

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO

BIBLIOTECA - UPI
REG. DE INGRESO
Nº 064-2008
Fecha: 4.3.2009

**FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN MUJERES
CON CÁNCER DE CÉRVIX INFILTRANTE ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

Abril 2005 – Septiembre 2006

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Marvela Giovanna Linares Sales

ASESOR

Dr. Armando Huamán Naula

San Juan - Perú

2008



APROBACION



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS
Creada por Ley N° 25213 del 29-05-1990
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a las 11:30.....horas del día 09, del mes de Febrero del año 2008 se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de:

Sra. : **MARVELA GIOVANNA LINARES SALES**

En la modalidad de: SUSTENTACION DE TESIS

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
a) Aplicación de la teoría a casos reales	4	3	3	10
b) Investigación Bibliográfica	3	2	3	8
c) Competencia expositiva (claridad ptual, argumentación, coherencia)	3	3	3	9
d) Calidad de respuestas	3	2	3	8
e) Uso de terminología especializada	4	2	2	8
Calificación Final				43

Calificación Final (en letras)..... CATORCE (14)

Legenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Optima	4

Presidente : Méd. Mgr. Gregorio Heredia Quezada

Miembro : Med. Alberto Mejía Medrano

Miembro : Med. Ricardo Chávez Chacaltana

Presidente

Miembro

Miembro

BACHILLER : MARVELA GIOVANNA LINARES SALES

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	5
Agradecimiento	6
Aprobación	7
Indice de Tablas	8
Indice de Gráficos	9
Resumen	10

CAPITULO 1: INTRODUCCION

1.1 Antecedentes	11
1.2 Problema de Investigación	13
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14

CAPITULO 2: MARCO TEORICO – CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico	15
2.1.1 Generalidades	15
2.1.2 Perfil Clínico del Cáncer Invasor	16
2.1.3 Clasificación por Estadios del Cáncer de cérvix	18
2.1.4 Historia Natural del Cáncer de cérvix	20
2.1.5 Perfil epidemiológico	21
a) Número de compañeros sexuales	22
b) Inicio de relaciones sexuales tempranas	22
c) Características del compañero sexual	22
d) Enfermedades de transmisión sexual	23
e) Alto número de hijos	23

f) Edad del primer parto	24
g) Número de partos	24
h) Métodos anticonceptivos	24
i) Tabaquismo	25
j) Factores nutricionales	25
2.1.6 Diagnóstico de cáncer de cérvix	26
2.2 Marco Conceptual	29
2.2.1 Variable Dependiente	29
2.2.2 Variable Independiente	29
CAPITULO 3: RECURSOS UTILIZADOS	31
CAPITULO 4: METODO	32
4.1 Hipótesis	32
4.2 Tipo de Investigación	32
4.3 Población y Muestra	33
4.4 Técnicas	33
4.5 Instrumentos	34
4.6 Análisis de Datos	34
4.7 Ética	34
CAPITULO 5: RESULTADOS	35
a. Factores clínicos del cáncer de cérvix infiltrante	35
b. Factores epidemiológicos del cáncer de cérvix	36
c. Resultados de PAP en el cáncer de cérvix infiltrante	38
d. Estadios clínicos según la clasificación FIGO del cáncer de cérvix infiltrante	39
e. Relación de los factores clínicos y epidemiológicos con el estadio clínico del Cáncer de cérvix infiltrante.	40

CAPITULO 6: DISCUSION DE RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	52

DEDICATORIA



Un eterno agradecimiento a mis señores padres, Clara Inés SALES VASQUEZ y Odorico LINARES PEZO, por que me dieron la vida y me supieron impulsar y guiar por el camino correcto a la consecución de mis metas que aspiro llegar.



A mi futuro esposo Cesar Luís Castro Rengifo por su apoyo, y paciencia que me a brindado durante todo este tiempo de investigación .



AGRADECIMIENTO



A mis distinguidos profesores, que me regalaron su tiempo, su paciencia y sus conocimientos para poder concluir satisfactoriamente mi carrera profesional.

Agradecimiento especial al Sr. Estad. Eliseo Zapata Vásquez por el esfuerzo brindado para la conclusión del trabajo.



A los miembros del Jurado, por sus atinadas sugerencias que me permitieron direccional adecuadamente esta investigación.



INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Factores epidemiológicos de mujeres con cáncer de cérvix infiltrante	33
Tabla N° 2	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Número de Parejas Cóitales	35
Tabla N° 3	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Citología (PAP)	36
Tabla N° 4	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Estadio Clínico	37
Tabla N° 5	Relación entre Edad y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	38
Tabla N° 6	Relación entre Ocupación y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	38
Tabla N° 7	Relación entre Nivel de Instrucción y Estadio clínico de los casos de Cáncer De Cérvix Infiltrante	39
Tabla N° 8	Relación entre Procedencia y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	39
Tabla N° 9	Relación entre Estado Civil y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	40
Tabla N° 10	Relación entre Paridad y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	40
Tabla N° 11	Relación entre Aborto y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	41
Tabla N° 12	Relación entre Número de parejas cóitales y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	41
Tabla N° 13	Relación entre Edad de inicio de relaciones cóitales y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	42
Tabla N° 14	Relación entre Uso de anticonceptivo hormonal y Estadio clínico de los Casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante	42

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Paridad	34
Gráfico N° 2	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Aborto	34
Gráfico N° 3	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Edad de Inicio de relaciones cóitales	35
Gráfico N° 4	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Uso de anticonceptivo hormonal	36
Gráfico N° 5	Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Estadio Clínico	37

RESUMEN**FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX INFILTRANTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2005 – 2006****Bach. Marvela Giovanna Linares Sales**

Se diseñó un estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional, evaluando a 81 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix infiltrante a través de estudio anatomopatológico, revisando las historias de hospitalización e informe de patología de la biopsia.

Los factores clínicos con mayor frecuencia fueron: con edad mayor a 44 años (69.1%), ocupación su casa (88.9%), instrucción primaria (69.1%), el proceder de zonas rurales (38.3%), y no casadas (80.2%).

Los factores epidemiológicos con mayor frecuencia fueron: gran multiparidad (55.6%), el tener varias parejas cóitales (76.5%), el haber iniciado tempranamente relaciones cóitales (86.4%) y las que no usaron métodos anticonceptivos hormonales (91.4%).

El 27.2% de los resultados de PAP son estadios NIC III, en el 17.3% tienen resultados de PAP negativos y el 50.6% no se hallaron resultados de PAP.

El 59.3% de los casos de cáncer de cérvix infiltrante son estadios III, y el 58.0% son estadios III b.

El 60.5% de los casos de cáncer de cérvix infiltrante se encuentran en estadio avanzado.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, nivel de instrucción, procedencia, estado civil, paridad, aborto, número de parejas cóitales, edad de inicio de relaciones cóitales, uso anticonceptivo hormonal con el estadio del cáncer de cérvix infiltrante.

CAPITULO 1: INTRODUCCION

1.1 Antecedentes

El cáncer de cérvix uterino constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo siendo la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, después de mama. Mundialmente se registran cada año cerca de 500 000 nuevos casos, de los cuales el 80% aparecen en los países en desarrollo.

La mortalidad por esta patología es mayor en los países en desarrollo donde el sistema de tamizaje y de tratamiento es deficiente.

