

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON CANCER DE CERVIX EN LAS  
EDADES DE 40 A 65 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA  
DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL, DE ENERO DEL  
2021 A DICIEMBRE DEL 2022

TESIS PARA OPTAR A:  
GINECOLOGO Y OBSTETRICIA

AUTORES:  
ROMERO BLANCO, CARLOS JOSUÉ  
PAZ ARIAS, JOSE FABRICIO

ASESOR:  
DRA AURORA SALAZAR DE ESCOLERO.

CUIDAD UNIVERSITARIA 4 DE SEPTIEMBRE DE 2024.

**AUTORIDADES**

M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA  
**RECTOR**

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA  
**VICE- RECTOR ACADÉMICO**

M.SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
**VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO**

M.SC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO  
**DECANO**

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA  
**VICE- DECANO**

LIC. CARLOS DE JESUS SANCHEZ  
**SECRETARIO**

M.SC. BALMORE ALEXIS RODRIGUEZ  
**DIRECTOR ESCUELA DE POSGRADO**

## **JURADO EVALUADOR**

**Dra. Aurora del Carmen Salazar de Escolero.**

Ginecóloga – Obstetricia.

Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel.

**Dra. Zuleyma Yasmin Jaime Salvador**

Ginecóloga – Obstetricia.

Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel.

**Dr. Gustavo Enrique Munguía Morales.**

Ginecólogo – Obstetricia.

Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel.

AGRADECIMIENTO.

**Universidad de El Salvador** Por la formación brinda con la que nos ha permitido forjar el nuestro ser del saber

**A nuestros catedráticos.** Seres de saber, que han brindado el apoyo constante de nuestra formación

**A nuestros asesores de tesis.** Dra. Aurora Salazar de Escolero, por su dedicación, entrega, tiempo, comprensión.

**A nuestros revisor de tesis.** Por el apoyo profesional e incondicional para finalizar de la mejor manera el trabajo de investigación.

**Hospital Nacional San Juan de Dios, de San Miguel** Por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación y adquirir experiencia.

DIDICATORIA.

**A Dios.**

Por ser El, la fuerza, y la constancia que nos permito lograr un nuevo éxito, siendo El ser mas especial en nuestra vida.

**A mis padres y familia.**

Por ser incondicionales y dar nos comprensión brindado. Por apoyo moral durante este proceso y que este triunfo sea una forma de horarles y agradecerles por su sacrificio hacia nosotros.

**A mis amigos y compañeros.**

Por los momentos vividos y compartidos, por ser una parte de este logro obtenido.

## INDICE.

RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	12
1.3 JUSTIFICACION.....	12
1.4 OBJETIVOS.....	14
1.4.1 Objetivo General.....	14
1.4.2 Objetivo Específico.....	14
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Base Teorica.....	15
B. Incidencia del cáncer de cuello uterino.....	19
C. Historia natural de la enfermedad.....	21
D. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.....	22
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	30
1.5 Tipo y diseño de investigación.:.....	30
3.2. Universo.....	30
3.3. Muestra.....	30
3.4. Operativizacion de las variables.....	32
3.5. Técnica e instrumento de recolección de información.....	34
3.6. Instrumento y validación.....	34
3.7. Procesamiento de la información.....	34
3.8. Consideraciones éticas.....	34
4. RESULTADOS.....	38
5. DISCUSION.....	53
6. CONCLUSIONES.....	56
7. . ANEXO.....	57
7.1. Lista de cotejo.....	57
7.2. Tablas.....	60
8. BIBLIOGRAFIA.....	65

## **RESUMEN.**

El presente trabajo de investigación se basa en determinar la presencia de factores de riesgo en mujeres que presentan cáncer de cérvix, ya que esto constituye una de las patologías que, con mayor frecuencia afecta a las mujeres en nuestro país por lo que hemos decidido realizar este estudio. **Objetivo.** Conocer los factores de riesgo en pacientes con cáncer de cérvix entre la edad de 40 a 65 años que consultan en la unidad de colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, utilizando la metodología, estudio será transversal, descriptivo, retrospectivo, cuantitativo el cual se busca identificación de factores de riesgo presentes en pacientes con cáncer de cérvix, por lo que se desea determinar la presencia de los factores de riesgo.

**Palabras claves:** Cáncer de cérvix, factores de riesgos, paciente en edades de 40 – 65 años, unidad de colposcopia.

## **ABSTRACTO.**

The present research work aims to determine the presence of risk factors in women who present with cervical cancer, since this constitutes one of the pathologies that most frequently affects women in our Paris, which is why we have decided to carry out this study. **Aim.** To know the risk factors in patients with cervical cancer between the age of 40 and 65 years who consult in the colposcopy unit at the San Juan de Dios National Hospital in San Miguel, using the methodology, the study will be cross-sectional, descriptive, retrospective, quantitative which seeks to identify risk factors present in patients with cervical cancer, so it is desired to determine the presence of risk factors.

**Keywords:** Cervical cancer, risk factors, patient aged 40 – 65 years, colposcopy unit.

## **INTRODUCCION.**

El cáncer de cérvix uterino es el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido sólo por el cáncer de mama y el colorrectal. El pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años. El cáncer de cuello uterino es el primer cáncer causante de muertes en las mujeres de los países del tercer mundo. Se estimó que en el año 2000 se diagnosticarían 500 000 cánceres cervicales en todo el mundo; aproximadamente el 12 % de todos los cánceres diagnosticados en mujeres, de los cuales casi la mitad resultarían mortales. Las tasas de mortalidad e incidencia de esta neoplasia han disminuido en los últimos decenios, aunque en años recientes han aumentado en mujeres menores de 50 años. Mientras la incidencia de cáncer invasor ha disminuido, las pacientes con carcinoma in situ han ido en aumento y son ahora más frecuentes que las que tienen una neoplasia infiltrante. La mayor parte de este descenso ha sido asociado a la generalización de la citología cérvico vaginal.

En un estudio realizado encontraron cinco factores de riesgo significativamente asociados que fueron: poca higiene genital, vida conyugal de más de 25 años, más de 3 embarazos, menarquia precoz (< 13 años) y mujeres iletradas. Hoy día se considera el tabaquismo un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades pre invasoras como invasoras entre las fumadoras actuales; las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtros. Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, causando modificaciones del ADN aductos en el epitelio cervical, que se incrementa en las fumadoras, encontrando un riesgo relativo de morir por cáncer cervical dos veces superior en las fumadoras comparadas con las que no fumaban.

Aunque como se hace notar, se ha acumulado un conocimiento amplio sobre los factores de riesgo del cáncer de cérvix, la mayor parte de los estudios sobre esta problemática se han desarrollado en condiciones nada parecidas a las nuestras en cuanto a situación geográfica, socioeconómica y ambiental y la neoplasia de cérvix continúa teniendo una



alta morbilidad y letalidad. Incluso dentro de nuestro país pudieran observarse diferencias en la forma de expresarse dichos factores en las diferentes regiones y ambientes. Por otra parte, la expresión de los factores de riesgo puede variar en el tiempo y de acuerdo al desempeño de los medios diagnósticos. Por tanto, este problema práctico da lugar a afirmar que, en las condiciones de nuestro medio, aún no se conoce con toda certeza ni exactitud la relación independiente de distintos factores de riesgo con la probabilidad de aparición del cáncer de cérvix, en un período de tiempo reciente.

## CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.

El cáncer de cérvix a nivel mundial sigue siendo una causa importante de muerte en mujeres de edad joven, por lo que es tan importan la revisión de las causas, así como también lo factores aumentan la incidencia de este grupo de mujeres es debido a:

- Es un tipo de cáncer que en su mayoría se detecta en etapas avanzadas en países en vía de desarrollo.
- La poca participación de las pacientes en las tomas de tamizajes.
- El poco interés del MINSAL en desarrollar campañas a favor de vigilancia de cáncer de cérvix.
- En que los virus que desarrollan el cáncer de cérvix mutan con rapidez que en la actualidad empiezan aparece en edades tempranas.
- A la poca toma de muestras de tamizaje.
- Niveles socioeconómicos bajos.
- El analfabetismo en la mayoría de la población rural.
- Factores ambientes – personales como el alcoholismo que va en aumento en la mujer.

Todo es grupo de factores antes mencionadas favoreces al desarrollo de este tipo de cáncer, y afecta de forma importante.

Si bien los factores de riesgo con frecuencia influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa. Algunas personas con varios factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que otras personas sin factores de riesgo conocidos sí lo hacen. Conocer los factores de riesgo y hablar con el médico al respecto puede ser de ayuda para tomar decisiones más informadas sobre las opciones de estilo de vida y atención médica. Por ellos es necesario siempre tener presente los factores de riesgo presenta a pesar que si están presente no significa que desarrollan el cáncer, entre los factores que se deben tener presentes tenemos: la infección por VPH, deficiencia del sistema inmunitario, infección de transmisión sexual, la edad, el inicio de la relaciones sexuales, factores económicos, factores sociales, en conjunto todos estos

están presentes en aquellas mujeres que tienen a futuro probabilidades de desarrollar cáncer de cérvix.

En la actualidad la vigilancia y también el estudio precoz de las células cervicales así como también el desarrollo nuevas técnicas para el tamizaje temprano permite, a través de la categorización de la paciente con factores de riesgo y la aplicación de las pruebas de tamizaje permiten detectar estas pacientes así determinar de forma temprana la lesión inicial del cáncer de cérvix. En la población de estudio puede ser necesario la detección no solamente como un método de tamizaje sino de diagnóstico, como mencionamos poniendo énfasis en aquellas mujeres ya tiene el riesgo de padecer cáncer de cérvix.

Realmente si se llevara un control epidemiológico así como también un sistema de matriz donde se colocaran los riesgo en porcentaje así como también la prueba de tamizaje nos diéramos cuenta que los factores de riesgo consideran el 50% de los criterios para conocer esta paciente, aunque es difícil catalogar las pacientes en un solo entorno, al momento por eso es necesario determinar la incidencia que se tiene de estos factores en la población y así realizar un control epidemiológico sobre qué tanta influencia tienen los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. Ya que como hemos evidenciado en casi todos los estudios propuestos se menciona que son fundamentales para el desarrollo del cáncer de cérvix.

Podemos mencionar un estudio realizado en México el cual determina que la tendencia general de precocidad sexual; mientras más temprano se inicia la actividad sexual, mayor es el riesgo a desarrollar afecciones como cervicitis, o enfermedades ginecológicas inflamatorias altas y a la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, sobre todo las de causa viral ejemplo de ello lo constituye, el virus del papiloma humano, todo sobre un organismo en desarrollo físico que la hace más susceptible, pues existe una interacción de factores que incrementan el riesgo oncogénico y estos resultados apoyan lo referido por otros autores

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.**

¿Cuáles son los factores de riesgo en pacientes con cáncer de cérvix en la edad de 40 a 65 años que consultan en la unidad de Colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, desde enero del 2021 a diciembre del 2022?

## **1.3 JUSTIFICACION.**

El cáncer de cérvix en la actualidad sigue siendo la segunda causa de muerte en los países en vía de desarrollo, por lo que importante determinar cuáles son los factores de riesgo que permiten el desarrollo y así conocer la incidencia que estos tienen. Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer. Cada tipo de cáncer tiene diferentes factores de riesgo.

Pero tener varios factores de riesgo pueden aumentar su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo pueden aumentar las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no desarrollan este cáncer.

