el virus del papiloma humano. Las deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E, también se consideran factores que aumentan la probabilidad de un cáncer del cuello del útero⁴⁹.

No hay dudas de que el cáncer del cuello uterino es la neoplasia maligna del aparato ginecológico que más precoz aparece, durante el decursar de la vida. En Chile durante el 2011, el cáncer de cuello uterino fue la 4ta causa de muerte oncológica en la mujer chilena, la 1ra entre los 20 a 44 años de edad y la 3ra causa entre los 45 y 59 años de edad⁵⁰.

Si bien no existe un planteamiento coincidente en el cáncer cervicouterino en correspondencia con la menarquia precoz o tardía, como sucede por ejemplo con el cáncer de mama, sí se plantea por algunos autores que han encontrado cierta correspondencia entre estas variables, como *Benia y Tellechea* en Uruguay, en cuyo estudio el 12,5 % de los casos tuvo una menarquia precoz⁵¹. Otros estudios, como el de *Castañeda-Toledo* mostraron significación cuando la menarquia ocurrió antes de los 10 años o después de los 14 años⁵². Se considera pues, que esta correlación obedece a la elevada asociación que existe entre la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales, pues la aparición de los ciclos menstruales muchas veces es interpretada por las adolescentes como madurez biológica y, por ende, de inicio de la vida sexual activa.

En Argentina en un estudio realizado en el nordeste, se comprueba que los factores que más influyen en la aparición de cáncer uterino, es la infección por VPH y el inicio de vida sexual temprano; sin embargo, la incidencia de esta neoplasia se da en mujeres antes de los 55 años (72%)⁵³.

El VPH es un virus ampliamente extendido. Un 75 % de la población sexualmente activa ha tenido contacto con el virus en algún momento su vida⁵⁴.

“Se han identificado más de 130 tipos de VPH, de los cuales unos 20 son virus de alto riesgo para desarrollar cáncer de cérvix. Los subtipos más frecuentes y más carcinogénicos son el HPV 16 y 18. El HPV-16 es el tipo que aparece, fundamentalmente, en los tumores invasivos y en los de alto grado de malignidad; el HPV-18 se relaciona con el carcinoma pobremente diferenciado y con un mayor compromiso de los ganglios linfáticos, lo cual puede variar en dependencia de la localización geográfica. Los tumores HPV-18+ progresan más rápidamente que los relacionados al HPV-16. Tanto el HPV-18 como el HPV-16 pueden encontrarse como viriones, integrados en el ADN celular o de forma episomal”⁵⁵.

La detección rápida de cáncer de cuello uterino es muy importante y para ello actualmente contamos con varios métodos, entre los cuales tenemos principalmente el PAP (Papanicolaou), ya que constituye un diagnóstico accesible, con muestras citológicas de bajo coste, que detectado a tiempo puede dar a la paciente un buen pronóstico como hemos mencionado anteriormente⁵⁶.

Estudios en la región de las Américas muestran resultados diversos con relación a la paridad. Un estudio realizado en México encontró una media significativa en su casos de 3,67 partos, llamando la atención la tendencia lineal de riesgo estimado de padecer un CCU a partir del primer parto vaginal, de tal manera que las mujeres con siete partos o más, tienen un riesgo estimado de 3,24 veces (IC 95 % 2,20-4,76)⁵⁷.

Por medio de los representantes de los países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimulado el desarrollo de programas para detección y control del Cáncer de Cuello Uterino. Durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en el 2005, en la Resolución WHA58.22, sus miembros reconocieron que el Cáncer de Cuello Uterino es un problema de salud pública, a

pesar de ser uno de los cánceres con más posibilidades de detección precoz y cura. Además de eso, manifestaron que el control del CCU contribuirá para alcanzar objetivos y metas internacionales relacionadas con la salud reproductiva. La OMS incentiva también acciones prioritarias para reducir el número de casos de cáncer en cada país, como: la disponibilidad de recursos y la capacidad de los sistemas de salud para ejecutar programas de prevención, control y atención paliativa a las personas con cáncer, con participación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias, incluyendo representantes de los pacientes y sus familias. Recomienda además que el Cáncer de Cuello Uterino sea uno de los temas prioritarios de investigación y que los países miembros aseguren su realización⁵⁸.

3. ASPECTO CONTEXTUAL

3.1. CIUDAD DE LOJA

Loja es una ciudad del Ecuador, capital de la provincia y cantón Loja, tiene una rica tradición en las artes, y por esta razón es conocida como la capital musical y cultural del Ecuador.

La ciudad es hogar de dos universidades importantes: la Universidad Nacional de Loja, fundada en 1859 por el Gobierno Federal de Loja, siendo la universidad en funciones más antigua del país después de la Universidad Central del Ecuador (Quito), y la Universidad Técnica Particular de Loja, fundada en 1971.

Por su desarrollo y ubicación geográfica fue nombrada sede administrativa de la región sur o zona 7 comprendida por las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe.

La población de la ciudad de Loja representa el 33.5% del total de la provincia de Loja, y el 86% del total poblacional del cantón Loja. Según datos oficiales en la ciudad de Loja existen 180.617 habitantes, en su zona urbana habitan 170.280 personas que representan el 79,3%;

mientras que 10.337 personas, es decir el 20,7% habitan en la zona rural. De los habitantes de la zona urbana, 86.631 (47,9%) son hombres y 93.986 (52,1%) son mujeres; de estas últimas 55.824 se encuentran en edad fértil (12 – 49 años).

El clima de Loja es temperado-ecuatorial subhúmedo. Con una temperatura media del aire de 16 °C. La oscilación anual de la temperatura lojana es de 1,5 °C, generalmente cálido durante el día y más frío y húmedo a menudo por la noche.

Junio y julio, trae una llovizna oriental con los vientos alisios, y se conoce como la "temporada de viento". Los meses de menor temperatura fluctúan entre junio y septiembre, siendo julio el mes más frío. De septiembre a diciembre se presentan las temperaturas medias más altas, sin embargo, en esos mismos meses se han registrado las temperaturas extremas más bajas. Particularmente, en el mes de noviembre se registra el 30% de las temperaturas más bajas del año.

La ciudad de Loja posee un microclima marcado, siendo el sector nororiental más cálido que el resto del área urbana.

Según el estudio Geo-Loja, en los últimos cuarenta años, la temperatura de la ciudad se ha elevado en 0,7 °C, habiéndose registrado en los años 2003-2004 las temperaturas más altas, las cuales han llegado a 28 °C.

3.2. CONDUCTA SOCIAL Y SEXUAL EN ECUADOR Y LOJA

Toda conducta, desde la más elemental hasta la más compleja, tiene su origen en el aspecto biológico u orgánico y en el escenario ambiental. El individuo conforme va madurando, va desarrollando una serie de conductas aprendidas, que le permitirán adaptarse al medio como un ser social. Por tanto, la conducta humana, viene a ser una conducta consciente, inteligente, comunicativa, racional, adaptativa y creadora.

La conducta social en nuestro país, en los últimos años ha sufrido un gran deterioro, quizá debido a la mala interpretación de libertad y derechos para las personas, en lo que respecta a la conducta sexual, los adolescentes son quienes muestran mayor problema ya que sus acciones son vistas con muy poca conciencia.

En los últimos años se produjo en el Ecuador una amplia divulgación del uso de anticonceptivos; sin embargo, las cifras muestran, en un grupo de 2.556 mujeres entre 15 y 24 años, activas sexualmente, que solo el 48,7% usa anticonceptivos. Este índice es menor al que se registra en otros países de América Latina. El uso de anticonceptivos, además, difiere según los niveles de acceso educativo de las mujeres³⁴.

En el Ecuador, dos de cada diez chicas son sexualmente activas, e iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Según los adolescentes, casi siete de cada diez mujeres adolescentes tienen relaciones sexuales. Y, prácticamente todos, varones y mujeres adolescentes, conocen casos de chicas de su entorno que han quedado embarazadas. Algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Los dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada³⁴.

Hoy en día no se puede criticar la decisión de una mujer o de un hombre de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, tampoco a aquellas personas que han tenido varias parejas sexuales, pero lo que sí se quiere es educar para que el acto sexual se lleve a cabo bajo ciertas condiciones tales como: una pareja estable, conocimiento del ciclo menstrual de la mujer, que días son y no fértiles, protección para evitar embarazos no deseados, o enfermedades de

transmisión sexual, seguridad de que uno quiere tener relaciones sexuales con la pareja y que no se van arrepentir, tomar en cuenta que el enamoramiento no es una relación estable, y si deciden tener relaciones sexuales con esa pareja inestable es muy posible que luego vengan sentimientos de arrepentimiento y de pérdida de la dignidad.