Datos del año 2006 estiman que murieron más de 550 000 mujeres en todo el mundo por ésta enfermedad, siendo la mayoría oriundas de los países en desarrollo. En los países desarrollados la mortalidad por este tumor disminuyó en las últimas décadas especialmente por el tamizaje (1,2)

En los países latinoamericanos más de 30, 000 mujeres mueren anualmente por el cáncer del cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud, muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; las más bajas se encuentran en Cuba y Puerto Rico. En Perú este tipo de cáncer es la segunda causa de muerte femenina. Canadá tiene a nivel mundial la mortalidad más baja para esta Patología, (2,3).

En el Plan Nacional de Políticas de salud para el año 2000 del Ministerio de Salud del Perú señala que el cáncer del cérvix uterino es la primera causa de muerte de la mujer en edad fértil especialmente en los estrato IV y V. El cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en el Perú y se estima que actualmente se tiene una prevalencia de 44.54 por 100 000 mujeres en edad fértil y una tasa de mortalidad que llega hasta 19.81/100 000 mujeres (3,4).

En el Perú, la epidemiología del cáncer de cuello uterino está relacionada con la mujer que vive en las áreas marginales de la población urbana y rural sin embargo no tenemos información nacional que relacione prevalencia de cáncer ginecológico con perfiles demográficos. Sin embargo su observación muy evidente que el cáncer de cérvix confirmado en muchos hospitales de Lima pertenece a mujeres provenientes de las áreas rurales del Perú (5).

El agente causal del cáncer del cuello uterino es el virus del papiloma humano (HPV), se transmite por relaciones cóitales infectando las células del mismo y lentamente provocan alteraciones celulares que pueden evolucionar a displasia luego a cáncer (6). Estudios realizados en varios países detectaron asociación positiva con varios tipos de HPV, siendo los tipos 16 y 18 los más frecuentemente encontrados con alto potencial oncogénico.

Varios cofactores de alto riesgo han sido asociados con el desarrollo de cáncer de cérvix uterino, entre los cuales se hallan: la multiparidad, la extrema pobreza, múltiples parejas, falta de higiene, inicio precoz de relaciones cóitales, uso de contraceptivos, hábito de fumar, supresión de la respuesta inmunológica (HIV/SIDA) y el pobre acceso al sistema de salud (7,8, 9, 10,11).

Aunque en la mayoría de las situaciones es asintomático en la fase pre-invasiva, cuando está avanzada se caracteriza por dispareunía, secreciones vaginales con olor fétido, hemorragia entre los periodos menstruales, durante el coito. El despistaje precoz por medio del examen pélvico, inspección visual con ácido acético, citología exfoliativa (prueba de Papanicolaou), colposcopia, prueba de hibridación para tipificación viral, histología puede prevenir y bajar la tasa de incidencia de esta enfermedad. (12).

Al contrario de otros tipos de cáncer el de cérvix uterino puede prevenirse utilizando tecnologías de detección y tratamiento poco costoso, con el objetivo de detectar lesiones epiteliales pre-invasivas antes que se transformen en cáncer.

Así, ante la importancia de esta enfermedad que causa alta tasa de mortalidad en mujeres y considerando que en Iquitos falta la respuesta del Sistema Nacional de Salud, este estudio de los aspectos clínicos epidemiológicos asociados a esta patología ginecológica nos va a permitir sugerir un mejor enfoque y ampliación de la cobertura de atención.

1.2 Problema de Investigación

El cáncer del cérvix uterino es considerado actualmente como un gran problema de salud pública que afecta especialmente a aquellos sectores de la población que tienen un menor acceso a los servicios de salud, en especial de los sectores urbano marginales y rurales en el Perú, y un gran porcentaje de los casos se detectan en estadios avanzados de la enfermedad.

Loreto no está exenta de este problema y dado que ésta se transmite sexualmente a través de las relaciones cóitales siendo el agente etiológico transmitido por el virus del papiloma humano es necesario ampliar la cobertura de los sistemas de salud en especial a los estratos de la población más deprimidos.

Por todo lo antes mencionado y ante la ausencia de estudios de investigación bien elaborados sobre el tema en nuestro medio, se hace necesario conocer los factores clínicos y epidemiológicos que se relacionan con ésta patología para así sugerir un mejor enfoque y ampliación de la cobertura del sistema de salud en nuestro medio en especial de los sectores de la población que se ven afectados por este problema que son los de menores recursos y menor nivel cultural.

¿Cuáles son los factores clínicos y epidemiológicos en mujeres con cáncer de cérvix uterino infiltrante atendidas en el Hospital Regional de Loreto?

1.3 Objetivos

a) General:

- Identificar los factores clínicos y epidemiológicos en mujeres con cáncer de cérvix infiltrante atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Abril del 2005 a Septiembre del 2006

b) Específicos:

- Identificar los factores clínicos del cáncer de cérvix infiltrante en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Abril del 2005 a Septiembre del 2006.
- Identificar los factores epidemiológicos del cáncer de cérvix infiltrante en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Abril del 2005 a Septiembre del 2006.
- Conocer los resultados de PAP en el cáncer de cérvix infiltrante en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Abril del 2005 a Septiembre del 2006.
- Conocer los estadios clínicos según la clasificación FIGO del cáncer de cérvix infiltrante en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Abril del 2005 a Septiembre del 2006.
- Relacionar los factores clínicos y epidemiológicos con el estadio clínico del cáncer de cérvix infiltrante.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO – CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Generalidades

El cáncer de cérvix es uno de las neoplasias mas frecuente en las mujeres. En el Perú constituye la primera causa de cáncer en la mujer, donde la gran mayoría de ellos se diagnostica en forma tardía, ya que las mujeres acuden a la consulta cuando la enfermedad ya esta muy avanzada. Por lo que constituye problema de salud pública.

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en la mujer peruana y representa uno de los principales problemas de salud pública en nuestro medio. La causa del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano transmitido por relaciones cóitales siendo los cofactores de alto riesgo importantes la edad temprana en la primera relación coital, las múltiples parejas cóitales, uso de contraceptivos.

En el mundo se estiman 500 000 casos nuevos anuales de los cuales el 80% de ellos corresponde a los países en vías de desarrollo siendo además la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina (13). Representa a nivel mundial el 15% de todos los cánceres originados en el aparato genital de la mujer. La incidencia promedio en los países desarrollados oscila entre 30 a 35 nuevos casos por 100 000 mujeres por año. Los países de América Latina y el Caribe se clasifican como sociedades de alto riesgo para tener cáncer de cuello uterino, caracterizado por la tendencia de la mujer a tener uno o dos compañeros sexuales durante su vida, mientras que el hombre tiende a tener múltiples parejas cóitales (14).

Varios factores han sido asociados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino entre los cuales se hallan: la gran multiparidad definida como seis hijos o más, la extrema pobreza, falta de higiene, inicio precoz de las relaciones cóitales, promiscuidad sexual, y el pobre acceso al sistema de salud. Así mismo se han considerado factores de riesgo importantes: tabaco, uso de métodos anticonceptivos, infecciones. Inmunosupresión y el no uso de preservativos por parte de la pareja.

El cáncer de cérvix en los últimos años no ha aumentado las perspectivas de curación a pesar del perfeccionamiento de los métodos quirúrgicos y de las técnicas radioterapeutas y quimioterapia. En vista de esta grave situación la única arma que se tiene a mano es el diagnóstico oportuno de las lesiones pre malignas del epitelio del cuello uterino y últimamente por la visualización del cérvix con ácido acético. Hoy en día pueden ser identificadas estas lesiones pre malignas fácilmente con la prevención continua permanente y periódica del Papanicolaou.