Al considerar los factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar, en vez de enfocarse en los que no se pueden. Sin embargo, es importante conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que para las mujeres que tienen estos factores resulta aún más importante hacerse las pruebas para encontrar el cáncer de cuello uterino en sus comienzos.

El factor de riesgo más importante del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano. El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante la actividad sexual, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral. Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas alrededor o sobre los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en

el área del ano. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están relacionados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres.

La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas nuestro propio organismo puede eliminar la infección por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por ciertos tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino.

Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH. Además, hay vacunas disponibles que ayudan a prevenir la infección de ciertos tipos de VPH y algunas de las formas de cáncer que están relacionadas con estos tipos del virus.

## **1.4 OBJETIVOS.**

### **1.4.1 Objetivo General**

- ✓ Conocer los factores de riesgo en pacientes con cáncer de cérvix entre la edad de 40 a 65 años que consultan en la unidad de colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel desde enero del 2021 a diciembre del 2022.

### **1.4.2 Objetivo Específico.**

- ✓ Identificar los factores demográficos en pacientes con cáncer de cérvix entre las edades de 40 a 65 años que consultan en la unidad de colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel desde enero del 2021 a diciembre del 2022.
- ✓ Verificar los factores ginecológicos en pacientes con cáncer de cérvix entre las edades de 40 a 65 años que consultan en la unidad de colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel desde enero del 2021 a diciembre del 2022.
- ✓ Identificar los estilos de vidas presentes en pacientes con cáncer de cérvix entre las edades de 40 a 65 años que consultan en la unidad de colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel desde enero del 2021 a diciembre del 2022.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Base Teorica.

El cáncer cervicouterino y de mama se presentaron con la misma tendencia que describe la literatura internacional, incrementándose en la edad fértil desde los 25 años y su descenso posterior en los 65 años. El cáncer de cuello uterino. Definición Es un tumor maligno que se desarrolla en las células del cuello uterino, con capacidad para invadir los tejidos periféricos sanos y de alcanzar órganos lejanos e implantarse en ellos. (1)

La causa del cáncer cérvico uterino es la infección persistente por una o más cepas oncogénicas del Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por vía sexual. El 50 % a 80 % de las mujeres sexualmente activas se infectan con el VPH, al menos una vez en la vida y algunas personas pueden ser infectadas reiteradamente. (2) Entre los modos de transmisión del VPH se encuentran: Las relaciones sexuales, contacto de genital a genital sin penetración vaginal, contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por VPH, de un área del cuerpo a otra, contacto de genitales con objetos sexuales u otros contaminados con VPH. (3)

Para el abordaje de la atención integral al cáncer de cérvix, es importante considerar los tres niveles de prevención, a fin de causar impacto en la incidencia, prevalencia y morbimortalidad. La prevención primaria del cáncer cervicouterino, son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca. Para lograrlo deberán ejecutarse acciones encaminadas a que las personas conozcan sobre: la causa, los factores de riesgo, sus formas de transmisión, como evitarlo, sus manifestaciones, la manera de detectarlo, el tratamiento según el progreso de la enfermedad y los cuidados que se deben tener. (1) La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, basada en la historia natural de la enfermedad y de acuerdo a la evidencia científica más actualizada, son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad

Los cambios morfológicos de las células no se van a dar de forma inmediata, pueden pasar varios años para que las células cambien por completo su estructura y se conviertan en cancerosas, o se puede dar la posibilidad de que las células sufran retroceso en los cambios y no evolucionen a cancerígenas por respuestas del organismo sobre estas; en su defecto, se dará inicio a lo que se denomina cáncer de cérvix o de cuello uterino<sup>6</sup> ; esta afección se caracteriza por no presentar signos ni síntomas específicos durante las primeras etapas del proceso evolutivo de la enfermedad, que solo se pueden llegar a detectar con la realización de la citología, una prueba que sirve de tamizaje y ayuda en la determinación de cambios celulares (3) (2). Dicho examen se emplea como guía para otros tipos de estudios como colposcopia y biopsias que tienen como propósito clarificar la presencia de células cancerosas. A partir de los resultados arrojados en las pruebas, es posible diagnosticar el tipo de cáncer que padece la paciente, es decir, adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas, siendo este último el de mayor incidencia en la población con un 85%.

Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en El Salvador. Los factores de riesgo que predisponen a las mujeres a presentar cáncer de cuello uterino pueden ser numerosos y que se dividen en biológicos, ambientales y sociales. Para el caso de los factores biológicos se pueden mencionar: infección persistente por uno o más VPH de tipo oncogénico, inequidades de género, nivel socioeconómico bajo, inicio tardío de las pruebas de tamizaje de cáncer de cérvix, multiparidad (cuatro o más embarazos a término), uso de anticonceptivos orales (ACO) por más de cinco años, tabaquismo, infección por clamidia, inmunosupresión por coinfección por el VIH, inmunosupresión. (4)

Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer de cérvix. En marzo del año 2015, el MINSAL elaboró de manera participativa, los Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama, por un grupo de profesionales de la salud de diferentes disciplinas involucrados en los diferentes niveles de atención de las Redes Integrales e Integrada de Servicios de Salud (RIISS), así como de las instituciones y organizaciones que constituyen el sector salud. El objetivo fundamental de estos lineamientos es “Establecer los lineamientos para el abordaje integral de la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama, en las redes integrales e



integradas de servicios de salud, con eficiencia y eficacia, en beneficio de la población salvadoreña (4) (1)

Dichos lineamientos incluyen medidas específicas para prevención primaria de cáncer de cérvico uterino, que implica que el personal de los establecimientos de salud debe realizar acciones de información, educación y comunicación, dirigidas a toda la población en las diferentes etapas del curso de la vida tener identificada a población de riesgo de cáncer de cérvix, dentro del área de responsabilidad del establecimiento de salud, calcular metas de cobertura de tamizaje en la población de mujeres con base en lineamientos y orientaciones del nivel superior, identificar los diferentes grupos etarios para el tamizaje de acuerdo a los presentes lineamientos, así como considerar en las acciones de IEC, los factores de riesgo para cáncer cérvicouterino siguientes: prácticas sexuales de riesgo: no uso del preservativo, sexo anal, sexo oral, tener múltiples parejas sexuales, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, inicio temprano de las relaciones sexuales, abuso sexual, no identificación se signos y síntomas de la enfermedad, falta de toma periódica de las pruebas de tamizajes. (1)

A lo largo de la historia se han establecidos múltiples estudios en los cuales se puede comprender cuales son los factores que están presentes en las mujeres salvadoreñas para padecer de cáncer de cérvix.

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Si bien los factores de riesgo con frecuencia influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa. Algunas personas con varios factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que otras personas sin factores de riesgo conocidos sí lo hacen. (5)

Conocer los factores de riesgo y hablar con el médico al respecto puede ser de ayuda para tomar decisiones más informadas sobre las opciones de estilo de vida y atención médica. (4)

Las investigaciones continúan estudiando qué factores provocan este tipo de cáncer y qué pueden hacer las mujeres para reducir su riesgo personal. No existe una forma

comprobada de prevenir por completo esta enfermedad, pero se pueden tomar medidas para reducir su riesgo de cáncer.

La infección prolongada (persistente) por los tipos de virus del papiloma humano (VPH) de riesgo alto causa casi todos los cánceres de cuello uterino. Gran parte de las personas que tienen relaciones sexuales contraen una infección por los VPH en algún momento de la vida. Alrededor de la mitad de estas infecciones son por un tipo de VPH de riesgo alto. Los VPH de riesgo alto causan cáncer de cuello uterino, así como muchos otros tipos de cáncer. El VPH 16 y el VPH 18 son los tipos de VPH de riesgo alto que producen la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino.

El sistema inmunitario controla la mayoría de las infecciones por VPH y desaparecen por sí solas. Cuando una infección por VPH de riesgo alto dura muchos años, a veces produce cambios en las células del cuello uterino que podrían originar un cáncer si no reciben tratamiento.

En la actualidad existen múltiples estudios de estos cofactores o factores, pero se puede establecer que no existe un estudio propio sobre nuestra población salvadoreña, por eso es que como grupo de estudio se ha establecido este tema para dar seguimiento y así estable la importancia clínica que tiene este tipo de investigación.

#### A. ESTADO DE LA CUESTION O ESTADO DEL ARTE

En Colombia se llevó a cabo una investigación sobre los principales factores de riesgo que se presentaron en pacientes con cáncer de cérvix el cual se expone a continuación. El cáncer del cuello uterino es una de las neoplasias malignas de mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres de todas partes del mundo, hallazgo que resulta paradójico si se tiene en cuenta que el cuello uterino es de fácil acceso y existen estrategias debidamente probadas que permiten un diagnóstico y tratamiento precoz. En esta revisión se describe detalladamente la epidemiología del cáncer del cuello uterino, en

especial los factores de riesgo relacionados con la génesis de la neoplasia y su diagnóstico tardío.

Las estadísticas mundiales y nacionales muestran que el cáncer es la segunda causa de muerte en las mujeres; de esta enfermedad, el cáncer de cuello uterino aparece en nuestro medio como el segundo cáncer incidente más frecuente después del cáncer de glándula mamaria y el primero en mortalidad.

Estos datos obligan a establecer intervenciones en las mujeres susceptibles para lograr con adecuados programas de detección la disminución de las tasas de incidencia y de mortalidad. Como el cuello uterino es un sitio de fácil abordaje, se facilita la aplicación de pruebas de tamizaje para lograr la detección tanto de las lesiones malignas como de las premalignas que se asocian en grado variable con la progresión a cáncer. Este contraste está dado por todos los factores asociados con la génesis de la neoplasia y las obstáculos, tanto personales como sociales y del sistema de salud para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

## **B. Incidencia del cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino es tan frecuente que, sin tener en cuenta el cáncer de piel no melanoma, ocupa el segundo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan a la población femenina en la mayor parte del mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo, y representa la principal causa de muerte por cáncer en estas mujeres. Mundialmente cada año se presentan 370.000 casos nuevos, de los cuales el 80% aparecen en países en vías de desarrollo como el nuestro, al parecer por sistemas de salud deficitarios, que ubican este problema como de interés para la salud pública.

En nuestro país el cáncer de cuello uterino es primera causa de muerte por esta patología en mujeres. En el período comprendido entre los años 1983 y 1991, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia fue de 6,5 por 100,000 habitantes;7 entre 1986 y 1996 fallecieron 20.000 mujeres por cáncer de cuello uterino, el 50% de estos casos murieron por diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados.

Es la segunda tasa de mortalidad (9,9 por 100.000 mujeres en 1994) más alta de todo Sudamérica por esta patología. De acuerdo con los últimos datos de mortalidad en el

país, en 1995 el cáncer de cuello uterino ocasionó el 15% de las muertes por cáncer en mujeres, lo cual significó un descenso con respecto a 1985 de un 1%; sin embargo, pasó a ocupar el primer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos.

El cáncer de cuello uterino ocupa el décimo lugar en la mortalidad general en el área rural y la octava en el área urbana. La tendencia de la mortalidad ha conservado un patrón estable en los últimos 30 años; durante el quinquenio 1987-1991 la incidencia del carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 25,2 por 100.000 mujeres, mientras que para el carcinoma in situ fue de 21,6 por 100.000. La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades ha disminuido y el cáncer pre invasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran la gran magnitud del problema que representa esta patología.