3.3. SOLCA NUCLEO DE LOJA

El 23 de agosto de 1962 ocurre el nacimiento de SOLCA en Loja, con la participación de lo más representativo del mundo médico, social y cultural de la ciudad, que acogieron con entusiasmo la iniciativa del doctor Leoncio Cordero Jaramillo, miembro de SOLCA Núcleo de Cuenca, de organizarse para luchar contra la terrible enfermedad del cáncer.

En la trayectoria de SOLCA Loja, se han sucedido varios directorios presididos por destacados profesionales, quienes se entregaron con mística al noble objetivo de la solidaridad humana, logrando poner muy en alto el nombre de la Institución.

El Comité de Amigos de SOLCA de Loja inició sus labores en un estrecho y vetusto local en el antiguo hospital "San Juan de Dios", en donde se estableció un pequeño laboratorio citológico e histopatológico. Desde el inicio, uno de los primeros problemas de SOLCA fue la difícil penuria económica por la que atravesaba, lo que le impedía desarrollarse y realizar sus actividades humanitarias.

En agosto de 1996, se organizó el Voluntariado de Damas de SOLCA, que inició su accionar generoso y humano, teniendo como objetivo principal, el prestar ayuda cariñosa y efectiva a los pacientes oncológicos más necesitados. Su labor se ha multiplicado día tras día y hoy se ha convertido en una organización de distinguidas y altruistas damas que realizan un sin número de acciones para ayudar a muchos enfermos que acuden a SOLCA.

Es esta, en síntesis, la historia de tan importante y humanitaria Institución que desde el año de 1962 hasta la presente fecha viene laborando con empeño y trabajo para ayudar a todos los

enfermos que adolecen de cáncer y especialmente a los pacientes más necesitados que de no contar con esta ayuda se verían en una situación de abandono y desesperanza.

El **Hospital Oncológico "Vicente Rodríguez Witt"**, es dirigido por SOLCA Núcleo de Loja, su misión es “Abrir las puertas de sus servicios para atender con esmero, profesionalismo y humanismo a todos los pacientes que padecen de la enfermedad oncológica, sin hacer distinción de ninguna naturaleza. El manejo integral del paciente con cáncer, desde su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, son los ejes de su accionar diario. Sus miembros llenos por el espíritu y su lema institucional donde marca con letras imborrables SOLCA ES VIDA, han estado y están gustosos de contribuir, dentro de un marco de excelencia profesional, a brindar una existencia digna a sus pacientes y su familia”.

Su visión es “El control de la enfermedad oncológica en nuestra zona de influencia, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad de la misma mejorando la calidad de vida del paciente y su familia, para lo cual está certificado por normas de calidad y proporcionando las prácticas docentes y la investigación oncológica”.

En este contexto un objetivo importante ha sido la adquisición de nuevos y modernos equipos médicos para reemplazar los que se encuentran obsoletos por el uso; su trabajo orientado hacia el servicio al usuario, mejora de espacios físicos y de atención al cliente, optimización de servicios, elevación del nivel de atención en el Programa para la Detección Oportuna de Cáncer y coordinación del mismo con los Gobiernos Seccionales, Ampliación de la Posada de Nazareth, Repotenciación y ampliación de la Unidad Móvil con la posibilidad de incrementar servicio de Mamografía y Ecografía ambulatorios, mejoramiento de la información sobre prevención del cáncer a la ciudadanía a través del Programa "Educación para un futuro sin cáncer, EDUCÁNCER", mejoramiento de la información hacia el cuerpo

médico y paramédico a través de Conferencias, Simposios y Talleres en coordinación con el Colegio de Médicos de Loja y Facultades de medicina ,etc.

Los servicios que presta son los siguientes:

➤ CONSULTA EXTERNA

Cirugía, Dermatología, Ginecología, Gastroenterología, Urología, Medicina Interna, Clínica, Pediatría Oncológica, Radioterapia, Medicina Nuclear, Psicología Clínica, Medicina Física y Rehabilitación, Terapia del Dolor, Banco de Sangre.

➤ DEPARTAMENTO DE IMAGEN

Rayos X, Ecografía, Doppler Color, Tomografía, Mamografía, Fluoroscopia, Resonancia Magnética, Gammagrafía, Angiogammagrafía, Linfogramagrafía.

➤ DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA

1. Exámenes histopatológicos de biopsias, piezas quirúrgicas.
2. Estudios transoperatorios por congelación.
3. Tinciones especiales de PAS, Zhiel Nelsen, Tricrómico y Grocot.
4. Inmunohistoquímica de material de biopsias y piezas quirúrgicas.
5. Citología de líquidos corporales, PAAF (Punción aspiración con aguja fina).
6. Citología ginecológica (Papanicolaou).

➤ DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO

Exámenes: Sangre, Orina, Heces, Secreciones, Cultivos, Medulogramas, Enzimas, Pruebas hormonales, Marcadores tumorales, Electrolitos

➤ ÁREAS MÉDICAS

Medicina Preventiva, Radioterapia y Yodoterapia, Gastroenterología Clínica, Quimioterapia Ambulatorio, Oncología Clínica, Cirugía, Quirófano, Diagnóstico.

De esta manera SOLCA de Loja contribuye con la atención de la ciudadanía lojana, actualmente se ha implementado la sala de juegos para niños que adolecen del cáncer.

Cuenta ya con la implementación del Albergue que permite que los familiares de los enfermos de cáncer puedan alojarse en el mismo, en condiciones de dignidad, con el fin de aliviar el dolor del familiar enfermo y disminuir los costos que le significa la permanencia en esta Ciudad y que aumenta la ansiedad y angustia del paciente y su entorno.

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio de tipo descriptivo, analítico y retrospectivo, de casos y controles; a través del cual se realizó un análisis acerca de los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014.

UNIVERSO

Estuvo conformado por 192 mujeres, de 20 – 50 años que acudieron al Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, para el diagnóstico de Cáncer de cuello uterino, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 64 mujeres, de edad fértil entre 20 – 50 años, que acudieron al Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, y que fueron diagnosticadas de Cáncer de cuello uterino durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014; y, un mínimo de 2 mujeres sin Diagnóstico de Cáncer de cuello uterino por cada una que sí fue diagnosticada con esta patología.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Ser mujeres en edad fértil (20 – 50 años).
2. Pacientes que fueron diagnosticadas de Cáncer de cuello uterino
3. Pacientes que acudieron al centro de diagnóstico, pero no padecen de Cáncer de cuello uterino
4. Pacientes que aceptaron participar en el estudio

5. Pacientes que residen en la ciudad de Loja.
6. Pacientes que por su condición de salud, fueron capaces de contestar el interrogatorio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Mujeres que no tengan la capacidad de responder el interrogatorio.
2. Pacientes que no acepten ser parte del estudio
3. Pacientes que hayan fallecido
4. Pacientes que por cambio de dirección domiciliaria no se logre ubicar

PROCEDIMIENTO:

En primer lugar, se procedió a pedir los permisos respectivos al Doctor José Molina - Gerente del Hospital Oncológico "Vicente Rodríguez Witt" SOLCA - Loja, para indagar los datos necesarios para la investigación; obtener información importante para el estudio, así como para la ubicación de las pacientes que conformaron la presente investigación. Posteriormente, se procedió a la recolección de información mediante una entrevista estructurada que presentó: Consentimiento informado (Anexo 1), Cuestionario de preguntas sobre Factores de Riesgo en Cáncer de Cuello Uterino (Anexo 2)

El consentimiento informado (Anexo 1) es el documento legal, mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas y sus derechos; este fue entregado a cada uno de las usuarias para su respectiva participación en la investigación.

A todas las participantes, se aplicó un instrumento de valoración (**encuesta de Autoría de los investigadores**), sobre los factores de riesgo predisponentes al cáncer de cuello uterino.

Luego de obtener los datos necesarios, se realizó la tabulación mediante tablas y gráficos, para facilitar la interpretación, análisis y posteriormente establecer las conclusiones y recomendaciones pertinentes, utilizando material tecnológico como Excel y EPI-INFO.

6. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Presentamos los datos guiados por el cumplimiento de los objetivos establecidos en el proyecto de investigación.

1. Cumplimiento del OBJETIVO GENERAL:

“Identificar los principales factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014”.