2.1.2 Perfil Clínico del cáncer invasor.

Resulta necesario un programa de pruebas de detección selectiva sólido bien divulgado para que el público en general y los profesionales en salud sepan que el cáncer cervical puede ser origen incluso de los síntomas ginecológicos más leves. La educación pública debe hacer énfasis en la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer.

Exploración física.

El tipo de exploración física a realizar en la paciente que infunde sospecha de cáncer de cérvix dependerá de la posible localización de la lesión (endocérvix o ectocérvix). El tamaño y extensión de la lesión requiere una inspección

cuidadosa y palpación, incluyendo los tactos vaginales bimanuales: vaginoabdominal y rectovaginal.(15).

La paciente típica con cáncer cervical clínicamente es una mujer múltipara cuya edad se sitúa entre los 45 y los 55 años que se casó y tuvo su primer hijo generalmente antes de los 20 años.

El primer signo de cáncer cervical precoz es una secreción vaginal acuosa teñida de sangre que a menudo pasa desapercibida para la paciente. El síntoma clásico lo constituye la metrorragia indolora intermitente o el manchado exclusivamente poscoital o después de la higiene diaria. A medida que crece el tamaño del tumor, los episodios de hemorragia se hacen mas importantes, mas frecuentes y de mayor duración la paciente puede también referirse a lo que ella considera un incremento en la cantidad y duración de su flujo menstrual regular, finalmente l hemorragia se hace prácticamente continua. En la mujer posmenopáusica, es más probable que dicha hemorragia lleve a buscar atención médica precoz.

Los síntomas o indicadores tardíos de la enfermedad más avanzada incluyen el desarrollo de dolor referido al flanco o al miembro inferior, que suele ser secundario a la afectación de los uréteres, la pared pélvica y/o el recorrido del nervio obturatriz. Muchas pacientes refieren disuria, hematuria, rectorragia o estreñimiento debido a invasión vesical o rectal.

Las metástasis a distancia y el edema persistente de uno o ambos miembros inferiores como resultado del bloqueo linfático y venoso debido a la afectación extensa de la pared pélvica, son manifestaciones tardía de la enfermedad primaria.

Síntomas según etapa de la enfermedad

ETAPAS	SÍNTOMAS
• Temprana	- No hay síntomas
• Precoz	- Secreción vaginal - Metrorragia indolora - Sangrado post coital
• Tardío	- Hemorragia profusa - Disuria - Hematuria - Rectorragia o estreñimiento - Edema persistente - Dolor pélvico - Perdida de apetito - Perdida de peso - Fatiga - Fracturas oseas

2.1.3 Clasificación por estadios del cáncer de cérvix

Las diversas organizaciones tales como la FIGO (15), ha adoptado un sistema único de clasificación del cáncer de cuello uterino.

Clasificación por la FIGO:

Estadio I

El estadio I es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

- Estadio IA: Carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en estadio IB. La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm. y no más de 7 mm. de ancho. [Nota: La profundidad de la invasión debe ser 5 mm. o menos desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular, ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación.]
 - Estadio IA1: Invasión medida del estroma 3 mm. o menos de profundidad y 7 mm. o menos de diámetro.
 - Estadio IA2: Invasión medida del estroma más de 3 mm. pero 5 mm. o menos de profundidad y 7 mm. o menos de diámetro.
- Estadio IB: Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas de mayor extensión que el estadio IA.
 - Estadio IB1: Lesiones clínicas 4 cm. o menos de tamaño.
 - Estadio IB2: Lesiones clínicas 4 cm. o más de tamaño.

Estadio II

En el estadio II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega a la sección tercia inferior.

- Estadio IIA: No hay complicación obvia del parametrio, hasta dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.
- Estadio IIB: Complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Estadio III

El estadio III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica o implica el tercio inferior de la vagina. Acorde al examen rectal, no hay espacio

sin cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

- Estadio IIIA: Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.
- Estadio IIIB: Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.

Estadio IV

El estadio IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal.

- Estadio IVA: Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
- Estadio IVB: Propagación a órganos distantes.

2.1.4 Historia Natural

El cáncer cervicouterino es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino y su progresión natural conlleva a la muerte.

El cérvix es una zona de especial interés e importancia para los ginecobstetras; ningún órgano es tan accesible en términos de diagnóstico y de tratamiento, debido a que representa un foco común de desarrollo de tejido maligno. Esta accesibilidad tan peculiar del cérvix para el estudio celular y tisular, así como para su revisión directa exhaustiva, ha permitido una intensa investigación de la naturaleza de sus lesiones malignas y ha generado grandes avances en la citología cervical y la colposcopia.

Aun cuando el conocimiento actual es incompleto, los estudios realizados han mostrado que la mayoría de estos tumores tiene inicio gradual y sus precursores preinvasores pueden mantenerse en una fase reversible o in situ

por varios años, éste pasa por alteraciones que van desde la Lesión intraepitelial (LIE) hasta el cáncer invasor, en un período que dura entre 10 y 20 años. De ahí que la prevención secundaria, a través de la citología cervical, comúnmente conocida como “Papanicolau”, cobra un importante rol, sobre todo por su sensibilidad y especificidad (16).

2.1.5 Perfil Epidemiológico

Epidemiológicamente, las lesiones se presentan con mayor frecuencia en mujeres con nivel socio económico deprimido, que inician sus relaciones cóitales a edad temprana, multiparidad, promiscuidad sexual, falta de hábitos adecuados de higiene, parejas con antecedente de haber tenido esposa muerta por cáncer de cérvix o con muchas parejas cóitales. Estadísticamente se ha considerado como cofactores de riesgo al uso de anticonceptivos hormonales por vía oral, que hasta la fecha son causa de controversias. Es más frecuente en poblaciones latinoamericanas, asiáticas, africanas. La incidencia de carcinoma cervicouterino tiene una relación estrecha con la edad de la paciente, se incrementa notablemente entre el cuarto a sexto decenio de vida. Sin embargo no se debe dejar de considerar su existencia en grupos de menor edad, lo que es inusual y con evolución al cáncer más rápido (17).

Su incidencia y mortalidad no ha descendido en los países en vías de desarrollo (2).

Actualmente la investigación se ha centrado en su causa que es el virus del papiloma humano (VPH) transmitido por relaciones cóitales ocasionando en primer lugar lesiones displásicas y luego si no es prevenido finalizará en carcinoma del cérvix uterino invasivo (2,17)

a) Número de compañeros sexuales.

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 (11,17)

b) Inicio de relaciones sexuales tempranas.

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 cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (11,18).

c) 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; 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 si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y si este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón (10, 17,18)

d) Enfermedades de transmisión sexual.

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *Chlamydia trachomatis* o herpes simplex. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil.

Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH. (10).

e) Alto número de hijos

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 (18,19)

f) 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 (11,18).

g) Número de Partos

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparados con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello cervical en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido (18).

h) Métodos Anticonceptivos

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, 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.

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

especial interés a las vitaminas A, C, E, carotenos y folatos. En la revisión que Comino y colaboradores, que realizan sobre este tema, refieren que una dieta rica en vitamina A y betacarotenos puede ejercer un efecto protector frente al carcinoma de cuello, aunque algunos autores no han podido confirmar este hecho. Van Eenwick y colaboradores comprueban que es el licopeno el que reduce más el riesgo de CIN, mientras que otros como alfa y beta carotenos y criptoxantina arrojan resultados confusos. Sobre la vitamina C existen estudios que refieren que una dieta rica en la misma puede conferir un efecto protector, considerando su déficit, lógicamente un factor de riesgo. Sin embargo otros estudios no han podido confirmar esta relación. Mucho se ha especulado sobre la relación entre deficiencias de folatos y neoplasia cervical, desde que se observó que en pacientes con anemia perniciosa era frecuente la displasia cervical, debido a la existencia de cambios megaloblásticos en el útero. Asimismo los anticonceptivos orales favorecen el déficit de folatos, al disminuir su absorción intestinal y transporte, por eso se ha recomendado dietas suplementadas en folatos en mujeres que toman anticonceptivos.