Este fenómeno puede ser explicado en parte por el establecimiento de un programa de detección masivo de alcance nacional. En 1989, según fuentes del registro de defunciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, para Bucaramanga era de 27,9 por 100.000 mujeres.

El Registro Poblacional de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga encontró entre 2000 y 2001 un total de 3.326 casos nuevos de lesión preneoplásica y neoplásica de cuello uterino en una población de 468.282 mujeres del área metropolitana, con una incidencia promedio anual de tumor maligno de 26,9 por 100.000 habitantes, lo que representa una tasa ajustada promedio de 35,7 por 100.000 habitantes para los años 2000 y 2001; es la segunda causa en frecuencia de cáncer en el área metropolitana de Bucaramanga, después del cáncer de seno (48,6 por 100.000 habitantes), excluyendo el cáncer de piel no melanoma.

Al mirar los datos por grupos de edad, la incidencia aumenta luego de los 30 años de edad. Un hecho notable es que el incremento hallado en la incidencia de lesiones premalignas está dado a expensas de un mayor número de casos de displasia leve, con un número similar de lesiones infiltrantes con diagnóstico de novo. Gracias a la introducción de las pruebas de detección, principalmente con frotis de Papanicolaou o citología cervicovaginal, la incidencia, y especialmente la mortalidad, tienden a disminuir.

En los países escandinavos la mortalidad por cáncer de cuello uterino después de la introducción de estos programas se ha reducido en más del 50%. También se encuentran informes de algunos países donde no se registran tan buenos resultados de los programas de tamizaje, dado básicamente por la mala calidad de los mismos.

Se calcula que la realización de la citología cervicovaginal reduce las posibilidades que la mujer fallezca de cáncer de cuello uterino desde un 4/1.000 aproximadamente a un 5/10.000, una diferencia de casi un 90%. Hasta la fecha prácticamente no se dispone de datos sobre prevalencia de lesión intraepitelial cervical (LIC), especialmente en la población de Bucaramanga. Se sabe que la mayor frecuencia de esta se presenta en mujeres que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual (13-26%).

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; también se observa mayor incidencia de esta lesión en poblaciones menores de 50 años, posiblemente porque en las mayores de esa edad ya lo que se diagnostica es la lesión invasora. Sobra decir que la tasa de supervivencia con tratamiento adecuado será mejor entre más tempranamente se haga el diagnóstico de la enfermedad. Para aquellos casos en etapas tempranas, la supervivencia a cinco años es del 90%, mientras que en etapas avanzadas es de tan solo el 13%.

### **C. Historia natural de la enfermedad**

El cáncer de cuello uterino se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérnix y endocérnix, respectivamente. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma microinvasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer vasos linfáticos. En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma francamente invasivo.

La historia natural de la lesión intraepitelial precoz es muy importante por su relación con el tratamiento. La revisión de la literatura de los últimos cuarenta años sugiere una mayor

probabilidad de persistir o progresar entre las lesiones con mayor severidad (neoplasia intracervical – NIC III) que las de menor grado de displasia (NIC I). Se ha encontrado que la NIC III puede regresar espontáneamente, pero parece que en más del 15% de los casos progresa a cáncer, mientras que la NIC I a cáncer sólo el 1% de los casos; esta proporción es similar en la NIC II. Es evidente que no todas las pacientes con células cervicales anormales desarrollan cáncer, dado que también existe la posibilidad de que la anormalidad intraepitelial pueda regresar.

La evidencia que soporta las conclusiones respecto a la progresión de la enfermedad son los siguientes. De las pacientes con lesión intraepitelial (I a III), el 14% desarrollará un carcinoma in situ y un 1,4% carcinoma invasor; sin embargo, el comportamiento en general de la lesión intraepitelial grado I es diferente: el 70% de las lesiones presentarán regresión espontánea, un 20% persistirá como lesión intraepitelial I y el 10% restante progresará a una lesión intraepitelial de alto grado. Por otro lado, en las mujeres que presentan lesión intraepitelial III, el riesgo de evolucionar a cáncer invasor cuando no reciben manejo está alrededor del 15%, mientras que en las pacientes con cáncer in situ, el riesgo de desarrollar carcinoma invasor, si no se hace ninguna clase de tratamiento, es del 36%. Hasta el presente se sabe que ninguna lesión intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses.

Si la paciente presenta una neoplasia invasora antes de los 18 meses de habersele diagnosticado una lesión premaligna, probablemente lo que tenía en realidad era un carcinoma micro invasor o invasor que no se logró detectar a tiempo (carcinoma oculto o estadio clínico I - B oculto, es decir, una lesión que tiene menos de 5 mm de infiltración en el estroma, pero invade vasos linfáticos). La edad promedio de las mujeres con cáncer in situ es 10 a 15 años inferior a la media de las pacientes con carcinoma invasor.

#### **D. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B\*07 y HLA-B\*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HLA-DRB1.

### **Infección por virus 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. Hasta hace algunos años había muy pocos estudios de prevalencia y, menos aún, de la incidencia de esta infección en poblaciones definidas.

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. La infección por VPH 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.

A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68,27, 28 frente al 5-10% de los especímenes de mujeres control.

En Colombia la prevalencia de VPH en mujeres sin lesiones malignas ni premalignas es del 14,8%; el 9% de las mujeres tiene tipos de alto riesgo. Aunque esta cifra es alta, no lo es tanto como en Brasil, donde alcanza el 27%.<sup>30</sup> El ADN del VPH también está presente en las lesiones intraepiteliales; si estas contienen el ADN de oncogenes de alto riesgo son más propensas a progresar a las lesiones avanzadas. Ho y cols. consideran

que las mujeres con tipos de alto riesgo tienen hasta 37 veces más de posibilidades de presentar una citología anormal.

Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la relación entre la infección por VPH, con o sin cofactores, y el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a pesar que la mayoría de las infecciones cervicales son autolimitadas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus. La integración normalmente ocurre entre el E1/E2, produciendo una alteración de la integridad y la expresión génica. Estos fragmentos codifican proteínas de unión al ADN que regulan la transcripción y la replicación viral.

En los serotipos de VPH 16 y 18, la proteína E2 reprime el promotor a través del cual se transcriben los genes E6 y E7. A causa de la integración los genes E6 y E7 se expresan en el cáncer positivo para VPH. Parece que los únicos factores virales necesarios para la inmortalidad de las células epiteliales genitales humanas son los E6 y E7. Además, estas dos oncoproteínas forman complejos con otras proteínas reguladoras de las células (la P53 y pRB) que producen degradación rápida de la P53 e impiden, por tanto, su función normal en respuesta al daño del ADN inducido por otros factores. Normalmente niveles elevados de P53 pueden producir la detención del crecimiento celular, permitiendo la reparación del ADN o la apoptosis.

Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neoinfección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección.

### **Características de la conducta sexual**

**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 permanentes u ocasionales.

**Edad del primer coito.** 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.

**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 de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón

**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, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus.

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.

## **Factores relacionados con la reproducción (6)**

### **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.

**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.

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

**Tabaquismo.** Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras 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.

**Métodos Anticonceptivos:** 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 (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29).

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. (7)

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.

**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.

### **Factores Psicosociales (8)**

**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 las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren. (8)

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. (9)

En varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas.

**Educación en salud.** Lindau y cols. encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria para mujeres que aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud.

Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado. De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, además de las propiamente administrativas, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y planteen que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias. (4)

**Rol que percibe la mujer de su feminidad.** Uno de los aspectos que cada vez se identifican como críticos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer del cuello uterino es el de la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones autónomas.

Lamadrid plantea que en la sociedad latinoamericana se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja mientras que los hombres muchas, comportamiento que aunado a un rol de feminidad pasivo en donde el papel de la mujer es tener hijos, criarlos bien, cuidar la casa y servir al marido, implica un riesgo alto de infección y diagnóstico tardío.

**Factores asociados con la calidad de la atención (10)**

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana.

De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica y en las mujeres que acuden para detección tardíamente, es de resaltar que en ese país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales.

Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros.

## CAPITULO III. METODOLOGÍA

### 1.5 Tipo y diseño de investigación.:

El presente estudio será transversal, descriptivo, retrospectivos, cuantitativo el cual se busca identificación de factores de riesgo presentes en pacientes con cáncer de cérvix entre las edades de 40 a 65 años que consultan en la unidad de colposcopia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel desde enero del 2021 a diciembre del 2022.

### 3.2. Universo

Esta población se obtiene de SIMOW, que son las que consulta en la unidad de colposcopia del Hospital Nacional San Juan de Dios den los del 2021 al 2022, de los cuales se obtuvieron las siguientes cantidades.

Año 2021	261 pacientes
Año 2022	150 pacientes

### 3.3. Muestra

Se determinó la muestra mediante la siguiente fórmula estadística de poblaciones con un 95% de confianza y un 5% de probabilidad de error.

Para escoger las 230 expediente de mujeres entre las edades asignas la cuales se les pasaría el instrumento de investigación.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2}$$

-----

$$(N \cdot E^2) + (p \cdot q \cdot Z^2)$$

Donde: n= muestra Z= confiabilidad p= probabilidad de éxito q= probabilidad de fracaso  
N= universo E= error aceptable

Entonces:

$$n = (1.962) \times (0.5) \times (0.5) \times (567)$$

-----

$$(567 \times 0.10) + (0.5 \times 0.5 \times 1.96)$$

$$n \approx 230$$

### 3.4. Operativizacion de las variables.

Variables.	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	ITMS.
<u>Variable dependiente</u> Factores riesgo para desarrollo cáncer de cérvix.	Los factores de riesgo son conjuntos de eventos que van a predisponer que una mujer sexualmente activa, desarrolle una lesión precancerosa en cérvix y que esto conlleve al apareamiento del cáncer de cérvix.	Sociales	Nivel educativo, edad al inicio de la relaciones sexuales	Los factores sociales son fuente clara en aumento de los casos cáncer de cérvix.
		Económicos	Nivel socioeconómico.	Los niveles socioeconómicos bajos son las expuestos
		Demográficos.	Lugar origen: rural o urbano.	Las pacientes de áreas demográficas marginas tiene mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix.
<u>Variable independiente.</u> Cáncer de cérvix.	Es la culminación del conjunto de factores de riesgo que con	Lesión pre malignas	Toma de Citología	El tamizaje a través de la citología permite determinas las lesiones pre-malignas.



	llevan a un estado avanzado de las lesiones precancerosas.		Colposcopia	El estudio colposcopia temprano permite determinar el avance de las lesiones pre-malignas.
--	--	--	-------------	--

### **3.5. Técnica e instrumento de recolección de información.**

Se realizará a través de lista de cotejo que tiene como objetivo obtener información de los factores que están presentes como lo demográfico, ginecológico y estilo de vida de las pacientes que son diagnosticadas con cáncer de cérvix.

### **3.6. Instrumento y validación**

Se realizará una prueba piloto con 10 pacientes que consulta en el área de colposcopia del Hospital San Juan de Dios con diagnóstico de cáncer de cérvix, estableciendo la validación respectiva. Demostrando que los parámetros demográficos, ginecológicos y estilos de vida están presentes en los 10 casos seleccionados.

