



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la
consulta externa del Hospital General Universitario de
Guayaquil.**

AUTORA

Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs

Guayaquil, Ecuador

02 de septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Alvarado Vargas, Jennifer Andrea**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTOR

f. _____

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilla. Mgs

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alvarado Vargas, Jennifer Andrea**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. 
Alvarado Vargas, Jennifer Andrea



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

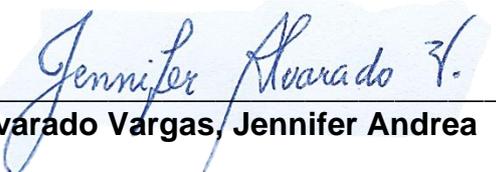
AUTORIZACIÓN

Yo, **Alvarado Vargas, Jennifer Andrea**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. 
Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

REPORTE DE COMPILATIO



Prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.



Nombre del documento: CANCER DE UTERO-ALVARADO.docx
 ID del documento: 5635a3c6aa2819c07dedd3f7751c474ec35fef6
 Tamaño del documento original: 311,59 kB
 Autores: []

Depositante: Jennifer Andrea Alvarado Vargas
 Fecha de depósito: 1/9/2024
 Tipo de carga: interface
 fecha de fin de análisis: 1/9/2024

Número de palabras: 7578
 Número de caracteres: 47.928

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ug.edu.ec 3 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (194 palabras)
2	es.virginiacancer.com Estadificación del cáncer de cuello uterino - Virginia Oncol... https://es.virginiacancer.com/cervical-cancer/staging/#~:text=Las células cancerosas sólo se encue...	3%		Palabras idénticas: 3% (234 palabras)
3	www.mendeley.com Cáncer de cérvix: generalidades - preview & related info ... 2 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (178 palabras)
4	Documento de otro usuario #315ca8 El documento proviene de otro grupo 1 fuente similar	2%		Palabras idénticas: 2% (127 palabras)
5	www.aragon.es 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (52 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	zonahospitalaria.com La citología, ¿cada cuánto tiempo? - Zona Hospitalaria https://zonahospitalaria.com/la-citologia-cada-cuanto-tiempo/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
2	scielo.org.bo http://scielo.org.bo/pdf/rmc/v23n2/v23n2_a09.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
3	ALBERCA-ORDOÑEZ OPONENCIA (1).docx Situaciones de violencia en la ... #90236 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/21093/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-826.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
5	Documento de otro usuario #6ed39a El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a la escuela de Enfermería “San Vicente de Paúl” de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Mi agradecimiento sincero al tutor de mi tesis Dr. Luis Oviedo Pilataxi Mgs. Gracias a cada docente quienes con su apoyo y enseñanzas constituyen las bases de mi vida profesional.

DEDICATORIA

El éxito de mi carrera es una satisfacción, todo esto no hubiese sido posible sin la ayuda de las personas más importantes de mi vida y a quienes le dedico este triunfo, hoy cuando alcanzo una de mis metas más anheladas, no puedo dejar de compartir este sentimiento con todos los seres tan especiales que confiaron en mí, brindándome su ayuda, amor, apoyo y amistad, lo cual ha sido de gran valor e importancia para que hoy vea este sueño realizado; sin ellos creo que no lo hubiese logrado, hoy quiero dedicar:

En primer lugar, a Dios por su divina misericordia y por iluminarme en todo lo largo de mi carrera, por derramar sus dones y ser guía en todo momento por ayudarme a no perder la fe y seguir luchando.

"Todo lo puedo en Cristo que me fortalece"

A mis queridos padres; Teobaldo Alvarado y Maritza Vargas de Alvarado que con su amor, esfuerzo y sacrificio me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño convertido en realidad. "Los amo padres".

A mi hijo Eli Andrés eres mi orgullo y mi gran motivación, libras mi mente de todas las adversidades que se presentan, y me impulsas a cada día a superarme en la carrera de ofrecerte siempre lo mejor. No es fácil eso lo sé, pero tal vez sino te tuviera, no habría logrado tantas grandes cosas, tal vez mi vida sería un desastre sin ti. "Te amo hijo".

A mis queridos Hermanos: Teobaldo y Linda Alvarado Vargas porque siempre he contado con Ustedes para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido ¡Gracias! "Los Quiero"

A mis tías, Mercy y Pilar Vargas Fariño, gracias por su apoyo incondicional para que esto sea posible.

GRACIAS INFINITAS A TODOS.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA.MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ, MGS
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

DRA. AMARILIS RITA, PÉREZ LICEA, MGS
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Preguntas de investigación.....	4
1.2. Justificación.....	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II.....	7
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Marco conceptual	9
2.3. Marco legal.....	22
CAPÍTULO III.....	24
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.1. Tipo de estudio.....	24
3.2. Población y muestra	24

3.2.1. Criterios de inclusión.....	24
3.2.2. Criterios de exclusión.....	24
3.3. Procedimiento para la recolección de la información	24
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	24
3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	25
3.6. Variables generales y operacionalización	25
3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de cáncer de útero en multíparas por año y meses...	27
Figura 2. Edad de inicio de la actividad sexual.....	28
Figura 3. Antecedentes de cáncer de útero.....	29
Figura 4. Historial de infección por VPH.....	30
Figura 5. Número de parejas sexuales.....	31
Figura 6. Uso de anticonceptivos.....	32
Figura 7. Embarazos y partos.....	33
Figura 8. Historial de displasia cervical.....	34
Figura 9. Vacunación contra el VPH.....	35
Figura 10. Manifestaciones clínicas.....	36
Figura 11. Estratificaciones.....	37
Figura 12. Complicaciones.....	38

RESUMEN

El cáncer de útero, denominado también cáncer de cuello uterino o cervical representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial.

Objetivo: Determinar la prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

Metodología: El tipo de estudio tuvo un enfoque descriptivo, método cuantitativo, retrospectivo de corte transversal. **Población y muestra:** 102 mujeres multíparas. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Guía de observación. **Resultados:** De acuerdo a los antecedentes gineco obstétricos el 38,2% inició su vida sexual después de los 20 años. El 42,2% tiene antecedentes de cáncer de útero y el 54,9% ha contraído infecciones por el virus del papiloma humano (VPH). Además, el 52,9% ha tenido una sola pareja y el 52,0% no utiliza métodos anticonceptivos. En cuanto a la maternidad, el 42,2% ha tenido entre 2 y 3 partos. El 37,3% presenta antecedentes de displasia cervical y el 38,2% no ha recibido la vacuna contra el VPH. Respecto al diagnóstico de cáncer cervical, el 23,5% se encuentra en estadio II y el 21,6% en estadio III. Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen sangrado vaginal irregular (63,7%), dolor pélvico (73,5%), y secreciones vaginales anormales (96,1%). Entre las complicaciones se reporta anemia en el 55,9%, metástasis en el 28,4%, y obstrucción uretral en el 19,6%. **Conclusión:** Durante el período 2022 al 2023 hubo un ingreso de 1450 mujeres multíparas de las cuales 102 presentaron diagnóstico de cáncer de cuello de útero mostrando una prevalencia del 7.03%.

Palabras clave: Prevalencia, Cáncer, Cáncer de Útero, Multíparas

ABSTRACT

Uterine cancer, also known as cervical cancer, represents a significant challenge to public health worldwide. **Objective:** Determine the prevalence of uterine cancer in multiples who attend the outpatient clinic of the General University Hospital of Guayaquil. **Methodology:** The type of study had a descriptive approach, quantitative method, retrospective cross-sectional. **Population and sample:** 102 multiparous women. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Observation guide. **Results:** According to the gynecological-obstetric history, 38.2% began their sexual life after the age of 20. 42.2% have a history of uterine cancer and 54.9% have contracted human papillomavirus (HPV) infections. Furthermore, 52.9% have had only one partner and 52.0% do not use contraceptive methods. Regarding motherhood, 42.2% have had between 2 and 3 births. 37.3% have a history of cervical dysplasia and 38.2% have not received the HPV vaccine. Regarding the diagnosis of cervical cancer, 23.5% are in stage II and 21.6% in stage III. The most common clinical manifestations include irregular vaginal bleeding (63.7%), pelvic pain (73.5%), and abnormal vaginal discharge (96.1%). Among the complications, anemia was reported in 55.9%, metastasis in 28.4% and urethral obstruction in 19.6%. **Conclusion:** During the period 2022 to 2023, there was an admission of 1,450 multiparous women, of which 102 were diagnosed with cervical cancer, showing a prevalence of 7.03%.

Keywords: Prevalence, Cancer, Uterine Cancer, Multiparas

INTRODUCCIÓN

El cáncer de útero, denominado también cáncer de cuello uterino o cervical representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Esta afección se convierte en una preocupación de alta relevancia(1). Cada año, más de medio millón de mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y la enfermedad provoca más de 300.000 muertes en todo el mundo(2). En España mueren al año alrededor de 848 mujeres por cáncer de cérvix, éste dato lo sitúa como la decimoquinta causa de muerte por tumores en la mujer de cualquier edad, pero la tercera en mujeres entre 15 y 44 años.

El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix(3) Aproximadamente un tercio de los tumores cancerosos están relacionados con la inflamación inducida por un microorganismo, en este caso el cáncer de cérvix guarda una estrecha relación con el virus del papiloma humano, en especial con los tipos 16 y 18 involucrados en el 99% de este tipo de cáncer(4).

Es importante destacar que la sintomatología del cáncer de cérvix generalmente se presenta en estadios tardíos de la enfermedad, por lo que la prevención con los métodos de tamizaje es esencial para diagnosticar tanto lesiones premalignas como las lesiones cancerosas(5). La importancia de esta problemática radica en el impacto que tiene en la salud y bienestar de las mujeres multíparas, así como en la carga económica y emocional que implica para los sistemas de salud. El propósito del presente estudio pretende determinar la prevalencia del cáncer de útero en mujeres multíparas que asisten a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil. De manera que permita identificar posibles patrones y factores de riesgo asociados. A través de este estudio, se pretende proporcionar una base de datos sólida y evidencia científica que permita informar y mejorar las prácticas clínicas.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de útero, denominado también cáncer de cuello uterino o cervical representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Esta afección se convierte en una preocupación de alta relevancia(1). Estudios han sugerido que las mujeres con múltiples embarazos pueden tener un riesgo aumentado de desarrollar esta enfermedad, lo que destaca la necesidad de un enfoque integral y especializado para este grupo demográfico(6).

Cada año, más de medio millón de mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y la enfermedad provoca más de 300.000 muertes en todo el mundo. Los subtipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH) son la causa de la enfermedad en la mayoría de los casos(2). En España mueren al año alrededor de 848 mujeres por cáncer de cérvix, éste dato lo sitúa como la decimoquinta causa de muerte por tumores en la mujer de cualquier edad, pero la tercera en mujeres entre 15 y 44 años. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix(3)

Aproximadamente un tercio de los tumores cancerosos están relacionados con la inflamación inducida por un microorganismo, en este caso el cáncer de cérvix guarda una estrecha relación con el virus del papiloma humano, en especial con los tipos 16 y 18 involucrados en el 99% de este tipo de cáncer(4). Es importante destacar que la sintomatología del cáncer de cérvix generalmente se presenta en estadios tardíos de la enfermedad, por lo que la prevención con los métodos de tamizaje es esencial para diagnosticar tanto lesiones premalignas como las lesiones cancerosas(5).

La importancia de esta problemática radica en el impacto que tiene en la salud y bienestar de las mujeres multíparas, así como en la carga económica y emocional que implica para los sistemas de salud. Abordar este tema de manera sistemática es crucial para brindar un cuidado óptimo y personalizado a esta población. El propósito del presente estudio pretende determinar la prevalencia del cáncer de útero en mujeres multíparas que asisten a la

consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil. De manera que permita identificar posibles patrones y factores de riesgo asociados. A través de este estudio, se pretende proporcionar una base de datos sólida y evidencia científica que permita informar y mejorar las prácticas clínicas, así como la fuente bibliográfica para implementación de nuevas estrategias temprana para la prevención de cáncer de útero.

1.1. Preguntas de investigación

¿Cuál es la prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil?

¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil?

¿Cuál es la estratificación de cáncer de útero más frecuente en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil?

1.2. Justificación

El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad, detrás del cáncer de mama, en entornos con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo; sin embargo, es el cáncer más comúnmente diagnosticado en 28 países y la principal causa de muerte por cáncer en 42 países, la gran mayoría de los cuales se encuentran en África subsahariana y Asia sudoriental. Las tasas regionales de incidencia y mortalidad más altas se observan en África. En términos relativos, las tasas son entre 7 y 10 veces más bajas en América del Norte, Australia/Nueva Zelanda y Asia occidental (Arabia Saudita e Irak)(7).

Este estudio surge de la necesidad de comprender y abordar de manera específica el riesgo de desarrollo de esta enfermedad en un grupo demográfico que ha sido escasamente estudiado. Dado que la multiparidad puede ser un factor de interés en la incidencia de cáncer de útero, es esencial llevar a cabo esta investigación para obtener datos precisos y actualizados que permitan mejorar las estrategias de detección y prevención.

