

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA



TESIS

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER
DE CÉRVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA, 2017 – 2022”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH.JULIZA LIZETH HOYOS CABRERA

Código ORCID: 0009-0000-2039-3890

ASESOR:

DR. JORGE ARTURO COLLANTES CUBAS

Código ORCID: 0000-0002-3333-7019

Cajamarca, Perú

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Juliza Lizeth Hoyos Cabrera
DNI: 70996164
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. Jorge Arturo Collantes Cubas
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017-2022 "
6. Fecha de Evaluación: 19/03/2024
7. Software Antiplagio : TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 20%
9. Código Documento: oid: 3117: 340777980
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 19 de Marzo del 2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Mg. M.C. Wilder A. Guevara Ortiz
DIRECTOR

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Introducción	6
1. Capítulo I: Problema de Investigación	7
1.1. Definición y delimitación del Problema	7
1.2. Formulación del Problema	9
1.3. Justificación del Problema	10
1.4. Objetivos de la Investigación	10
1.5. Limitaciones de la Investigación	11
1.6. Consideraciones Éticas	11
2. Capítulo II: Marco Teórico	12
2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases Teóricas	15
2.3. Términos Básicos	22
3. Capítulo III: Operacionalización de Variables	23
4. Capítulo IV: Metodología de la Investigación	27
4.1. Material y métodos	27
5. Capítulo V: Resultados	30
6. Capítulo VI: Discusión	35
7. Capítulo VII: Conclusiones	38
8. Capítulo VIII: Recomendación	39
9. Capítulo IX: Referencias Bibliográficas	40
10. Capítulo X: Anexos	45

ÍNDICE DE TABLAS GRÁFICOS

TABLA 1. Características sociodemográficas de las pacientes con CCU	30
TABLA 2. Características gineco-obstétricas de las pacientes con CCU	31
TABLA 3. Antecedentes epidemiológicos de las pacientes con CCU	32
TABLA 4. Distribución de la sintomatología de las pacientes con CCU	33
TABLA 5. Hallazgos de biopsia y estadiaje de las pacientes con CCU	34

RESUMEN

Objetivos: - Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero de 2017 - diciembre 2022. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal conformado por 40 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix confirmado con biopsia de cérvix, diagnosticado entre el año 2017 a 2022. Se llenaron las fichas de recolección de datos según su respectiva historia clínica. Se procesaron los datos obtenidos en el programa Microsoft Excel 2016, posteriormente se hizo el análisis estadístico con respecto a las medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Las características epidemiológicas de las pacientes con cáncer de cérvix más frecuentes son: edad media 31 años, entre 33 a 43 años (34,4%), conviviente (73%), primaria (39,4%), secundaria (33,3), ama de casa (90,9), procedentes de Cajamarca (57,5%), Bambamarca (6,06%). Las características gineco-obstétricas más frecuentes son: multípara (39,4%), segundípara (33,3%), inicio de relaciones sexuales entre 16 a 17 años (37,5%), dos parejas sexuales (51,5%), una pareja sexual (39,4%), ningún antecedente familiar con cáncer de cérvix (96,9%), sin ninguna ITS (78,9%), antecedente de EPI (15%), empleo de algún método anticonceptivo (57,5%), hormonal inyectable (63,1%), no fuma (100%). Características clínicas más frecuentes: asintomática (42%), Flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor y otro sintoma (21%), Flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor (21%) Hallazgo de biopsia: Carcinoma in situ (76%), carcinoma epidermoide (15%), **Conclusiones:** Las características epidemiológicas de las mujeres con cáncer de cérvix son: edad más frecuente entre 23 a 33 y 33 a 43 años, conviviente, grado de instrucción primaria, ama de casa, procedencia de Cajamarca, segundípara, inicio de relaciones sexuales entre 17-19 años, con dos parejas sexuales, ningún antecedente familiar con cáncer de cérvix e ITS, empleo de método anticonceptivo, hormonal inyectable y nadie fuma. Las características clínicas más frecuentes son; asintomática, flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor, dolor lumbar y sangrado vaginal irregular. **Palabras clave:** epidemiología, clínica, cérvix, biopsia.

ABSTRACT

Objectives: - To determine the clinical and epidemiological characteristics in patients with cervical cancer in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca during the period January 2017 - December 2022. **Material and methods:** descriptive, retrospective and cross-sectional study conformed by 40 patients with a diagnosis of cervical cancer confirmed with cervical biopsy, diagnosed between 2017 to 2022. Data collection forms were filled out according to their respective clinical history. The data obtained were processed in the Microsoft Excel 2016 program, then the statistical analysis was performed with respect to the measures of central tendency, frequencies and percentages.

Results: The epidemiological characteristics of the most frequent patients with cervical cancer are: mean age 31 years, between 33 and 43 years (34.4%), cohabitant (73%), primary (39.4%), secondary (33.3), housewife (90.9), from Cajamarca (57.5%), Bambamarca (6.06%). The most frequent gynecological-obstetric characteristics were: multiparous (39.4%), second-parous (33.3%), sexual debut between 16 to 17 years (37.5%), two sexual partners (51.5%), one sexual partner (39.4%), no family history of cervical cancer (96.9%), no STI (78.9%), history of PID (15%), use of any contraceptive method (57.5%), injectable hormonal (63.1%), no smoking (100%). Most frequent clinical characteristics: asymptomatic (42%), whitish, greenish, bloody vaginal discharge s/c bad odor and other symptom (21%), whitish, greenish, bloody vaginal discharge s/c bad odor (21%) Biopsy findings: carcinoma in situ (76%), squamous cell carcinoma (15%), **Conclusions:** The epidemiological characteristics of women with cervical cancer are: most frequent age between 23 to 33 and 33 to 43 years, cohabitant, primary education degree, housewife, origin from Cajamarca, second-parous, start of sexual intercourse between 17-19 years, with two sexual partners, no family history with cervical cancer and STI, use of contraceptive method, injectable hormonal and no one smokes. The most frequent clinical characteristics are: asymptomatic, vaginal discharge

Key words: epidemiology, clinical, cervix, biopsy.

INTRODUCCION

El cáncer de cérvix a nivel mundial ocupa el cuarto tipo de cancer más común en mujeres seguidos del cáncer de mama, colorrectal y de pulmón. En el año 2020 la GLOBOCAN registro 604 000 casos nuevos de cáncer de cérvix en todo el mundo, y 342 000 muertes al año La mayoría de casos nuevos y muertes suele ocurrir en las mujeres de países con recursos limitados, siendo este la tercera causa de muerte (8,3/100000) (1).

Según la CDC, desde enero hasta abril del 2022 el Perú llevo a registrar al cáncer de cérvix con un 27% del total de casos, En las regiones de Lima y Callao ocupa el segundo lugar de cáncer más frecuente, siendo superado por el cáncer de mama, en el norte del país ocupa el mismo lugar que Lima, pero en el Centro, Sur y Selva, ocupa el primer lugar. Por la presentación clínica registra 64% de casos y según métodos de tamizaje un 8% . (2)

El cáncer de cérvix mantiene un rango de edad de más frecuente entre 35 a 44 años. Siendo la edad promedio de 50 años, y menos usual en menores de 30 años. Su riesgo de contraer cáncer es proporcional con la edad avanzada, ya que más del 20% casos se ha registrado en mujeres menos de 65 años. (3).