2.1.6 Diagnostico del Cáncer de Cérvix

El examen pélvico y la prueba de papanicolau permiten al médico detectar los cambios anormales en el cérvix. Si estos exámenes muestran que hay presente una infección, el médico trata la infección y después de un tiempo repite la prueba de papanicolau Si el examen o la prueba de papanicolau sugieren algo más que una infección, el médico puede repetir la prueba de papanicolau y hacer otras pruebas para encontrar el problema.

La *colposcopia* es un método usado ampliamente para examinar el cuello del útero para áreas anormales. El médico aplica una solución como de vinagre al cérvix y luego usa un instrumento que parece un microscopio (llamado

colposcopio) para mirar de cerca el cérvix. El médico puede entonces cubrir el cuello uterino con una capa de solución de yodo (un procedimiento que se llama *prueba de Schiller*). Las células sanas adquieren un color café; las células anormales adquieren un color blanco o amarillo. Estos procedimientos pueden hacerse en el consultorio del médico.

Es posible que el médico quite una pequeña cantidad de tejido cervical para que sea examinado por un *patólogo*. Este procedimiento se llama *biopsia*. En un tipo de biopsia, el médico usa un instrumento para desprender muestras pequeñas de tejido cervical. Otro método usado para obtener una biopsia se llama procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP en inglés). En este procedimiento, el médico usa un aro de alambre eléctrico para rebanar un pedazo delgado y redondo de tejido. Estos tipos de biopsias se pueden hacer en el consultorio del médico usando *anestesia* local.

El médico podría revisar también, dentro de la abertura del cérvix, un área que no se puede ver durante la colposcopia. En un procedimiento llamado *curetaje endocervical* (ECC en inglés), el médico usa una cureta (un instrumento pequeño en forma de cuchara) para raspar el tejido dentro de la abertura cervical.

Estos procedimientos para remover tejido pueden causar algo de sangrado u otra secreción. Sin embargo, la curación ocurre generalmente pronto. Algunas mujeres también experimentan con frecuencia algo de dolor semejante a los calambres menstruales, lo cual se puede aliviar con medicamentos.

Estas pruebas pueden no mostrar con seguridad si las células anormales se encuentran sólo en la superficie del cérvix. En ese caso, el médico removerá entonces una muestra más grande de tejido en forma de cono. Este procedimiento, llamado *conización* o biopsia de cono, permite que el patólogo

vea si las células anormales han invadido el tejido bajo la superficie del cérvix. La conización también se puede usar como tratamiento para una lesión precancerosa si se puede quitar toda el área anormal. Este procedimiento requiere ya sea de anestesia local o general y se puede hacer en el consultorio del médico o en el hospital¹.

En unos pocos casos, es posible que no esté claro si una prueba anormal de Papanicolau o los síntomas de una mujer son causados por problemas en el cérvix o en el endometrio (el revestimiento del útero). En esta situación, el médico puede hacer una *dilatación y curetaje*. El médico extiende la abertura del cérvix y usa una cureta para raspar tejido del revestimiento del útero así como del canal cervical. Como la conización, este procedimiento requiere de anestesia local o general y puede hacerse en el consultorio del médico o en el hospital.

Es invaluable la ayuda que han prestado las técnicas modernas de detección en la lucha contra el cáncer. Entre los exámenes comúnmente practicados para descartar tumores tenemos:

La citología cervical o Papanicolau es un examen sencillo, rápido, no causa dolor y consiste en la toma de una muestra de secreción de cuello del útero para obtener algunas células y extenderlas en una lámina. Se procesa en el laboratorio mediante técnicas de fijación, para luego estudiarlas en el microscopio. Este examen no sólo indica si hay sospecha de cáncer, sino la presencia de alguna otra infección.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- **Cáncer de Cérvix Infiltrante:** Pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de cérvix infiltrante a través de una biopsia del cérvix; que es una exéresis de un fragmento del cuello uterino con pinza de sacabocado obtenido mediante la visualización colposcópica.

2.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS:

- **Edad:** Determinación cronológica del tiempo de existencia de una persona cuantificada en años, contando desde su nacimiento hasta el momento de su hospitalización.
- **Ocupación:** Actividad económica principal del paciente, para efecto del presente estudio se precisó en: su casa, comerciante, profesional.
- **Nivel de instrucción:** Años de estudios cursados y aprobados. Se operacionalizó como analfabeta, primaria, secundaria, superior o técnica.
- **Procedencia:** Lugar geográfico donde procede la paciente con cáncer de cérvix infiltrante en relación a la ciudad, se ha operacionalizado como que procede de la zona urbana, urbanomarginal y rural.
- **Estado civil:** Estado de la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales; se ha operacionalizado como casadas y no casadas (soltera, conviviente, viuda)

FACTORES CLINICOS:

- o **Paridad:** Se consideró los antecedentes gestacionales teniendo en cuenta la fórmula obstétrica (gesta – para) de uso habitual en Gineco obstetricia. G: a P: b-c-d-e. Donde G: Gravidez; a: número total de embarazos, incluyendo abortos, molas y embarazos ectópicos. Paridad, donde b: número total de recién nacidos a término; c: número total de recién nacidos prematuros; d: número total de abortos; e: número total de hijos vivos actualmente, se operacionalizo: nulípara, multípara (2 a 5 partos) y gran multípara (6 a más partos).
- o **Aborto:** termino de la gestación antes de cumplirse las veinte semanas de la misma.
- o **Número de parejas cóitales:** Dicese del número de parejas con la que la paciente con cáncer de cérvix tuvo relaciones sexuales durante su vida.
- o **Edad de inicio de las relaciones cóitales:** Edad en la que inicio sus relaciones sexuales, se considero para el estudio edad temprana antes de los 18 años y edad óptima de los 18 años para adelante.
- o **Uso de anticonceptivo hormonal:** uso de anticonceptivo hormonal por vía oral o parenteral.
- o **Estadio clínico:** Consideraremos cuatro estadios clínicos según la clasificación de FIGO: I, II, III, IV, para el estudio también se le agrupo como estadio temprano (I y II) que no invade pared pélvica y estadio avanzado (III y IV) que si invade pared pélvica.
- o **Papanicolaou:** coloración de una lámina porta objeto en donde se ha colocado una muestra de secreción cervicovaginal obtenida por medio de la espátula de Ayre. Luego se observa con un microscópio para objetivar las células epiteliales normales y anormales el cual nos dará el diagnóstico presuntivo. El informe actualmente utilizado es el de Bethesda.