La trascendencia de esta investigación radica en su contribución al conocimiento científico y al campo de la salud de la mujer. Al proporcionar estadísticas actualizadas sobre la prevalencia de cáncer de útero en mujeres multíparas, para la detección temprana y la prevención de esta enfermedad. Estos hallazgos tendrán un impacto significativo en la práctica clínica y en la calidad de atención brindada a esta población.

Los principales beneficiarios de esta investigación serán las mujeres multíparas que buscan atención para la prevención de las complicaciones del cáncer de cuello de útero, así como los profesionales de la salud que las atienden al contar con información precisa sobre la prevalencia y los posibles factores de riesgo asociados, las pacientes podrán recibir una atención más personalizada y enfocada en la prevención del cáncer de útero para tomar decisiones clínicas más informadas y basadas en evidencia.

Esta investigación también tiene implicaciones prácticas significativas. Al identificar las manifestaciones clínicas, estadios y complicaciones de la

patología. Se espera que el estudio contribuya a la reducción de casos de cáncer de útero en mujeres multíparas, dado que ayudará al diagnóstico más tempranos y en última instancia, en una mejora en la calidad de vida de las pacientes. Asimismo, se espera que los resultados de este estudio sirvan como base para futuras investigaciones en el campo de la oncología ginecológica.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir los antecedentes gineco obstétricos multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

Mencionar las manifestaciones clínicas de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

Identificar la estratificación de cáncer de útero más frecuente en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

Mencionar las complicaciones más frecuentes de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

En el estudio de Nivelá et al. (8) con el tema “Incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres adultas jóvenes: nivel de conocimientos para su prevención”. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo dirigido a 476 mujeres de 21 a 44 años. Se observó que tienen entre 21 a 26 años 32%, con educación superior 78%, que residen en áreas urbanas 72%, de las cuales el 86% son empleadas y tienen una situación económica buena a media 74%, la mayoría están casadas 65%. Al analizar los antecedentes familiares el 39% tiene antecedentes de cáncer de cuello uterino, de vínculo familiar especialmente hermanas 15%, el uso de anticonceptivos orales es del 18%, no fuma 78%. En cuanto al número de partos el 42% ha tenido entre 3 a más partos, mientras que solo un 7% está vacunada con el virus del papiloma humano. Acorde a las manifestaciones clínicas.

En un estudio observacional realizado por Alvarenga et al., (9) en una muestra de 500 mujeres con cáncer de útero de las cuales el 67% son casadas en edad de 40 a 50 años 45% las cuales manifestaron síntomas de sangrado vaginal irregular 70%, dolor pélvico 50%, además presentaron secreciones vaginales anormal 45% y sangrado vaginal post coito 42%, masa pélvica 30%, cambios en el patrón urinario 22%, sudoración nocturna 15% y verrugas genitales 6%. En cuanto a la estratificación de la enfermedad el 35% se encontraba en estadio I, el 30% estadio II, el 20% estadio III, el 10% estadio IV y 5% estadio 0. En lo que respecta a las complicaciones se incluyeron que el 52% de las mujeres presentaban anemia el 20% metástasis y 10% cáncer de vejiga.

El estudio de Sánchez et al.,(10) realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo que incidieron en la aparición del cáncer cérvico-uterino. El universo quedó

conformado por todas las mujeres entre 25 y 65 años incluidas en el programa de cáncer cervicouterino (3 048) en el período estudiado. La muestra quedó integrada por 54 pacientes con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Se encontró un predominio de pacientes con edades entre 35 y 44 años con un 42,59%. En el estudio predominaron las mujeres que comenzaron su vida sexual antes de los 18 años con un 70,37%. El grupo de mujeres que han tenido más de cinco compañeros sexuales predominó con un 57,41%. El 68,52 % de las mujeres estudiadas, tenían antecedentes de enfermedad de transmisión sexual. Se observa que predominaron las pacientes multíparas con un 61,82 %.

Velásquez et al.,(11) realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo no probabilístico. En el estudio participaron 129 indígenas con una edad media de 26 ± 10 años. La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino fue de 13,18%. Las lesiones más frecuentemente encontradas en orden de frecuencia fueron ASCUS 10,08%; CIN I 2,32%; CIN II 0,77%; no se observó CIN III, ni carcinoma in situ. Las edades en las que se presentaron con mayor frecuencia fueron entre 25 a 44 años en un 70,59%. El 58,8% de las que presentaron lesiones cervicales tuvo menarca < 12 años; 76,5% relaciones sexuales < 15 años y el 82,35 % son gran multíparas. Conclusión: La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino es similar a estudios de otros países y menor a algunos estudios que se realizaron en Paraguay en población no indígena.

Los autores Báez et al. (12) realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de corte transversal. La población incluyó a todas las pacientes que acudieron al Hospital Regional de Pilar en los servicios de Ginecología, Planificación Familiar, Prenatal y Archivo General, desde enero hasta diciembre de 2021. Entre los datos sociodemográficos, se observó que la edad promedio de las usuarias que consultaron es de 21 años y la menarca ocurrió en promedio a los 13 años. En cuanto a la paridad, el 15% de las usuarias son primíparas, el 4.4% son multíparas y el 0.6% son grandes multíparas. En relación con los métodos anticonceptivos utilizados, el 76% de las usuarias no emplea ningún método anticonceptivo, el 8% utiliza condón y el 6% usa métodos hormonales,

como los anticonceptivos orales combinados (ACO) y el dispositivo intrauterino (DIU).

2.2. Marco conceptual

Generalidades

El útero se divide anatómicamente en tres capas: endometrio (más interna), miometrio (media) y serosa (más externa). El cáncer de útero puede surgir tanto del endometrio como del miometrio. Los sarcomas uterinos surgen de la capa muscular media; son poco frecuentes, pero suelen ser agresivos y requieren un diagnóstico y tratamiento rápidos. Entre los cánceres ginecológicos, el carcinoma de endometrio es el más común en los países desarrollados. En los países en desarrollo, el carcinoma de endometrio es el segundo más común después del cáncer de cuello uterino(13).

El hecho de que el epitelio cervical sea propenso a microtraumatismos y su proliferación esté influida hormonalmente por el estrógeno y la progesterona conduce a un amplio espectro de lesiones epiteliales cervicales. Estas lesiones incluyen reparación, atrofia, metaplasia, infección y procesos inflamatorios, así como tumores malignos y sus precursores. El cuello uterino también es único, ya que es accesible para la detección mediante frotis de Papanicolaou, lo que permite un diagnóstico temprano de las lesiones (14). El cáncer uterino es el subtipo más común de cáncer en mujeres. Es el cuarto cáncer más común y la tercera causa principal de muerte por cáncer en mujeres. Se presenta a edades más tempranas en comparación con los cánceres de mama, pulmón y ovario (15).

Definición de cáncer de útero

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad neoplásica maligna que tiende a iniciarse lentamente cuando hay una disrupción del epitelio cervical (16). El cáncer de cuello uterino se disemina por extensión directa a la vagina, el útero y los órganos adyacentes, es decir, la vejiga y el recto. También se disemina a lo largo de los canales linfáticos a los ganglios linfáticos regionales, es decir,

el obturador, el ilíaco externo y el ilíaco interno, y de allí a los ganglios ilíacos comunes y paraaórticos(17).

Fisiopatología

Para que ocurra la infección y se produzca el cáncer de cuello uterino el VPH debe estar presente. Las mujeres sexualmente activas tienen un alto porcentaje de desarrollar la infección por VPH. Pero, el 90% aproximadamente de las infecciones por el virus del papiloma humano VPH desaparecen por sí solas en aproximadamente meses a pocos años y no dejan secuelas, aunque en algunos los informes citológicos a los 2 años siguientes de ocurrida la infección pueden mostrar una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (18).

En promedio, sólo el 5% de las infecciones por VPH resultará en el desarrollo de lesiones grado 2 o 3 de CIN (el precursor del cáncer cervical reconocido) dentro de los 3 años de la infección. Sólo el 20% de las lesiones CIN 3 progresan a cáncer cervical invasivo dentro de los 5 años, y sólo el 40% de las lesiones CIN 3 progresan a cáncer cervical invasivo con 30 años. Se han involucrado otros factores en el proceso de carcinogénesis, porque sólo una pequeña proporción de las infecciones por VPH progresa al cáncer (18).

Antecedentes gineco obstétricos

Edad de inicio de la actividad sexual.

El inicio temprano de la actividad sexual está asociada a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, debido a la alta probabilidad de infección por el virus del papiloma humano, el cual es el primer causante de este tipo de cánceres. Las mujeres que comienzan su actividad sexual temprana y aquellas como múltiples parejas corren un mayor riesgo de exposición al virus lo cual incrementa el riesgo a la exposición de infecciones persistentes que puede llevar a cambios celulares precancerosos (19).

Existe evidencia que existe una correlación entre la edad de inicio de la actividad sexual y el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, particularmente el cáncer de cuello uterino. El VPH se transmite a través del

contacto sexual y las mujeres que comienzan a tener relaciones sexuales a una edad temprana o que tienen múltiples parejas sexuales tienen un mayor riesgo de infectarse con el VPH (19).

Antecedentes de cáncer de útero

La susceptibilidad genética es menor del 1% de los cánceres cervicales. Las mujeres con un pariente biológico en primer grado con CA tienen un riesgo relativo de 2 veces de desarrollar un tumor. Los genes del antígeno leucocitario humano (HLA) están implicados de diversas maneras. Algunas anomalías de los genes HLA se asocian con un mayor riesgo de infección por VPH progresando al cáncer. Las modificaciones epigenéticas también pueden estar implicadas en el cáncer cervical. La metilación es el mejor entendido y probablemente el mecanismo más común del modelado epigenético del ADN en el cáncer. Los patrones aberrantes de metilación del ADN se han asociado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino y pueden albergar pistas importantes para el desarrollo del tratamiento (20).

Historial de infección por VPH.

Alrededor del 99,7% de los casos de cáncer de cuello uterino son causados por una infección persistente de alto riesgo por el virus del papiloma humano (VPH) genital. La mayoría de las infecciones por VPH se resuelven de forma espontánea, pero la infección persistente con los tipos oncogénicos o de alto riesgo puede causar cáncer de la orofaringe y las regiones anogenital. El virus suele infectar el epitelio mucocutáneo y produce partículas virales en las células epiteliales maduras, lo que provoca una alteración del control normal del ciclo celular y la promoción de una división celular descontrolada que conduce a la acumulación de daño genético (21).

Debido a que la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y el sistema inmunológico de una persona puede eliminar la infección, la infección por VPH ha recibido poca atención por parte de los médicos, el público en general o los responsables de las políticas. Esta falta de atención puede sustentar un problema mortal y creciente porque cada infección recién adquirida tiene el potencial de persistir y convertirse en una afección incurable

y de por vida. Además, actualmente no existe ningún tratamiento eficaz para la infección por VPH, a pesar de los grandes avances realizados para comprender los mecanismos subyacentes a la patogénesis del VPH.

Número de parejas sexuales.

La relación del inicio de vida sexual antes de los 20 años, en adolescentes es factor de susceptibilidad para el fomento de más de 2 parejas sexuales durante su vida. El aumento de las parejas sexuales se relaciona a tener actividades sexuales sin uso de condón esto conlleva a la probabilidad de infecciones de transmisión sexual siendo la más frecuente VPH u otras. Se debe tener en cuenta que no tan solo el número de parejas sexuales que presenta la población femenina es el riesgo de infección o desarrollo de displasia, sino también considerar el número de parejas sexuales de la pareja con la que actualmente lleva vida sexual (22).

Uso de anticonceptivos.

Existe evidencia de que el uso de anticonceptivos orales (píldoras de control natal) por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Los estudios de investigación sugieren que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras, y el riesgo regresa a lo normal muchos años después de suspenderlas (23).

El aumento del riesgo de cáncer de mama con el uso de anticonceptivos no está respaldado de manera consistente en la literatura; los resultados varían desde ningún aumento del riesgo hasta un aumento del riesgo del 20% al 30%, y el riesgo parece ser temporal, limitado al uso regular reciente o actual de AOC. Además, los casos de cáncer de mama diagnosticados parecen estar clínicamente avanzados en las usuarias alguna vez en comparación con las que nunca los han usado. En el caso del cáncer de cuello uterino, los AOC parecen aumentar el riesgo con más de 5 años de uso y, en muchos estudios, este mayor riesgo disminuye después de la interrupción y se restablece al de las mujeres que nunca los usaron en un plazo de 10 años (23).

Embarazos y partos.

La multiparidad es otro de los factores que consideran una inmunosupresión y disminución de los folatos en la sangre, estos elementos asocian al incremento de las lesiones intraepiteliales, mientras más embarazos tenga la mujer y más aún si esta es adolescente, la falta de desarrollo fisiológico y anatómico del útero y cérvix y mayor asociación con partos más de 3 y abortos instrumentados conlleva a lesiones de tipo displásico (22).