Tabla 1. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. (Con significación estadística)

| FACTOR | RR | OR | CHI ² | p |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------|
| VPH | 23,06 (IC: 9,73 a 54,63) | 239,93 (IC: 62,29 a 1038) | 145,880 | 0,00000 |
| EDAD DEL PRIMER COITO | 2,38 (IC: 1,44 A 3,49) | 3,48 (IC: 1,69 A 7,23) | 13,840 | 0,0001993 |
| CONSUMO DE TABACO | 2,01 (IC: 1,34 A 2,99) | 2,93 (IC: 1,51 A 5,73) | 11,910 | 0,0005572 |
| TIPO DE ANTICONCEPTIVO | | | 11,577 | |
| PARIDAD | | | 9,915 | |
| USO DE ANTICONCEPTIVOS | 1,88 (IC: 1,22 a 2,92) | 2,55 (IC: 1,3 a 5,02) | 8,780 | 0,0030528 |
| NUMERO DE TABACOS CONSUMIDOS POR DIA | 1,92 (IC: 1,28 a 2,88) | 5,28 (IC: 1,18 a 26,83) | 6,450 | 0,0111243 |

RR= Riesgo Relativo

OR= Odds Ratio

Chi2= Chi cuadrado

p = valor de p (probabilidad)

IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

Los factores de riesgo que se asocian a la presentación de Cáncer de cuello uterino, según el riesgo relativo (RR) son: Virus del Papiloma Humano con un valor de RR entre 9,73 y 54,63; la edad del primer coito (<de 18 años) con un valor de RR entre 1,44 y 3,49; el consumo de tabaco con un valor de RR entre 1,34 y 2,99; el tipo de anticonceptivo con un valor de Chi^2 11,577; la paridad (multíparas) con un valor de Chi^2 9,915; el uso de anticonceptivos con un valor de RR entre 1,22 y 2,88; y finalmente el número de tabacos consumidos por día con un valor de RR entre 1,28 y 2,88.

2. Cumplimiento de los OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Primer objetivo específico: *“Identificar el principal factor de riesgo predisponente a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014”.*

2. Segundo objetivo específico: *“Conocer si el del virus del papiloma humano constituye un factor de riesgo en el desarrollo de cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014”.*

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | | % | |
|-------|----|--------------------------|-------|-----|-------|-------|--------|---|--|
| | | SI | % | NO | % | | | | |
| VPH | Si | 59 | 90,77 | 6 | 9,23 | 65 | 100,00 | | |
| | No | 5 | 3,94 | 122 | 96,06 | | | | |
| TOTAL | | 64 | | 128 | | 192 | | | |

| | |
|-------------|-----------------------|
| RR | 23,06 (9,73 a 54,63) |
| OR | 239,93 (62,29 a 1038) |
| Chi2 | 145,88 |
| P | 0,00000 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El riesgo relativo de presentar Cáncer de cuello uterino en las mujeres en las que se reportó la presencia del Virus del Papiloma Humano es 22,06 veces más que en las mujeres que reportaron no tener la presencia de VPH, valor altamente significativo. De igual manera, el OR es 238,93 veces más (valor significativo); y, el valor de Chi^2 145,88 que da una $p < 0,05$ (0,00000) muestra la significación estadística. Con esto se prueba la Hipótesis 1: “El virus del papiloma humano sería factor de riesgo para la aparición de cáncer de cuello uterino”

3. Cumplimiento del tercer objetivo específico: *“Analizar la edad como factor predisponente al cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014”*.

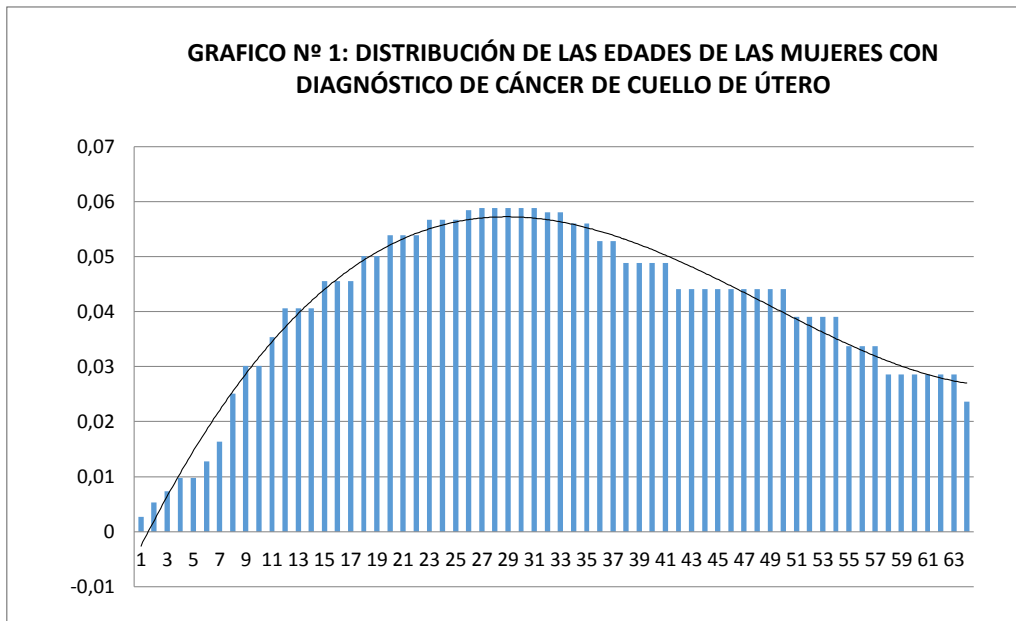
DIFERENCIA DE PROMEDIOS DE EDADES

| Estadísticos | Con diagnóstico de Cáncer de cuello uterino | Sin diagnóstico de Cáncer de cuello uterino |
|---|--|--|
| N | 64 | 128 |
| X (promedio) | 40,9 | 33,8 |
| DE (Desviación Estándar) | 6,78 | 8,72 |

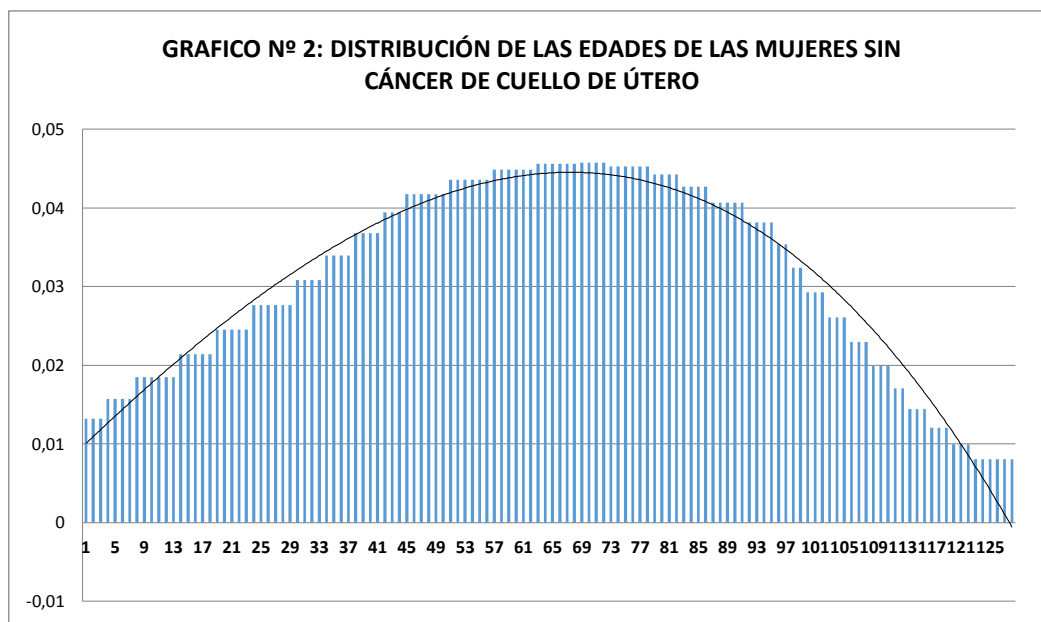
Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El promedio de edad de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello (40,9 años) es significativamente mayor al promedio de edad de las mujeres del grupo testigo (33,8 años), dado que el valor de Z calculada (6,1978) es mayor al punto crítico de Z tabulada (1,96) con 95% de probabilidades.



Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira



Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El gráfico de la distribución de las edades de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino muestra que conforme avanza la edad y, a pesar de ser el máximo de 50 años, hay más casos de

cáncer de cuello uterino; esto se diferencia con la gráfica de las mujeres sin diagnóstico de cuello de útero, que tiende a una distribución normal.

4. Cumplimiento del cuarto objetivo específico: *“Definir si el inicio de la actividad sexual aumenta el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, durante el periodo Enero 2010 a Diciembre 2014”.*

EDAD DEL PRIMER COITO

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | | % | |
|-----------------------|-----------|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|---|--|
| | | SI | % | NO | % | | | | |
| EDAD DEL PRIMER COITO | < 18 años | 49 | 44,14 | 62 | 55,86 | 111 | 100 | | |
| | >18 años | 15 | 18,52 | 66 | 81,48 | 81 | 100 | | |
| | TOTAL | 64 | | 128 | | 192 | | | |

| | |
|-------------|--------------------|
| RR | 2,38 (1,44 A 3,49) |
| OR | 3,48 (1,69 A 7,23) |
| Chi2 | 13,84 |
| P | 0,0001993 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El riesgo relativo de presentar Cáncer de cuello uterino en las mujeres que reportaron haber tenido su primer coito antes de los 18 años es 1,38 veces más que en las mujeres que reportaron haber tenido su primer coito luego de los 18 años, (valor estadísticamente significativo). De igual manera, el OR (oportunidades) es 2,48 veces más (valor

significativo); y, el valor de χ^2 es de 13,84 que da una $p < 0,05$ (0,000199) muestra también una alta significación estadística. Con esto se prueba la Hipótesis 3: “El inicio temprano de las relaciones sexuales aumentarían el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino”.

