UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE MEDICINA

"FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CÉRVIX EN EL HOSPITAL DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE LOS AÑOS COMPRENDIDOS ENTRE 2003 Y 2008"

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA GENERAL

AUTORA

Priscila Esthefany Arévalo Sandoya

DIRECTOR

Dr. Raúl Pineda Ochoa

Loja- Ecuador

2009 – 2010

Loja, a 20 de julio de 2009

Doctor
Raúl Pineda
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

C E R T I F I C A:

Que la Srta. Priscila Esthefany Arévalo Sandoya, estudiante de la carrera de Medicina del Área de la Salud Humana, ha trabajado bajo mi dirección la Tesis: **"FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CÉRVIX EN EL HOSPITAL DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE LOS AÑOS COMPRENDIDOS ENTRE 2003 Y 2008",** como requisito previo para graduarse como Médico General, cumplidas las formalidades de Ley, queda autorizada su presentación para la defensa y sustentación.

Dr. Raúl Pineda

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Las ideas, criterios, análisis, procedimientos de investigación, consulta de Tesis, resultados y conclusiones del estudio: “FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CÉRVIX EN EL HOSPITAL DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE LOS AÑOS COMPRENDIDOS ENTRE EL 2003 AL 2008”, son de absoluta responsabilidad de la autora.

Loja, julio de 2009

Priscila E. Arévalo S.

DEDICATORIA

A DIOS:

Nuestro padre celestial, quien ha guiado mis pasos y ha fortalecido en mí los más grandes deseos de superación constante.

A mis PADRES:

Que con sabiduría y ternura me enseñaron el valor de la vida, el respeto y el amor incondicional, forjando en mí un ser útil para la sociedad.

A mis HERMANAS:

Que con su ayuda y compañía contribuyeron a hacer realidad mis ideales.

PRISCILA

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi agradecimiento al Dr. Raúl Pineda, Director de Tesis, quien con sus valiosos aportes, ideas y conceptos, hizo posible la culminación exitosa del presente trabajo de investigación.

A los Catedráticos del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, por haberme impartido sus conocimientos para mi formación profesional, orientándome de esta manera para servir eficientemente al sistema de salud de nuestro país.

De igual forma agradezco a todas aquellas personas que de manera desinteresada contribuyeron valiosamente a la realización del presente estudio, brindándome su apoyo constante y facilitándome los medios para la culminación del mismo.

La Autora

RESUMEN

Es un estudio retrospectivo y descriptivo a fin de conocer si las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix en el Hospital de Solca presentan los factores de riesgo que hasta ahora se han vinculado con la aparición de este. Los objetivos a investigar fueron analizar las características sociodemográficas, relacionar la asociación de los factores de riesgo con el diagnóstico de cáncer de cérvix, identificar el tipo de lesiones Intraepiteliales escamosas del cuello uterino y determinar la incidencia de las pacientes con previa citología cervical, negativa para virus papiloma humano (VPH).

Los casos estudiados fueron todas aquellas pacientes con diagnóstico corroborado por histopatología de Cáncer de Cérvix (119 en total) en el Hospital de Solca de la ciudad de Loja durante el periodo 2003 al 2008. Los resultados indican como factores de riesgo, la edad, la baja escolaridad, el estado civil, la ocupación, las bajas condiciones socioeconómicas, el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, el embarazo precoz, la paridad, falta de empleo de algún método anticonceptivo, ausencia de citología cervical previa, etc.

Los factores de riesgo asociados con menor frecuencia que se encontraron son: antecedentes familiares de cáncer, ingesta de alcohol, consumo de tabaco, enfermedad inmunosupresora y enfermedad de transmisión sexual. El tipo de lesión intraepitelial escamosa de cuello

uterino más frecuente encontrado es el Carcinoma según Sistema Bethesda y un 23% de pacientes se realizaron citología cervical previa con resultado negativo para VPH.

SUMMARY

Is a retrospective and descriptive study in order to know if the diagnosed women with cervix cancer at Loja City SOLCA Hospital present the risk factors that have been linked until now with the appearing of this one. The objectives of the research were, to analyze the sociodemographic characteristics, to identity the type of ontraepitelial flaky injuries of the uterine neck and to determine the incidence of patients with previous cervical cytology, negative for human apilloma virus (HPV).

The studied cases were all those patients with diagnosis corroborated by histopathology of Cervix Cancer (119 in total) at Loja City Solca Hospital during the period from 2003 to 2008. The results show the risk factors, age, low schooling, marital status, occupation, low socioeconomic conditions, beginning of sexual relations at early age, preocious pregnancy, parity, lack of any contraceptive method, absence of previous cervical cytology, etc.

The risk factors associated with less frequency that were found are, cancer family background, consumption of tobacco and alcohol, inmunosuppresorial sickness and sexual transmission illness. The type of intraepitelial flkay injury of uterine neck most frequently found is the carcinoma according to Bethesda System and a 23% of patients received a previous cervical cytology with ngative results of HPV.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino ha sido y sigue siendo el cáncer más frecuente en los países en desarrollo. Cada año se registran 500.000 nuevos casos de cáncer de cérvix, muchos de los cuales son mortales, aunque su frecuencia varía en los países desarrollados.[1]

La edad promedio de diagnóstico de las pacientes afectadas con esta patología es de 45-47 años, empero esta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. Se calcula que aproximadamente el 2% de las mujeres mayores de cuarenta años lo desarrollan.[2]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó hace seis años que los nuevos casos bordearían los 15 millones en el 2 020. La predicción fue más aguda, al apuntarse que el 60-80% de ese aumento se registraría en los países de menor desarrollo, según señala la segunda edición de la publicación de la OMS sobre programas nacionales de control del cáncer.[3]

La tasa de incidencia y mortalidad varía ampliamente en varios países del mundo. A nivel global en Latinoamérica existe una tasa de

[1] Delgadillo, Brenda. 2003. Cáncer Cérvico-uterino en el Departamento de León durante el periodo 1999-2000. Tesis. Gineco-Obstetricia. Unan-León. Nicaragua.
[2] Talavera, Sheila. 2006. Factores de Riesgo asociados a lesiones precursoras de Cáncer Cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgar Lang. Silais Managua. Nicaragua.
[3] Rodríguez Salvá , Armando. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol 1999; 37(1):40-6

incidencia de 20.5 x 100.000, siendo Chile quien reporta la mayor tasa de incidencia con 30 x 100,000 habitantes al año. México tiene la mayor tasa de mortalidad con 16 x 100.000 mujeres y Grecia la menor, con 1.3 x 100.000 mujeres. [1]

Siendo Ecuador un país en desarrollo con un alto porcentaje de analfabetismo y desempleo, nuestra población femenina tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer cérvico-uterino, ya que se observa más frecuente en mujeres de bajos recursos económicos y bajo nivel educativo. Esto explica la gran diferencia de incidencia entre los países desarrollados y los subdesarrollados. Además cabe señalar que la mayoría de estudios epidemiológicos con relación al cáncer cérvico-uterino se llevan a cabo en países desarrollados, donde la incidencia de éstos ha disminuido significativamente en las últimas tres décadas.

A nivel local, de los datos obtenidos del Registro de Tumores de Loja, 1997-1999, el cáncer de cérvix es el de mayor frecuencia en mujeres. La tasa de incidencia específica de cáncer del cuello uterino in situ es de 18,98 x 100 000 habitantes, y la de cáncer del cuello uterino invasor es de 39.54 x 100 000 habitantes.[4]

En muchos países desarrollados existen programas de detección selectivos de citología cervical que varía en grado de organización (Programas de cribado), cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad por

[4] Garrido, Hernán. y colbs. Normas de diagnóstico y Manejo de Tumores Malignos. Primera Edición.

cáncer de cérvix, a través de la detección temprana y del tratamiento de las alteraciones epiteliales (lesiones pre-malignas).[5]

En vista de lo planteado se realizó un estudio retrospectivo de 119 casos de mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cérvix en el Hospital de Solca de la ciudad de Loja durante los años comprendidos entre 2003 y 2008, con el fin de identificar los factores de riesgo de mayor relevancia para la aparición y desarrollo de cáncer cérvico-uterino como: edad, condición socioeconómica, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, más de tres pareja sexuales, infección por VPH, etc., para ello se tomó en cuenta las características sociodemográficas de las pacientes, se relacionó la asociación existente entre los factores de riesgo con el diagnóstico posterior de cáncer; se determinó el tipo más frecuente de lesiones Intraepiteliales escamosas del cuello uterino y la incidencia de las pacientes con citología cervical previa, negativa para virus papiloma humano.

La información de cada paciente investigada se la registró en una ficha previamente elaborada y se hizo uso de la fuente de información relacionada con la historia clínica de cada caso; sin embargo, es necesario recalcar que no todos los expedientes clínicos contaban con la información requerida, puesto que muchos de éstos se encontraban sin datos registrados necesarios para el desarrollo del trabajo investigativo.

[5] Delgadillo, Brenda. 2003. Cáncer Cérvico-uterino en el Departamento de León durante el periodo 1999-2000. Tesis. Gineco-Obstetricia. Unan-León. Nicaragua.

El estudio se llevó a cabo durante un periodo de diez meses y la presente investigación contiene los resultados obtenidos, con los cuales se efectuó la discusión, las conclusiones y las correspondientes recomendaciones.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. GENERALIDADES

El cáncer de cérvix actualmente constituye una de las localizaciones más frecuentes de neoplasia maligna en el sexo femenino y ocupa el tercer lugar en mortalidad relacionada con tumores malignos dentro de la población general.

La frecuencia de cáncer de cuello uterino invasor es, en países subdesarrollados, diez veces mayor que en países desarrollados, y se observa una mayor incidencia de cáncer en mujeres de bajos recursos económicos y bajo nivel educativo.[6]

La distribución geográfica del cáncer de cérvix se relaciona con algunos factores del medio ambiente y estilo de vida, los cuales incluyen factores de riesgo cultural, reproductivo y de conducta. Un porcentaje considerable de las mujeres reúne en su mayoría antecedentes como son edad avanza, condición socioeconómica baja, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, más de tres pareja sexuales, promiscuidad, partos vaginales, infección por VPH, tabaquismo, multiparidad, higiene

[6] Delgadillo, Brenda. 2003. Cáncer Cérvico-uterino en el Departamento de León durante el periodo 1999-2000. Tesis. Gíneco-Obstetricia. Unan-León. Nicaragua.

inadecuada, nivel educacional bajo, uso prolongado de anticonceptivos orales y dieta.

El cáncer de cérvix tiene como característica fisiopatológica importante un lento, pero progresivo desarrollo. Este padecimiento se desarrolla a partir de lesiones precursoras llamadas Lesiones Intraepiteliales Escamosas y pueden pasar meses o años para que se desarrolle cáncer. Esto permite la probabilidad de diagnóstico en etapas incipientes, mediante el examen de Papanicolaou que es el método de elección y la forma más sencilla para la detección oportuna de lesiones premalignas y malignas. El diagnóstico precoz de estas lesiones permite mantener la salud y la capacidad de trabajo de la mujer, con medidas organizativas y el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico de este tipo de neoplasia. [7]

Es importante tener en cuenta que más de la mitad (56%) de mujeres en edad reproductiva nunca se han realizado el examen de Papanicolaou. Adicionalmente, este porcentaje es mucho mayor entre las mujeres de 15 a 29 años (OPS, 2002). Al parecer, los recursos económicos son determinantes al momento de decidir realizarse un control preventivo. En efecto, las mujeres de los grupos más pobres son

[7] Talavera, Sheila. 2006. Factores de Riesgo asociados a lesiones precursoras de Cáncer Cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgar Lang. Silais Managua. Nicaragua.

las que menos poseen información referente a prevención de cáncer de cérvix con relación a las de mayores ingresos.

Afortunadamente la historia natural del cáncer de cuello uterino es de tal naturaleza que permite el control de las *formas invasivas* a través de la prevención secundaria. Numerosos estudios han demostrado que la *neoplasia intraepitelial cervical (NIC)* evoluciona al estado de *carcinoma in situ* en aproximadamente 5 años y que se requieren otros 10 años para el desarrollo del *cáncer invasor.*

Después de 1950 tanto la incidencia como la tasa de mortalidad han descendido en la población femenina global con un 5% menor en la incidencia. [8]

[8] Delgadillo, Brenda. 2003. Cáncer Cérvico-uterino en el Departamento de León durante el periodo 1999-2000. Tesis. Gíneco-Obstetricia. Unan-León. Nicaragua.

2.2 ANATOMÍA DEL ÚTERO

El útero es el órgano en el cual el óvulo fecundado normalmente anida. [9] Está situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga y el recto, superior a la vagina e inferior a las asas intestinales y al colon sigmoideo. En la nulípara, el útero mide 7.5 cm de longitud y en las multíparas, la longitud del útero varía entre 7 y 8 cm.

2.2.1 CUERPO UTERINO:

→ **CONFIGURACIÓN EXTERNA:** El cuerpo uterino de forma triangular presenta dos caras, una anterior y otra posterior, y tres bordes, dos de ellos laterales y el otro transversal o fondo uterino.

→ **CONFIGURACIÓN INTERNA:** La cavidad corporal, triangular, tiene dos caras (anterior y posterior) que se adosan una a la otra, formando así una cavidad virtual.

→ **ESTRUCTURA:** El Cuerpo uterino se halla constituido por una gruesa capa muscular, el miometrio, cuya superficie externa está cubierta por la serosa peritoneal, mientras que su cavidad está revestida por una mucosa, el Endometrio.

[9] O'Rahilly, Ronan. Anatomía de Gardner. 5ta Edición. 2001.

2.2.2 CUELLO UTERINO:

El cuello o cérvix es la parte inferior, estrechada y cilíndrica del útero, que presenta pocas fibras musculares lisas y gran cantidad de tejido conjuntivo. [10]

Las características del cuello uterino difieren en la mujer virgen, en la primípara y en la multípara: En la *mujer virgen* el cuello es liso, uniforme y de consistencia firme. El orificio del útero es circular o tiene la forma de una hendidura transversal de 5 a 6 mm de longitud; sus bordes son regulares, lisos, únicos, y su consistencia es muy firme; en la *primípara* el orificio del útero se alarga transversalmente y sus labios presentan una o dos escotaduras poco profundas, con cierta disminución de su consistencia y en la *multípara,* el orificio del útero que puede alcanzar 1.5 cm de anchura, está bordeado por dos labios irregulares cortados por numerosas desgarraduras. [11]

El cuello uterino está compuesto por Epitelio cilíndrico, que reviste el conducto endocervical, y el epitelio escamoso, que cubre la superficie del exocérvix. El punto en el cual se unen estos dos epitelios se denomina Unión escamocilíndrica. [12]

---

[10] Junqueira, L. C. y Carneiro José. 2000. Histología Básica. Quinta Edición.
[11] Rouviere, H y Delmas, A. Anatomía Humana. 11va Edición. 2005
[12] Berek, Jonathan, y otros, Ginecología de Novak. 2003. Décimo tercera Edición

1. EPITELIO ENDOCERVICAL: La mucosa del cuello uterino o endocérvix tiene 3 – 5 mm de espesor, el epitelio es cilíndrico alto y está compuesto por células secretoras y algunas células ciliadas. Esta mucosa no se descama en la menstruación, aunque las glándulas cervicales sufren pequeñas variaciones en su estructura durante el ciclo menstrual. [13]

2. EPITELIO ECTOCERVICAL: El epitelio escamoso original de vagina y exocérvix asienta sobre una membrana basal y esta constituido por cuatro capas:

- ✓ **Capa basal**: Es una sola fila de células inmaduras con grandes núcleos y citoplasma escaso.
- ✓ **Capa parabasal**: Abarca dos a cuatro filas de células inmaduras que tienen figuras mitóticas normales y que generan a las células que sustituyen al epitelio suprayacente.
- ✓ **Capa Intermedia**: Incluye cuatro a seis filas de células con cantidades más grandes de citoplasma y forma poliédrica, que están separadas por un espacio intercelular.
- ✓ **Capa superficial**: Abarca cinco a ocho filas de células aplanadas con núcleos pequeños uniformes y citoplasma lleno de glucógeno. El núcleo se vuelve picnótico y las células se desprenden desde la superficie (exfoliación). Estas células constituyen la base para la prueba de Papanicolaou. [14]

[13] Junqueira, L. C. y Carneiro José. 2000. Histología Básica. Quinta Edición.
[14] Rouviere, H y Delmas, A. Anatomía Humana. 11va Edición. 2005

3. EPITELIO DE TRANSFORMACIÓN: Sobre el orificio cervical externo suele situarse la zona de tránsito del epitelio poliestratificado del ectocérvix al cilíndrico del endocérvix. Esta zona no es fija y va cambiando a lo largo de la vida de la mujer; en la niña se sitúa por debajo del orificio cervical externo y en la posmenopáusica por encima, de tal forma que el epitelio poliestratificado se insinúa en el interior del canal cervical. Durante la gestación es muy frecuente que el epitelio endocervical recubra el ectocérvix.[15]

En el momento de la menarquía, la producción de estrógenos hace que el epitelio vaginal se llene de glucógeno. Los lactobacilos actúan sobre el glucógeno al pH que ellos mismos producen, lo que estimula la reserva de células subcilíndricas para que experimenten metaplasia.

La metaplasia progresa desde la unión escamocilíndrica original hacia el interior, en dirección hacia la boca externa, y sobre las vellosidades cilíndricas. Este proceso establece una zona llamada Zona de Transformación, que se extiende desde dicha unión original hacia la unión escamocilíndrica fisiológicamente activa. Conforme madura el epitelio metaplásico en la zona de transformación, empieza a producir glucógeno y acaba por parecerse desde los puntos de vista colposcópico e histológico al epitelio escamoso original.

[15] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

Se cree que, en la mayor parte de los casos, la CIN se origina en un solo foco en la zona de transformación a nivel de la unión escamocilíndrica que avanza. El labio anterior del cuello uterino tiene doble de probabilidades de presentar CIN en comparación con el labio posterior. En sentido proximal, la CIN abarca los surcos cervicales, y esta zona tiende a experimentar las lesiones más graves de CIN.

El epitelio metaplásico, que se encuentra a nivel de la unión escamocilíndrica, se inicia en la célula de reserva subcilíndrica. Bajo la estimulación de la acidez de la parte baja de la vagina, las células de reserva proliferan y elevan el epitelio cilíndrico. Las células metaplásicas inmaduras tienen grandes núcleos y un citoplasma pequeño carente de glucógeno. Conforme estas células maduran de manera normal, producen glucógeno y acaban por formar las cuatro capas del epitelio.

El proceso metaplásico se inicia en las puntas de las vellosidades cilíndricas, que son las primeras expuestas al ambiente vaginal ácido. Conforme la metaplasia restituye al epitelio cilíndrico, el capilar central de la vellosidad experimenta regresión y el epitelio se aplana, por lo que este epitelio queda con su redecilla vascular característica.

Conforme prosigue la metaplasia hacia los surcos cervicales, sustituye al epitelio cilíndrico y aplana de manera semejante el epitelio.

Los surcos más profundos pueden no quedar restituidos por completo por el epitelio metaplásico, con lo que quedará epitelio cilíndrico secretor de moco atrapado bajo el epitelio escamoso. Algunas de estas glándulas se abren hacia la superficie; otras quedan sepultadas por completo, y se produce acumulación de moco en los llamados quistes de Naboth. [16]

2.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX

En términos generales, *riesgo* es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (Enfermedad, muerte, etc.). El riesgo es la probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes que ellos acontezcan, se habla de la utilización de enfoque de riesgo con fines preventivos.