Historial de displasia cervical.

La displasia cervical es la precursora del cáncer cervical. Es causada por la infección persistente del virus del papiloma humano (VPH) en el tejido cervical. El tipo más común es el VPH, responsable del 50% del cáncer cervical. Los VPH 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68 son los otros tipos oncogénicos del VPH. El VPH es una infección de transmisión sexual común que generalmente desaparece entre ocho y 24 meses después de la exposición. La infección persistente conduce a la displasia, que, si no se trata, puede conducir al cáncer cervical. El proceso suele ser lento y ocurre durante varios años. Debido a la progresión lenta de esta infección identificable y tratable, es susceptible de detección de rutina con una prueba de Papanicolaou y/o una prueba de VPH según la edad y los antecedentes de la paciente (24).

Vacunación contra el VPH.

Las recomendaciones actuales sobre la vacuna contra el VPH se aplican a las personas de 9 años o más hasta los 26 años y a los adultos de 27 a 45 años que podrían estar en riesgo de una nueva infección por VPH y beneficiarse de la vacunación. La población destinataria principal de la vacunación contra el VPH recomendada por la OMS son las niñas de 9 a 14 años, antes de que comiencen a ser sexualmente activas, que deben someterse a un esquema de dos dosis, y las niñas ≥ 15 años, que deben someterse a un esquema de tres dosis (25).

Los datos de seguridad de las vacunas contra el VPH han indicado que son seguras. El efecto secundario adverso más común fueron los síntomas locales. Las vacunas contra el VPH son altamente inmunogénicas. La eficacia

y efectividad de las vacunas ha sido notablemente alta entre las mujeres jóvenes que eran seronegativas al VPH antes de la vacunación. La eficacia de la vacuna fue menor entre las mujeres, independientemente del ADN del VPH en el momento de la vacunación, y entre las mujeres adultas (25).

Manifestaciones clínicas

Sangrado vaginal

El sangrado uterino es una patología que se define como cualquier anomalía ya sea en duración, volumen, frecuencia y/o regularidad en el sangrado menstrual. Para poder identificar anomalía en el mismo; se debe conocer el ciclo menstrual considerado como normal; se ha descrito que posee una duración entre 21 y 34 días; dentro de los cuales, siete días o menos se da el sangrado uterino, con una pérdida de sangre promedio de 30-40 ml; que se podría cuantificar de 3-6 toallas sanitarias o tampones por día (26).

La hemorragia en el paciente oncológico avanzado o también denominada terminal es un problema clínico grave, urgente y relativamente común en los cuidados paliativos, ocurre en aproximadamente el 6%-14% de los pacientes con cáncer avanzado, y hasta en el 30% de los pacientes con neoplasias hematológicas (27). El sangrado vaginal es el síntoma más frecuente, aunque muchas mujeres permanecen asintomáticas. En caso de sangrado, suele ser postcoital o postmenopáusico. También puede haber flujo vaginal acuoso, sanguinolento o maloliente. En ocasiones puede referir sensación de masa vaginal y otros síntomas relacionados con la extensión local de la enfermedad, pueden ser síntomas urinarios (polaquiuria, disuria, hematuria), molestias gastrointestinales (tenesmo, estreñimiento, melenas) o dolor pélvico (5%). El 20% son asintomáticas en el momento de diagnóstico, y se detecta en la citología de cérvix o masa vaginal en el examen pélvico como hallazgo incidental (28).

Dolor pélvico

El dolor que presentan las pacientes con cáncer avanzado de los genitales podemos agruparlo en tres tipos: a) localizado, b) difuso y e) raquídeo (29).

- El dolor localizado o de topografía fija corresponde habitualmente a la distribución periférica de un nervio del sistema cerebroespinal, es decir, a las raíces sensitivas de los nervios lumbo-sacros (29).
- El dolor difuso pélvico, que sin cesar se desborda, corresponde a procesos invasores tumorales que se llevan a cabo sobre el territorio de los plexos lumbosacros del sistema nervioso vegetativo y se acompañan frecuentemente de trastornos vasomotores(29).
- Finalmente, el dolor raquídeo, también muy frecuentemente fijo, deberá referirse a procesos tumorales metastásicos de localización vertebral que habitualmente aparecen tardíamente en enfermas que han sido tratadas con radiaciones (29).

Cambios citológicos

Los cambios citológicos en el cáncer de cuello uterino, detectados a través de pruebas como el Papanicolaou (Pap) o la prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH), son fundamentales para el diagnóstico temprano y la prevención del cáncer invasivo. Estos cambios representan una serie de alteraciones en las células del cuello uterino, variando desde leves anomalías hasta manifestaciones de cáncer avanzado (30).

En las etapas iniciales, se pueden encontrar células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), donde las células presentan anomalías leves que no son concluyentes, lo que puede indicar una infección por VPH o cambios precancerosos. A medida que la enfermedad progresa, se pueden observar lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL), que son cambios leves en el tamaño y la forma de las células escamosas generalmente asociados con infecciones transitorias y de bajo riesgo por VPH (30).

Las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) representan un avance significativo, con cambios más pronunciados en las células que sugieren una mayor probabilidad de progresión a cáncer si no se tratan adecuadamente. Además, las células glandulares atípicas (AGC) indican alteraciones en las células glandulares del cuello uterino, lo que puede ser

precanceroso o canceroso, mientras que el adenocarcinoma in situ (AIS) señala la presencia de células glandulares anormales que aún no han invadido el tejido circundante, pero que son precursores del adenocarcinoma invasivo (30).

En las etapas más avanzadas, se pueden identificar cánceres invasivos como el cáncer de células escamosas, que se origina en el revestimiento escamoso del cuello uterino, y el adenocarcinoma, que se desarrolla a partir de las células glandulares del cuello uterino. La detección de estas células cancerosas indica un estadio avanzado del cáncer cervical que requiere un tratamiento inmediato y agresivo (30).

Secreciones vaginales anormales.

Las secreciones vaginales pueden variar en color, textura y cantidad a lo largo del ciclo menstrual de una mujer, pero cambios significativos pueden indicar problemas de salud subyacentes. Por lo general, las secreciones normales son claras o blancas y no tienen un olor fuerte. Sin embargo, cuando las secreciones se vuelven anormales en términos de color, olor, cantidad o textura, puede ser motivo de preocupación (31).

Las infecciones vaginales son una causa común de secreciones anormales. Por ejemplo, las infecciones por hongos, como la candidiasis, pueden causar secreciones blancas y espesas, acompañadas a menudo de picazón vaginal. En contraste, la vaginosis bacteriana, una infección bacteriana común, puede producir secreciones grises o blancas con un olor desagradable y fuerte (31). Las infecciones de transmisión sexual (ITS) también pueden provocar cambios en las secreciones vaginales. La tricomoniasis, por ejemplo, puede causar secreciones amarillentas o verdosas con un olor fuerte. La clamidia y la gonorrea también pueden alterar las secreciones vaginales y, si no se tratan, pueden tener consecuencias más graves para la salud (31).

Además de las infecciones, la vaginitis no infecciosa puede causar secreciones vaginales anormales. Esta condición puede ser el resultado de irritaciones o alergias a productos como jabones perfumados, duchas

vaginales o incluso al uso de tampones. Los síntomas pueden incluir secreciones acuosas, irritación vaginal o enrojecimiento (31). En casos más raros y graves, cambios anormales en las secreciones vaginales pueden ser un signo de cáncer cervical avanzado. Esto puede manifestarse como secreciones sanguinolentas, con mal olor o en cantidades anormalmente grandes (31).

Cambios en el patrón urinario.

Aunque los cambios en el patrón urinario no son típicamente síntomas iniciales del cáncer cervical, pueden manifestarse en etapas avanzadas de la enfermedad o debido a complicaciones relacionadas. Uno de los impactos directos del cáncer cervical en el sistema urinario ocurre cuando el tumor crece lo suficiente como para ejercer presión sobre estructuras cercanas, como la vejiga. Esta presión puede provocar síntomas como aumento en la frecuencia urinaria, urgencia para orinar, dificultad para vaciar completamente la vejiga y, en casos severos, retención urinaria (32).

En situaciones más avanzadas y menos comunes, el cáncer cervical puede invadir tejidos circundantes y formar fístulas vesico-vaginales. Estas fístulas son pasajes anormales entre la vejiga y la vagina, lo que puede resultar en síntomas como incontinencia urinaria, escape de orina a través de la vagina y mayor susceptibilidad a infecciones urinarias recurrentes. Además, si el cáncer cervical se propaga a través de metástasis a otros órganos o ganglios linfáticos cercanos, podría afectar indirectamente el funcionamiento urinario al comprimir o invadir estructuras anatómicas adyacentes, como los uréteres o la vejiga (32).

Estratificación de cáncer de útero

La estratificación del cáncer se refiere al proceso de clasificar a los pacientes con cáncer en diferentes grupos o categorías basadas en características específicas de su enfermedad. Esta clasificación ayuda a determinar el pronóstico, guiar el tratamiento

Estadio I:

El tumor ha invadido el cuello uterino por debajo de la capa superior de células. Las células cancerosas sólo se encuentran en el cuello uterino (33). Este estadio se divide en dos etapas: IA y IB, según el grado de desarrollo del tumor.

El estadio IA se subdivide en función del tamaño del tumor y de su grado de desarrollo(33).

- Estadio IA1: El cáncer sólo puede verse con un microscopio, es muy pequeño y se encuentra en los tejidos del cuello uterino. El tumor mide unos 3 milímetros o menos.
- Estadio IA2: El cáncer sólo puede verse con un microscopio, es muy pequeño y se encuentra en los tejidos del cuello uterino. El tumor mide más de 3 milímetros, pero no más de 5 milímetros.

El estadio IB se subdivide en función del tamaño del tumor y de su grado de desarrollo(33).

- Estadio IB1: El tumor mide 2 centímetros o menos, y el punto más profundo de invasión tumoral mide más de 5 milímetros.
- Estadio IB2: El tumor mide más de 2 centímetros, pero no más de 4 centímetros.
- Estadio IB3: El tumor mide más de 4 centímetros.

Estadio II

El tumor se extiende a la parte superior de la vagina. Puede extenderse más allá del cuello uterino a los tejidos cercanos hacia la pared pélvica (el revestimiento de la parte del cuerpo situada entre las caderas). El tumor no invade el tercio inferior de la vagina ni la pared pélvica (33). Estadio IIA: El cáncer se ha extendido desde el cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no se ha extendido al tejido que rodea el útero.

- Estadio IIA1: El tumor mide 4 centímetros o menos.
- Estadio IIA2: El tumor mide más de 4 centímetros.

Estadio IIB: El cáncer se ha extendido desde el cuello uterino al tejido que rodea el útero(33).

Estadio III

El tumor se extiende hasta la parte inferior de la vagina. También puede haber invadido la pared pélvica. Si el tumor bloquea el flujo de orina, es posible que uno o ambos riñones no funcionen bien. El cáncer de cuello uterino en estadio III se subclasifica en función de la extensión del cáncer (33).

- Estadio IIIA: El cáncer se ha extendido al tercio inferior de la vagina, pero no a la pared pélvica.
- Estadio IIIB: El cáncer se ha extendido a la pared pélvica. El tumor puede haber crecido lo suficiente como para obstruir los uréteres o ha hecho que los riñones aumenten de tamaño o dejen de funcionar.
- Estadio IIIC: Dependiendo de si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos, esta subcategoría se divide en los estadios IIIC1 y IIIC2.

Estadio IV

El cáncer de cuello uterino en estadio IV se subclasifica en dos estadios (IVA y IVB) en función de si el tumor ha invadido la vejiga o el recto o se ha extendido a otras partes del cuerpo. El cáncer de cuello uterino en estadio IV también se conoce como cáncer metastásico. El cáncer metastásico se desarrolla cuando las células cancerosas se desplazan por la sangre o el sistema linfático y desarrollan tumores en otras partes del cuerpo (33).

- Estadio IVA: El tumor se ha extendido a los órganos pélvicos cercanos, como la vejiga o el recto.
- Estadio IVB: El tumor se ha extendido a otras partes del cuerpo, como el hígado, los pulmones, los huesos o los ganglios linfáticos distantes.

Complicaciones

Anemia

La anemia relacionada con el cáncer se debe a múltiples etiologías, entre ellas, mielosupresión inducida por quimioterapia, pérdida de sangre, deficiencia funcional de hierro, deficiencia de eritropoyetina debido a enfermedad renal, afectación de la médula ósea por un tumor y otros factores (34). La anemia es una complicación frecuente en los pacientes con cáncer,

tanto en el momento del diagnóstico como durante el tratamiento, con efectos negativos notables en la calidad de vida y el pronóstico general (35).