La infección causada por VPH es el principal causante, ya que se halló que del 75 a 80% de mujeres sexualmente activas contraerán la infección por VPH antes de los 50 años, pero un 90% de esta infección no avanzará ni dejara secuelas, por otro lado las infecciones que son persistentes y el precancer se suelen establecer aproximadamente alrededor de los 5 a 10 años, a partir del 10% de las nuevas infecciones. A pesar de ello, el VPH, por si solo no es suficiente para provocar el cáncer de cérvix, se necesitan otros factores como: uso de anticonceptivos orales, fumar cigarrillos, genética, etc (2)

El cáncer de cérvix cuando se diagnostica en estadios tempranos suele ser asintomática, pero los principales síntomas que nos hacen sospechar de cáncer de cérvix es la presencia de sangrado genital anómalo y poscoital. Pero cuando progresa puede presentarse con dolor pélvico o lumbar el cual puede irradiarse por la cara posterior de los miembros inferiores, otros síntomas inespecíficos pero que es importante tener en cuenta son el flujo vaginal acuoso, mucoide o purulento y maloliente ya que se pueden confundir con vaginitis o cervicitis; (4).

CAPITULO I: PROLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix produce mayor mortalidad por cáncer en la mujer peruana y cada vez suele ser más común en mujeres jóvenes en su primera década de actividad sexual.

El cáncer de cérvix es la neoplasia que surge en la unión escamocolumnar, ocurre por la infección persistente por uno de los 15 genotipos del virus del papiloma humano (VPH) oncogénico los cuales son responsables de causar casi todos los casos de cérvix, siendo los subtipos de VPH 16 y 18 los causantes de más del 70% de casos registrados de cáncer de cérvix. Su desarrollo se resume en cuatro principales pasos: primero ocurre la infección del epitelio metaplasico en la zona de transformación del cérvix, continua con la persistencia del VPH, la progresión del epitelio que continúa infectándose a precancer del cérvix y por ultimo ocurre la invasión a otros tejidos a través de la membrana basal del epitelio. (1).

La infección por VPH es el principal causante, ya que se ha evidenciado que del 75 a 80% de mujeres sexualmente activas contraerán la infección por VPH antes de los 50 años, pero un 90% de esta infección no progresara ni dejara secuelas, por otro lado las infecciones que son persistentes y el precancer se suelen establecer aproximadamente alrededor de los 5 a 10 años, a partir del 10% de las nuevas infecciones. El cáncer de cérvix suele ocurrir después de varios, inclusive varias décadas, pero se ha calculado que en un promedio de 15 años puede desarrollarse, con un pico en el riesgo de alrededor de los 35-55 años. Sin embargo, el VPH, por si solo no es suficiente para provocar el cáncer de cérvix, se necesitan otros factores como: uso de anticonceptivos orales, fumar cigarrillos, genética, etc (2)

A nivel mundial entre el 2012 al 2019 se evidencio un descenso del 65% en la incidencia del cáncer de cérvix en mujeres que superaban un poco mas de 20 años, probablemente por la adquisición de la vacuna, y en el año 2020 se le atribuyo como el cuarto cáncer más común, registrándose 604 000 casos de cáncer de cérvix y con una mortalidad de 342 000 casos en todo el mundo. Siendo el 84% de casos provenientes de las regiones con recursos más precarios, donde ocupa el 2do lugar de cáncer más común. En África y Centroamérica, el cáncer de cérvix se le ha atribuido como la principal causa de muerte vinculada con el cáncer en las mujeres.

Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer, se calcula que EEUU en el año 2023 registrara 13 960 casos de cáncer de cérvix invasivo y con una mortalidad de 4 310, por ello es considerado como el tercer cáncer ginecológico más común en EEUU. Anteriormente, se le consideraba como la principal causa de muerte en las mujeres estadounidenses, pero se llegó a la conclusión que tanto su tasa de incidencia como de mortalidad descendieron alrededor del 50% desde mediados de la década de 1970, y esto debido al aumento del uso de la prueba de Papanicolaou, generando así una detección más temprana del cáncer de cérvix. Desde el año 2010 hasta el 2019 su tasa de mortalidad siguió descendiendo en menos del 1% por año. (3)

En Perú, durante los 8 primeros meses del 2022 se registraron 4 270 casos de cáncer de cérvix de los cuales 2 288 fallecieron víctimas de la neoplasia, lo que lo llevo a ser considerado como el cuarto país con las tasas de mortalidad más elevada en Sudamérica. Estas cifras se vieron relacionadas por la reducción en la administración de la vacuna a nivel nacional y también por la desinformación de las mujeres para acudir a su centro de salud cercano para realizar una detección de cáncer de cérvix temprano. En Lima y Callao el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar en cáncer más frecuente y lo mismo podemos decir para el norte del país, en cambio en el centro, sur y selva está liderando el primer lugar (4)

El cáncer de cérvix cuando se encuentra en estadios tempranos suele ser asintomática, pero solemos sospechar de cáncer de cérvix ante la presencia de sangrado genital anómalo y poscoital. El cáncer cuando avanza puede presentarse con dolor pélvico o lumbar el cual puede irradiarse por la cara posterior de los miembros inferiores, otros síntomas inespecíficos pero que es importante tener en cuenta son el flujo vaginal acuoso, mucoso o purulento y maloliente ya que se pueden confundir con una vaginitis o cervicitis; la hematuria, hematoquecia y la evacuación vaginal de orina o heces suelen sugerir cáncer de cérvix invasivo (5).

Por lo tanto, para aquellas pacientes con síntomas que se sospecha de cáncer de cérvix es necesario realizar un examen pélvico minucioso, el cual nos ayudara a visualizar la apariencia del cérvix la cual puede ser normal o anormal por la presencia de una lesión que puede ser una ulceración superficial, tumor exofítico en el exocérvix o infiltración del endocérvix. En aquellas mujeres que presenten lesión macroscópicamente visible, se le realizara una biopsia de la lesión para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer, y aquellas mujeres que no tengan una lesión

evidente, pero presentan citología cervical anormal serán sometidas a colposcopia con biopsia dirigida; por esta razón es elemental la confirmación histológica de una biopsia del cérvix. (6).

Las pautas establecidas por la FIGO 2018 nos mencionan lo fundamental que es realizar un examen físico detallado y si fuera posible incluir el tacto rectal, también se debe considerar la palpación del tumor primario y evaluar el daño a los parametrios y a la vagina. No olvidando de examinar las áreas ganglionares tanto en la zona inguinal, así como la supraclavicular. El sistema FIGO se apoya en gran medida en el examen físico para así poder realizar adecuados exámenes por imágenes y determinar el estadio del cáncer de cérvix, entre los cuales están el TAC o PET-CT para valorar la participación de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaorticos, la RM ayudara a determinar el tamaño del tumor y la expansión de la enfermedad y por ultimo el empleo del ultrasonido que cumple una función similar a la RM (6).

Pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix se les dan un tratamiento adecuado según el estadio del cáncer, para así evitar exponer a la paciente a varios tratamientos a la vez y así poder disminuir su morbilidad. Los estadios precoces (IA, IB1 y 2A1) sin factores de mal pronóstico se opta por manejo quirúrgico, conización, histerectomía simple en IA1 (<3mm), histerectomía simple o traquelectomía simple en IA1 con ILV, histerectomía radical o traquelectomía radical en IA2 (3-5mm); en estadio avanzados como IB2, 2A2 y superiores el manejo es asociar la radioterapia-quimioterapia y braquiterapia (7).

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del cáncer de cérvix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero de 2017 – diciembre 2022?

1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de cérvix es la neoplasia resultado de la infección persistente del VPH, con sus genotipos oncogénicos conocidos. Aunque la mayoría de infecciones producto del VPH suelen mejorar con el tiempo, existen algunas que persisten y por ello es que en un lapso de tiempo de 10 a 15 años pueden desarrollar el cáncer de cérvix invasivo y la paciente puede no presentar ninguna sintomatología.

Esta investigación nos ayudara a conocer las características clínicas y epidemiológicas que debemos prestarles más atención para así dar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y así evitar la muerte de muchas mujeres,

Además, es importante poder aprovechar las oportunidades con las pacientes con factores de riesgo o trabajadoras sexuales, y brindarles información oportuna acerca del cáncer de cérvix, hacerle conocer el beneficio de la vacunación contra el VPH, los beneficios de la prueba de Papanicolaou de manera que si se detecta oportunamente el cáncer de cérvix se le dará tratamiento adecuado y así se evitaría la muerte de muchas mujeres.

Esta investigación también se constituye en un antecedente para futuras investigaciones, ampliando y profundizando los conocimientos respecto al tema.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Objetivo General

- 1- Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero de 2017 - diciembre 2022.

Objetivos específicos

- 1- Describir la edad, estado civil, grado instrucción, ocupación, procedencia, antecedente de familiar con cáncer de cérvix, antecedente de ITS, uso de MAC, antecedente de tabaquismo en las pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2017 a 2022
- 2- Determinar la sintomatología en pacientes con cáncer cérvix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2017 a 2022

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- 1- Registro de biopsias con datos incompletos de todas las provincias de Cajamarca que llegan al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional Docente de Cajamarca para ser analizadas.
- 2- Presencia de historias clínicas incompletas de pacientes con cáncer de cérvix del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

1.6. CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto de investigación se realizará con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Debido a que son revisiones de historias clínicas, no se requiere de consentimiento informado sin embargo se respetara la confidencialidad de las pacientes con cáncer de cérvix del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

La investigación se desarrollará considerando los principios bioéticos:

- Beneficencia: los resultados patológicos dependen de la identificación de pacientes con cáncer de cérvix, considerando la alta morbimortalidad de esta patología, identificar las características clínicas y epidemiológicas beneficiara en el diagnóstico temprano de muchas pacientes.
- No maleficencia: Por la naturaleza del estudio, no se realizarán intervenciones que pongan en riesgo la salud de los participantes, utilizando únicamente datos de la historia clínica.
- Justicia: En esta investigación no se realizará ninguna arbitrariedad, se respetará en todo momento los derechos fundamentales de los pacientes, solo se evaluaran las historias clínicas y los resultados de anatomía patológica.
- Autonomía: En la revisión de historias clínicas se tomarán datos de los pacientes necesarios para la investigación, manteniendo la confidencialidad y respeto por la privacidad. En la ficha de recolección de datos no se tomarán en cuenta los nombres de los pacientes, ni números de identificación o cualquier dato que pueda contribuir a la identificación de las participantes.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional

Arango M (8), en 2021 publicó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo con la finalidad de analizar la incidencia del cáncer de cérvix invasivo en mujeres entre 20 a 39 años en Manizales-Colombia durante los años 2003-2018. Su muestra es de 116 pacientes que cumplen los criterios de inclusión, las 5 variables mas frecuentes fueron: 22.7% el grupo de 35 a 39 años son los que concentran la mayor cantidad de cáncer de cervix invasivo, según el tipo histológico el mas frecuente es el escamocelular en 36.7% seguido del adenocarcinoma, según su estadificación clínica, 45.6% en estadio temprano y 24.1% estadio avanzado. Se concluyó que su tasa de incidencia descendió en 7.9% en el grupo de mujeres entre 20 a 39 años durante los años 2003 y 2018, siendo en el 2010 donde hubo un marcado descenso.

Jhon H et al. (9); en el 2020, sustentaron su investigación descriptiva transversal, tuvo como finalidad describir las características citológicas previas al diagnostico del cáncer de cérvix en mujeres de una institución de salud de Medellín-Colombia, durante los años 2012 a 2017. La muestra lo constituyeron 714 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix. Se obtuvo como resultados: la mediana de edad fue de 51 años, el 58.7% vivían en el Valle de Aburra y el 77.5% pertenecen al régimen subsidiario, con respecto a las características citológicas y clínicas, el 52% presento alteración citológica, de las cuales la más común fue la LEI-AG en 33.8% y el cáncer mas frecuente diagnosticado es el escamocelular en 70.9%, analizando además que fue de 41 días la oportunidad entre el resultado de la citología y la realización de la colposcopia. Concluyendo que la alteración en la citología sería un indicador para el desarrollo del cáncer de cérvix por lo que se debería continuar con el protocolo de tamizaje elaborado.

Priscilla P et al (10) en el año 2019 publicaron un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar los principales factores relacionados al cáncer de cérvix de las pacientes del Policlínico Alex Urquiola, de Holguín, Cuba en el año 2017. Su muestra lo constituyo 33 mujeres con diagnostico de displasia o cáncer de cérvix por citología vaginal. En los resultados se constató que el 54.5% presentaron diagnóstico de NIC-I, el 36.3% tenían NIC-II y 6.06% tenían NIC-III, una paciente tuvo carcinoma epidermoide y ninguna con carcinoma in situ. Además, la población estudiada tuvo un predominio de

mujeres con edad de 40 a 44 años y de 26 a 28 años en 21.2%, el 78.8% tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años, se aprecia también que el 57.5% han tenido más de 4 parejas sexuales, no se evidencia un predominio de mujeres que hayan tenido más de 2 partos y con respecto a los antecedentes de ITS los de mayor incidencia son: las infecciones por tricomonas y las de papiloma virus con 66.6% y 15.1% respectivamente. Se concluyó que el diagnóstico más frecuente fue el de NIC-I y NIC-II la cual se haya relacionado con la edad fértil, el inicio temprano de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales.

Guillermo R et al. (11) en 2019 publicaron un estudio transversal, en el cual analizaron los resultados del test de tamizaje de HPV captura hídrica HC2 en el Centro de salud de la Costa y del Centro de Salud de Pando en Canelones-Uruguay, desde el diciembre del 2014 hasta agosto del 2017. Su muestra fue de 1010 mujeres de 30 y 64 años, asintomáticas, no embarazadas, sin antecedentes de histerectomía ni enfermedades neoplásicas del aparato genital, se evaluó datos sociodemográficos (20.3% grupo más frecuente de mujeres entre 40 a 44 años, 48.4% tiene secundaria incompleta, 96.5% ya se había realizado un PAP anteriormente, 45.3% se realizó el PAP hace 2 a 5 años atrás), con respecto a los resultados del test de HPV, el 12.5% (126) dieron positivo de las cuales el mayor porcentaje de grupo de edad está entre 30 a 39 años; en los resultados obtenidos de PAP, 83.5% fue negativo, 11.4% con ASC-US, 4.3% con L-SIL, 0.5% con ASC-H, 0.4% con H-SIL Concluyendo que la prueba con más eficacia y eficiencia para detección de lesiones precursoras de cáncer de cervix es el test de HPV a comparación del PAP.