[16] Berek, Jonathan, y otros, Ginecología de Novak. 2003. Décimo tercera Edición

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Al considerar los factores de riesgo, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar y tener conductas sexuales que pueden llevar a infección con el virus del papiloma humano), en vez de en los que no se pueden (tales como las diferencias en la edad y los antecedentes familiares). Sin embargo, el conocimiento de los factores de riesgo que no se pueden cambiar sigue siendo importante porque puede ayudar a convencer a las mujeres con estos factores de la importancia de la prueba de Papanicolaou para la detección temprana del cáncer del cuello uterino en las primeras etapas. [17]

Se ha demostrado que la infección por el papilomavirus humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncógeno nunca presenta cáncer cervicouterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad. [18]

[17] Talavera, Sheila. 2006. Factores de Riesgo asociados a lesiones precursoras de Cáncer Cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgar Lang. Silais Managua.
[18] Alliance For Cervical Cancer Prevention Members. 2004. Disponible en: www.alliance-cxca.org

Un gran número de factores epidemiológicos parecen contribuir al desarrollo de cáncer de cérvix, pero el modo a través del cual estos factores causan el cáncer es todavía poco claro, más aún dichos agentes epidemiológicos han sido identificados consecutivamente adquiriendo un rol importante en diferentes períodos de tiempo.[19]

Los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix son:

2.3.1 EDAD

Después de los 25 años de edad, el riesgo de desarrollar cáncer cervical comienza a incrementar. Pero, este tipo de cáncer se puede diagnosticar en mujeres jóvenes a principio de sus 20 años de edad e incluso en sus años de adolescencia.

El riesgo de morir a causa de cáncer cervical incrementa a medida que las mujeres envejecen. [20] Sin embargo, gracias a la realización a gran escala del examen de Papanicolaou o pap en los Estados Unidos, el riesgo de tener cáncer cervical ha dejado de aumentar luego de los 40, y se mantiene bastante estable. La edad promedio en la que la enfermedad es diagnosticada en los Estados Unidos es 47 años.[21] Las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino aparecen comúnmente en la

[19] Gori, Jorge y Lorusso Antonio, Ginecología de Gori. 2005. 2da Edición
[20].Calvanga, Mary. 2007. Factores de Riesgo para Cáncer Cervical.
[21]Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine. 2007. Cáncer Cervical.

segunda década de la vida (20-30 años), y de no tratarse pueden evolucionar a cáncer cervicouterino.

2.3.2 ESTADO CIVIL

Las mujeres solteras tienden a presentar mayores factores de riesgo de lesiones premalignas dado que existe la posibilidad de aumentar el número de compañeros sexuales y por consiguiente, el riesgo de promiscuidad por el hecho de ser solteras y no tener ningún tipo de responsabilidad con una pareja.

2.3.3 ESCOLARIDAD

A más baja escolaridad, mayor riesgo de tener lesiones premalignas y malignas, ya que la mujer tendrá menores posibilidades de comprender y concientizarse para realizarse el Papanicolaou anualmente y darse seguimiento adecuado en caso que el examen revelara alguna lesión pre maligna.

2.3.4 OCUPACIÓN

Las amas de casa están más propensas a infecciones de transmisión sexual y dentro de ellas, la infección por papiloma virus, el cual es una lesión precursora de cáncer cervicouterino.[22]

[22] Talavera, Sheila. 2006. Factores de Riesgo asociados a lesiones precursoras de Cáncer Cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgar Lang. Silais Managua. Tesis.

2.3.5 MALA NUTRICIÓN

Las dietas bajas en frutas y verduras están asociadas con un riesgo incrementado de cáncer cervical.

Bajos niveles de micronutrientes: Como cofactores asociados con un mayor riesgo a cáncer de cuello uterino son la reducción de los niveles de vitaminas A, C y ácido fólico en la dieta.

El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH. La pérdida del "impriminting" genómico (genes metilados) en los fenómenos de carcinogénesis podrían vincularse con factores fisiológicos, ambientales y dietéticos, que poseen la capacidad de metilar al ADN, así el folato, la vitamina B_6, la vitamina B_{12} y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación.

Se ha comprobado que durante el embarazo ocurre cierta depresión de los niveles de folato, lo cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en multíparas.

La ingestión de comidas ricas en vitamina A y, particularmente, en retinol fue asociado con la reducción del riesgo de padecer traumas de

desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto, y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis. [23]

2.3.6 RAZA Y ETNICIDAD

En los Estados Unidos, varios grupos raciales y étnicos tienen índices más altos de muerte por cáncer cervical. Entre personas afroamericanas, el índice de muerte a causa de cáncer cervical es más del doble del promedio nacional. Las personas hispanas e indias americanas también tienen índices de muerte por encima del promedio. [24]

2.3.7 FACTORES GENÉTICOS:

Aunque el VPH es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, sólo pocas mujeres infectadas desarrollan la enfermedad. La susceptibilidad genética a la infección por el VPH parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos holotipos de HLA son predisponentes al aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por VPH y, por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino. [25]

Existe un estudio sueco de Furgyik en 1986 en mujeres que padecían de cáncer de cuello, en el que se demuestra una incidencia en

[23] Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Volumen 30 / Nº 3, 2004.
[24] Calvanga, Mary. 2007. Factores de Riesgo para Cáncer Cervical.
[25] Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Volumen 30 / Nº 3, 2004

las mujeres cuyas madres tuvieron cáncer de cuello del 7,9%, frente al 1% en el grupo control. No obstante, este trabajo prospectivo ha sido criticado por la forma de elegir el grupo de control. [26]

2.3.8 FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

El cáncer cervicouterino es mucho más frecuente en las grandes urbes de países subdesarrollados que han sufrido un acentuado crecimiento por factores demográficos y por migración interna desde el sector rural.

El cáncer cervicouterino alcanza su más alta prevalencia en estos grupos humanos marginados de los adelantos de la urbanización, que viven en malas condiciones sanitarias, carecen de hábitos higiénicos adecuados y por su escasa integración sociocultural, no aprovechan los recursos de salud. **[27]** Esto podría evitar que las mujeres reciban la revisión necesaria para diagnosticar y tratar el cáncer cervical en sus primeras etapas. [28]

2.3.9 HÁBITOS NOCIVOS:

El alcoholismo no está claro que esté directamente relacionado con el cáncer de cérvix, aunque es posible que las mujeres alcohólicas presenten además otros factores de riesgo.

---

[26] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005
[27] Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. 1 999. 2da. Edición,
[28] Calvanga, Mary. 2007. Factores de Riesgo para Cáncer Cervical

En cuanto al tabaquismo, se ha señalado que el riesgo relativo para una fumadora de más de 40 cigarrillos al día es de 2.4; cuando la duración del hábito es de 30-39 años, el riesgo relativo es de 1.5, y si supera los 40 años se eleva al 2.2.

La acción del tabaco se ejercería directamente sobre las células epiteliales epidermoides, habiéndose demostrado en ellas la presencia de nicotina y de su principal metabolito, la cotinina; pero es posible que lleguen hasta las células y el moco cervical otros muchos componentes del tabaco. [29] El cigarrillo tiene un nexo muy notorio con el riesgo elevado de cáncer cervical y puede afectar la actividad de los linfocitos T.[30]

2.3.10 FÁRMACOS:

Hay dos tipos de medicamentos que se han relacionado con el cáncer de cérvix: el Dietilestilbestrol (DES) y los anticonceptivos orales (AO).

Dietilestilbestrol: Entre los años 1 947 y 1 971 se utilizó ampliamente en Estados Unidos el DES para mujeres diabéticas durante el embarazo y en el tratamiento de la amenaza de aborto. Se estima que se expusieron de dos a tres millones de fetos.

[29] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005
[30] Brunicardi, Charles F y otros, Schwartz Principios de Cirugía. 2006. 8va Edición

Posteriormente se descubrió una relación entre la exposición fetal al DES y el carcinoma de células claras de vagina y de neoplasia intraepitelial cervical y vaginal (NIC y cáncer in situ). La incidencia de carcinoma de células claras es de casi una en mil mujeres expuestas y las de NIC y cáncer in situ es el doble que mujeres no expuestas.

Se puede concluir que el riesgo de padecer un adenocarcinoma hasta la edad de 34 años es de 1 pro 1000. En el 60% de las jóvenes afectadas, la madre había sido tratada con DES, y en el 40% muchas de las madres se medicaron con otras hormonas o medicamentos que no pudieron ser identificados. [31]

Anticonceptivos Orales: El riesgo relativo estimado para anticonceptivos orales se ha demostrado que fluctúa sobre el nivel 2 de evidencia. La Agencia de Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (AIC) presentó una sola razón que manifestaba un incremento del riesgo de cáncer de cérvix basado en estudios con anticonceptivos orales realizados *in vitro* que supuestamente demostraban un aumento de la expresión de ciertos genes del papilomavirus dependientes del estrógeno y progestágeno.

[31]Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

La mayor parte de los estudios epidemiológicos sobre hormonas y cáncer de cérvix aportan una evidencia sólida de que en presencia del VPH, el uso de la contracepción hormonal durante más de 10 años duplica el riesgo de desarrollar un carcinoma invasor de cérvix, aunque este riesgo disminuye progresivamente con el tiempo desde la interrupción de su uso. [32]

Peter Sasiene, autor del editorial, del Instituto de Medicina Preventiva de la Universidad Queen Mary de Londres hace hincapié en el hecho de que el VPH provoca el cáncer de cérvix y que la exposición a éste virus "no es independiente del uso de anticonceptivos orales". Esto quiere decir que las mujeres que utilizan la píldora para evitar un embarazo son menos propensas a emplear otros métodos, como el preservativo, que impiden en gran medida el contagio de este virus.[33]

2.3.11 MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN

- ✓ **DIU**

Clásicamente el uso de los DIUs ha sido asociado a una reducción del riesgo de desarrollar cáncer de endometrio, no existiendo hasta recientemente información sobre los posibles efectos del uso de DIUs en

[32] Delgadillo, Brenda. 2003. Cáncer Cérvico-uterino en el Departamento de León durante el periodo 1999-2000.
[33] De Martos, Cristina. 2007. Anticonceptivos Orales aumentan el riesgo de Cáncer de Cuello Uterino.

el cuello de útero. Varios estudios epidemiológicos recientes que han tenido en cuenta la infección por VPH aportan evidencia consistente de que el uso de los DIUs está asociado a una reducción en el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino.

✓ **CONDONES**

Dos ensayos clínicos aleatorizados y varios estudios epidemiológicos indican que el uso sistemático del condón masculino está asociado no sólo a una reducción en el riesgo de adquisición del VPH en el pene sino a una mayor regresión de las lesiones VPH peneales, a una mayor regresión de lesiones CIN y a una mayor resolución de las infecciones cervicales por VPH. Es importante resaltar que debido a la ubicuidad anogenital del VPH, el uso sistemático del condón no protege totalmente contra la adquisición del VPH en el pene o cuello uterino, sólo reduce parcialmente el riesgo de transmisión o adquisición. [34]

2.3.12 FACTORES INMUNITARIOS

Situaciones de inmunosupresión, favorecen la aparición de cáncer en general y de carcinoma de cérvix en particular. Las neoplasias intraepiteliales y el cáncer invasor son más comunes en mujeres inmunosuprimidas. [35]

---

[34] Castellaggue, Xavier. 2006. Cáncer de Cérvix y Anticoncepción: Nuevas Evidencias Epidemiológicas.

[35] Gori, Jorge y Lorusso Antonio, Ginecología de Gori. 2005. 2da Edición

Varios reportes han mostrado que las mujeres con sistemas inmunes debilitados, bien sean producidos por la medicación utilizada en los trasplantes de órganos, enfermedad inmunitaria, tratamiento inmunosupresor o inmunodeficiencia de origen genético, son más propensas a desarrollar cáncer cervical.

Se estima que en las trasplantadas de riñón el riesgo de cáncer en general se multiplica por 100 y el de cérvix por 12. También es conocida la mayor incidencia de cáncer de cérvix en las enfermas de SIDA; esto se interpreta como consecuencia de su mayor vulnerabilidad a las infecciones (sobre todo del papiloma virus humano), pero también será motivado por la inmunosupresión que estas enfermas padecen. [36]

2.3.13 PARIDAD:

Mujeres con 2 o más hijos tienen un riesgo 80% mayor (respecto de la nulípara) de desarrollar cáncer de cérvix y luego del cuarto hijo dicho riesgo se triplica. 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 HPV. Sin embargo no existe un acuerdo al respecto.

[36] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

Partos Vaginales:

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Esto probablemente explicaría el porque las neoplasias aparecen con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. [37]

2.3.14 FACTORES SEXUALES:

El factor sexual es esencial en la génesis del cáncer de cuello uterino, ya que éste no se presenta en mujeres vírgenes, de tal modo que hay que considerar el eventual agente cancerígeno alcanza la mucosa cervical a través de la actividad sexual. [38]

- **PRECOCIDAD EN EL COMIENZO DE LAS RELACIONES SEXUALES:**

Las mujeres que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 16 tienen dos veces más posibilidades de padecer un cáncer de cérvix

[37] Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2. 2004. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.
[38] Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. 1 999. 2da. Edición,

que las que los hacen a partir de los 20 (Briton y cols., 1987; Slatter y cols., 1989).

También es más frecuente entre las mujeres que se casan muy jóvenes, como en la India, y también entre aquellas cuyo primer embarazo se produce durante la adolescencia. [39]

Ricardo ORTIZ Serrano y Colbs., refieren que "el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por éstas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor.

El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años".

- **MÚLTIPLES COMPAÑEROS SEXUALES:**

Numerosos trabajos realizados con caso control han demostrado la relación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer de cérvix, independientemente de la edad del primer coito. Mujeres con 10 o más

[39] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

compañeros, tienen un riesgo tres veces mayor de padecer un cáncer de cérvix que las que tienen solamente uno.

- **FACTOR MASCULINO:**

En estudios realizados en mujeres sexualmente monógamas con casos control, se encontró una relación entre el cáncer de cérvix que padecían estas mujeres y el número de compañeras sexuales de su marido; el riesgo era mayor si frecuentaba prostitutas o padecían de infecciones de transmisión sexual. [40]

CIRCUNCISIÓN MASCULINA, VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX:

Resultados de varios estudios epidemiológicos confirman la capacidad del varón de transmitir los tipos de VPH responsables de la mayor parte de los casos de cáncer de cuello de útero. Además se identifica a la circuncisión como un factor masculino que reduce substancialmente el riesgo de infección por VPH en el pene y el riesgo de cáncer de cérvix en las mujeres de varones circuncidados, especialmente si la pareja masculina tiene una historia de conducta sexual de alto riesgo. [41]

- **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:**

La detección persistente del VPH de alto riesgo, en especial con elevada concentración (carga vírica) es la causa subyacente primaria del

[40] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

[41] Castellaggue, Xavier. 2006. Cáncer de Cérvix y Anticoncepción: Nuevas Evidencias Epidemiológicas

cáncer cervicouterino.[42] No obstante, es importante reconocer que menos de 5% de las mujeres infectadas por el VPH contraen el cáncer cervicouterino si no tienen acceso al tratamiento. Ciertos subtipos genéticos del VPH están asociados más estrechamente con el cáncer cervicouterino y la infección persistente por el VPH tiende a progresar con mayor frecuencia a la displasia de grado alto y al cáncer. [43]

Tanto la sífilis como la tricomoniasis, gonorrea e infección por clamidias se han involucrado en la epidemiología del cáncer de cérvix. Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cervicouterino que las mujeres sin coinfecciones.

Un análisis compartido de siete estudios de casos y testigos, que examina el efecto de la infección con HSV-2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con seropositividad para el ADN de VPH, el HSV-2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer cervicouterino, después del ajuste para posibles variables de confusión. [44]

---

[42] Vinay kumar y colbs. Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional. 2005. 7ma Edición.
[43]Herdman, Cristina y Jacqueline Sherris. 2002. Planificación de programas apropiados para la Prevención de Cáncer Cérvicouterino. OPS/OSP
[44] Alliance For Cervical Cancer Prevention Members. 2004. Disponible en: www.alliance-cxca.org

Aunque en los años sesenta y setenta del siglo pasado aparecieron trabajos en los que se demostraba una relación con este tipo de infecciones, en el momento actual puede asegurarse que no existe ninguna relación etiológica entre estas infecciones y el cáncer de cérvix. De todas formas, no es de extrañar la coincidencia con este tipo de infección, dada la relación entre cáncer y promiscuidad sexual. [45]

2.4. PAPILOMA VIRUS Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO

2.4.1 ROL DEL PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV) EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR

El HPV pertenece a la familia de los papovavirus. Estos subtipos virales pueden ser divididos en tres grupos de relevancia clínica:

- ✓ **SUBTIPOS VIRALES DE BAJO RIESGO ONCOGÉNICO**: como el 6, 11, 30, 42, 43, 44, frecuentemente hallados en el LIE de bajo grado y raramente en el cáncer invasor.
- ✓ **SUBTIPOS VIRALES DE RIESGO INTERMEDIO**: como el 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58 y 61, hallados en el LIE de alto grado y menos frecuentemente en el cáncer invasor.
- ✓ **SUBTIPOS VIRALES DE ALTO RIESGO ONCOGÉNICO**: como el 16, 18, 45, y 56 hallados en el LIE de alto grado y en el cáncer invasor.

[45] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

TRASMISIÓN: La vía clásica de contagio es la sexual, siendo los más frecuentes sitios de infección aquellos susceptibles a microtraumas durante la relación sexual como el introito, el área perianal y las mucosas anal, vaginal y cervical.

PATOGENIA: El HPV penetra en las células del huésped del estrato basal del epitelio expuestas a microtraumatismos, los viriones pierden su envoltura proteica y el genoma viral llega al núcleo de la célula donde se establece en forma episómica. También es muy vulnerable la zona de unión escamocolumnar, donde el epitelio es muy fino, y en cuyas capas profundas hay también células en mitosis.

El tiempo de incubación varía entre 6 semanas y 9 meses. Una vez que el virus llega a las células de la capa germinal, puede producirse tres tipos de infección.

1. **INFECCIÓN LATENTE:** Es la forma que sólo se evidencia mediante técnicas de hibridización de ADN viral, en individuos con tejidos clínica e histológicamente normales. Clínicamente es imposible diagnosticar este tipo de infección.
2. **INFECCIÓN SUBCLÍNICA (CONDILOMA VIRAL PLANO):** No visible a simple vista y detectada por la citología y/colposcopia. La infección subclínica difiere de la clínica sólo a nivel macroscópico.

3. **INFECCIÓN CLÍNICA O PRODUCTIVA:** Se caracteriza por una replicación masiva del virus, para lo que es necesario un epitelio diferenciado. La replicación casi siempre benigna, comienza en la capa de células basales y en las hileras más profundas de la parabasal, en la zona donde la región anterior del genoma e más activa. En el resto de las capas del epitelio y de forma muy especial en las más superficiales, existe una gran producción de proteínas de las cápside y la formación completa del virión.

Existe un largo periodo entre la enfermedad inicial y su eventual transformación maligna. Es muy frecuente la regresión espontánea de las lesiones y es muy poco probable que la infección por HPV baste por sí sola para provocar un cáncer en un huésped inmunocompetente. Se cree que para que se produzca la progresión hacia la malignidad se requiere de varios factores carcinogenéticos. [46]

2.4.2 VPH Y CÁNCER INTRAEPITELIAL DE CUELLO

Hoy en día la relación entre VPH y CIN se admite sin discusión, basándose en datos de experimentación in vitro y en la clínica. Cuando se cultiva células en medios que permiten la formación de un epitelio estratificado y se produce la transfección (introducción de información genética de un virus en el genoma de la célula) con HPV 16, se inducen

[46] Gori, Jorge y Lorusso Antonio, Ginecología de Gori. 2005. 2da Edición

cambios histológicos que recuerdan a los de CIN I-II, y se realizan varios pasos del cultivo in vivo, los cambios son similares a los del carcinoma in situ.

Las infecciones con VPH 16 y 18 se vinculan con un riesgo relativo de 11. Las mujeres infectadas con virus de alto riesgo es posible que padezcan muy pronto CIN II o III sin pasar por CIN I.