OTROS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

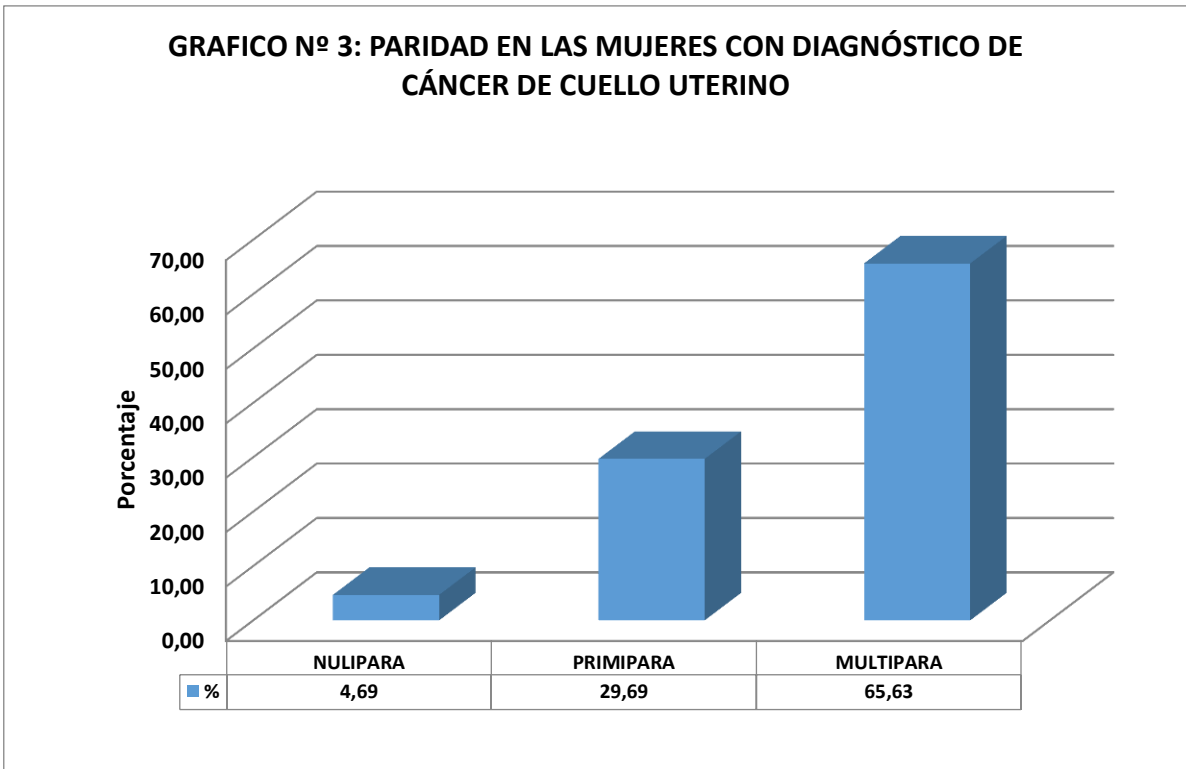
1. PARIDAD

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|---------|-----------|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| PARIDAD | Nulípara | 3 | 9,68 | 28 | 90,32 | 31 | 100 |
| | Primípara | 19 | 33,93 | 37 | 66,07 | 56 | 100 |
| | Múltipara | 42 | 40 | 63 | 60 | 105 | 100 |
| TOTAL | | 64 | | 128 | | 192 | |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

Dado que el valor de χ^2 calculado (9,91538) es mayor al valor de χ^2 tabulado (2g.l.= 5,99), existe diferencia altamente significativa, con una probabilidad del 95%, respecto de la asociación entre la paridad con la presencia de cáncer de cuello uterino, afectando más a las mujeres que son múltiparas.

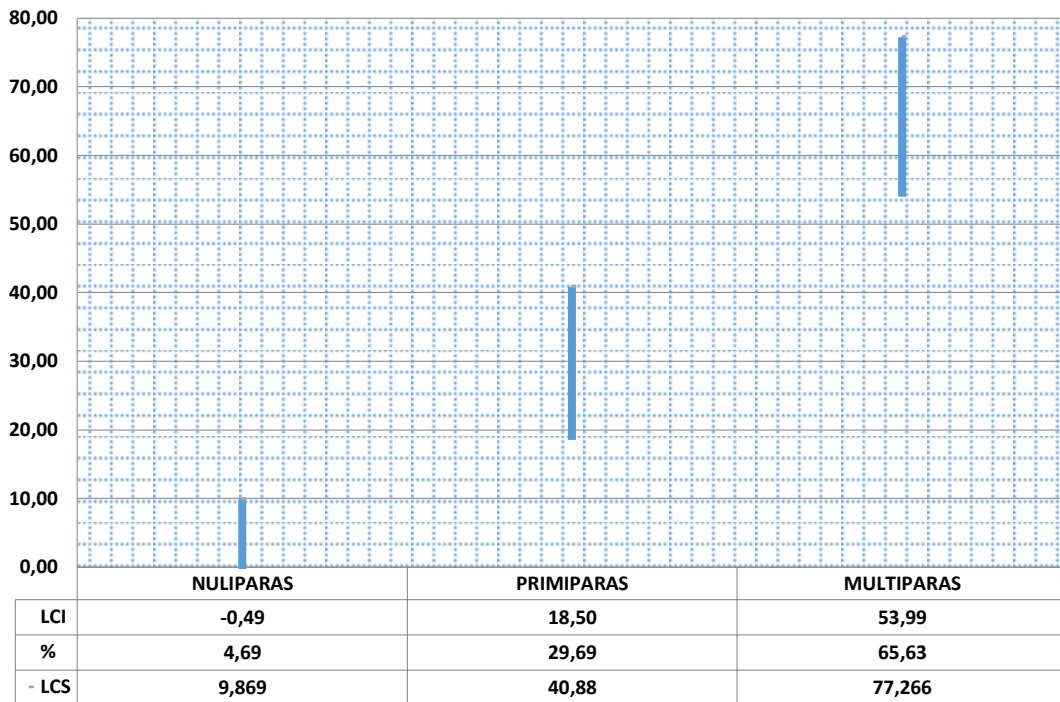


Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

En el gráfico N° 3, se puede apreciar que en las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino el porcentaje se incrementa con la paridad, siendo mucho mayor en las multíparas.

GRAFICO Nº 4: PARIDAD EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO

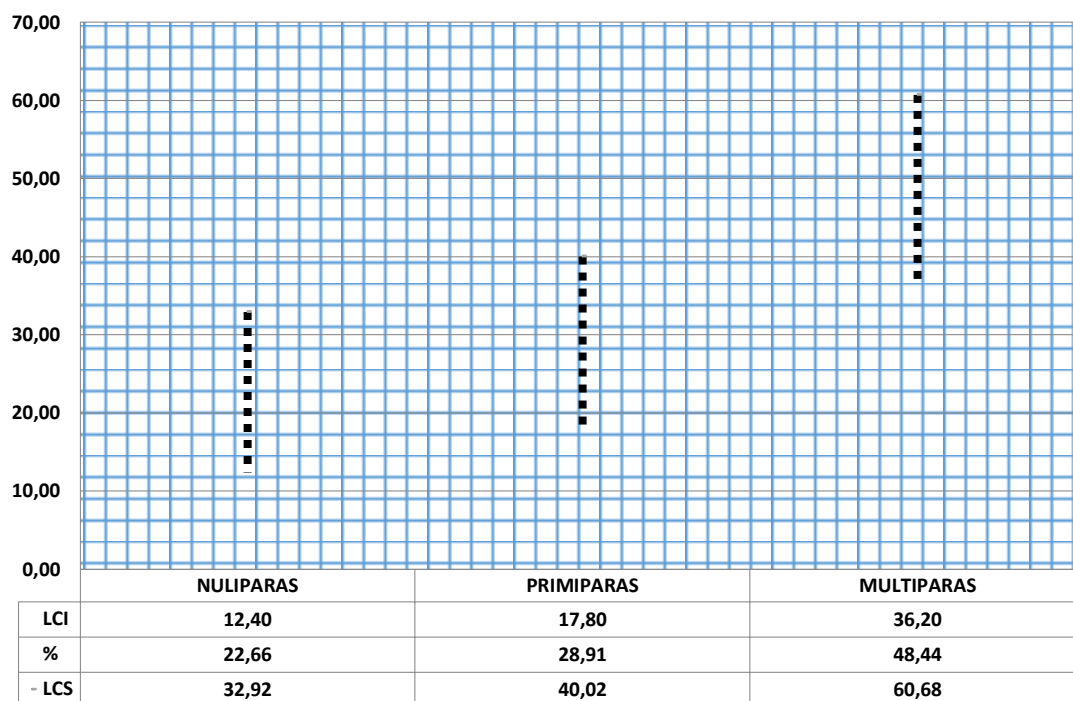


Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

En el gráfico N° 4, se observa que los límites de confianza que corresponden a las prevalencias de nulíparas, primíparas y multíparas, no se entrecruzan; por lo tanto, las diferencias son significativas; esto quiere decir, que de todas las mujeres de diagnóstico de cáncer de cuello uterino estudiadas, el porcentaje de las multíparas es mayor, es decir, la prevalencia de este tipo de afección se incrementa con la paridad. Así, la razón de la prevalencia de las multíparas es 13 veces más respecto de las nulíparas y más del doble respecto de las primíparas; en cambio, si se compara la prevalencia de las primíparas respecto de las nulíparas es, aproximadamente, 5 veces más.