Jorge Y et al. (12) en el año 2019 publicaron un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas más frecuentes del cáncer de cervix en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, desde el 2008 al 2010. La muestra fue de 46 mujeres de las cuales 27 contaron con biopsia compatible con cáncer de cervix, las características sociodemográficas más frecuentes fueron: edad >35 años (77.8%), convivientes (40.8%), con educación secundaria (48.2%), procedencia urbana (70.4%), nivel socioeconómico medio (44.5%); las características ginecoobstétricas más frecuentes: multigestas (59.3%), múltipara (55.6%), menarquía luego de los 15 años (33.3%); y cuyo síntoma más usual fue el sangrado post coital (29.2%), seguido de la hemorragia vaginal (20.8%) y dolor pélvico (18.7%) -

Marcela A et al. (13) en 2019 publicaron un estudio de tipo cualitativo, descriptivo

e interpretativo, donde analizaron la atención de salud que se les brindó a las pacientes que presentaron impedimentos a los servicios de salud y se evidenció lesiones precursoras de cáncer de cérvix tamizadas por el Programa integral para la prevención de cáncer de cérvix en Cauca-Colombia en los años 2017 y 2018. El estudio tuvo una muestra de 16 mujeres, evaluó parámetros sociodemográficos y condiciones de vida (6% de etnia mestiza, 44% con primaria incompleta, 19% con vulnerabilidad desplazada, 75% cuenta con vivienda propia, 94% nivel socioeconómico bajo, 31% son amas de casa), características clínicas (93.7% con LEI-AG, de las cuales el 12.5% presentó LEI-AG/Cáncer in situ, 6.2% en sospecha de cáncer invasivo y así mismo 6.2% presentó infección por VPH tipo 16), 12 meses después de la tamización el 18.7% no regresó para obtener un diagnóstico definitivo ni tratamiento correspondiente, el 12.5% recibió tratamiento y 68.7% llevaba su control postratamiento. El estudio concluyó, que la atención fragmentada del sistema de salud podría aumentar el riesgo de progreso de la enfermedad.

Celso V et al (14) en el 2018 publicaron un estudio observacional y descriptivo, en el cual determinaron la prevalencia de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix y sus antecedentes ginecobstetricios de indígenas de Caaguazú, Paraguay durante los años 2015 hasta 2017. Su muestra estuvo conformada por 129 mujeres indígenas, se evaluó sus características sociodemográficas (los grupos de edad más comunes estuvieron entre los rangos 15 a 19 y 20 a 24 años ambos con 21.71%, el 99.22% son amas de casa, 79.07% son convivientes, 96.9% pertenecen a la etnia Mbya Guaraní), antecedentes ginecoobstétricos (53.5% tuvo menarquía entre los 10 a 12 años, 70.54% tuvo su primera relación antes de los 15 años, 90.7% usaba anticonceptivo natural, 31.88% es multípara, 14.28% estaba en gestación el momento del PAP), según la distribución de la presencia de lesiones precursoras de cáncer de cérvix (86.82% presentó lesiones precursoras en PAP y según el grado de alteración citológica (44.19% con grado inflamatorio, 10.08% en ASC-US, 2.32% CIN I, 0.77% CIN II). Se concluyó, que las lesiones precursoras de cáncer de cérvix son frecuentes en mujeres con edad media, menarquía temprana, inicio temprano de relaciones sexuales y multíparas.

A nivel nacional

Soto R (15), en el año 2019, realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde identificó las características epidemiológicas más frecuentes del cáncer de cérvix del Hospital Regional del Cusco desde el 2014-2018. Se contó con una

muestra de 159 mujeres con cáncer de cérvix, se evaluó los parámetros sociodemográficos (21.4% entre 50 a 56 años, 44.7% tenían secundaria, 28.3% procedían de Cusco, 80.5% eran amas de casas), ginecoobstetricos (17.6% inicio de la menarquia entre 12 a 13 años, 9.5% inicio relaciones sexuales partir de los 14años, 10.7% tuvo dos parejas sexuales, 8.2% tuvo 2 partos, 13.8% usaba anticonceptivos, 75.5% sin antecedente de citología cervical) y el estadio del cáncer (31.4% con estadio IIB y 23.3% con estadio IA). Concluyendo, que cada parámetro sería un factor de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix, y cuya mortalidad va en ascenso de 1 caso en 2014 a 6 en 2018, teniendo 8.8% de letalidad.

2.2. BASES TEÓRICAS

CANCER DE CERVIX

DEFINICIÓN

El cáncer de cérvix es una alteración que se inicia con la infección del epitelio metaplasico en la zona de transformación del cuello uterino debido a la persistencia de unos de los 15 genotipos de VPH de alto riesgo, en donde el epitelio persistentemente infectado progresa a precancer del cuello uterino y por último se vuelve invasivo cuando atraviesa la membrana basal del epitelio (16).

EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial se le considera como uno de los tipos de cáncer más frecuentes por ocupar el cuarto tipo de cancer más común en mujeres seguidos del cancer de mama, colorrectal y de pulmón. La GLOBOCAN 2020 registro 604 000 casos nuevos de cáncer de cérvix en todo el mundo, y 342 000 muertes al año La mayoría de casos nuevos y muertes suele ocurrir en las mujeres de países con recursos limitados, ocupando el segundo tipo de cancer mas común (15,7/100000) y la tercera causa de muerte (8,3/100000) (3).

Según la CDC, desde enero hasta abril del 2022 el Perú llevo a registrar al cáncer de cérvix con un 27% del total de casos, En Lima y Callao ocupa el segundo lugar de cáncer más frecuente, siendo superado por el cáncer de mama, en el norte del país ocupa el mismo lugar que Lima, pero en el Centro, Sur y Selva, ocupa el primer lugar. También registro que el 64% de casos se detectó por la presentación clínica y un 8% por métodos de tamizaje. (4)

Distribución racial

El Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) de EEUU informo que existe variación en la incidencia y mortalidad en mujeres con cáncer de cérvix según el origen étnico, siendo la incidencia y mortalidad del indio americano de 10.1 y 2.9 por 100000 habitantes respectivamente, el más frecuente, seguido del hispanoamericano (10 y 2.5) y del negro americano no hispano (9 y 3.3) (17)

Distribución por edades

El cáncer de cérvix es más frecuente en mujeres en rango de edad entre 35 a 44 años. Siendo la edad promedio de 50 años, y poco común que ocurra en menores de 30 años. El riesgo de padecer cáncer es proporcional con la edad avanzada, ya que más del 20% de casos se diagnosticaron en mujeres con edad superior a 65 años, sin embargo, es raro que se detecte a mujeres menos de 65 años que se realizan sus pruebas constantemente. Por lo tanto, algunos médicos siguen evaluando a mujeres con esperanza de vida prolongada hasta los 74 años (18).