2.4.3 VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX INVASOR

En la actualidad se estima que el VPH está implicado en prácticamente el 100% de los cánceres de cérvix. Varios autores han señalado un peor pronóstico para el cáncer de cérvix con tipo VPH 16 ó 18 en cuanto a la incidencia de metástasis ganglionares y recidivas, pero hay otros estudios en los que no se ha encontrado esta relación.

2.5. CÁNCER CÉRVICOUTERINO

El cuello uterino es tanto un centinela de infecciones del tracto genital superior potencialmente graves, como una diana de carcinógenos víricos y de otro tipo, lo que puede llevar a carcinoma invasivo.[47]

2.5.1 LESIONES PRECURSORAS:

Estas lesiones son las antiguas Displasias cervicales y Carcinoma in Situ. Se considera que los tres cambios más importantes que

[47] Vinay kumar y colbs. Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional. 2005. 7ma Edición.

caracterizan la displasia son: anomalías en la maduración, con disminución marcada o ausencia de glucógeno; anormalidades de los núcleos y de las mitosis, y congestión y formación de neovasos en el tejido conjuntivo.[48]

NOMENCLATURA: La siguiente tabla permite reconocer las equivalencias de tres clasificaciones:

LESIONES PRECURSORAS DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE CUELLO UTERINO					
OMS	Infección papiloma virus	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia severa	Carcinoma in Situ
SOCIEDAD INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA	Infección papiloma virus	NIC grado I	NIC grado II	NIC grado III	
CLASIFICACIÓN BETHESDA	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado		Lesión intraepitelial escamosa de alto grado		

LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO

Las lesiones producidas por papiloma virus humano pueden ser únicas o múltiples, y se pueden ubicar en diversos sitios de la vulva, vagina o cuello uterino. Las pacientes no refieren sintomatología.

[48]Botero, Jaime y Alfonso Júbiz. Ginecología y Obstetricia. 2006. Séptima Edición.

El epitelio escamoso presenta hiperplasia (acantosis) y papilomatosis. La maduración y diferenciación citoplasmática está conservada, reconociéndose los estratos basal, parabasal, intermedio y superficial. El núcleo pierde la orientación y surge desplazamientos y basculaciones en cualquier sentido. Dado que está dañado por el virus, su trama cromatínica es poco neta.

Estudios prospectivos han demostrado que un 26% de las lesiones causadas por VPH 6 y 11, presentan regresión espontánea antes de un año, 48% persisten y 26% progresan a una lesión de mayor grado histológico (Syrjanen y cols. 1987).[49]

CONDUCTAS DE SEGUIMIENTO Y OPCIONES DE TRATAMIENTO: ASCUS- AGUS Y LIE DE BAJO GRADO

Las pacientes con informes de Ascus/Agus y LIE de bajo grado, infección por VPH, deben realizarse un nuevo estudio citológico en el plazo de seis meses. Si en la nueva detección no se ha modificado el grado de anormalidad, deberá repetirse la prueba de Papanicolaou cada seis meses hasta completar 2 años desde la detección de la anomalía inicial.

[49] Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. 1 999. 2da. Edición

Las mujeres que luego de dos años de presentar anomalías citológicas persistentes o que en cualquier momento muestran evolución citológica hacia una lesión más severa, deberán ser sometidas a examen colposcópico, biopsia y tratamiento, de acuerdo al resultado de este examen. Por el contrario, aquellas mujeres cuya citología regrese a se negativa por dos veces consecutivas, deberán a volver a su control regular cada tres años.[50]

El objetivo del tratamiento es eliminar las lesiones visibles por medios físicos, quirúrgicos, quimioterápicos o inmunológicos.

LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO

La clasificación de Bethesda reúne en esta categoría a las antiguas *displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ.*

Citológicamente estas lesiones descaman abundantes células basales y parabasales discarióticas, caracterizadas por presentar un núcleo aumentado de volumen, hipercromático sin nucléolo, y con una cromatina de estructura grumosa tosca bien definida. El citoplasma es basófilo opaco, denso y con límites citoplasmáticos bien definidos. Las

[50] Garrido, Hernán y otros, Normas de Diagnóstico y Manejo de Tumores Malignos. 2001. 1era Edición

células están aisladas y con frecuencia forman hileras o regueros de cierta regularidad.

CLÍNICA:

Este tipo de lesiones suelen ser asintomáticas. El diagnóstico se sospecha por un examen citológico alterado, una colposcopia que confirma la existencia de una lesión o una biopsia sugerente. [51]

DETECCIÓN:

→ La **CITOLOGÍA EXFOLIATIVA:** Se basa en el hecho fisiológico de la exfoliación del epitelio cervical. Normalmente las células de las capas superficiales del epitelio del exocérvix se descaman continuamente, y mucho más las células de los cánceres intraepiteliales o en estadios precoces de invasión; en estos casos, las células que se descaman están bien conservadas lo cual facilita el diagnóstico citológico. En los estadios avanzados las células se descaman mal, están mal conservadas y casi siempre hay infección sobreañadida que dificulta la lectura.[52]

La obtención de la muestra en la paciente para examen citológico exo y endocervical se efectúa de preferencia en fase intermenstrual, que no haya realizado en las 24 horas anteriores lavados vaginales, terapia intravaginal ni haya mantenido relaciones sexuales.

[51] Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. 1 999. 2da. Edición,
[52] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

El primer requisito fundamental para una buena toma es la entera visualización del cuello uterino, que se logra con la correcta colocación del espéculo. Clásicamente se emplea la espátula de Ayré para la toma exocervical y de la unión escamocilíndrica. En los casos de grandes cuellos de multíparas, las muestras obtenidas, son satisfactorias, por lo contrario, en pequeños cuellos de nulíparas, en la menopausia o en los cuellos posconización, la unión escamocilíndrica no es visible y se hace necesario un muestreo del canal endocervical con un cepillo endocervical (citobrush).

Las muestras obtenidas de esta forma se extienden en un portaobjetos y deben ser fijadas inmediatamente en una mezcla en partes iguales de alcohol y éter o en alcohol etílico al 95%. En laboratorio de Citopatología se colorean los preparados con el método de Papanicolaou, que clasifica a los estadios en cinco clases:

- ✓ **CLASE I:** Hallazgos normales
- ✓ **CLASE II:** Hallazgos inflamatorios (células anormales, pero no malignas)
- ✓ **CLASE III:** Hallazgos sospechosos (células atípicas probablemente malignas pero no concluyentes).
- ✓ **CLASE IV**: Hallazgos positivos (células firmemente demostrativas de malignidad).
- ✓ **CASE V:** Hallazgos positivos (células concluyentes de malignidad)

El frotis de Papanicolaou tiene una exactitud de 90-95% para diagnosticar lesiones precoces como la NIC.[53] La citología vaginal de acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer se recomienda sea tomada anualmente a todas las mujeres que sean o hayan sido activas sexualmente o que hayan alcanzado los 18 años de edad, conjunto con un examen pélvico.

Varios meta-análisis recientes han reportado una sensibilidad de Papanicolau verdaderamente baja (rangos del 30% hasta el 20% de sensibilidad). Un estudio realizado en Zimbabwe, encontró que el muestreo con citologías cervicales tenía una sensibilidad de 44% y una especificidad de 91% en la identificación de Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (HSIL). [54]

→ **COLPOSCOPÍA:** Facilita la búsqueda de la lesión responsable de la alarma citológica, pero además determina la extensión y la localización de la misma. La colposcopia guía la biopsia, seleccionando las áreas de mayor sospecha.[55]

→ **BIOPSIA:** Es obligatoria para confirmar el diagnóstico. La mayor parte de los cambios ocurren en la zona de transformación, se deben tomar muestras de la unión entre el tejido rosado y el rojo de preferencia

[53] Kasper, Dennis L. y colbs. Harrison Principios de Medicina Interna. 2005. 16ta Edición
[54] Talavera, Sheila. 2006. Factores de Riesgo asociados a lesiones precursoras de Cáncer Cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgar Lang. Silais Managua. Tesis.
[55] Gori, Jorge y colbs. Ginecología de Gori. 2005. 2da Edición

usando la prueba de Schiller, que se hace con una solución yodada 1 mg de yodo, 2 de yoduro de potasio y 50 cc de agua. El epitelio columnar no toma el yodo y el resto lo toma de acuerdo con la cantidad de glicógeno presente: a más glicógeno, más oscuro es el color marrón que toma la zona, y por consiguiente, más maduro el epitelio.[56]

→ La **CURETA ENDOCERVICAL DE KEVORKIAN** ha demostrado tener ventajas frente a otras en la obtención de un adecuado raspado endocervical.

TRATAMIENTO DE LIE DE ALTO GRADO

El tratamiento de las lesiones de alto grado puede efectuarse mediante procedimientos físicos destructivos locales o cirugía.[57]

- **ELECTRODIATERMIA:** Mediante electrocoagulación se destruye la zona afectada, para lo que es necesario anestesia. Puede destruirse hasta una profundidad de 10 mm.
- **CRIOCOAGULACIÓN**: Destruye la lesión mediante frío. Puede emplearse sin anestesia. La técnica consiste en la aplicación de la sonda por un tiempo de 2 a 4 minutos a partir del momento en que le cono se pone blanco.

[56] Botero, Jaime y Alfonso Júbiz. Ginecología y Obstetricia. 2006. Séptima Edición.
[57] Garrido, Hernán y colbs. Normas de Diagnóstico y Manejo de Tumores Malignos. 2001. 1era Edición

- **LÁSER DE CO_2**: Se utiliza una longitud de onda de 10.6 um; usando espejos y lentes se concentra la energía en una superficie de 0.2 a 2 mm de diámetro. Su acción biológica es térmica, volatizando los tejidos.
- **EXTIRPACIÓN DE LA ZONA ESCAMOCOLUMNAR**: Consiste en la erradicación de la lesión incluida la unión escamocolumnar. Puede efectuarse mediante láser, o con asa de diatermia usando un electrobisturí de bajo voltaje. Se debe extirpar un círculo de 2 cm de diámetro y de una profundidad de 8 mm.
- **CONIZACIÓN:** La erradicación de la lesión preinvasora mediante la extirpación de un cono es un tratamiento intermedio entre los métodos de ablación y el radical de la histerectomía y tiene la ventaja de que permite confirmar el diagnóstico y servir de tratamiento de las lesiones más extensas o localizadas dentro del canal cervical. [58]

2.5.2 CÁNCER INVASOR

El carcinoma del cuello uterino se presenta macroscópicamente como un tejido blanquecino, blando y friable, sangrante al contacto.

A. Según su forma de crecimiento se los divide en:

a. Exofítico: Cuando crece a partir del plano de la mucosa, constituyendo una masa saliente de superficie mamelonada e irregular

[58] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

aspecto de “coliflor”, generalmente ulcerada, pudiendo alcanzar dimensiones de 10 cm o más.

b. Endofítico: La neoplasia se desarrolla hacia la profundidad; la necrosis y la posterior ulceración de la superficie forman una depresión crateriforme. En algunos casos llega a ocupar casi toda la excavación pelviana.

c. Exoendofítico: Es una combinación de las formas anteriores, vegetante e infiltrante.

d. Superficial: Su crecimiento se efectúa en forma planimétrica, sin formar una masa exofítica, pero se puede extender a la mucosa vaginal.

B. En los estadios iniciales, cuando todavía el carcinoma no se ha desarrollado en la medida suficiente, es posible clasificarlo topográficamente en:

a. Exocervical (o ectocervical). El carcinoma asienta entre el orificio externo y la inserción vaginal; si tiene un crecimiento exofítico, hace protrusión en la vagina.

b. Del orificio externo: Es el punto de partida más frecuente; desde allí se extiende luego hacia el exocérvix o el endocérvix.

c. Endocervical. Cuando se origina entre los orificios externo e interno del cuello; casi siempre su crecimiento es infiltrante, lo que hace que el cuello adquiera una forma de tonel.[59]

- **MICROSCOPÍA:** Aproximadamente el 93% de los carcinomas de cuello, corresponden al tipo epidermoide. Este tumor tiene su origen en la zona de transformación (escamo-columnar) que corresponde a una ectopia glandular que ha sufrido un proceso de metaplasia escamosa.[60]

- **CUADRO CLÍNICO:** El cáncer invasor en sus comienzos puede pasar inadvertido o presentar una sintomatología exigua, que no intranquiliza a la paciente. Los síntomas principales son:

  ✓ **Metrorragia:** Suele ser de escasa cuantía, de sangre roja, y casi siempre provocada por pequeños traumatismos y otras veces son espontáneas, intermitentes o continuas, con conservación del ciclo en la premenopausia. Se deben a la fragilidad de los vasos superficiales y a la desintegración hística (necrosis) del tumor. Excepcionalmente la metrorragia es abundante o masiva, salvo en los casos muy avanzados.[61]

  ✓ **Leucorrea o flujo vaginal:** De aspecto variable, se observa habitualmente entre los episodios hemorrágicos. Puede ser *acuosa*

[59] Gori, Jorge y Lorusso Antonio, Ginecología de Gori. 2005. 2da Edición
[60] Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. 1 999. 2da. Edición,
[61] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

sanguinolenta, purulenta, y fétida, por la mortificación del tumor y la presencia de gérmenes anaerobios.

Cuando la neoplasia invade a los tejidos u órganos vecinos al útero aparecen diversos síntomas propios de las estructuras afectadas:

a. **Urinarios:** Por propagación vesical: polaquiuria, hematuria, Piuria, fistulización vesicovaginal. Por compresión ureteral: uronefrosis, pionefrosis.
b. **Rectales:** proctorragia, tenesmo, fistulización rectovaginal.
c. **Dolor:** Se localiza frecuentemente en la región posterior de la pelvis, siguiendo una distribución ciática e irradiándose a los miembros inferiores.[62] [63]
d. **Venosos y linfáticos:** La obstrucción de los plexos venosos y la invasión y destrucción de los ganglios linfáticos ocasionan cianosis, edemas de los miembros inferiores, vulva y sus vecindades.
e. **Síntomas Generales:** Anemia, color pajizo de la piel, pérdida de peso y caquexia.
f. **Metástasis:** Los síntomas dependen de los órganos afectados.

- **PROPAGACIÓN:** La propagación carcinomatosa se efectúa en varias direcciones: hacia la vagina, parametrios, invasión vesical, extensión al

[62] Botero, Jaime y Alfonso Júbiz. Ginecología y Obstetricia. 2006. Séptima Edición.
[63] Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005

recto, crecimiento hacia el cuerpo, invasión de los linfáticos, propagación a distancia (huesos, hígado, pulmones, etc.).

- **DIAGNÓSTICO:** Los estadios iniciales se detectan por métodos auxiliares de diagnóstico (citología oncológica, colposcopia, y en forma definitiva por la biopsia).

- **TRATAMIENTO:** Para el manejo del Cáncer del cuello del útero, se considerarán las 3 opciones terapéuticas básicas: Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia basadas en el estadio según la etapificación del carcinoma de cuello uterino.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es la conclusión de un estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo durante un período de seis años (2 003 al 2 008) en el Hospital de Solca de la Ciudad de Loja. El propósito del mismo fue la búsqueda de los factores de riesgo de las pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino durante el período antes mencionado. Por ello, se analizaron los principales factores de riesgo asociados con la aparición de cáncer de cérvix descritos en las diferentes bibliografías consultadas como: artículos científicos, estudios epidemiológicos, tratados y textos de ginecología y oncología, etc.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: todas las pacientes diagnosticadas con cáncer localizado e invasivo de cuello de útero en el Hospital de Solca durante los años 2003 al 2008. Se excluyeron las mujeres que hubiesen sido diagnosticadas de cáncer cervical en algún momento previo al período de estudio.

Los factores de riesgo fueron investigados en dicha población a través de la recolección de información en un Registro previamente elaborado, asignándose una para cada paciente y utilizando un código para su debida identificación, conservando en el mayor sigilo la identidad

de las participantes en el estudio, sin invadir su privacidad y haciendo uso de una fuente de información muy importante como es la Historia Clínica.

La información de la ficha de recolección de datos contenía las siguientes variables objeto del estudio:

→ Características sociodemográficas: edad, raza, estado civil, escolaridad, ocupación y lugar de residencia.
→ Antecedentes familiares de cáncer, factores socioeconómicos, hábitos alimenticios, consumo de alcohol y tabaco, y enfermedades inmunosupresoras.
→ Historia reproductiva: edad en el primer parto, tipo (eutócico, distócico) y total de partos.
→ Comportamiento sexual: la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, enfermedades de trasmisión sexual.
→ Historia de pruebas citológicas: edad de primera y tiempo transcurrido desde última citología, resultados positivos o no para VPH, tipo de lesión intraepitelial según sistema Bethesda.

Por el tipo de estudio y por tratarse de población adulta, se solicitó permiso a la Dirección del Hospital de Solca para la revisión del total de expedientes clínicos emitidos durante los seis años de estudio,

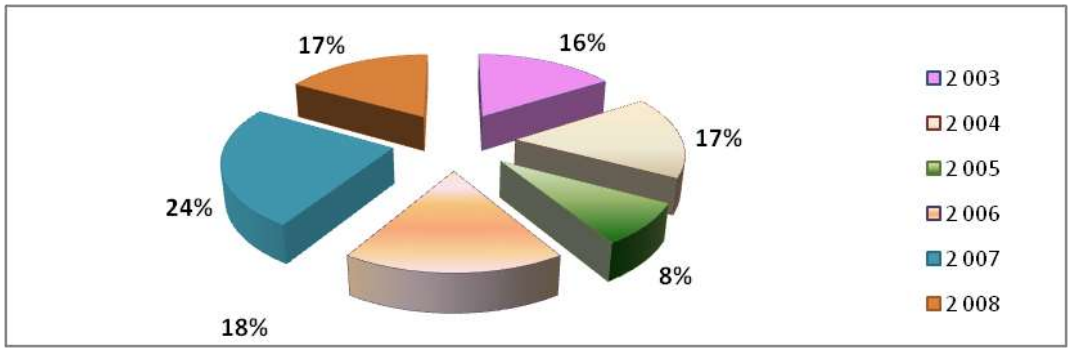
registrándose de ellos los datos necesarios para el desarrollo del trabajo investigativo.

La información que se obtuvo fue tabulada y posteriormente se calculó frecuencia de tasas y porcentajes, expresando los resultados en tablas y gráficos.

La Publicación de los hallazgos así como las conclusiones y recomendaciones omite datos de identificación personal de la población incluida en el estudio. La información es utilizada únicamente para los fines propuestos al inicio del trabajo investigativo.

