



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

TEMA:

Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017.

AUTORAS:

**Cevallos Mejía, Cinthya Isabel
Carrasco Carranza, Génesis Diveana**

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lcda. Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mgs.

Guayaquil, Ecuador

14 de Marzo del 2017



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cinthyá Isabel Cevallos Mejía y Génesis Diveana Carrasco Carranza**, como requerimiento para la obtención del **TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TUTORA

Lcda. Rosa Calderón Molina MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vincés, MGS.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2017



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **CINTHYA ISABEL CEVALLOS MEJÍA y GÉNESIS DIVEANA CARRASCO CARRANZA**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017**. 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 nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2017

LAS AUTORAS

Cinthy Cevallos Mejía

Génesis Carrasco Carranza



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **CINTHYA ISABEL CEVALLOS MEJÍA y GÉNESIS DIVEANA CARRASCO CARRANZA**

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 cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2017

LAS AUTORAS

Cinthy Cevallos Mejía

Génesis Carrasco Carranza

Es seguro | <https://secure.orkund.com/view/25945130-737814-622924#q1bklVayio7VUJStOTM/LTMIMTsxLlWymqgrAA=-> Cristina González (cristina_gonzalez01)

ORKUND

Documento [prevalencia del cancer cervico uterino.docx \(D26165067\)](#)

Presentado 2017-03-04 17:22 (-05:00)

Recibido cristina.gonzalez01@ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje **TESIS PREVALENCIA DEL CANCER CERVICO UTERINO autoras cevallos carrasco** [Mostrar el mensaje completo](#)

de esta aprox. 104 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 0 fuentes

Lista de fuentes		Bloques
+	Categoría	Enlace/nombre de archivo
+		cultura financiera Juan Herrera 23 agosto.docx
+		marco teorico corregido.docx
+		D.Bajana Marco Teorico.docx
+		PROPADOR TESIS JOSE LUIS OUEZADA.docx
+		informe final ficha (1) (1).docx

0 Advertencias Reinciar Exportar Compartir

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

TEMA: Prevalencia de cancer cervico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017

AUTORAS: Cevallos Mejia, Cynthia Isabel
Carrasco Carranza, Genesis Divesana

Trabajo de titulación previo a la obtencion del grado de LICENCIADA EN ENFERMERIA

TUTORA: Lora Calderon Molina, Rosa Elizabeth
Guayaquil, Ecuador (dia) de (mes) del (año)

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

Mgs. ~~Cristina González~~
C.I.: 1201511027
DOCENTE UCSC

Urkund Analysis Result

Analysed Document: prevalencia del cancer cervico uterino .docx (D26165067)
Submitted: 2017-03-04 23:22:00
Submitted By: cinthyacev_15@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Mgs. Cristina González
C.I. 1201011027
DOCENTE UCSG

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL"

TEMA: Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017.

AUTORAS: Cevallos Mejía, Cinthya Isabel

Carrasco Carranza, Génesis Diveana

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lcda. Calderón Molina, Rosa Elizabeth

Guayaquil, Ecuador (día) de (mes) del (año)

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL"

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Cinthya Isabel Cevallos Mejía y Génesis Diveana Carrasco Carranza, como requerimiento para la obtención del TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TUTOR (A) _____

Lcda. Rosa Calderón Molina

DIRECTOR DE LA CARRERA

_____ Lcda. Ángela Mendoza Vincés, Mgs.

Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año (año)

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL"

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, CINTHYA ISABEL CEVALLOS MEJÍA y GÉNESIS DIVEANA CARRASCO CARRANZA

DECLARAMOS QUE: El Trabajo de Titulación Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017.

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 nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año (año)

LAS AUTORAS

Cinthy Cevallos Mejía Génesis Carrasco Carranza

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL"

AUTORIZACIÓN

Nosotros, CINTHYA ISABEL CEVALLOS MEJÍA y GÉNESIS DIVEANA CARRASCO CARRANZA

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 cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017,

cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los (días) del mes de (mes) del año (año)

LAS AUTORAS

Cinthy Cevallos Mejía Génesis Carrasco Carranza

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL"

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

F. ROSA ELIZABETH CALDERON MOLINA TUTORA

f. ANGELA OBILDA MENDOZA VINGES DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

f. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ COORDINADOR DEL AREA UTE AGRADECIMIENTO

Al haber culminado con éxito el presente trabajo de titulación nos gustaría agradecer a Dios por bendecirnos cada día, porque hiciste realidad uno de nuestros sueños anhelados, nos brindaste fuerzas para superar obstáculos, dificultades, nos otorgaste un camino de vida lleno de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A nuestros padres por ser la primera escuela, aprendiendo valores para así construir nuestro futuro, tras haberme mostrado que con esfuerzo y perseverancia se puede llegar a una meta.

Al "Hospital Oncológico de Solca" de la ciudad de Guayaquil, por ofrecernos las facilidades requeridas para culminar el trabajo de titulación y obtener la información necesaria.

A los maestros de la universidad Católica Santiago de Guayaquil y en especial nuestra tutora que con su conocimiento y apoyo incondicional fue primordial para terminar el trabajo de titulación.

A cada una de las personas que nos motivaron con sus palabras... a todos eternos agradecimientos

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado con éxito el presente trabajo de titulación nos gustaría agradecer a Dios por bendecirnos cada día, porque hiciste realidad uno de nuestros sueños anhelados, nos brindaste fuerzas para superar obstáculos, dificultades, nos otorgaste un camino de vida lleno de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A nuestros padres por ser la primera escuela, aprendiendo valores para así construir nuestro futuro, tras haberme mostrado que con esfuerzo y perseverancia se puede llegar a una meta.

Al “Hospital Oncológico de Solca” de la ciudad de Guayaquil, por ofrecernos las facilidades requeridas para culminar el trabajo de titulación y obtener la información necesaria.

A los maestros de la universidad Católica Santiago de Guayaquil y en especial nuestra tutora que con su conocimiento y apoyo incondicional fue primordial para terminar el trabajo de titulación.

A cada una de las personas que nos motivaron con sus palabras... a todos eternos agradecimientos

CEVALLOS MEJIA, CINTHYA ISABEL
CARRASCO CARRANZA, GÉNESIS DIVEANA

DEDICATORIA

A nuestro Padre Celestial, Dios, modelo más grande de amor.

A nuestras familias, amigos y personas especiales en nuestras vidas.

CEVALLOS MEJIA, CINTHYA ISABEL
CARRASCO CARRANZA, GÉNESIS DIVEANA



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

**ROSA ELIZABETH CALDERON MOLINA MGS.
TUTORA**

**ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

**MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ MGS.
COORDINADOR DEL AREA UTE**

**RIOFRIO CRUZ MARIANA ESTELA MGS.
OPONENTE**



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CALIFICACIÓN

**LCDA. ROSA CALDERÓN MOLINA, MGS.
TUTORA**

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN	2
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	3
AUTORIZACIÓN	4
AGRADECIMIENTO.....	I
DEDICATORIA.....	II
TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	III
LISTA TABLAS	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
RESUMEN	IX
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I	12
1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	15
1.4. OBJETIVOS.....	16
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	16
CAPÍTULO II.....	17
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.	17
2.1.2. MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.1.3. FACTORES DE RIESGO	19
2.1.3.1. HISTORIA NATURAL.....	19
2.1.4. POSIBLE FACTOR ETIOLÓGICO.	20
2.1. TIPO DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.	21
2.1.4.1. COFACTORES.	23
1.TRICHOMONAS VAGINALES.	23
2.CLAMIDIA	23
3.VIRUS HERPES SIMPLE 2.....	24
4. NEISSERIA GONORRHEA.....	25
2.1.4.2. FACTORES PSICOSOCIALES.	25
1. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL.....	25
2.1.4.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN.....	27

1. PARIDAD	27
2.1.4.4. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL.....	28
1. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES Y EDAD DEL PRIMER COITO. ...	28
2.1.4.5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	30
1. ANTICONCEPTIVOS ORALES.....	30
3.1 CLÍNICA.....	31
3.1.2 CLASIFICACION CLÍNICA DEL CANCER CERVICAL- ESTADIFICACIÓN.....	32
3.13.ESTADIFICACION DEL CANCER CERVICOUTERINO FIGO 2009.....	33
CAPÍTULO III	34
4.1. MATERIALES Y MÉTODOS.	34
4.1.1. POBLACIÓN.	34
4.1.2. TIPO DE ESTUDIO.	34
4.1.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
4.1.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. ...	34
4.1.5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS.	34
4.1.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	34
4.1.6. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	35
5.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	38
6.1. DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.....	68

LISTA TABLAS

TABLA No. 1 EDAD	73
TABLA No. 2 ETNIA	73
TABLA No. 3 ESTADO CIVIL	74
TABLA No. 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA.....	74
TABLA No. 5 LUGAR DE RESIDENCIA.....	75
TABLA No. 6 LUGAR DE PROCEDENCIA	75
TABLA No. 7 AGENTE ETIOLOGICO.....	76
TABLA No. 8 NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.....	76
TABLA No. 9 EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL.....	77
TABLA No. 10 NÚMERO DE EMBARAZOS	77
TABLA No. 11 EDAD DEL PRIMER EMBARAZO.....	78
TABLA No. 12 NIVEL SOCIOECONÓMICO	78
TABLA No. 13 TABAQUISMO EN MUJERES	79
TABLA No. 14 NÚMERO DE CIGARRILLOS.....	79
TABLA No. 15 FRECUENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO	80
TABLA No. 16 ESTADIO DE LA ENFERMEDAD.....	80
TABLA No. 17 SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD	81
TABLA No. 18 SIGNOS DE L ENFERMEDAD	81
TABLA No. 19 AÑOS DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	82
TABLA No. 20 ANTECEDENTES FAMILIARES.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1	38
GRÁFICO No. 2	39
GRÁFICO No. 3	40
GRÁFICO No. 4	41
GRÁFICO No. 5	42
GRÁFICO No. 6	43
GRÁFICO No. 7	44
GRÁFICO No. 8	45
GRÁFICO No. 9	46
GRÁFICO No. 10	47
GRÁFICO No 11	48
GRÁFICO No 12	49
GRÁFICO No. 13	50
GRÁFICO No 14	51
GRÁFICO No 15	52
GRÁFICO No 16	53
GRÁFICO No 17	54
GRÁFICO No 18	55
GRÁFICO No 19	56
GRÁFICO No 20	57

RESUMEN

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad neoplásica, a nivel de Latino América y en el Ecuador, considerada como la segunda causa de mortalidad en la población femenina adulta joven y madura. El estudio realizado se denomina prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil. El objetivo principal: determinar la prevalencia de cáncer cérvico uterino. Materiales y métodos: estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos en el área de estadística, desde octubre del 2016 hasta febrero del 2017, aplicando una matriz de observación indirecta. La tabulación de datos mediante el programa Excel. Discusión y Conclusiones: la edad más relevante es la etapa adulta-madura, entre 41 a 61 años (50%). El nivel socioeconómico no influye en la propagación de la enfermedad, sin embargo la temprana edad de mantener relaciones sexuales (10 a 20 años) predispone a esta población a presentar ETS y diagnosticarse HPV (60.43%). Los estadios de la enfermedad IIB - IIIA son un referente latinoamericano, que coincide con los resultados obtenidos. Se puede descartar que el tabaquismo y los antecedentes familiares representen un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad.

Palabras claves: PREVALENCIA-CANCER CERVICO UTERINO.

ABSTRACT

Cervical uterine cancer is a neoplastic disease, in Latin America and in Ecuador, considered to be the second cause of mortality in the young and mature adult female population. The study was called the prevalence of cervical cancer in women treated at the outpatient clinic at the National Oncology Institute "Dr. Juan Tanca Marengo "SOLCA-Guayaquil. The main objective: to determine the prevalence of cervical cancer. Materials and methods: study with quantitative approach, descriptive, longitudinal, prospective. Data collection was done by reviewing clinical records in the area of statistics, from October 2016 to February 2017, applying an indirect observation matrix. Tabulation of data using the excel program. Discussion and Conclusions: the most relevant age is the adult-mature stage, between 41 and 61 years (50%). Socioeconomic status does not influence the spread of the disease; however, the early age of sexual intercourse (10 to 20 years) predisposes this population to present STDs and diagnose HPV (60.43%). The stages IIB - IIIA of disease are a Latin American referent, which coincides with the results obtained. It can be ruled out that smoking and family history represent a risk factor for developing the disease.

Keywords: CERVICAL UTERINE PREVALENCE-CANCER.

INTRODUCCIÓN

“El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por una marcada atipia celular con alteraciones de la relación núcleo- citoplasma, pleomorfismo, anaplasia, crecimiento celular desordenado y autónomo.” En el mundo se registran alrededor de 475.000 casos nuevos por año de cáncer de cuello de útero, de los cuales 90.000 suceden en países desarrollados, de tal forma que los países en vías de desarrollo tienen el 80% de esta incidencia, con tasas de hasta 90 por 100.000 mujeres /año en Centroamérica y África subsahariana; en España datos del INE del año 2006 revelan que 601 mujeres murieron por cáncer de cérvix, y en EEUU, según el National Cáncer Institute morirán casi 4.000 mujeres por esta causa en el año 2008, sumando un total en el mundo de 233.000 muertes al año (Bajo Arenas, Lailla Vicens, & Xercavins Montosa, 2009, p. 381; Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004)

El trabajo realizado se trata sobre la prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en una consulta externa de SOCA-Guayaquil desde el 2011-2015. Es un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, longitudinal, prospectivo; para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta. Los resultados obtenidos reflejan un alto índice de infección por virus papiloma humano (60.43%); en relación a otros datos se encontró: estado civil soltera (50%); casadas (24.64%) y un aspecto muy importante como es que las mujeres con esta enfermedad neoplásica han sido múltiparas de 4 -6 embarazos representando el 40,54%.

El estudio realizado, consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, justificación, Objetivos, Preguntas de Investigación.

Capítulo II: Fundamentación conceptual, fundamentación legal

Capítulo III: variables generales y operacionalización, diseño de la investigación, presentación y análisis de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio realizado se relaciona con la línea de investigación de Epidemiología Hospitalaria, a escala mundial, el cáncer de cérvix uterino comprende aproximadamente un 12% de todos los cánceres de la mujer; es el segundo cáncer más común en el mundo; las estimaciones anuales para el año 2000 eran de 470.600 nuevos casos y 233.400 defunciones por cáncer cervical al año. (Pino & Albán, 2008, p. 42)

En el Ecuador fueron censados 12.156.608 habitantes en el 2001; en Quito, la capital de Ecuador (con una población de 1.839.853 habitantes según el censo del 2001, lo que representa un 15,13% de la población nacional), 133 mujeres se diagnostican de cáncer cérvico uterino y 55 mueren por esta causa, en promedio, cada año; esto significa que en el Ecuador se diagnosticarían unas 826 mujeres al año y se esperarían unas 344 defunciones por esta causa. (Pino & Albán, 2008, p. 42)

En la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil, durante los años 2011-2015 en la consulta externa de ésta institución, se atendieron un total de 349 mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, lo cual significa un gran riesgo para las mujeres en etapa fértil afectando su calidad de vida sexual, emocional y física; por lo tanto es importante establecer el comportamiento de esta enfermedad para conocer la realidad de estos casos y como futuras profesionales poder aportar con datos actualizados y de esta manera coadyuvar con la reducción de esta patología.

El cáncer cérvico uterino, afecta no solo el aspecto fisiológico, también el psicológico, social y familiar, representa tanto para la mujer como para la familia enfrentar cambios, para poder readaptarse, recuperarse y rehabilitarse, mantener actualizado los datos es una prioridad para la salud pública.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El cáncer cérvico uterino es curable si se detecta a tiempo, sin embargo, la mortalidad ocupa el segundo lugar en las estadísticas nacionales y locales en el país, de acuerdo a resultados reportados en el año 2006: 724 muertes fueron registradas por presentar esta patología neoplásica, representando una tasa de mortalidad 10,8; este hecho obliga a replantear la situación de continuar realizando investigaciones que permitan conocer la idiosincrasia de las mujeres y su entorno.

En los últimos años, la presencia de cáncer cérvico uterino se adelantó en una década, relacionada con el gran aumento de la infección por HPV; las evidencias señalan el incremento de la incidencia del carcinoma in situ en mujeres menores de 19 años; Haddad, en una investigación de 1000 mujeres menores de 19 años, halló en el 4.6 % anomalías citológicas y en ese grupo halló 33 % de carcinoma in situ. (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010)

Los altos índices de las estadísticas revisadas ha sido el principal motivo para la realización de este estudio, considerando que formaremos parte del equipo de salud y debemos conocer la situación de un verdadero problema de salud pública que, a pesar de que esta institución de especialidad como otros centros que forman parte del Sistema Nacional de Salud, hacen los mejores esfuerzos para cumplir con programa de prevención que, representan un gran incremento económico en el presupuesto del Estado.