La deficiencia de hierro es la causa más común de anemia en los pacientes y puede afectar a casi la mitad de los pacientes con neoplasias malignas sólidas y hematológicas. La patogenia es compleja y multifactorial, e incluye hemorragia, desnutrición, medicamentos e inflamación resultantes del cáncer y el tratamiento del cáncer. De hecho, puede producirse una deficiencia de hierro absoluta o funcional(35).

La mayoría de los pacientes con cáncer con deficiencia de hierro presentan una deficiencia de hierro funcional, una afección con un almacenamiento adecuado de hierro, pero un suministro insuficiente de hierro para los eritroblastos y otros tejidos dependientes del hierro. La deficiencia de hierro funcional es el resultado de la liberación de citocinas relacionada con el cáncer, pero en la deficiencia de hierro absoluta las reservas de hierro se agotan, lo que lleva a síntomas similares, pero a menudo más graves, de almacenamiento inadecuado de hierro(35).

Metástasis

La metástasis requiere la adquisición de una serie de características para diseminarse, entrar y salir de la latencia de manera variable y colonizar órganos distantes. La metástasis, es el crecimiento de células cancerosas en órganos distantes de aquel en el que se originaron, es la manifestación última y más letal del cáncer. La gran mayoría de los pacientes con cáncer mueren como consecuencia de su enfermedad metastásica y no debido a tumores primarios. La metástasis comprende una serie de eventos biológicos en los que las células de un tumor primario adquieren progresivamente la capacidad de invadir a través de la mucosa hacia tejidos más profundos; diseminarse a través de la sangre, los vasos linfáticos o mediante la infiltración directa de estructuras vecinas; sembrar órganos distantes; y eventualmente reanudar la proliferación en sitios distantes para colonizar estos órganos (36).

Linfedema

El linfedema relacionado con el cáncer (LE) es una afección incurable asociada con los tratamientos del cáncer que afectan al sistema linfático y es

una carga cada vez mayor para la salud, la calidad de vida (QOL) y los costos en una creciente población de sobrevivientes del cáncer (37). Se trata de una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de líquido linfático en el cuerpo, lo que provoca hinchazón que puede provocar cambios en la piel y los tejidos. La acumulación crónica y progresiva de líquido rico en proteínas en el intersticio y el tejido fibroadiposo excede la capacidad del sistema linfático para transportar el líquido. El linfedema puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluidos los brazos, las piernas, los genitales, la cara, el cuello, la pared torácica y la cavidad oral (38).

Los signos y síntomas del linfedema incluyen hinchazón distal en las extremidades, incluidos brazos, manos, piernas y pies; hinchazón proximal en el pecho, el pecho, los hombros, la pelvis, la ingle, los genitales, la cara y los tejidos intraorales; rango de movimiento restringido en las articulaciones debido a la hinchazón y los cambios en los tejidos; decoloración de la piel; dolor y sensibilidad alterada; pesadez en las extremidades y dificultad para ponerse la ropa (38).

Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal es una complicación importante en mujeres con cánceres ginecológicos avanzados que impone una carga significativa para las pacientes, los cuidadores y los sistemas de atención médica. Los síntomas de la OIM son difíciles de paliar y dan lugar a una descompensación progresiva de pacientes ya vulnerables con opciones terapéuticas limitadas y un pronóstico corto. La histología de la enfermedad subyacente y la extensión de la propagación del cáncer son factores importantes para considerar en la decisión de manejo. La presentación de la obstrucción intestinal es a menudo subaguda con síntomas cardinales como náuseas, vómitos, dolor, distensión abdominal y ausencia de heces (39).

Obstrucción ureteral

La obstrucción ureteral en el cáncer de útero puede surgir cuando el tumor cervical crece lo suficiente como para comprimir los uréteres, los conductos que llevan la orina desde los riñones hasta la vejiga. Esta situación puede manifestarse con síntomas como dolor abdominal o lumbar, cambios en el

patrón urinario como disminución en la cantidad de orina, y en casos severos, la ausencia de micción. El tratamiento puede incluir la colocación de stents ureterales para mantener la permeabilidad de los uréteres, terapia con radiación o quimioterapia, y en casos avanzados, cirugía para remover el tumor y restaurar el flujo normal de orina (40).

2.3. Marco legal

Según la Ley Orgánica De Salud establece en los siguientes artículos con respecto a la temática del tema de interés:

De las enfermedades no transmisibles: del derecho a la salud y su protección.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético(41).

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables(41).

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto(41).

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables(41).

Constitución de la República del Ecuador

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (42).

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social(42).

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente(42)

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio tendrá un enfoque descriptivo que se fundamenta en proporcionar una visión detallada y objetiva de la problemática relacionada con el cáncer de útero en la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil. Para lograr esto, se opta por un método cuantitativo, ya que permite recopilar datos numéricos que pueden ser analizados de manera rigurosa y objetiva. Además, el diseño retrospectivo de corte transversal se considera apropiado, ya que permite obtener una visión instantánea de la situación en un solo punto de tiempo.

3.2. Población y muestra

La población estará conformada por 102 mujeres multíparas de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

3.2.1. Criterios de inclusión

Mujeres multíparas de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

3.2.2. Criterios de exclusión

Mujeres multíparas de otras áreas del Hospital General Universitario de Guayaquil.

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Guía de observación

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Excel y para el análisis los antecedentes de otros estudios y lo que refiere el marco conceptual.

3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.

Presentación y aprobación del tema de proyecto de investigación en la Carrera de Enfermería.

Presentación y aprobación de la recolección de datos institucional

Carta de compromiso en el manejo de información.

3.6. Variables generales y operacionalización

Variable general: Prevalencia de cáncer de útero en múltiparas

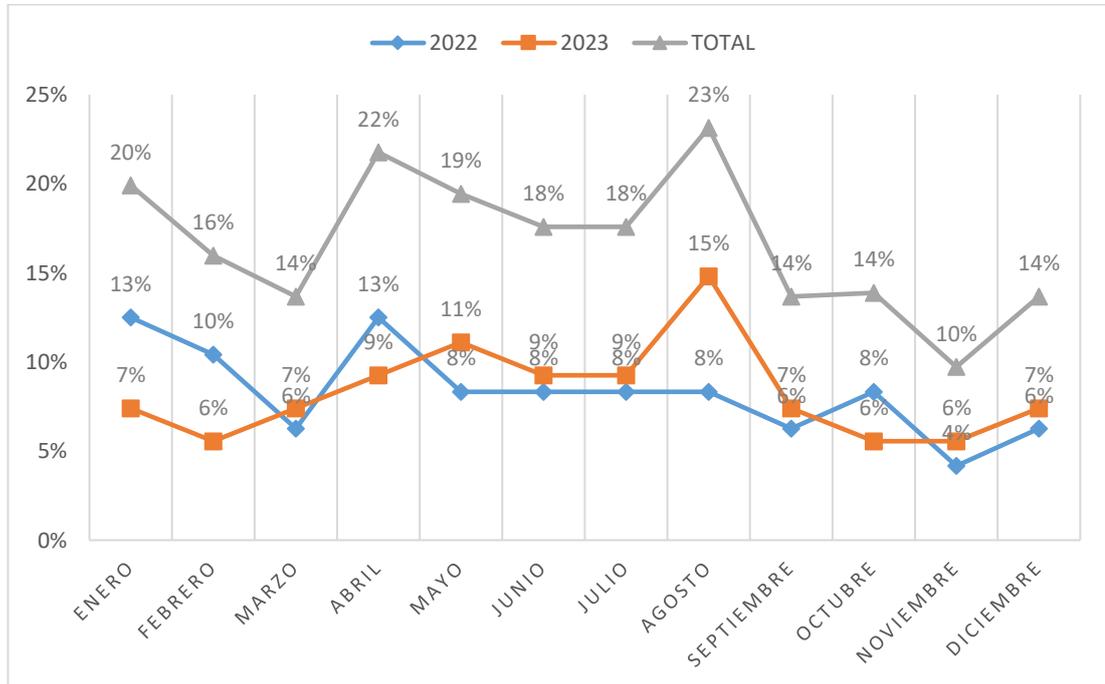
DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Antecedentes gineco obstétricos	Edad de inicio de la actividad sexual.	Antes de los 15 años 16 a 20 años Mayor a 20 años
	Antecedentes de cáncer de útero	Si No
	Historial de infección por VPH.	Si No
	Número de parejas sexuales.	1 2 a 3 Mas de 3
	Uso de anticonceptivos.	Si No
	Embarazos y partos.	2 a 3 4 a 5 Mas de 5 partos
	Historial de displasia cervical.	Si No
	Vacunación contra el VPH.	Si No
Manifestaciones clínicas	Sangrado vaginal irregular.	Presente Ausente
	Sangrado vaginal post coital	

	Masa pélvica	
	Dolor pélvico	
	Cambios citológicos	
	Sudoración nocturna	
	Verrugas genitales	
	Secreciones vaginales anormales.	
	Cambios en el patrón urinario.	
Estratificación de cáncer de útero	Estadio 0 (in situ) Estadios I Estadios II Estadios III Estadios IV	Si No
Complicaciones más frecuentes	Anemia	Presente Ausente
	Metástasis	
	Cáncer de vejiga	
	Obstrucción intestinal	
	Obstrucción ureteral	

3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 1.

Prevalencia de cáncer de útero en múltiparas por año y meses



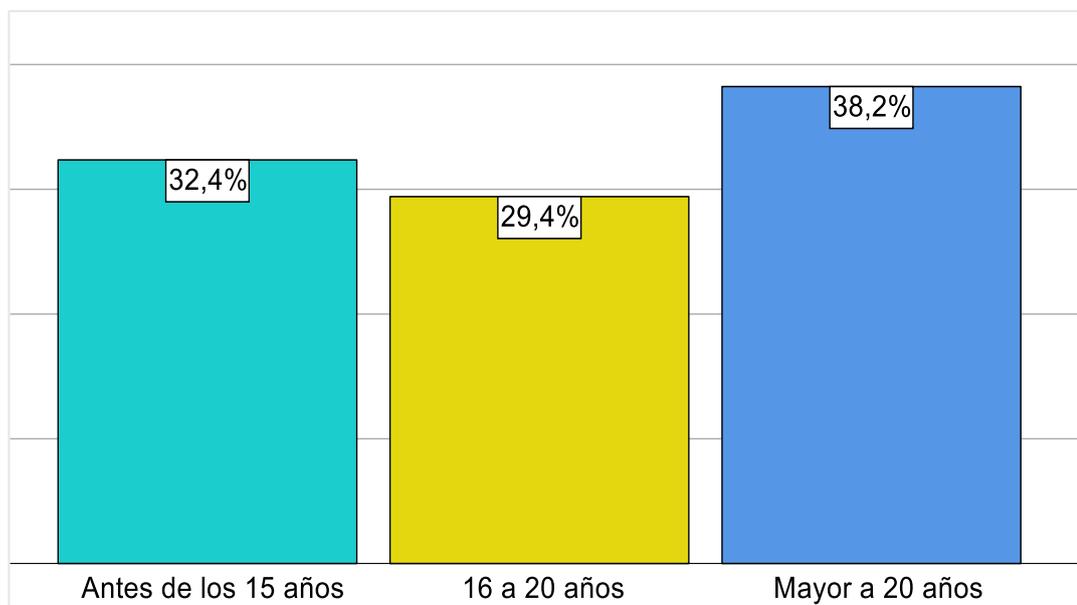
Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil. **Elaborado por:** Alvarado Vargas, Jennifer Andrea.

ANÁLISIS

Durante el período 2022 al 2023 hubo un ingreso de 1450 mujeres múltiparas de las cuales 102 presentaron diagnóstico de cáncer de cuello de útero mostrando una prevalencia general del 7.03%. En el análisis de los datos, se observa que el cáncer de útero que en el mes de enero de 2023 muestra un incremento notable del 13%, en comparación con el 7% del mismo mes en 2022, destacando un aumento en los casos durante el inicio del año. Sin embargo, en agosto de 2022, se registra (15%) en comparación con el 8% de 2023. A lo largo de ambos años, los meses de noviembre y diciembre se mantuvieron relativamente estables, con porcentajes que oscilan entre el 4% y el 7%.

Figura 2.