### **3.7. Procesamiento de la información.**

Posterior a la autorización del protocolo de investigación por parte del comité de Ética Local, se procederá a seleccionar los expedientes y se buscó la aceptación de las mismas en esta investigación, se firmaron los consentimientos informados y al obtener el 100% de los expedientes clínicos, se procedió a capturar los datos en una matriz semi-estructurada que permitiera en primera instancia, ordenar los datos obtenidos de tal forma que se respondieran cada uno de los objetivos específicos de la investigación; en segunda instancia se procedió a graficarlos de tal manera que se pudiera realizar un mejor análisis de la información obtenida, para lo cual fue necesario hacer uso de programas informáticos como Microsoft Excel y Microsoft Word, realizando posteriormente una discusión grupal de los gráficos y tablas elaboradas a partir de la información obtenida mediante el instrumento de investigación.

### **3.8. Consideraciones éticas.**

Se solicitó el permiso respectivo a las instancias correspondientes para la realización de dicho estudio en los cuales se tomaron en cuenta los valores éticos de la investigación

científica tales como respeto, empatía, confidencialidad para lo cual también se realizará un consentimiento informado. Y se establecieron los siguientes parámetros.

1. La participación del paciente fue de forma anónima.
2. La información obtenida fue de forma voluntaria, sin obligación ni pago alguno.
3. Se obtuvo la información respetando siempre la confidencialidad del médico-paciente.
4. Se explicó al paciente, la necesidad de la aplicación del instrumento de investigación.
5. La información fue recolectada solamente por el investigador.
6. Toda información obtenida fue de índole investigativo, y no fue con fines de lucro.

Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaborada el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016.

Pauta 1: Valor social y científico, y respeto de los derechos: El conocimiento sobre la aplicación de las medidas de prevención subsecuentes a los resultados, en el cual se podrán generar acciones que ayuden a la prevención de casos.

Pauta 3: Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación: Los beneficios a obtenerse son una mejor calidad de atención y prevención de casos los cuales benefician a toda la población en general principalmente a las mujeres con factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix, la selección de la misma será guiada por los criterios de selección de muestra.

Pauta 8: Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación: El Comité de Ética de Investigación en su máxima

autoridad revisara y aprobara de la realización de la investigación en el centro hospitalario.

Pauta 10: Modificaciones y dispensas del consentimiento informado: Debido a que la fuente de información es documental es decir por expedientes clínicos se omite el consentimiento informado.

Pauta 12: Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud: Como fuente de información se tienen los expedientes clínicos y esta será dirigida por una guía de revisión, el almacenamiento y análisis se realiza mediante el uso de sistemas operativos resguardando la privacidad de los mismos.

Pauta 18: Las mujeres como participantes en una investigación: La investigación tendrá como grupo de participantes solamente a mujeres entre las edades de 40 a 65 años de edad.

Pauta 23: Requisitos para establecer comités de ética de la investigación y para la revisión de protocolos: Como requisito para realización del estudio se tiene que el comité de ética del centro hospitalario revisara todos los elementos que integran y que permiten el estudio del fenómeno, estos serán de la misma forma expuestos y se realizaran las valoraciones pertinentes para posteriormente la aprobación de la realización de la investigación en el centro hospitalario.

Pauta 24: Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud: Como punto final de la investigación se expondrán los resultados obtenidos como también la población de su respectivo artículo científico y publicación en la web.

Pauta 25: Conflictos de intereses: Las investigadoras no están influenciados por algún interés o beneficio secundario que no sea los descritos anteriormente.

Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Principio 4: La investigación busca identificar cuales son los factores de riesgo más frecuentes para desarrollar cáncer de cérvix

Principio 7, La investigación está sujeta a las normas éticas que ayudan a proteger los derechos de las usuarias que integran el estudio.

Principio 8, Uno de los objetivos de la presente investigación es generar y actualizar conocimientos sobre factores y cofactores para el desarrollo de cáncer de cérvix.

Principio 22, el protocolo de investigación estará relacionado en el desarrollo y explicación de los fines del estudio, los cuales son el proveer información sobre el comportamiento de la problemática

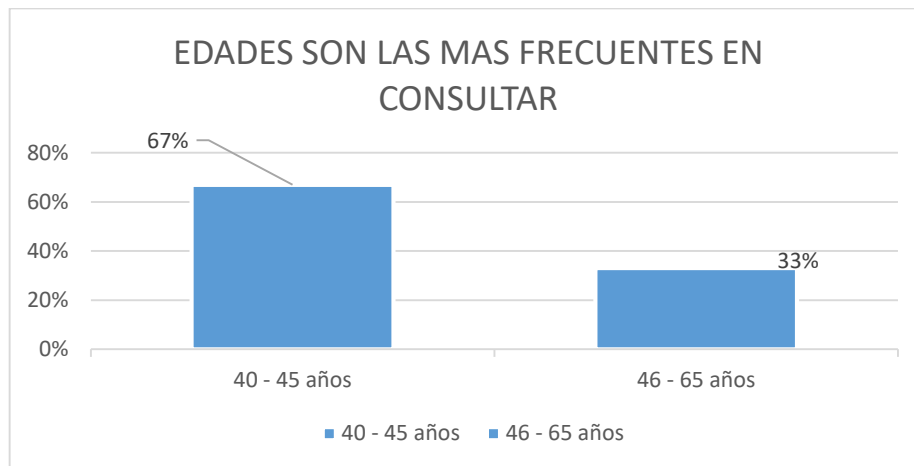
Principio 23, El protocolo de la investigación será sujeto a revisión por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional San Juan de Dios, de San Miguel, el mismo determinará que este cumple con la normativa.

Principio: 24. Para resguardar la privacidad de las pacientes, el instrumento no contiene información de identificación y los resultados serán agrupados de forma colectiva.

## 4. RESULTADOS.

### A. CARACTERISTICAS DEMOGRAGICAS.

#### 1. ¿Edad son las más frecuente en consulta?:

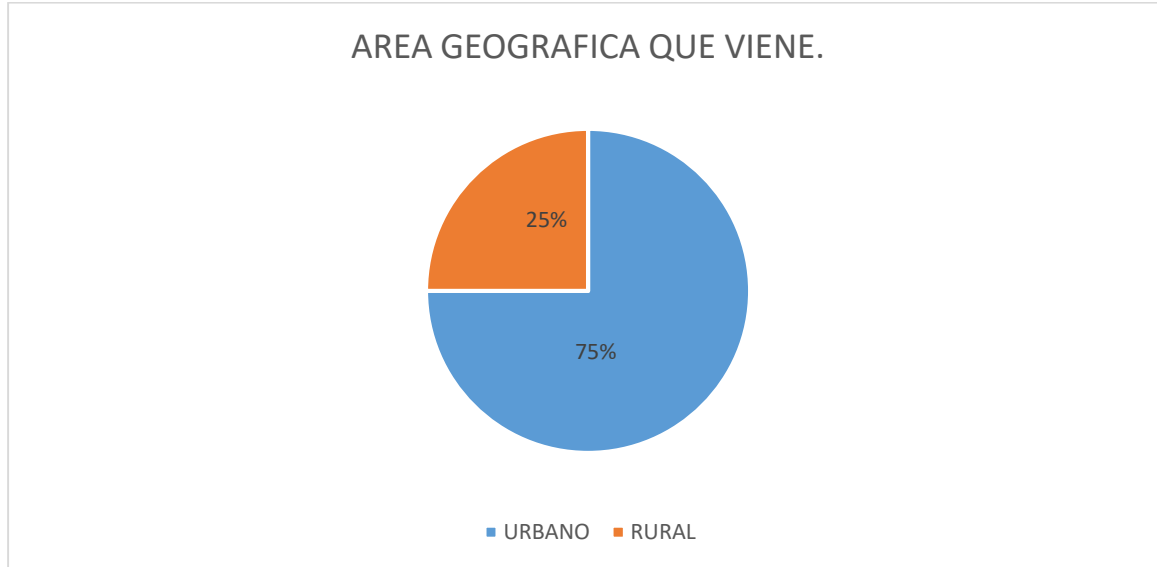


**Gráfica 1: Interpretación de la tabla 1.**

**Interpretación:** Se observa que el 67% de los expedientes examinados, las personas tienen edades mayores de 40 – 45 años y un 27% entre 46 – 65 años

**Análisis:** Se puede observar que las edades de 40 a 45 años de edad son las más frecuentes en consulta con respecto y lo que marca que la edad es un factor importante de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix.

## 2. Área geográfica que viene.

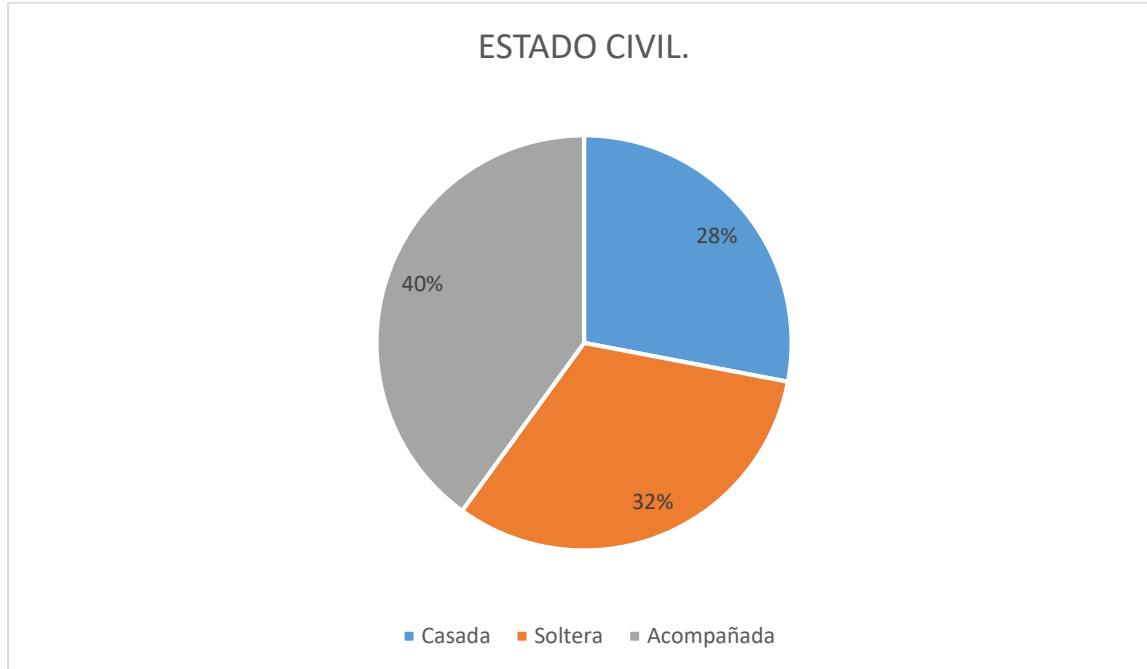


**Gráfica 2: Interpretación de la tabla 2.**

**Interpretación:** Se observa que el 75% de los expedientes examinados las pacientes proceden del área urbana, mientras que el 21% son del área rural.

**Análisis:** El nivel demográfico de las pacientes es bien importante ya que juega un papel importante en la posibilidad de obtener atención del sistema de salud, en este estudio se puede observar que la mayoría de estas pacientes son del área urbana donde se puede obtener más rápido la atención en salud.

### 3. Estado civil.



**Gráfica 3: Interpretación de la tabla 3.**

**Interpretación:** El 33% de las pacientes a las cuales se revisó el expediente se encuentran acompañadas, un 32% solteras y un 28% de ellas se encuentran casadas.