Contribuir con datos epidemiológicos actualizados es un gran referente para establecer diferentes estrategias de intervención en una de los niveles como es: la atención primaria de salud, considerando que uno de los roles de enfermería es el acercamiento a la comunidad a través de diferentes medios y de esa forma contribuir a disminuir los índices de enfermedades

que, de no ser detectado y tratado a tiempo, representaran un gran riesgo para la población femenina en etapa fértil.

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. (Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal | Ministerio de Salud Pública, s. f.). Por ende mencionamos que al finalizar nuestro proyecto de investigación se mostrarán diversos resultados sobre la prevalencia de esta enfermedad lo cual beneficiará de conocimiento a la población y así poder seguir con los diversos programas que promueve por ejemplo el Ministerio de salud pública para la reducción de enfermedades como es el cáncer de cuello uterino, entre otras.

1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características presentaron las mujeres con cáncer cérvico uterino, atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad Guayaquil durante los años 2011-2015?

¿Cuál es la etiología y los factores de riesgo que presentaron las mujeres con cáncer cérvico uterino, atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil durante los años 2011-2015?

¿Cuál es la clasificación clínica de la enfermedad y las manifestaciones que presentaron las mujeres con cáncer cérvico uterino, atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil durante los años 2011- 2015?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la prevalencia del cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar a la población femenina diagnosticada con cáncer cérvico uterino atendida en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.
- Identificar la etiología y los factores de riesgo que presentaron las mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico uterino atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.
- Mencionar la clasificación clínica de la enfermedad y las manifestaciones que presentaron las mujeres con cáncer cérvico uterino atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.

2.1.1. MARCO REFERENCIAL.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES MENORES DE 35 AÑOS Y MAYORES DE 60 AÑOS.

Resultados: El inicio de la actividad sexual fue a los $14,6\pm 4,3$ años en el grupo A y $17,5\pm 3,4$ años en el grupo B ($P=0,03$); la edad del primer embarazo fue 18 y 20 años, respectivamente ($P=0,036$); no hubo diferencias en el número de parejas sexuales, embarazos, hábito tabáquico y consumo de anticonceptivos orales, el motivo de consulta más frecuente fue sangrado genital en ambos grupos; el diagnóstico citológico predominante fue lesión intraepitelial de alto grado (33,3 % y 19,6 % respectivamente), colposcópicamente, hubo 80 % en el grupo A y 71,7 % en el grupo B de sospecha de invasión; el tipo histológico más frecuente fue epidermoide en ambos grupos; conclusiones: La incidencia de cáncer de cuello uterino fue de 1:1 575 (24,6 % en menores de 35 años y 75,4 % en pacientes de 35 años y más), en pacientes menores de 35 años, el inicio de la actividad sexual y la edad del primer embarazo son significativamente más bajos; los hallazgos clínicos, patológicos, el tratamiento indicado y la evolución de las pacientes fueron independientes del grupo de edad. (Arenas Aponte, Henríquez Romero, & González Blanco, 2011)

Tasas de cáncer de cuello uterino en mujeres jóvenes de los Estados Unidos.

- El 78% de los casos de cáncer de cuello uterino se diagnosticó en mujeres de 30 a 39 años.
- El 21% de los casos de cáncer de cuello uterino se diagnosticó en mujeres entre 20 y 29 años.
- El 1% de los casos de cáncer de cuello uterino se diagnosticó en mujeres menores de 20 años.
- Desde 1999 hasta el 2008, se presentaron 3,063 casos por año de cáncer de cuello uterino, En promedio, hubo 14 casos por año en las mujeres de 15 a 19 años y 125 casos por año entre las mujeres de 20 a 24 años.

Aunque el cáncer de cuello uterino es muy poco frecuente en las mujeres jóvenes, las pruebas de Papanicolaou anormales son comunes en estas mujeres debido a una infección frecuente de transmisión sexual, el virus del papiloma humano (VPH); una prueba de Papanicolaou anormal puede llevar a que se tomen procedimientos adicionales que podrían causar daños y a un tratamiento innecesario, la mayoría de las anomalías en las mujeres jóvenes mejoran sin tratamiento; debido a que el cáncer de cuello uterino es poco frecuente en las mujeres jóvenes, los médicos deben seguir las recomendaciones de comenzar a realizar las pruebas de detección de dicho cáncer a los 21 años de edad.(«CDC - Página principal del cáncer de cuello uterino», s. f.)

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CÁNCER CERVICO UTERINO EN MUJERES MENORES DE 30 AÑOS.

RESULTADOS: se encontró que 4/5 pacientes del total de mujeres menores de 30 años se diagnosticaron entre los 25 y los 30 años, mientras 1/5 pacientes fue menor de 25 años; el carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente (80 %), las pacientes recibieron como tratamiento: la

cirugía (47,4 %), la radioterapia (42,1 %) y cirugía más radioterapia o viceversa; los factores de riesgo que mostraron una mayor asociación con el CCU fueron la precocidad sexual y la presencia de HPV en el 27,5 %, el 34,5 % de las mujeres menores de 30 años afortunadamente eran portadoras de carcinoma *in situ*. Sin embargo, el 47 % de las pacientes incluidas en este análisis se detectaron con tumores localmente avanzadas (IIa, IIb y IIIb).(Martínez Martínez Pinillo et al., 2010)

2.1.2. MARCO CONCEPTUAL

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión o no del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia, los expertos refieren que la evolución es un proceso gradual y con imposibilidad de calcular el tiempo en meses o años de duración, desde la fecha del contagio de la infección por el Papiloma Virus Humano (PVH) hasta la aparición de la displasia, y su desarrollo posterior, para que se alcance un cáncer invasor; en algunas ocasiones la evolución es muy rápida -pocos meses y se salta algunas etapas, casi siempre pasan entre 10 y 20 años sin que progrese a cáncer. (Martínez & Pimente, 2015)

2.1.3. FACTORES DE RIESGO

2.1.3.1. HISTORIA NATURAL

El agente responsable de las alteraciones a nivel del epitelio cervical uterino es el Virus del Papiloma Humano (VPH); La infección genital por el VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente que existe, se calcula que hasta el 80% de mujeres sexualmente activas tendrán contacto,

en algún momento de su vida, con el virus; la prevalencia de la infección por VPH en chicas adolescentes, sexualmente activas, varía según la población estudiada, con un rango entre el 25 – 65 %, ahora bien, la gran mayoría de infecciones por VPH son transitorias (90%) y de éstas sólo un 25% producirán alteraciones citohistológicas, todas ellas, no superiores a CIN I (neoplasia cervical intraepitelial) ; solo en un pequeño porcentaje de infecciones (10%), infección persistirá, siendo este grupo el que está predispuesto para el desarrollo de lesiones de alto grado y cáncer cervical.(Bajo Arenas et al., 2009, p. 374,375)

2.1.4. POSIBLE FACTOR ETIOLÓGICO.

1. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino

El cuello uterino puede ser hereditario en algunas familias, si su madre o hermana tuvieron Cáncer de Cuello Uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces; algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que las mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras, en otros casos, la mujer de la misma familia, como una paciente que ha sido diagnosticada, puede estar más propensa a tener uno o más de otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección.(Arteaga Vera, Ortega Almendras, & Ponce Fuentes, p. 11)

Los oncogenes son alelos hiperactivos o desregulados de genes promotores del crecimiento normal, que actúan como aceleradores de la proliferación celular y que cuando experimentan mutaciones o se expresan a niveles altos contribuyen a que una célula normal se convierta en una célula cancerosa, estos genes son dominantes, ello significa que basta con que se altere una sola copia del gen para que se exprese el fenotipo tumoral, a diferencia de los genes supresores tumorales que son recesivos y se requieren que se alteren ambas copias del gen, para ampliar sobre estos conceptos básicos; actualmente se sabe de más de 500 genes involucrados

en la carcinogénesis cervical mediante mecanismos de metilación, amplificación genética, mutaciones, polimorfismo y cambios en el nivel de expresión; con frecuencia en el cáncer de cérvix se activan por amplificación protooncogenes como EGFR, MYC (8q24), ERBB2 (17q11.2-12), CCND1 (11q13), HRAS (11q15.5) y cIAP1 (11q22).(Mora, Caridad, Baro, Tomás, & Pavón Gómez, 2013, p. 71,72)

2. Infección por papiloma virus humano (VPH)

El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores, en la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal; el virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital, estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas, la infección con VPH se asociaba principalmente con verrugas vulgares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños; en adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, et al., 2004)

La infección por el virus del papiloma humano en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina; la mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones; el hombre cursa como portador asintomático. (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, et al., 2004)

2.1. TIPO DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Los diferentes tipos y subtipos virales, actualmente más de sesenta conocidos, son definidos según el porcentaje de homología en la secuencia de polinucleótidos del ADN; muchos de ellos infectan el tracto genital inferior

de la mujer, estos subtipos virales pueden ser divididos en tres grupos de relevancia clínica: **Subtipos virales de bajo riesgo oncogénico**, como el 6, 11, 30, 42, 43,44, frecuentemente hallados en el SIL de bajo grado y raramente en el cáncer invasor; **Subtipos virales de riesgo intermedio**: como el 31, 33, 35, 39, 51,52 y 61, hallados en el SIL de alto grado y menos frecuentemente en el cáncer invasor; **Subtipos virales de alto riesgo oncogénico**: como el 16,18,45 y 56 hallados en el SIL de alto grado y en el cáncer invasor.(Gori, 2005, p. 355)

Se cree que el virus se replica en los núcleos de las células basales donde otras áreas de epitelio pueden ser colonizadas por la infección, el tiempo de incubación varía entre 6 semanas y 9 meses; la colonización puede mantenerse en estado de “infección latente” o dar lugar en células permisivas y en presencia de factores predominantes del huésped, el tipo de HPV y otros cofactores, a una fase de infección subclínica a infección clínica; se cree que para que se produzca la propagación hacia la malignidad se requiere la interacción de varios factores carcinogénicos. (Gori, 2005, p. 355)

La infección por HPV en el tracto genital femenino se puede presentar como **infección clínica**: visible a simple vista como las clásicas proliferaciones papilomatosas denominadas “condilomas acuminados”, de frecuente localización en la piel y mucosas de la vulva, y menos frecuentemente en vagina y cuello uterino; Infección subclínica (condiloma viral plano): no visible a simple vista y detectada por la citología y/o colposcopia, **La infección subclínica** difiere de la clínica solo a nivel macroscópico; **Infección latente**: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación de ADN viral, en individuos con tejidos clínica e histológicamente normales. (Gori, 2005, p. 355)

2.1.4.1. COFACTORES.

Agentes de transmisión sexual.

1. *Trichomonas vaginales.*

Es un parásito flagelado, descrito por Donne en 1836, anaerobio, de membrana ondulante y con 4 flagelos, ovalado, y un poco más grande que un leucocito, el humano es el único huésped, con parejas sexuales múltiples, es de contagio sexual, pero el germen puede ser aislado en fluidos corporales (orina) o en fómites (toallas y ropa íntima); la incubación es de 3-28 días (7-21 días); tiene una incidencia del 1,8-32%, se suponen 150 millones de casos en el mundo, una cuarta parte de todas las vaginitis, y se da en una quinta parte de las mujeres a lo largo de su vida, también hay transmisión perinatal; puede ser asintomática en un 3-15%; los reservorios son el hombre y la mujer, pero el vector es el hombre. (López-Olmos & Gasull, s. f., p. 121)

La localización es en vagina, uretra y glándulas periuretrales y de Bartholino, en la mujer; en el hombre, en la uretra, próstata, vesículas seminales y surco balanoprepucial; el factor es la promiscuidad sexual, la probabilidad de infección, tras una única relación sexual (RS) con un infectado, en la mujer es del 87%, y en el hombre del 70%, la clínica es: prurito, escozor, dispareunia, disuria o dolor pélvico, en la mujer; flujo amarillo verdoso, con burbujas (en un 20%); eritema vulvar con escoriaciones, cérvix enrojecido, hemorragias puntiformes (cérvix en fresa, en un 5%) y coitorragias; en el hombre, hay pérdida uretral escasa y/o disuria, pero puede ser infección asintomática en el 10-50%.(López-Olmos & Gasull, s. f., p. 121)

2. **Clamidia**

Actualmente se considera que la infección por este microorganismo es la más frecuente entre las enfermedades de transmisión sexual, la infección por esta bacteria puede causar endocervicitis mucopurulema, endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad consecutiva a

patología tubaria, así como síndrome uretral agudo; en las mujeres embarazadas la infección es transmisible al recién nacido, que puede desarrollar conjuntivitis y neumonía, así mismo, se le ha identificado también en infecciones de posparto y durante el parto como responsable de los partos prematuros, ruptura de membranas y mortalidad perinatal. (Alonso de Ruiz, Lazcano Ponce, & Hernández Ávila, 2005, p. 34)

Chlamidya trachomatis tiene una diversidad de 15 serotipos, varios de ellos causantes de la mayor parte de las enfermedades del tracto genitourinario en el ser humano, dicho microorganismo es un parásito intracelular obligado; en la célula infectada tiene un ciclo de reproducción muy rápido, cerca de 48 horas, creciendo dentro de los fagosomas, por lo cual queda completamente aislado de los mecanismos de defensa del organismo; durante el desarrollo bacteriano en el interior de la célula, aparecen cuerpos elementales y reticulares característicos mismos que sirven para diagnosticar la infección. (Alonso de Ruiz et al., 2005, p. 34)

Existe una fuerte asociación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (se incrementa en 3 veces); por otra parte, la ***Gardnerella vaginalis*** es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar fuertemente asociada con el cáncer de cuello uterino, el complejo N-cadherina/catenina es un componente estructural importante en la adhesión de las células epiteliales. (Alonso de Ruiz et al., 2005, p. 34)

3. Virus herpes simple 2

Recientes estudios han demostrado que el VHS-2 en coinfección con otro virus como el virus del papiloma humano (VPH), se convierte en potencial factor de riesgo en el desarrollo de procesos neoplásicos; sugiriendo que la interacción biológica entre los dos agentes infecciosos podría conllevar al desarrollo del cáncer cervical; los otros estudios, por el contrario, no han podido demostrar una relación directa entre VHS-2 y cáncer cervical; aunque la evidencia es contradictoria, el potencial de riesgo asociado con la interrelación entre el VHS-2 y la aparición de cáncer cervical requiere de mayores estudios que esclarezcan esta probable asociación, a pesar de esto

existen evidencias que el VHS-2 es un potencial cofactor de riesgo asociado con cáncer cervical. (Carrero et al., 2006, p. 254)

4. Neisseria gonorrhoea

N. gonorrhoeae es la segunda causa más frecuente de ITS bacteriana en EUA, con 60000 nuevos casos cada año, el organismo es un diplococo gramnegativo e infecta la faringe en casi el 10% de los casos también puede sobrevivir en el huésped que permanece como portador asintomático, aunque se produzca anticuerpos; la mayoría de mujeres infectadas permanecen asintomáticas, pero solo 5% de los varones se mantienen sin síntomas; cuando hay síntomas, las manifestaciones de la infección gonocócica del aparato genital inferior son las mismas que para *Chlamydia* e incluyen cervicitis mucopurulenta, con cérvix inflamado, rojo y friable, con hemorragia al contacto, y uretritis aguda, que causa disuria con polaquiuria mínima y urgencia, el urocultivo casi siempre es negativo (Hacker, Gambone, Hobel, & Araiza Martínez, 2011)

2.1.4.2. FACTORES PSICOSOCIALES.

1. Condición socioeconómica y cultural.

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa; se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren, la pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna; Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en

condiciones que las expone más al virus.(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 152)

Los países de ingresos altos consiguen reducir la incidencia y la mortalidad de cáncer cérvico uterino, aún con programas de tamizaje basados en la demanda, claro que «los programas organizados mediante llamada sistemática, recordatorio, seguimiento y vigilancia son los más eficaces, lo que (dependiendo del punto de vista) podría explicarse argumentando que cuando otras necesidades de la población han sido debidamente solventadas (prevención primaria), la capacidad de impacto de los programas de tamizaje (prevención secundaria) son mejores.(Pino & Albán, 2008, p. 45)