Edad de inicio de la actividad sexual



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

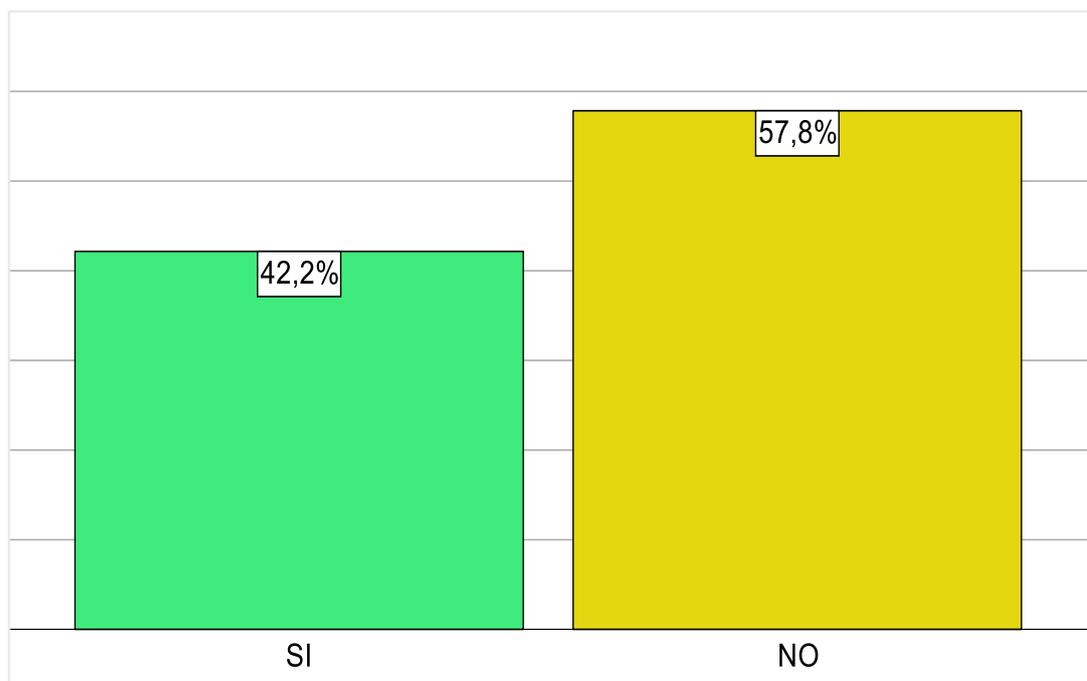
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

El estudio muestra que las mujeres multíparas han iniciado su actividad sexual después de los 20 años, a pesar de que el riesgo es menor en comparación de aquellas que comienzan antes de esa edad, puede verse asociarse a otros factores que pueden aumentar la probabilidad de padecer la enfermedad. Por eso es esencial que el inicio de una vida sexual, las mujeres mantengan prácticas sexuales seguras y acceder regularmente a exámenes de detección precoz como papanicolaou y prueba de VPH (16).

Figura 3.

Antecedentes de cáncer de útero



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

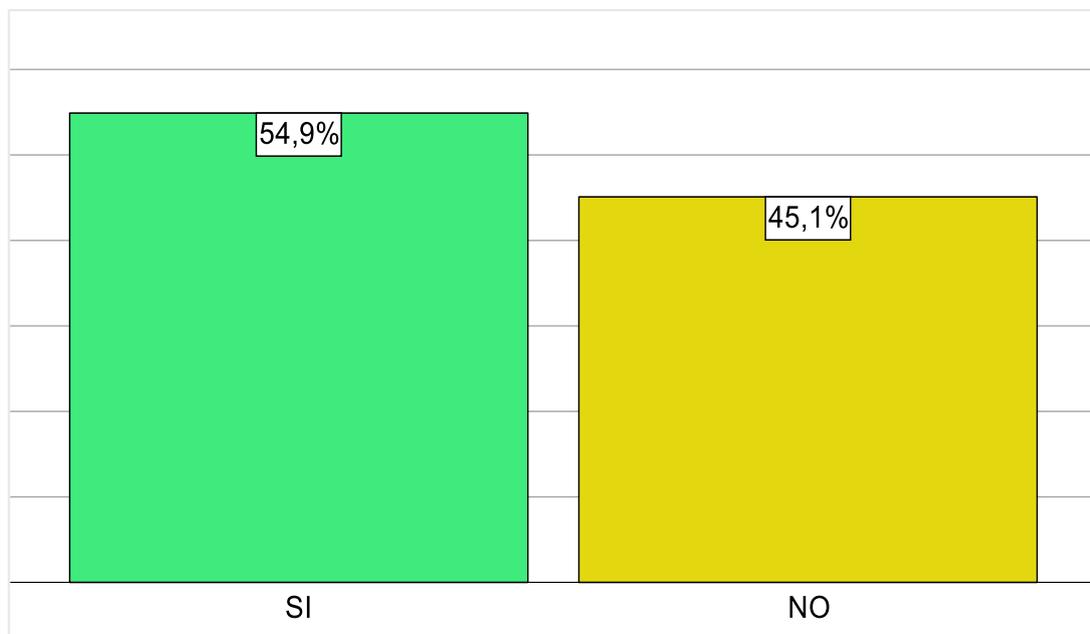
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

El estudio muestra que aproximadamente la mitad de las multíparas no tiene antecedentes de cáncer de útero. Sin embargo, un porcentaje significativo si presenta antecedentes. Algunos estudios mencionan que la predisposición genética en ciertas familias aumenta la susceptibilidad de desarrollar cáncer, esto puede verse a los patrones de comportamiento genético que puedan aumentar la exposición al VPH o una menor eficiencia del sistema inmunológico para combatir infecciones (16).

Figura 4.

Historial de infección por VPH



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

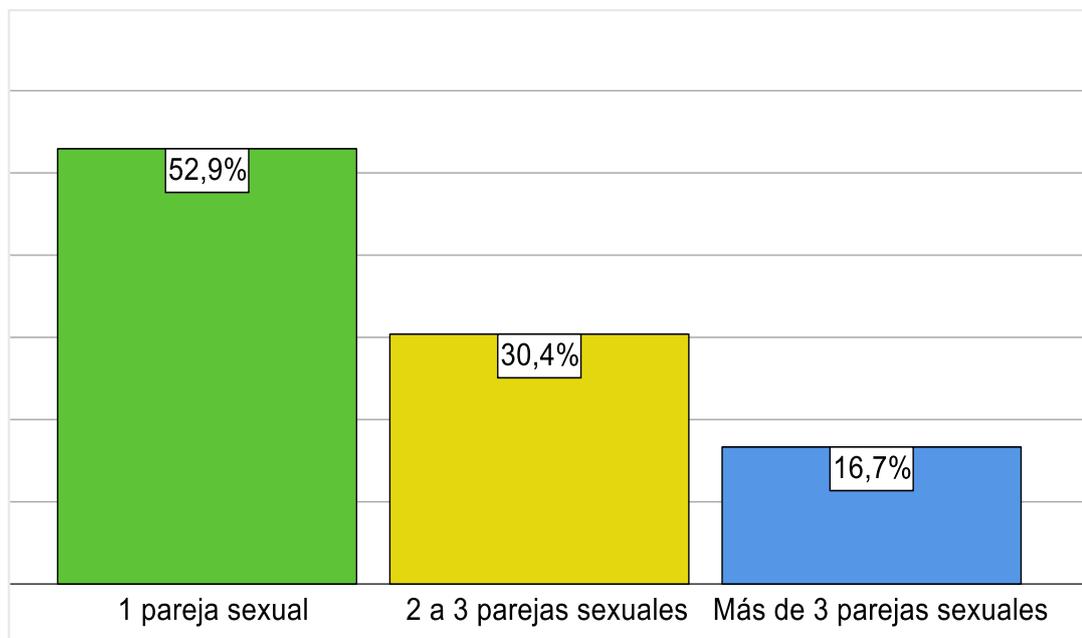
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

Se observa que las multíparas presentan historial de infección por virus por el virus del papiloma humano. Los autores Báez et al.,(12) mencionan que este agente es el principal causante del cáncer de cuello uterino especialmente en las cepas de alto riesgo como VPH 16 y 18 que se transmite a través de contacto sexual de la persona infectada, ocasionando cambios en las células del cuello uterino provocando lesiones precancerosas.

Figura 5.

Número de parejas sexuales



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

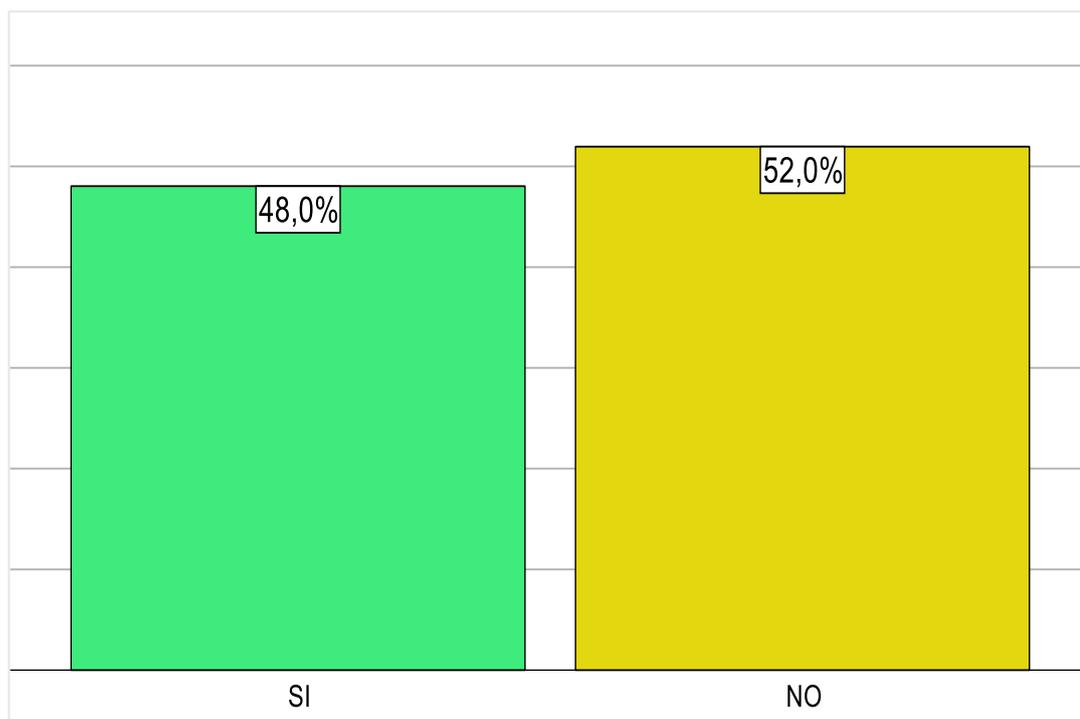
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

Las mujeres manifiestan tener una sola pareja sexual, sin embargo, un tercio de ellas han tenido entre 2 a 3 parejas sexuales, el tener parejas múltiples puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino debido a una mayor exposición al virus del papiloma humano. Cuanto más parejas sexuales tenga una persona mayor es la probabilidad de entrar en contacto con el virus del papiloma humano, el cual puede causar infecciones persistentes y lesiones precancerosas en el cuello uterino (12).

Figura 6.

Uso de anticonceptivos



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

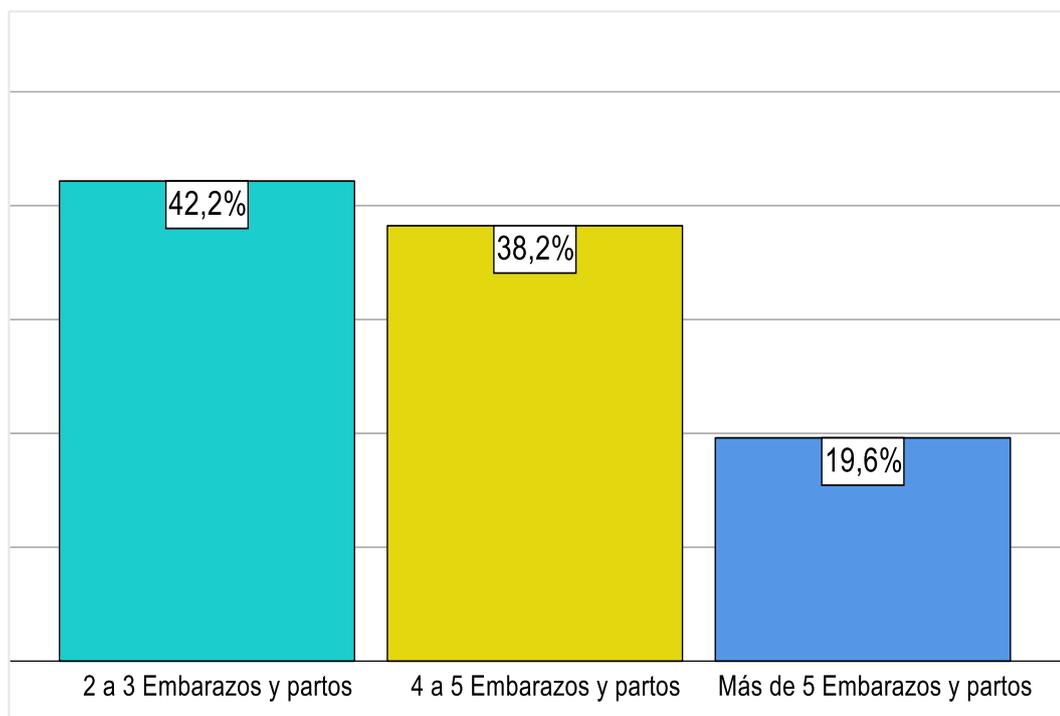
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

El estudio muestra que aproximadamente la mitad de las mujeres no hacen uso de anticonceptivos. Estudios muestran que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales como las píldoras anticonceptivas, ha sido asociadas con un aumento de desarrollar cáncer de cuello uterino, esto se debe a que los anticonceptivos pueden influir en la biología del cuello uterino aumentando la susceptibilidad a la infección por el virus del papiloma (37).