IV. RESULTADOS

TABLA Nº 1: CASOS DE CA DE CÉRVIX DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA. AÑOS 2003 AL 2008

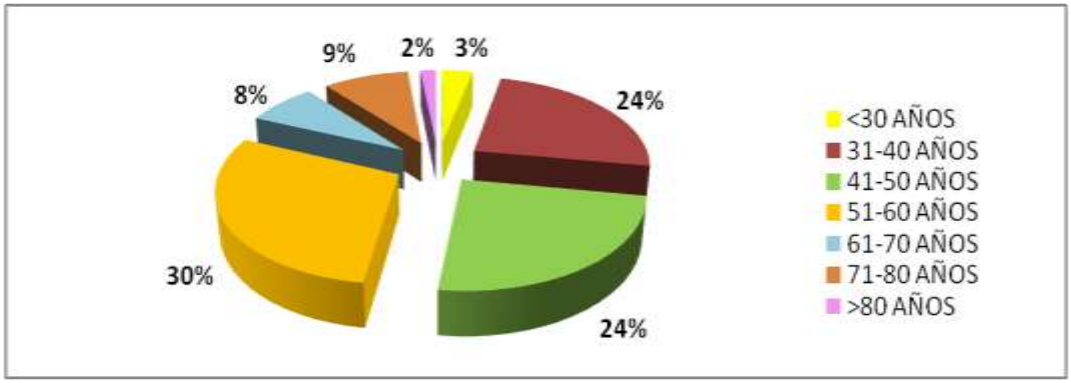


Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias diagnosticadas con cáncer de cérvix, durante el año 2007 se presentaron el mayor número de casos con un porcentaje correspondiente al 24%, le sigue en frecuencia el año 2006, con un porcentaje que corresponde al 18%, los años 2004 y 2008 con similar porcentaje (17%) y el año 2003 con un porcentaje del 16%; durante el año 2005 se registró el menor número de caos, con un porcentaje del 8%.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

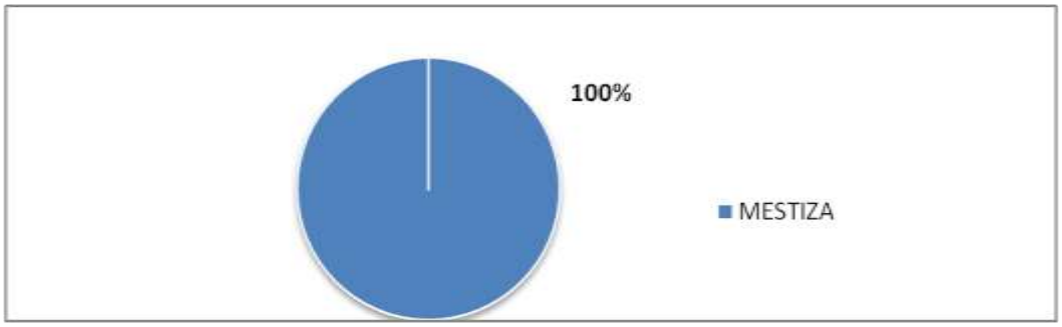
TABLA 2: EDAD DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias diagnosticadas con cáncer de cérvix, el grupo de 51 a 60 años tiene el mayor porcentaje correspondiente al 30%, le sigue en frecuencia los de 31 a 50 años con igual porcentaje (24%); es importante anotar que aunque el porcentaje es mínimo en las edades tempranas si se presenta el cáncer de cérvix, obteniéndose en un 3% en mujeres menores de 30 años, así mismo también es mínimo es mujeres ancianas con un 2%.

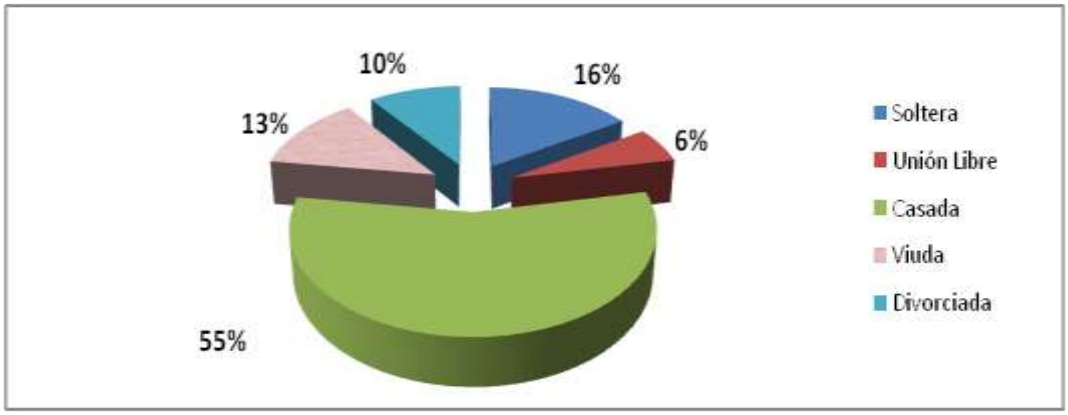
TABLA 3: RAZA DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Todas las 119 usuarias investigadas son de raza mestiza, lo que corresponde a un porcentaje del 100%.

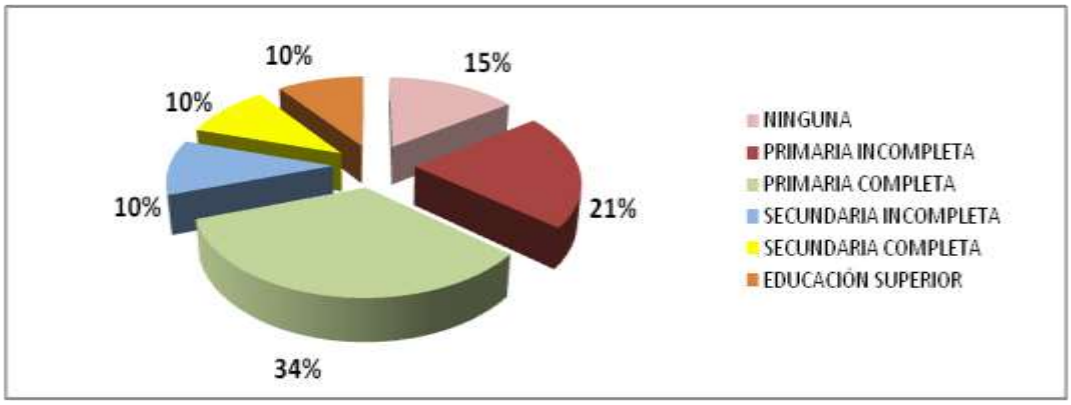
TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias con diagnóstico de cáncer de cérvix, la mayoría son casadas con un porcentaje del 55%, le sigue en frecuencia las mujeres solteras con un 16%, las viudas con un 13% y las divorciadas con un 10%; es mínimo el porcentaje de mujeres que tienen unión libre lo que corresponde a un 6%.

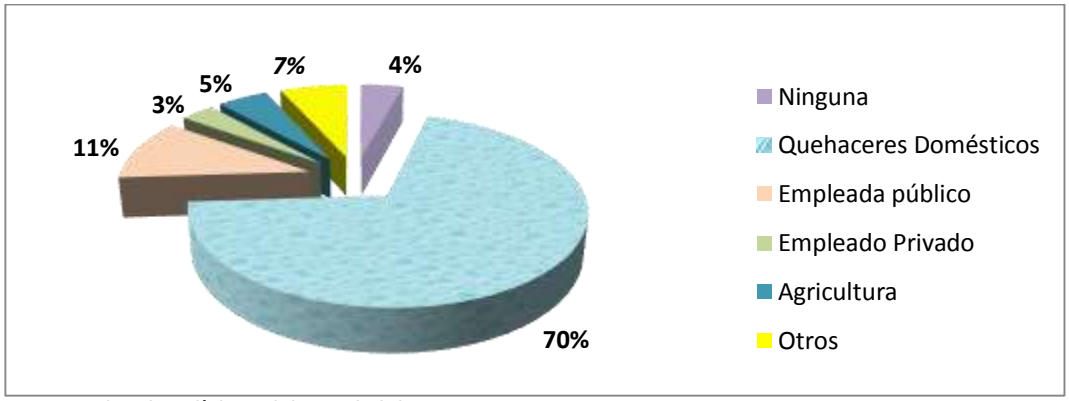
TABLA 5: ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias la gran mayoría han estudiado primaria completa con un porcentaje correspondiente al 34%, le sigue en frecuencia las mujeres que tienen primaria incompleta con 21%; es menor el grupo de mujeres que no han recibido ningún tipo de educación con un porcentaje del 15% y es importante destacar que aunque es mínima la frecuencia, el cáncer de cérvix también se presenta en mujeres con una educación secundaria y superior con igual porcentaje (10%).

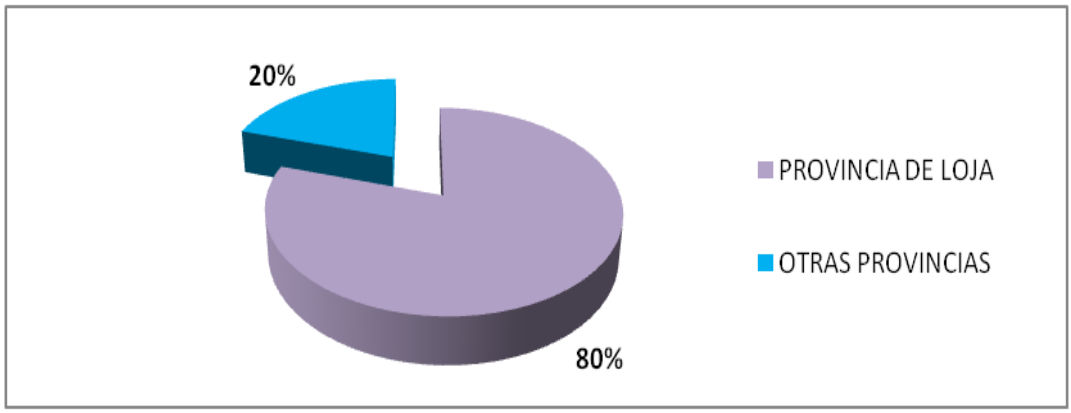
TABLA 6: OCUPACIÓN DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias diagnosticadas con cáncer de cérvix, el grupo de mujeres que se dedica a quehaceres domésticos tiene el mayor porcentaje correspondiente al 70%, le sigue en frecuencia las mujeres que son empleadas públicas con un 11%, y es mínimo el porcentaje de mujeres con cáncer de cérvix que se dedican a otras ocupaciones (7%), son agricultoras (5%), empleadas privadas (3%) o no tienen ninguna ocupación (4%).

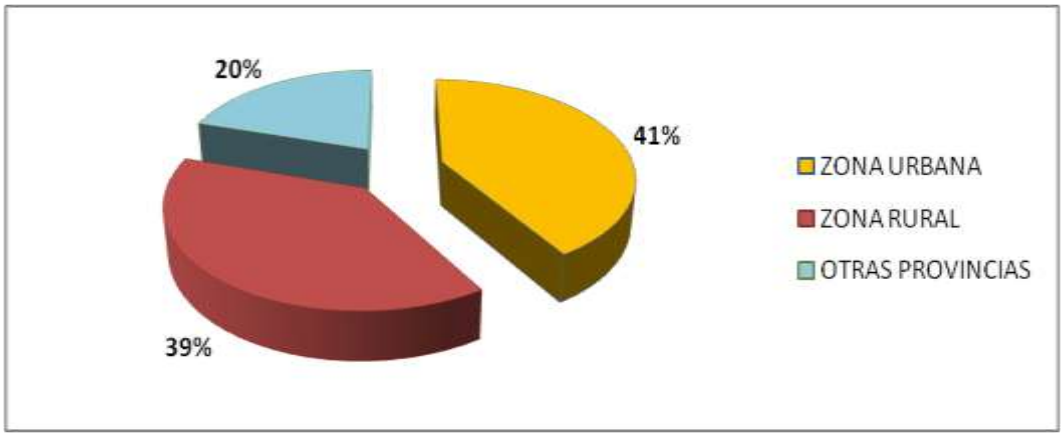
TABLA 7: LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 casos registrados de cáncer cérvico-uterino, la gran mayoría de mujeres residen en la provincia de Loja con un porcentaje que corresponde al 80%, y es menor la frecuencia de usuarias que acuden al hospital de Solca y que proceden de otras provincias del país con un porcentaje del 20%.

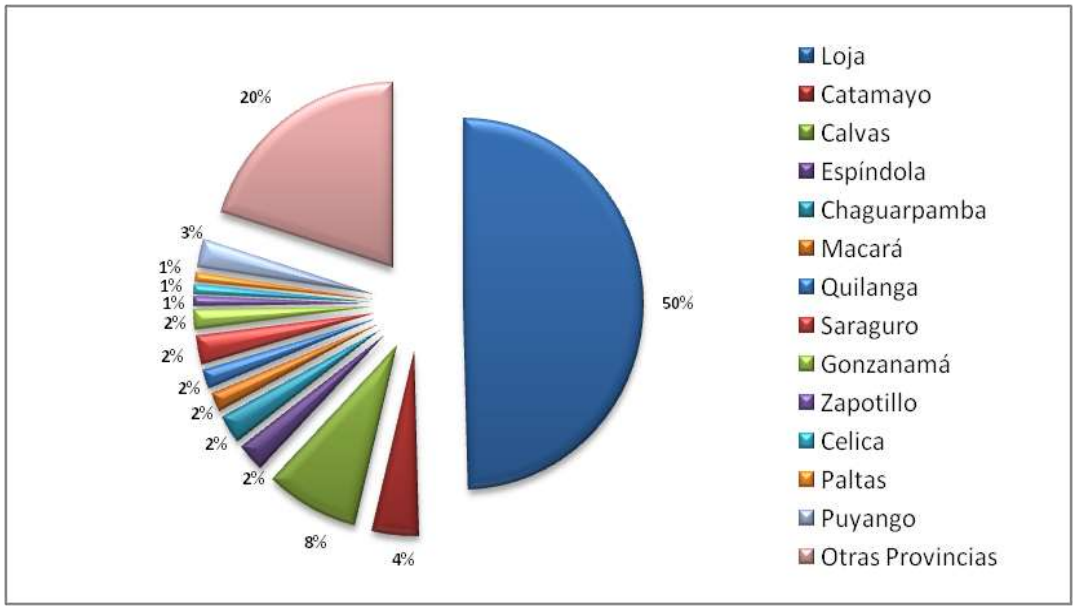
TABLA 8: ZONA DE RESIDENCIA EN LA PROVINCIA DE LOJA DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias con cáncer de cérvix que residen en la provincia de Loja, existe solo una pequeña mayoría de mujeres que habitan en la zona urbana con un porcentaje que corresponde 41%, en relación a las mujeres que habitan en zona rural con un porcentaje del 39%, en tanto que, un menor porcentaje de mujeres con cáncer de cérvix residen en otras provincias con un porcentaje del 20%.

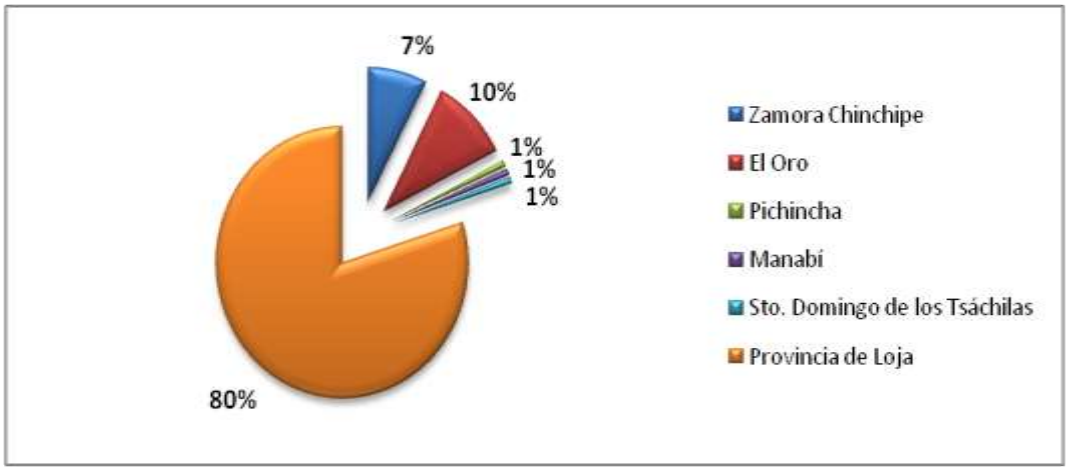
TABLA 9: CASOS REGISTRADOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA PROVINCIA DE LOJA POR CANTONES. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias con diagnóstico de cáncer de cérvix que habitan en la provincia de Loja, la gran mayoría de las mujeres residen en el cantón de Loja con un porcentaje correspondiente al 50%, le sigue en frecuencia el cantón de Calvas con un porcentaje del 8% y Catamayo con un 4%. Los cantones en los cuales se registran menores números de casos son: Saraguro, Espíndola, Chaguarpamba y Puyango con igual porcentaje (3%), así como Macará, Quilanga y Gonzanamá con un 2% cada uno. Los cantones que tienen un mínimo número de pacientes con cáncer de cérvix son: Zapotillo, Celica y Paltas con similar porcentaje (1%).

TABLA 10: CASOS REGISTRADOS DE OTRAS PROVINCIAS DE CÁNCER DE CÉRVIX. AÑO 2003-2008. SOLCA-LOJA

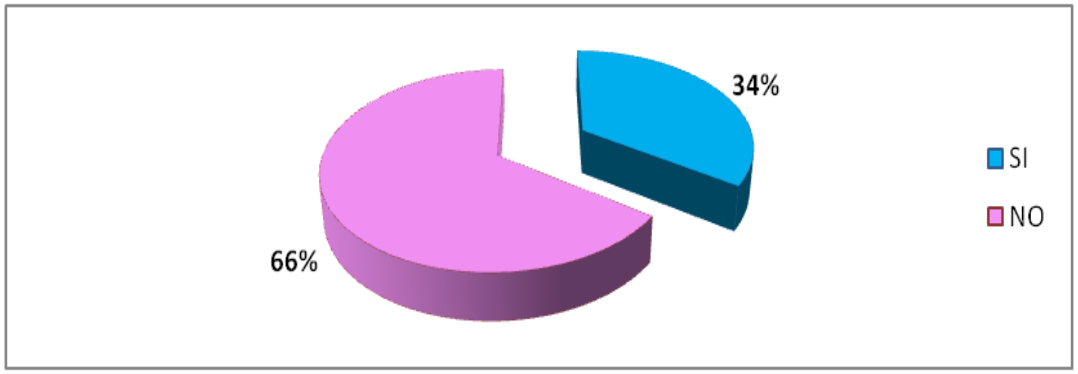


Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias con diagnóstico de cáncer de cérvix que residen en otras provincias, el mayor número de mujeres que acuden al Hospital de Solca proceden de la provincia de El Oro, con un porcentaje correspondiente al 10%, seguido en frecuencia por las que habitan en la provincia de Zamora Chinchipe con un porcentaje del 8%. Y es mínimo el porcentaje de mujeres que acuden de otras provincias del Ecuador como Pichincha, Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas, con un porcentaje similar para cada uno (1%).

FACTORES DE RIESGO

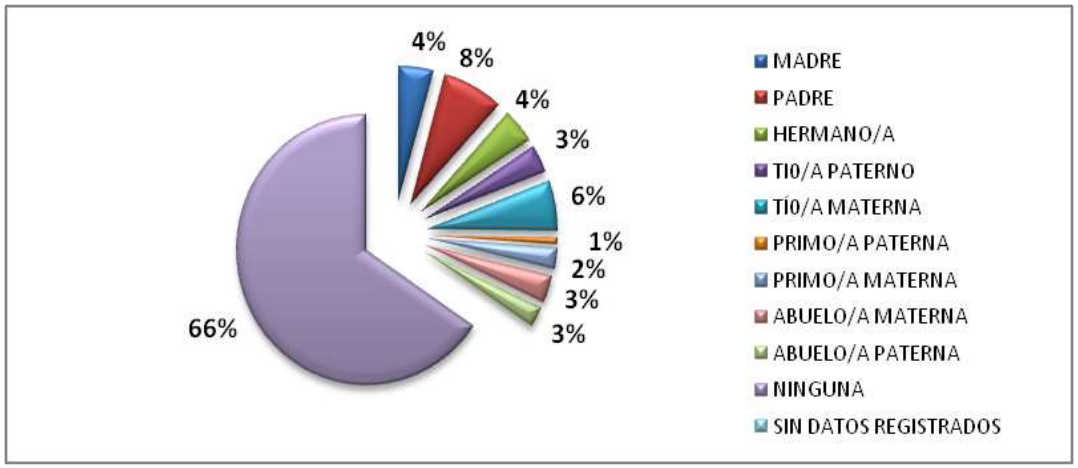
TABLA 11: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER RELACIONADOS CON LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias con cáncer de cérvix, la gran mayoría de ellas no tiene antecedentes familiares de cáncer con un porcentaje correspondiente al 66%, mientas que las mujeres que refieren que sí, representa un porcentaje menor que corresponde al 34%.

