



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

Características Clínico - Epidemiológicas del Cáncer de Cuello de Útero en mujeres mayores de edad en el Área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso Periodo 2015- 2019

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

Autoras:

Joselyn Vanesa Cruz Martínez

Katherine Ximena Fajardo Chabla

CI: 1750309500

0106448087

Correo electrónico: lynesa445@hotmail.com

fajardo11.k.d@gmail.com

Directora:

Mgt. Carmen Mercedes Villa Plaza

CI: 0103843132

Cuenca- Ecuador

02-Julio-2020



Resumen:

Antecedentes: El cáncer de cuello de útero (CCU) es un tipo de cáncer en el que las células glandulares y escamosas son normales, pero van transformándose hasta ser precancerosas y cancerosas. En Quito- Ecuador, durante el 2006, se diagnosticaron 133 mujeres con CCU, 55 mueren cada año.

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas del cáncer de cuello de útero en las mujeres mayores de edad del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso periodo 2015-2019.

Metodología: El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo no experimental, se emplea un diseño transversal-correlacional. El universo (N=71) está conformado por el total de pacientes atendidos entre 2015-2019 con el diagnóstico de CCU, la técnica es la revisión de historias clínicas y, el instrumento, un cuestionario de recolección de datos. El análisis se realizó con el programa SPSS 22 empleando estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Las mujeres con cáncer de cuello uterino se caracterizan porque su menarquía empezó a los 14 años en promedio, sus relaciones sexuales aproximadamente a los 18 años, en su mayoría solamente se han realizado un papanicolau, no han tenido ITS, han tenido dolor pélvico, sangrado intermenstrual, así como comorbilidades, la más prevalente, anemia. El 44% tienen un tumor maligno no especificado, el 8,5% se encuentran en el estadio I, el 12,7% en el estadio II, el 25,4% en estadio III y el 9,9% en estadio IV. Los tratamientos más recurrentes son oncológicos y quirúrgicos.

Palabras clave: Cáncer de Cuello Uterino. Edad. Características Clínico Epidemiológicas.



Abstract:

Background: Cervical cancer (CC) is a type of cancer in which glandular and squamous cells are normal, but they transform until they are precancerous and cancerous. In Quito- Ecuador, during 2006, 133 women with CC were diagnosed, 55 die each year.

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics of cervical cancer in women of legal age in the gynecology area of the Vicente Corral Moscoso Hospital period 2015-2019.

Methodology: The present study has a non-experimental quantitative approach; a cross-correlational design was used. The universe (N=71) is made up of the total number of patients treated between 2015-2019 with the diagnosis of CC, the technique is the review of medical records and, the instrument, a data collection questionnaire. The analysis was performed with the SPSS 22 program using descriptive and inferential statistics.

Results: Women with cervical cancer are characterized because their menarche started at 14 years old on average, their sexual relations at approximately 18 years old, most of them have only had a pap smear, they have not had STIs, they have had pelvic pain, breakthrough bleeding, as well as comorbidities, the most prevalent, anemia. 44% have an unspecified malignant tumor, 8.5% are in stage I, 12.7% in stage II, 25.4% in stage III and 9.9% in stage IV. The most recurrent treatments are oncological and surgical.

Keywords: Cervical Cancer. Age. Clinical Epidemiological Characteristics.



Índice del Trabajo

Contenido

DEDICATORIA	7
1. PROBLEMATIZACIÓN	9
1.1. Introducción	9
1.2. Planteamiento del problema	9
1.3 Justificación.....	12
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Cáncer de cuello de útero	13
2.2 Epidemiología.....	13
2.3 Factores de riesgo.....	14
2.4 Virus del papiloma humano.....	15
2.5 Manifestaciones clínicas.....	16
2.6 Diagnóstico.....	16
2.7 Pruebas de Papanicolau.....	18
2.9 Tratamiento	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo general.....	20
3.2 Objetivos específicos	20
4. DISEÑO METODOLÓGICO	21
4.1 Tipo de estudio	21
4.2 Área de estudio.....	21
4.3 Universo.....	21
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	21
4.6 Operacionalización de variables	22
4.7 Métodos técnicas e instrumentos	25
4.8 Procedimientos	25
4.9 Plan de tabulación y análisis.....	25
4.10 Aspectos Éticos.....	25
5. RESULTADOS	26
5.1. Registro epidemiológico.....	26
Tabla 1: Registro epidemiológico de las mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Vicente Corral Moscoso.....	26
5.2. Descripción sociodemográfica	27
Tabla 2: Descripción de las variables sociodemográficas según la edad	27
Tabla 3: Descripción de las variables sociodemográficas según estado civil.....	27
Tabla 4: Descripción de las variables sociodemográficas según residencia	28
Tabla 5: Descripción de las variables sociodemográficas según nivel de instrucción.	28
5.3. Descripción obstétrica	29



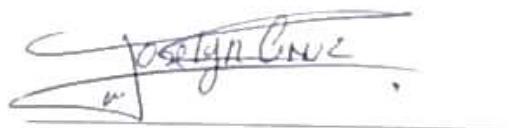
Tabla 6: Descripción de la historia obstétrica según la menarquia.....	29
Tabla 7: Descripción de la historia obstétrica según edad de inicio de relaciones sexuales.	29
Tabla 8: Descripción de la historia obstétrica según el número de gestas.....	30
Tabla 9: Descripción de la historia obstétrica según el número de abortos.....	30
Tabla 10: Descripción de la historia obstétrica según método anticonceptivo.....	30
Tabla 11: Descripción de la historia obstétrica según enfermedad de transmisión sexual.....	31
Tabla 12: Descripción de la historia obstétrica según el número de papanicolau.....	32
5.4 Identificación de características clínicas.....	32
Tabla 13: Dispareunia de las mujeres con cáncer de cuello uterino.....	32
Tabla 14: Dolor pélvico de las mujeres con cáncer de cuello uterino.....	32
Tabla 15: Sangrado transvaginal de las mujeres con cáncer de cuello uterino.....	33
Tabla 16: Tratamiento clínico de las mujeres con cáncer de cuello uterino.....	35
Tabla 17: Variables de tratamiento quirúrgico de las mujeres con cáncer de cuello uterino....	35
Tabla 18: Comorbilidad de las mujeres con cáncer de cuello uterino.....	36
Tabla 19: Infecciones de transmisión sexual de las mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Vicente Corral Moscoso.....	36
5.5. Discusión.....	37
6. CONCLUSIONES.....	39
7. RECOMENDACIONES.....	40
8. BIBLIOGRAFÍA.....	41
9. ANEXOS Anexo 1: Formulario.....	47

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Joselyn Vanesa Cruz Martínez con C.I:1750309500, en calidad de autora titular de los derechos morales y patrimoniales delo proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES MAYORES DE EDAD DE ÁREA DE GINECOLOGÍA DE HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO PERIODO 2015-2019 "de conformidad con el Art. 114 de CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la universidad de cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.114 de la ley orgánica de educación superior.

Cuenca, 2 de julio del 2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Joselyn Cruz", is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

Joselyn Vanesa Cruz Martínez

C.I:1750309500

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Katherine Ximena Fajardo Chabla con C.I 0106448087, en calidad de autora titular de los derechos morales y patrimoniales delo proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES MAYORES DE EDAD DE ÁREA DE GINECOLOGÍA DE HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO PERIODO 2015-2019 "de conformidad con el Art. 114 de CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la universidad de cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.114 de la ley orgánica de educación superior.

Cuenca, 2 de julio del 2020




Katherine Ximena Fajardo Chabla

C.I 0106448087

PROPIEDAD INTELECUAL

Joselyn Vanesa Cruz Martinez con C.I: 1750309500 y Katherine Ximena Fajardo Chabla con C.I 0106448087 autoras del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN MUJERES MAYORES DE EDAD DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO PERIODO 2015-2019", certifico, que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras

Cuenca, 2 de julio del 2020



Joselyn Vanesa Cruz Martinez

C.I: 1750309500



Katherine Ximena Fajardo Chabla

C.I 0106448087



DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo está dedicado a Dios, a mis padres, hermanas y amigas, quienes estuvieron en cada paso, dándome su apoyo incondicional para culminar con éxito esta etapa de mi vida, la cual me ha enseñado que los sueños están hechos de trabajo, responsabilidad y mucho sacrificio.

Joselyn Vanesa Cruz Martínez



AGRADECIMIENTO

Quiero decir que me siento inspirada por las personas que me apoyaron, y se llevan mi más sincera gratificación, a mis padres por su apoyo incondicional a mis hermanas por ser luz cuando el camino se volvía oscuro, a la Lcda. Carmita Villa, quien nos dio su voto de confianza, a mi compañera y amiga Kathy por acompañarme en este duro camino hacia el cumplimiento de este sueño, cada uno de ellos incentivándome a desempeñar esta noble profesión de la cual me siento orgullosa.

Joselyn Vanesa Cruz Martínez



DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada principalmente a Dios, por ser la luz que nos guía y permitirme cumplir este sueño. A mis padres por el amor, dedicación, paciencia, que me han dado a lo largo de mi carrera, por esa confianza, ánimos y apoyo para cumplir esta meta muy importante en mi vida. A mi esposo por ser el promotor de mis sueños, por cada día confiar en mí y creer en mí, porque en todo momento fue un apoyo incondicional. A mi hijo que siempre fue mi inspiración y mi motivación.