En nuestra realidad las condiciones de pobreza imprimen todavía el sello específico de nuestro perfil de salud y enfermedad y hacen que el acceso de importantes segmentos de la población a las condiciones de prevención primaria (educación, empleo, nutrición, agua potable, higiene, saneamiento básico, etc.) sea limitado, no se diga a los programas de prevención secundaria. En el caso ecuatoriano, otro de los ingredientes del problema es la «atomización» del sistema de salud. «No es fácil definir el límite que existe entre las innovaciones institucionales y los cambios sociales más amplios, pero lo cierto es que los cambios sociales han contribuido sustancialmente a mejorar la salud. (Pino & Albán, 2008, p. 45)

Cuando los países han adoptado cambios técnicos como estos, la salud de los pueblos ha mejorado aún sin que en la sociedad haya habido prosperidad ni crecimiento económico» «el crecimiento del ingreso no es causa necesaria ni suficiente para lograr adelantos en el campo de la salud; los instrumentos con que se cuenta hoy para mejorar la salud son tan poderosos y baratos que la situación sanitaria puede ser razonablemente buena incluso en los países de ingreso bajo» (Pino & Albán, 2008, p. 45,46)

2.1.4.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN

1. Paridad:

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces; a pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 151)

2. Edad del primer parto:

“Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.”(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 151)

3. Tabaquismo:

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones pre invasoras y la duración e intensidad del hábito; en promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras, experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial; además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman, como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local; diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente

la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 151)

2.1.4.4. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL

1. Número de compañeros sexuales y edad del primer coito.

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales, esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH; por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 150)

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas, se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor; el riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004)

La edad de inicio de las relaciones sexuales parece ser la más importante, porque está relacionada con los cambios biológicos que ocurren en el cuello durante la pubertad, revelando la inmadurez fisiológica de la zona de transformación donde se origina la neoplasia; las adolescentes tienen un predominio de células metaplásicas y endocervicales sobre el ectocérvix, lo cual lo hace especialmente vulnerable al PVH y a otros agentes de infección de transmisión sexual; al referirle al número de parejas sexuales, se plantea que en la mayoría de las investigaciones publicadas en Salud Pública, se asocia el elevado número de compañeros sexuales con la aparición de cáncer cervical.(Martínez & Pimente, 2015, p. 379)

2. Características del compañero sexual.

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia; en un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control. (Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 150)

De la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas, otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar; además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca ha utilizado condón. (Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 150,151)

Es de suma importancia, considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino y sobre todo el varón de riesgo o promiscuo que mantiene relaciones sexuales sin protección, tiene una probabilidad más alta de desarrollar una infección de transmisión sexual (ITS) y por tanto, una contaminación en su plasma seminal, la cual tiene un importante papel en la infección por el VPH; el plasma seminal constituye el 90 % del líquido que se eyacula, que contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune como los linfocitos T y B, las células asesinas naturales (NK), macrófagos y anticuerpos del sistema de complemento. (Martínez & Pimente, 2015, p. 380)

2.1.4.5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Anticonceptivos orales.

Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial, sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical, en un estudio multicéntrico realizado por la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino; el riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años. (Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 151)

La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente, varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor; se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.(Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 151,152)

“Métodos de barrera. Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.” (Ortiz Serrano, Pérez, et al., 2004, p. 152)

3.1 CLÍNICA

Los estadios precoces del cáncer de cérvix son asintomáticos en un 30-50% de los casos, mientras que estos porcentajes, descienden al 1,4% en los casos avanzados, los signos y síntomas clínicos acompañantes al cáncer de cérvix son: la hemorragia por contacto se inicia con el coito, lavados vaginales, exploraciones digitales o instrumentales o con la defecación. Cuando el tumor es avanzado puede ser bastante cuantía, es un síntoma capital que hace acudir a la paciente a la consulta médica; Leucorrea de color rosado (agua de lavar carne), oscura o mal oliente (casos avanzados) o sanguinolenta (roturas capilares) libro oncología básica.(Celorio, 1986, pp. 334-335) (Bajo Arenas et al., 2009)

(Celorio, 1986) Menciona “El dolor aparece en estadios avanzados (metástasis ganglionares que afectan a nervios lumbo-sacros; invasión parametrial; invasión de vejiga o recto); otros síntomas incluyen trastornos digestivos (anorexia, pérdida de peso, tenesmo vesical, anuria), edema de miembros inferiores, etc., de aparición tardía.”

Los dos signos más frecuentes del cáncer de cuello uterino son la hemorragia y la secreción vaginal, hasta el 90% de las pacientes experimentan algún tipo de hemorragia vaginal, que incluye hemorragia posmenopáusica, hemorragia poscoito, menorragia o sangrado intremestrua, aunque la hemorragia posmenopáusica se destaca como el síntoma característico en cáncer de endometrio, algunas series demostraron que constituye el signo más frecuente en el cáncer de cuello uterino; una secreción vaginal amarillenta serosanguinolenta puede ser un signo más sutil de cáncer de cuello uterino; puede ser atribuida a una infección o a cervicitis y el diagnóstico de cáncer se pasa por alto.(Fleischer, 1999, p. 216)

3.1.2 CLASIFICACION CLÍNICA DEL CANCER CERVICAL- ESTADIFICACIÓN

(Gori, 2005) “Los estudios para la estadificación clínica aceptados por la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) son solo los que pueden ser efectuados por cualquier establecimiento de asistencia médica, para uniformar los criterios de un idioma en común.”

La clasificación ampliamente utilizada para el CaCu es el sistema de la FIGO, este sistema ha sido objeto de varias revisiones en las últimas décadas y la más reciente en 2009; a diferencia de otros cánceres ginecológicos que se estadifican anatomoquirúrgico, el CaCu es clínico, principalmente porque es más prevalente en países en desarrollo donde los recursos quirúrgicos y diagnósticos son limitados, la estadificación clínica bajo anestesia se complementa con otros procedimientos como cistoscopia, sigmoidoscopia y urografía excretora, los cuales ya no son obligatorios en el nuevo sistema de clasificación de la FIGO.(Vargas-Hernández, Acosta-Altamirano, Vargas-Aguilaa, Moreno-Eutimiob, & Rodríguez-Blaz, s. f.)

3.1.3. ESTADIFICACION DEL CANCER CERVICOUTERINO FIGO 2009

Estadio I: El CaCu está estrictamente limitado al cuello del útero (sin extensión al cuerpo)

- IA: El CaCu se diagnostica por microscopia. La ILV ya sea venosa o linfática, no afecta la clasificación
- IA1: El CaCu invade al estroma en < 3 mm y < 7mm en extensión horizontal
- IA2: El CaCu invade el estroma > 3 mm y < 5 mm con extensión horizontal < 7 mm
- IB: Es el CaCu de mayor tamaño que clínicamente es visible y está confinado al cuello uterino
- IB1: El CaCu es clínicamente visible < 4 cm en su mayor dimensión
- IB2: El CaCu es clínicamente visible > 4 cm en su mayor dimensión

Estadio II: El CaCu se ha extendido más allá del cuello uterino sin extensión a la pared pélvica y si afecta la vagina no llega a su tercio inferior

- IIA: El CaCu no se ha extendido al parametrio
- IIA1: El CaCu es < 4 cm
- IIA2: El CaCu es > 4cm
- IIB: El CaCu afecta el parametrio

Estadio III: El CaCu se extiende a la pared pélvica: en la exploración clínica al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pélvica y/o se extiende al tercio inferior de la vagina

- IIIA: El CaCu se ha extendido al tercio inferior de la vagina pero no a la pared pélvica
- IIIB: El CaCu se ha extendido a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o disfunción renal

Estadio IV: El CaCu es metastásico

- IVA: El CaCu infiltra la mucosa vesical o rectal y/o se extiende más allá de la pelvis misma (el edema mucoso no es suficiente para clasificar un tumor como T4)
- IVB: El CaCu desarrolla metástasis a distancia (por ejemplo, a pulmón)

CaCu: cáncer cervicouterino; ILV: invasión linfocelular.

(Álvarez et al., 2012)

CAPÍTULO III

4.1. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1.1. POBLACIÓN.

Conformado por 349 mujeres de todas las edades atendidas en la consulta externa durante los años 2011 hasta 2015 en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo SOLCA-Guayaquil.

4.1.2. TIPO DE ESTUDIO.

El trabajo es un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo.

4.1.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la revisión de expedientes clínicos y datos estadísticos registrados en los años del 2011 hasta 2015 se utilizó la observación indirecta.

4.1.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- Presentación y aprobación del tema de investigación.
- Solicitud y aprobación institucional.
- Recolección de datos desde octubre 2016 a marzo del 2017
- Informe final y presentación de resultados.

4.1.5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS.

Para la tabulación de datos se utilizó el programa Excel y para los resultados obtenidos se elaboraron tablas y gráficos.

4.1.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Guía o matriz de recolección de datos para los expedientes clínicos de mujeres atendidas durante el 2011- 2015

4.1.6. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.

4.1.6.1. Prevalencia de cáncer cérvico uterino

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Describe la proporción de la población que padece la enfermedad que queremos estudiar, en un momento determinado.	Características de la población	Edad	21-30 años__ 31-41 años__ 41-51 años__ 51-61 años__ 61-70 años__ 71-81 años__ 81-90 años__
		Estado civil	Soltera __ Casada __ Divorciada __ Unión libre __ Viuda __
		Raza	Blanca __ Negra __ Mestiza __ Indígena __ Otras __
		Nivel de Instrucción académica	Primaria __ Secundaria __ Universitaria __ Ninguna __
		Lugar de residencia	Área urbana __ Área rural __ Área urbano-marginal __
		Lugar de procedencia.	Costa __ Sierra __ Oriente __ Región insular __

4.1.6. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.

4.1.6.1. Prevalencia de cáncer cérvico uterino

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Describe la proporción de la población que padece la enfermedad que queremos estudiar, en un momento determinado.	Etiología de la enfermedad.	Agentes microbianos.	Trichomonas ___
			Clamidia ___
	Factores de riesgo de la enfermedad.	Antecedentes familiares.	Madre ___
			Tía ___
		Número de compañeros sexuales.	1 ___
			2 ___
			3 ___
		Número de embarazos.	+de 3 ___
			1 ___
2 ___			
3 ___			
Edad del primer embarazo	4 ___		
	5 ___		
Consumo de anticonceptivos orales.	6 ___		
	7 ___		
	- de 20 años ___		
Nivel socio económico.	20-25 años ___		
	26- 31 años ___		
	32- 37 años ___		
Tabaquismo	+ de 37 años ___		
	1-3 años ___		
SI ___ No.cigarrillos ___	4- 7 años ___		
	8- 10 años ___		
NO ___ Frecuencia ___	Alto ___		
	Medio ___		
	Bajo ___		

4.1.6. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.

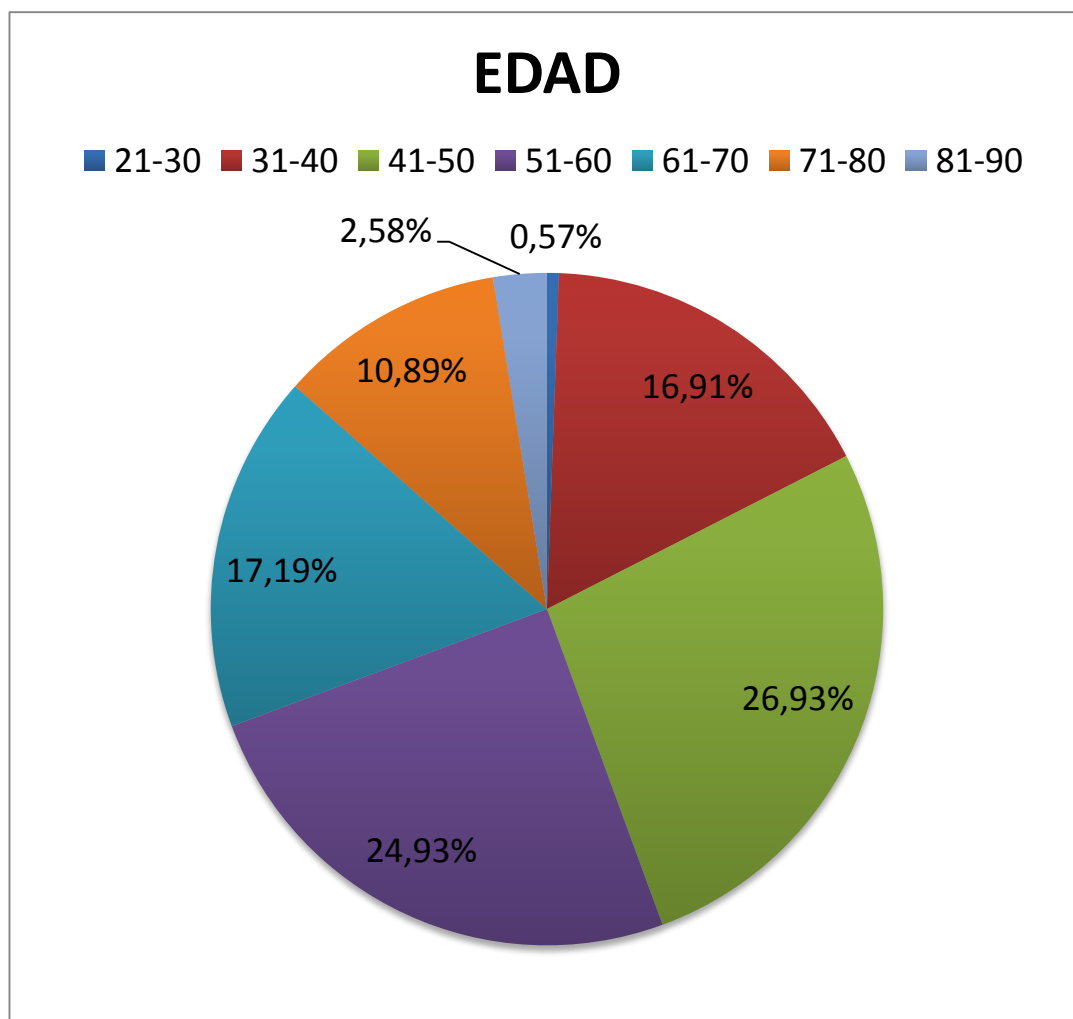
4.1.6.1. Prevalencia de cáncer cérvico uterino

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Describe la proporción de la población que padece la enfermedad que queremos estudiar, en un momento determinado.	Clasificación clínica.	Estadios de la enfermedad.	IA IB IIA IIB IIIA IIIB IVA IVB
	Manifestaciones	Síntomas	Hemorragia trans vaginal ___ Hemorragia inter menstrual ___ Hemorragia post menopáusica ___ Flujo aeroso mal oliente ___ Pérdida de peso ___
		Signos	Dolor pélvico ___ Edema piernas ___ Dolor lumbar ___ Fistula retro vaginal ___ Anemia ___ Síndrome urémico__

5.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN INDIRECTA

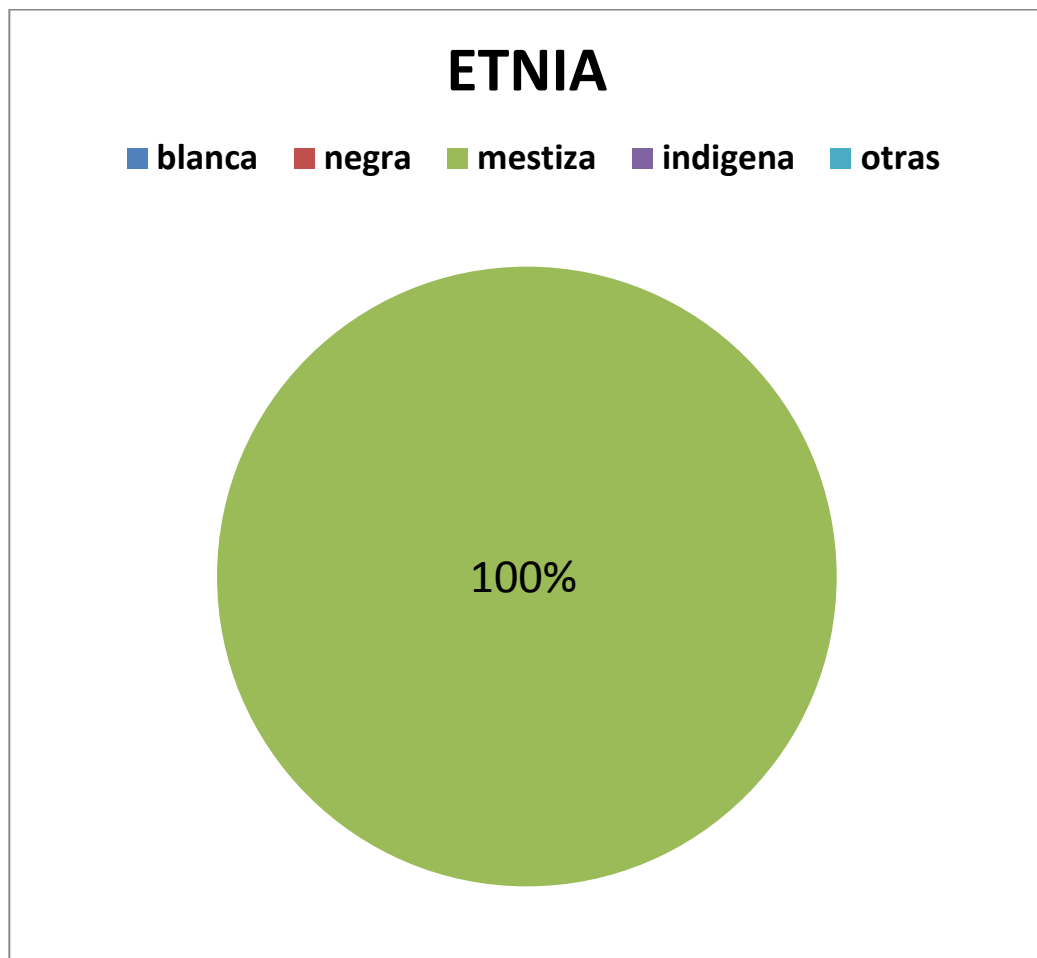
GRÁFICO No. 1



Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis: La prevalencia de cáncer cérvico uterino, se ubica en el rango de edad entre 41 a 60 años, correspondiendo al 50% de la población femenina atendida por esta enfermedad.