GRAFICO 5: PARIDAD EN LAS MUJERES SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO



Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

En el caso de los porcentajes de la paridad en el grupo testigo no se aprecia diferencias significativas, simplemente, una leve diferencia entre las multíparas y las nulíparas.

2. USO DE ANTICONCEPTIVOS

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|------------------------|----|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| USO DE ANTICONCEPTIVOS | Si | 43 | 43,00 | 57 | 57,00 | 100 | 100 |
| | No | 21 | 22,83 | 71 | 77,17 | 92 | 100 |
| TOTAL | | 64 | | 128 | | 192 | |

| | |
|-------------|-----------------------|
| RR | 1,88 (IC:1,22 a 2,92) |
| OR | 2,55 (IC: 1,3 a 5,02) |
| Chi2 | 8,78 |
| P | 0,0030528 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El riesgo relativo de presentar Cáncer de cuello uterino en las mujeres que reportaron haber usado anticonceptivos es 88% más probable que en las mujeres que reportaron no haber usado anticonceptivos; de igual manera, el OR es 1,55 veces más (valor significativo); y, el valor de Chi2 8,78 que va una $p < 0,05$ (0,0030) muestra que hay diferencia significativa entre estas dos variables.

3. TIPO DE ANTICONCEPTIVO

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|-------------------------|----------|--------------------------|-------|----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| TIPO DE ANTICONCEPTIVOS | Barrera | 11 | 45,83 | 13 | 54,17 | 24 | 100 |
| | Hormonal | 21 | 48,84 | 22 | 51,16 | 43 | 100 |
| | DIU | 5 | 26,32 | 14 | 73,68 | 19 | 100 |
| | TOTAL | 37 | | 49 | | 86 | |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El valor de χ^2 calculado (11,57695) es mayor al valor de χ^2 tabulado (2 g.l. = 5,99), por lo que se establece que existe diferencia significativa, con una probabilidad del 95%, respecto de la asociación entre el tipo de anticonceptivo que usa, con la presencia o no de cáncer de cuello uterino, afectando menos a las mujeres que utilizan el DIU.

4. CONSUMO DE TABACO

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|-------------------|----|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| CONSUMO DE TABACO | SI | 36 | 48,00 | 39 | 52,00 | 75 | 100 |
| | NO | 28 | 23,93 | 89 | 76,07 | 117 | 100 |
| TOTAL | | 64 | | 128 | | 192 | |

| | |
|-------------|------------------------|
| RR | 2,01 (IC: 1,34 A 2,99) |
| OR | 2,93 (IC: 1,51 A 5,73) |
| Chi2 | 11,91 |
| P | 0,0005572 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El riesgo relativo de presentar Cáncer de cuello uterino en las mujeres que reportaron haber consumido tabaco es el doble respecto de las mujeres que reportaron no haber consumido tabaco (valor significativo). De igual manera, el OR es 1,93 veces (valor significativo); y, el valor de Chi^2 es 11,91 que da una $p < 0,05$ (0,0005) muestra que hay diferencia significativa entre estas dos variables.

5. NUMERO DE TABACOS CONSUMIDOS POR DIA

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|---|----------|--------------------------|-------|----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| NUMERO DE TABACOS CONSUMIDOS POR DIA | 6 y más | 11 | 78,57 | 3 | 21,43 | 14 | 100 |
| | De 1 a 5 | 25 | 40,98 | 36 | 59,02 | 61 | 100 |
| | TOTAL | 36 | | 39 | | 75 | |

| | |
|-------------|-------------------------|
| RR | 1,92 (IC: 1,28 a 2,88) |
| OR | 5,28 (IC: 1,18 a 26,83) |
| Chi2 | 6,45 |
| P | 0,0111243 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

El riesgo relativo de presentar Cáncer de cuello uterino en las mujeres que reportaron haber consumido tabaco en número de más de 6 por día es de 92% más que en las mujeres que reportaron haber consumido de 1 a 5 tabacos (valor significativo). De igual manera, el OR es 5,28 (valor significativo); y, el valor de Chi^2 6,45 lo que da un $p < 0,05$ (0,011) lo que muestra que hay diferencia significativa entre estas dos variables.

**FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, SIN
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA**

1. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|--------------------------------|----------------|---------------------------------|----------|-----------|----------|--------------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| COMPAÑEROS SEXUALES | 2 y más | 52 | 34,90 | 97 | 65,10 | 149 | 100 |
| | 0 – 1 | 12 | 27,91 | 31 | 72,09 | 43 | 100 |
| TOTAL | | 64 | | 128 | | 192 | |

| | |
|-------------|------------------------|
| RR | 1,25 (IC: 0,62 -3,13) |
| OR | 1,38 (IC: 0,62 a 3,13) |
| Chi2 | 0,73 |
| P | 0,39 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

No existe riesgo relativo, ni amenaza de oportunidad de presentar cáncer de cuello uterino en función del número de compañeros sexuales.

2. FRECUENCIA DE PAPANICOLAU

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|---------------------------|----------------|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| FRECUENCIA DE PAPANICOLAU | 1 / año | 41 | 35,96 | 73 | 64,04 | 114 | 100 |
| | 1 / 3 años | 18 | 29,51 | 43 | 70,49 | 61 | 100 |
| | 1 / 5 años o + | 5 | 29,41 | 12 | 70,59 | 17 | 100 |
| | TOTAL | 64 | | 128 | | 192 | |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

No existe asociación entre la frecuencia con la que se realizan el Papanicolaou y la presencia de cáncer de cuello uterino determinado por la prueba Chi2.

3. EDAD DEL PRIMER PARTO

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|-----------------------|-----------|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| EDAD DEL PRIMER PARTO | < 18 años | 18 | 34,62 | 34 | 65,38 | 52 | 100 |
| | > 18 años | 46 | 32,86 | 94 | 67,14 | 140 | 100 |
| | TOTAL | 64 | | 128 | | 192 | |

| | |
|-------------|------------------------|
| RR | 1,05 (IC: 0,68 a 1,64) |
| OR | 1,08 (IC: 0,52 a 2,23) |
| Chi2 | 0,05 |
| P | 0,81 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

No existe riesgo relativo, ni amenaza de oportunidad de presentar Cáncer de cuello uterino en función de la edad del primer parto.

4. TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | TOTAL | |
|----------------------------------|------------|--------------------------|-------|----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | | |
| TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS | 1 – 4 años | 16 | 34,04 | 31 | 65,96 | 47 | 100 |
| | > 5 años | 27 | 50,94 | 26 | 49,06 | 53 | 100 |
| | TOTAL | 43 | | 57 | | 100 | |

| | |
|-------------|------------------------|
| RR | 0,67 (IC: 0,41 a 1,08) |
| OR | 0,50 (IC: 0,20 a 1,2) |
| Chi2 | 2,9 |
| P | 0,088 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

No existe riesgo relativo, ni amenaza de oportunidad de presentar Cáncer de cuello uterino en función del tiempo de uso de anticonceptivos.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | Cáncer de cuello uterino | | | | | |
|---|-------|--------------------------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | SI | % | NO | % | TOTAL | % |
| ANTECEDENTES FAMILIARES CON CÁNCER DE CUELLO DE UTERO | Si | 16 | 26,23 | 45 | 73,77 | 61 | 100 |
| | No | 48 | 36,64 | 83 | 63,36 | 131 | 100 |
| | TOTAL | 64 | | 128 | | 192 | |

| | |
|-------------|------------------------|
| RR | 0,72 (IC: 0,44 a 1,15) |
| OR | 0,61 (IC: 0,30 a 1,26) |
| Chi2 | 2,03 |
| P | 0,1541918 |

Fuente: Encuesta a mujeres que asisten a SOLCA para el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino
Elaboración: Janina Margarita Ríos Moreira

No existe riesgo relativo, ni amenaza de oportunidad de presentar Cáncer de cuello uterino en función de los antecedentes familiares que hayan tenido esta patología.