Figura 7.

Embarazos y partos



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

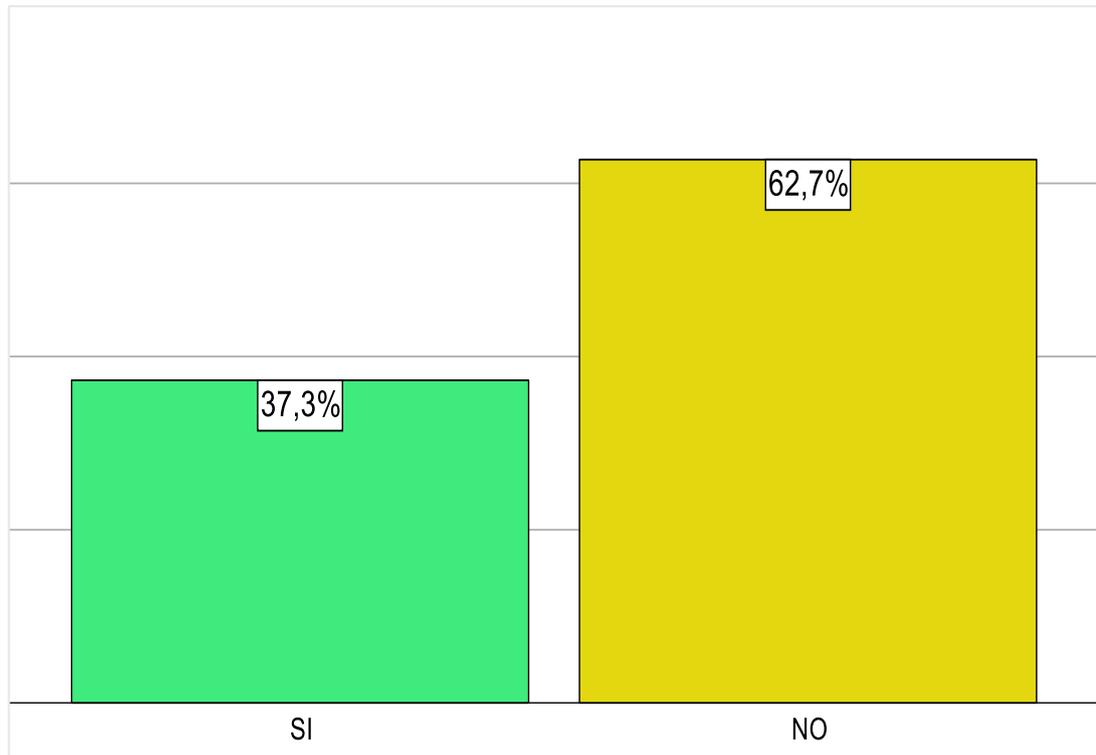
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

En la figura se observa que las mujeres han tenido entre 2 a 3 embarazos y partos. Algunas investigaciones sugieren que un mayor número de embarazo y parto puede estar asociado con un aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino probablemente debido a los cambios hormonales y al impacto en el cuello uterino durante el parto. Sin embargo, este riesgo suele ser relativamente bajo ya que puede estar contrarrestado con medidas de prevención y detección temprana (40).

Figura 8.

Historial de displasia cervical



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

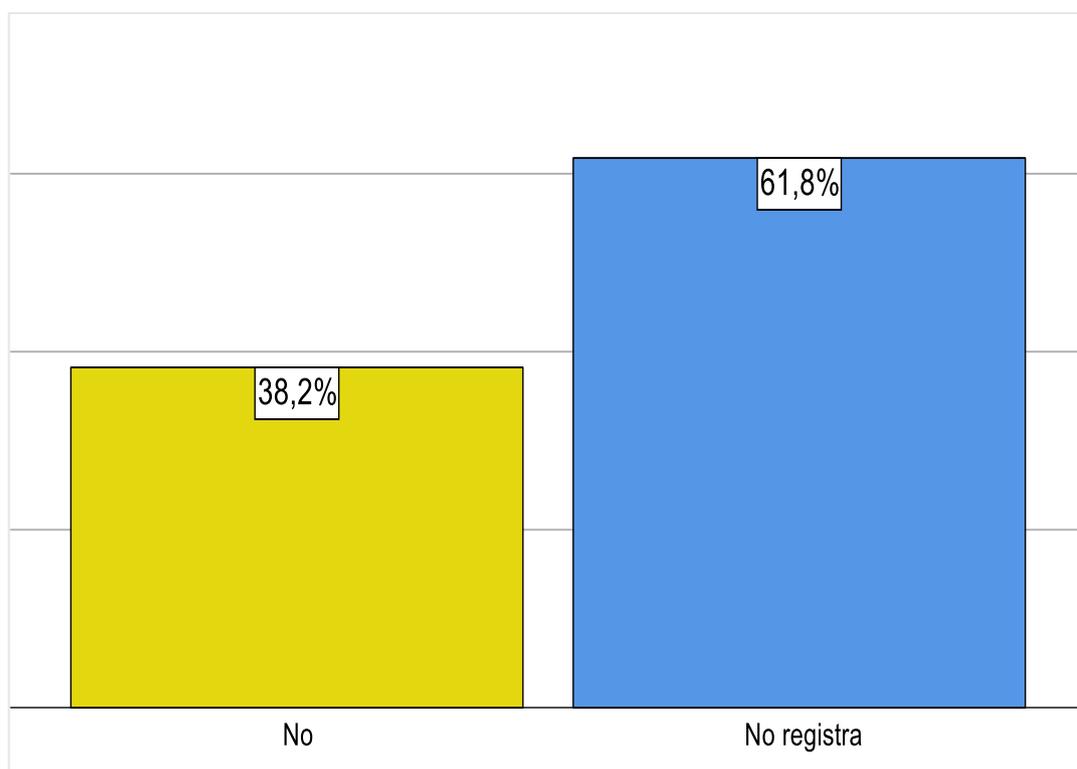
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

Las multíparas no tienen historial de displasia cervical, sin embargo, esta condición se observa cuando existen cambios anormales en el cuello uterino que pueden ser detectados mediante una prueba de papanicolaou o biopsia, por lo que es necesario que sean realizados anualmente para detectar cualquier anomalía. Esto permite la detención temprana en sus primeras fases y pueda ser tratada antes que progrese a cáncer de cuello uterino (14).

Figura 9.

Vacunación contra el VPH



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

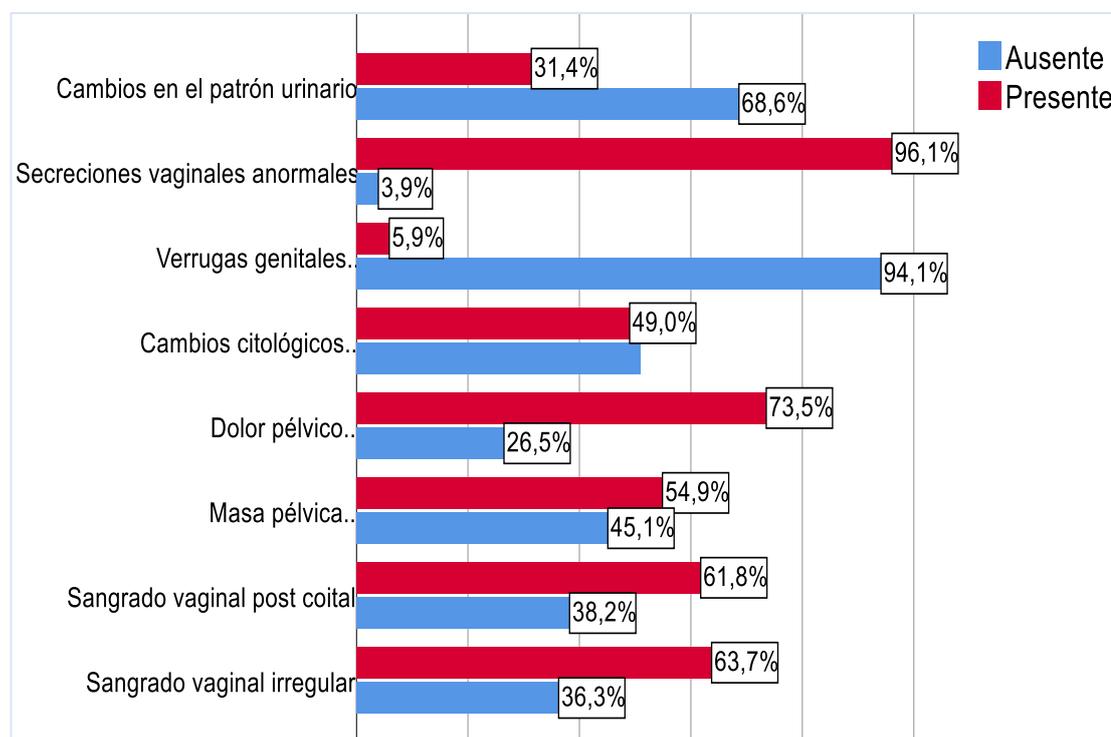
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

Al analizar las historias clínicas de las multíparas, se observa que no tienen registros de aplicación de vacuna del virus del papiloma humano. Sin embargo, el tercio de ellas que cuentan con el registros, no tienen aplicada la vacuna. Cabe resaltar que la vacuna es una medida preventiva contra la lucha del cáncer de cuello uterino contemplando otros métodos de prevención como el uso de preservativo y las pruebas regulares de detección como el papanicolaou (25).

Figura 10.

Manifestaciones clínicas



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

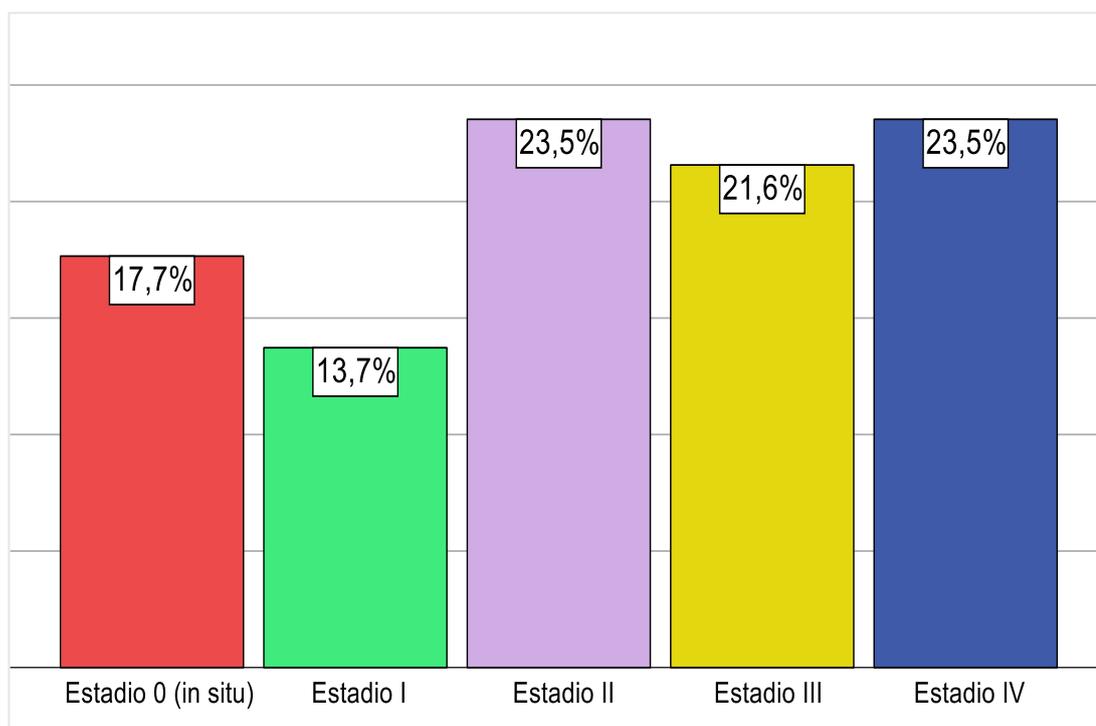
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

Las secreciones vaginales anormales, el dolor pélvico y el sangrado irregular o postcoital, son síntomas indicativos de cáncer de útero, en ocasiones las secreciones suelen volverse malolientes y sanguinolentas, por ende, el dolor puede presentarse en el área pélvica o durante las relaciones sexuales. Estos síntomas cuando se presentan a menudo son señales de cáncer de cuello uterino que pueden estar afectando al útero y a los tejidos circundantes. Dando lugar a cambios citológicos que pueden ser indicativos de severidad, de displasia cervical o cáncer de cuello uterino (29).