FACTORES DE RIESGO

El virus del papiloma humano (VPH) es considera el principal causante del cáncer de cérvix, del cual los factores relacionados a este se encuentran:

Inicio temprano de relaciones sexuales: la primera relación sexual al iniciarse entre los 18 a 20 años tiene un riesgo de 1,5 veces mayor que de 21 años a más y en los menores de 18 años el riesgo se duplica (19).

- Mayor número de parejas sexuales: el riesgo es el doble con dos parejas a comparación de una sola pareja y se triplica en caso de mas de 5 parejas (19).
- Edad más temprana al primer embarazo a término (menores de 20 años) e incremento de la paridad (más de 2 nacidos a término) (20)
- Historia de ITS, neoplasia o cáncer intraepitelial escamoso vulvar o vaginal

(21)

Existen situaciones que actúan como cofactores y predisponen al desarrollo del cáncer de cérvix:

- Bajo nivel socioeconómico: EEUU reporta tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix elevadas en mujeres que habitan en comunidades de pobreza extrema, debido al pobre acceso a la atención de salud y a sus programas de tamizaje (22).
- Uso de anticonceptivos orales: En 24 estudios epidemiológicos con la participación de 16 573 mujeres con cáncer de cérvix y 35 509 mujeres sin cáncer de cérvix, se halló que el riesgo relativo de contraer cáncer de cérvix aumenta con el consumo de anticonceptivo orales y disminuye cuando se anula el consumo (RR uso >4 años vs nunca uso: 1,90). Se concluyó que mujeres con edad entre los 20 y 30 años que usan ACO durante 10 años, aumenta su incidencia acumulada de cáncer de cérvix invasivo a los 50 años de 7.3 a 6.3x 1000 en países menos desarrollados (23).
- Tabaquismo: aumenta mas el riesgo de causar carcinoma de células escamosas del cérvix que de adenocarcinoma. Un análisis colaborativo de datos de 12 estudios epidemiológicos, registro que fumar se relaciono con un riesgo significativamente mayor de carcinoma de células escamosas del cérvix (RR = 1,50, IC del 95 %: 1,35-1,66), pero no de adenocarcinoma (RR = 0,86 (0,70-1,05)) (24).
- El cáncer de cérvix es menos frecuente que ocurra en mujeres cuyas parejas sexuales fueron circuncidados (25).

PATOGENESIS

El virus del papiloma humano (VPH) es el causante del cáncer de cervix en el 99.7% de casos registrados en el mundo. La unión escamo columnar del epitelio del cérvix es la zona más afectada (hasta el 90%) por el VPH. Al suceder la infección por el VPH, las copias episomales dan lugar al genoma viral en las células basales, aquella célula destinada a modificar el estrato epitelial tendrá la expresión de genes tardíos, dando origen

a la fase vegetativa del ciclo de vida del VPH. Por último, el ADN viral es empaquetado y los viriones son liberados para nuevamente iniciar un ciclo de vida (26).

El progreso del cáncer de cérvix esta relacionado con la persistencia de la infección, y por lo tanto la integración del ADN viral a la de la célula huésped, se estima que el tiempo de desarrollo desde la infección inicial hasta el cáncer invasivo es de aproximadamente 15 años, aunque hay periodos más cortos. (27).

Se han identificado más de 40 tipos de VPH en la mucosa genital, de los cuales 15 aproximadamente son oncogénicos (Tabla 1) y los subtipos 16 y 18 están presentes en mas del 70% de todos los tipos de cáncer del cérvix, esto se debe a que los subtipos de VPH de bajo riesgo se mantienen como episomas, en cambio los de alto riesgo se vinculan de manera covalente al ADN hospedero.(26)

ESTADIFICACION DEL CANCER DE CERVIX

El Comité de oncología ginecológica de la FIGO en el año 2018, realizo algunos cambios en la estadificación para tener la opción de hallazgos clínicos, radiológicos o patológicos según la disponibilidad. (Tabla 2) (6)

HISTOPATOLOGIA

La confirmación debe ser realizado por el examen microscópico. La clasificación de tumores genitales femeninos asignada por la OMS se encuentra en la Tabla 3.(6)

Los tipos histopatológicos mas frecuentes son lo de carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma, tales pueden estar relacionado o no al VPH (28)

Según un estudio internacional los subtipos de VPH causantes del carcinoma de células escamosas son diferentes a los del adenocarcinoma: VPH 16(59% de casos),18 (13%), 58(5%), 33(5%) y 45(4%) están relacionados al carcinoma de células escamosas, y para el adenocarcinoma son el VPH 16(36%), 18(37%), 45(5%), 31(2%) y 33(2%) (29)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El cáncer de cérvix en estadios iniciales suele ser asintomática, en dichos casos se detecta de manera accidental cuando se visualiza alguna lesión en el examen pélvico o como

hallazgo de un resultado anormal de PAP. En un estudio realizado en Ecuador en 2020 en 135 estudiantes se encontró que el 40% eran asintomáticas de las cuales 20,37 resultaron VPH (+) (30)

Aquellas mujeres que presentan síntomas, los más frecuentes son: sangrado vaginal irregular o abundante y sangrado poscoital. En algunos casos puede haber la presencia de flujo vaginal acuoso, mucoide o purulento y maloliente, aunque no es muy específico porque también puede tratarse de una vaginitis o cervicitis. (5)

La expansión del tumor puede llegar a invadir la vejiga y el recto, provocando estreñimiento hematuria, fístula y obstrucción ureteral, con o sin hidrouréter o incluso hidronefrosis (31)

DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL CANCER DE CERVIX

1. Enfermedad microinvasiva

Para realizar diagnóstico en los estadios IA1 y IA2 se obtiene una muestra de biopsia en cono a través del LEEP o conización con bisturí frío, otra posibilidad es también hacerlo en un espécimen de traquelectomía o histerectomía y posteriormente el examen microscópico. La profundidad de invasión empezando de la base del epitelio no debe ser superior a los 3 o 5mm. Se debe reconocer los márgenes de la biopsia cónica, si en caso son positivos para cáncer de cérvix invasivo se le atribuye el estadio IB1 (6)

2. Enfermedad invasiva

Cuando se visualiza lesiones, se recomienda realizar una biopsia en sacabocados pero también es satisfactorio la biopsia en asa o en cono. En la evaluación de los estadios la FIGO 2018 permite el empleo de estudios por imágenes tales como: ecografía, Resonancia magnética (RM), Tomografía computarizada (TC), Tomografía por emisión de positrones (PET- CT), las cuales brindaran datos importantes acerca del tamaño del tumor, compromiso de los ganglios y la propagación de dicho tumor. La RM es considerada como el mejor estudio de imagen en los tumores primarios con tamaño superior a 10mm, sin embargo, la ecografía también resulta útil en expertos. Por otro lado, la PET-CT es de mejor utilidad para detectar metástasis ganglionares superiores a 10mm. En áreas endémicas de VIH, los ganglios linfáticos no suelen ser metastásicos, debido a ello, el médico también puede optar por una biopsia o una aspiración con aguja fina para así descartar la metástasis (6).