GRÁFICO No. 2



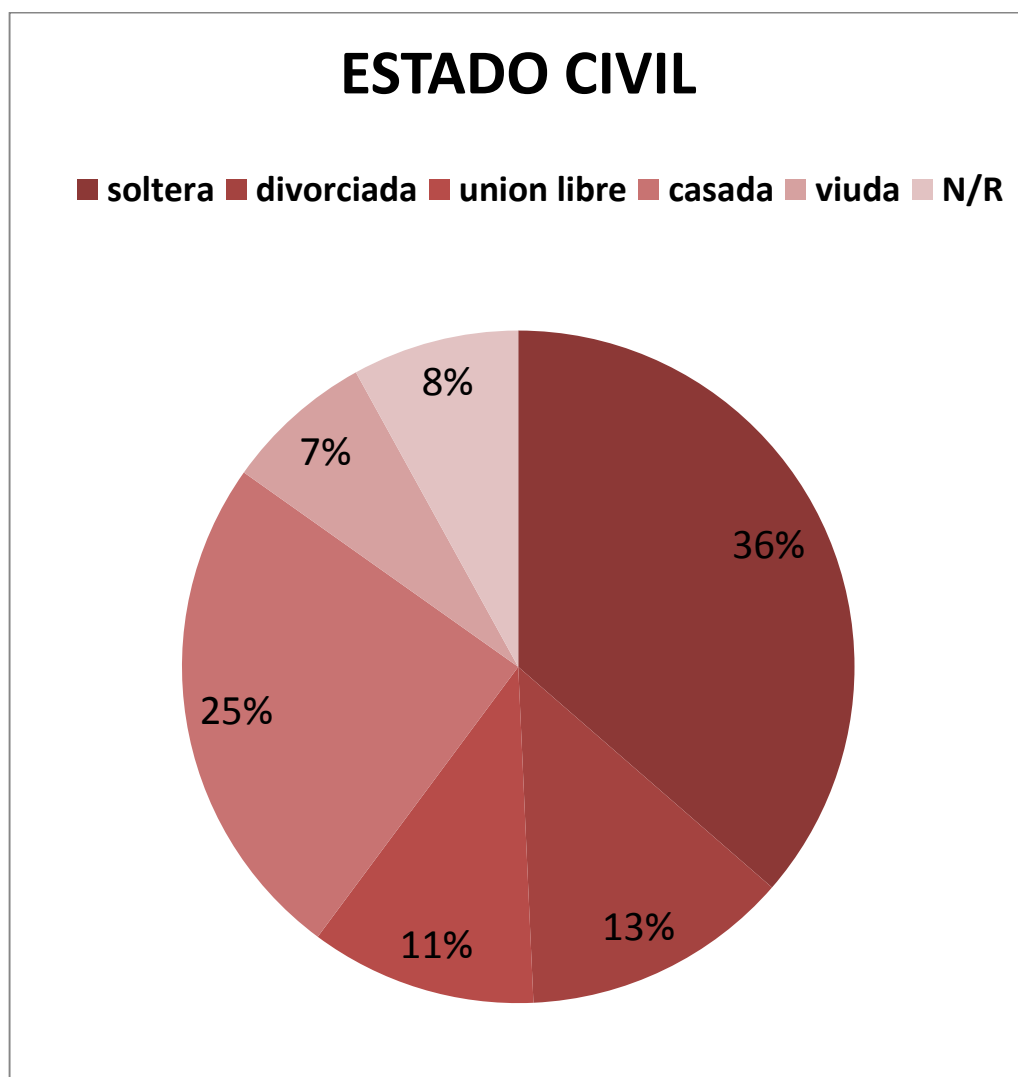
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El 100% de la población femenina, corresponde a la raza mestiza diagnosticadas con cáncer cérvico uterino durante el año 2015.

GRÁFICO No. 3



Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

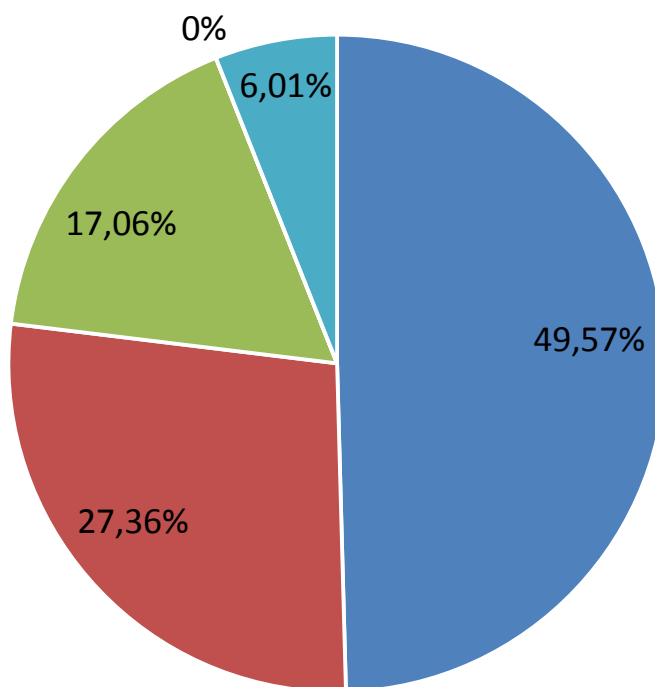
Análisis:

La prevalencia de cáncer cérvico uterino se encuentra en el grupo de mujeres solteras atendidas en la consulta externa del Hospital Oncológico SOLCA, siendo este un porcentaje de 36,39%.

GRÁFICO No. 4

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

■ primaria ■ secundaria ■ universitaria ■ analfabeta ■ N/R



Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

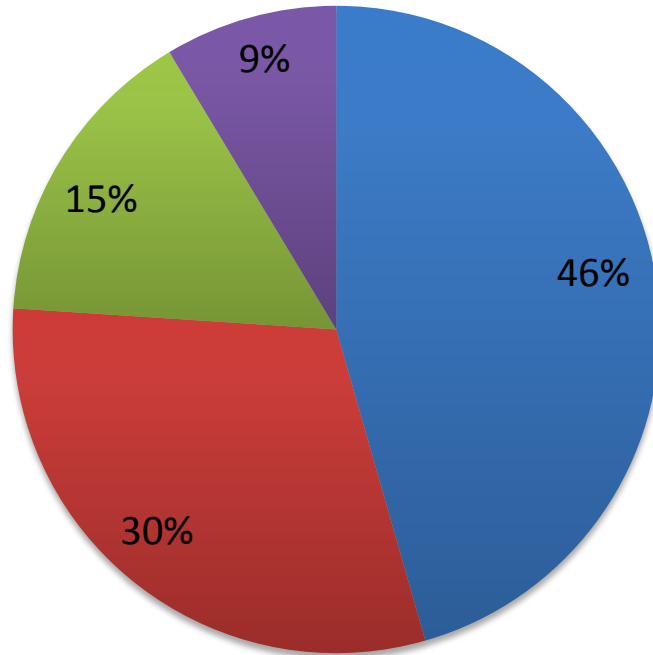
Análisis:

El mayor porcentaje de mujeres atendidas equivale a casi el 50% de la población investigada con un nivel de instrucción bajo (primaria), ya que no han logrado pasar por una secundaria y menos obtener un título universitario, lo cual nos indica que la falta de conocimiento tiene mucho que ver con el cuidado de nuestra salud.

GRÁFICO No. 5

LUGAR DE RESIDENCIA

■ urbana ■ urbana-marginal ■ rural ■ N/R

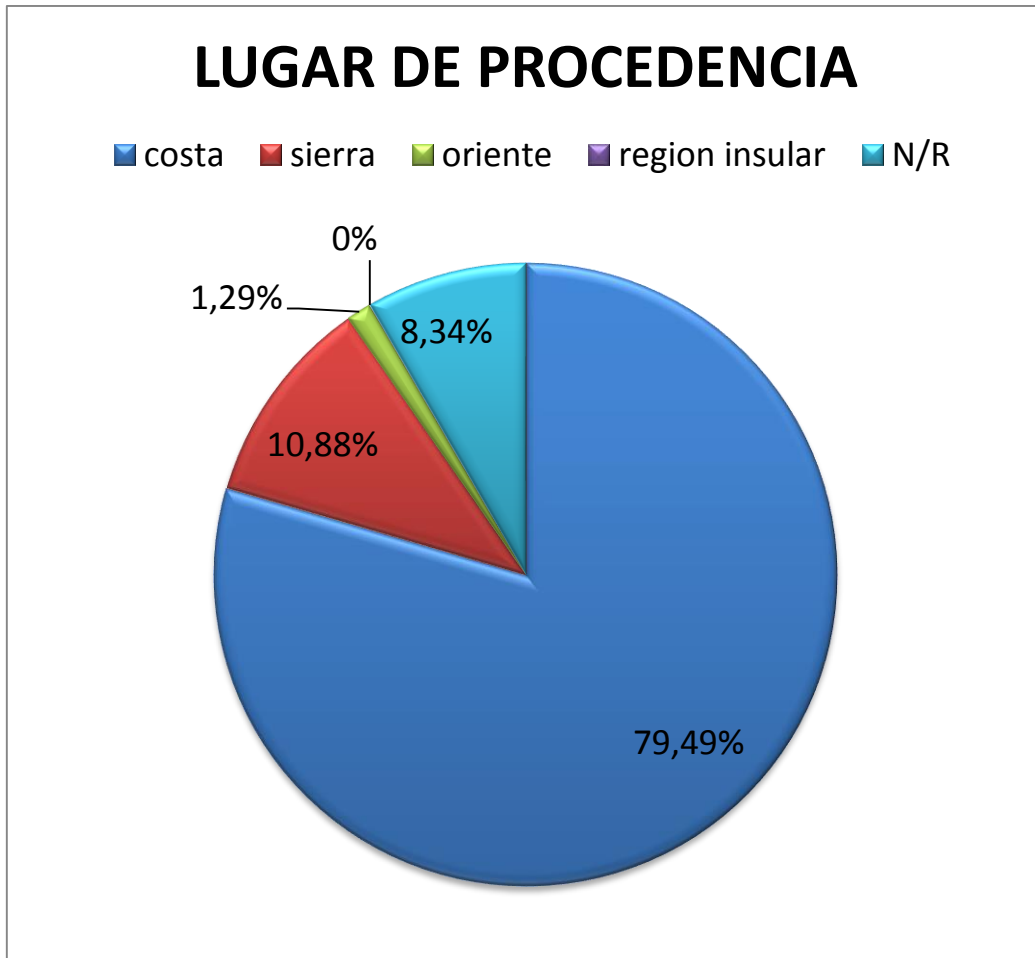


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

La prevalencia de mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino reside en la ciudad de Guayaquil, lo cual corresponde al 45,56% de la población investigada.

GRÁFICO No. 6



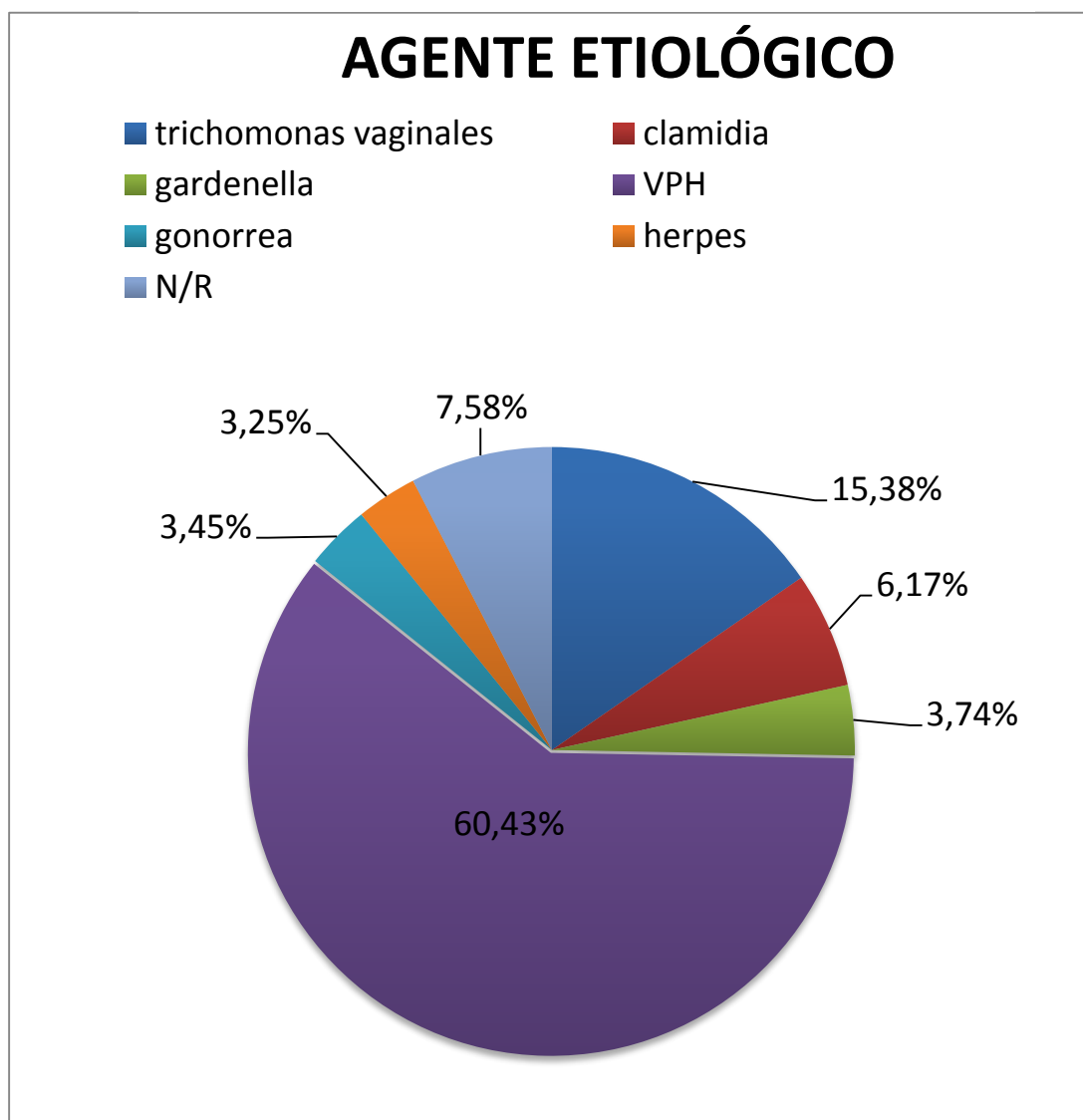
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El mayor porcentaje de mujeres atendidas equivale a más de la 3/4 parte de la población investigada (79,49%), las cuales proceden de la región Costa del país, pero este resultado se ha dado por motivo de que nuestra investigación fue solo en el Hospital localizado en la Ciudad de Guayaquil.