Figura 11.

Estratificaciones



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

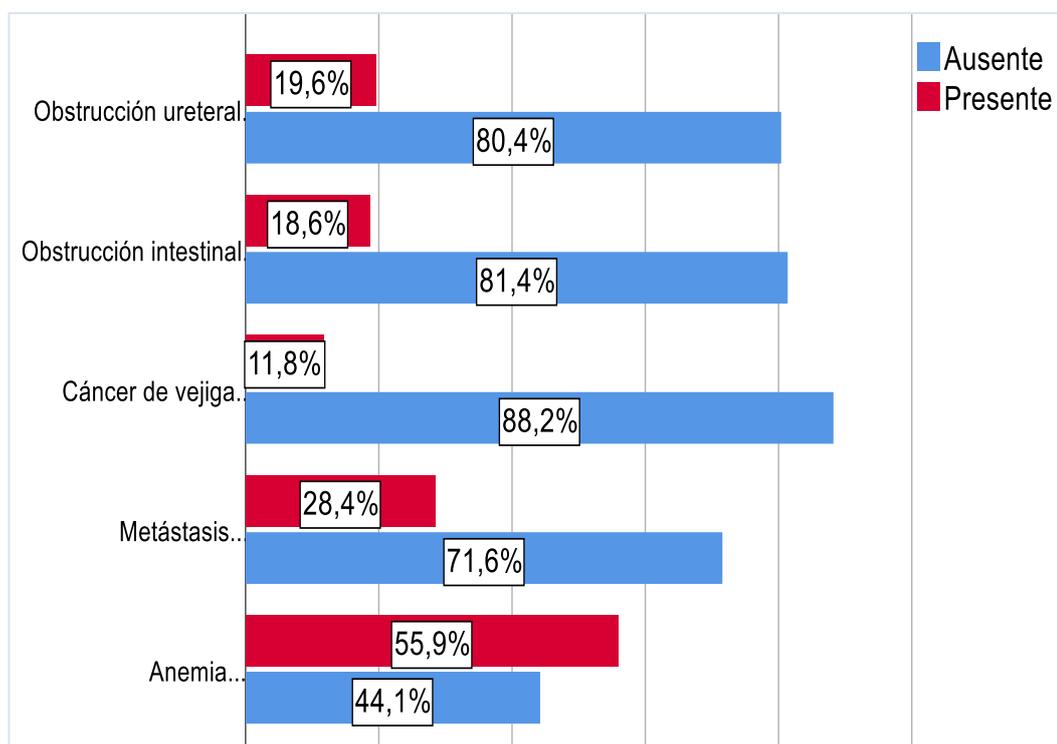
Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

La figura muestra que las múltiples están en estadio II y IV. En el estadio II el cáncer ha comenzado a extenderse más allá del cuello uterino afectando así la parte superior de la vagina y los tejidos circundantes, pero no ha llegado a órganos pélvicos adyacentes ni a los ganglios linfáticos distantes. Sin embargo, en el estadio IV la enfermedad ha avanzado, considerando su diseminación a órganos cercanos como la vejiga y el recto e incluso a otros órganos distantes, considerando como complicación a la metástasis (44).

Figura 12.

Complicaciones



Fuente: Base de datos estadística de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.

Elaborado por: Alvarado Vargas, Jennifer Andrea

ANÁLISIS

Una de las principales complicaciones dentro del cáncer de cuello uterino es la anemia como resultado del sangrado crónico propia de la enfermedad o de los efectos secundarios de los tratamientos. La metástasis puede ocurrir en etapas avanzadas lo que implica la diseminación del cáncer a otros órganos distantes complicando aún el tratamiento y el requerimiento de terapia sistémica y paliativa (21).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian factores clave relacionados con el cáncer de útero en mujeres multíparas, entre ellos la edad de inicio de la actividad sexual, antecedentes gineco-obstétricos, historial de infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) y otros factores de riesgo.

En cuanto a la edad de inicio de la actividad sexual, el 38,2% de las participantes comenzaron su vida sexual después de los 20 años, lo cual es consistente con lo reportado por Sánchez et al. (10), quienes en su estudio indicaron que el 40% de las mujeres que inician su actividad sexual a una edad más avanzada tienen menor riesgo de desarrollar cáncer cervical. Sin embargo, en este estudio también se observó que el 32,4% de las mujeres iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años, lo que las coloca en un grupo de riesgo elevado. Báez et al. (12) encontraron que un 35% de las mujeres que inician su actividad sexual antes de los 15 años presentan mayor incidencia de infecciones por VPH, lo que incrementa el riesgo de cáncer cervical.

El 42,2% de las mujeres en este estudio reportaron antecedentes personales o familiares de cáncer de útero, lo que subraya la importancia de la herencia genética como factor de riesgo. En estudios previos, Alvarenga et al. (9) indicaron que el 45% de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer ginecológico tienen una mayor predisposición a desarrollar esta enfermedad. Esto resalta la necesidad de una evaluación más estricta y seguimiento continuo en mujeres con antecedentes familiares.

El 54,9% de las participantes informaron haber sido diagnosticadas con VPH, una prevalencia alta que coincide con lo hallado por Báez et al. (12), quienes encontraron que un 50% de las mujeres con múltiples partos y antecedentes de VPH están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. En este contexto, es importante destacar que Mao et al. (30) reportaron una prevalencia del 48% de VPH en mujeres multíparas, lo que sugiere que la alta paridad y la infección por VPH son factores de riesgo combinados para el desarrollo de cáncer cervical.

En este estudio, el 16,7% de las mujeres reportó haber tenido más de tres parejas sexuales, lo cual es preocupante, ya que Mao et al. (30) mencionan que un 20% de las mujeres con más de tres parejas sexuales presentan un mayor riesgo de desarrollar infecciones de transmisión sexual, como el VPH. La promiscuidad sexual es uno de los principales factores asociados con la transmisión del VPH, un hallazgo que también fue subrayado por Sánchez et al. (10), quienes señalaron que la multiplicidad de parejas sexuales aumenta en un 25% el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

El 52% de las mujeres en este estudio no utilizaron anticonceptivos, un porcentaje que refleja una tendencia preocupante, especialmente en mujeres multíparas. Sánchez et al. (10) reportaron que el 55% de las mujeres que no utilizan anticonceptivos tienen mayor riesgo de embarazos no deseados y exposición a infecciones, lo cual está estrechamente relacionado con un mayor riesgo de cáncer cervical.

En relación con el número de embarazos, el 42,2% de las mujeres de este estudio han tenido entre 2 y 3 partos, lo cual se correlaciona con los resultados de Báez et al. (12), quienes reportaron que el 40% de las mujeres con 2 o más partos tienen mayor probabilidad de presentar infecciones persistentes por VPH, lo que incrementa el riesgo de cáncer cervical. Por otro lado, el 19,6% de las participantes ha tenido más de 5 partos, lo que está en línea con el 18% reportado por Mao et al. (30), quienes encontraron que la alta paridad contribuye a la progresión de lesiones cervicales a estadios más avanzados. Un 37,3% de las participantes tenía un historial de displasia cervical, lo cual indica una prevalencia significativa de lesiones precancerosas entre las mujeres estudiadas. Virginia Oncology Associates (33) informaron que el 35% de las mujeres con displasia cervical no tratada pueden progresar a cáncer cervical si no reciben atención adecuada, destacando la importancia de los programas de detección y tratamiento precoz.

El hecho de que el 61,8% de las mujeres no registre vacunación contra el VPH refleja la baja cobertura de los programas de vacunación en esta población. En un estudio realizado por Alvarenga et al. (9), se encontró que el 60% de las mujeres sin vacunación contra el VPH están en mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical, subrayando la necesidad de mejorar la cobertura y el acceso a la vacunación en áreas vulnerables.

Finalmente, la anemia fue la complicación más frecuente encontrada en este estudio, lo que concuerda con los resultados de Ávila (40), quienes documentaron que un 42% de las mujeres con cáncer ginecológico avanzado desarrollan anemia como complicación secundaria a la hemorragia crónica. Además, las metástasis y obstrucciones uretrales fueron complicaciones reportadas en este estudio, lo que es coherente con los hallazgos de Aguilar et al. (45), quienes mencionan que el 30% de las mujeres con cáncer de útero avanzado presentan complicaciones como metástasis y obstrucciones, complicando significativamente el manejo clínico y pronóstico de estas pacientes.

CONCLUSIONES

Se demostró que la prevalencia de cáncer de cuello de útero, fue del 7.03% durante el período 2022-2023. Los antecedentes gineco obstétricos mostraron que las mujeres multíparas comenzaron su actividad sexual después de los 20 años. Se observa una alta prevalencia de antecedentes de cáncer de útero y de infecciones por el virus del papiloma humano. A pesar de que muchas han tenido una sola pareja sexual y no emplean métodos anticonceptivos, la mayoría ha tenido entre 2 y 3 partos. Además, hay un historial notable de displasia cervical y una cantidad significativa de mujeres no están vacunadas contra el virus del papiloma humano.

De acuerdo a los grados de cáncer de útero una proporción destacada de mujeres fue diagnosticada en el estadio II, seguido por el estadio V. Luego, se encuentra el estadio III, mientras que un número menor de casos corresponde al estadio 0 (in situ) y al estadio I. Esta distribución muestra una predominancia de diagnósticos en estadios más avanzados.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se observa que la mayoría de las mujeres presenta secreciones vaginales anormales, seguidas por dolor pélvico, sangrado vaginal irregular y sangrado vaginal post coital. Otros síntomas comunes incluyen masa pélvica y cambios citológicos. Menos frecuentes son los cambios en el patrón urinario y la presencia de verrugas genitales.

En lo que respecta a las complicaciones, la anemia es la más frecuente, seguida por metástasis y obstrucción uretral. Las complicaciones menos comunes incluyen cáncer de vejiga y obstrucción intestinal.

RECOMENDACIONES

Las instituciones de salud deben fortalecer los programas de tamizaje y diagnóstico temprano para el cáncer de útero, especialmente en mujeres con factores de riesgo o aquellas con antecedentes de displasia cervical o infecciones por el VPH.

El Ministerio de Salud Pública debe ampliar la cobertura y promover la vacunación contra el VPH en mujeres, especialmente en aquellas de zonas rurales o con difícil acceso a servicios de salud, con el fin de reducir la incidencia de cáncer de útero en el futuro.

Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel clave en la detección y prevención del cáncer de útero, especialmente en mujeres que presentan un riesgo elevado. Para esto es fundamental que realicen exámenes de tamizaje regulares, como el Papanicolaou y la prueba de VPH, para detectar anomalías cervicales en etapas tempranas.

Los estudiantes deben motivar a la comunidad a participar activamente en campañas de concienciación sobre la importancia de la prevención del cáncer de útero, lo que no solo fortalecerá sus habilidades en educación sanitaria, sino que también contribuirá a la salud pública.

REFERENCIAS

1. Víquez K, Araya R, Hidalgo M. Cáncer de cérvix: generalidades. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2022 [citado 3 de noviembre de 2023];7(9):e898-e898. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/898>
2. Cohen P, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10167):169-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30638582/>
3. Ocaña C, González A, Pedraza R. Prevención del cáncer de cérvix desde la perspectiva enfermera. *SANUM* [Internet]. 2020;4(3):28-35. Disponible en: https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a4.pdf
4. Lecointre L, Lodi M, Molière S, Gantzer J, Eberst L, Menoux I, et al. Tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadio III y IV. *EMC - Ginecología-Obstetricia* [Internet]. 2023 [citado 3 de noviembre de 2023];59(1):1-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X22474327>
5. Santos R, Pereira H, Lima N, Gusmão R, Gomes D, Dos Santos A. Control of cervical cancer in the primary care setting in South American countries: systematic review. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022;46:e107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36016837/>
6. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Fernandes A, Pérez M, Ávila M, Karolinski A, Hoegl J. Perspectiva actual sobre la prevención del cáncer de cuello uterino en Venezuela. Valoración mediante una encuesta. *RSOGV* [Internet]. 2022 [citado 3 de noviembre de 2023];82(03):340-9. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/08/9.-82-3-AO-AV-cuello-uterino-3.pdf>
7. Zhang S, Xu H, Zhang L, Qiao Y. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chin J Cancer Res* [Internet]. 2020 [citado 3 de

noviembre de 2023];32(6):720-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7797226/>