CAPITULO 3: RECURSOS UTILIZADOS**a) Recursos Humanos**

Nombre del investigador o persona.	Actividad de participación*	Mes
Bach. Marvela Linares Sales	1,2,3,4,5,6,7, 8, 9	06
Dr. Armando Huaman Naula	1,2,3,5,7,9	06

- * Diseño del proyecto de investigación (1).
- * Revisión de historias clínicas (2).
- * Selección de historias clínicas (3)
- * Obtención de datos de historias clínicas (4).
- * Análisis estadístico (5).
- * Elaboración del informe preliminar (6).
- * Revisión de informe Preliminar (7)
- * Elaboración del informe final (8).
- * Revisión de informe final (9)

b) Instalaciones – Instituciones

Hospital Regional de Loreto

Universidad Particular de Iquitos

c) Equipos y Materiales

Servicios	Horas/días/meses /otros	Valor unidad S/.	Unidades	Total S/.
Computadora	Meses	60.00	12	720.00
Internet	Horas	2.00	120	240.00
Imprenta	Impresiones	6	30.00	180.00
Papel A4	Datos	2000 u	29	58.00
Tinta de Impresora	Datos	1 u	35	35.00
Otros	Varios		200.00	200.00
Total				1,140.00

CAPITULO IV: METODO

4.1 Hipótesis de trabajo

Los casos de cáncer de cérvix atendidos en el Hospital Regional de Loreto se presentan en mujeres mayores de 40 años, de procedencia rural, con nivel de instrucción primaria, convivientes, gran multíparas, con inicio de relaciones sexuales a edad temprana, con más de 4 parejas sexuales

4.2 Tipo de Investigación

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo porque se utilizaron historias clínicas estructuradas para la recolección de los datos y se emplearon procedimientos estadísticos para el análisis de la información sobre los factores clínicos y epidemiológicos, de las mujeres con cáncer de cérvix infiltrante.

Diseño de investigación: El diseño que se usó en el presente estudio es no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional.

- **No experimental:** porque se estudio una situación dada sin introducir ningún elemento que varié el comportamiento de las variables en estudio.
- **Descriptivo** por que se tuvo el interés de describir las variables en estudio de manera independiente.
- **Transversal:** porque describió los aspectos clínicos y epidemiológicos de las mujeres con cáncer de cérvix en un periodo de tiempo.
- **Retrospectivo:** porque se considero un período de tiempo comprendido entre abril 2005 y septiembre 2006.
- **Correlacional:** Establece relaciones entre los factores clínicos y epidemiológicos con el estadio del cáncer de cérvix infiltrante.

4.3 Población y Muestra

Para el presente estudio se considero a la población de estudio a las 91 mujeres que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología en el período comprendido entre Abril del 2005 a Septiembre del 2006 por cáncer de cérvix.

La muestra lo conformó 81 pacientes con cáncer de cérvix infiltrante que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Los Criterios de inclusión fueron:

- Historias clínicas completas
- Diagnóstico de cáncer de cérvix infiltrante por biopsia.
- Paciente hospitalizada entre Abril 2005 a Septiembre 2006.

Los criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas o ausentes.
- No estudio de biopsia para confirmación de cáncer de cérvix infiltrante.
- Paciente que fueron hospitalizadas fuera del tiempo de estudio.

La unidad de estudio fueron las historias clínica e informe de patología, el tipo de muestreo fue por conveniencia.

4.4 Técnicas

La técnica de recolección de información que se empleo fue de fuente secundaria a través de la revisión de las historias de hospitalización e informe de patología de la biopsia.

4.5 Instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos, donde se incluyó datos de identificación de la paciente con cáncer de cérvix así como aspectos clínicos y epidemiológicos extraídos de la historia clínica (Anexo N° 1).

4.6 Análisis de Datos

Los resultados obtenidos de la presente investigación se presentan en tablas univariadas, divariadas y gráficos.

Los datos fueron procesados con ayuda de los programas de procesamiento de datos Excel y SPSS, versión 15.0 para Windows 2007.

4.7 Ética

En el presente estudio se respetan los datos que fueron manejados con honestidad y transparencia en la información obtenida; y en el aspecto humano se tuvo cuidado con el anonimato, privacidad y confidencialidad de los datos manejados.

CAPITULO 5: RESULTADOS

Se evaluaron 81 mujeres con cáncer de cérvix infiltrante atendidas en el área de Ginecología del Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana durante el periodo del 2005 al 2006.

a) Factores clínicos del cáncer de cérvix infiltrante

El promedio de edad de las pacientes con cáncer de cérvix infiltrante fue de 56 años (IC95% 46.7-54.7a.), el 69.1% (56) presentaron más de 44 años de edad. El 88.9% (72) de las mujeres con cáncer de cérvix son ama de casa, y el 69.1% (56) tienen como nivel de instrucción primaria; el 38.3% (31) proceden de la zona rural y el 34.6% (28) urbanomarginal; y el 80.2% (65) no son casadas (Tabla N° 1).

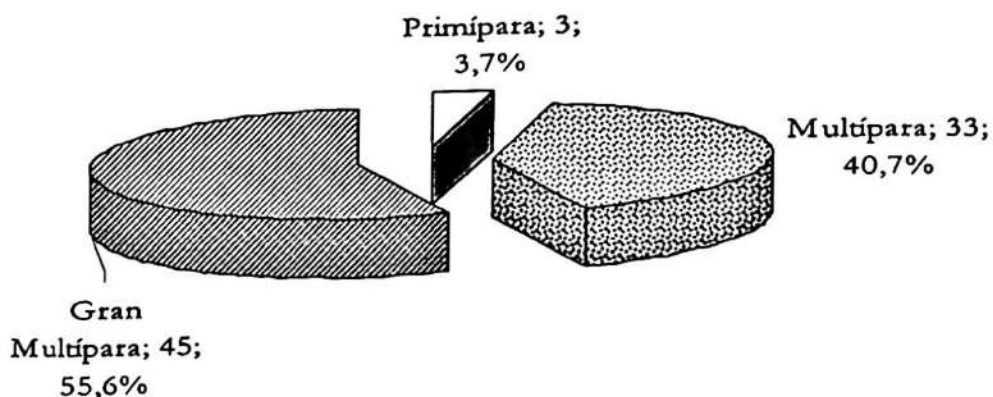
Tabla N° 1
Factores epidemiológicos de mujeres con cáncer de cérvix infiltrante atendidos en el Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Factores Epidemiológicos		N°	%
Edad	Menores de 30 años	5	6.2
	De 30 a 44 años	20	24.7
	Mayor de 44 años	56	69.1
Ocupación	Su casa	72	88.9
	Comerciante	7	8.6
	Profesional	2	2.5
Nivel de instrucción	Primaria	56	69.1
	Secundaria	23	28.4
	Superior	2	2.5
Procedencia	Rural	31	38.3
	Urbano	22	27.2
	Urbanomarginal	28	34.6
Estado civil	No Casada	65	80.2
	Casada	16	19.8

b) Factores epidemiológicos del cáncer de cérvix infiltrante

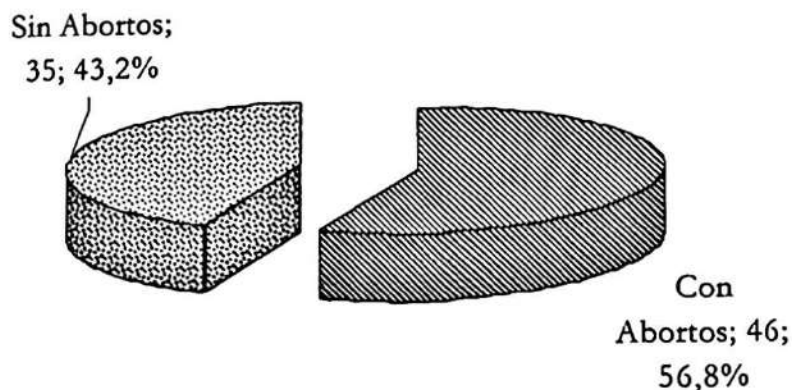
El 55.6% (45) de las mujeres con cáncer de cérvix son gran múltipara y el 40.7% (33) múltiparas (Gráfico N° 1, Anexo N° 2).