GRÁFICO No. 7

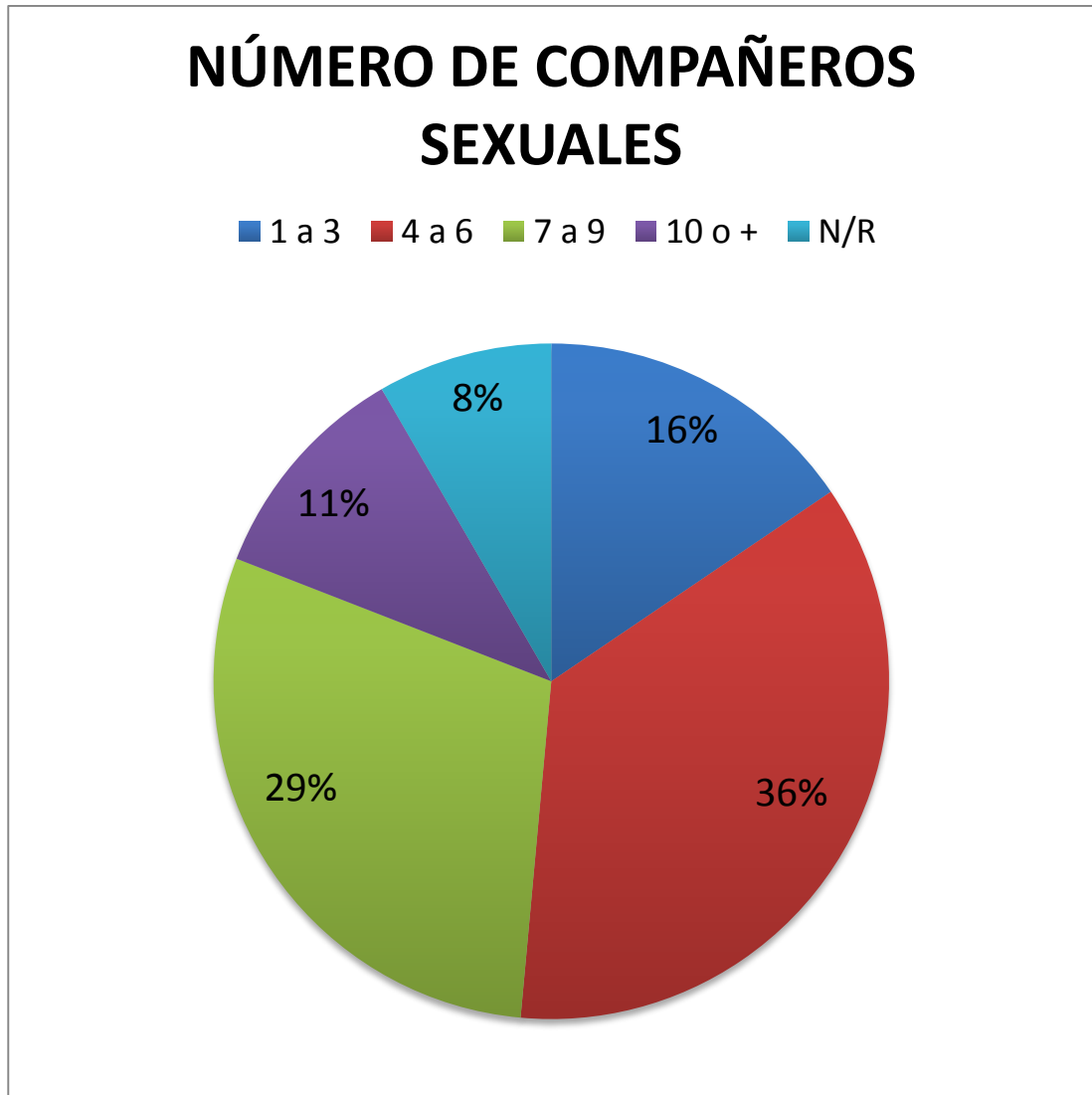


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de esta patología presentaron como agente etiológico el VPH, en la cual cabe recalcar que es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores.

GRÁFICO No. 8



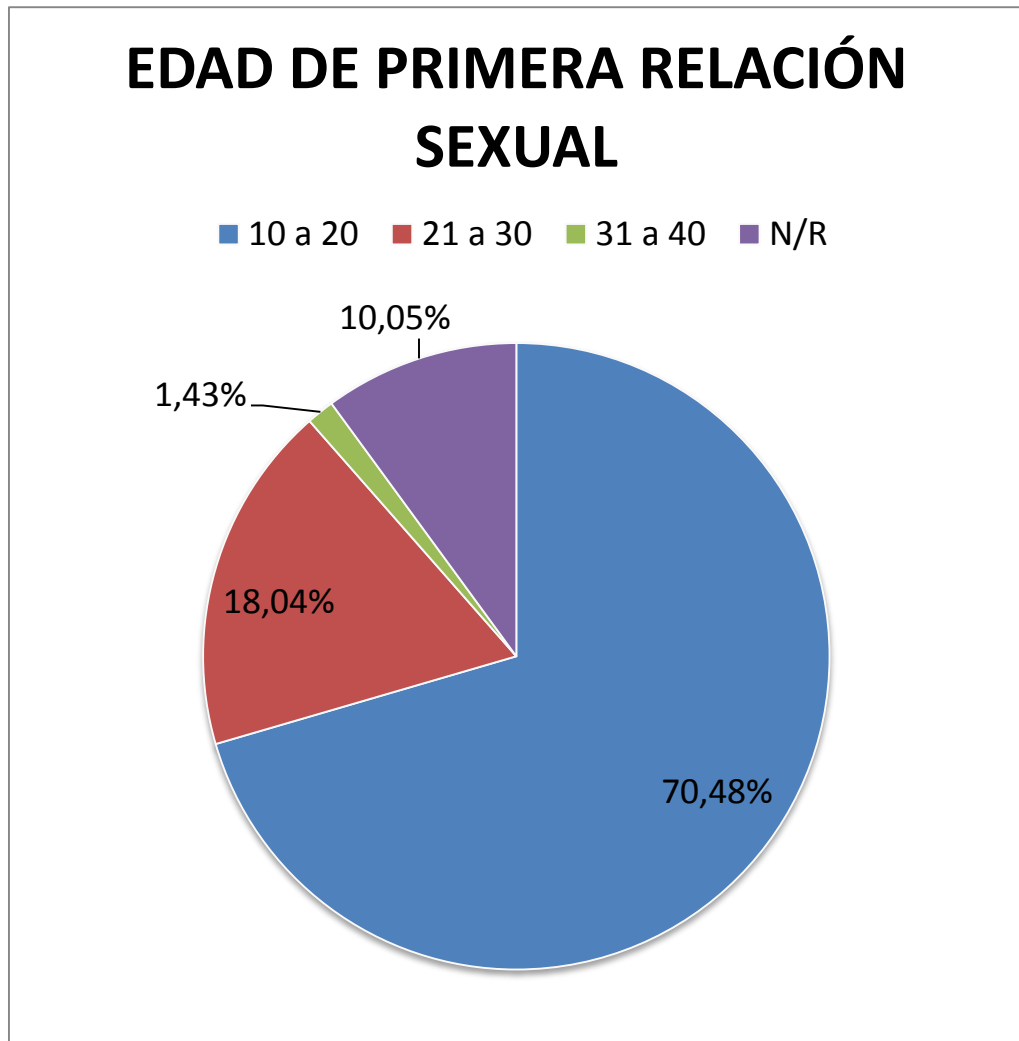
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

De la población estudiada se obtuvo como resultado que las mujeres que han tenido más de 4 compañeros sexuales se encuentran más propensas a padecer cáncer cérvico uterino, ya que esto predispone a mayor contagio por ETS.

GRÁFICO No. 9



Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

Más de la mitad de la población investigada (70,48%), han tenido su primera relación sexual a temprana edad, por lo tanto queda demostrado que este aspecto representa un gran factor de riesgo, por los cambios epiteliales en el útero. A menor edad de mantener relaciones sexuales, mayor es el riesgo de padecer este tipo de neoplasia.

GRÁFICO No. 10



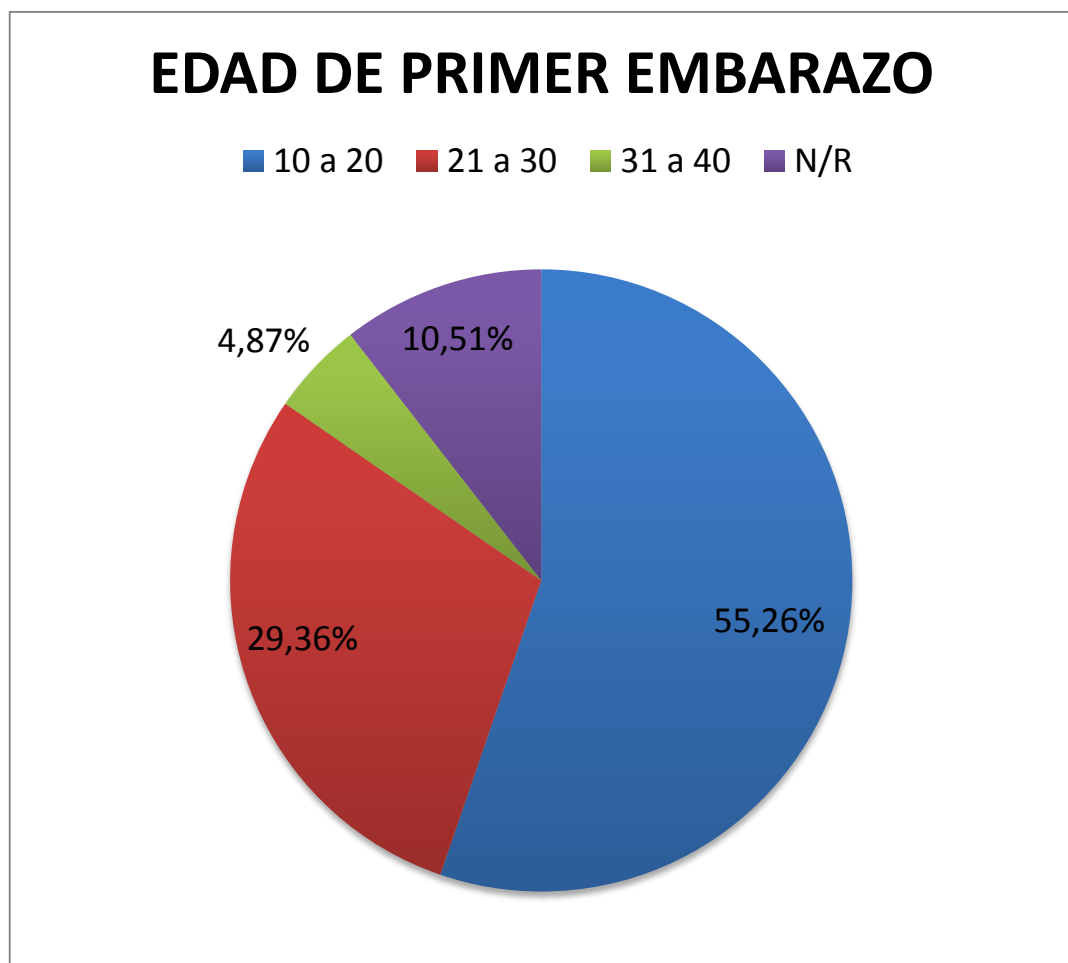
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

De la población investigada se obtuvo como resultado que las mujeres que han tenido más de 4 embarazos son más propensas a padecer Cáncer cérvico Uterino.

GRÁFICO No 11

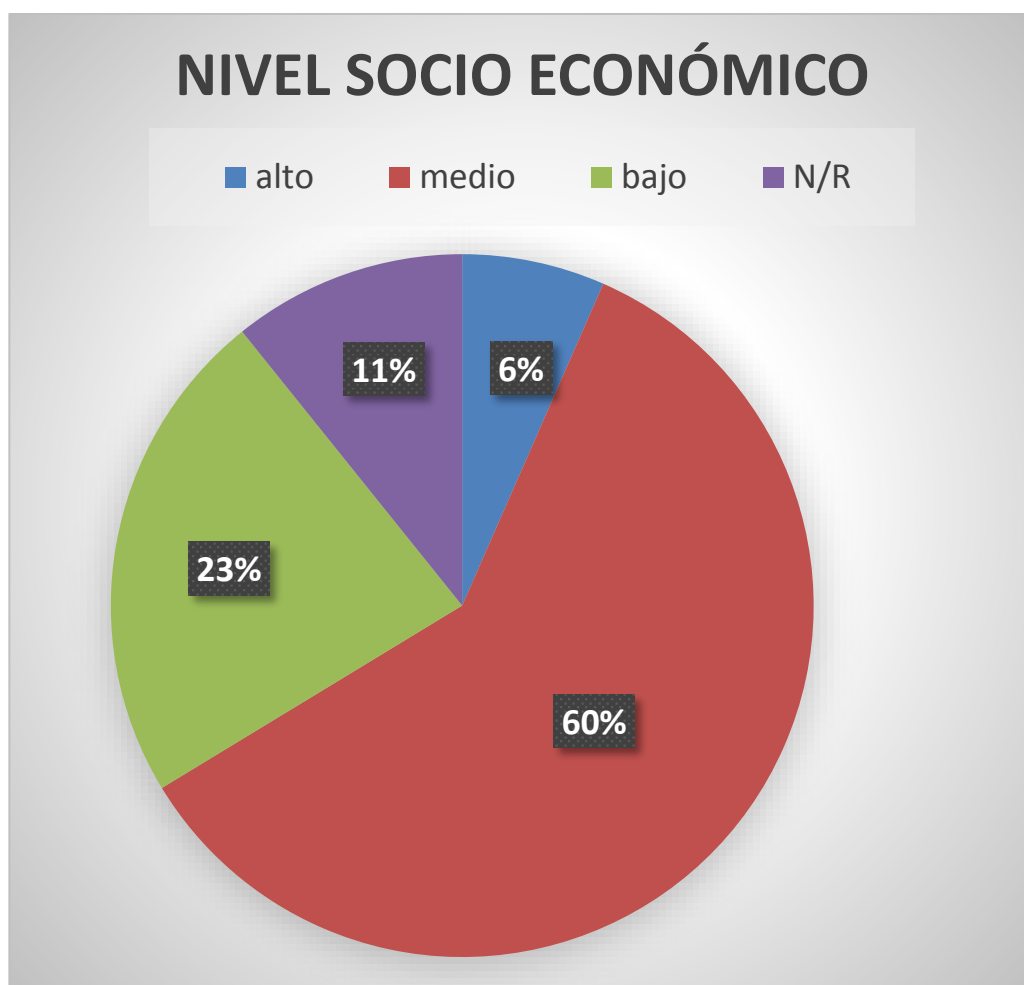


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

Según los resultados obtenidos nos indican que el mayor porcentaje equivale a más de la mitad de la población estudiada (55,26%), quienes han presentado a temprana edad su primer embarazo, demostrando un mayor riesgo de padecer cáncer cérvico uterino cuando un embarazo se da en una mujer muy joven.