7. DISCUSIÓN

El carcinoma de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión del tejido subyacente o no y la producción de metástasis a distancia. Se inicia con cambios neoplásicos intraepiteliales que aproximadamente entre 10 y 20 años se puede transformar en proceso invasor (OMS 2010)

Según estudios realizados por la OMS, OPS y la UNFPA (2010) el cáncer de cuello uterino cobra la vida de más de 270000 mujeres cada año, y más del 80% de las muertes corresponden a países menos desarrollados.

Entre los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Muñoz F. y Col. (2012), señalan que los más relevantes son: en cuanto a la edad, aparece más frecuentemente en mujeres mayores de 25 años; inicio temprano de la actividad sexual (antes de los 19 años); promiscuidad y multiparidad dado que es infrecuente en mujeres célibes o nulíparas; embarazo temprano; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; tabaquismo; infección por el virus del papiloma humano. Las deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E, también se consideran factores que aumentan la probabilidad de un cáncer del cuello del útero.

Los resultados de nuestro estudio no están alejados; muestran que los factores asociados a la presencia de cáncer de cuello uterino son: la presencia del virus del papiloma humano, primer coito antes de los 18 años, consumo de tabaco, tipo de anticonceptivo, multiparidad, uso de anticonceptivos; y, finalmente, el número de tabacos consumidos por día. Demostrando así la asociación entre dichos factores y la presencia de la enfermedad.

“El VPH es un virus ampliamente extendido; un 75 % de la población sexualmente activa ha tenido contacto con el virus en algún momento su vida. Se han identificado más de 130 tipos

de VPH, de los cuales unos 20 son virus de alto riesgo para desarrollar cáncer de cérvix. Los subtipos más frecuentes y más carcinogénicos son el HPV 16 y 18. El HPV-16 es el tipo que aparece, fundamentalmente, en los tumores invasivos y en los de alto grado de malignidad; el HPV-18 se relaciona con el carcinoma pobremente diferenciado y con un mayor compromiso de los ganglios linfáticos, lo cual puede variar en dependencia de la localización geográfica. Los tumores HPV-18+ progresan más rápidamente que los relacionados al HPV-16. Tanto el HPV-18 como el HPV-16 pueden encontrarse como viriones, integrados en el ADN celular o de forma episomal.” (Muñoz F. et., al 2012)

En Venezuela, en un estudio realizado por Rodríguez y colaboradores (2008), el cáncer de cuello uterino es una de las primeras causas de mortalidad oncológica en la mujer, reportándose 1.178 casos para el 2003; siendo la región zuliana y los estados centrales los más afectados. Aunque se considera que el Virus del Papiloma Humana es el agente etiológico más frecuente de esta neoplasia debemos tener en cuenta que existen varios factores que se consideran predisponentes a adquirir este tipo de enfermedad.

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y, prácticamente, todos los casos están relacionados con la infección genital por papiloma virus humanos; en nuestro estudio se determinó que el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino es 22,06 veces más que en las mujeres que reportaron no tener la presencia de VPH con un OR que indica que es 238,93 veces más (Chi^2 145,88 que da una $p < 0,05$ (0,00000)).

En Argentina en un estudio realizado en el nordeste, se comprueba que los factores que más influyen en la aparición de cáncer uterino, es la infección por VPH y el inicio de vida sexual temprano, sin embargo la incidencia de esta neoplasia se da en mujeres antes de los 55 años (72%) (Muñoz F. et., al 2012).

Amaro y colaboradores (2011) encontraron que el 92.72% de las mujeres con cáncer del cuello uterino tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 20 años. Cabezas y colaboradores (2011) en el Programa Nacional de Control del Cáncer Cervico-uterino reporta que el inicio precoz de las relaciones sexuales antes de los 20 años de edad y de manera marcada, las que comienzan antes de los 18 años, hace que estas mujeres tengan mayor probabilidad de desarrollar este cáncer.

Otros estudios demuestran que existen factores predisponentes y que aumentan el riesgo de contagio entre los cuales tenemos el inicio de la actividad sexual a edad temprana que es considerado el factor de mayor importancia en la aparición y desarrollo de cáncer (Romero K. et.al. 2012). En el estudio realizado por Rodriguez y colaboradores (2009), se 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.

Estos resultados son semejantes a los obtenidos en nuestro estudio. El riesgo de presentar cáncer de cuello uterino es 1,38 veces más y el OR de 2, 48 en las mujeres que reportan haber iniciado su vida sexual activa en forma prematura respecto de las que indican luego de los 18 años.

El hábito de fumar confiere un riesgo 2 veces mayor comparado a las no fumadoras. Más del 80 % de los casos y el 59 % de los controles tienen una duración de 10 años o más con su hábito. A mayor tiempo de fumar aumenta el riesgo, es 10,3 veces mayor en las mujeres que fuman o han fumado durante 20 y más años (Rodriguez et. Al 2009). Según el estudio realizado por Vega (2011), respecto a la presencia del hábito de fumar, en mujeres con cáncer de cuello uterino fue de 11 mujeres (64.7%) que practicaban este hábito tóxico, determinando

que mientras mayor número de tabacos consumían su asociación a dicha enfermedad era más probable.

En nuestro estudio, el riesgo de presentar Cáncer de cuello uterino en las mujeres que reportaron haber consumido tabaco es el doble respecto de las mujeres que reportaron no haber consumido tabaco (valor significativo). También demostramos que el riesgo relativo de presentar esta patología en mujeres que consumen más de 6 por día es de 92% más que en las mujeres que reportaron haber consumido de 1 a 5 tabacos (valor significativo). De igual manera, el OR es 5,28 (valor significativo); y, el valor de Chi^2 6,45 lo que da un $p < 0,05$ (0,011) lo que muestra que hay diferencia significativa entre estas dos variables.

Usar anticonceptivos orales resultó un factor de riesgo 2,8 veces mayor en quienes lo usan. El uso del preservativo resultó un factor protector, los casos disminuyen a medida que lo utilizan, no utilizarlo nunca confiere un riesgo 6,2 veces mayor que el usarlo alguna vez (Rodríguez et. Al 2009) Vega (2011) presenta que el uso de anticonceptivos orales, en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello de útero se encuentran asociados en un 47,1%

Esto no está muy alejado de nuestra realidad ya que en nuestro trabajo demostramos que el riesgo relativo de presentar cáncer de cuello uterino en las mujeres que reportaron haber usado anticonceptivos es 88% más probable que en las mujeres que reportaron no haber usados anticonceptivos; (OR 1,55 veces más) y, el valor de Chi^2 8,78 que va una $p < 0,05$ (0,0030) muestra que hay diferencia significativa. También es importante destacar que hay asociación entre el tipo de anticonceptivo que usa, con la presencia o no de cáncer de cuello uterino, (Chi^2 calculado $>$ a Chi^2 tabulado), se indica una gran diferencia significativa, con una probabilidad del 95%, afectando menos a las mujeres que utilizan el DIU.

Rodríguez y colaboradores (2009) demuestran que a mayor número de partos el riesgo aumenta 9,4 veces más en las mujeres con 5 o más partos. Estudios en la región de las

Américas muestran resultados diversos con relación a la paridad. Un estudio realizado en México encontró una media significativa en su casos de 3,67 partos, llamando la atención la tendencia lineal de riesgo estimado de padecer un CCU a partir del primer parto vaginal, de tal manera que las mujeres con siete partos o más, tienen un riesgo estimado de 3,24 veces (IC 95 % 2,20-4,76) (Tapia R et., al 2013). En esta investigación, con respecto a la paridad y cáncer de cuello uterino, se determina una diferencia altamente significativa, con una probabilidad del 95%, (Chi^2 calculado (9,91538) mayor al valor de Chi^2 tabulado), afectando más a las mujeres que son multíparas.

Por medio de los representantes de los países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimulado el desarrollo de programas para detección y control del CCU. Durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en el 2005, en la Resolución WHA58.22, sus miembros reconocieron que el CCU es un problema de salud pública, a pesar de ser uno de los cánceres con más posibilidades de detección precoz y cura. Además de eso, manifestaron que el control del CCU contribuirá para alcanzar objetivos y metas internacionales relacionadas con la salud reproductiva. La OMS incentiva también acciones prioritarias para reducir el número de casos de cáncer en cada país, como: la disponibilidad de recursos y la capacidad de los sistemas de salud para ejecutar programas de prevención, control y atención paliativa a las personas con cáncer, con participación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias, incluyendo representantes de los pacientes y sus familias. Recomienda además que el CCU sea uno de los temas prioritarios de investigación y que los países miembros aseguren su realización.

8. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo que se asocian a la presentación de Cáncer de cuello uterino son: la presencia del Virus del Papiloma Humano, la edad del primer coito (<de 18 años), el consumo y número de tabaco al día, el uso y tipo de anticonceptivo, y finalmente, la paridad afectando mayormente a mujeres multíparas.
2. Se demuestra estadísticamente que conforme se incrementa la edad, incrementa también la incidencia de casos de cáncer de cuello uterino.
3. La infección genital causada por Virus del Papiloma Humano es el factor de riesgo de mayor relevancia para el desarrollo del Cáncer de cuello uterino.
4. Existe mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino en mujeres que han tenido su primer coito antes de los 18 años.
5. La presencia de cáncer de cuello uterino, afectando más a las mujeres que son multíparas.

6. El Cáncer de cuello uterino se asocia con el uso y tipo de anticonceptivos que usan las mujeres, afectando menos a las mujeres que utilizan el DIU.

7. El consumo de tabaco está relacionado con la presencia de Cáncer de cuello uterino, en lo que cabe recalcar que, a mayor número de tabacos consumidos al día, el riesgo de presentar la enfermedad es mayor.

9. RECOMENDACIONES

1. Mejorar los programas de atención primaria en salud, haciendo hincapié en los factores más relevantes que predisponen al desarrollo de cáncer de cuello uterino; dichos programas pueden mejorar a través de comunicativos con la comunidad con casas abiertas, ferias, exposiciones e incluso información a través de videoconferencia en salas de espera de atención de los diferentes centros de salud.
2. Motivar a las usuarias de los distintos sistemas de salud a realizar un control anual sobre su salud sexual y reproductiva, para prevenir el cáncer de cuello uterino por la presencia del Virus del Papiloma humano, o en su defecto evitar su desarrollo.
3. Empezar acciones que llamen la atención de los usuarios de los sistemas de salud para fomenten cambios en la conducta sexual de las adolescentes para evitar así las diferentes infecciones genitales que comprometen la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edades fértiles.
4. Se recomienda también seguir cultivando este tipo de estudios donde se busque la asociación de otros factores a la presencia de patologías tan importantes como el cáncer de cuello uterino u otras, ya que a través de ellas podemos rescatar y mejorar el estilo de vida de nuestras comunidades, para fomentar con ella la prevención de enfermedades, así como mejorar el estado de salud de las personas.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Botella J. (2006) El Útero Fisiología y Patología. México: La Real Academia de Medicina.
2. Berek S. (2007) Tratado de Ginecología de Novack. Infecciones vaginales. Tomo I. Vol. I. 12va ed. Mc. GRAW-HILL. México: Editorial Interamericana.
3. Bulechek G, Butcher H, Doohnterman J. (2009) Clasificación de intervenciones de enfermería NIC Quinta Edición. Barcelona – España.
4. Bello Jorge. (2008): Diccionario Médico, Ediciones Robinbook, Bogotá -Colombia.
5. Cumare, S. Colmenares, M. Cordero R, Dávila J, Figueroa I. (2006). Relacion entre infección por Papiloma Virus Humano en cuello uterino diagnosticada mediante citología y algunos factores de riesgo predisponentes en pacientes de la consulta de ginecología del Ambulatorio Urbano del Barrio. La Paz.
6. Corral F, Cueva P, Yépez J, (2006). Epidemiología del Cáncer en Quito y en otras regiones del Ecuador. Registro Nacional de Tumores. Quito: SOLCA.
7. Dupetip S. (2006) Colposcopia y Patología del Tracto Genital inferior. México: Medicina Panamericana.
8. Dolin R., Bennett John. (2006) Enfermedades Infecciosas. España: Elsevier.
9. Fernández C, Mendoza M, Miliani L, Miranda S, Montes A. (2007). "Alteraciones citológicas de cuello uterino y algunos factores de riesgo en pacientes que acudieron a la consulta de atención integral del Ambulatorio Urbano Tipo II "El Ujano". Barquisimeto

10. Herrero, Rolando Y Col. (2006). Factores de riesgo de carcinoma invasor de cuello uterino won America Latina. Boletín de la OMS.
11. Heather, H. (2009) NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona España.
12. INEN. (2006) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas de Salud
13. Jiménez M, González T, Gutiérrez L, Gutiérrez M. (2006). Frecuencia de Virus de Papiloma Humano (VPH) diagnosticado por citología vaginal y factores de riesgos asociados en mujeres con vida sexual activa que consultan al ambulatorio Urbano tipo I Nuevo Barrio. Barquisimeto Estado Lara.
14. Jiménez A, Marín C, Martínez Y, Meléndez R, Muñoz A, Rosas B (2006) Frecuencia de lesiones sugestivas de infección por Virus de Papiloma Humano, diagnosticado por citología Cervico-vaginal y Factores de riesgo en mujeres que asistieron al Ambulatorio Urbano Tipo I “Los Rastrojos”. Abril-Julio.
15. Lacruz C., Fariña J. (2007) Citología Ginecológica: de Papanicolaou. España: Elsevier
16. Manual de técnicas y procedimientos médicos. (2007) Detección y control del Cáncer de cuello uterino.
17. Instt. Nacional de Cancerología International Agency for research on cáncer. (2007) Colposcopy and treatment of cervical intraepiteal neoplasia.
18. Manual de normas y procedimientos para el control del Cáncer de cuello uterino. (2007) .Serie Paltek
19. Organización Panamericana de la Salud. Gen Salud. Cáncer de cuello uterino. [Internet] 2005. [Consulta 01 de noviembre de 2006]

20. OPS. Lewis, Merle J. (2006) “Análisis de la situación de Cáncer cervico uterino en América Latina y el Caribe.” Washington
21. Philip J. Disaia. (2007) Ginecología oncológica. Editorial panamericana. 3ra edición.
22. Revista Panamericana De La Salud, (2008), volumen 13 No.6, Washington.
23. Ruiz, Lazcano E. Y Hernández M. (2006). Cáncer de cuello uterino. México: Medica Panamericana
24. Ruiz, Lazcano E. Y Hernández M. (2007) Virus del Papiloma Humano y Cáncer de cuello uterino. México: Medica Panamericana
25. Serman F. (2006) Cáncer cervico uterino: Epidemiología, historia natural y roll del virus del papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chilena Obst. Ginecología.
26. Uzandizaga J. (2006). Tratado de Ginecología y Obstetricia. Infecciones genitales. Vol. 1 y 2. 1(ra) ed. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid España
27. Reseña histórica y Consejo Directivo SOLCA – Loja Disponible en: http://solcaloja.med.ec/modules/mod_ghosp/paps/site/login
28. En Ecuador Dos de Cada Tres Adol escentes Están Embarazadas. (2011). Extraído, viernes 04 de marzo, 2011, DIISPONIBLE EN: <http://noticias.latino.msn.com/latinoamerica/ecuador/articulos.aspx?cp-documentid=27891018>
29. Maria Angélica Arzuaga-Salazar, Maria de Lourdes de Souza, Vera Lucia de Azevedo Lima. (2012). EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO: UN PROBLEMA SOCIAL MUNDIAL. 2012;28;1, de Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Sitio web: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf07112.pdf>

30. Karla Pamela Romero Ledezma, Dr. Javier Rojas Guardia. (2012). FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 14-65 AÑOS, COMUNIDAD RAMADAS, PROVINCIA TAPACARÍ-COCHABAMBA GESTIÓN 2012. 20 de agosto de 2012 , de Rev Cient Cienc Méd Sitio web: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v15n1/v15n1_a06.pdf
31. Dr. Liam Kadel Dunán Cruz, 1 Dra. Leidys Cala Calviño, 2 Dra. Nadia Inés Infante Tabío 2 y Dra. Tania Hernández Lin. (2011). FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTÉTRICOS PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Enero, 20, 2012, de MEDISAN v.15 n.5 Santiago de Cuba mayo 2011 Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002.
32. Andino F. (2013). "DECLARACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL HPV EN EL ECUADOR". Enero, 19, 2013, de Sociedad de Patología del tracto genital inferior y colposcopia del guayas Sitio web: http://www.colposcopiaguayas.com/revistas/revista_2013.pdf
33. Romero Karla & Dr. Rojas Javier. (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer de cuello uterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. Revista Científica de Ciencias Médicas, 1, 5. 28 de mayo de 2014, De www.google.com Base de datos
34. Andino F. (2013). "DECLARACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL HPV EN EL ECUADOR". Enero, 19, 2013, de Sociedad de Patología del tracto genital inferior y colposcopia del guayas Sitio web: http://www.colposcopiaguayas.com/revistas/revista_2013.pdf