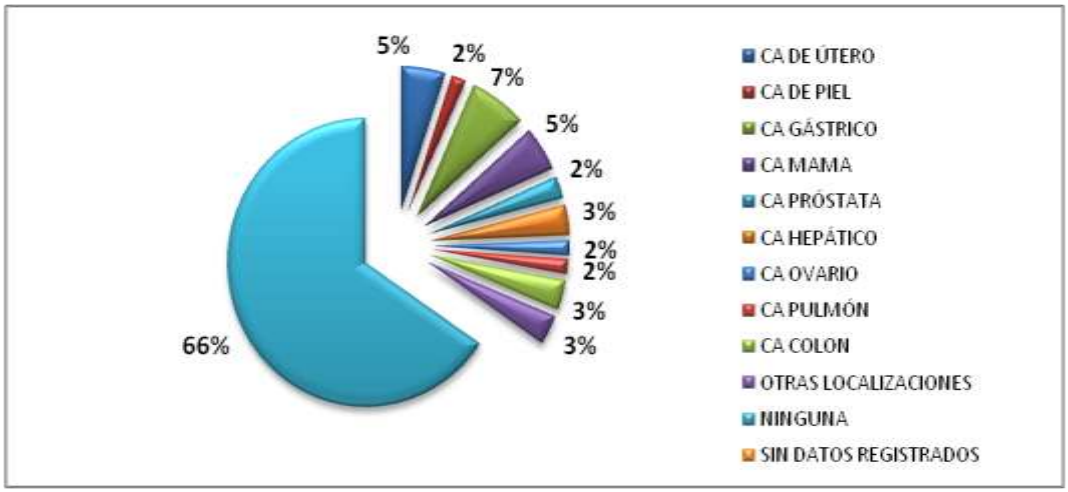
TABLA 12: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER RELACIONADOS CON LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De 41 usuarias con antecedentes familiares de cáncer, la mayoría refiere que el miembro más afectado con neoplasia es el padre con una porcentaje que corresponde al 8%, le sigue en frecuencia un tío/tía materno con un porcentaje del 6%, madre y hermanos con un porcentaje igual (4%), y es mínimo el número de mujeres que refieren otro familiar con cáncer como: abuelos, tíos paternos y primos maternos con un porcentaje del 3% o primo/a paterno con un porcentaje del 1%.

TABLA 13: LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES DE NEOPLASIA DE LOS FAMILIARES DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.

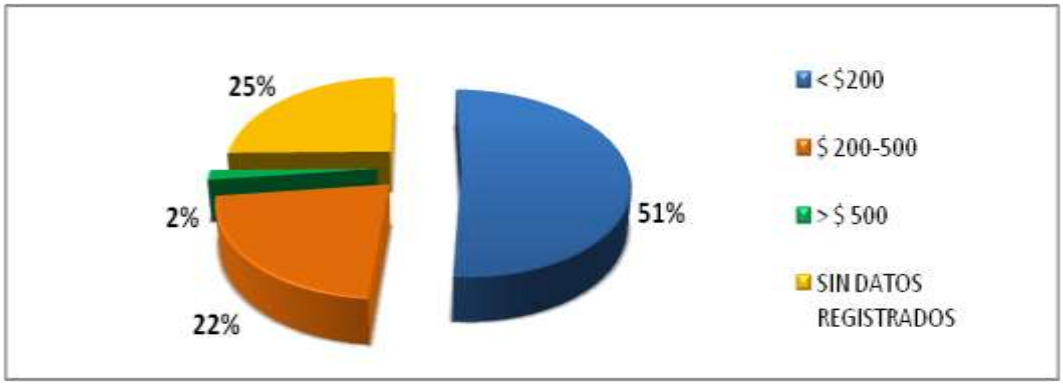


Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 41 usuarias con antecedentes familiares de cáncer, las localizaciones más frecuentes de neoplasia son: cáncer gástrico con un porcentaje que corresponde al 7%, seguido en frecuencia por el cáncer de útero y cáncer de mama con igual porcentaje (5%). Es menor la frecuencia de familiares con cáncer de próstata, hígado, colon y otras localizaciones con un porcentaje del 3% para cada uno; así como con cáncer de piel, ovario y pulmón con un porcentaje similar que corresponde al 2%.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

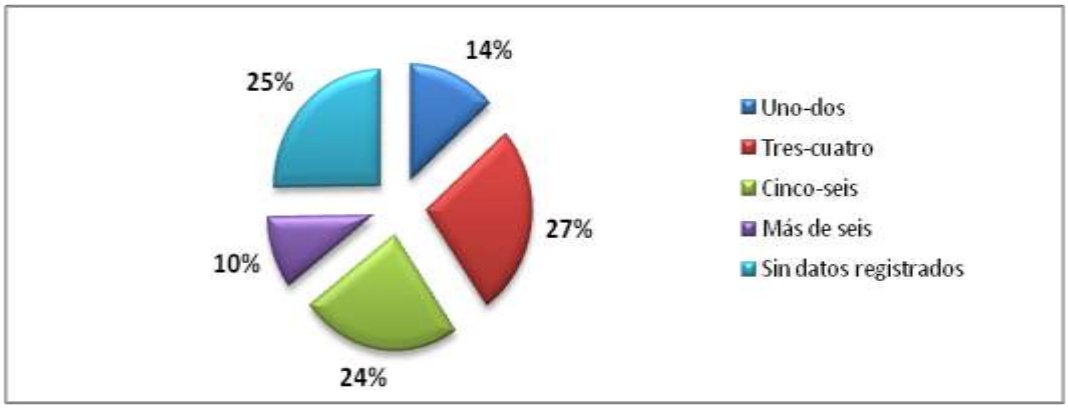
TABLA 14: INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas, la gran mayoría reciben un ingreso económico mensual inferior a doscientos dólares, lo que corresponde a un porcentaje del 51%, le sigue en frecuencia el grupo de mujeres que no cuenta con datos registrados en su historia clínica en cuanto a su condición socioeconómica con un porcentaje del 25%. Es importante tener en cuenta que solo un pequeño número de mujeres recibe un ingreso económico mensual de doscientos a quinientos dólares, y más aún, solo un mínimo porcentaje de pacientes tiene una condición socioeconómica que supera los quinientos dólares, lo que corresponde a un al 2%.

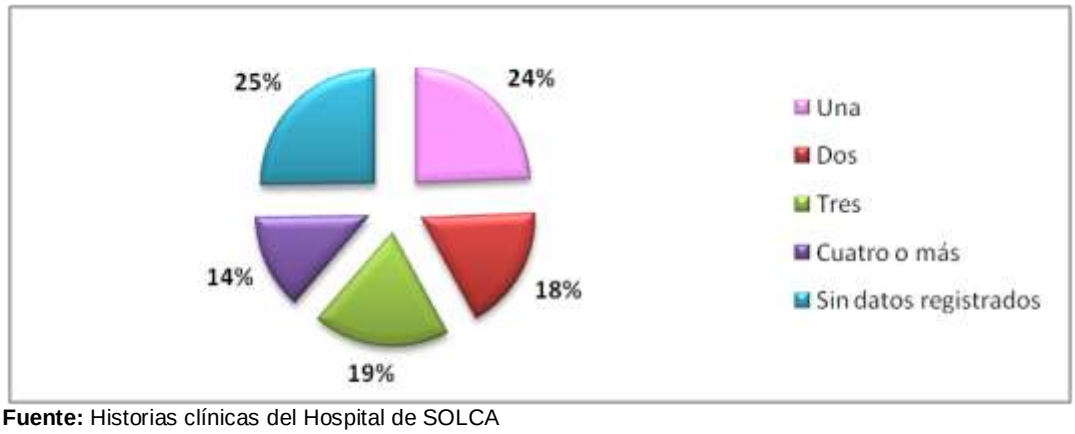
TABLA 15: NÚMERO DE MIEMBROS QUE HABITAN EN LA CASA DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De todas las 119 usuarias con cáncer de cérvix, la mayoría de ellas habita en su domicilio con un número de tres a cuatro familiares, lo que corresponde a un porcentaje del 27%, le sigue en frecuencia el grupo de mujeres que no cuenta con información de su condición socioeconómica registrada en la historia clínica, y el grupo de mujeres que habita con un número de cinco a seis miembros en su hogar con un porcentaje del 24%. Es importante recalcar que sólo un pequeño porcentaje de pacientes vive con un solo familiar que representa a un 13%, así como también es mínimo el número de mujeres con cáncer de cérvix que conviven con más de seis familiares en su domicilio, lo que corresponde a un porcentaje del 10%.

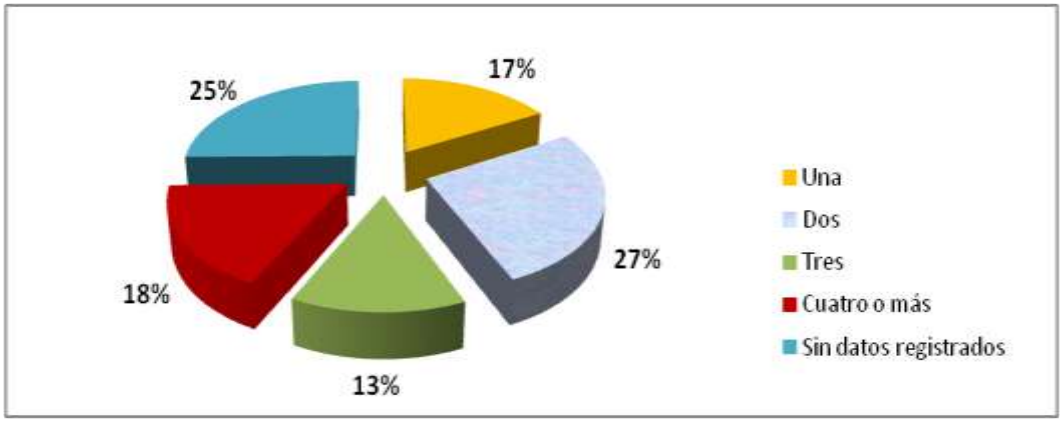
TABLA 16: NÚMERO DE HABITACIONES QUE DISPONEN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas un gran número de ellas no posee información de su condición socioeconómica registrada en su historia clínica lo que corresponde a un porcentaje del 25%, le sigue en frecuencia el grupo de mujeres con cáncer de cérvix que tiene una sola habitación con un porcentaje correspondiente al 24%; el grupo de usuarias que cuenta con tres habitaciones en su domicilio tiene un porcentaje del 19%, las que poseen dos habitaciones representan un porcentaje correspondiente al 18% y es mínimo el número de mujeres que poseen más de seis habitaciones en su hogar lo que representa un porcentaje del 13%.

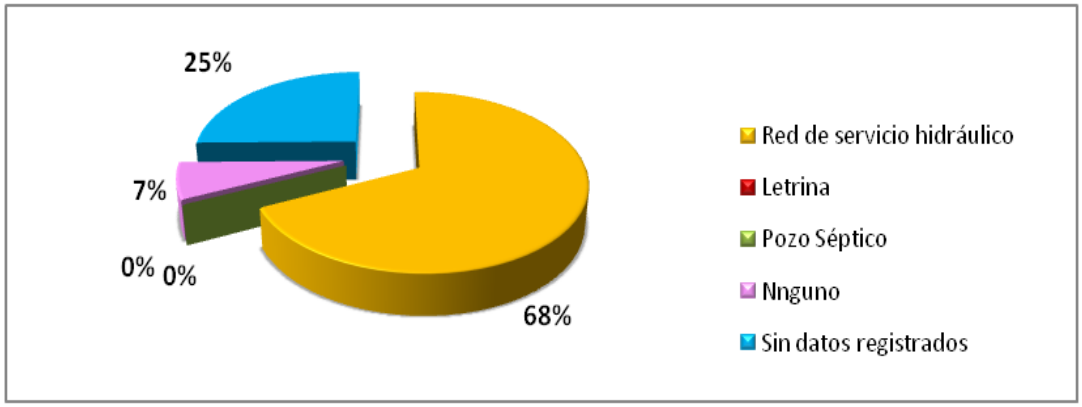
TABLA 17: NÚMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN RELACIONADAS CON LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas en su mayoría refieren un número de dos miembros de su familia por habitación, lo que representa un porcentaje del 27%, le sigue en frecuencia un grupo de mujeres que no cuenta con información de su condición socioeconómica registrada en la historia clínica, lo que corresponde a un porcentaje del 25%; es importante anotar que es alto el número de mujeres con cáncer de cérvix que refieren más de cuatro miembros por habitación que representan un porcentaje del 18%, en frecuencia le sigue un grupo de usuarias que cuentan con un sólo miembro por habitación, con un porcentaje del 17%, y un mínimo de usuarias manifiesta en su hogar la presencia de tres personas por habitación, que representa un porcentaje del 13%.

TABLA 18: DISPOSICIÓN DE EXCRETAS DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.

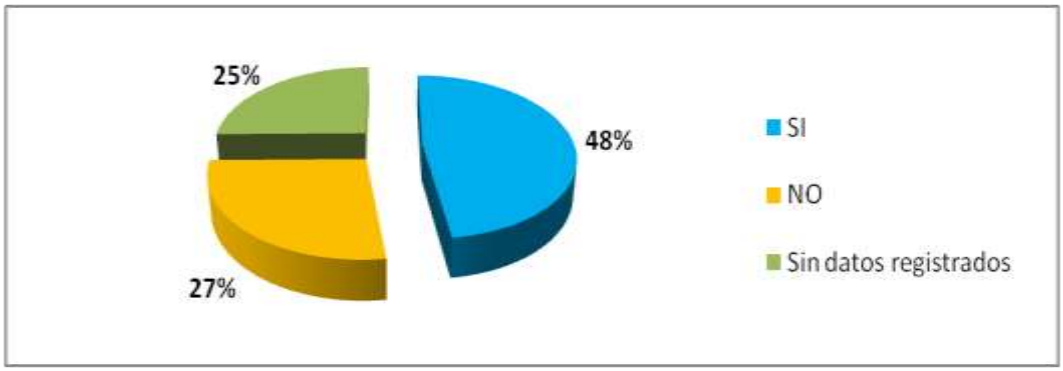


Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas en cuanto a la disposición de excretas la mayoría cuenta con una red de servicio hidráulico, lo que corresponde a un porcentaje del 68%, le sigue en frecuencia las usuarias sin datos registrados en su expediente clínico referente a condición socioeconómica con un porcentaje del 25%; es importante tener en cuenta que aunque es mínimo existe un número de usuarias que no cuentan con ningún lugar adecuado para la eliminación de excretas, lo que representa un porcentaje del 7%.

DISPOSICIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

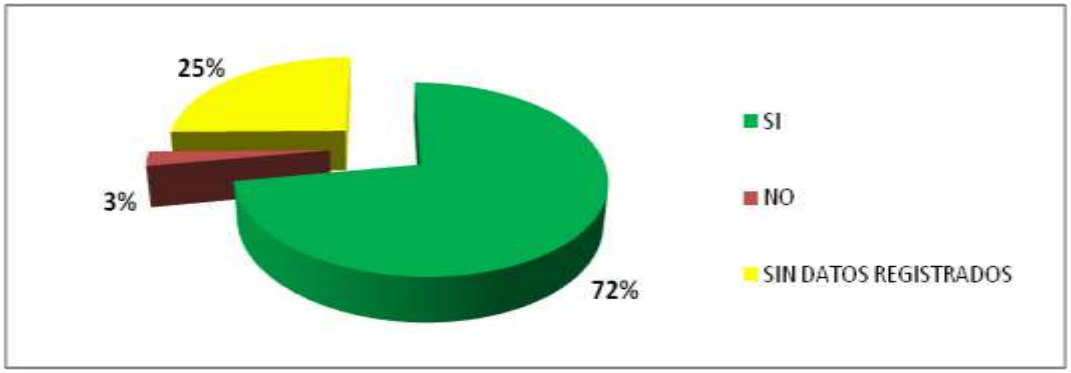
TABLA 19: DISPOSICIÓN DE AGUA POTABLE DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las 119 usuarias si cuentan con agua potable lo que corresponde a un porcentaje del 48%; sin embargo, también existe un número de usuarias con cáncer de cérvix que no disponen de este servicio, lo que representa un porcentaje del 27% y le sigue en frecuencia un grupo de usuarias que no cuenta con información registrada en cuanto a su condición socioeconómica en su historia clínica, con un porcentaje del 25%.

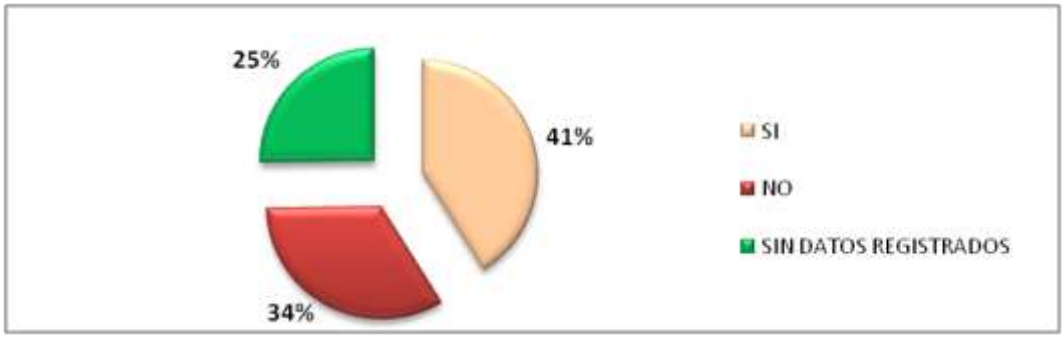
TABLA 20: DISPOSICIÓN DE LUZ ELÉCTRICA DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas con cáncer de cérvix, la gran mayoría dispone de luz eléctrica, con un porcentaje correspondiente al 72%, le sigue en frecuencia el grupo de usuarias que no cuentan con información registrada en cuanto a su condición socioeconómica y un mínimo número de usuarias que no disponen de luz eléctrica en sus domicilios con un porcentaje correspondiente al 3%.

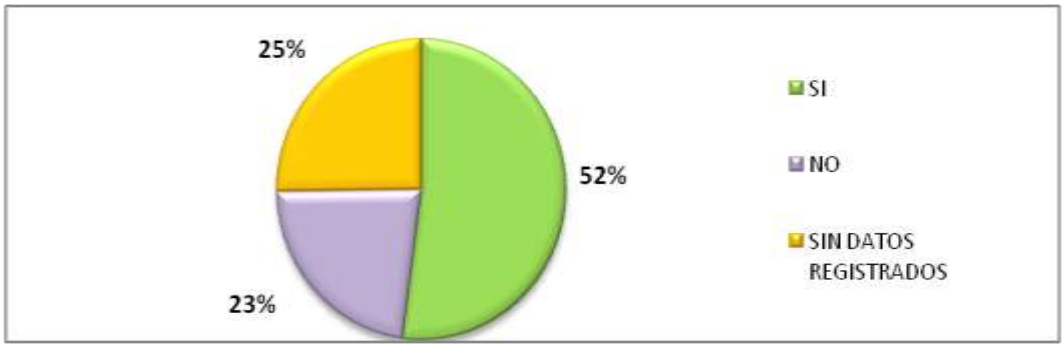
TABLA 21: DISPOSICIÓN DE ALCANTARILLADO DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De todas las 119 usuarias con cáncer de cérvix, la mayor parte dispone de alcantarillado lo que representa un porcentaje del 41%, le sigue en frecuencia un número de usuarias que no dispone de este servicio, con un porcentaje del 34% y un grupo de mujeres que no cuentan con información registrada en cuanto a su condición socioeconómica con un porcentaje correspondiente al 25%.

TABLA 22: DISPOSICIÓN DE LÍNEA TELEFÓNICA Y/O TELÉFONO (CELULAR) DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.