GRÁFICO No 12



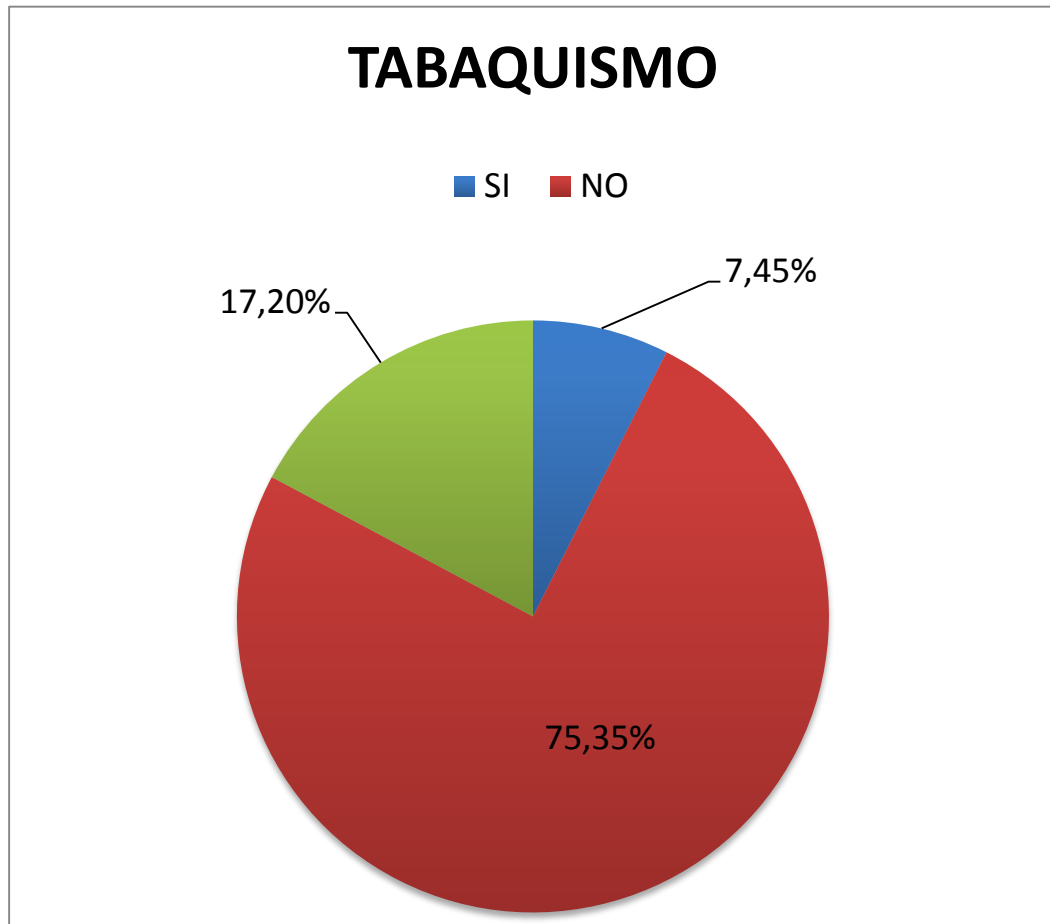
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El mayor porcentaje de las mujeres estudiadas se encuentran en un nivel socio económico medio que equivale a un 59,73% de la población, lo cual nos demuestra que ante esta enfermedad no predomina un nivel económico ni alto ni bajo.

GRÁFICO No. 13



Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

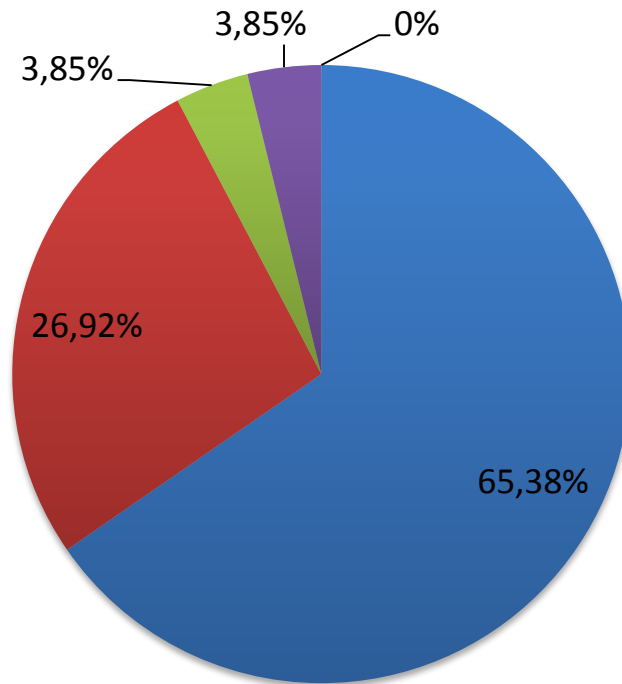
Análisis:

La 3/4 de la población (75,35%), no consumen tabaco (cigarros), demostrando que el tabaco no equivale a un factor de riesgo para padecer cáncer cérvico uterino.

GRÁFICO No 14

NÚMERO DE CIGARROS

■ 1 a 3 ■ 4 a 6 ■ 7 a 9 ■ 10 a 12 ■ N/R

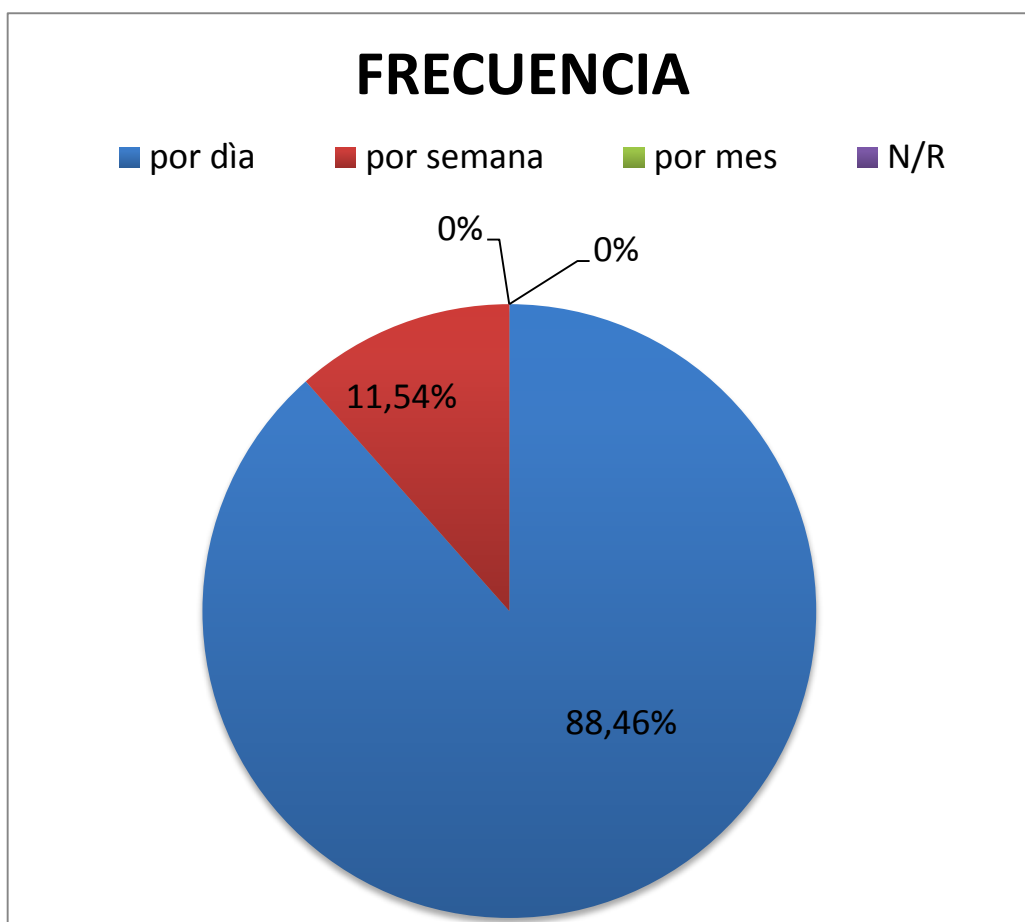


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El registro de este dato en el expediente clínico de la población investigada presenta un mínimo porcentaje de consumo de cigarrillo, es decir, 7,45%, que equivale a exactamente a 26 mujeres.

GRÁFICO No 15

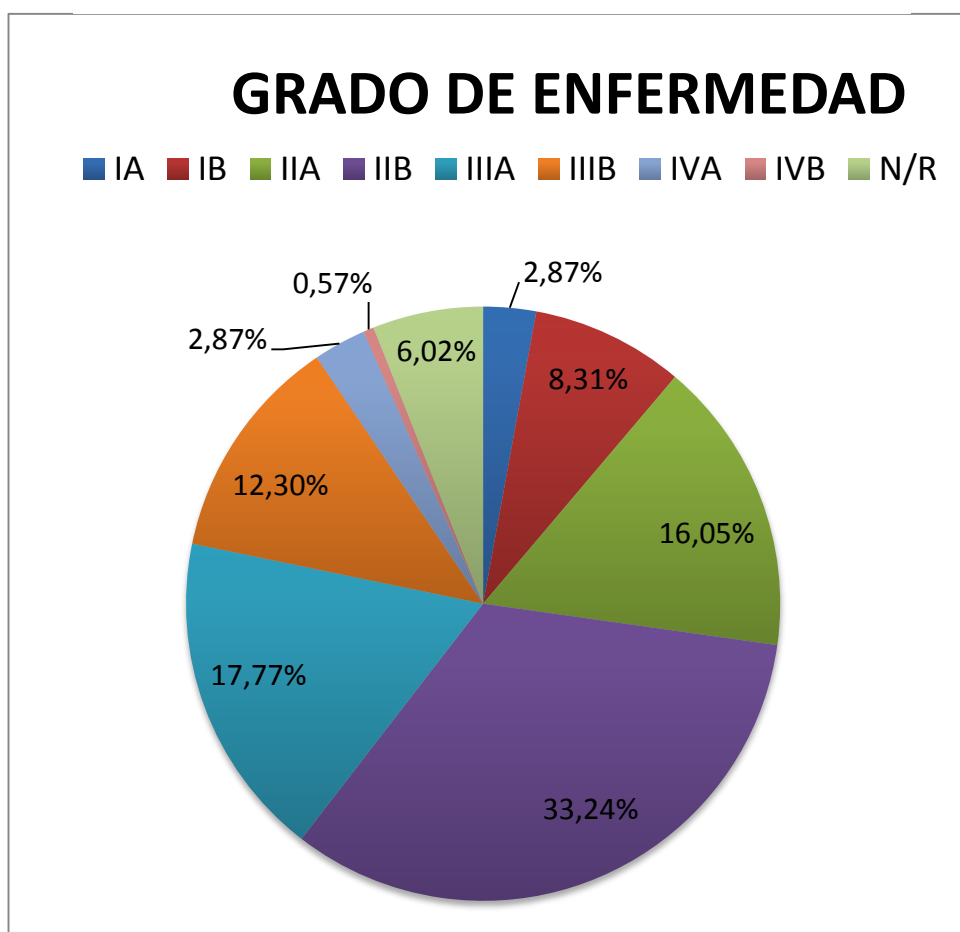


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

De las 26 personas (7.45%) indicaron consumir más de 1 cigarro por día, cabe recalcar que a través de este dato podemos ver que el tabaquismo no es factor importante ante el Cáncer Cérvico Uterino.

GRÁFICO No 16

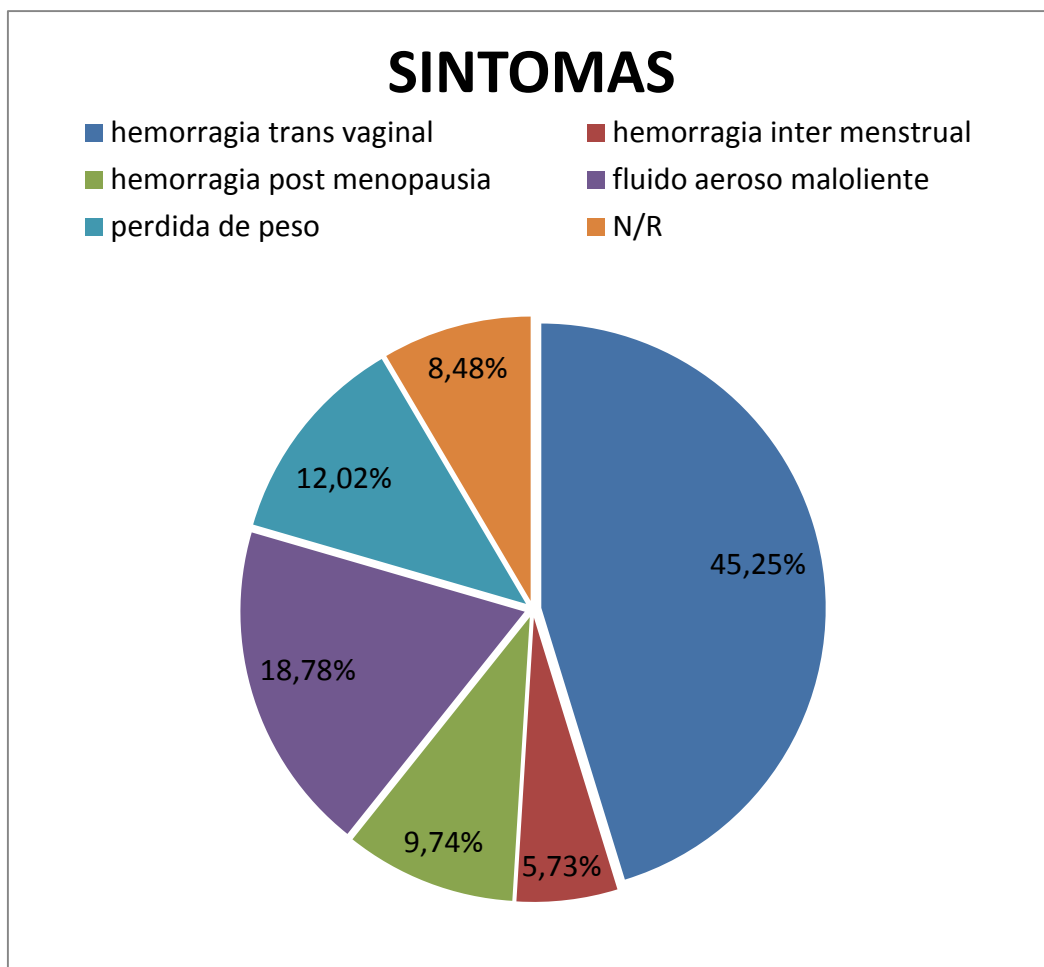


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El mayor porcentaje de mujeres estudiadas presentaron un grado de enfermedad medio que va desde el grado IIA hasta el grado IIIA, lo cual equivale a más de la mitad de la población (67,06%).

GRÁFICO No 17



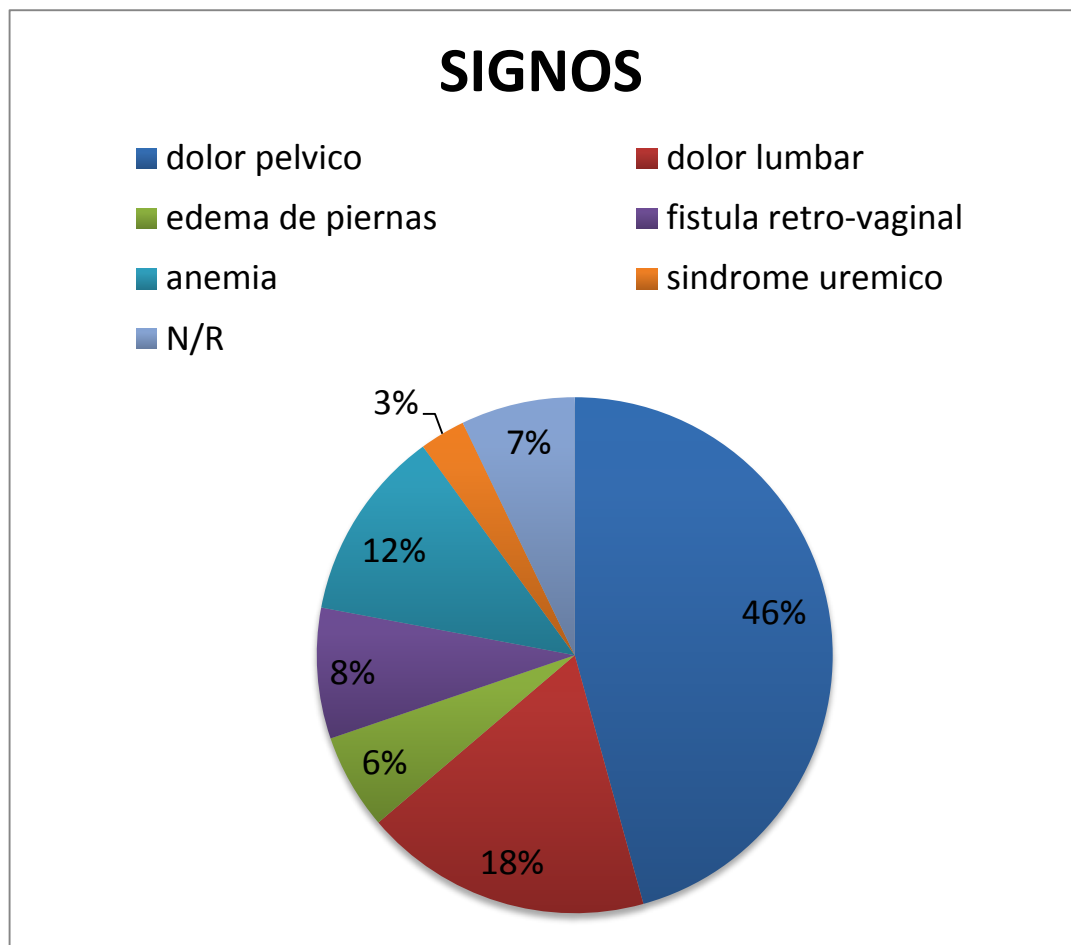
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

La 3/4 parte de la población investigada (76,05%), han presentado los síntomas más comunes en pacientes con cáncer cérvico uterino como lo son la hemorragia trans vaginal, fluidos aerosos malolientes y pérdida de peso.