Katherine Ximena Fajardo Chabla



AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi agradecimiento a mi hermana Paola y mi mejor amiga Joselyn, quienes supieron apoyarme en todo momento, por esas palabras de aliento en los momentos más difíciles que han sido de gran ayuda para culminar esta carrera. A nuestra Tutora Lcda. Carmen Villa, quien desde el primer momento nos brindó su amistad, su bondad, y fue un gran apoyo.

Katherine Ximena Fajardo Chabla



1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. Introducción

Los casos de cáncer de cuello uterino son el resultado de una infección con el virus del papiloma humano, y la prevención del mismo incluye pruebas de detección y vacunación. El cáncer de cuello uterino causa más de un cuarto de millón de muertes por año como resultado de tratamientos sumamente deficientes en muchos países en vías desarrollo. (1)

Esta agresiva enfermedad que afecta a muchas mujeres, según datos estadísticos en el 2013 en Colombia tuvo una prevalencia del 17.8%, en Perú el 8.4% (2), mientras que en la ciudad de Quito- Ecuador, se diagnosticaron 133 mujeres con CCU, durante el 2006. (3)

Este cáncer inicia entre el epitelio columnar y el epitelio escamoso, las células glandulares y escamosas son normales, pero van transformándose gradualmente hasta ser precancerosas y finalmente cancerosas. (4)

Entre los factores de riesgo están más de dos parejas sexuales, anticonceptivos orales, tabaquismo (5), edad temprana del embarazo (17años), multiparidad (más de 4 hijos) (6) y principalmente contraer el virus del papiloma humano, específicamente el gen 16 y 18 (7-9).

El cáncer de cuello uterino inicia siendo asintomático, para posteriormente presentar manifestaciones clínicas como dispareunia, sangrado vaginal poscoital, o leve sangrado vaginal, en estadios más avanzados sangrado vaginal, dolor pélvico o lumbar, hematuria, tenesmo rectal y edema en miembros inferiores. (4)

El Papanicolau es un medio de detección del CCU (10,11), pues los resultados permiten una identificación de las células anormales especialmente en los grupos de riesgo como mujeres entre 40 y 49 años. (12)

Es importante la prevención inicial con la vacunación, educación sexual; exámenes y tratamiento de acuerdo a su estadio; y en estadios avanzados la cirugía, radioterapia, quimioterapia, y cuidados paliativos (7). La supervivencia de mujeres con CCU es hasta de 5 años una vez diagnosticado, y va a depender del estadio. (13)

1.2. Planteamiento del problema



El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo puesto de cáncer más común en el mundo. Más de medio millón de mujeres alrededor del mundo ha sido diagnosticadas cada año con esta enfermedad y casi la mitad de ellas llega a morir. (14,15)

El cáncer de cuello de útero es una de las enfermedades más agresivas que continua afectando a mujeres en el mundo, pese a las estrategias abordadas sigue cobrando vidas, se tienen datos estadísticos respecto a cuantas mujeres presentan cáncer de cuello de útero, en el 2013 en Colombia tuvo una prevalencia del 17.8% es decir 1 549 mujeres, en Perú el 8.4% es decir 321 mujeres (2), mientras que Quito- Ecuador, que representa un 15% de la población, se diagnosticaron 133 mujeres con CCU y 55 mueren cada año, durante el 2006. (3)

Se conoce que uno de los principales factores causantes de CCU es el virus del papiloma humano, específicamente el gen 16 y 18 (7-9), para lo cual se han ideado programas de vacunación a niñas desde los 9 años, sin embargo, estas campañas parecen no llegar a toda la población, siendo las comunidades más pequeñas las que están expuestas a tener CCU.

La falta de educación al respecto al CCU, y específicamente a los que es el virus del papiloma humano VPH, promueve a que mujeres embarazadas y muchas veces sin conocer contagien a sus recién nacidos de forma vertical con esta infección (9). También es importante mencionar que la falta educación a los jóvenes en los colegios, es escasa y no se enfatiza en esta enfermedad, siendo necesario que esta población conozca que algunos de los factores de riesgo son: inicio precoz de las relaciones sexuales, desde los 16 años, tener múltiples parejas sexuales. (2)

Pues existe un tabú en cuanto a la sexualidad, impidiendo que las mujeres presenten sus dudas respecto a estos temas, en especial en algunas comunidades ecuatorianas, por esto debe enfatizar en la educación respecto al CCU y otros temas que las comunidades desconocen. (3)

Los exámenes que se deben realizar las mujeres, específicamente el papanucolau debe ser en un mínimo de cada 3 años, pues es el único medio de prevención del CCU (9), sin embargo, muchas mujeres no acuden a los centros de salud a realizárselos, no porque no les importe su salud, sino por falta de educación de parte de los profesionales de salud.

La detección del CCU se realiza mediante la tinción de Giemsa, utilizada para identificar HPV, acompañado de Papanicolaou (11). Cuando es detectado a tiempo se pueden realizar



procedimientos radio-quirúrgico utilizado en lesiones pre-malignas, realizado con asas diatérmicas, que producen un corte limpio, es ambulatorio, a bajo costo y con buenos resultados (16). Existen otros tratamientos para el CCU como la traquelectomía (17). Cuando el diagnóstico es tardío las mujeres deben someterse a intervenciones quirúrgicas, tales como la histerectomía radical, la cual de por sí representa una intervención extrema, especialmente cuando se realiza a una mujer nulípara. (18,19)

Representa un problema especialmente para las mujeres jóvenes nulíparas que a la edad de 25-35 años, que aún no han tenido hijos y probablemente no los lleguen a tener porque esta enfermedad no fue detectada a tiempo, por no recibir información de los factores de riesgo y el desconocimiento de la frecuencia para realizarse controles (12).

La prevención es un pilar fundamental en la detección oportuna de CCU, esta prevención se enfoca en 3 esferas: prevención primaria, secundaria y terciaria, por ejemplo, la primera enfocada en la vacunación, educación sexual; en la secundaria exámenes y tratamiento de acuerdo a su condición; y la terciaria, ya habla de cirugía, radioterapia, quimioterapia. (7)

La recomendación para las mujeres es que se realicen controles cada 3 años mínimo, y así aumentar el pronóstico de vida (9). Según estudios las mujeres que no se han realizado citologías en 5 años o más, son quienes se detectan el problema cuando es demasiado tarde y se optan por tratamientos altamente invasivos o simplemente la enfermedad está demasiado avanzada para poder hacer algo. (20)



1.3 Justificación

El cáncer de cuello de útero es una de las enfermedades con altas tasas de mortalidad, en un estudio realizado en el 2006 en Quito, ciudad que representa el 15% de la población ecuatoriana, encontró que 133 mujeres tenían CCU en ese año, en el mismo documento se mencionaba que 55 mujeres mueren por el CCU cada año, esta patología, al no existir datos actualizados que muestren la realidad del país, así como una bibliografía nacional para entender el crecimiento del CCU. La labor importante en la que se debe trabajar es la prevención tanto en las áreas rurales como urbanas, pues necesitan recibir información de los factores de riesgo, prevención, consecuencias y tratamiento.

Es en la prevención en la que debemos enfocarnos, pues existen tres esferas desde las cuales es posible actuar, prevenir mediante vacunas, educación sexual, estas como prevención primaria, exámenes y seguimiento como secundaria, y cirugía, quimio y radioterapia como terciaria, siendo esta última a la que no deseamos llegar, mediante la promoción y prevención es posible disminuir las cifras de mujeres con CCU no solo en la provincia sino a nivel nacional. (3,5-7)

Enfermería, carrera en la que se estudia los niveles de atención y la importancia de aplicarlos, entre ellos están la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en este caso enfatizar la promoción y la prevención, pues según un análisis del CCU en Ecuador se menciona que se debe trabajar en estrategias a realizarse, sin embargo, 12 años después, las cifras de las mujeres con CCU no han mejorado. (3)

Las cifras que se prevé obtener en este estudio permitirían tener un panorama claro de la realidad de las mujeres con CCU, conocer si las mujeres diagnosticadas recibieron promoción, prevención con exámenes como el papanucolau, en qué estadio se encuentran, el grupo de edad al que pertenecen, que tratamiento están realizando, y que al presentar estas cifras las autoridades encargadas evalúen las estrategias a tomarse. (7,11,18)



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Cáncer de cuello de útero

El cáncer de cuello uterino inicia entre el epitelio columnar primario formado de células glandulares del endocérvix y el epitelio escamoso del ectocérvix, las células glandulares y escamosas son normales, pero van transformándose gradualmente hasta ser precancerosas y finalmente cancerosas. (4,15)

Existen dos tipos de cáncer de cuello uterino, el más común es el carcinoma de células escamosas, el que inicia en adenocarcinomas, el cual se origina de células epiteliales glandulares, pero en menor medida también existen los linfomas, sarcomas y tumores neuroendocrinológicos (21).