35. "Dr. Dunán LÍam", "Dra. Calviño Leidys", "Dra. Infante Nadia" & "Dra. Hernández Tania". (2011). Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer de cuello uterino en la atención primaria de salud. 2011, de M E DIS A N Sitio web: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n5/san02511.pdf>Articulo original. Medisan 2011. Factores de riesgo Ginecoobstetricos para el cáncer de cuello uterino en la atención primaria en salud
-
- 36 Pérez-Sánchez A. GINECOLOGÍA DE PÉREZ SÁNCHEZ. Segunda edición. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo LTDA 1995:274.
- 37 Serman, Felipe. CANCER DE CUELLO UTERINO: EPIDEMIOLOGIA, HISTORIA NATURAL Y ROL DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO: PERSPECTIVAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [online]. 2002, vol.67 pp. 318-323 .
- 38 Ferlay J y colaboradores, Globocan 2008, CANCER INCIDENCE AND MORTALITY WORLDWIDE: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010
- 39 Sellors, JW y Sankaranarayanan R. LA COLPOSCOPIA Y EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL: MANUAL PARA PRINCIPIANTES. Lyon (Francia), CIIC (2013)
- 40 Outlook, OPS, UNFPA, PATH, Avances en la prevención de cuello uterino, Vol. 27 N° 2, Mayo 2010
- 41 Dr. L. Dunán y Colboradores FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTÉTRICOS PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MEDISAN 2011; 15(5):573 Articulo Original

-
- 42 Warren JB, Gullett, H, King V. CERVICAL CANCER SCREENING AND UPDATE GUIDELINES. 2009 Primare Care: Clinics in Office Practice 2009; 36.
- 43 Camacho Carr K, Sellors JW. CERVICAL CANCER SCREENING IN LOW RESOURCE SETTINGS: NATURAL HISTORY OF CERVICAL CANCER. [consulta: 21 abril 2010].
- 44 Hidalgo-Martínez A. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, SU IMPACTO EN MÉXICO Y EL PORQUÉ NO FUNCIONA EL PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN OPORTUNA. Rev Biomed 2006; 17: 81-4.
- 45 Rodríguez Á, Santos M, Noguera M, Romero L. SEGUIMIENTO Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON CARCINOMA INVASOR DEL CUELLO UTERINO. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68:81-6.
- 46 Dr. Pablo Brailard y Colaboradores, CANCER DE CERVIX: INCIDENCIA SEGUN EDAD Y ESTADIO TUMORAL
- 47 DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER GINECOLÓGICO. En: El Médico Interactivo. [citado 8 Nov 2009]. <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema16/cancergi.htm>
- 48 Carvajal Garces, Carola F. y Morales Clavijo, Martha. VACUNAS Y NUEVAS TENDENCIAS PARA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Gac med ol, 2010, vol.33, no.2.[citado 09 mayo 2012], p.70-77. Disponible en la world wide web: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid

-
- 49 F. Muñoz y Colaboradores, FACTORES SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN A DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, ARTÍCULO CIENTÍFICO; pag 123 – 125
- 50 Yazigi R. CÁNCER INVASOR DE CUELLO UTERINO. En: Pérez Sánchez A (editor). Ginecología. 3ra ed. Capítulo 38. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2003. p. 687-700.
- 51 Benia W, Tellechea G. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO EN MUJERES USUARIAS DE TRES POLICLÍNICAS BARRIALES DE MONTEVIDEO. Rev Med Uruguay. 2004;16:103-13.
- 52 Castañeda Íñiguez MS, Toledo Cisneros R, Aguilera Delgadillo M. FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE ZACATECA. Salud Pública Mex. 2008;40:330-8.
- 53 Munoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS et al. ROLE OF PARITY AND HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN CERVICAL CANCER: THE IARC MULTICENTRIC CASE-CONTROL STUDY. Lancet 2012 Mar 30;359(9312):1085-92.
- 54 Dra, Bover Isabel, CÁNCER DE CERVIX, Sociedad Española de Oncología Médica, ARTICULO CIENTIFICO, 11 de Marzo del 2013
- 55 Schiffman MH, y Colaboradores. EPIDEMIOLOGY EVIDENCE SHOWING THAT HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION CAUSES MOST CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA. Journal of the National Cancer Institute, 1995 (21 abril 2010).

-
- 56 Moreno V, y colaboradores. EFFECT OF ORAL CONTRACEPTIVES ON RISK OF CERVICAL CANCER IN WOMEN WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION: THE IARC MULTICENTRIC CASE-CONTROL STUDY. Lancet 2002 Mar 30;359(9312):1080-1.
- 57 Tapia RC y colaboradores. CÁNCER DE CUELLO UTERINO: FACTORES DE RIESGO Y ALTERACIONES ASOCIADAS EN MUJERES DEL ESTADO DE GUERRERO. Rev Inst Nal Cancerol Mex. 2008;44(1):19-27
- 58 Organización Mundial de la Salud. MEJOR DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y VACUNAS ASEQUIBLES PARA PREVENIR MUERTES POR CA DE CUELLO UTERINO. Temas de salud 2009. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es

ANEXO N° 1

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Loja, 00-00-09.

Estimada Sra./Srta.

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, **Janina Margarita Ríos Moreira** estudiante de la carrera de Medicina me dirijo a Ud. para solicitarle de la forma más comedida, conceda la autorización para poderle realizar una encuesta, en la cual indagaremos algunos aspectos personales sobre su vida, los mismos que gozaran de absoluta confidencialidad; y que permitirán realizar una investigación por parte de la Universidad Nacional de Loja, en la cual determinaremos los factores que se asocian a la aparición de Cáncer de cuello uterino en cuanto a nuestras realidad y propios de la ciudad de Loja. Dicha investigación apoyara al desarrollo de este proyecto, y también beneficiara de buena manera al médico, y a la prevención de esta patología.

Por la atención favorable que preste a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Firma Autorización

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Por medio de la presente, **Janina Margarita Ríos Moreira**, estudiante de la carrera de Medicina Humana me dirijo a usted de la forma más comedida para solicitarle que se digne a contestar la siguiente encuesta que me servirá para recolectar la información necesaria para el estudio denominado: **“Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 50 años, Hospital “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA – Loja, periodo enero 2010 a diciembre 2014”**

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Lugar de Procedencia y Residencia: _____

1. **¿Ha sido Diagnosticada Ud. con Cáncer de cuello uterino?**

1. Si

2. No

2. **¿A qué edad tubo Ud. su primera relación sexual?**

-
1. < de 18 años ()
 2. > de 18 años ()
- 3. Cuantos compañeros sexuales ha tenido Ud.?**
1. 0 – 1 ()
 2. 2 o más ()
- 4. Se ha realizado Ud. Papanicolaou?**
1. Si ()
 2. No ()
- 5. Con que frecuencia Ud. se ha realizado Papanicolaou?**
1. 1 por año ()
 2. 1 cada 3 años ()
 3. 1 cada 5 años o más ()
- 6. El resultado de su Papanicolaou se asoció con la presencia del VPH?**
1. Si ()
 2. No ()
- 7. Cuantos partos vaginales ha tenido Ud.?**
1. Nulípara ()
 2. Primípara ()
 3. Multípara ()
- 8. Su primer parto fue cuando Ud. tenía:**
1. <18 años ()
 2. > 18 años ()

9. Ha utilizado Ud. algún método anticonceptivo:

1. Si ()
2. No ()

10. Si su respuesta anterior es positiva. Indique el tipo de método usado:

1. Barrea ()
2. Hormonales ()
3. DIU ()
4. Naturales ()

11. Por qué tiempo usó método anticonceptivo?

1. 1 – 4 años ()
2. 5 o más ()

12. En algún momento de su vida a consumido tabaco?

1. Si ()
2. No ()

13. Si su respuesta anterior es positiva. Indique con qué frecuencia consumió tabaco?

1. 1 – 5 por día ()
2. Más de 6 por día ()

14. Algún miembro de su familia a presentado Cáncer de cuello uterino?

1. Si ()
2. No ()

15. Si su respuesta anterior es positiva. Indique la relación de consanguinidad que tiene con Ud.

1. Abuela
2. Madre

-
3. Hermana
 4. Tía

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N° 3

CERTIFICADO DEL ABSTRACT

LEIDY ADRIANA VIVANCO RÍOS, Licenciada en Ciencias de la Educación, Mención Idioma Inglés.

CERTIFICA:

Que la traducción de los documentos adjuntos, denominado ABSTRACT de la Tesis titulada "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS. HOSPITAL "VICENTE RODRÍGUEZ WITT", SOLCA – LOJA, PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014", solicitada por la Janina Margarita Ríos Moreira con CI 1104534332, han sido realizados por mi persona, como profesional del Idioma Inglés.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que crea conveniente.

Loja, 14 de octubre del 2016

Atentamente



.....

Lic. Leidy A. Vivanco Ríos

CI: 1104838758

Cel. 0988937240