8. Nivelá E, Calvopiña J, Llerena C. Incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres adultas jóvenes: nivel de conocimientos para su prevención. *Revista Finlay* [Internet]. 2023 [citado 8 de julio de 2024];13(3):116-26. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1301>
9. Alvarenga C, Sandoval I, Auchter M. Factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres de 35 a 45 años atendidas en el Hospital Julio C. errando entre 2012-2013. *Rev Fac Med Univ Nac Nordeste* [Internet]. 2015 [citado 16 de julio de 2024];8-15. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/home/images/Factores_de_riesgo_de_cancer_de_cervix.pdf
10. Sánchez R, Fernández L, Rodríguez M, Magahlaes HA, Gómez AE. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino en San Juan y Martínez, 2020. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* [Internet]. 2021 [citado 16 de julio de 2024];25(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Velázquez C, Kawabata A, Rios-González CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017: Prevalence of precursor lesions of cervical cancer and sexual/reproductive antecedents of natives of Caaguazú, Paraguay 2015-2017. *Revista de salud pública del Paraguay* [Internet]. 2018 [citado 16 de julio de 2024];8(2):15-20. Disponible en: <https://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/43>
12. Báez C, Casañas J, Insfran C, Fernández A, Vera M. Incidencia de cáncer cervicouterino en usuarias gestantes y no gestantes estudiadas en el hospital regional de Pilar de enero a diciembre de 2021. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 [citado 16 de julio de

2024];6(6):5556-66. Disponible en:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3827>

13. Faizan U, Muppidi V. Uterine Cancer (Archived). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 8 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562313/>
14. Walia S, Mhaweche P. Lesions of the Uterine Cervix. En: Shoupe D, editor. Handbook of Gynecology [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 8 de julio de 2024]. p. 1199-213. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-14881-1_62
15. AziziKia H, Didar H, Teymourzadeh A, Nakhostin-Ansari A, Jafari Doudaran P, Ferasatifar B, et al. Uterine and Cervical Cancer in Iran: An epidemiologic analysis of the Iranian National Population-Based Cancer Registry. Arch Iran Med [Internet]. 2023 [citado 8 de julio de 2024];26(1):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10685806/>
16. Duarte E, Franco E. Cancer of the Uterine Cervix. BMC Women's Health [Internet]. 2023 [citado 8 de julio de 2024];4(1):S13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S13>
17. Bhatla N, Aoki D, Sharma D, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2018 [citado 3 de noviembre de 2023];143(S2):22-36. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12611>
18. Zaldívar Lelo De Larrea G, Martín Molina F, Sosa Ferreyra CF, Ávila Morales J, Lloret Rivas M, Román Lara M, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2012 [citado 16 de julio de 2024];77(4):315-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Malave-Saltos JR, Bermello-Sornoza IA, Cárdenas-Saltos KG, Guerrero-Robles CM, Recalde-Rosado JV, Santana-Intriago OL. Factores de riesgo

- que inciden para la presencia del cáncer cervicouterino. *Dominio de las Ciencias* [Internet]. 2019 [citado 16 de julio de 2024];5(2):363-75. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/906>
20. Arévalo A, Arévalo D, Villarroel C. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2020 [citado 8 de julio de 2024];23(2):45-56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582017000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Okunade KS. Human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2020 [citado 8 de julio de 2024];40(5):602-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1634030>
22. González RYV, Ledezma JCR. La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. 2019 [citado 8 de julio de 2024];4(5):537-50. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2834>
23. Kamani M, Akgor U, Gültekin M. Review of the literature on combined oral contraceptives and cancer. *Ecancermedicalscience* [Internet]. 2022 [citado 8 de julio de 2024];16:1416. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9377820/>
24. Cooper D, McCathran CE. Cervical Dysplasia. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 8 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430859/>
25. Kamolratanakul S, Pitisuttithum P. Human Papillomavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness against Cancer. *Vaccines* [Internet]. 2021 [citado 8 de julio de 2024];9(12):1413. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/12/1413>

26. Salazar V. Sangrado uterino anormal: abordaje y manejo. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2022 [citado 16 de julio de 2024];7(7):e869-e869. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/869>
27. Gómez L, Quintero V, Hernán C, Jimena L. Manejo de las hemorragias en el enfermo oncológico avanzado. *Rev chil anest* [Internet]. 2022 [citado 16 de julio de 2024];51(4). Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv5109051448/>
28. Ortega A. Cáncer de útero [Internet]. 2020. Disponible en: <https://aulaginecologia.com/wp-content/uploads/2022/10/CAe%CC%8CNCER-DE-VAGINA-2.pdf>
29. Graham J. El dolor en el cáncer ginecológico [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom131k.pdf>
30. Mao P, Zhang C, Wang X, Yang H. Copious vaginal discharge finally diagnosed as cervical adenocarcinoma: A case report. *Medicine* [Internet]. 2023 [citado 16 de julio de 2024];102(16):e33614. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2023/04210/copious_vaginal_discharge_finally_diagnosed_as.31.aspx
31. Xu H, Liu M, Song Y, Liu L, Xu F, Chen J, et al. Metabolomics variation profiling of vaginal discharge identifies potential targets for cervical cancer early warning. *Acta Biochim Biophys Sin (Shanghai)* [Internet]. 2022 [citado 16 de julio de 2024];54(10):1561-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9827803/>
32. Miccò M, Lupinelli M, Mangialardi M, Gui B, Manfredi R. Patterns of Recurrent Disease in Cervical Cancer. *Journal of Personalized Medicine* [Internet]. 2022 [citado 16 de julio de 2024];12(5):755. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/5/755>

33. Virginia Oncology Associates. Estadificación del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2022 [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://es.virginiacancer.com/cervical-cancer/staging/>
34. Gilreath J, Stenehjem D, Rodgers G. Diagnosis and treatment of cancer-related anemia. *Am J Hematol.* 2014;89(2):203-12.
35. Abiri B, Vafa M. Iron Deficiency and Anemia in Cancer Patients: The Role of Iron Treatment in Anemic Cancer Patients. *Nutr Cancer.* 2020;72(5):864-72.
36. Gerstberger S, Jiang Q, Ganesh K. Metastasis. *Cell.* 2023;186(8):1564-79.
37. Paskett E, Dean J, Oliveri J, Harrop P. Cancer-related lymphedema risk factors, diagnosis, treatment, and impact: a review. *J Clin Oncol.* 2022;30(30):3726-33.
38. Sleight B, Manna B. Lymphedema. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 8 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537239/>
39. Lee YC, Jivraj N, O'Brien C, Chawla T, Shlomovitz E, Buchanan S, et al. Malignant Bowel Obstruction in Advanced Gynecologic Cancers: An Updated Review from a Multidisciplinary Perspective. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2018 [citado 8 de julio de 2024];2018:1867238. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5985138/>
40. Avila D, Hernández A, Mitjans D. Cancer cérvico uterino, una batalla que ganar. Enfoque multidisciplinario paciente oncológico [Internet]. 2021 [citado 16 de julio de 2024];4(2). Disponible en: <https://oncocienfuegos2021.sld.cu/index.php/oncocfg/conferencias/paper/view/238>
41. Ley Orgánica de Salud. Ley Orgánica de Salud [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.etapa.net.ec/Portals/0/TRANSPARENCIA/Literal-a2/LEY-ORGANICA-DE-SALUD.pdf>

42. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
43. WinEpi. WinEpi: Working IN EPIdemiology [Internet]. 2024 [citado 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.winepi.net/sp/index.htm>
44. Acevedo K, Medina M, Betancur C. Cáncer de cérvix: una mirada práctica. Revista Médica de Risaralda [Internet]. 2022 [citado 3 de noviembre de 2023];28(2):151-66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672022000200151&lng=en&nrm=iso&tlng=es
45. Aguilar D, Viteri A, Henríquez A, Dávila P. Carga de enfermedad por cáncer de cuello uterino en Ecuador, periodo 2015-2020. Metro Ciencia [Internet]. 2022 [citado 3 de noviembre de 2023];30(2):10-7. Disponible en: <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/328>

ANEXOS

APROBACIÓN DE TEMA



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 16 de Julio del 2024

Srta. Jennifer Andrea Alvarado Vargas
Estudiante de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, "Prevalencia de Cáncer de Útero en Multiparas que acuden a la Consulta Externa del Hospital General Universitario de Guayaquil" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, el tutor asignado es el Dr. Luis Oviedo Pilataxi.

Me despido deseándole éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,



Lcda. Ángela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

cc. Archivo

PERMISO INSTITUCIONAL

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2024-0158-M

Guayaquil, 25 de julio de 2024

PARA: ALVARADO VARGAS JENNIFER ANDREA

Sra. Ing. Verónica Noemi Suárez Velastegui
**Responsable de la Gestión de Admisiones y Estadística del Hospital
Universitario de Guayaquil**

ASUNTO: APROBACIÓN A SOLICITUD DE INVESTIGADOR IRE.
ALVARADO VARGAS JENNIFER ANDREA

Saludos cordiales.

En respuesta al Documento MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2024-0158-E, Solicitud de los siguiente investigadora IRE. ALVARADO VARGAS JENNIFER ANDREA, se autoriza realizar investigación previamente aprobada con el tema: "PREVALENCIA DE CÁNCER DE ÚTERO EN MÚLTIPARAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL".

Solicitándole como Responsable de la Gestión de Estadística y Admisiones se brinden facilidades para que se desarrolle la investigación, en el período comprendido entre el DICIEMBRE 2022 a DICIEMBRE 2023. Por tal se autoriza al personal de estadística facilitar toda la información pertinente de acuerdo a las necesidades requeridas, con los CIE-10:

- C53 NEOPLASIA MALAIGNA DEL CUELLO DEL ÚTERO
- C54 NEOPLASIA MALIGNA DEL CUELLO DEL UTERO (CÁNCER DEL ENDOMETRIO)

Correos	Jennifer.alvarado@cu.ucsg.edu.ec
Área	CONSULTA EXTERNA
Solicitud específica	• datos estadísticos

En la sección de Anexos, se encuentra el oficio físico entregado por el solicitante. Agradecemos de antemano su colaboración.

Atentamente,

Dirección: Km. 23 vía Perimetral contiguo al Terminal de Viveres Montebello
Código postal: 090706 / Guayaquil-Ecuador. **Teléfono:** +593-4-2594-760
www.hug.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Quiplus



1/2



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2024-0158-M

Guayaquil, 25 de julio de 2024



Firmado electrónicamente por:
**JANET DEL ROCIO
GORDILLO CORTAZA**

Documento firmado electrónicamente

Dra. Janet del Rocio Gordillo Cortaza
**RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL**

Referencias:

- MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2024-0298-E

Anexos:

- solicitud_de_investigador_de_alvarado_vargas_jennifer.pdf

Copia:

Sra. Mgs. Denis Paullette Granja Lainez
Enfermera de Docencia del Hospital Universitario de Guayaquil

Sra. Mgs. Jessica Paola Flor Calero
Directora Asistencial del Hospital Universitario de Guayaquil

Dirección: Km. 23 vía Perimetral contiguo al Terminal de Víveres Montebello
Código postal: 090706 / Guayaquil-Ecuador. **Teléfono:** +593-4-2594-760
www.hug.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Qulpux

EL NUEVO
ECUADOR

2/2



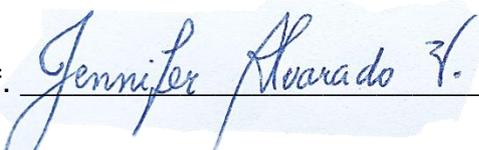
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Alvarado Vargas, Jennifer Andrea**, con C.C: # **0931258115** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de septiembre de 2024**

f. 

Nombre: **Alvarado Vargas, Jennifer Andrea**

C.C: **0931258115**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Alvarado Vargas, Jennifer Andrea		
REVISOR(ES)/ TUTOR(ES)	Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, Cáncer, Cáncer de Útero, Multíparas		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El cáncer de útero, denominado también cáncer de cuello uterino o cervical representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Objetivo: Determinar la prevalencia de cáncer de útero en multíparas que acuden a la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil. Metodología: El tipo de estudio tuvo un enfoque descriptivo, método cuantitativo, retrospectivo de corte transversal. Población y muestra: 102 mujeres multíparas. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: Guía de observación. Resultados: De acuerdo a los antecedentes gineco obstétricos el 38,2% inició su vida sexual después de los 20 años. El 42,2% tiene antecedentes de cáncer de útero y el 54,9% ha contraído infecciones por el virus del papiloma humano (VPH). Además, el 52,9% ha tenido una sola pareja y el 52,0% no utiliza métodos anticonceptivos. En cuanto a la maternidad, el 42,2% ha tenido entre 2 y 3 partos. El 37,3% presenta antecedentes de displasia cervical y el 38,2% no ha recibido la vacuna contra el VPH. Respecto al diagnóstico de cáncer cervical, el 23,5% se encuentra en estadio II y el 21,6% en estadio III. Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen sangrado vaginal irregular (63,7%), dolor pélvico (73,5%), y secreciones vaginales anormales (96,1%). Entre las complicaciones se reporta anemia en el 55,9%, metástasis en el 28,4%, y obstrucción uretral en el 19,6%. Conclusión: Durante el período 2022 al 2023 hubo un ingreso de 1450 mujeres multíparas de las cuales 102 presentaron diagnóstico de cáncer de cuello de útero mostrando una prevalencia del 7.03%.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 96 919 3475	E-mail: jennifer.alvarado@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena, Msc		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			