2.2 Epidemiología

Según la OMS el cáncer de cuello uterino fue diagnosticada en 72.000 mujeres y de éstas 34.000 fallecieron en América, durante el año 2018 (22), según estadísticas, en Colombia durante el año 2013 hubo una prevalencia de 17.8% es decir 1 549 mujeres, en Perú el 8.4% es decir 321 mujeres (2), y en Ecuador, en Quito, que representa un 15% de la población, se diagnosticaron 133 mujeres con CCU y 55 mueren cada año, durante el 2006. (3)

Los cánceres ginecológicos son más frecuentes en mujeres posmenopáusicas, que, en pacientes menores de 40 años, la incidencia también es significativa. Como la preservación de la fertilidad es un gran problema para los sobrevivientes de cáncer, es necesario darse cuenta que las decisiones de tratamiento se toman pensando en la fertilidad futura. Cuando hablamos de oncofertilidad, es sumamente importante tener en cuenta que cada cáncer tiene un efecto diferente sobre la fertilidad, debido a la enfermedad y a su tratamiento (23)

En Rusia se realizó una evaluación de las tendencias recientes de cáncer de cuello uterino y se demostró que, si bien la incidencia de cáncer de mama está aumentando, las tasas de mortalidad están disminuyendo. Las tasas de cáncer de cuello uterino, así como los riesgos entre las generaciones más recientes, están en constante aumento. El cáncer de cuello uterino ha superado al cáncer de mama en términos de años de vida perdidos por cada muerte. (24)

Uno de los estudios genómicos completos más grandes del cáncer cervical hasta la fecha ha demostrado una extensa caracterización molecular de 228 cánceres cervicales primarios, según la cual, el papiloma humano (VPH) tiene en todas las muestras relacionadas con el



VPH18 y el 76% de las muestras relacionadas con el VPH16, y se asoció con aberraciones estructurales y una mayor expresión del gen diana. Identificamos un conjunto único de cánceres de cuello uterino de tipo endometrial, compuesto principalmente por tumores negativos al VPH con frecuencias relativamente altas de mutaciones KRAS, ARID1A y PTEN. La agrupación integradora de 178 muestras identificó subgrupos con escamosa baja en queratina, escamosa alta en queratina y ricos en adenocarcinoma. (25)

2.3 Factores de riesgo

La evaluación y comunicación del riesgo de enfermedad que se personaliza al individuo está muy extendida en contextos de salud. A pesar de varias revisiones sistemáticas del cáncer de cuello uterino, no está claro en qué circunstancias las estimaciones de riesgo personalizadas promueven el cambio en cuatro comportamientos clave relacionados con la salud: tabaquismo, actividad física, dieta y consumo de alcohol. (26)

Los factores de riesgo conocidos son la infección por HPV, haber tenido más de 2 parejas sexuales, anticonceptivos orales, tabaquismo (5). en otro estudio se menciona la edad temprana del embarazo (17años), la multiparidad (más de 4 hijos) y múltiples parejas sexuales. (6)

La conciencia de los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino es baja entre las personas que no realizan pruebas de detección. El 41% de los no participantes en la detección cervical sabían que el VPH es un factor de riesgo. Las mujeres mayores son menos propensas a reconocer la falta de asistencia como un factor de riesgo. (27)

Investigaciones recientes han puesto de relieve una fuerte correlación entre el riesgo de cáncer específico de tejido y el número de divisiones de células madre específicas de tejido. Si dicha correlación implica un alto riesgo de cáncer intrínseco inevitable se habla de la hipótesis de "mala suerte". Aquí proporcionamos evidencia de que los factores de riesgo intrínsecos contribuyen solo modestamente (menos de ~ 10-30% del riesgo de por vida) al desarrollo del cáncer. Primero, demostramos que la correlación entre la división de células madre y el riesgo de cáncer no distingue entre los efectos de los factores intrínsecos y extrínsecos. (28)



Un estudio realizado mediante encuestas sobre los factores de riesgo, demostró que, el 88%, el 82% y el 78% de los encuestados reconocieron como factores de riesgo conocidos, las parejas sexuales múltiples, la infección por el virus del papiloma humano y el inicio temprano de la actividad sexual, respectivamente. El 63% de los participantes creía que el uso prolongado de píldoras e inyecciones para planificación familiar causaba cáncer cervical. La mayoría de los participantes reconocieron síntomas como el sangrado intermenstrual (85%), sangrado posmenopáusico (84%) y flujo vaginal ofensivo (83%). Finalmente, el 70% de los participantes creía que el cáncer cervical es prevenible y el 92% que podría curarse si se diagnostica en una etapa temprana. (29)

Los subtipos oncogénicos de VPH se han identificado como la causa etiológica de la neoplasia cervical. El poder, la consistencia y la especificidad de la asociación entre la infección subclínica por VPH y la neoplasia cervical aumentan la posibilidad de que esta relación es causal. (23)

2.4 Virus del papiloma humano

La infección por el virus del papiloma humano, es causada por el virus del mismo nombre (VPH). Alrededor del 90% de las infecciones por VPH no causan síntomas y se resuelven espontáneamente en dos años. Sin embargo, en algunos casos, la infección persiste y produce verrugas o lesiones precancerosas. Estas lesiones, según el sitio afectado, aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino, pudiendo afectar otras zonas como la vulva, vagina, pene, ano, boca o garganta. Casi todo el cáncer cervical se debe al VPH; con dos tipos, el VPH16 y 18, que representan el 70% de los casos. Entre el 60% y el 90% de los otros tipos de cáncer mencionados anteriormente también están relacionados con el VPH. (6) Los tipos VPH 6 y 11 causan verrugas genitales y papilomatosis laríngea. (30)

El principal causante de CCU es el virus del papiloma humano, específicamente el gen 16 y 18 (7–9), sin embargo, en estudios del año 2007 se ha identificado que existen otros genotipos relacionados, son el genotipo 53-58, en las pacientes con lesiones intra-epiteliales y en el cáncer escamoso se identificó como principal genotipo el 16 (31). El virus del papiloma humano es un virus desnudo con ADN de doble cadena circular que infecta piel, mucosas, especialmente epitelio escamoso, 40 genotipos pueden afectar la zona ano-genital, los



genotipos de alto riesgo son los 16-18-31-33-45 a nivel mundial y los genotipos 16-18 en Europa. (32)

2.5 Manifestaciones clínicas

Estas van a depender del estadio, pues inicialmente es asintomático, luego presenta síntomas inespecíficos como la dispareunia, sangrado vaginal pos-coital, o leve sangrado vaginal, en estadios más avanzados sangrado vaginal, aumento de flujo sero-sanguinolento, puede ser o no maloliente, cuando hay lesiones necróticas dolor pélvico o lumbar, hematuria, tenesmo rectal y edema en miembros inferiores. (4)

Otra manifestación es la metrorragia intermitente e indolora o manchado que ocurre solo después del coito o después de la ducha vaginal, aunque no es el síntoma más común (sangrado vaginal anormal o descarga). A medida que aumenta la malignidad, los episodios de sangrado se vuelven más pesados y frecuentes, y duran más. La paciente también puede describir lo que le parece un aumento en la cantidad y duración de su flujo menstrual regular; El sangrado puede volverse continuo. En la mujer posmenopáusica, es más probable que el sangrado provoque atención médica temprana. (23)

Desarrollo de dolor referido al flanco o pierna, que generalmente es secundario a la afectación de los uréteres, la pared pélvica o las vías del nervio ciático. Disuria, hematuria, sangrado rectal u obstipación: como resultado de la vejiga o la invasión rectal. Metástasis a distancia y edema persistente de una o ambas extremidades inferiores como resultado del bloqueo linfático y venoso por enfermedad extensa de la pared pélvica son manifestaciones tardías de enfermedad primaria y manifestaciones frecuentes de enfermedad recurrente. La hemorragia masiva y el desarrollo de uremia con inanición profunda también pueden ocurrir y ocasionalmente ser el síntoma inicial. (33)

2.6 Diagnóstico

La detección del CCU se realiza mediante un Papanicolau, que no es más que la inspección visual del cuello del útero con ácido acético permitiendo la detección y prevención de lesiones precursoras (9,10). Los resultados del Papanicolaou identifican las células anormales especialmente en los grupos de riesgo como las mujeres de 40-49 años. (12)



Las condiciones para realizarse un Papanicolau son no estar menstruando, no tener relaciones sexuales en los 3 últimos días, sin embargo, el primer punto disminuye el acceso de mujeres al examen, especialmente en zonas rurales, por ello en un estudio se menciona que si puede ser realizado durante la menstruación pues no se han identificado diferencias entre las muestras tomadas durante y fuera del periodo menstrual. (34)

Los exámenes que se deben hacer las mujeres, son máximo cada 3 años para prevenir el CCU (9), porque lo ideal sería un control anual desde que la mujer tiene vida sexual activa, sin embargo, muchas mujeres no tienen PAPs realizados y no acuden a los centros de salud a realizárselos.

Entre los factores que influyen para no realizarse el PAP, están: las mujeres con mayor escolaridad, asegurando no contar con el tiempo necesario; la etnia, pues representa una barrera por el idioma que utilizan para comunicarse; y la falta de información respecto al procedimiento que se va a realizar. (35)

Ante la presencia de Papanicolau anormales el diagnóstico es apoyado en una colposcopia y una histología, la colposcopia es un examen de la mucosa genital y del corion, con una lupa binocular para identificar las lesiones, este examen inicia con un examen visual, luego ácido acético y finalmente lugol, mediante esto evaluar las lesiones, específicamente la localización, tamaño, características de la zona atípica. Es importante mencionar que también se debe realizar un examen a la pareja; en los hombres se realizara una penescopía (32). En ellos es asintomático, solo se detecta mediante un hisopado de la región genital (prepucio), y está relacionado con múltiples compañeras sexuales y el genotipo predominante es el 16. (36)

Las mujeres con detección tardía deben someterse a la histerectomía radical, la cual es una intervención extrema (10), más aún cuando se debe realizar a mujeres nulíparas. (18,19)

Según estudios las mujeres que no se han realizado citologías en cinco años o más, son más propensas a detectar el CCU en estadios avanzados y recurren a tratamientos altamente invasivos. (9,20)

La falta de educación al respecto hace que continúen casos de HPV en mujeres embarazadas, naciendo niños con dicha infección, contagiándose en forma vertical de madre a hijo (9).