En un estudio donde se revisaron 22 artículos, el 18% de pacientes con cáncer de cérvix en estadio IB a IVA presento metástasis de los ganglios linfáticos paraaórticos, su tasa media de complicaciones fue de 9% siendo la más frecuente la formación de linfoquistes (37). Otro estudio donde se evaluaron pacientes con cáncer de cérvix en estadio IIB, III y IVA, registro que el 35% de tumores en estadio IIB y el 20% del estadio III presentaban metástasis de los ganglios paraaorticos (32)

La FIGO no recomienda realizar exámenes de bioquímica. Pacientes con carcinoma invasivo notorio, se debe hacer una RX de tórax y posteriormente una evaluación de hidronefrosis (Ecografía renal, TC o RM). El empleo de cistoscopia u sigmoidoscopia solo cuando presenta síntomas correspondientes a la vejiga y al recto. La cistoscopia también se usa para casos de crecimiento endocervical en forma de barril o cuando el crecimiento se ha prolongado a la pared vaginal anterior. La presencia de edema ampoloso no es evidencia para asignarle estadio IV (6)

TRATAMIENTO

Manejo quirúrgico

Generalmente es el recomendado para etapas tempranas del cancer de cervix, en la cual se tiene diversas alternativas como: histerectomía simple o radical, conización cervical. En la Tabla 4 se observa los diversos tipos de histerectomía radical (6)

1. Cancer de cervix microinvasivo: Estadios IA

Etapa IA1: Se emplea la conización cervical a excepción cuando hay invasión de espacio linfovascular o la evidencia de células tumorales en el margen quirúrgico. Se recomienda histerectomía extrafascial para mujeres que recién terminan de tener hijos o son de edad avanzada(6).

Etapa IA2: se llevará a cabo tanto una linfadenectomía pélvica y como una histerectomía radical tipo B. En caso de que la paciente desea fertilidad se opta por 2 opciones: la traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica por vía abdominal, vaginal o por la conización cervical con linfadenectomía pélvica(6)

Seguimiento postratamiento: es recomendable que se realice las pruebas de PAP cada 3 meses por 2 años y después cada 6 meses en los siguientes 3 años(6)

2. Cáncer de cérvix invasivo: Estadios IB1, IB2, IIA1

Estadio IB1: cuando cumple con los criterios de bajo riesgo (invasión del estroma cervical < 50% y en estudios por imágenes no hay evidencia de ganglios linfáticos sospechosos) el manejo adecuado será histerectomía radical tipo C pero debido a la elevada frecuencia con que se afectan los ganglios linfáticos se le considera siempre a la linfadenectomía pélvica (6).

Estadio IB2 y IIA1: el manejo adecuado es la unión de la radioterapia – quimioterapia y braquiterapia. Resaltando los beneficios del manejo quirúrgico son: con los hallazgos histopatológicos se podrá determinar la etapa postoperatoria, existe la posibilidad de tratar cánceres que posiblemente sean resistentes a la radioterapia y por último se podría llegar a conservar la función del ovario (6).

Estadio IB2 y IIA2: el manejo preferido suele ser quimiorradiación basada en platino, aunque el manejo va estar relacionado con la disponibilidad de recursos y factores asociados al tumor y al paciente (6).

Estadio IVA o recurrente: se suele recomendar exenteración pélvica aunque suele tener mal pronóstico (6).

Radioterapia

Esta indicado en estadios iniciales (IB1, IIA) donde hubo contraindicación quirúrgica formal, en estadios iniciales que recibieron manejo quirúrgico, pero hay la presencia de factores pronósticos histológicos desfavorables (con riesgo intermedio y riesgo alto), en estadios iniciales locales donde hay evidencia de afectación ganglionar en la estadificación previa a la cirugía radical y por ultimo en estadios avanzados (IB2, IIA>4CM, III y IVA) (7).

Quimioterapia

Tratamiento empleado en estadios iniciales (IB-IIA) que tiene criterios de elevado riesgo de recidiva posquirúrgico (se administra quimioterapia que presente cisplatino) y también se usa en la enfermedad localmente avanzada (IIB-IVA). El empleo conjunto de radioterapia y quimioterapia demuestra una mejora en la supervivencia de hasta el 50% a comparación de la radioterapia por si sola (7).

2.3. TERMINOS BASICOS:

- 1- **Cáncer de cérvix:** Se define como la alteración de la zona de transición del epitelio del cérvix por causa de la infección persistente del VPH (19)
- 2- **Test de PAP:** Test que valora una probable lesión histológica subyacente a través del estudio de células aisladas (7).
- 3- **Estudio histológico:** Se estudia un fragmento de tejido completo el cual se obtiene a través de una biopsia (7).
- 4- **Histerectomía:** Es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del útero, hay tres tipos: Histerectomía radical, total y subtotal. (7).
- 5- **Histerectomía radical:** Es una extracción quirúrgica del útero incluyendo el cérvix, la parte superior del fondo vaginal y el tejido paracervical (7).
- 6- **Traquelectomía:** Es una extracción quirúrgica del cérvix por debajo de la arteria uterina 2 tipos la simple y la radical (7).
- 7- **Radioterapia:** Es el procedimiento que emplea rayos X u otras partículas para la eliminación de células cancerosas (33).
- 8- **Quimioterapia:** Es el procedimiento que emplea diversos fármacos para la destrucción de células cancerosas, para evitar el crecimiento, división y multiplicación de dichas células (34)

CAPITULO III: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES

- Variable independiente: Cáncer de cérvix.
- Variable dependiente:
 - Características clínicas.
 - Características epidemiológicas.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
Características Clínicas	Es el encuadre del conjunto de síntomas y signos que un paciente manifiesta, con base a una clasificación, diagnóstico y/o a una nosología específica.	Síntomas iniciales	Indicios relatados por la paciente	Ficha de recolección	Cualitativa	Sangrado vaginal anómalo (irregular/abundante) Sangrado poscoital Flujo vaginal (acuoso, mucoso, purulento, maloliente)

VARIABLE DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
Características Epidemiológicas	Ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlo	Edad	Expresada en años	Ficha de recolección	Cuantitativa	Años
		Estado civil	Situación jurídica con relación a su familia y vida personal	Ficha de recolección	Cualitativa	Soltera Casada Viuda Divorciada
		Lugar de procedencia	Lugar donde procede la paciente	Ficha de recolección	Cualitativa	Lugar de procedencia
		Escolaridad	Nivel de estudios de la paciente	Ficha de recolección	Cualitativa	Primaria Secundaria Universitario Técnico Ninguno
		Número de hijos	Numero de nacidos vivos	Ficha de recolección	Cuantitativa	Nº de nacidos vivos
		Edad de su primera relación sexual	Expresada en años	Ficha de recolección	Cuantitativa	Años
		Parejas sexuales	Número de individuos que tuvo relaciones sexuales	Ficha de recolección	Cuantitativa	Nº de parejas sexuales
		Antecedente de ITS	Infección previa transmitida por relaciones sexuales	Ficha de recolección	Cualitativa	Enf.pelvica inflamatoria Herpes genital VIH
		Antecedente de neoplasia cervical	Registro de neoplasia previa	Ficha de recolección	Cualitativa	Cáncer cervical
		Tabaquismo	Antecedente de consumo de cigarrillos	Ficha de recolección	Cualitativa	Si No
		Uso de ACO	Empleo de algún método anticonceptivo	Ficha de recolección	Cuantitativa	Si (Tipo de método) No