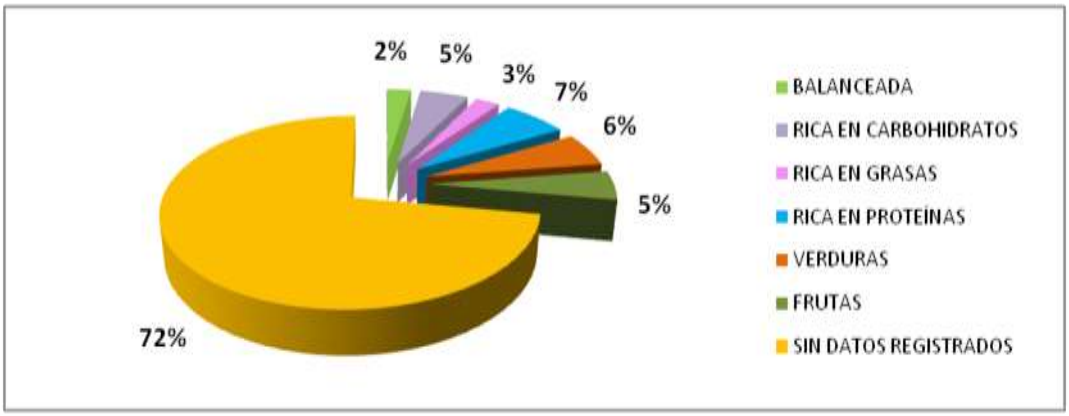


Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las 119 usuarias investigadas, en su mayoría disponen de línea telefónica o teléfono celular con un porcentaje que corresponde al 52%, le sigue en frecuencia un número de usuarias que no cuentan con información registrada en cuanto a su condición socioeconómica con un porcentaje del 25%, y un grupo de mujeres que no disponen de línea telefónica o celular con un porcentaje del 23%.

HÁBITOS

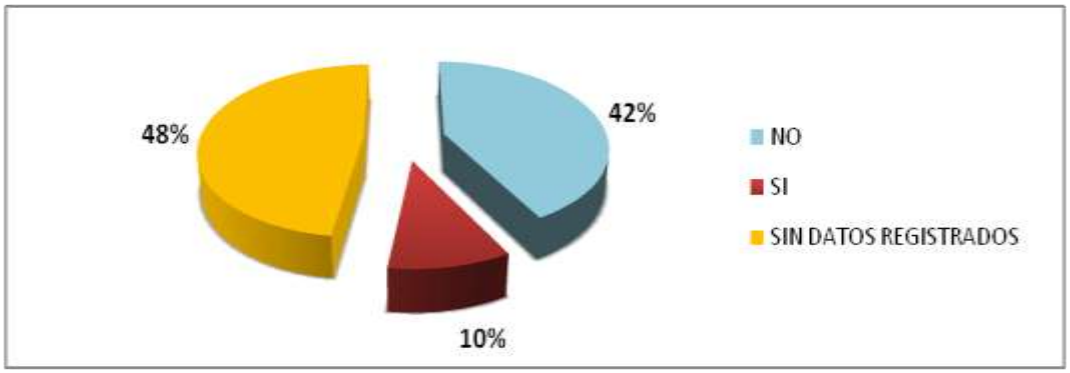
TABLA 23: TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las 119 usuarias con cáncer del cérvix, la mayoría no cuenta con información sobres sus hábitos alimenticios registrada en su historia clínica, con un porcentaje del 72%, en frecuencia le sigue un número de usuarias que consumen una dienta rica en proteínas con un porcentaje correspondiente al 7%, otro grupo refiere mayor consumo de verduras con un porcentaje del 6%. Un menor número refiere una dieta basada en el consumo de carbohidratos y frutas con un porcentaje igual (5%) y otro grupo refiere una dieta rica en grasas y balanceada con un porcentaje del 3% para cada una.

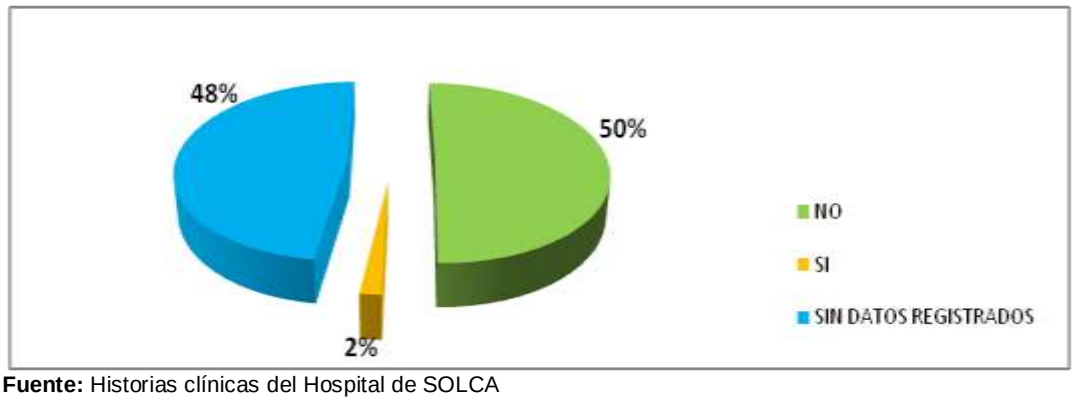
TABLA 24: CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las 119 usuarias investigadas, la mayoría no cuentan con información de sus hábitos nocivos registrada en la historia clínica, lo que representa un porcentaje del 48%, le sigue en frecuencia un grupo de usuarias que no ingiere alcohol con un porcentaje correspondiente al 42%. Es importante anotar que aunque es mínimo, si existe un grupo de mujeres con cáncer de cérvix que ingieren alcohol con un porcentaje que corresponde al 10%.

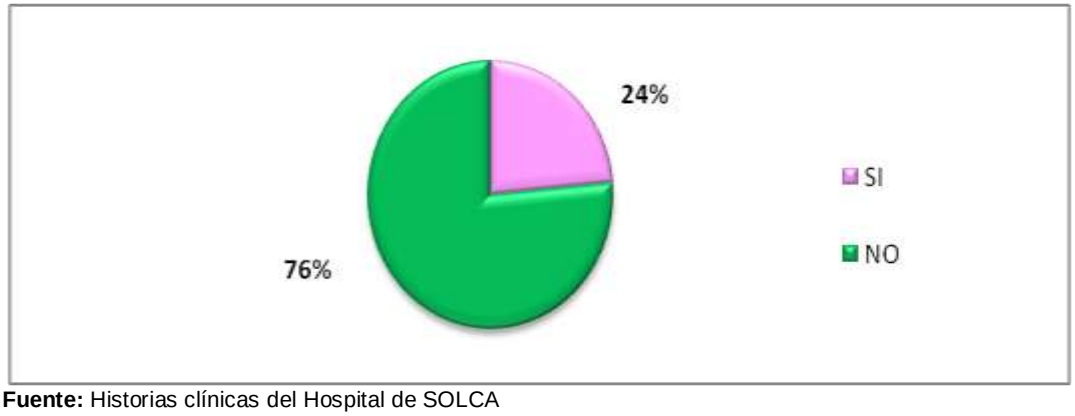
TABLA 25: CONSUMO DE TABACO EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las 119 usuarias investigadas con cáncer de cérvix, en su mayoría no consumen tabaco, lo que representa un porcentaje del 50%, le sigue en frecuencia el grupo de usuarias que no cuentan con información de sus hábitos nocivos registrada en la historia clínica con un porcentaje del 49%. Aunque es mínimo, existe un número de usuarias con cáncer de cérvix que consumen tabaco, con un porcentaje que corresponde al 2%.

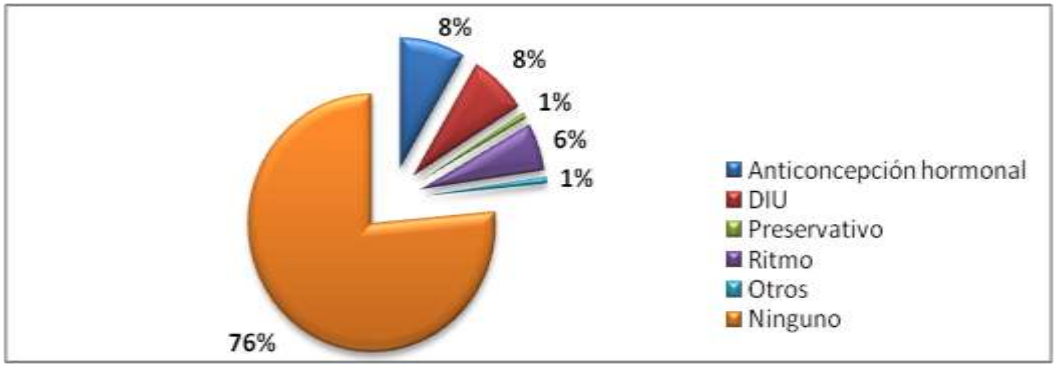
TABLA 26: EMPLEO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las 119 usuarias con cáncer de cérvix, la gran mayoría no utilizan ningún método anticonceptivo, lo que representa un porcentaje del 76%, mientras que un grupo de usuarias sí utilizan algún método de anticoncepción, lo que corresponde a porcentaje de un 24%.

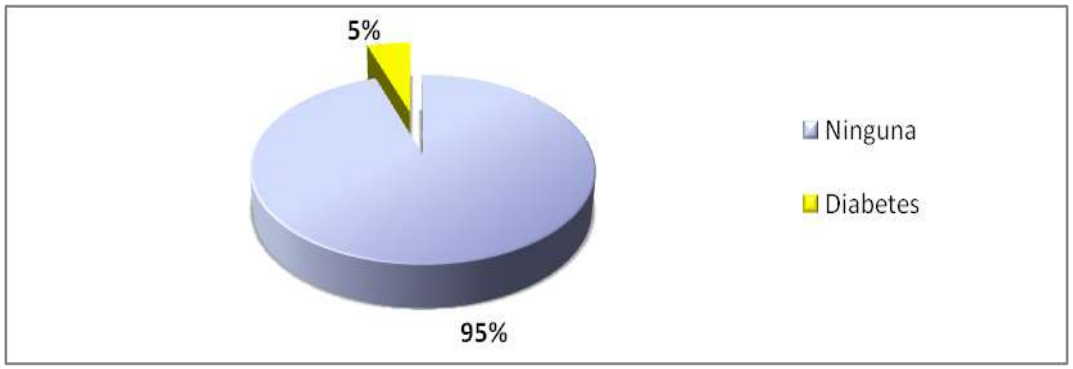
TABLA 27: TIPOS DE MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN UTILIZADOS POR LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las usuarias que emplean métodos anticonceptivo, la mayoría utiliza anticoncepción hormonal y DIUs con un porcentaje igual correspondiente al 8%, le sigue en frecuencia un menor número de usuarias emplean el método del ritmo (6%). Es importante anotar que un mínimo de usuarias utilizan el preservativo y otros métodos de anticoncepción, con un porcentaje igual que corresponde al 1%.

TABLA 28: ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES INMUNOSUPRESORAS DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.

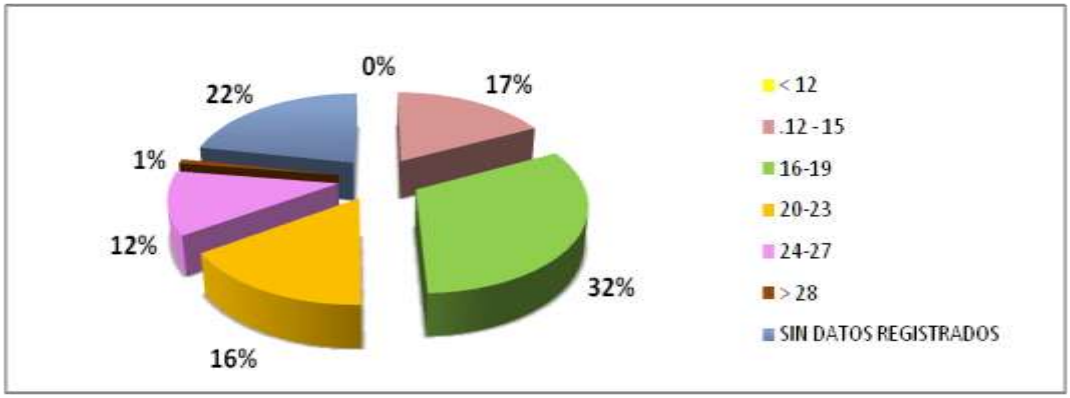


Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de la población investigada (119 usuarias), la mayoría no tiene antecedentes de alguna enfermedad inmunosupresora, lo que representa un porcentaje del 95%; sin embargo, es importante tener en cuenta que también existe un número de usuarias que padecen diabetes mellitus, lo que corresponde a un porcentaje del 5%.

FACTORES SEXUALES

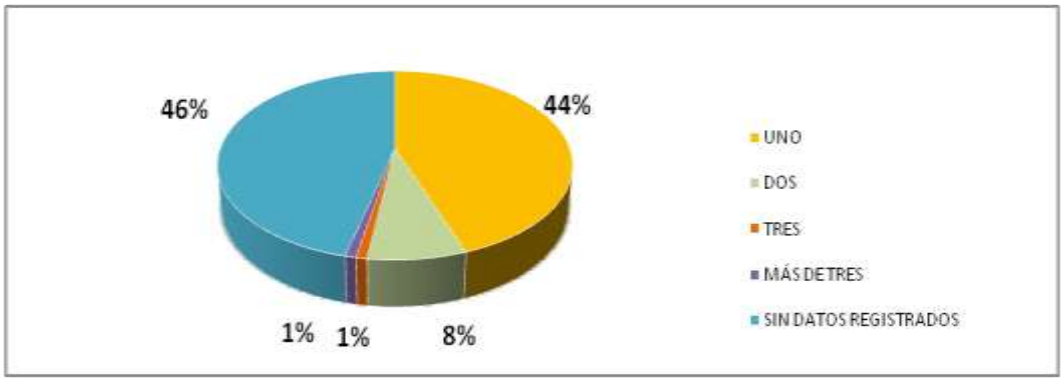
TABLA 29: INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de 119 usuarias investigadas el grupo de edad comprendido entre los 16 a 19 años tiene el mayor porcentaje que corresponde al 32%, le sigue en frecuencia un grupo de usuarias sin información en su expediente clínico con un porcentaje del 22%; un importante número de usuarias inició su vida sexual activa entre los 12 a 15 años con un porcentaje correspondiente al 18%, otro grupo inició entre los 20 a 23 años y 24 a 27 con un porcentaje correspondiente al 16 y 12% respectivamente. Asimismo, se debe resaltar que aunque es mínimo, hay un grupo de usuarias con cáncer de cérvix que iniciaron su vida sexual pasados los 28 años con un porcentaje que corresponde al 1%. No se encontró ninguna usuaria con cáncer de cérvix con un inicio de viada sexual activa antes de los 12 años (0%).

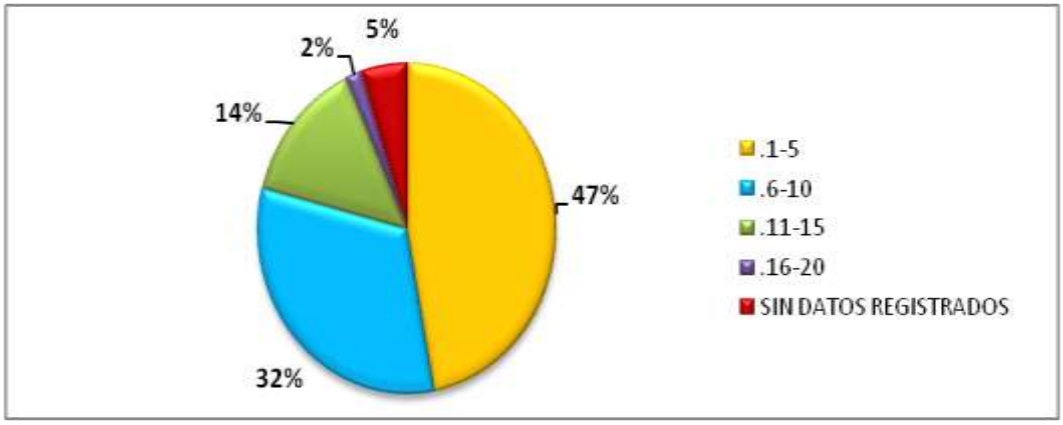
TABLA 30: NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008.



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: Del total de las 119 usuarias con cáncer de cérvix, un número elevado no contiene información registrada en su expediente clínico, lo que representa un porcentaje del 46%, le siguen en frecuencia las usuarias con un solo compañero sexual, con un porcentaje del 45%, las que tienen dos compañeros sexuales, con un porcentaje correspondiente al 8%, y es mínimo el número de usuarias con cáncer de cérvix que refiere más tres o más compañeros sexuales, lo que representa un porcentaje del 1%.

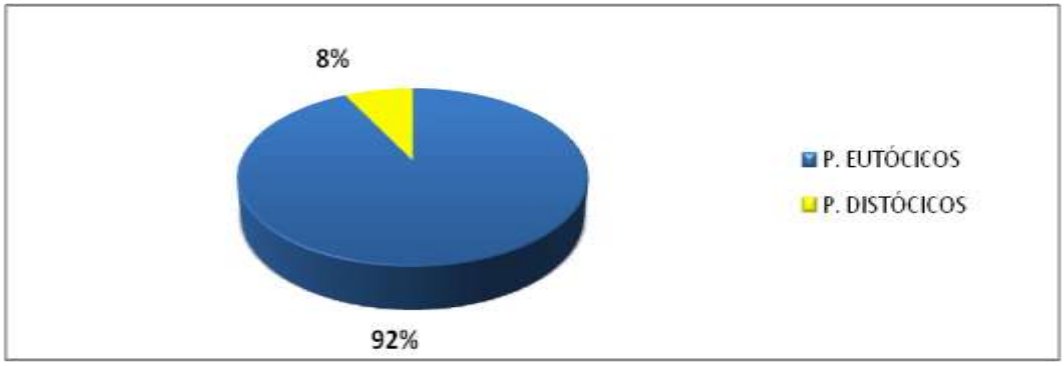
TABLA 31: PARIDAD DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas, la mayoría de ellas tiene de 1 a 5 hijos con un porcentaje correspondiente al 47%, le sigue en frecuencia el grupo de usuarias que tiene de 6 a 10 hijos con un porcentaje del 32%; aunque menor, es importante tener en cuenta las usuarias con cáncer de cérvix con 11 a 15 hijos, con un porcentaje del 14%, así como las que tienen un número de más de 16 hijos, lo que representa un 2%. Un pequeño porcentaje de usuarias no posee información registrada en su expediente clínico (5%).

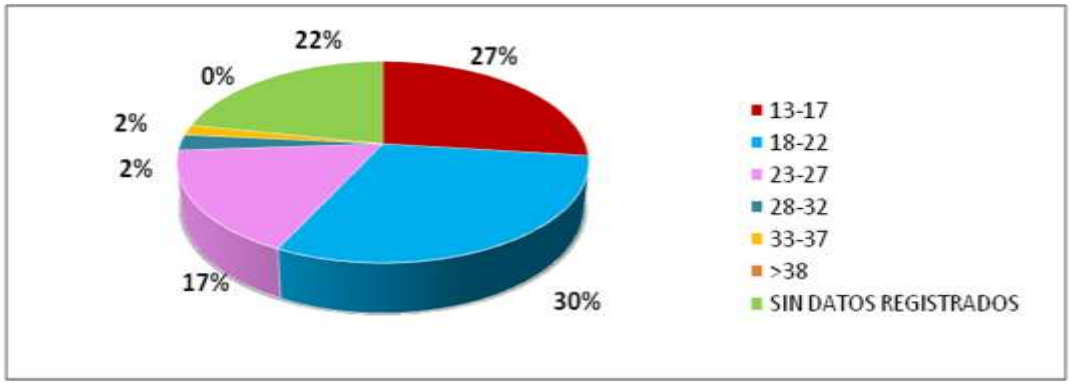
TABLA 32: TIPO DE PARTO DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: La mayor parte de las usuarias ha tenido partos eutócicos con un porcentaje correspondiente al 92%, mientras que un número menor de usuarias refiere que ha tenido partos distócicos (cesáreas) con un porcentaje correspondiente al 8%.