GRÁFICO No 18



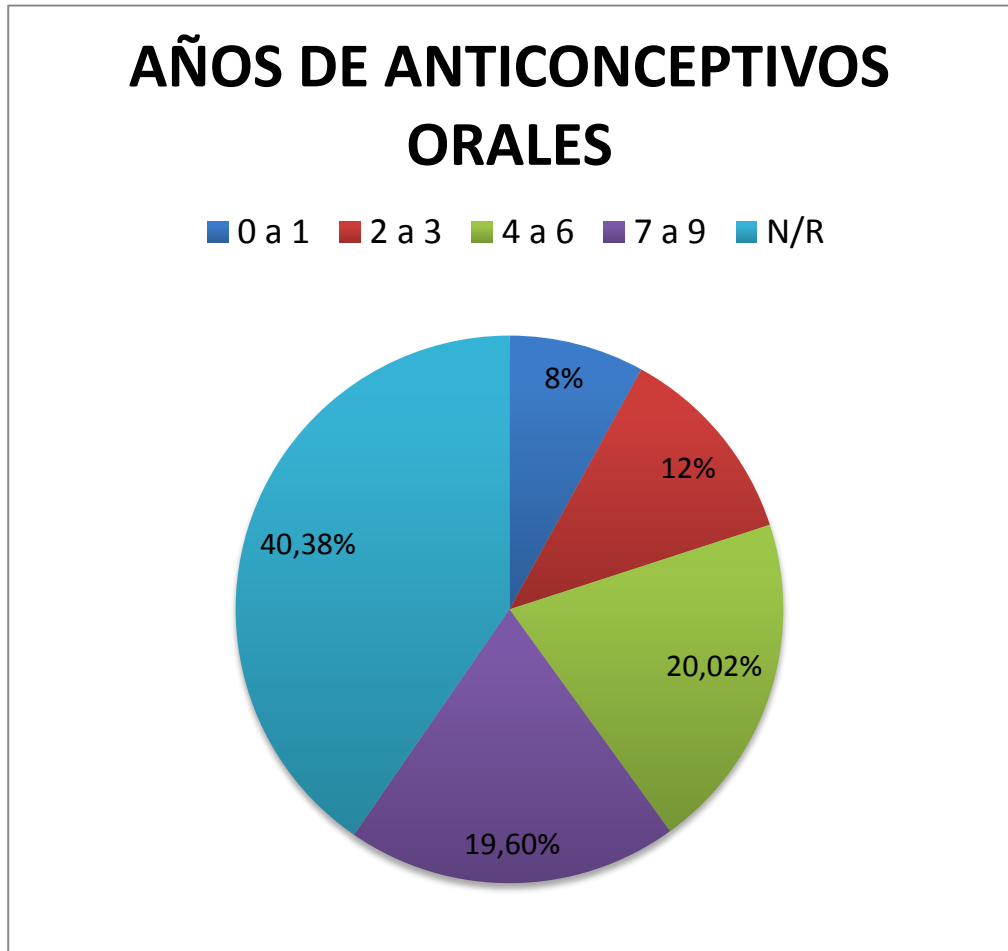
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

La 3/4 parte de la población (75,80%), han presentado los síntomas más comunes en pacientes con cáncer cérvico Uterino como lo son el dolor pélvico, el dolor lumbar y la anemia.

GRÁFICO No 19

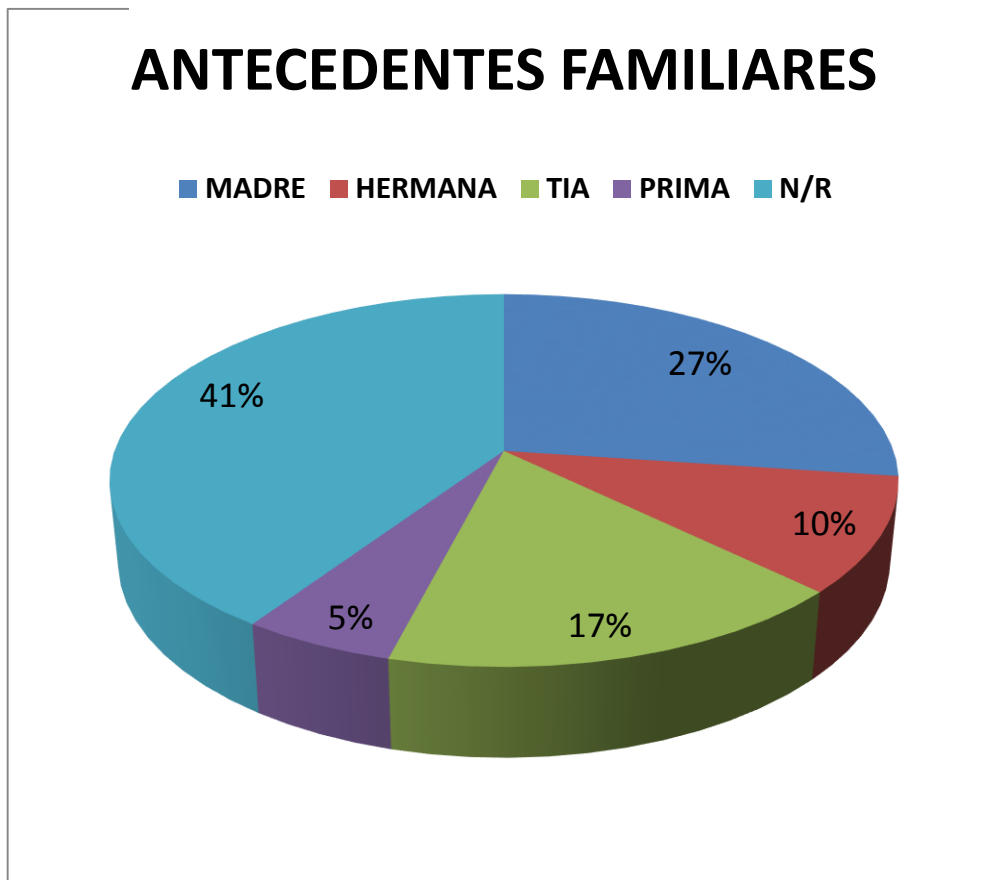


Fuente: Guía de observación indirecta
Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El mayor porcentaje de las mujeres investigadas han usado por más de 4 años anticonceptivos orales, los cuales son parte de los factores de riesgos para padecer de Cáncer Cérvico Uterino con el pasar del tiempo.

GRÁFICO No 20



Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado: Cinthya Cevallos- Génesis Carrasco

Análisis:

El factor hereditario, no representa una predisposición para que el grupo estudiado presente la enfermedad (41%), sin embargo el 27% corresponde a padecimientos neoplásicos por la parte materna.

6.1. DISCUSIÓN

La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia del cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017, se caracterizó a la población femenina diagnosticada con cáncer cérvico uterino en dicho hospital, se identificó la etiología y los factores de riesgo que presentaron las mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico y por último se indicó la clasificación clínica de la enfermedad y las manifestaciones que presentaron las mujeres con dicha patología.

Por lo tanto Luego de haber realizado las correspondientes tabulaciones de los datos recolectados con la matriz de observación indirecta se recolecto datos obtenidos de los expedientes clínicos de distintas mujeres atendidas durante el 2011- 2015, se procedió a describir las interrogantes significativas del proyecto investigativo con su respectiva explicación detallada de los aspectos destacados del mismo. De esta manera se obtiene que la edad más prevalente que se manifiesta el cáncer de cuello uterino es entre 41 y 50 años de edad siendo esto un porcentaje de 26,93% seguido de mujeres entre 51-60 con un porcentaje de 24,93% esto nos da a suponer que el rango de aparición de esta enfermedad es mucho más evidente en mujeres adultas- maduras que en jóvenes; se evidencio en un 100% que las mujeres que padecieron esta enfermedad eran de etnia mestiza.

(Arenas Aponte et al., 2011) menciona “La incidencia más elevada del cáncer del cuello uterino está entre los 40 a 60 años, con un promedio de 45 a 55 años; en este estudio, el promedio de edad estuvo ligeramente por debajo (42,3 años), sin embargo, lo que llama poderosamente la atención es que se encontraron 15 pacientes menores de 35 años quienes presentaron diagnóstico de cáncer de cuello uterino, con una edad media de 28,4 años.”

(Ortiz Serrano, Uribe Pérez, et al., 2004) mencionan “Existen diferencias raciales aún no explicadas, con mayores tasas de lesión

intraepitelial en mujeres afroamericanas y de ascendencia negra que en las de raza blanca”

Dentro del estado civil se encontró que las mujeres solteras tuvieron un rango más alto que padecieron de cáncer de cuello uterino siendo este de un porcentaje de 36.39% pero aun así no es una proporción muy alejada a las que se evidencio en mujeres casadas con un 24,64%. “se encontró en el estudio que el 55% son mujeres casadas, lo cual sería un factor relativamente protector siempre y cuando no exista demasiada actividad sexual conyugal ya que estudios reportan que la constante presencia de espermatozoides los cuales actuarían como cuerpos extraños y desencadenarían reacciones inflamatorias, lo que influiría en la presencia de cáncer cervicovaginal a largo plazo. ”(Ledezma, Pamela, & Rojas Guardia, 2012)

Según el agente etiológico que se evidencio en un mayor porcentaje fue el virus del papiloma humano seguido con un 60,43 seguido de trichomonas vaginales 15.38, entre los compañeros sexuales que abrían tenido las distintas mujeres fueron de 4 a 6 hombres el número máximo, la edad de la primera relación sexual de la mayoría de las mujeres fueron entre 10 a 20 años; por otro lado también se realizó la cuantificación de embarazos siendo de 4 a 6 la mayor cantidad y se manifestó que la edad de su primer embarazo fue entre los 10 y 20 años.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, es considerado como uno de los factores predisponentes de la aparición de cáncer de cuello uterino, las mujeres que inician el coito entre los 15 a 20 años son más susceptibles de desarrollar esta neoplasia; entre los aspectos que podrían influir en esa relación se ha tenido en cuenta el contacto del semen con el tejido de la zona de transformación del cuello uterino de la adolescente, pero sobre todo la adquisición temprana de la infección por VPH , también hay que considerar que el proceso de metaplasia donde se inicia la neoplasia maligna es intensa y dinámica en la adolescencia y que en esta etapa de la vida el cuello está inmaduro, confirmando que esta edad es el período de

máxima vulnerabilidad del epitelio del cuello uterino .(Arenas Aponte et al., 2011)

Con respecto al número de parejas sexuales, se considera que la actividad sexual con múltiples parejas aumenta el riesgo para la adquisición de VPH, con una relación directamente proporcional, a mayor número de parejas, mayor riesgo; es así que se evidencia que en las trabajadoras sexuales aumenta su riesgo de 4 a 6 veces, sin embargo, también se ha observado que mujeres con una sola pareja han presentado cáncer de cuello uterino, por lo que actualmente se sugiere que la pareja debe estar incluida en el estudio, para identificar si sus parejas pasadas han padecido de dicha patología, constituyéndose en lo que se conoce como pareja de alto riesgo. (Arenas Aponte et al., 2011)

(Ledezma et al., 2012) Menciona “Se obtuvo que el 34% son mujeres gran multíparas. Se relaciona con un estudio realizado en Boston que presentó cáncer de cérvix, los autores encontraron dentro de uno de los factores asociados de cáncer cérvico uterino más de 3 embarazos. ”

A nivel socioeconómico entre las historias clínicas indagadas la mayoría son de estatus medio siendo de un 59.73 % lo cual condiciona que no es un factor para el cáncer de cuello uterino en esta población significativa; el tabaquismo no predomina entre las mujeres que padecen esta patología; El estadio más predominante en las mujeres fue el IIB que afecta directamente los parámetros; el síntoma más frecuente fue la hemorragia transvaginal y el signo dolor pélvico; el uso de anticonceptivos se registró que fue de 4 a 6 años en su mayoría; entre los antecedentes familiares e encontró que las tías de las afectadas abrían sufrido de cáncer de cuello uterino aun así este porcentaje es bajo siendo de 16.87%.

En un estudio se expuso que la mayoría de mujeres no eran fumadoras aun así “Existen mecanismos para explicar la relación entre este hábito y el cáncer de cuello uterino, especialmente por la presencia de metabolitos en el moco cervical; además, el cigarrillo ejerce un poder

perjudicial en la respuesta inmunológica, al favorecer el alojamiento del virus en el cuerpo. "(Arenas Aponte et al., 2011)

Las diferencias en el comportamiento biológico de la enfermedad no fueron significativas entre los grupos de edad, sin embargo, se observó que en las pacientes menores de 35 años el estadio más frecuente fue II seguido del estadio I, mientras que para el grupo control el estadio más frecuente fue el I, seguido del estadio III; estos resultados llaman la atención porque el pronóstico de esta patología dependerá de varios factores, entre los que se señala como más importante el estadio al momento del diagnóstico; para ambos grupos, alrededor del 60 % de los casos estaban en estadio II y III, lo cual expresa el fracaso de los programas nacionales de pesquisa de cáncer de cuello uterino, cuyo objetivo principal debe ser diagnosticar la enfermedad en etapas iniciales. (Arenas Aponte et al., 2011, p. 60)

Con respecto a las manifestaciones clínicas, la principal fue sangrado genital para ambos grupos de estudio, por lo tanto toda paciente con sangrado o flujo anormal por vía vaginal debe someterse a un examen ginecológico completo, porque podría pasar inadvertida esta patología; el dolor no es una molestia frecuente y lo vemos reflejado en los resultados del presente estudio con un 6,7 % y 6,5 % para cada uno de los grupos, hay que considerarlo en etapas avanzadas; esto se relaciona bien con lo señalado en la literatura. (Arenas Aponte et al., 2011, p. 60)

CONCLUSIONES

- El estudio recopiló un total de 349 expedientes clínicos de mujeres atendidas en la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” desde el 2011 al 2015, por considerar una cantidad representativa para el análisis de prevalencia; las principales características son la edad entre 41-60 años vs edades entre 61-70 años, y en su gran mayoría pertenecen a la región de la costa.
- El papiloma virus humano (VPH) es el principal factor de riesgo, como consecuencia de las afecciones femeninas en relación a la presencia de enfermedades de transmisión sexual y, entre uno de los mayores factores de riesgo es el embarazo a temprana edad encasillado desde los 10 hasta los 20 años; estos resultados reflejan la falta de información y/o menor cobertura en relación a la atención primaria de salud.
- El 67.06% de las pacientes diagnosticadas con CCU se encontraban en estadio intermedio- avanzado (IIa, IIb y IIIa), de acuerdo a la literatura y diferentes estudios realizados en relación al tema tratado, son los estadios de que necesitan un tratamiento oportuno para lograr su recuperación, esto lo podemos evitar con la promoción y campañas en la realización de papanicolaou que esta institución de especialidad realiza como parte de su labor social como un compromiso con la comunidad.
- Entre los síntomas más prevalentes fueron la hemorragia tranvaginal, fluido aeroso maloliente y pérdida de peso dado como resultado un porcentaje de 76.05% de la población investigada; los signos más frecuentes fueron dolor pélvico, dolor lumbar y anemia siendo este un porcentaje de 75,80%.