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
Cáncer de cérvix	Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH), estos, se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas.	Estadificación	Estadio determinado según resultados de examen físico, biopsia, estudios por imágenes	Ficha de recolección	Cualitativa	I (IA, IB) II (IIA, IIB) III (IIIA, IIIB, IIIC) IV(IVA, IVB)
		Tipo histológico	Resultado obtenido según biopsia	Ficha de recolección	Cualitativa	Carcinoma de células escamosas Adenocarcinoma Carcinoma adenoescamoso Otros

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. MATERIAL Y METODOS

TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION

El presente estudio tiene las siguientes características:

1. Observacional: Es observacional de acuerdo con la intervención del investigador, ya que no hay manipulación de variables.
2. Descriptivo: según el objetivo de la investigación buscamos describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cáncer de cérvix.
3. Retrospectivo: el estudio es retrospectivo de acuerdo al tiempo en el que ocurren los hechos ya que los hechos a investigar pertenecen al pasado.
4. Transversal: porque la recogida de la información y la evaluación de las variables se realizan en un periodo de tiempo concreto y determinado, sin hacer seguimiento o medir la mejora.

TECNICAS DE MUESTREO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Población y muestra

1. Población

Por las características de la investigación la población estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de cérvix.

2. Muestra

El tipo de muestreo es tipo censal, es decir se tomó toda la población y no fue necesario calcular tamaño muestral, de los cuales solo 40 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix.
2. Historia clínica del Hospital Regional Docente de Cajamarca que proporcione datos para el estudio

Criterios de exclusión

1. Pacientes sin diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix.

Diseño de investigación: No experimental

FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica empleada para la recolección de datos fue la técnica de revisión documental, cuya fuente fue el archivo de historias clínicas del HRDC.

La ficha CaCut, fue el instrumento de recolección de datos, estando constituido con datos de todas las variables. (Ver Anexo 5)

La validación de la ficha de recolección se hizo utilizando el test de validación de juicio de expertos la cual presenta indicadores como claridad, pertinencia, coherencia, entre otros. Los expertos fueron 3 Médicos especialistas en Gineco- Obstetricia quienes revisaron cada ítem y lo clasificaron como deficiente, regular y bueno, Finalmente se calculó el coeficiente de validez y se tomó en cuenta las sugerencias de dichos expertos. (Ver Anexo 6)

TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

- La recolección de la información para la investigación se tabuló en el Microsoft Excel 2016, en el cual se calculó medidas de tendencia central de cada variable de estudio, desde los datos epidemiológicos hasta los clínicos.

CAPITULO V: RESULTADOS

TABLA 1. Características sociodemográficas de las pacientes con CCU

Variable	n	%
Edad (años)		
23 - 33	11	33,3
33 - 43	12	36,4
43 - 53	6	18,2
53 - 63	2	6,04
63 - 73	1	3,03
73 - 83	1	3,03
Edad mínima	23	
Edad máxima	83	
Edad media	31	
Estado civil		
Soltera	6	18
Casada	1	3
Conviviente	23	73
Divorciada	2	6
Grado de instrucción		
Analfabeta	5	15,2
Primera	13	39,4
Secundaria	11	33,3
Superior	4	12,1
Ocupación		
Ama de casa	30	90,9
Estudiante	1	3,03
Docente	1	3,03
Cosmetóloga	1	3,03
Procedencia		
Cajamarca	19	57,5
San Marcos	1	3,03
Cajabamba	2	6,06
Celendín	2	6,06
Cutervo	1	3,03
Encañada	2	6,06
San Pablo	1	3,03
Chilate	1	3,03
Otuzco	2	6,06
Bambamarca	2	6,06

Fuente: Ficha de recolección de datos CaCut

TABLA 2. Características gineco-obstétricas de las pacientes con CCU

Variable	n	%
Paridad		
Nulípara	2	6
Primípara	1	21,2
Segundípara	11	33,3
Multípara	13	39,4
IRS		
14 - 15	1	12,5
15 - 16	0	0
16 - 17	3	37,5
17 - 18	0	0
18 - 19	2	25
19 - 20	0	0
20 - 21	1	12,5
21 - 22	1	12,5
Sin datos	25	
Edad mínima	14	
Edad máxima	22	
Edad media	17	
N.º Parejas sexuales		
1	13	39,4
2	17	51,5
3	2	6,06
4	1	3,03

Fuente: Ficha de recolección de datos CaCut

TABLA 3. Antecedentes epidemiológicos de las pacientes con CCU

Variable	n	%
Antecedente familiar de CCU		
Si	1	3
No	32	96,9
Antecedente de ITS		
EPI	5	15
VIH	1	3
Sífilis	1	3
Ninguno	26	78,9
Uso de MAC		
SI	19	57,5
No	14	42,4
Método anticonceptivo		
Hormonal inyectable	12	63,1
Hormonal oral	3	15,7
Implante subdérmico	1	5,3
DIU	1	5,3
Barrera	1	5,3
BTB	1	5,3
Fuma		
Si	0	0
No	33	100

Fuente: Ficha de recolección de datos CaCut

TABLA 4. Distribución de la sintomatología de las pacientes con CCU

Variable	n	%
Sintomatología		
Asintomática	14	42
Sangrado vaginal anómalo	1	4
Sangrado vaginal anómalo y coitorragia	1	3
Sangrado vaginal anómalo y otro síntoma	2	6
Flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor y coitorragia	1	3
Flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor y otro síntoma	7	21
Flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor	4	12
Otro síntoma (dispareunia, dolor pélvico, dolor lumbar)	3	9

Fuente: Ficha de recolección de datos CaCut

TABLA 5. Hallazgos de biopsia y estadio de cáncer de cérvix de pacientes con cáncer de cérvix

Variable	n	%
Hallazgo de biopsia		
Displasia severa	3	9
Carcinoma in situ	25	76
Carcinoma epidermoide	5	15
Estadio del cáncer de cérvix		
IA	12	36
IA1	11	33
IIB	6	18
IIIB	4	12

Fuente: Ficha de recolección de datos CaCut

CAPITULO VI: DISCUSION

Este estudio fue llevado a cabo para determinar las características clínicas y epidemiológicas más relevantes que permitan la intervención oportuna antes de que se desarrolle el cáncer de cérvix. Se analizaron de manera retrospectiva los datos desde el año 2017 al 2022 del HRDC, el centro de referencia más importante de Cajamarca.

El tamaño de muestra está conformado por 33 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix, Al evaluar las características sociodemográficas se halló que la variable edad más frecuente oscila entre los 33 a 43 años contrario a los resultados del estudio de Celso (14) en Paraguay quien indicó el grupo de edad entre 15 a 19 y 20 a 24 años como el más frecuente de su estudio, así como también el estudio de Soto (15) en Cuzco quien hace referencia a mujeres entre 50 a 56 años. El riesgo de padecer cáncer se relaciona con la edad avanzada, ya que se estima que más del 20% de los casos son diagnosticados en mujeres mayores de 65 años (18).

Por otro lado, se registró a las mujeres convivientes con mayor frecuencia de padecer cáncer, concordando con los estudios de Ica y Paraguay (12,14)

La frecuencia de cáncer de cérvix también es mayor en mujeres con grado de instrucción primaria y amas de casa igual a los resultados del estudio de Marcela (13) en Colombia, sin embargo, el grado de instrucción se discrepa en 2 estudios realizados en Uruguay e Ica (11,12) siendo con mayor frecuencia las de instrucción secundaria.