El tener un protocolo para cáncer de cuello uterino permite tener un seguimiento de las mujeres con resultados anormales, al realizarse un Papanicolau anualmente, de obtenerse resultados normales se las cita para el próximo año y de ser anormales se les cita antes para un seguimiento y una detección oportuna de la enfermedad. (37)

La hospitalización por CCU inicia en las mujeres desde los 30 años, el motivo es por un procedimiento terapéutico como la radioterapia, quimioterapia, y procedimiento quirúrgico como la histerectomía, seguido de linfadenectomía y conización. Los tratamientos y estadía en el hospital tienen un costo aproximado de \$5 900 en España. (38)

2.7 Pruebas de Papanicolau

La gran mayoría de las mujeres en Gran Bretaña que no participan en los exámenes de detección CCU como se recomienda no toman una decisión activa de no asistir a un PAP. Al reunir los hallazgos actuales con los de EE. UU., se sugiere que la PAP es una forma útil de distinguir entre los tipos no participantes. Al identificar las diferencias demográficas entre los tipos de no participantes, se detectó que las mujeres de grupos étnicos pequeños tienen más probabilidades de no ser conscientes de la importancia de la detección. (39)

En un estudio se recomienda realizar el PAP y a su vez la prueba para HPV lo que garantiza un diagnóstico temprano y una intervención precoz, teniendo un buen manejo de las mujeres con riesgo de CCU. (40)

Según un estudio en Colombia, pese a los programas de prevención muestra que existe un bajo conocimiento de la gravedad de la enfermedad, pues se evidenció que muchas mujeres no se realizan los Papanicolau ya sea por falta de tiempo o dinero, así como tampoco acuden a retirar los resultados, haciendo ineficaz un programa de prevención de CCU. (41)

2.9 Tratamiento

Según Small et al. (1) Para pacientes con cánceres cervicales tempranos, se recomienda la cirugía. Una biopsia en cono es un tratamiento adecuado para pacientes con enfermedad en estadio IA1, mientras que para pacientes con enfermedad en estadio IA1 con invasión del espacio linfoscavascular o enfermedad en estadio IA2, se recomienda una biopsia en cono con márgenes quirúrgicos negativos y disección de ganglios linfáticos pélvicos.



En estadios iniciales, son tumores de buen pronóstico que pueden ser tratadas con técnicas quirúrgicas menores como cirugías laparoscópicas, y vaginales, que además de disminuir la morbilidad, permite a la población joven preservar su fertilidad, la traquelectomía, utiliza un acceso laparoscópico y vaginal; está indicado para pacientes con CCU estadio IA2 y IB1 menos de 2 cm de eje mayor, recomendado para pacientes nulíparas y con un promedio de edad de 33.6 años. (17)

Cuando es detectado a tiempo se puede realizar un procedimiento radio-quirúrgico utilizado en lesiones premalignas, este se realiza con asas diatérmicas que al contacto con la piel la destruyen y se convierten en vapor, produciendo un corte limpio, este procedimiento es ambulatorio, bajo costo y con buenos resultados. (16)

Un análisis de la base de datos de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) encontró una disminución en el uso de braquiterapia del 83% en 1988 al 58% en 2009 ($P < .001$), aunque se descubrió que la braquiterapia se asocia independientemente con una mejor causa: supervivencia específica (razón de riesgo, 0,64; intervalo de confianza del 95%, 0,57 a 0,71) y supervivencia general (razón de riesgo, 0,66; intervalo de confianza del 95%, 0,60 a 0,74). (42)



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar las características clínico-epidemiológicas del cáncer de cuello uterino de las mujeres mayores de edad en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso periodo 2015-2019.

3.2 Objetivos específicos

1. Fundamentar teóricamente los antecedentes que influyen en el cáncer cérvico uterino y describir las variables sociodemográficas de las pacientes según la edad, estado civil, residencia y nivel de instrucción.
2. Describir la historia obstétrica de las pacientes según el número de hijos, gestas, abortos, historia de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y pruebas de Papanicolau.
3. Identificar las características clínicas relacionados, con cáncer de cuello uterino como: signos y síntomas al momento del ingreso, resultados de diagnóstico, informes de tratamiento clínico y quirúrgico.



4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo no experimental empleando un diseño transversal (43,44) que se realiza para determinar las características clínico-epidemiológicas del cáncer de cuello de útero en las mujeres mayores de edad en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.2 Área de estudio

Esta investigación se realizará a las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.3 Universo

El universo está conformado por el total de 84 pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello de útero en el área de ginecología del Hospital Vicente corral Moscoso en el periodo 2015-2019.

4.4 Asignación

Se seleccionaron todos los casos con información disponible en el período 2015-2019, lo cual da un total de 71 casos.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de edad (mayores de 18 años)
- Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que se atendieron en ginecología en el Hospital Vicente Corral Moscoso. durante el periodo 2015-2019.

Criterios de exclusión

- Mujeres con historias clínicas incompletas
- Mujeres con historias clínicas ilegibles.

4.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al hombre y mujer	Características fenotípicas	Hombre Mujer	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo a partir del nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Años	Numérica
Residencia	Lugar determinado en el que una persona vive actualmente, manifestado en cantones de la provincia del Azuay	Lugar en el que vive actualmente	Urbana Rural	Nominal
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados hasta la actualidad.	Grado de estudios	Primaria Secundaria Bachillerato Pregrado Posgrado	Ordinal
Estado civil	Situación de convivencia real y concreta de una persona relacionada con una pareja y reconocida hasta la actualidad.	Convivencia actual, relacionada con una pareja	Casada Soltera Divorciada Unión libre/ de hecho	Nominal
Edad de menarca	Aparición de la primera menstruación	Primera menstruación	11 años o menos 17-18 19-20 21 o mas	Nominal
Inicio de relaciones sexuales	Edad en la que inicio coito con pareja	Inicio de coito	Menor de 15 años 16-18 años Mayor de 18 años	Nominal
Número de compañero sexual	Número de personas con quienes tiene y tuvo relaciones sexuales	Numero de compañero sexual	1- Ninguno 2- o mas	Nominal
Papanicolau previos	Examen realizado mediante un especulo vaginal, el cual consiste en recoger células del cuello de útero y vagina mediante	Papanicolau realizados	0-1 2-5 5 o mas	Numeral



	un cepillo, raspando las células del cuello de útero que posteriormente serán examinadas bajo un microscopio.			
Infecciones de transmisión sexual	Proceso en el que un microorganismo patógeno se multiplica en los tejidos y se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual.	Infección causada por contacto sexual	Sífilis Gonorrea VIH Herpes Virus del papiloma humano	Nominal
Dispareunia	Coito doloroso en mujeres, puede ser irritación vaginal postcoital, profundo dolor. Dolor antes durante o después de las relaciones sexuales.	Coito doloroso	Si No	Nominal
Dolor pélvico	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable a nivel de la pelvis (área del cuerpo por debajo del abdomen entre los huesos ilíacos de las caderas)	Percepción subjetiva desagradable a nivel pélvico	Si No	Nominal
Sangrado vaginal fuera del periodo/sangrado intermenstrual	Pequeño sangrado indoloro y de color de un rojo menos intenso, que surge a mitad del ciclo menstrual, dura alrededor de 2 días.	Sangrado fuera del periodo menstrual	Si No	Nominal
Tratamiento	Medios utilizados para la curación o alivio de una enfermedad.	Medios para tratar una enfermedad	Asas diatérmicas Traquelectomía a Histerectomía Quimioterapia Radioterapia Otro Ninguno	Nominal



Estadios	Extensión del cáncer en base al tamaño del tumor afección el cuello uterino total o parcial, diseminación a ganglios linfáticos u otras partes de cuerpo.	Extensión del tumor en el cuello del útero	Estadio: IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2	Nominal
-----------------	---	--	-------------------------------------	---------

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo



4.7 Métodos técnicas e instrumentos

Método

El estudio es de tipo descriptivo en el que se aplicara un cuestionario para la recolección de datos de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Técnica

La técnica será la revisión de las historias clínicas, de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Instrumentos

Formulario con preguntas respecto al estado personal, de salud e información precisa respecto al Cáncer de cuello uterino. Cuestionario de datos generales para mujeres mayores de edad con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. (Anexo 1)

4.8 Procedimientos

Autorización

Para la realización del proyecto investigativo se informará y se solicitará la autorización al coordinador del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Supervisión

El trabajo de investigación será supervisado por el director/a de tesis.

4.9 Plan de tabulación y análisis

Los resultados fueron analizados con el programa SPSS 22 (45). Para describir la historia obstétrica de las pacientes se empleó estadísticos descriptivos como promedios y desviaciones estándar para las ordinales, así como se generaron frecuencias y porcentajes para las variables ordinales.