**Análisis:** Se puede observar que tanto estado civil de casada y acompañadas se encuentran casi en el mismo nivel de frecuencia, mientras que el 28% se encuentran solteras, eso importante ya que permite tener una idea de la conducta sexual de la paciente y pareja.



#### 4. ¿A qué se dedica?

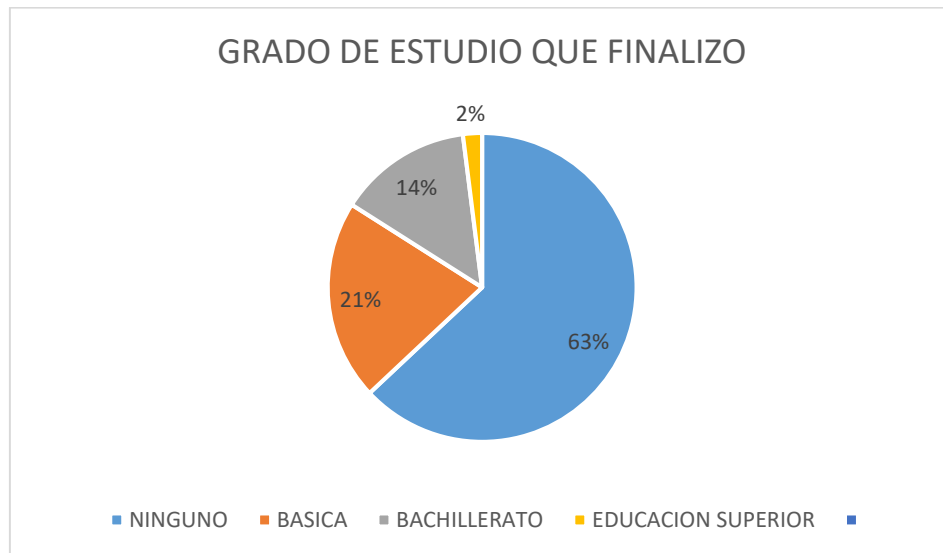


**Grafica 4: Interpretación de la tabla 4.**

Interpretación: Se puede observar que el 44% es ama de casa, 37% tiene un empleo informal y el 19% tiene un empleo formal.

Análisis: Este factor demográfico juega un papel importante en la economía de la familia salvadoreña por ende la pobreza, así como también obtención de recursos de salud se ven afectadas y juega un papel importante como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix.

## 5. Grado de estudio que finalizo:



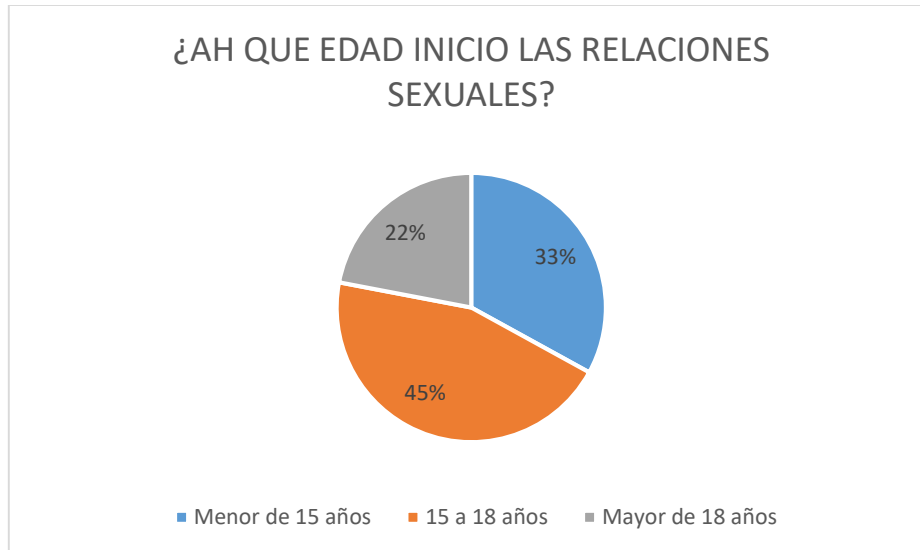
**Grafica 5: Interpretación de la tabla 5.**

**Interpretación:** Se observa que un 63% de la población no tiene estudio, un 21% estudio hasta básica, 14% estudio hasta bachillerato y solamente un 2% logro estudiar educación superior.

**Análisis:** Se puede observar que la educación es baja en nuestro país el cual imposibilita la posibilidad de obtener un buen trabajo donde mejore la economía de la población, lo cual es importante para tener un mejor acceso a la salud. Además de que esto permite que la mujer salvadoreña pueda comprender la importancia de realizarse la citología de forma oportuna.

## B. CARACTERISTICAS GINECOLOGICAS.

## 6. ¿Ah qué edad inicio las relaciones sexuales?.

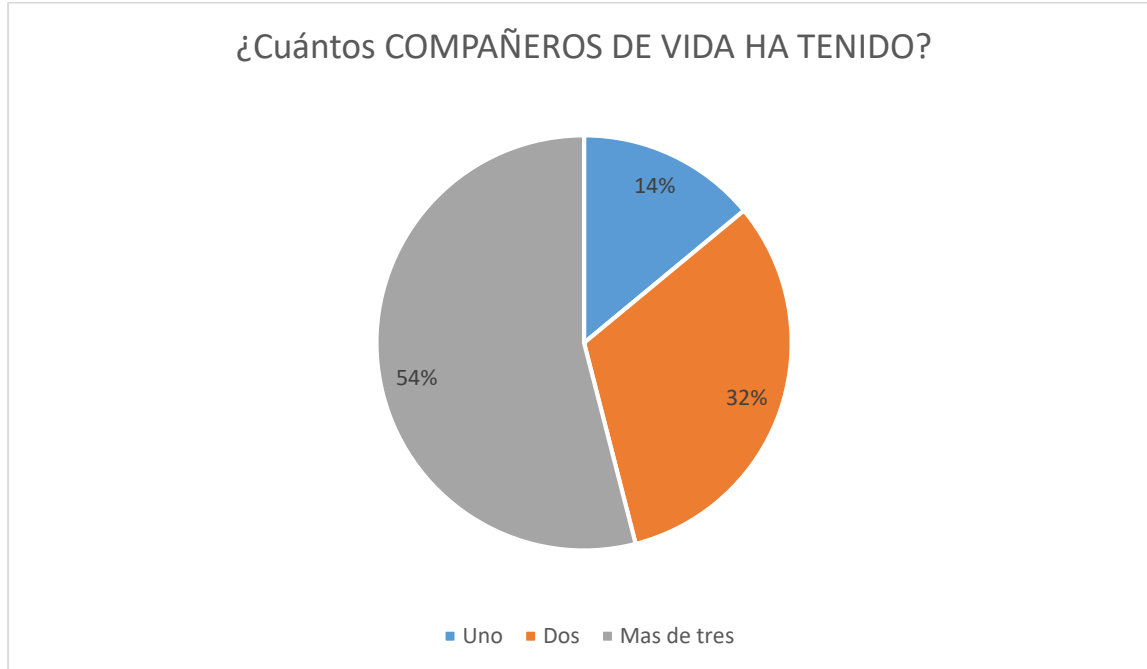


**Grafica 6: Interpretación de la tabla 6.**

**Interpretación:** Se puede observar que 41% de las mujeres inicia relaciones sexuales a la edad de 15 – 18 años, y un 33% en edades menor de 15 años, y un 22% en mayo de 18 años.

**Análisis:** El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, y se puede observar que un 33% inicio relaciones sexuales a una edad procaz mientras que un 22% en edades mayor de 18 años. El porcentaje mayor que es 41% iniciaron relaciones en edades tempranas.

## 7. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

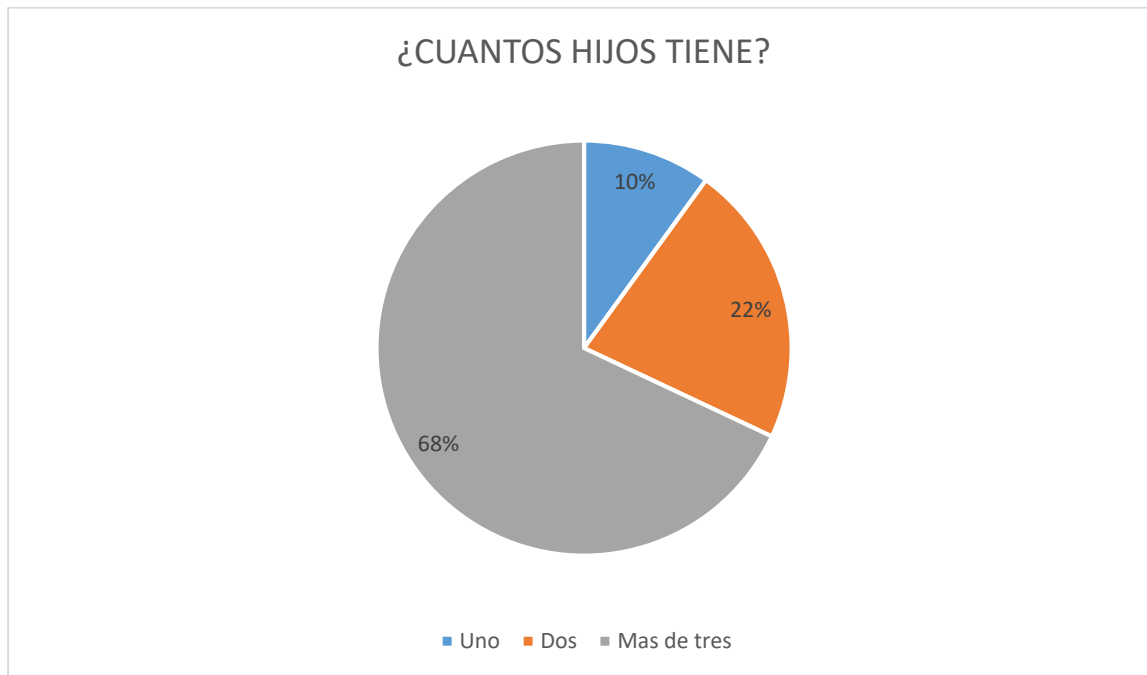


**Grafica 7: Interpretación de la tabla 7.**

**Interpretación:** Se observa que el 54% de la población estudiada tuvo más de 3 compañeros de vida, mientras el 32% de ella tuvo dos compañeros de vida, y un 14% de la población tuvo solamente un compañero de vida.

**Análisis:** Se puede observar la mayor parte de la población tubo más compañeros de vida, siendo un factor fundamental para el desarrollo de cáncer de cérvix, ya que la promiscuidad, así como tener una pareja promiscua influye en gran manera el desarrollo del cáncer de cérvix. Y un pequeño porcentaje se puede observar que somete tuvo un compañero de vida.