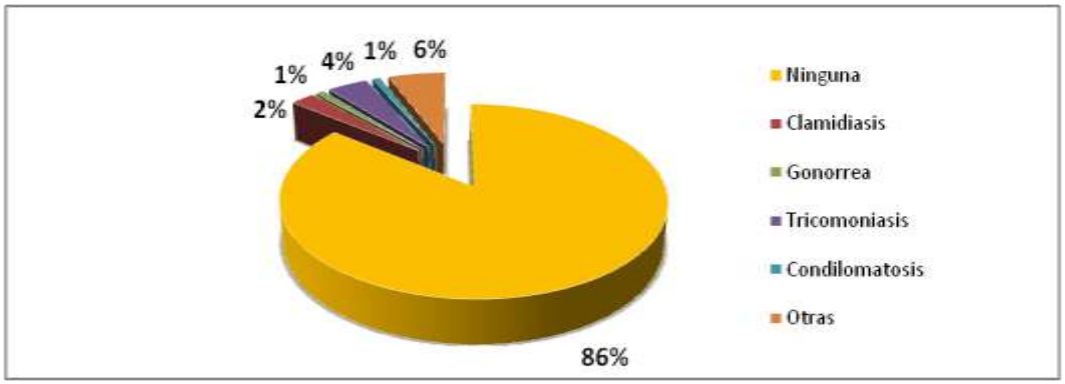
TABLA 33: EDAD AL PRIMER PARTO EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las usuarias tuvo su primer parto a la edad de 18 a 22 años que representa un porcentaje del 30%, le sigue en frecuencia el grupo de usuarias con una edad de 13 a 17 años, con un porcentaje que corresponde al 27%, así como las que no poseen información registrada en su expediente clínico, con un porcentaje del 22% y las que tuvieron su primer parto entre los 23 a 27 años, con un porcentaje del 17%. Es importante recalcar que un grupo de usuarias con cáncer de cérvix tuvo su primer hijo entre los 28 a 32 y 33 a 37 años, con un porcentaje que corresponde al 3 y 2% respectivamente.

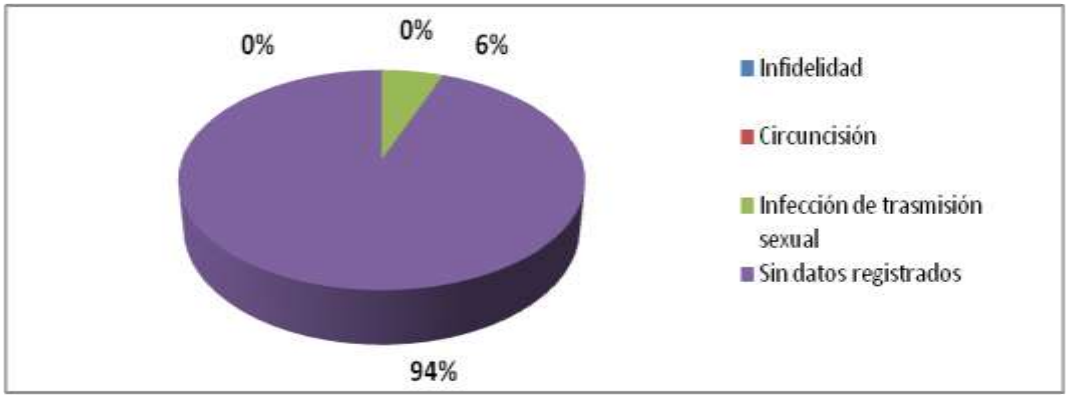
TABLA 34: INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las usuarias investigadas no ha tenido ninguna infección de trasmisión sexual, lo que representa un porcentaje del 86%, mientras que solo un pequeño porcentaje refiere haber padecido alguna de estas enfermedades: tricomoniasis (4%), clamidiasis (3%), gonorrea y condilomatosis un porcentaje del 1% cada una y otra infección con un 6%.

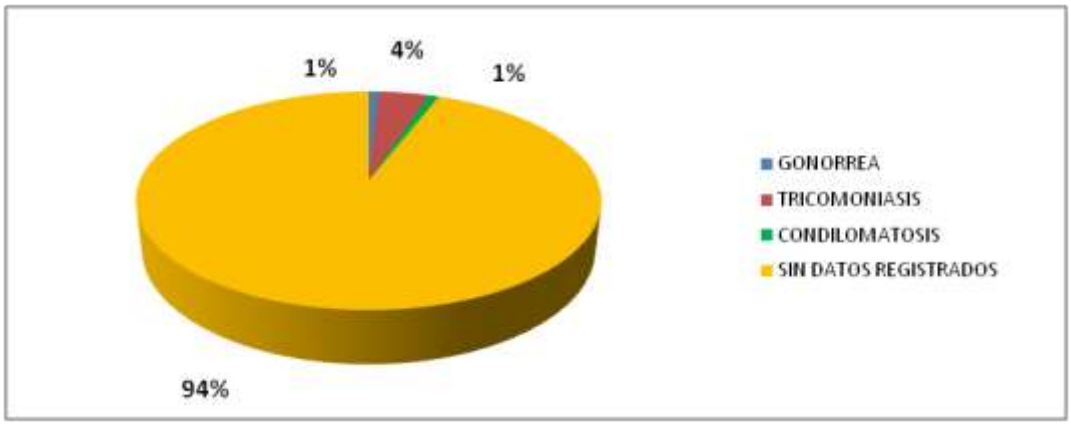
TABLA 35: FACTOR MASCULINO ASOCIADO A LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las usuarias investigadas no tiene información registrada en su historia clínica en cuanto a factor masculino, lo que representa un porcentaje del 94%, mientras que un mínimo de usuarias refiere infecciones de trasmisión sexual en su pareja, lo que corresponde un porcentaje del 6%.

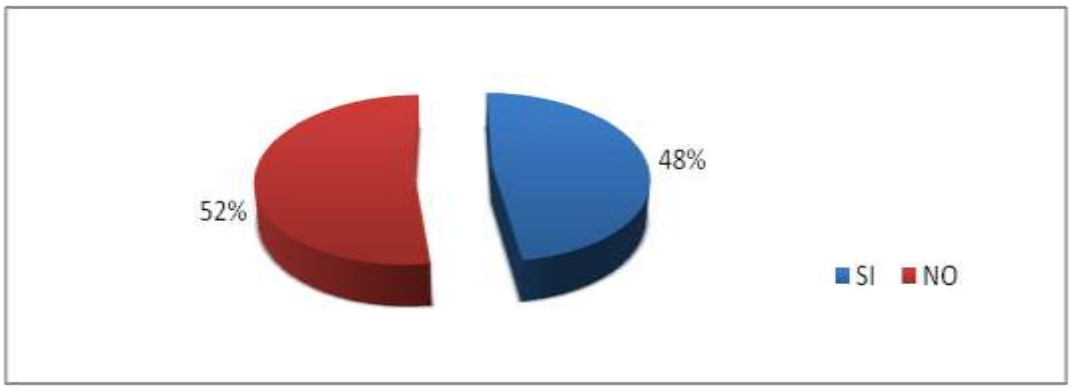
TABLA 36: INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN LAS PAREJAS DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las parejas con ITS de las usuarias investigadas con cáncer de cérvix se tiene que la mayoría presenta tricomoniasis con un porcentaje que corresponde al 4%, le sigue en frecuencia las que han padecido de gonorrea y condilomatosis con igual porcentaje que representa al 1%.

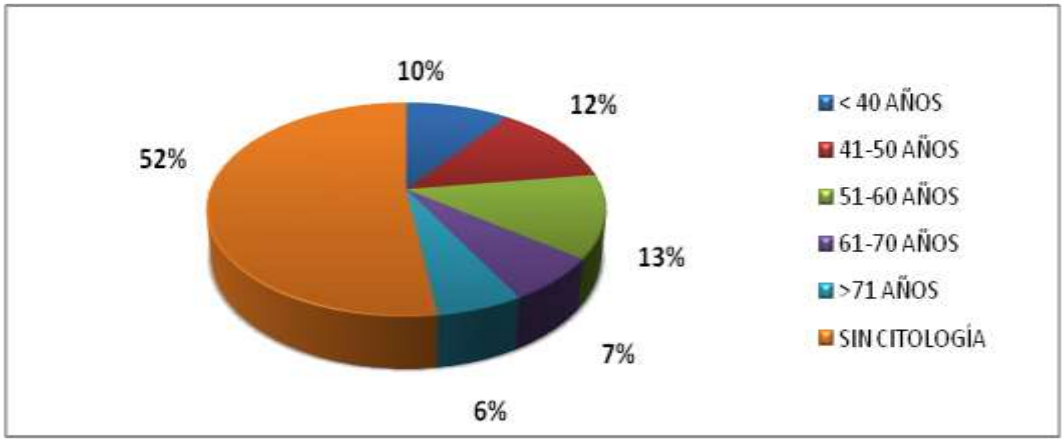
TABLA 37: ANTECEDENTE DE CITOLOGÍA CERVICAL DE LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las 119 usuarias investigadas con cáncer de cérvix, una elevado grupo de mujeres no tienen antecedentes de citología cervical, con un porcentaje que corresponde al 52%, mientras que un porcentaje similar sí refiere citologías cervicales previas, lo que corresponde a un 48%.

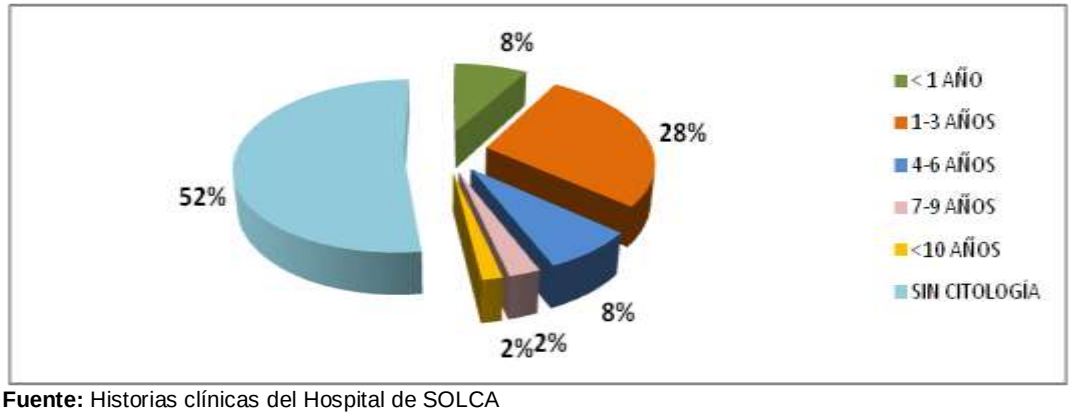
TABLA 38: EDAD DE LA PRIMERA CITOLOGÍA EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: En usuarias con antecedentes de citología cervical previa, la edad de la primera citología fue entre los 41 a 60 años, que representan el mayor porcentaje (13% para cada uno), le sigue en frecuencia el grupo de mujeres menores de 40 años con un porcentaje del 10%. Un número importante de usuarias se realizó la primera citología a la edad de 61 a 70 años con un porcentaje del 7% y otro, a una edad mayor a los 70 años, lo que representa un porcentaje del 6%.

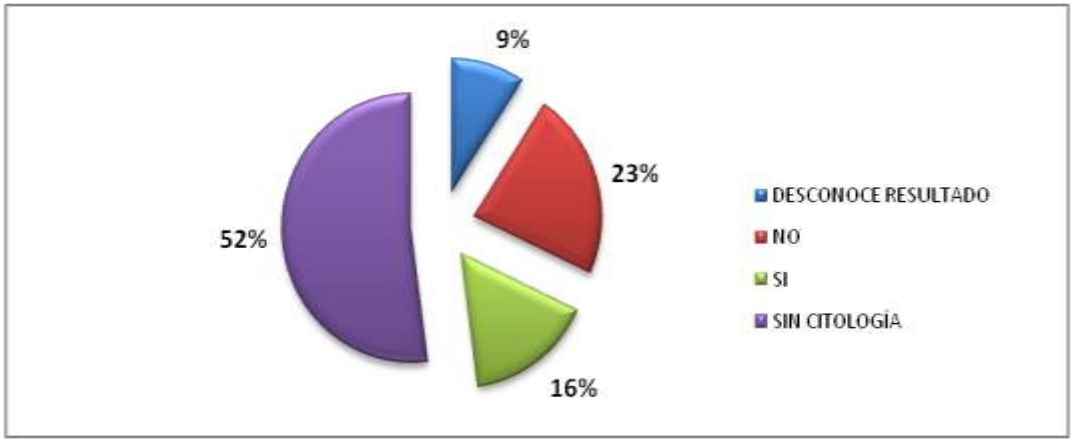
TABLA 39: TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las usuarias con cáncer de cérvix que se realizaron citología cervical previa al diagnóstico, el mayor tiempo transcurrido desde entonces es de 1 a 3 años con un porcentaje que corresponde al 28%, le sigue en frecuencia el grupo que se realizaron dicho examen hace 1 año y 4 a 6 años, con un porcentaje similar del 8%; y, un número menor de usuarias lo hicieron hace más de 7 y 10 años, con un porcentaje que corresponde al 3 y 2% respectivamente.

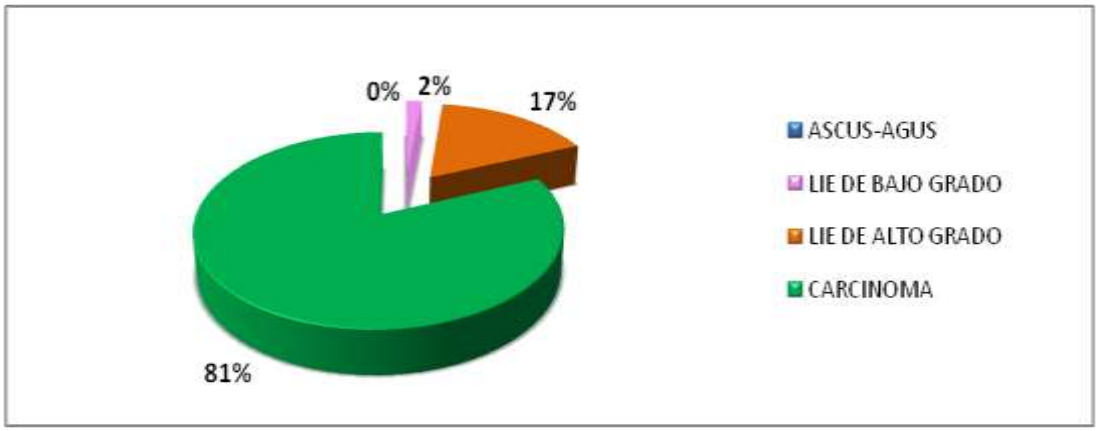
TABLA 40: RESULTADO POSITIVO PARA VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LA ÚLTIMA CITOLOGÍA EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: De las usuarias que se realizaron citología cervical previa al diagnóstico de cáncer de cérvix, la mayoría refiere resultado negativo par VPH, con un porcentaje del 23%, mientras que un grupo de usuarias manifiesta resultado positivo, lo que corresponde un porcentaje del 16%. Un menor número de usuarias desconoce el resultado de la citología anterior, lo que corresponde a un porcentaje del 9%.

TABLA 41: DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO SEGÚN SISTEMA BETHESDA EN LAS USUARIAS CON CÁNCER DE CÉRVIX. SOLCA-LOJA. AÑO 2003-2008



Fuente: Historias clínicas del Hospital de SOLCA
Autora: Priscila Arévalo

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las usuarias investigadas con cáncer de cérvix, según sistema Bethesda tiene un diagnóstico de carcinoma, con un porcentaje del 81%, le sigue en frecuencia un grupo de mujeres con diagnóstico de Lie de alto grado con un porcentaje que corresponde al 17% y un número de usuarias con Lie de bajo grado, con un porcentaje correspondiente al 2%.

V. DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

→ En el presente estudio se encontró que el 30% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix tienen una edad comprendida entre los 51 a 60 años, lo que concuerda con un estudio cubano *(Echavarría Aguilera y cols. 1999)* en el cual se diagnosticó carcinoma invasor en mujeres mayores de 50 años. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 37.8% años con un rango de edades entre 20 y 59 años. El cáncer de cérvix es muy raro en mujeres menores de 20 años y no se ha descrito ningún caso en mujeres de esa edad o menor en los EE.UU. entre 1998 y 2002 *(SEER Cancer Statistics Review 2005).*

→ En relación con la raza, el 100% de la población investigada es de raza mestiza, lo cual coincide con *Calvanga, Mary y cols. 2007* que señala que las personas hispanas e indias americanas tienen índices más altos de muerte por encima del promedio al igual que las personas afroamericanas, cuyo índice de muerte a causa de cáncer cervical es más del doble del promedio nacional.

→ Con respecto al estado civil en el presente estudio se encontró que el 55% de las usuarias eran casadas, y esto coincide con un estudio llevado a cabo por *Rignoni Stern 1842,* el cual sentenció que este cáncer se encontraba esencialmente en mujeres casadas, y lo asoció con la actividad sexual. Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo en Nicaragua *(Talaveira Sheila, 2006),* el 48% de mujeres con cáncer de cérvix mantenían unión de hecho estable.

→ En relación a la escolaridad, el 33% de las mujeres investigadas en este estudio tiene educación primaria, sin embargo, este porcentaje es menor en relación a otros estudios *(Talaveira, Sheila 2006)* en los cuales el 48% de mujeres con cáncer de cérvix tienen un nivel de escolaridad primaria.

→ El 70% de las usuarias investigadas se dedican a quehaceres domésticos, este porcentaje es alto en comparación con estudios llevados a cabo en Nicaragua *(Talaveira, Sheila 2006),* en los cuales un 46. 1% de mujeres eran amas de casa, las mismas que están más propensas a infecciones de transmisión sexual y dentro de ellas, la infección por papiloma virus, el cual es una lesión precursora de cáncer cervicouterino.

→ En cuanto al lugar de residencia, en el presente estudio investigativo se demostró que el 52% de las usuarias procedían del área urbana y

un 48% del área rural, lo cual no constituye una diferencia significativa; sin embargo, al compararlo con otro estudio llevado a cabo en Nicaragua *(Delgadillo Brenda, 2 003)* se puede apreciar que existe una mayor tasa de aparición de carcinoma cérvico-uterino en pacientes procedentes de zona rural (86.3 por 100,000 mujeres), en relación a las que proceden de zonas urbanas (68.4 por 10,000 mujeres), lo que puede deberse a que las primeras presentan niveles de educación y socio económicos más bajos y además, asisten en menor demanda a las unidades de salud, en tanto las mujeres de población urbana tienen mayor accesibilidad a las mismas. En relación al presente estudio, el mayor porcentaje de cáncer de cérvix se encontró en los cantones de Loja (50%), Calvas (8%) y Catamayo (4%).

FACTORES DE RIESGO:

→ En este estudio un 34% de usuarias tienen antecedentes familiares de cáncer, y el miembro más afectado resulta ser el padre (8%) con una localización de neoplasia a nivel gástrico (7%). Estos resultados no coinciden con un estudio sueco de Furgyik en 1986 llevado a cabo en mujeres que padecían de cáncer de cuello, en el que se demuestra una incidencia en las mujeres cuyas madres tuvieron cáncer de cuello del 7,9%, frente al 1% en el grupo control.

→ Con respecto a las condiciones socioeconómicas, el 51% de las mujeres investigadas recibe un ingreso económico mensual bajo que apenas llega a básico o menos (< 200 dólares). *Calvanga, Mary y cols. 2007,* manifiesta que el cáncer cervicouterino alcanza su más alta prevalencia en grupos humanos marginados de los adelantos de la urbanización, que viven en malas condiciones sanitarias, carecen de hábitos higiénicos adecuados y por su escasa integración sociocultural, no aprovechan los recursos de salud.

→ En relación a los hábitos alimentarios el 26% de mujeres investigadas no ingiere una dieta balanceada, lo cual está acorde con varios reportes de la *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2004*, los mismos que señalan que las dietas bajas en frutas y verduras están asociadas con un riesgo incrementado de cáncer cervical; como cofactores asociados se encuentran la reducción de los niveles de vitaminas A, C y ácido fólico en la dieta.