4.10 Aspectos Éticos

La información obtenida se conservará en absoluta discreción, no será utilizada en situaciones desligadas al estudio investigativo, pues tiene como único fin la realización de la tesis. Esta investigación se llevará a cabo con la autorización del representante legal de la institución investigadora y la institución donde se realice la investigación. Cabe aclarar que esta investigación no representa ningún riesgo para el paciente.



5. RESULTADOS

Los resultados se presentan en cuatro apartados. El primero describe los registros de las historias clínicas de las mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Vicente Corral Moscoso entre el 2015 y 2019. El segundo aborda las variables sociodemográficas que constan en dichos registros. El tercero se ocupa de la descripción de la historia obstétrica según el número de hijos, gestas, abortos, historia de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y pruebas de Papanicolau. El último apartado presenta las características clínicas como signos y síntomas al momento del ingreso, resultados de diagnóstico, informes de tratamiento clínico y quirúrgico, así como comorbilidades.

5.1. Registro epidemiológico

La epidemiología corresponde a todos los registros de mujeres que han presentado algún tumor maligno en el cuello uterino. De ellas, algunos pacientes presentan historias clínicas con datos que se emplean en la presente investigación. Las historias clínicas que tienen datos incompletos, ilegibles o que no se registran, se agrupan como datos sin registro (Tabla 1).

Tabla 1: Registro epidemiológico de las mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Vicente Corral Moscoso

	Con registro	Sin registro	Total
2015	23	5	18
2016	19	4	15
2017	11	0	11
2018	16	3	13
2019	15	1	14
Total	84	13	71

Fuente: Base De Datos De Estadística Del HVCM “Hospital Vicente Corral Moscoso”

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: Se presenta una tabla con el número de casos registrados y sin registro del cáncer de cuello uterino, cada uno por años, llevando a la totalidad de 71 casos, los cuales participaron en el estudio, también se puede evidenciar que el número de casos disminuye cada año.



5.2. Descripción sociodemográfica

Tabla 2: Descripción de las variables sociodemográficas según la edad

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
33-45 años	18	25,4		
46-55 años	22	31,0		
56-65 años	15	21,1	55, 20	14,32
66-75 años	9	12,7		
≥76 o años	7	9,9		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única HVCM

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: La edad promedio de las mujeres que tuvieron cáncer de cuello uterino es de 55 años con 2 meses (D.E. 14 años con 4 meses). Al agrupar en intervalos de edad, se advierte que entre los 33-45 años el 25,4% de mujeres presenta la enfermedad, entre los 46-55 años existe un 31%. Entre los 56-65 años, el 21,1% tiene cáncer de cuello uterino. El porcentaje disminuye a partir de los 66 años (Tabla 2).

Tabla 3: Descripción de las variables sociodemográficas según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	13	18,3
Casada o en unión	35	49,3
Divorciada	5	7,0
Viuda	14	19,7
No hay registro	4	5,6

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: Con respecto al estado civil, el 18,3% está compuesto por mujeres solteras, el 49,3% por mujeres casadas o en unión libre, así como el 19,7% implica a un grupo de mujeres viudas, pocas mujeres se encuentran en estado civil de divorciadas (Tabla 3).

**Tabla 4: Descripción de las variables sociodemográficas según residencia**

	Frecuencia	Porcentaje
Cuenca	45	63,4
Cantones de Azuay	13	18,3
Fuera de la provincia	13	18,3

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En cuanto a la residencia de las mujeres con cáncer de cuello uterino, la mayoría (63,4%) reside en el cantón Cuenca. Un 18,3% reside en otros cantones del Azuay y el otro 18,3% fuera de la provincia del Azuay.

Tabla 5: Descripción de las variables sociodemográficas según nivel de instrucción.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	12	16,9
Primaria incompleta	18	25,4
Primaria completa	17	23,9
Secundaria	11	15,5
Superior	1	1,4
No hay registro	12	16,9

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En cuanto al nivel de instrucción, en un 25,4% es de primaria incompleta, en un 23,9% es de primaria completa. Existe un porcentaje menor de mujeres que han culminado la secundaria (15,5%), sólo el 1,4% tiene una educación superior, en el resto de casos las mujeres no han tenido ningún tipo de instrucción formal, o no guarda registro de este dato.



5.3. Descripción obstétrica

Tabla 6: Descripción de la historia obstétrica según la menarquia.

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
11-12 años	17	23,9		
13-14 años	25	35,2		
15-16 años	7	9,9	13,60	1,89
≥17 años	4	5,6		
No hay registro	18	25,4		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: La edad menarca promedio de las mujeres con cáncer de cuello uterino es de 13,60 años. Según los intervalos, el 23,9% ha iniciado su menstruación entre los 11 y 12 años, entre los 13 y 14 años, el 35,2%. Pocas mujeres han iniciado su período a los 15-16 años (9,9%) y menos aún después de los 17 años (5,6%).

Tabla 7: Descripción de la historia obstétrica según edad de inicio de relaciones sexuales.

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
11-15 años	11	15,5		
16-17 años	4	5,6		
18 o más	22	31,0	18,24	4,02
No hay registro	34	47,9		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: La edad de inicio de relaciones sexuales, en promedio es de 18,24 años (Desviación Estándar de 4,02 años). Al respecto, el 15,5% ha iniciado su vida sexual entre los 11 y los 15 años, mientras que el 31% señala haber iniciado su vida sexual después de los 18 años.

**Tabla 8: Descripción de la historia obstétrica según el número de gestas.**

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Nuligesta	1	1,4		
1-2 hijos	11	15,5		
3 a 4 hijos	14	19,7	5,46	3,03
5 a 6 hijos	16	22,5		
7 o más	23	32,4		
No hay registro	6	8,5		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: La historia obstétrica muestra que las mujeres con cáncer de cuello uterino tienen un promedio de 5,46 hijos cada una (Desviación Estándar de 3,03 hijos). Al agrupar el número de hijos por intervalos, se encontró que, el 15,5% tiene uno a dos hijos, el 19,7% tiene de 3 a 4 hijos. Un mayor porcentaje se reporta para el intervalo de 5 a 6 hijos con el 22,5% y para el rango de 7 o más hijos el 32,4%.

Tabla 9: Descripción de la historia obstétrica según el número de abortos.

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
0 abortos	41	57,7		
1 aborto	13	18,3	0,48	0,97
2 abortos	6	8,5		
No hay registro	11	15,5		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En cuanto al número de abortos, se encontró que, la mayoría de mujeres no había tenido abortos (57,7%). En un porcentaje menor (18,3%) las mujeres tienen un aborto. Solamente el 8,5% registra hasta dos abortos.

Tabla 10: Descripción de la historia obstétrica según método anticonceptivo.



	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Ninguno	39	54,9		
DIU	6	8,5		
Ligadura	4	5,6		
Oral	1	1,4	0,21	0,42
Ritmo	1	1,4		
No hay registro	20	28,2		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: Según el método anticonceptivo, la mayoría no reporta el empleo de algún método anticonceptivo (54,9%). Solamente el 8,5% señala que las mujeres emplean el DIU, un porcentaje menor (5,6%) ha empleado la ligadura. Existen dos casos en los que el método anticonceptivo mediante píldora o con el ritmo natural.

Tabla 11: Descripción de la historia obstétrica según enfermedad de transmisión sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
No	35	49,3		
VPH	4	5,6		
VIH	1	1,4	0,13	0,34
No hay registro	31	43,7		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, el 49,3% de registros no reporta la existencia de alguna ITS. Existe un 5,6% con VPH y 1,4% con VIH.

**Tabla 12: Descripción de la historia obstétrica según el número de papanicolau**

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Ninguno	12	16,9		
Un papanicolu	19	26,8	0,81	0,67
Más de un papanicolau	5	7,0		
No hay registro	35	49,3		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: La prueba de Papanicolaou solamente se reporta en la mitad de las pacientes. El 26,8% ha sido realizada por una sola ocasión en la vida de las mujeres con cáncer de cuello uterino y máximo se han realizado en 2 ocasiones (7%). Un 16,9% nunca se ha realizado una prueba PAP. En promedio, esta prueba ha sido realizada 0,81 veces (D.E. 0,67).

5.4 Identificación de características clínicas

Tabla 13: Dispareunia de las mujeres con cáncer de cuello uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Si	5	7,0		
No	4	5,6	0,55	0,53
No hay registro	62	87,3		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En los registros analizados, la dispareunia constituye el dato más ausente de las historias clínicas. La dispareunia se presenta únicamente en un 7% como síntoma, mientras que, un 5,6% señala que no ha existido tal manifestación clínica. En promedio la dispareunia registrada está presente 0,55 veces en cada paciente.

Tabla 14: Dolor pélvico de las mujeres con cáncer de cuello uterino.



	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Sí	49	69,0		
No	2	2,8	0,96	0,20
No hay registro	20	28,2		

Fuente: Revisión de Historia Clínica Única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: La mayoría de mujeres (69%) registra dolor pélvico. En efecto, este síntoma está presente 0,96 veces en cada paciente confirmada con cáncer de cuello uterino, según los datos registrados. Sin embargo, es importante notar que existe un importante porcentaje de pacientes sin este registro en sus historias clínicas (28,2%).