## 8. ¿Cuántos hijos tiene?:

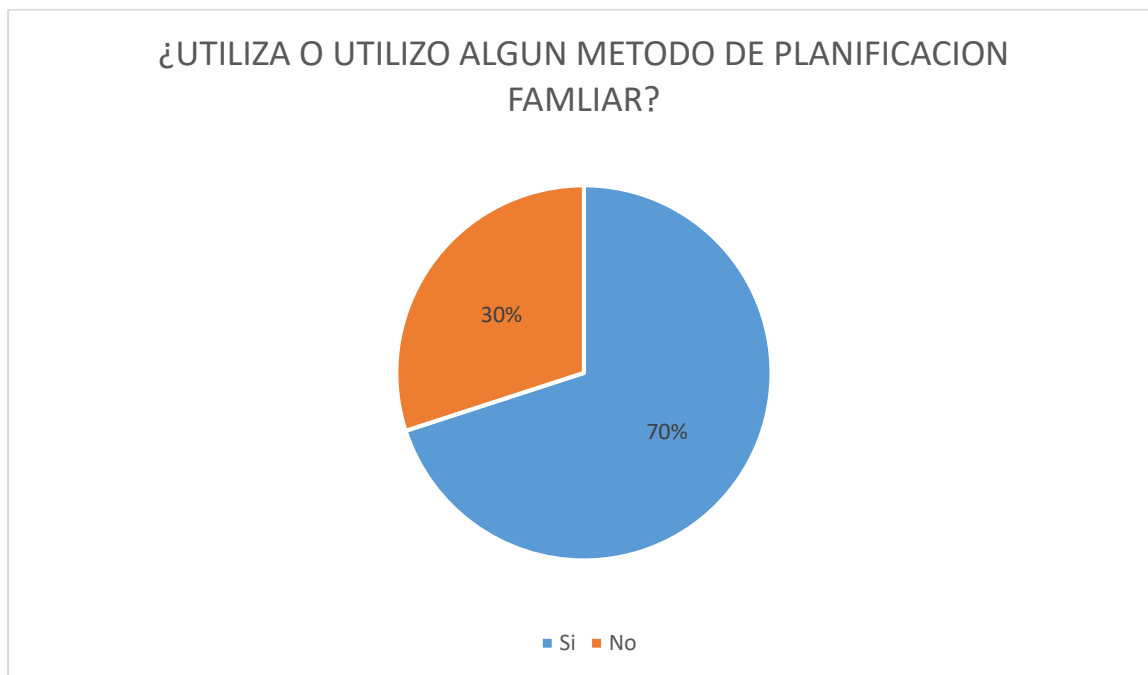


**Grafica 8: Interpretación de la tabla 8.**

**Interpretación:** Se puede observar que un 68% de la muestra estudiada tiene más 3 hijos, mientras que un 22% de la población tiene solamente 2 hijos, y un 10% solamente 1 hijo.

**Análisis:** Se puede observar que 68% de población estudiada tiene más de tres hijos el cual la Multiparidad juega un papel importante como factor en el desarrollo de cáncer de cérvix, y observamos que 22% de la población tiene dos hijos, y solamente 10% tiene un hijo. Lo que con cuerda con los estudios que a mayor paridad más probabilidades de desarrollar cáncer de cérvix.

### 9. ¿Utiliza o utilizo algún método de planificación familiar?

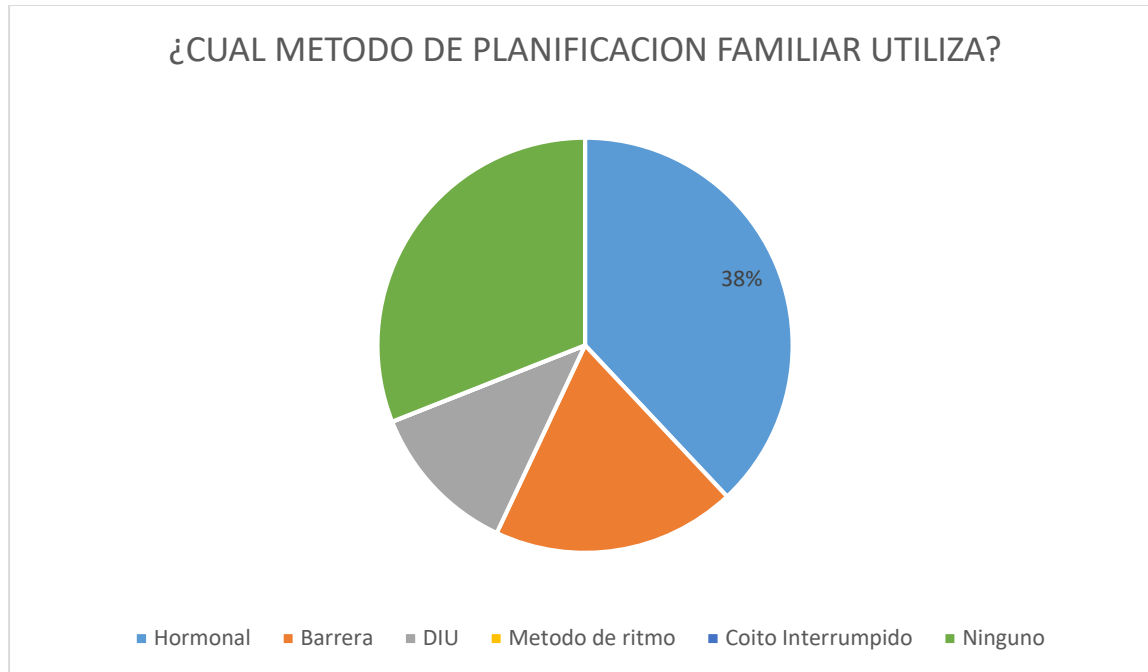


**Grafica 9: Interpretación de la tabla 9.**

**Interpretación:** Se observa que el 58% de la población estudiada utiliza métodos de planificación familiar, mientras que el 25% no utiliza métodos de planificación.

**Análisis:** La utilización de métodos de planificación juega un papel importante que los métodos hormonales contribuyen a la posibilidad de que se desarrolle cáncer de cérvix ya que no hay mecanismo de barrera, es decir, el condón reduce el riesgo de cáncer, pero los ACO no, Y el 25% de la población no utiliza incrementando así la posibilidad padecer cáncer de cérvix.

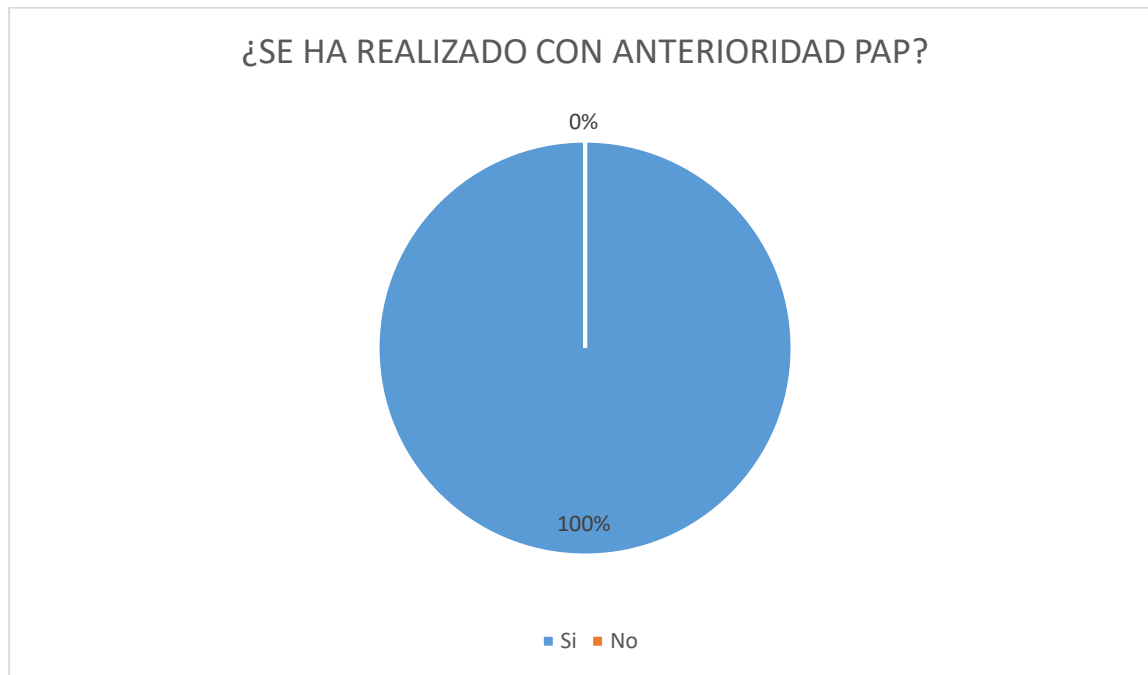
### 10. Si la respuesta es SI; ¿Cuál método de planificación familiar utiliza?



**Gráfica 10: Interpretación de la tabla 10.**

Interpretación: Se puede observar que en un 38% la población estudiada utiliza métodos de planificación familiares hormonales, un 31% no utilizan método, un 19% utilizan de barrera y un 12% el DIU.

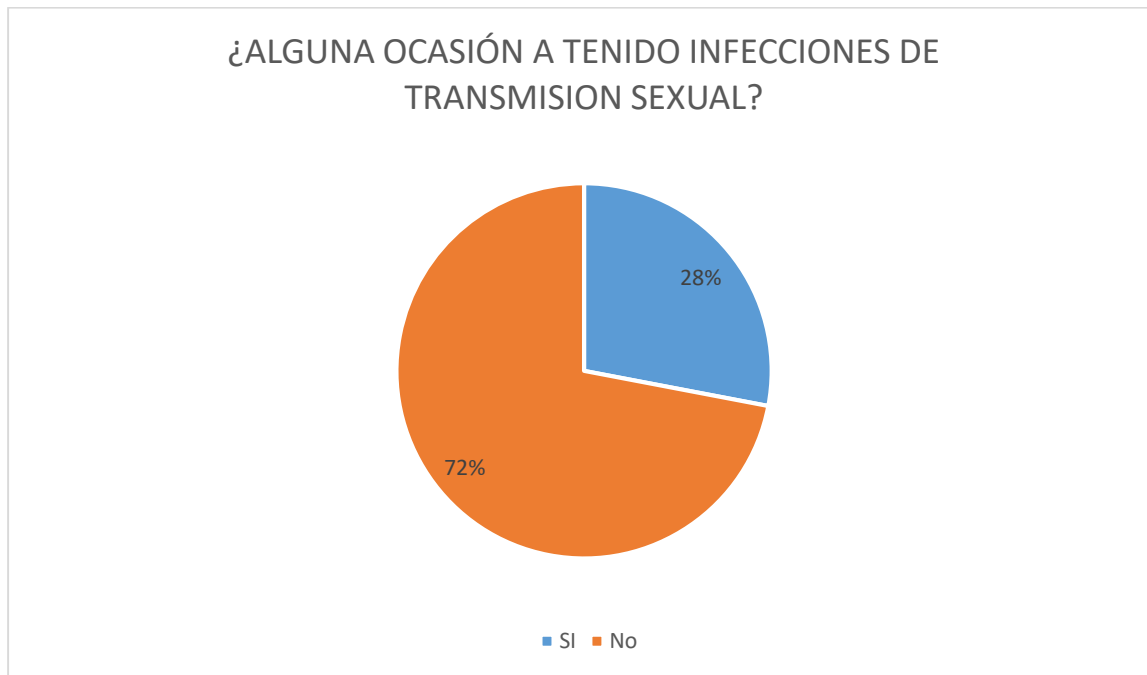
Análisis: Los métodos mayor cantidad de la población utiliza métodos de hormonales los cuales son un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cervix, mientras el los barreros como el condón tienen mayor protección.

**11. Se ha realizado con anterioridad PAP:****Gráfica 16: Interpretación de la tabla 16.**

Interpretación: Se puede observar que el 100% de la población ya tiene una PAP previa.