→ En el presente estudio se encontró que solo un 10% de las usuarias con cáncer de cérvix ingieren alcohol y que un 2% consumen tabaco, en este aspecto este estudio coincide con *Brinton* y otros que en 1986 encontraron resultados que sugieren una relación causal entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical y señala que los mecanismos, de este efecto pudieran estar relacionados con el efecto

directo de los carcinógenos de los cigarrillos en el epitelio cervical. Cita este autor a *Holly* y otros, quienes en 1986 identificaron una sustancia mutágena que se encuentra en el humo de los cigarrillos, condensada en el moco cervical de las fumadoras.

→ En este estudio el 8% de usuarias con cáncer de cérvix han empleado anticoncepción hormonal y DIU en igual porcentaje, esto se relaciona con los datos obtenidos de otros estudios realizados en Nicaragua *(Delgadillo. 2003)* en los cuales la mayoría de la población estudiada no hizo uso de ningún método de anticoncepción (50.6 % *carcinoma in situ* y 72.6 % *carcinoma invasor*). Sin embargo, la información reportada por la mayor parte de los estudios epidemiológicos sobre hormonas y cáncer de cérvix en Barcelona (*Castellsagué, 2006*) aportan una evidencia sólida de que en presencia del VPH, el uso de la contracepción hormonal durante más de 10 años duplica el riesgo de desarrollar un carcinoma invasor de cérvix, aunque este riesgo disminuye progresivamente con el tiempo desde la interrupción de su uso.

→ El 95% de las usuarias no tiene antecedente de alguna enfermedad inmunosupresora, lo que no coincide con varios reportes epidemiológicos (*Gory y cols.2005*) en los cuales se han mostrado que las mujeres con sistemas inmunes debilitados, bien sean producidos por la medicación utilizada en los trasplantes de órganos, enfermedad

inmunitaria, tratamiento inmunosupresor o inmunodeficiencia de origen genético, son más propensas a desarrollar cáncer cervical.

→ La edad de inicio de relaciones sexuales en las usuarias del presente estudio se encuentra en su mayoría antes de los 19 años, lo cual representa un 32% del total de la población investigada, y un 18% de ésta inició una vida sexual activa antes de los 15 años, lo cual se relaciona con un estudio realizado en México *(Castañeda-Iñiguez M y cols.1995)* en el cual se observó que el incremento en el riesgo de que se presente la neoplasia cervical cuando la vida sexual se inicia antes de los 15 años de edad se duplica respecto a la posibilidad de haber postergado esa actividad hasta después de los 19 años, y que es importante señalar que esta asociación es independiente del número de compañeros sexuales, ya que no varió al ajustarla por esa variable.

→ En cuanto al número de compañeros sexuales, el 45% de usuarias con diagnóstico de cáncer de cérvix solo han tenido un compañero sexual y el 8% dos; estos porcentajes coinciden con estudios llevados en Colombia *(Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs 2004)* en los cuales el 56% de las pacientes refirió haber tenido una pareja sexual y el 24%, dos parejas sexuales. Por lo que consideramos que en nuestro estudio, el número de compañeros sexuales es una variable de bajo riesgo de nuestra población.

→ Con respecto a la paridad en este estudio se encontró que el 53% de usuarias investigadas tiene más de seis hijos, lo que coincide con el estudio mexicano de *Castañeda-Iñiguez, 1995*, en el cual las mujeres con más de siete embarazos representan más del 40%, hecho que posiblemente influye en los hallazgos, pues se observa una tendencia lineal de riesgo a partir del primer embarazo, de modo tal que el riesgo de las mujeres con 12 o más embarazos fue cinco veces mayor.

→ En el presente estudio se encontró que el 57% de las usuarias habían tenido su primer hijo antes de los 22 años, lo que coincide con un estudio cubano *(Rodrígues Salvá y cols. 1999)* en el cual se encontró que la edad en el primer parto tiene una media de 20 y 22 años. A menor edad en el primer parto aumenta de forma significativa el riesgo de padecer este cáncer (13 veces mayor en menores de 20 años).

→ El 92% de las usuarias investigadas en este estudio tuvieron partos eutócicos, lo cual coincide con varios reportes epidemiológicos de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2004.,* en los cuales se ha comprobado que el riesgo de desarrollar lesión intraepitelial aumenta en un 70%, comparada con las que sólo tuvieron partos por cesárea. En otro estudio realizado en Nicaragua *(Talaveira, 2006)* un 80.9% de mujeres tuvieron parto vaginal, el resto por medio de

cesárea. La razón del desarrollo de lesión intraepitelial es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto.

→ Del total de la población investigada sólo un porcentaje del 15% tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual, lo cual coincide con *Usandizaga, J. A. y cols. 2005* que señala que aunque en los años sesenta y setenta del siglo pasado aparecieron trabajos en los que se demostraba una relación con este tipo de infecciones, en el momento actual puede asegurarse que no existe ninguna relación etiológica entre estas infecciones y el cáncer de cérvix. De todas formas, no es de extrañar la coincidencia con este tipo de infección, dada la relación entre cáncer y promiscuidad sexual.

→ En relación al factor masculino en este estudio un 6% de parejas de las usuarias padecen una infección de trasmisión sexual; lo que coincide con los resultados de varios estudios epidemiológicos en Barcelona *(Castellsagué, 2006)* que confirman la capacidad del varón de transmitir los tipos de VPH responsables de la mayor parte de los casos de cáncer de cuello de útero. Además en estudios realizados en mujeres sexualmente monógamas *(Usandizaga, J. A. y cols. 2005),* se encontró una relación entre el cáncer de cérvix que padecían estas mujeres y el número de compañeras sexuales de su marido; el riesgo

era mayor si frecuentaba prostitutas o padecían de infecciones de transmisión sexual.

→ Según la información recopilada no existe un marcada diferencia entre las mujeres sin antecedente de citología cervical (52%) y las que si se han realizado dicho examen antes (42%), lo cual no coincide con lo referido por *Pérez Sánchez y cols. 1 999*, quien señala que el cáncer cervicouterino alcanza su más alta prevalencia en grupos humanos que no aprovechan los recursos de salud. Esto podría evitar que las mujeres reciban la revisión necesaria para diagnosticar y tratar el cáncer cervical en sus primeras etapas.

→ La edad de la primera citología de las usuarias investigadas fue después de los 40 años (39%) y la última que refieren es hace un período de uno a tres años (28%), de las cuales un 23% manifiesta resultado negativo para virus papiloma humano. Esto coincide con estudios llevado a cabo por *Hiscock y Reece (1988)* quienes encontraron que de 35 mujeres con evidencia clínica de papiloma humano, sólo 14 presentaban resultados anormales en la citología cervical. Un estudio realizado en Zimbabwe encontró que el muestreo con citologías cervicales tenía una sensibilidad del 44% y una especificidad de 91% en la identificación de Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (HSIL). Varios metaálisis recientes (Talaveira Sheila, 2006) han reportado una sensibilidad de

Papanicolau verdaderamente baja (rangos del 30% hasta el 20% de sensibilidad).

→ En relación con la patología presentada y clasificada según sistema Bethesda, el 82% de las usuarias presentaron carcinoma, seguido en un 17% por las que tienen Lie de Alto grado, estos porcentajes no coinciden con los obtenidos en un estudio mexicano *(Castañeda-Iñiguez MS, 1998)* en el cual el 6% padecía Lie de Alto grado y el 4%, cáncer microinvasor e invasor.

VI. CONCLUSIONES

→ Las características sociodemográficas encontradas en las mujeres del presente estudio refleja que la mayoría de los casos fueron diagnosticados entre los 30 y 60 años; todas son de raza mestiza, casadas, con un nivel de escolaridad primaria; con una ocupación de amas de casa y una procedencia similar tanto de zona urbana como rural.

→ En cuanto a los factores de riesgo asociados al diagnóstico posterior de cáncer de cérvix tenemos que la mayoría recibe un ingreso económico mensual bajo que apenas llega a básico o menos (inferior a doscientos dólares), convive con un número de tres a seis miembros de la familia, en un espacio de una a tres habitaciones, con un promedio de dos a cuatro personas por habitación; no ingiere una dieta balanceada; no utilizan ningún método anticonceptivo y la edad de la primera citología cervical fue pasados los cuarenta años; iniciaron una vida sexual activa antes de los 19 años, con un solo compañero sexual y una paridad mayor de dos hijos por vía vaginal antes de los 22 años. Entre los factores de riesgo asociados con menor frecuencia al cáncer de cérvix se encuentran: antecedentes familiares de cáncer, ingesta de alcohol y consumo de tabaco, enfermedad inmunosupresora y de transmisión sexual.

→ El tipo de lesiones de las mujeres estudiadas y que son reflejadas en los resultados del Papanicolau tomados en el Departamento de Patología del Hospital de Solca, son en su mayoría Carcinomas y en menor proporción Lie de alto grado (HSIL).

→ El 23% de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de Cérvix se realizaron Papanicolaou previo, en un periodo inferior a tres años con resultados negativos para virus papiloma humano y sin lesiones previas de neoplasia intraepitelial (NIC) o Bethesda.

VII. RECOMENDACIONES

→ Dar a conocer los resultados de este estudio al personal médico del Hospital de Solca con la finalidad de que en el expediente clínico se registre mayor información sobre factores de riesgo y otra información que pueda ser importante.

→ Reforzar y diseñar muchas estrategias de prevención y promover hábitos saludables en las mujeres que asisten a esta unidad de salud para disminuir algunos factores de riesgo con la ayuda de las autoridades sanitarias y otras instituciones de la sociedad civil y estatal.

→ Promover el examen de Papanicolaou desde tempranas edades para que se fomente la prevención de cáncer de cérvix en nuestra sociedad.

→ Estimular a las mujeres en riesgo de lesiones precursoras de cáncer a realizarse su PAP sistemáticamente e informar a otras mujeres la fiabilidad de dicha prueba.

→ Fomentar el examen de Papanicolaou sistemáticamente no sólo en la institución que es especializada en cáncer, sino, promover también

otros centros de salud como hospitales, subcentros, clínicas, consultorios privados, etc.

→ Que los estudiantes del área de la Salud Humana realicen campañas de promoción y prevención del cáncer de cérvix e infecciones de trasmisión sexual como un requisito acreditable útil para su formación en materia sexual y reproductiva.

→ Propiciar una mejor comunicación de la usuaria con su pareja con el fin de reforzar la fidelidad entre ambos e involucrarlos en las decisiones de protección a la salud reproductiva.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Berek, Jonathan, y otros, Ginecología de Novak. 2003. Décimo tercera Edición, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., México, D.F. 1 156 p.
2. Botero, Jaime, Alfonso Júbiz y Guillermo Hendo. Ginecología y Obstetricia. 2006. Séptima Edición. Quebecord World- Bogotá.
3. Brunicardi, Charles F y otros, Schwartz Principios de Cirugía. 2006. Octava Edición, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., México. 1947 p.
4. Casciato Dennis y Barry Lowitz. Oncología Clínica. 2001. Cuarta Edición. Marban S. A. España. 350 p.
5. Chamba Herrera, Leonardo. Normas de Redacción de Referencias Bibliográficas. 2008. Primera Edición. Ediciones CIDAL. Loja – Ecuador. 65 p.
6. Garrido, Hernán y otros, Normas de Diagnóstico y Manejo de Tumores Malignos. 2001. Primera Edición, Loja-Ecuador.
7. Gori, Jorge y Lorusso Antonio, Ginecología de Gori. 2005. Segunda Edición, Editorial Ateneo, Buenos Aires-Argentina.
8. Junqueira, L. C. y Carneiro José. 2000. Histología Básica. Quinta Edición. Masson S. A. Traducido por Ricardo Pedro Casaroli. Editora Guanbara Kooyam S. A. Barcelona. 489 p.

9. Kasper, Dennis L. y otros, Harrison Principios de Medicina Interna. 2005. Décimo Sexta Edición, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., Chile. 2 872 p.
10. Latarjet, Michel y Ruiz Alfredo. Anatomía Humana. 2005. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Buenos Aires-Argentina. Tomo II. 1746p
11. O'Rahilly, Ronan. Anatomía de Gardner. Quinta Edición. 2001. Traducido por Carlos Hernández Zamora. Nueva Editorial Interamericana, S. A. México D.F. 928 p.
12. Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. 1 999. 2da. Edición, Publicación Técnicas Mediterráneo, Ltda. Santiago de Chile. Págs. 261-274.
13. Rodríguez, Armando, Ángel Echavarría y otros. 1999. Factores de Riesgo de Cérvix en el Municipio Cerro. Rev cubana Hig Epidemiol. 37 (1): 40-6
14. Rouviere, H y Delmas, A. Anatomía Humana. 2005. Onceava Edición, Masson, S.A., Barcelona-México. 767 p.
15. Usandizaga, J. A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2005. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., España.
16. Vinay kumar, Abulk K y Nelson Fausto, Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional. 2005. Séptima Edición. Editorial Edide, S.L., España.
17. Alliance For Cervical Cancer Prevention Members. 2004. Factores de Riesgo de Cáncer Cérvicouterino: indicios hasta la fecha (en línea). Consultado 18 oct. 2008. Disponible en: www.alliance-cxca.org.

18. Calvanga, Mary. 2007. Factores de Riesgo para Cáncer Cervical (en línea). Consultado 18 oct. 2008. Disponible en: http://www.mbmc.org/healthgate/GetHGContent.aspx?token=9c315661-83b7-472d-a7ab-bc8582171f86&chunkiid=122822
19. Castellaggue, Xavier. 2006. Cáncer de Cérvix y Anticoncepción: Nuevas Evidencias Epidemiológicas (en línea). Consultado 31 oct. 2008. Disponible en: www.institutCataladOncologia.com.es
20. De Martos, Cristina. 2007. Anticonceptivos Orales aumentan el riesgo de Cáncer de Cuello Uterino (en línea). Consultado 18 oct. 2008. Disponible en: http://www.elmundo.es/elmundosalud/index.html
21. Delgadillo, Brenda. 2003. Cáncer Cérvico-uterino en el Departamento de León durante el periodo 1999-2000. Tesis. Gineco-Obstetricia. Unan-León. Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Ciencia Médicas. 58 p.
22. Grettell León Cruz y Colbs. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino En Ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Volumen 30 / Nº 3, 2004.
23. Herdman, Cristina y Jacqueline Sherris. 2002. Planificación de programas apropiados para la Prevención de Cáncer Cérvicouterino. OPS/OSP. Tercera Edición. Seattles-Washington. 106 p.

24. Mendoza, Olga. 2007. Conocimiento sobre Prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del centro de salud Fortaleza. Vitarte. Tesis. Lic. Enfermería. Lima. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P. de Enfermería.
25. Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2004 Pág. 148-149
26. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA). 2007
27. Talavera, Sheila. 2006. Factores de Riesgo asociados a lesiones precursoras de Cáncer Cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgar Lang. Silais Managua. Tesis. Maestría en Salud Pública. Managua. Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Escuela de Salud Pública. 44p
28. Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine. 2007. Cáncer Cervical (en linea). Consultado 31 oct. 2008. Disponible en: http://www.yourdiseaserisk.wustl.edu/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=cervical&page=risk_list#top

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Medicina Humana

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Historia Clínica:.....

Edad:

<30 años ( )

31-40 años ( )

41-50 años ( )

51-60 años ( )

61-70 años ( )

71-80 años ( )

>80 años ( )

Raza-Etnicidad

Mestiza ( )

Negra ( )

Blanca ( )

Otra ( )

Sin datos registrados ( )

Estado civil:

Soltera ( )

Unión Libre ( )

Casada ( )

Viuda ( )

Divorciada ( )

Escolaridad:

Ninguna ( )

Educación Primaria ( )

Educación secundaria ( ) Años aprobados ( )

Educación superior ( )

Ocupación:.....

Lugar de Residencia:

Provincia de Loja ( ) Otra Provincia ( )

- Zona Urbana ( )
- Zona Rural ( )

Dirección.....

II. FACTORES DE RIESGO:

Antecedentes familiares de Cáncer:

Papá ( )

Mamá ( )

Hermano/a ( )

Abuelo/a ( )

Tío/a ( )

Sitio.....

Factores socioeconómicos:

INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES:

< $ 200, 00 ( )

$ 200,00 – 500,00 ( )

>$500,00 ( )

NÚMERO DE MIEMBROS QUE HABITAN EN LA CASA:

Uno - Dos ( )

Tres- cuatro ( )

Cinco- Seis ( )

Más ( )

NÚMERO DE HABITACIONES

Una ( )

Dos ( )

Tres ( )

Cuatro o más ( )

NÚMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN

Una ( )

Dos ( )

Tres ( )

Cuatro o más ( )

DISPOSICIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO:

Baño ( )

Letrina ( )

Pozo Séptico ( )

Ninguno ( )

DISPOSICIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS:

Agua potable ( )

Luz Eléctrica ( )

Alcantarillado ( )

Teléfono ( )

HÁBITOS:

ALIMENTACIÓN:

- Balanceada ( )
- Rica en carbohidratos ( )
- Rica en Grasas ( )
- Rica en proteínas ( )

- Verduras ( )
- Frutas ( )

H. NOCIVOS:

ALCOHOL: Si ( ) No ( )

Edad de inicio.....

Frecuencia.....

Cantidad.....

Tiempo transcurrido desde que no ingiere.....

TABACO: Si ( ) No ( )

Número de cajetillas diarias.....

Frecuencia.....

Edad a la que inició el hábito.....

Tiempo transcurrido desde que dejó de fumar.....

EMPLEO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Anticonceptivo hormonal ( )

DIU ( )

Preservativo ( )

Otros.....

ENFERMEDADES INMUNOSUPRESORAS:

Ninguna ( )

VIH-SIDA ( )

Enf. Inmunitaria:

Lupus Eritematoso ( )

Artritis reumatoide ( )

Otra.....

FACTORES SEXUALES:

Inicio de Vida Sexual Activa:

< 12 años ( )

12–15 años ( )

16-19 años ( )

20-23 años ( )

24-27 años ( )

> 28 años ( )

Número de Compañeros Sexuales:

UNO ( )

DOS ( )

TRES ( )

MÁS DE TRES ( )

Paridad:

De 1-5 hijos ( )

De 6-10 hijos ( )

De 11-15 hijos ( )

De 16-20 hijos ( )

Tipo de parto

P. Eutócico ( )

P. Distócico ( )

Edad del primer parto:

13-17 años ( )

18-22 años ( )

23-27 años ( )

28-32 años ( )

33-37 años ( )

>38 años ( )

Enfermedades de Transmisión sexual:

→ Clamidiasis ( )

→ Gonorrea ( )

→ Tricomoniasis ( )

→ Condilomatosis ( )

Otras.....

FACTOR MASCULINO

−Infidelidad Si ( ) No ( )

−Circuncisión Si ( ) No ( )

−ETS Si ( ) No ( )

¿Cuál?.....

CITOLOGÍA CERVICAL:

Citología cervical previa SI ( ) NO ( )

Edad de primera citología:

< 40 años ( )

41-50 años ( )

51-60 años ( )

61-70 años ( )

>71 años ( )

Última citología:

< 1 año ( )

1-3 años ( )

4-6 años ( )

7-9 años ( )

<10 años ( )

Citología (+) para VPH:

Sí ( ) No ( ) DESCONOCE RESULTADO ( )

III. <u>TIPO SISTEMA BETHESDA:</u>

ASCUS-AGUS ( )

LIE DE BAJO GRADO ( )

LIE DE ALTO GRADO ( )

CARCINOMA ( )

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	viii

CAPÍTULO		PÁGINA
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	REVISIÓN DE LITERATURA	5
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	45
IV.	RESULTADOS	48
V.	DISCUSIÓN	89
VI.	CONCLUSIONES	99
VII.	RECOMENDACIONES	101
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	103
IX.	ANEXOS	107