Tabla 15: Sangrado transvaginal de las mujeres con cáncer de cuello uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Si	50	70,4		
No	8	11,3	0,86	0,35
No hay registro	13	18,3		

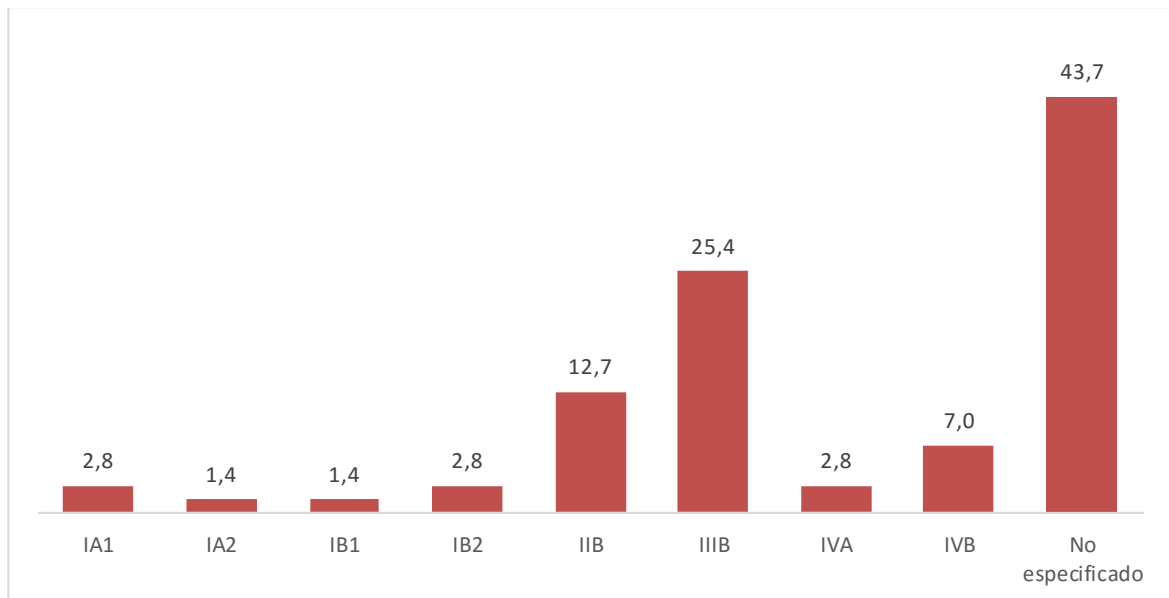
Fuente: Revisión de la Historia clínica

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Nota: La media está calculada entre la presencia que se valora con 1 y la ausencia que se valora con 0, no aplica a los datos que no tienen registro.

Análisis: El sangrado intermenstrual o transvaginal es un síntoma que se advierte en el 70,4% de las mujeres que han confirmado el cáncer. El 8% no presente este síntoma. Un 18,3% de historias clínicas no registran este dato.

Figura 1. Resultados de diagnóstico del estadio de avance del cáncer de cuello uterino en el Hospital Vicente Corral Moscoso



Fuente: Revisión de la historia clínica única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En la Figura 1 se reporta el nivel en el que se encuentran las mujeres que presentaron cáncer de cuello uterino. El 8% de pacientes se encuentra en la Etapa I (suma de los estadios IA1, IA2, IB1 y IB2) que implica que las células cancerosas han crecido desde la superficie sin propagarse a sitios distantes, dependiendo del subtipo (A o B) el área invadida es de 3mm a 5mm, lo que implica que el cáncer es visible.

En un 12,7% el tumor ha alcanzado su etapa de II, específicamente en el subtipo IIB, que implica que el cáncer no se ha propagado a los tejidos cercanos al cuello uterino pero que podría haber llegado a los ganglios linfáticos, lo que indica la propagación invasiva a los tejidos adyacentes al cuello uterino (parametrio), en algunos casos el cáncer se ha desarrollado hasta la parte inferior de la vagina. Mientras que, el 25,4% muestra el cáncer en el estadio III, específicamente el subtipo IIIB, ello implica la invasión a la pelvis lo que causa problemas con uno o ambos uréteres, así como como hidronefrosis.

Por último, un 9,9% de pacientes presenta el cáncer en dos subgrupos. El primero es IVA con el 2,8% y el segundo es IVB con el 7%. El avance del cáncer implica que, en el primer caso el cáncer está creciendo fuera de la pelvis y en el segundo que el cáncer se ha propagado a otros órganos distantes de la pelvis como pueden ser los ganglios linfáticos distales, los pulmones o los huesos.



Sin embargo, es importante señalar que, el 43,7% de los pacientes con historia clínica de cáncer de cuello uterino no registran el estadio de avance que tiene su enfermedad, sino únicamente señalan la existencia de tumor maligno no específico.

Tabla 16: Tratamiento clínico de las mujeres con cáncer de cuello uterino.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	2,8
Oncología	21	29,6
Clínico	8	11,3
Paliativo	6	8,5
Otro	22	31,0
No hay registro	12	16,9

Fuente: Revisión de historia clínica única

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: Con respecto al tratamiento, el 29,6% ha recibido tratamiento oncológico, un 11,3% han recibido tratamientos clínicos como legrado uterino, miomectomía, conización leep, ooforectomía o sodio cloruro. En un 8,5% ha recibido k del cáncer. Es importante señalar que, el 31% de historias clínicas registra otro tipo de tratamiento no clínico (quirúrgico).

Tabla 17: Variables de tratamiento quirúrgico de las mujeres con cáncer de cuello uterino

	Frecuencia	Porcentaje
Histerectomía	22	31,0
Ninguno	2	2,8
Otro	37	52,1
No hay registro	10	14,1

Fuente: Revisión de historias clínicas

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En lo que respecta al tratamiento quirúrgico, se advirtió que, el 31% de pacientes fue sometido a la histerectomía y 52,1% recibió otro tratamiento (clínico).

**Tabla 18: Comorbilidad de las mujeres con cáncer de cuello uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje
Otras	32	45,1
Anemia	28	39,4
DM II	6	8,5
Infección Vías Urinarias	6	8,5
HTA	15	21,1
Enfermedad renal	10	14,1

Fuente: Revisión de historias clínicas

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: En lo que respecta a enfermedades que se presentan como comorbilidad se encontró que el 39,4% presentó anemia en diversos grados. Le sigue a este porcentaje el 21,1% que tiene Hipertensión Arterial (HTA). El 14,1% presenta enfermedad renal. Tanto la Diabetes Mellitus II como la infección a las vías urinarias tienen 8,5%, respectivamente. Las demás mujeres presentaron otras comorbilidades como epilepsia, depresión, trombosis, osteoporosis, párkinson o hematomas.

Tabla 19: Infecciones de transmisión sexual de las mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Vicente Corral Moscoso

	Frecuencia	Porcentaje
No	35	49,3
VPH	4	5,6
VIH	1	1,4
No hay registro	31	43,7

Fuente: Revisión de historias clínicas

Realizado Por: Joselyn Cruz & Katherine Fajardo

Análisis: Para concluir, es importante notar que, las casillas pertenecientes a ITS, el 43,7% están vacías. De las que están llenas, se registra que el 49,3% no presentan este tipo de infección, mientras que, el 5,6% tiene VPH y el 1,4% VIH.



5.5. Discusión

De acuerdo a las características sociodemográficas se encontró una situación algo diferente a estudios realizados en Perú, según los cuales la edad promedio de personas con cáncer de cuello uterino es de 35 años (46) mientras que, en el contexto del Hospital Regional es de 55,2 años. Estudios realizados en Canadá, Chile, México y Estados Unidos mostraban justamente que el nivel más avanzado de cáncer de cuello uterino se encontraba en los grupos etarios mayores en los que se reporta mayor morbilidad después en la tercera edad (47). Otros estudios señalan que los grupos con edades mayores a los 50 años que presentan complicaciones en su recuperación (48). No en vano, se ha recomendado aumentar la cobertura de CCU a mujeres que tienen más de 40 años de edad (3). Además, el nivel escolaridad de estas personas influye en la educación sexual (35), en el presente caso, la mayoría de mujeres no ha culminado la educación primaria lo que afecta en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Con respecto a los factores obstétricos se encontró que el inicio de las relaciones sexuales de las mujeres estaba a partir de los 11 años, aunque el promedio es de 18 años. Según un estudio especializado, el haber iniciado antes de los 21 años es un factor de riesgo dos veces más probable de contraer CCU que hacerlo a partir de esta edad (49). Un factor de protección para el CCU es ser nulíparas (12), sin embargo, en este caso, únicamente una persona con CCU tiene esta condición; en promedio las mujeres tienen seis hijos, un factor de riesgo considerable es tener más de cuatro hijos. (6).

La manifestación más notoria que está presente en las mujeres con CCU es el dolor pélvico y el sangrado intermenstrual, en efecto estudios al respecto, señalan que estos son síntomas por los que las mujeres acuden a consulta (4). Un estudio sugiere que el sangrado intermenstrual se manifiesta en el 85% de los casos que presentan CCU (29), en el presente caso, constituye un 70%.

En lo que corresponde al tratamiento, el grupo mayoritario de mujeres ha sido atendido con un procedimiento altamente invasivo como es el oncológico. Para que ello ocurra, se señala que la citología debió haber alcanzado por lo menos cinco años (9,20). Otro tratamiento implementado es el quirúrgico, el cual se considera oportuno evaluar la edad de las pacientes, edad mayor a los 30 años (38). Debido al sangrado regular, el CCU puede producir anemia y enfermedad renal, lo cual ha sido demostrado por dos estudios (50). De hecho, el análisis de supervivencia señala que la anemia con tamaño tumoral ≥ 4 cm constituye un factor dos



veces más probable por el que las pacientes fallecen (51). Todos los estudios coinciden que la supervivencia depende del estadio en el que ha sido detectada la enfermedad (13). En el presente estudio, algunos casos han alcanzado el estadio IV, el cual es irreversible.