Gráfico N° 1
Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Paridad
 Hospital Regional de Loreto
 Abril 2005 – Septiembre 2006



El 56.8% (46) de las mujeres con cáncer de cerviz infiltrante presentaron aborto (Gráfica N° 2)

Gráfico N° 2
Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Aborto
 Hospital Regional de Loreto
 Abril 2005 – Septiembre 2006



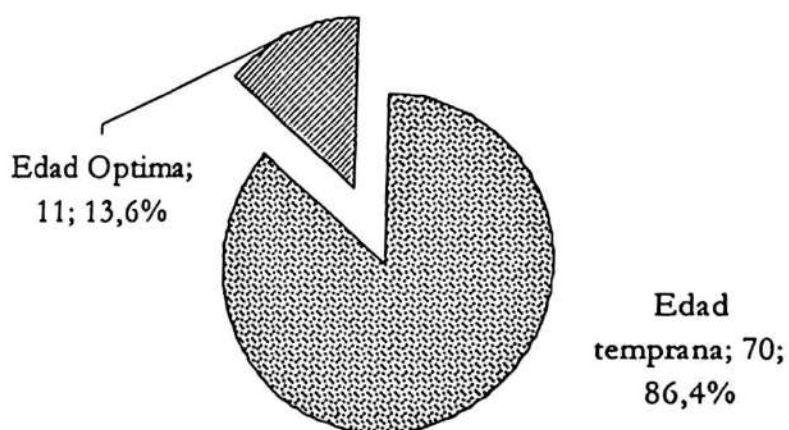
El 66.7% (54) de las mujeres con cáncer de cérvix infiltrante presentaron entre 2 y 3 parejas sexuales aborto, el 23.5% (19) tuvo pareja única (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Número de Parejas Cóitales - Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Número de Parejas cóitales	N°	%
1	19	23,5%
2	29	35,8%
3	25	30,9%
4	6	7,4%
5	2	2,5%
Total	81	100,0%

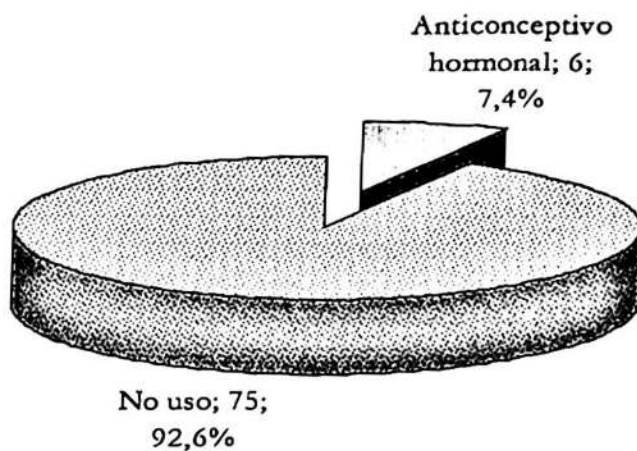
El 86.4% (70) de las mujeres con cáncer de cérvix infiltrante iniciaron sus relaciones cóitales tempranamente (Gráfica N° 3, Anexo N° 3).

Gráfico N° 3
Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Edad de inicio de relaciones cóitales
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006



El 7.4% (6) de las mujeres con cáncer de cérvix infiltrante refieren haber usado anticonceptivo hormonal (Gráfica N° 4).

Gráfico N° 4
Distribución de los casos de Cáncer de Cérnix Infiltrante según Uso de
anticonceptivo hormonal
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006



c) Resultados de PAP en los casos de cáncer de cérvix infiltrante

El 27.2% (22) de los resultados de PAP son estadios NIC III, en el 17.3% (14) tienen resultados de PAP negativos y el 50.6% (41) no se hallaron resultados de PAP. (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Distribución de los casos de Cáncer de Cérnix Infiltrante según Citología (PAP)
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Citología (PAP)	Nº	%
NIC I	3	3,7%
NIC II	1	1,2%
NIC III	22	27,2%
Negativo	14	17,3%
No resultado	41	50,6%
Total	81	100,0%

d) **Estadios Clínicos según la Clasificación de FIGO del cáncer de cérvix infiltrante**

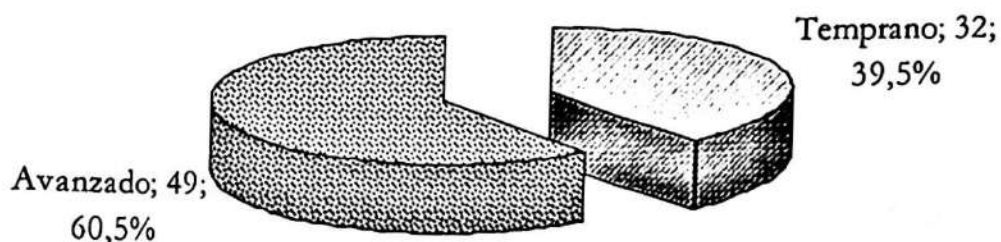
El 59.3% (48) de los casos de cáncer de cérvix infiltrante son estadios III, y el 58.0% (47) son estadios III b (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Estadio Clínico
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Estadio Clínico		N°	%	Total
I	b	2	2,5%	2,5%
II	a	13	16,0%	37,0%
	b	17	21,0%	
III	a	1	1,2%	59,3%
	b	47	58,0%	
IV	a	1	1,2%	1,2%
Total		81	100,0%	

El 60.5% de los casos de cáncer de infiltrante se encuentran en estadio avanzado (Gráfica N° 5).

Gráfico N° 5
Distribución de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante según Estadio Clínico
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006



e) **Relación entre los factores clínicos y epidemiológicos con el estadio clínico del cáncer de cérvix**

El 68.8% de los casos de estadio temprano y el 69.4% de los casos de estadio avanzado se presentaron en las mayores e 44 años, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre edad y estadio clínico (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Relación entre Edad y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Edad	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Menores de 30 años	1	3.1	4	8.2	5
De 30 a 44 años	9	28.1	11	22.4	20
Mayores de 44 años	22	68.8	34	69.4	56
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 1.12, \text{g.l.} = 2, \alpha = 0.05, p = 0.570 \text{ (} p > 0.05 \text{)}$$

El 75.0% de los casos de estadio temprano y el 98.0% de los casos de estadio avanzado se presentaron en ama de casas, se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre ocupación y estadio clínico, debido a la distribución de la población de estudio (Tabla N° 5).