Análisis: En este caso puede deberse a que todas las pacientes que consultan a colposcopia ya son referir por que presentan una citología anormal, por ende, podemos decir que el tamizaje en estas pacientes es fundamental para la detección temprana de patología cervical.



**12. En alguna ocasión ha tenido infecciones de transmisión sexual:****Gráfica 17: Interpretación de la tabla 17.**

Interpretación: Se puede observar que. 72% de las pacientes no presenta enfermedades de transmisión sexual, mientras que el 28% si presentan enfermedades de transmisión sexual.

Análisis: Se puede observar que la gran mayoría no presenta otras enfermedades de transmisión sexual, pero un porcentaje del 28% sin siendo las más frecuentes gonorrea, sífilis, VIH, por lo que la correlación con otras enfermedades de transmisión sexual puede formar parte de un factor para el desarrollo de cáncer de cérvix.

### C. CARACTERISTIS SOCIOCULTURALES.

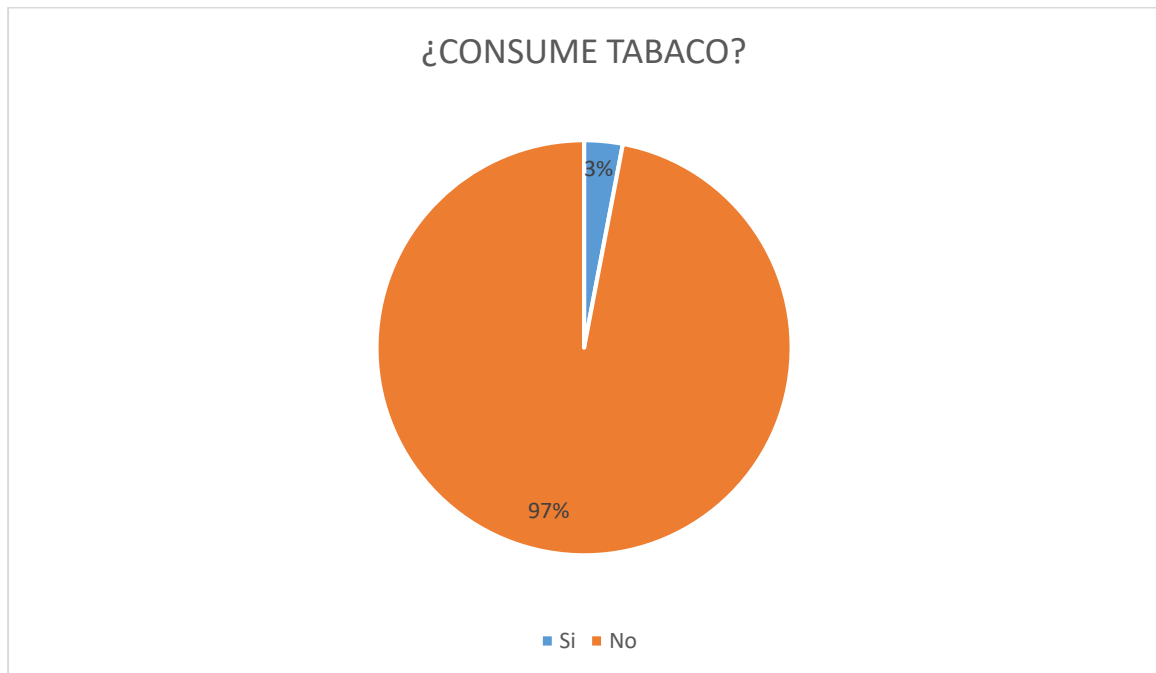
#### 13. ¿Consume bebidas alcohólicas?



**Gráfica 11: Interpretación de la tabla 11.**

Interpretación: Se puede observar que el 96% de la población no consume bebidas alcohólicas, mientras el 4% si consume bebidas.

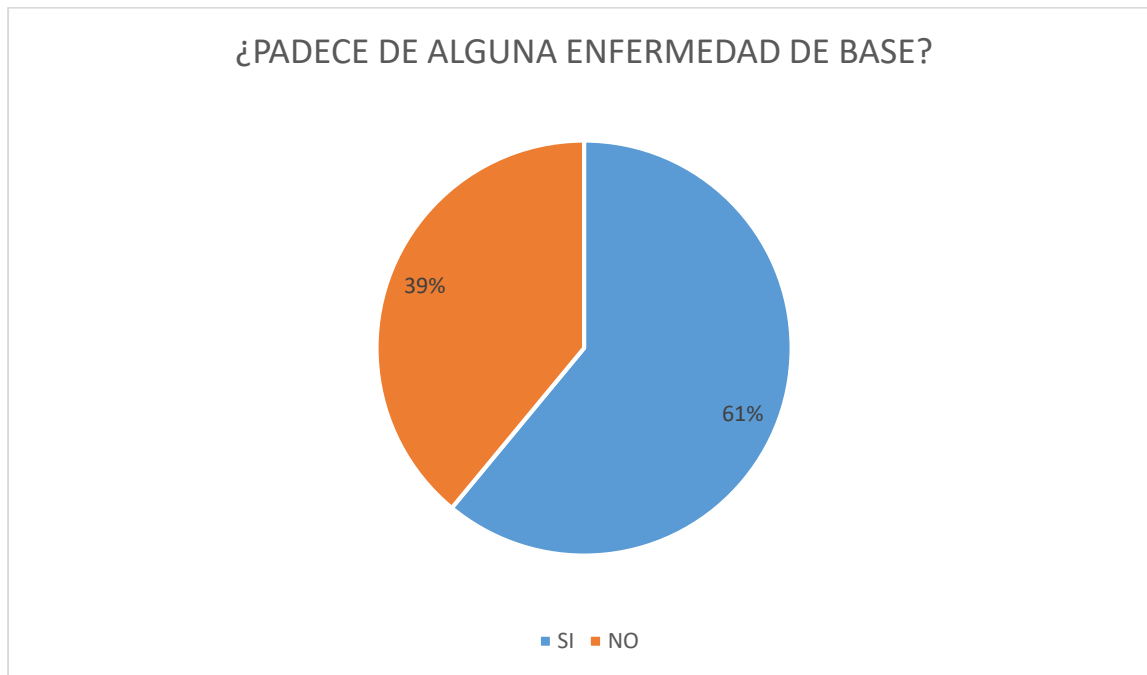
Análisis: Se puede observar que la gran mayoría de la población estudiada no consume bebidas alcohólicas, mientras un porcentaje mínimo de 4% consume bebidas siendo este un factor de riesgo para poder adquirir la infección de VPH y así aumentar el riesgo de Cáncer de cérvix.

**14. ¿Consume tabaco?****Gráfica 13: Interpretación de la tabla 13.**

Interpretación: Se puede observar que el 97% de la población estudiada no consume tabaco, mientras el 3% si consume tabaco.

Análisis: La mayor cantidad de pacientes estudiadas no consumen tabaco mientras un porcentaje mínimo si, siendo este un factor de riesgo cada vez más importante para el desarrollo de cáncer de cérvix.

### 15. Padece de alguna enfermedad de base:



**Gráfica 14: Interpretación de la tabla 14.**

Interpretación: Se puede observar que el 61% de la población estudiada padece de enfermedades, mientras el 39% de esta no tiene enfermedades de base.

Análisis: Entre las enfermedades más frecuentes tenemos diabetes, hipertensión arterial, obesidad que juegan un papel importante en la inmunosupresión de la paciente teniendo así un aumento en la posibilidad de adquirir el VPH que es un precursor del cáncer de cérvix.

## 5. DISCUSION.

Durante la evaluación de los expedientes clínicos y la aplicación de la lista de cotejo en las pacientes que consultan el Hospital San Juan de Dios, en el área de colposcopia, se establecieron tres parámetros como son características demográficas, ginecológicas y socioculturales, las cuales debían evaluar en estas pacientes como factores de riesgo y que estuvieran presentes en ellas.

Se puede decir que la mayoría de las pacientes a las cuales se les aplicó dichos instrumentos presenten a el área urbana son más propensas a adquirir cáncer de cérvix, aunque cabe destacar que puede ser que la población que más consulta esta rea sea la que se encuentra más cerca a dicho hospital. Pero aún tiene gran relevancia en dicho estudio. Otro factor importante el nivel educativo de la usuaria para consultar de forma oportuna para dicha evaluación colposcopia. Entre los factores demográficos también se encuentra el estado civil el cual es un punto independiente del área donde vive, siendo este un factor importante ya que estudios como los de CDC o OMS, refiere que el número de compañeros sexuales, es decir, que un aumento en los compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer el VPH, y entre estos puede adquirir los oncogenes.

Así mismo el nivel educativo, como la profesión desempeña juegan un papel importante en que las pacientes se encuentra con mayor probabilidad de adquirir VPH potencialmente oncogenes, debido que no las pacientes con nivel educativo, así como también un nivel económico bajo tiene poca accesibilidad a los sistemas de salud, además de poca educación en cuanto una vida sexual sana.

Factores como el número de hijos es otro factor que si bien es cierto no se encuentra directamente proporcional al número de cosas en aquellos donde son con múltiples parejas sexuales, y se evidencia una inadecuada protección durante las relaciones sexuales aumenta el riesgo, así mismo el uso de métodos de planificación, es decir, el uso del tipo de método ya sea hormonal o barrera, puede favorecer que se adquiera VPH. Como todos saben los anticonceptivos de barrera como el condón protegen tanto del

embarazo como de ciertas enfermedades de transmisión sexual y disminuyen el riesgo de adquirir el VPH encógenos.

Las paciente que se han realizado el PAP, según la normativa o lineamientos establecidos, con una detección adecuada, difícilmente podrán detectarse un cáncer en edad avanzada, pero existen ciertos criterios que habrían de discutirse que puede ver afecto el resultado de este estudio tales como la forma de tomar la muestra, el tiempo de tomado de la muestra, así como también procesamiento de esta, la calidad de la lectura para determinar si realmente se puede establecer como una parámetro que aumenta el riesgo de cáncer de cérvix, pero sin embargo en este estudio se puede observar que la pacientes ya habían tenido una citología previa la cual reportaba negativo pero que no siguieron los lineamientos adecuados el tiempo para toma de citología.

El uso de métodos de barrera, así como también el número de parejas sexuales puede venir acompañada de enfermedades de transmisión sexual, sin dejar atrás que estos factores de riesgos siempre están presentes, pero cabe destacar que las pacientes con mayores compañeros sexuales y que no utilizan métodos de barrera tiene mayor riesgo de ITS y entre ellas de igual ponderación el VPH. Además, las múltiples infecciones vaginales provocan cambios fisicoquímicos de la flora vaginal, así como también cervical, lo que predispone que aumenta la probabilidad de infección del virus de papiloma humano potencialmente oncogénicos.

En el tercer grupos de factores de riesgo se encuentran lo socioculturales siendo una de las más importantes, la presencia de enfermedades de base, entre las que se encuentran la diabetes, la hipertensión, VIH, cánceres de otros áreas anatómicas, los cuales provocan un estado inflamatorio crónico y por ende provocan un sistema inmunológico disminuido o agotado lo que rompe con las barreras de protección naturales que se cuenta en el cuerpo, siendo así un factor que si bien no está directamente relacionado pero se observa que estas paciente tiene mayor riesgo de padecer dicha cáncer de cérvix.