Por otro lado, es menester considerar los espacios formales y académicos para adquirir, entre otras cosas, educación sexual, que, al haber estado negados para los adultos mayores, estos han reemplazados mitos contrarios a su propia salud (53). Esta situación repercute en el cuidado de su salud sexual (54) lo que impide que se realicen chequeos médicos. “Solo una educación sexual desde la temprana infancia permitirá que las futuras generaciones de ancianos accedan a una realidad sexual más justa” (55).

Limitación

Las historias clínicas en su mayoría están incompletas, con datos faltantes y algunas ni siquiera con registro. A pesar de esto, con la información disponible se ha construido una base de datos.



6. CONCLUSIONES

La población que presentó cáncer de cuello uterino en el periodo 2015-2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso es una población adulta que reside principalmente en el cantón Cuenca, con un nivel de escolaridad bajo, que se encuentra casada o en unión libre.

La historia obstétrica de las pacientes muestra que existe un número de seis hijos en promedio con un mínimo de 0 a un máximo de 12 hijos. Solamente se registra una nulípara con CCU. Respecto a la historia de anticonceptivos, la mayoría no ha empleado ningún método y, en el mejor de los casos, ha empleado el DIU. La mitad de registros señalan que las pacientes no han tenido ninguna ITS, el VPH está presente, sin embargo, en un 5,6% de los casos. En cuanto a las pruebas de Papanicolau, se encontró que la mitad de historias clínicas no tiene este registro; de las que hay, el 26,8% señala que se ha realizado algún papanucolau en la vida.

Las características clínicas relacionadas principalmente son dos, el sangrado y el dolor pélvico de las pacientes a las que se confirmó CCU. Una vez obtenidos los resultados de diagnóstico se encontró que, el 44% tienen un tumor maligno no especificado, el 8,5% estadio I, el 12,7% estadio II, el 25,4% estadio III y el 9,9% estadio IV. En lo que respecta a los informes de tratamiento clínico y quirúrgico, se advirtió que, en oncología se ha tratado al 29,6% y mediante histerectomía al 31%. La comorbilidad más prevalente es la Anemia que ocupa el 39,4% de los casos de CCU.



7. RECOMENDACIONES

Se recomienda llenar las historias clínicas pues existe una ausencia de información en la mayoría de ellas, para que en los próximos estudios de este tema se pueda obtener una información más completa.

Es importante realizar estudios sobre los niveles de educación sexual lo cual podría estar generando tabúes que impiden realizarse el Papanicolaou y de esta manera repercutir en una detección oportuna del CCU, sería bueno que se inicien campañas de concientización, especialmente a la población más vulnerable, pues son ellas son las más afectadas por el desconocimiento del tema.

Realizar más campañas no solo orientadas a las niñas y adolescentes en edad escolar, sino que abarquen a toda la población femenina, y estas deberían estén bien orientadas acorde a los grupos etarios a los cuales se va a capacitar.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Small W, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, et al. Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer* [Internet]. 2017 [citado 17 de enero de 2020];123(13):2404-12. Disponible en: <https://acsjournals.online.library.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.30667>
2. Fajardo-Peña MT, García-Rueda A, Caballero-Badillo MC, Vargas-Hernández DC, Camargo-Figuera FA. Prevalencia y factores asociados al resultado anormal de la citología vaginal en estudiantes universitarias en Bucaramanga, Colombia. *Rev Costarric Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 21 de noviembre de 2019];22(2):127-33. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-14292013000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Pino M, Albán M. Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador, 2006 - ScienceDirect. *Rev Esp Patol* [Internet]. 2008 [citado 21 de noviembre de 2019];41(1):41-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169988550870093X>
4. Castelo-Fernández B, Redondo-Sánchez A, Bernal-Hertfelder E, Ostios-García L. Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. *Med Programa Form Médica Contin Acreditado* [Internet]. 2017 [citado 21 de noviembre de 2019];12(34):2036-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6031269>
5. Solís MT, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: Un estudio de casos y controles. *Rev Médica Chile* [Internet]. febrero de 2010 [citado 21 de noviembre de 2019];138(2):174-80. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Romero Ledezma KP, Rojas Guardia J. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Rev Científica Cienc Médica* [Internet]. 2012 [citado 21 de noviembre de 2019];15(1):18-21. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-74332012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Ochoa Carrillo FJ, Guarneros de Regil DB, Velasco Jiménez MT. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 21 de noviembre de 2019];14(3):157-63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-infeccion-por-virus-del-papiloma-S1665920115000607>
8. Mateos-Lindemann ML, Pérez-Castro S, Rodríguez-Iglesias M, Pérez-Gracia MT. Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 21 de noviembre de 2019];35(9):593-602. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infeccion-por-virus-S0213005X16301173>

9. Rakotomahenina H, Bonneau C, Ramanah R, Rouzier R, Brun J-L, Riethmuller D. Epidemiología, prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 21 de noviembre de 2019];52(3):1-13. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X16791922>
10. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Tovar-Rodríguez JM. Detección primaria del cáncer cervicouterino. Cir [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 21 de noviembre de 2019];83(5):448-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115001218>
11. Palaoro LA, Rocher AE, Torres R de. Respuesta inflamatoria genital en la detección de alteraciones por virus del papiloma humano. Acta Bioquímica Clínica Latinoam [Internet]. 2013 [citado 21 de noviembre de 2019];47(3):551-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53529349009>
12. Sáez A, Gallego I, García-Andrade C, Carrizo R, Romero R, Cortés J, et al. Análisis inicial de eficiencia en la aplicación clínica de las nuevas recomendaciones para la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 21 de noviembre de 2019];56(3):140-3. Disponible en: <https://medes.com/publication/79780>
13. Villalobos C. M, Wendling C. C, Sierra H. C, Valencia C. O, Cárcamo I. M, Gayán P. P. Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, 2009-2013. Gac Mex Oncol [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 21 de noviembre de 2019];15(5):263-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166592011630075X>
14. Spencer JV. Cervical Cancer. Infobase Publishing; 2009. 129 p.
15. ANP-BC HAC MS, MEd, FAANP RMS DNP, FNP-BC, NCMP. Advanced Health Assessment of Women, Fourth Edition: Clinical Skills and Procedures. Springer Publishing Company; 2018. 671 p.
16. Urdaneta-Machado JR, Uhia González AM, Cepeda de Villalobos M, Guerra Velásquez M, Baabel-Zambrano N, Contreras-Benítez A de J. Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello uterino. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 1 de octubre de 2011 [citado 21 de noviembre de 2019];54(10):511-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-conizacion-con-asas-diatermias-lesiones-S030450131100313X>
17. Mathevet P, Chambon A. Técnicas quirúrgicas del tratamiento del cáncer del cuello uterino por vía laparoscópica-vaginal. EM-Consulte [Internet]. 2015 [citado 21 de noviembre de 2019];15(1):1-10. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/es/article/976692/tecnicas-quirurgicas-del-tratamiento-del-cancer-de>
18. Ben S, Greif D, Nozar MF, Calderón J, Fernández MX, Ben S, et al. Tratamiento radical mínimamente invasivo en cáncer de cuello uterino invasor: experiencia de la Clínica Ginecotológica "A". Rev Médica Urug [Internet]. junio de 2018 [citado 21 de noviembre de 2019];34(2):29-47. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902018000200029&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Uzan C, Vincens E, Mazon R, Balleyguier C, Haie-Meder C, Morice P. Tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadio precoz. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 1 de enero de 2010 [citado 21 de noviembre de 2019];46(3):1-14. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X10707657>
20. Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, de Sanjosé S. Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. Aten Primaria [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 21 de noviembre de 2019];50(3):151-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302694>
21. Dunleavey R. Cervical Cancer: A Guide for Nurses. John Wiley & Sons; 2008. 250 p.
22. OPS/OMS | Cáncer Cervicouterino [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
23. Goetsch AL, Kimelman D, Woodruff TK. Cervical Cancer. En: Goetsch AL, Kimelman D, Woodruff TK, editores. Fertility Preservation and Restoration for Patients with Complex Medical Conditions [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 17 de enero de 2020]. p. 319-27. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-52316-3_19
24. Barchuk A, Bepalov A, Huhtala H, Chimed T, Laricheva I, Belyaev A, et al. Breast and cervical cancer incidence and mortality trends in Russia 1980–2013. Cancer Epidemiol [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 17 de enero de 2020]; 55:73-80. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187778211830208X>
25. Integrated genomic and molecular characterization of cervical cancer. Nature [Internet]. marzo de 2017 [citado 17 de enero de 2020];543(7645):378-84. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nature21386>
26. French DP, Cameron E, Benton JS, Deaton C, Harvie M. Can Communicating Personalised Disease Risk Promote Healthy Behaviour Change? A Systematic Review of Systematic Reviews. Ann Behav Med Publ Soc Behav Med. octubre de 2017;51(5):718-29.
27. Ryan M, Marlow L, Waller J. Socio-demographic correlates of cervical cancer risk factor knowledge among screening non-participants in Great Britain. Prev Med [Internet]. 1 de agosto de 2019 [citado 17 de enero de 2020]; 125:1-4. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743519301653>
28. Wu S, Powers S, Zhu W, Hannun YA. Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development. Nature [Internet]. enero de 2016 [citado 17 de enero de 2020];529(7584):43-7. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nature16166>
29. Mwaka AD, Orach CG, Were EM, Lyratzopoulos G, Wabinga H, Roland M. Awareness of cervical cancer risk factors and symptoms: cross-sectional community survey in post-conflict northern Uganda. Health Expect [Internet]. 2016 [citado 17 de enero de 2020];19(4):854-67. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hex.12382>