Tabla N° 6
Relación entre Ocupación y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Ocupación	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Su casa	34	75.0	48	98.0	72
Comerciante	7	21.9	0	0.0	7
Profesional	1	3.1	1	2.0	2
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 14.26, \text{g.l.} = 2, \alpha = 0.05, p = 0.001 \text{ (} p < 0.05 \text{)}$$

El 62.58% de los casos de estadio temprano y el 73.5% de los casos de estadio avanzado se presentaron en mujeres con nivel de instrucción primaria, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre nivel de instrucción y estadio clínico (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Relación entre Nivel de Instrucción y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Nivel de Instrucción	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Primaria	20	62.5	36	73.5	56
Secundaria	11	34.4	12	24.5	23
Superior	1	3.1	1	2.0	2
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 1.09, \text{g.l.} = 2, \alpha = 0.05, p = 0.581 \text{ (} p > 0.05 \text{)}$$

El 43.8% de los casos de estadio temprano proceden de la zona urbanomarginal y el 40.6% de la zona rural, mientras que el 36.7% de los casos avanzados proceden de la zona rural y el 34.7% de la zona urbana, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre procedencia y estadio clínico (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
Relación entre Procedencia y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Procedencia	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Rural	13	40.6	18	36.7	31
Urbano	5	15.6	17	34.7	22
Urbano marginal	14	43.8	14	28.6	28
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 4.13, \text{g.l.} = 2, \alpha = 0.05, p = 0.127 \text{ (} p > 0.05 \text{)}$$

El 78.1% de los casos de estadio temprano y el 81.6% de los casos avanzados son en mujeres en estado civil de no casadas, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre estado civil y estadio clínico (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Relación entre Estado Civil y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Estado Civil	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
No casada	25	78.1	40	81.6	65
Casada	7	21.9	9	18.4	16
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 0.01, \text{g.l.} = 1, \alpha = 0.05, p = 0.919 \quad (p > 0.05)$$

El 59.4% de los casos de estadio temprano y el 53.1% de los casos avanzados se presentaron en mujeres gran multíparas, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre paridad y estadio clínico (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Relación entre Paridad y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Paridad	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Primípara	0	0,0	3	6,1	3
Múltipara	13	40,6	20	40,8	33
Gran múltipara	19	59,4	26	53,1	45
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 2.09, \text{g.l.} = 2, \alpha = 0.05, p = 0.350 \quad (p > 0.05)$$

El 65.6% de los casos de estadio temprano y el 51.0% de los casos avanzados presentaron aborto, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre aborto y estadio clínico (Tabla N° 11).

Tabla N° 11
Relación entre Aborto y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Aborto	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Con Aborto	21	65,6	25	51,0	46
Sin Aborto	11	34,4	24	49,0	35
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 1.682, \text{g.l.} = 1, \alpha = 0.05, p = 0.195 \quad (p > 0.05)$$

El 40.6% de los casos de estadio temprano y el 40.8% de los casos avanzados se presentaron en mujeres con 3 a más parejas cóitales, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre número de parejas sexuales y estadio clínico (Tabla N° 12).

Tabla N° 12
Relación entre Número de parejas cóitales y Estadio clínico de los casos de
Cáncer de Cérvix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Número de parejas cóitales	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
1	8	25,0	11	22,4	19
2	11	34,4	18	36,7	29
3 a más	13	40,6	20	40,8	33
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 0.084, \text{g.l.} = 2, \alpha = 0.05, p = 0.958 \quad (p > 0.05)$$

El 90.6% de los casos de estadio temprano y el 83.7% de los casos avanzados se presentaron en mujeres que tuvieron edad de inicio de relaciones cóitales en forma temprana, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre edad de inicio de relaciones cóitales y estadio clínico (Tabla N° 13).

Tabla N° 13
Relación entre Edad de inicio de relaciones cóitales
y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérnix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Edad de inicio de relaciones cóitales	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Edad Temprana	29	90,6	41	83,7	70
Edad Optima	3	9,4	8	16,3	11
Total	32	100	49	100	81

$$X^2 = 0.797, \text{g.l.} = 1, \alpha = 0.05, p = 0371 \quad (p > 0.05)$$

El 93.8% de los casos de estadio temprano y el 91.8% de los casos avanzados se presentaron en mujeres que no usaron anticonceptivos hormonales, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre uso de anticonceptivo hormonal y estadio clínico (Tabla N° 14).

Tabla N° 14
Relación entre Uso de anticonceptivo hormonal
y Estadio clínico de los casos de Cáncer de Cérnix Infiltrante
Hospital Regional de Loreto
Abril 2005 – Septiembre 2006

Uso de anticonceptivo hormonal	Estadio Clínico				Total
	Temprano		Avanzado		
	N°	%	N°	%	
Uso	2	6,3	4	8,2	6
No uso	30	93,8	45	91,8	75
Total	32	100,	49	100	81

$$X^2 = 0.103, \text{g.l.} = 1, \alpha = 0.05, p = 0.747 \quad (p > 0.05)$$

CAPITULO 6: DISCUSION

En este estudio de investigación se usó una metodología cuantitativa para investigar los factores clínicos y epidemiológicos asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto. Se eligió dicha metodología en razón de su factibilidad, aunque contemplando asimismo sus posibles limitaciones ya que los datos de algunas de las historias clínicas incompletas dificultaron la interpretación correcta de la información allí proporcionada.

Al comparar la edad media de edad en mujeres con cáncer de cérvix en este estudio, con las que informan otros autores, se observa que en el Perú al igual que en los países en desarrollo, dicha patología es más frecuente en la cuarta década de la vida, en comparación con lo que sucede en los países desarrollados, donde se presenta con mayor frecuencia a partir de los 50 años (9,21).

Dada las características geográficas y de servicios de salud en Loreto, el porcentaje de participantes en el estudio de procedencia rural es más alto que el de la zona urbana, hecho seguramente determinado por el tipo de población que atiende el Ministerio de Salud, es decir por la llamada "población abierta".

Aunque algunos estudios en Latinoamérica notifican que el riesgo a padecer cáncer cervical aumento en relación inversa al número de años de educación (19) en el presente estudio dicha relación coincide con estos estudios y en otros realizados en diversas áreas, dicha relación no fue estadísticamente significativa (22).

En el presente estudio las mujeres con más de un hijo es un factor que relaciona directamente con esta enfermedad,. Una probable explicación se fundamenta en el hecho de que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. Se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el

traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es plausible considerar al parto vaginal como un factor de riesgo de cáncer cervicouterino (10). Aunque en varios estudios previos se ha descartado la paridad como factor atribuible de cáncer cervical, en diversas investigaciones se ha demostrado que el riesgo aumenta con la paridad. Lo anterior se explica en función de la incapacidad de algunos estudios previos para detectar aumento en el riesgo debido tal vez, a que entre las mujeres había pocas con antecedentes de múltiples embarazos. Por lo tanto se puede considerar la multiparidad vaginal como un factor obstétrico importante para contraer el padecimiento (11, 19). Cabe mencionar que en otros estudios (23) el efecto de la paridad fue moderado o no consistente.

El inicio temprano de las relaciones coitales se ha relacionado en numerosos estudios con el incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical, esa relación se ha explicado con base en la consideración de que la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia, es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el VPH. Lo anterior es congruente con la idea de que las infecciones por VPH (10), durante la adolescencia tiene una probabilidad más alta de convertirse en infecciones crónicas y que implican un mayor riesgo de contraer cáncer cervical. Ese riesgo se reduce al postergar el inicio de las relaciones coitales (22, 24).

En este estudio más de la mitad de las pacientes comenzaron las relaciones coitales antes de los 18 años relacionándose en este sentido con mayor frecuencia de cáncer de cérvix tal como lo señalan diferentes autores (8, 18,20). Sin embargo no es estadísticamente significativa el inicio temprano de las relaciones coitales con los diferentes factores epidemiológicos en nuestra casuística.

En la mayoría de los trabajos mencionados la relación entre un elevado número de compañeros sexuales y la aparición de cáncer cervical está presente, y se considera que dicho número es una medida sustitutiva de la exposición a infección por VPH. Sin embargo en este estudio esa relación no fue estadísticamente significativa, debido quizás

a que la información que se obtuvo de las historias clínicas sobre el número de compañeros sexuales que han tenido es poco confiable, puesto que los datos clínicos fueron colocados sin profundizar el número de sus parejas, y/o que el número de compañeros sexuales generalmente es un tema tabú en la región, hecho que de alguna manera imposibilita evitar el sesgo de información al responder a dicha pregunta.(9,10, 20).