RECOMENDACIONES

- Los estudios continuos permiten tener una visión más global del desarrollo de diferentes eventos que representan para la salud pública sistemas de alarma para definir y especificar las condiciones generales de una población; el cáncer es una enfermedad que se presenta sin control en muchas ocasiones, por lo tanto los diferentes servicios de salud deben mantener actualizado los datos del comportamiento epidemiológico de este tipo de enfermedades que, detectadas a tiempo permiten disminuir los índices de morbimortalidad en la población femenina.
- Erradicar factores de riesgo en el desencadenamiento de enfermedades crónicas, requiere de intervenciones coordinadas, de políticas de salud que se cumplan a través de los diferentes sistemas de control y monitoreo; la educación, comunicación e información continua a la población, es una de las estrategias que ayudarían en gran magnitud; toda la comunidad debe participar, medios de comunicación, autoridades de salud, gobiernos locales y líderes comprometidos con el cambio de actitudes, aptitudes para mejorar las condiciones de vida.
- Promocionar prevención que curación, es posible cuando se cuentan con los recursos, tanto humanos como materiales, las campañas llevadas por instituciones especializadas deberían llegar a más sectores dentro y fuera de la zona de cobertura; el fomento de exámenes de control como el PAP, se transforma en un gran apoyo para la detección oportuna de estadios de cáncer que son tratables y recuperables, contribuyendo a la calidad de vida de la mujer como madre e integrante de un núcleo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso de Ruiz, P., Lazcano Ponce, E. C., & Hernández Ávila, M. (2005). *Cáncer cervicouterino: diagnóstico, prevención y control*. Mexico, D.F.: UNAM, Facultad de Medicina.
2. Álvarez, C., Castro Nessim, E., Virginillo, J. M., Bruno, G., González, C., Vallejos, J., & Dieguez, A. (2012). Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Revista argentina de radiología*, 76(2), 169-171.
3. Arenas Aponte, R., Henríquez Romero, D., & González Blanco, M. (2011). Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 71(4), 252-264.
4. Arteaga Vera, F. A. M., Ortega Almendras, V. P., & Ponce Fuentes, F. (/). CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Aspectos a tomar en cuenta. *Archivos Bolivianos de Medicina*, 7.
5. Bajo Arenas, J. M., Laila Vicens, J. M., & Xercavins Montosa, J. (2009). *Fundamentos de ginecología*. Buenos Aires [etc.: Editorial Médica Panamericana.
6. Carrero, Y., Callejas, D., Estévez, J., Gotera, J., Núñez, J., Atencio, R., ... Monsalve, F. (2006). Relación entre el herpes simple tipo 2 y las lesiones preinvasivas de cuello uterino. *ResearchGate*, 23(4).
Recuperado a partir de
https://www.researchgate.net/publication/255629558_Relacion_entre_

el_herpes_simple_tipo_2_y_las_lesiones_preinvasivas_de_cuello_uterino

7. CDC - Página principal del cáncer de cuello uterino. (s. f.). Recuperado 13 de noviembre de 2016, a partir de <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/>
8. Celorio, A. (1986). *Fundamentos de oncología ginecológica*. Madrid: Díaz de Santos.
9. Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal | Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Recuperado 13 de noviembre de 2016, a partir de <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>
10. Fleischer, A. C. (1999). *Imágenes en ginecología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
11. Gori, J. R. (2005). *Ginecología de Gori*. Buenos Aires: El Ateneo.
12. Hacker, N. F., Gambone, J. C., Hobel, C. J., & Araiza Martínez, M. E. (2011). *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. Recuperado a partir de <http://alltitles.ebrary.com/Doc?id=10831947>
13. Ledezma, R., Pamela, K., & Rojas Guardia, J. (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica*, 15(1), 18-21.
14. López-Olmos, J., & Gasull, J. (s. f.). Infección vaginal por tricomonas (e infecciones mixtas) y atipias celulares, en la citología cervicovaginal. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2010.10.013>

15. Martínez, J. C., & Pimente, M. G. (2015). Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. *Medimay*, 21(2), 371-383.
16. Martínez MartínezPinillo, A., Díaz Ortega, I., Carr Pérez, A., Sánchez, V., Alejandro, J., López, B., ... Isabel, A. (2010). Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(1), 52-65.
17. Mora, Á., Caridad, M., Baro, S., Tomás, J., & PavónGómez, V. (2013). Genes en el cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 17(1), 70-72.
18. Ortiz Serrano, R., Pérez, U., Janeth, C., Martínez, D., Alfonso, L., & Yuriko Rafael. (2004). Risk factors for uterine cervical cancer. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2), 146-160.
19. Ortiz Serrano, R., Uribe Pérez, C. J., Díaz Martínez, L. A., & Dangond Romero, Y. R. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2).
Recuperado a partir de
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195214306007>
20. Pino, M. A., & Albán, M. A. (2008). Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador, 2006. *Revista Española de Patología*, 41(1), 41-47. [https://doi.org/10.1016/S1699-8855\(08\)70093-X](https://doi.org/10.1016/S1699-8855(08)70093-X)
21. Tanca Campozano, J., & Arreaga Salazar, C. (2010). Incidencia del cáncer en Guayaquil 2003 - 2006. *Oncología*, (vol. 20 1-2 / 3-4), 15-20.

22. Vargas-Hernández, V. M., Acosta-Altamirano, G., Vargas-Aguilaa, V. M., Moreno-Eutimiob, M. A., & Rodríguez-Blaz, A. I. (s. f.).
Imagenología en la estadificación y recurrencia del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 172-182.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

Tema: Prevalencia del cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Recolectar datos de expedientes clínicos y estadísticas registradas en el año 2015.

Instrucciones para el observador:

- Escriba una “X” en los datos requeridos, previo la revisión de expedientes clínicos registrados en el 2015.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Expediente Clínico No. _____

1. EDAD EN AÑOS

2. ETNIA.

Blanca	<input type="text"/>	negra	<input type="text"/>
mestiza	<input type="text"/>	indígena	<input type="text"/>
otra	<input type="text"/>		

3. ESTADO CIVIL.

Soltera	<input type="text"/>	Casada	<input type="text"/>
Divorciada	<input type="text"/>	Viuda	<input type="text"/>
Unión libre	<input type="text"/>		

4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA.

Primaria Secundaria

Universitaria Analfabeta
No registra

5. LUGAR DE RESIDENCIA.

Área urbana
Área urbano-marginal
Área rural

6. LUGAR DE PROCEDENCIA.

Costa
Sierra
Oriente
Región insular

7. AGENTE ETIOLOGICO.

Trichomonas vaginales
Clamidia
Gardenella
VPH
gonorrea
Herpes simple

8. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

9. EDAD PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

10. NUMERO DE EMBARAZOS

11. EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

12. NIVEL SOCIO ECONÓMICO.

Alto	<input type="checkbox"/>	\$1000-\$1500
Medio	<input type="checkbox"/>	\$350 - \$500
Bajo	<input type="checkbox"/>	\$100- \$250

13. TABAQUISMO.

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
Numero	de
cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Frecuencia	<input type="checkbox"/>

14. GRADO DE LA ENFERMEDAD.

IA	<input type="checkbox"/>
IB	<input type="checkbox"/>
II A	<input type="checkbox"/>
II B	<input type="checkbox"/>
III A	<input type="checkbox"/>
III B	<input type="checkbox"/>
IV A	<input type="checkbox"/>
IV B	<input type="checkbox"/>

15. MANIFESTACIONES CLÍNICAS: SINTOMAS

Hemorragia trans vaginal	<input type="checkbox"/>
Hemorragia inter menstrual	<input type="checkbox"/>
Hemorragia pos menopáusica	<input type="checkbox"/>
Flujo aeroso maloliente	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>

15.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS :SIGNOS

Dolor pélvico	<input type="checkbox"/>
Edema de piernas	<input type="checkbox"/>
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>
Fistula retro-vaginal	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>
Síndrome urémico	<input type="checkbox"/>

16. USO DE ANTICOCEPTIVOS:

Tiempo de consumo de anticonceptivos orales

17. ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre
Hermana
Tía
Prima

RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN INDIRECTA EN TABLAS

TABLA No. 1 EDAD

RANGO	No.	PORCENTAJES
21-30	2	0,57%
31-40	59	16,91%
41-50	94	26,93%
51-60	87	24,93%
61-70	60	17,19%
71-80	38	10,89%
81-90	9	2,58%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 2 ETNIA

IDENTIFICACION	No.	PORCENTAJES
Blanca	0	0%
Negra	0	0%
Mestiza	349	100%
Indígena	0	0%
Otras	0	0%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 3 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No.	PORCENTAJES
soltera	127	36,39%
divorciada	45	12,89%
unión libre	38	10,89%
casada	86	24,64%
viuda	25	7,17%
N/R	28	8,02%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	No.	PORCENTAJES
primaria	173	49,57%
secundaria	95	27,36%
universitaria	60	17,06%
analfabeta	0	0%
N/R	21	6,01%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 5 LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA	No.	PORCENTAJES
urbana	159	45,56%
urbana-marginal	106	30,48%
rural	54	15,34%
N/R	30	8,62%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 6 LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA	No.	PORCENTAJES
costa	277	79,49%
sierra	38	10,88%
oriente	5	1,29%
región insular	0	0%
N/R	29	8,34%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 7 AGENTE ETIOLOGICO

AGENTE ETIOLOGICO	No.	PORCENTAJES
trichomonas vaginales	54	15,38%
clamidia	22	6,17%
gardenella	13	3,74%
VPH	211	60,43%
gonorrea	12	3,45%
herpes	11	3,25%
N/R	26	7,58%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 8 NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

RANGO	No.	PORCENTAJES
1 a 3	54	15,52%
4 a 6	125	35,93%
7 a 9	103	29,46%
10 o +	38	10,72%
N/R	29	8,37%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 9 EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

RANGO	No.	PORCENTAJES
10 a 20	246	70,48%
21 a 30	63	18,04%
31 a 40	5	1,43%
N/R	35	10,05%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 10 NÚMERO DE EMBARAZOS

# DE EMBARAZOS	No.	PORCENTAJES
0 a 3	60	17,06%
4 a 6	141	40,54%
7 a 9	69	19,89%
10 a 12	29	8,44%
13 a 15	12	3,44%
N/R	37	10,60%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 11 EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

EDAD DE 1ER EMBARAZO	No.	PORCENTAJES
10 a 20	193	55,26%
21 a 30	102	29,36%
31 a 40	17	4,87%
N/R	37	10,51%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 12 NIVEL SOCIOECONÓMICO

NIVEL SOCIO ECONOMICO	No.	PORCENTAJES
alto	23	6,58%
medio	208	59,73%
bajo	80	22,92%
N/R	38	10,77%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 13 TABAQUISMO EN MUJERES

TABAQUISMO	No.	PORCENTAJES
SI	26	7,45%
NO	256	75,35%
N/R	67	17,20%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 14 NÚMERO DE CIGARRILLOS

# DE CIGARROS	No.	PORCENTAJES
1 a 3	17	65,38%
4 a 6	7	26,92%
7 a 9	1	3,85%
10 a 12	1	3,85%
N/R	0	0%
TOTAL	26	100%

TABLA No. 15 FRECUENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO

FRECUENCIA	No.	PORCENTAJES
por día	23	88,46%
por semana	3	11,54%
por mes	0	0%
N/R	0	0%
TOTAL	26	100%

TABLA No. 16 ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

ESTADÍO	No.	PORCENTAJES
IA	10	2,87%
IB	29	8,31%
IIA	56	16,05%
IIB	116	33,24%
IIIA	62	17,77%
IIIB	43	12,30%
IVA	10	2,87%
IVB	2	0,57%
N/R	21	6,02%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 17 SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD

SINTOMAS	No.	PORCENTAJES
hemorragia trans vaginal	158	45,25%
hemorragia inter menstrual	20	5,73%
hemorragia post menopausia	34	9,74%
fluido aeroso maloliente	66	18,78%
pérdida de peso	42	12,02%
N/R	29	8,48%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 18 SIGNOS DE L ENFERMEDAD

SIGNOS	No.	PORCENTAJES
dolor pélvico	160	45,71%
dolor lumbar	63	18,06%
edema de piernas	21	6,00%
fistula retro-vaginal	29	8,19%
anemia	42	12,03%
síndrome urémico	9	2,86%
N/R	25	7,15%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 19 AÑOS DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

AÑOS DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	No.	PORCENTAJES
0 a 1	28	8%
2 a 3	42	12%
4 a 6	70	20,02%
7 a 9	68	19,60%
N/R	141	40,38%
TOTAL	349	100%

TABLA No. 20 ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	No.	PORCENTAJES
MADRE	95	27,16%
HERMANA	35	10,01%
TIA	59	16,87%
PRIMA	19	5,43%
N/R	141	40,53%
TOTAL	341	100%

Guayaquil, 1 de Noviembre del 2016

DR. GUIDO PANCHANA EGÜEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO"

SOLCA-GUAYAQUIL.

En su despacho.-

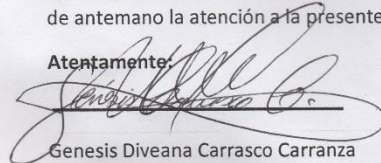
De nuestra consideraciones:

Nosotras, Génesis Diveana Carrasco Carranza CI. 0931506422 y Cinthya Isabel Cevallos Mejía CI:0950592287 **estudiantes de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, actualmente cumpliendo con el internado II.**

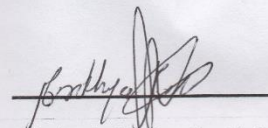
Nos dirigimos a Usted conocedoras de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere, nos permita realizar un estudio de tipo epidemiológico, como trabajo de titulación previo a la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA con el tema : " PREVALENCIA DE CANCER CERVICO UTERINO EN MUJERES MENORES DE 30 AÑOS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDAD EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL"** en la institución que usted acertadamente dirige, cabe mencionar que este trabajo será supervisado por la Lcda. Miriam Mora Sanchez docente de la Carrera y la tutora delegada es la Lcda Rosa Calderon Molina Mgs. **Para poder cumplir con el trabajo propuesto requerimos de la revisión de expedientes clínicos y/o estadísticas registradas durante el período 2015, de pacientes diagnosticadas con esta enfermedad neoplasica, puesto que el tema se trata de un estudio descriptivo-retrospectivo. Los datos indagados serán manejados de forma ética y procedimental, por ello en el enunciado del tema no se menciona a la Institución como tal, puesto que acatamos disposiciones emitidas por la Universidad.**

En espera de una respuesta positiva ante esta solicitud y seguras de contar con su apoyo y aprobación en pro del avance en el conocimiento, nos suscribimos de usted, agradeciéndole de antemano la atención a la presente.

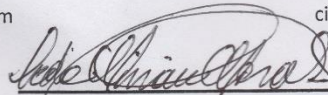
Atentamente:



Genesis Diveana Carrasco Carranza
CI.0931506422
genechis_93@hotmail.com



Cinthya Isabel Cevallos Mejia
CI.0950592287
cinyhacev_15@hotmail.com



Lcda. Miriam Mora Sánchez-Docente de la UCSG

Dr. Guido Panchana Egüez
Jefe Depto de Docencia e Investigación
SOLCA



FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Cevallos Mejía Cinthya Isabel Carrasco Carranza Génesis Diveana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mg		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14/03/2017	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PREVALENCIA-CANCER CERVICO UTERINO.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El cáncer cérvico uterino es una enfermedad neoplásica, a nivel de Latino América y en el Ecuador, considerada como la segunda causa de mortalidad en la población femenina adulta joven y madura. El estudio realizado se denomina prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA-Guayaquil. El objetivo principal: determinar la prevalencia de cáncer cérvico uterino. Materiales y métodos: estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos en el área de estadística, desde octubre del 2016 hasta febrero del 2017, aplicando una matriz de observación indirecta. La tabulación de datos mediante el programa Excel. Discusión y Conclusiones: la edad más relevante es la etapa adulta-madura, entre 41 a 61 años (50%). El nivel socioeconómico no influye en la propagación de la enfermedad, sin embargo la temprana edad de mantener relaciones sexuales (10 a 20 años) predispone a esta población a presentar ETS y diagnosticarse HPV (60.43%). Los estadios de la enfermedad IA-IB son un referente latinoamericano, que coincide con los resultados obtenidos. Se puede descartar que el tabaquismo y los antecedentes familiares representen un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0994144033 0939650394	E-mail: cinthiacev_15@hotmail.com genechis_93@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda Martha Lorena Holguin Jimenez Mgs		
	Teléfono: 0993142597		
	E-mail: marthaholguin1@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):	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Carrasco Carranza, Génesis Diveana, con C.C: #0931506422 autor/a del trabajo de titulación: Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017 previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA** 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, 14 de Marzo de 2017

f. _____

Nombre: Carrasco Carranza, Génesis Diveana

C.C: 0931506422



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Cevallos Mejía, Cinthya Isabel, con C.C: # 0950592287 autor/a del trabajo de titulación: Prevalencia de cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 a febrero del 2017 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, 14 de Marzo de 2017

f. _____

Nombre: Cevallos Mejía, Cinthya Isabel

C.C: 0950592287