30. Milner DA. Diagnostic Pathology: Infectious Diseases E-Book. Elsevier Health Sciences; 2015. 435 p.
31. García S, Domínguez-Gil M, Gayete J, Blanco M, Eiros J, De Frutos M, et al. Detección del VPH en mujeres con y sin alteraciones citológicas del cérvix en Castilla y León: estudio poblacional. *Ginecol Obstet Méx* [Internet]. 2017 [citado 21 de noviembre de 2019];85(4):217-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400002
32. Bohbot J-M, Marchal A. Infecciones de transmisión sexual. *EMC - Ginecol-Obstet* [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 21 de noviembre de 2019];54(2):1-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X18893225>
33. Tewari K, Monk B. (3) Invasive Cervical Cancer | Request PDF. *ResearchGate* [Internet]. 2012 [citado 17 de enero de 2020];51-119. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/285194942_Invasive_Cervical_Cancer
34. López L, Jerónimo J, Quispe R, Takahashi. Papanicolaou durante la menstruación: evaluación de muestras en cuatro hospitales de Lima. *An Fac Med* [Internet]. abril de 2011 [citado 21 de noviembre de 2019];72(2):125-30. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. abril de 2015 [citado 21 de noviembre de 2019];80(2):101-10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Benedetti Padrón I, Arroyo Salgado B, Barrios García L, Borre Arrieta O. Infección por el virus de papiloma humano en hombres parejas de mujeres con lesión intraepitelial escamosa del cérvix. *Urol Colomb* [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 21 de noviembre de 2019];24(3):143-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-uurologia-colombiana-398-articulo-infeccion-por-el-virus-papiloma-S0120789X15000921>
37. Tejuca S, Morales C, Lamelas ML, Alvarez I, Campomanes R, Ribas A. Es posible aplicar protocolos de cribado de cáncer de cérvix en la práctica diaria. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 21 de noviembre de 2019];55(10):492-4. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501312001690>
38. De Juanes J, Arrazola P, García A, Gil R, San-Martín M, Gil A, et al. Hospitalizaciones por cáncer de cuello de útero en la Comunidad de Madrid, 1999-2002 | *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 [citado 21 de noviembre de 2019];53(8):297-302. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-hospitalizaciones-por-cancer-cuello-utero-S0304501310002207>
39. Marlow LAV, Chorley AJ, Haddrell J, Ferrer R, Waller J. Understanding the heterogeneity of cervical cancer screening non-participants: Data from a national sample

of British women. *Eur J Cancer* [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 17 de enero de 2020]; 80:30-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095980491730919X>

40. de Sanjosé S, Ibáñez R, Rodríguez-Salés V, Peris M, Roura E, Diaz M, et al. El cribado del cáncer de cuello de útero en el Sistema Público de Salud de Cataluña. Evaluación y seguimiento durante el período 2006-2012. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 21 de noviembre de 2019];58(5):209-20. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-el-cribado-del-cancer-cuello-S0304501314002842>
41. López-Castillo CA, Calderón MA, S MMG de. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 10 de enero de 2013 [citado 21 de noviembre de 2019];19(1). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8059>
42. Han K, Milosevic M, Fyles A, Pintilie M, Viswanathan AN. Trends in the utilization of brachytherapy in cervical cancer in the United States. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1 de septiembre de 2013;87(1):111-9.
43. Supo J. Seminarios de Investigacion Cientifica: Metodologia de La Investigacion Para Las Ciencias de La Salud: Dr Jose Supo: 9781477449042 [Internet]. Arequipa: Bioestadístico; 2012 [citado 16 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.bookdepository.com/Seminarios-de-Investigacion-Cientifica-Metodologia-de-La-Investigacion-Para-Las-Ciencias-de-La-Salud-Dr-Jose-Supo/9781477449042>
44. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. Sexta. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014 [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20Edic%20n%20ta%20de%20Edic%20n%20ta.pdf
45. Nel Q. Estadística con SPSS 22. Editorial Macro; 2014. 336 p.
46. Ybaseta-Medina J, Paccori-Rodrigo F, Vilca-Yange A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. *Rev Médica Panacea* [Internet]. 2014 [citado 20 de noviembre de 2019];4(3). Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/174>
47. Robles S, White F, Peruga A. Tendencias de la mortalidad por cáncer del cuello de útero en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* [Internet]. 1996;121(6):478-90. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15416/v121n6p478.pdf?sequence=1>
48. Cardona A, Garzón J, Abenoza L, Cortes J, Ramos P. Mortalidad y complicaciones asociadas a nefrostomías percutáneas en pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino. *Rev Colon Cancerol* [Internet]. 2005;9(3):73-81. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Cortes6/publication/6541391_Mortality_and_Complications_Associated_with_Percutaneous_Nephrostomy_in_Patients_with_Ureteral_Obstruction_Related_to_Advanced_Cervical_Cancer/links/56e9431708ae693eaf278e

b0/Mortality-and-Complications-Associated-with-Percutaneous-Nephrostomy-in-Patients-with-Ureteral-Obstruction-Related-to-Advanced-Cervical-Cancer.pdf

49. Beavis A, Gravitt P, Rositch A. Hysterectomy-corrected cervical cancer mortality rates reveal a larger racial disparity in the United States. 2017 [citado 16 de marzo de 2020];123(6):1044-50. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis/abstract/13>
50. Palo GD. Patología y tratamiento del tracto genital inferior, 2a ed. ©2007. Segunda. Elsevier España; 2007. 337 p.
51. Ruiz R, Serrano M, Ruiz EF, Mantilla R, Valdivieso N, Olivera M, et al. Características clínico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. junio de 2017 [citado 16 de marzo de 2020]; 34:218-27. Disponible en: <https://www.scielo.org/articulo/rpmesp/2017.v34n2/218-227/>
52. Sepúlveda V P, González C F, Napolitano R C, Roncone D E, Cavada C G. CÁNCER DE CUELLO UTERINO: SOBREVIDA A 3 y 5 AÑOS EN HOSPITAL SAN JOSÉ. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 20 de noviembre de 2019];73(3):151-4. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262008000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. González R, Núñez L, Hernández O, Betancourt M. Sexualidad en el adulto mayor: Mitos y realidades. Rev Arch Méd Camagüe [Internet]. 2005 [citado 21 de noviembre de 2019];9(4):67-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552005000400007&script=sci_arttext&tlng=en
54. Quevedo León L. Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. 1 de diciembre de 2013 [citado 21 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/151>
55. Pérez-Martínez V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. marzo de 2008 [citado 21 de noviembre de 2019];24(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252008000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
56. Arraga Barrios M, Montiel N. Salud, cine y educación sexual para adultos mayores. Omnia Maracaibo [Internet]. 2013 [citado 21 de noviembre de 2019];19(3):86-97. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/omnia-maracaibo/articulo/salud-cine-y-educacion-sexual-para-adultos-mayores>

9. ANEXOS Anexo 1: Formulario



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMULARIO

“Características clínico epidemiológicas del cáncer de cuello de útero en mujeres mayores de edad en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2015-2019”

Edad: _____ años Residencia: _____ Procedencia: _____

Marque con una “X”

1. Cuál es su nivel de instrucción:

Primaria	
Secundaria	
Bachillerato	
Pregrado	
Posgrado	

2. Estado civil:

Casada	
Soltera	
Divorciada	
Unión libre/ de hecho	
Viuda	

3. Edad de la menarca:(___)

11 años o menos	
12-18	
19-20	
21 o mas	

4. Inicio de las relaciones sexuales:

Edad: (__)

Menor de 15 años	
16-18 años	
Mayor de 18 años	

5. Número de hijos: _____

6. Numero de gestas: _____

7. Abortos: _____

8. Papanicolaou previo al diagnóstico:

0-1 al año	
2-4 al año	
5 o mas	

9. Tipo de anticoncepción:

Condón	
Anticoncepción oral	
Inyección anticonceptiva	
Implante	
DUI	
Natural (ritmo)	
Ligadura de trompas de Falopio	
Otro	
Ninguno	

10. Numero de compañeros sexuales:

1-Ninguno	
2 o mas	

11. Infecciones de trasmisión sexual:

Sífilis	
Gonorrea	
VIH	
Herpes	
Virus del papiloma humano	
Ninguna	

12. Dispareunia

Si	
No	

13. Dolor pélvico

Si	
No	

14. Sangrado vaginal fuera del periodo menstrual

Si	
No	

15. Tratamiento:

Asas diatérmicas	
Traquelectomía	
Histerectomía	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Otro, cual	
Ninguno	

16. Estadios:

IA	
IA1	
IA2	
IB	
IB1	
IB2	
IIB	
IIIB	
No especificado	

17. Comorbilidades:

Observaciones:



UNIVERSIDAD DE CUENCA