En este estudio el porcentaje de mujeres que utilizaron algún método anticonceptivo fue muy reducido debido a las deficientes políticas sanitarias de las autoridades de salud peruanas sin embargo estas presentaron incremento de cáncer cervical lo cual nos permite pensar que los anticonceptivos no tienen relación con esta patología sino que el factor es otro.

Dentro de las limitaciones de este trabajo vale la pena mencionar la imposibilidad de generalizar sus resultados al resto de la población puesto que se realizó en una sola Institución de salud de tal manera que la población estudiada no necesariamente es representativa de las mujeres de la región. Además la recolección de datos mediante el instrumento pudo estar influida por sesgos de información y de memoria lo cual dificultó la obtención de la información sobre todo en lo relacionado con la actividad sexual de las participantes.

CONCLUSIONES

- Los factores clínicos en las mujeres con cáncer de cérvix infiltrante con mayor frecuencia fueron: con edad mayor a 44 años (69.1%), ocupación su casa (88.9%), instrucción primaria (69.1%), el proceder de zonas rurales (38.3%), y no casadas (80.2%).
- Los factores epidemiológicos en las mujeres con cáncer de cérvix infiltrante con mayor frecuencia fueron: gran multiparidad (55.6%), el tener varias parejas coitales (76.5%), el haber iniciado tempranamente relaciones coitales (86.4%) y las que no usaron métodos anticonceptivos hormonales (91.4%).
- El 27.2% (22) de los resultados de PAP son estadios NIC III, en el 17.3% (14) tienen resultados de PAP negativos y el 50.6% (41) no se hallaron resultados de PAP.
- El 59.3% (48) de los casos de cáncer de cérvix infiltrante son estadios III, y el 58.0% (47) son estadios III b.
- El 60.5% de los casos de cáncer de infiltrante se encuentran en estadio avanzado.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, nivel de instrucción, procedencia, estado civil, paridad, aborto, número de parejas cóitales, edad de inicio de relaciones cóitales, uso anticonceptivo hormonal con el estadio del cáncer de cérvix infiltrante.

RECOMENDACIONES

- Replantear el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino especialmente a las mujeres de alto riesgo para controlar esta enfermedad.
- Campañas de examen de papanicolao en población femenina de bajos recursos económicos para detección temprana de cáncer de cérvix.
- Propiciar el método barato de inspección visual con ácido acético en la prevención del carcinoma cervicouterino.
- El Ministerio de Salud debe implantar la prevención primaria mediante vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Efectuar estudios cuantitativos y cualitativos apropiados, fomentar la participación del grupo femenino y comunitario sobre el cáncer de cerviz.
- Transmitir mensajes dirigidos a los grupos objetivos e idear estrategias innovadoras, como el ofrecimiento del frotis en clínicas ambulatorias en los lugares de trabajo y en las comunidades, así como los centros donde se ofrecen servicios ginecológicos materno perinatal , control pre natal, post natales y de planificación familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries. 6p.
2. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (2006). Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: Lecciones aprendidas del proyecto demostrativo. 5p
3. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (2004). Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. 1p.
4. PARIONA Y COL. (2000). Acta cancerológica: Cáncer cervical en la mujer peruana. Vol.:32. N°1. p8.
5. SOLIDORO S. (2006) Cáncer en el siglo XXI. Acta med.peruana Vol.23.n.2 mayo-agto.
6. PACHECO J. (2006) Ginecología y Obstetricia. 2° Reimpresión. Edit Mad Corp. Perú
7. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2005). Costos del tratamiento del cáncer cervicouterino en el Instituto Nacional de Cancerología: implicancia y prevención. México.
8. VALER V y col. (2005). Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima periférica. An. Fac. Med. 66(2):100-106. Lima.
9. HURTADO G y col. (2004). Factores pronósticos en cáncer de cuello uterino. Gamo Vol.3. n.4 oct-dic. México.
10. BENIA W y col. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicos barriales de Montevideo. Rev. Med. Uruguay. 16:103-113.
11. RODRIGUEZ S y col. (1999). Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el Municipio Cerro. Rev.Cub.Higiene.Epid. Vol. 37.n 1. abril-junio. Habana.
12. PEREZ C y col. (2005). Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México. Salud Pública de México. Vol.47.n1. enero-feb.
13. ASHFORD L y col. (2005). La prevención del cáncer cervical a nivel mundial. Population Referente Burreau.

14. ESPARZA A y col. (2006). Panorama del cáncer cervicouterino en México. *Epidemiología*. Vol.23.n 16. Abril. México.
15. AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (2002). *Cancer Staging Manual*. Sixth Edition.USA.
16. UNIVERSITÉ PARIS – VI PIERRE ET MARIE CURIE. (2003). *Gynécologie*.
17. CASTAÑEDA-IÑIGEZ M y col. (1998). Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Mex*. 40:330-338.
18. LASCANO-PONCE E y col. (1999). Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex*. 41:278-285.
19. ALIANZA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL. (2004). Factores de riesgo de cáncer cervicouterino. USA.
20. ROSSEL J y col. (2007). Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. *Arch.Med.Camaguey*. 11(1):15-19.
21. BAZAN A. (2002). Incidencia del cáncer del cuello uterino. *Rev. Científica ecuatoriana*. Vol.2 (2). Julio.
22. MUÑOZ N y col. (1993). El virus del papiloma humano en la etiología del cáncer cervicouterino. *PAHO. Bull*. 1993;115:301-309.
23. BOSH F et al (1992). Risk factors for cervical cancer in Columbia and Spain. *Int.J.Cancer*. 52:750-758.
24. BISWAS L et al. (1997). Sexual risk factors for cervical cancer among rural Indian women. *Int.J. Epidemiol*. 26(3):491-495.

ANEXOS

ANEXO N° 1
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE
CÉRVIX INFILTRANTE ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
2005 - 2006

Ficha No.

Fecha.....

DATOS GENERALES

N° H. Clínica.....

Edad.....Domicilio.....

Procedencia RURAL
 URBANO
 URBANO MARGINAL

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabeta
 Primaria
 Secundaria
 Superior

ESTADO CIVIL

0 Casada
 1 No Casada

OCUPACION

Comerciante
 Profesional
 Su casa

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

NUMERO DE PARTOS:
 1 Primípara
 2 Multipara (2 a 5)
 3 Gran multipara (> 5)

NUMERO DE ABORTOS:

1 No abortos
 2 Si abortos

PAREJAS SEXUALES

1
 2
 3
 4
 5
 6

EDAD DE INICIO RELACIONES

9	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>		

METODO ANTICONCEPTIVO

No
Si

TIPO ANTICONCEPTIVO

Inyectable trimestral
Contraceptivo oral
Otros

DIAGNOSTICO

ESTADIO CLINICO

0	I	a	b
1	II	a	b
2	III	a	b
3	IV	a	b

CITOLOGICO (PAP)

0 NEGATIVO
1 LEI BAJO GRADO (NIC I)
2 LEI ALTO GRADO (NIC II)
3 CARCINOMA INVASIVO (NIC III)
4 SIN RESULTADOS

BIOPSIA CERVIX

CANCER DE CERVIX INFILTRANTE

ANEXO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE CÁNCER DE CÉRVIX INFILTRANTE
SEGÚN PARIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
2005 – 2006

Número de Partos	N°	%
1	3	3,7%
2	1	1,2%
3	9	11,1%
4	13	16,0%
5	10	12,3%
6	17	21,0%
7 a más	28	34,6%
Total	81	100,0%

ANEXO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE CÁNCER DE CÉRVIX INFILTRANTE
SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
2005 – 2006