La asociación de bebidas alcohólicas y la pérdida de la autonomía de la conciencia, está relacionado con las prácticas sexuales sin protección así como también el aumento de

las relaciones sexuales sin uso de métodos de planificación por lo que se puede observar que también se encuentra relacionado con el parecimiento de cáncer de cérvix. También el consumo de tabaco el cual provoca como mencionabas anteriormente un estado de inflamación así el consumo del tabaco de sustancias ilícitas que aumenta dicha probabilidad, de prácticas sexuales no estandarizadas en cuanto la protección y l

## 6. CONCLUSIONES.

- El 98% de las pacientes con cáncer de cérvix, tienen factores demográficos, ginecológicos y socioculturales que predisponen dicha patología de forma directa o indirectamente.
- El 80 – 85% los factores como edad, estado civil, área geográfica son factores presentes y fundamentales en que las pacientes que consultan el área de colposcopia del San Juan de Dios aunado a la educación sexual.
- Al evaluar los expedientes se puede constatar el número de compañeros sexuales es un factor presente en la mayor de esta población.
- El número de hijos, así como también la utilización de métodos de planificación familiar es un factor que tiene gran relevancia en las pacientes con cáncer de cérvix.



## 7. . ANEXO

### 7.1. Lista de cotejo.

Instrumento de investigación.  
Universidad De El Salvador.  
Facultad Multidisciplinaria Orientada  
Especialidades medicas  
Sección de Ginecología y Obstetricia.

Objetivo: El siguiente instrumento tiene como objetivo determinar cuáles son los factores que predisponen a las mujeres a presentar cáncer de cérvix estableciendo los factores demográficos, económicos, ambientales que aumentan dicha incidencia.

Tipo de instrumento: Lista de cotejo, a través de la explicación de expedientes clínico de las pacientes de colposcopia, el contiene tres apartados los cuales incluyen: Demográfico, Ginecológico, Sociocultura.

Instrucciones: Establecer una X el parámetro, según la revisión del expediente.

Nº Instrumento: \_\_\_\_\_

#### A. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

##### 1. ¿Edad más frecuente de consulta?:

a. 40 – 45 años: \_\_\_\_\_ b. 46 – 65 años: \_\_\_\_\_

##### 2. Área geográfica que viene.

a. Urbano: \_\_\_\_\_ b. Rural: \_\_\_\_\_

##### 3. Estado civil.

a. Casada: \_\_\_\_\_ b. Soltera. \_\_\_\_\_ c. Acompañada: \_\_\_\_\_

:

##### 4. ¿Ha que se dedica?:

a. Ama de casa: \_\_\_\_\_

b. Empleo formal: \_\_\_\_\_

c. Empleo \_\_\_\_\_

informal:

**5. Grado de estudio que finalizo:**

a. Ninguno: \_\_\_\_\_

b. Básica: \_\_\_\_\_

c. Bachillerato : \_\_\_\_\_

d. Educación \_\_\_\_\_

superior:

**B. CARACTERISTICAS GINECOLOGICAS.**

**6. A qué edad inicio las relaciones sexuales.**

a. Menor de 15 años.: \_\_\_\_\_

b. 15 – 18 años. : \_\_\_\_\_

c. Mayor de 18 años. : \_\_\_\_\_

**7. Cuantos compañeros sexuales ha tenido.**

Uno : \_\_\_\_\_

Dos : \_\_\_\_\_

Más de 3: \_\_\_\_\_

**8. Cuantos hijos tiene:**

Uno : \_\_\_\_\_

Dos : \_\_\_\_\_

Más de 3: \_\_\_\_\_

**9. Utiliza algún método de planificación familiar.**

a. Si: \_\_\_\_\_

b. No: \_\_\_\_\_

**10. Si la respuesta es SI; diga cual método utiliza**

- a. Hormonales : \_\_\_\_\_
- b. Barrera : \_\_\_\_\_
- c. DIU : \_\_\_\_\_
- d. Método del ritmo : \_\_\_\_\_
- e. Coito interrumpido. : \_\_\_\_\_

**11. Se han realizado con anterioridad PAP.**

Si : \_\_\_\_\_

No : \_\_\_\_\_

**12. ¿En alguna ocasión ha tenido infecciones de transmisión sexual?**

Si : \_\_\_\_\_

No : \_\_\_\_\_

**C. CARACTERICAS SOCIOCULTURALES.**

**13. Consume bebidas alcohólicas.**

a. Si: \_\_\_\_\_

b. No: \_\_\_\_\_

**14. Consume tabaco.**

a. Si: \_\_\_\_\_

b. No: \_\_\_\_\_

**15. Padece de alguna enfermedad de base:**

a. Si: \_\_\_\_\_

b. No: \_\_\_\_\_

## 7.2. Tablas.

### 1. ¿Edad son las más frecuente en consulta?:

EDAD MAS FRECUENTE DE CONSULTAR.		
<b>40 - 45 años</b>	67%	56
<b>46 - 65 años</b>	33%	27
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 1. Datos obtenidos de expediente clínico.

### 2. Área geográfica que viene.

AREA GEOGRAFICA QUE VIENE.		
<b>URBANO</b>	75%	62
<b>RURAL</b>	25%	21
<b>TOTA</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 2: Datos obtenidos de expediente clínico.

### 3. Estado civil.

ESTADO CIVIL		
<b>Casada</b>	28%	23
<b>Soltera</b>	32%	27
<b>Acompañada</b>	40%	33
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 3: Datos obtenidos de expediente clínico.

**4. Ha qué se dedica?**

¿HA QUE SE DEDICA?		
<b>Ama de casa</b>	44%	36
<b>Empleo formal</b>	19%	16
<b>Empleo informal</b>	37%	31
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 4: Datos obtenidos de expediente clínico.

**5. Grado de estudio que finalizo:**

GRADO DE ESTUDIO QUE FINALIZO		
<b>NINGUNO</b>	63%	52
<b>BASICA</b>	21%	17
<b>BACHILLERATO</b>	14%	12
<b>EDUCACION SUPERIOR</b>	2%	2
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 5: Datos obtenidos de expediente clínico.

**6. ¿Ah qué edad inicio las relaciones sexuales?**

¿A QUE EDAD INICIO LAS RELACIONES SEXUALES?		
<b>Menor de 15 años</b>	33%	27
<b>15 a 18 años</b>	45%	41
<b>Mayor de 18 años</b>	22%	15
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 6: Datos obtenidos de expediente clínico.

### 7. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

¿CUANTOS COMPAÑEROS DE VIDA HA TENIDO?		
<b>Uno</b>	14%	12
<b>Dos</b>	32%	26
<b>Más de tres</b>	54%	45
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 7: Datos obtenidos de expediente clínico.

### 8. ¿Cuántos hijos tiene?:

¿CUANTOS HIJOS TIENE?		
<b>Uno</b>	10%	8
<b>Dos</b>	22%	19
<b>Más de tres</b>	68%	56
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 8: Datos obtenidos de expediente clínico.

### 9. ¿Utiliza o utilizo algún método de planificación familiar?

¿UTILIZA O UTILIZO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR?		
<b>Si</b>	70%	58
<b>No</b>	30%	25
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 9: Datos obtenidos de expediente clínico.

**10. Si la respuesta es SI; ¿Cuál método de planificación familiar utiliza?**

¿CUAL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZA?		
<b>Hormonal</b>	38%	22
<b>Barrera</b>	19%	11
<b>DIU</b>	12%	7
<b>Ninguno</b>	31%	18
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>

**Tabla 10: Datos obtenidos de expediente clínico.**

**11. Se ha realizado con anterioridad PAP:**

¿SE HA REALIZADO CON ANTERIORIDAD PAP?		
<b>Si</b>	100%	83
<b>No</b>	0%	0
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

**Tabla 11: Datos obtenidos de expediente clínico.**

**12. En alguna ocasión ha tenido infecciones de transmisión sexual:**

¿ALGUNA OCASIÓN A TENIDO INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL?		
<b>SI</b>	28%	23
<b>No</b>	72%	60
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

**Tabla 12: Datos obtenidos de expediente clínico.**

## D. CARACTERISTIS SOCIOCULTURALES.

**13. ¿Consume bebidas alcohólicas?**

¿CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS?		BEBIDAS
<b>No</b>	96%	80
<b>Si</b>	4%	3
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 13: Datos obtenidos de expediente clínico.

**14. ¿Consume tabaco?**

¿CONSUME TABACO?		
<b>Si</b>	3%	2
<b>No</b>	97%	81
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 13: Datos obtenidos de expediente clínico.

**15. Padece de alguna enfermedad de base:**

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD DE BASE?		
<b>SI</b>	61%	51
<b>NO</b>	39%	32
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>

Tabla 15: Datos obtenidos de expediente clínico.



## 8. BIBLIOGRAFIA.

1 MINSAL.

. [https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias\\_2021/presentaciones/zoom/presentaciones28052021/03-PREVENCIÓN-DE-CÁNCER-DE-CERVIX-Y-MAMA-COMO-PARTE-DEL-AUTOCUIDO-EN-LA-MUJER.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/zoom/presentaciones28052021/03-PREVENCIÓN-DE-CÁNCER-DE-CERVIX-Y-MAMA-COMO-PARTE-DEL-AUTOCUIDO-EN-LA-MUJER.pdf) .

2 Robbins Pd. Lesiones premalignas de cervix. ; 2019.

.

3 CERVIX. CD. EL CÁNCER DE CERVIX EN LA HISTORIA.. 2020;(3).

.

4 MINSAL.

. [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontroldelcancercervicouterinoydemama-SE-Acuerdo-1849\\_v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontroldelcancercervicouterinoydemama-SE-Acuerdo-1849_v1.pdf). 2015;(1).

5 [https://www.google.com/search?q=hISTORIA+DEL+CÁNCER+DE+CERVIX+PDF&sxsrf=APwXEddfXNZMKmcu3NYdx4p4MJzmdBe6bQ%3A1683768690886&ei=ckVcZJ3fNZKHwbkPgpSImAY&ved=0ahUKEwid4NCVj-z-AhWSQzABHQIKAmMQ4dUDCA8&uact=5&oq=hISTORIA+DEL+CÁNCER+DE+CERVIX+PDF&gs\\_lcp=Cgxnd3Mtd](https://www.google.com/search?q=hISTORIA+DEL+CÁNCER+DE+CERVIX+PDF&sxsrf=APwXEddfXNZMKmcu3NYdx4p4MJzmdBe6bQ%3A1683768690886&ei=ckVcZJ3fNZKHwbkPgpSImAY&ved=0ahUKEwid4NCVj-z-AhWSQzABHQIKAmMQ4dUDCA8&uact=5&oq=hISTORIA+DEL+CÁNCER+DE+CERVIX+PDF&gs_lcp=Cgxnd3Mtd) .

6 Hopkins J. Ginecología y Obstetricia. En Hopkins J.: Wolters Kluwer p. 1039.

.

7 CUNNINGHAM. William Ginecología.. En CUNNINGHAM.; 2022. p. 2378.

.

8 SOCIETY AC. Factores de riesgo. Cáncer de cuello.. 2023.

.

9 Gineología. A. DIALNET. [Online]; 2019. Disponible en: [https://screening.iarc.fr/doc/RH\\_risk\\_factors\\_fs\\_sp.pdf](https://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf).

1 IARC. FACTORES DE RIESGO. [Online]; 2020. Disponible en:  
0 [https://screening.iarc.fr/doc/RH\\_risk\\_factors\\_fs\\_sp.pdf](https://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf).

.