El cáncer de cérvix se presenta en nuestra serie de casos con más frecuencia en las multíparas como también registro el estudio de Celso (14) en Paraguay, sin embargo, en los estudios de Cuba y Cuzco (10,15) se halló el rol de la secundiparidad como factor de riesgo para la aparición del cáncer de cérvix.

En cuanto al inicio de relaciones sexuales que se relaciona con el cáncer de cérvix ocurre dentro de los 16 a 17 años, pero hay que tener en cuenta que solo tenemos estos datos de 8 pacientes, del resto se desconoce y con respecto al número de parejas sexuales es 2 el más frecuente,

según el estudio de Soto (15) en Cuzco el IRS es a partir de los 14 años.

Con respecto a los antecedentes familiares de cáncer de CU el 97% no registran dicho antecedente, Y el antecedente de ITS solo 15% se registró con algún episodio de EPI, siendo este el segundo lugar ya que 78,9% no se halló ninguna ITS, contrariamente al estudio de Guillermo (10) en Cuba quien mostro que la infección por Trichomona es el antecedente más relevante para la aparición del cáncer de cérvix.

Nuestro estudio describe la relación que existe entre el cáncer de cérvix y el empleo de métodos anticonceptivos encontrándose que el 57,5% de las pacientes si empleaban, siendo el más frecuente el hormonal inyectable; concordando con los estudios de Cuzco y Paraguay (14,15).

El consumo de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix y disminuye cuando se suspende (RR uso >4 años vs nunca uso 1:90) (23)

La mayoría de los pacientes no mostraron relación entre el tabaquismo y el riesgo de provocar cáncer de cérvix al igual que el estudio de Jorge (12) en Ica. A pesar de que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo frecuentes en provocar carcinoma de células escamosas (24).

El cuadro clínico de nuestra población con cáncer de cérvix mantuvo una presentación subaguda más frecuente y se determinó el siguiente orden de frecuencia: asintomático, flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor y dolor pélvico, discordando en el orden el estudio de Jorge (12) en Ica siendo el siguiente orden: sangrado post coital, hemorragia vaginal y dolor pélvico.

En cuanto a anatomía patológica de cérvix en nuestro estudio, el carcinoma in situ ocupa el primer lugar y posteriormente el carcinoma epidermoide; en discordancia con el estudio de Jorge (12) en Ica siendo el carcinoma invasivo el mas frecuente en su población estudiada.

Además, se registra el estadiaje de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, siendo el más frecuente el IA, a comparación del estudio de Arango (8) en Colombia quien considero que el estadio temprano es más frecuente seguido del estadio avanzado.

Los reportes de casos con cáncer de cérvix que elabora la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Cajamarca no detallan el lugar de procedencia de las pacientes; siendo en nuestra población estudiada el distrito de Cajamarca.

Una de las limitaciones del estudio fue encontrar datos precisos del inicio de relaciones sexuales. Este dato fue muy difícil de obtener con las historias clínicas incompleta

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

- Las características epidemiológicas de las mujeres con cáncer de cérvix son: edad más frecuente entre 23 a 33 y 33 a 43 años, conviviente, grado de instrucción primaria, ama de casa, procedencia de Cajamarca, segundípara, inicio de relaciones sexuales entre 17-19 años, con dos parejas sexuales, ningún antecedente familiar con cáncer de cérvix e ITS, empleo de método anticonceptivo, hormonal inyectable y nadie fuma,
- Las características clínicas más frecuentes son; asintomática, flujo vaginal blanquecino, verdoso, sanguinolento s/c mal olor, dolor lumbar y sangrado vaginal irregular.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

- Instaurar más centros de prevención contra el cáncer de cérvix, orientándoles acerca de sus factores de riesgo
- Promover campañas de tamizaje contra el cáncer de cérvix así como la vacunación de población en riesgo y aquellas con antecedente de cáncer de cérvix.
- Realizar un nuevo de historia clínica gineco-obstétrica orientada a los factores de riesgo para un probable problema oncológico.
- Realizar más estudios tanto en MINSA y ESSALUD para evaluar la prevalencia e incidencia a lo largo de estos años.

CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Estadísticas del cáncer, 2023. *CA Cancer J Clin* 2023; 73:17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36633525/>
2. Rivas A. Perú reporta aumento de casos de cáncer de cuello uterino [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2022 [citado el 23 de marzo de 2023]. Available from: <https://www.cmp.org.pe/peru-reporta-aumento-de-casos-de-cancer-de-cuello-uterino/>
3. Estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino [Internet]. Cancer.org. [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>
4. DiSaia PJ, Creasman WT. Cáncer cervicouterino invasivo. En: *Clinical Gynecologic Oncology*, 7.^a ed., Mosby Elsevier, Filadelfia 2007. p.55.
5. Arévalo B. AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ. El cancer de cuello uterino. *Rev médica - Col Méd Paz* [Internet]. 2017 [citado el 23 de marzo de 2023];23(2):45–56 Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009
6. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2021;155 Suppl 1(S1):28–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13865>
7. Manual CTO Medicina y Cirugía 11a Edición [Internet]. Grupo CTO Colombia.
8. Arango Arango MDP. Tendencias temporales del cáncer de cuello uterino invasivo en mujeres entre 20 y 39 años en Manizales, Colombia. 2003-2018. *Rev médica Risaralda* [Internet]. 2021 [citado el 23 de marzo de 2023];27(1):21–7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100021
9. Osorio-Castaño JH, Pérez-Villa M, Montoya-Zapata CP, Cardona-Restrepo FA. Características citológicas previas al diagnóstico de cáncer de cérvix en mujeres de Medellín (Colombia). *Univ Salud* [Internet]. 2020 [citado el 23 de marzo de 2023];22(3):231–7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000300231

10. Pérez Sanjuán P, Rosales Luis Y, Fernández Peña I, Sánchez Pérez E. Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. CCH Correo cient Holguín [Internet]. 2019 [citado el 23 de marzo de 2023];23(4):1242–53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401242
11. Rodríguez G, García L, Beracochea A, Alonso R, Caserta B, Pérez N, et al. Tamizaje del cáncer de cuello uterino con test de HVP. Primeros resultados en el sistema público de Uruguay. Rev Med Urug (Montev) [Internet]. 2019 [citado el 23 de marzo de 2023];35(4):52–90. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902019000400052
12. Ybaseta-Medina J, Paccori-Rodrigo F, Vilca-Yange A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Revista Médica Panacea [Internet]. 2019 [citado el 23 de marzo de 2023];4(3). Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/2225-6989_dd5a046039c6f7fefe67c464eead09a6
13. Arrivillaga M, Malfi Ruiz D, Medina M. Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2019 [citado el 23 de marzo de 2023];18(37):1–20. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20\(2019-II\)/54561490009/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20(2019-II)/54561490009/)
14. Velázquez C, Kawabata A, Ríos-González CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. Rev salud pública Parag [Internet]. 2018 [citado el 23 de marzo de 2023];[P15-P20]. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-980457>
15. Bringas S, Isabel R. Características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes del Hospital Regional del Cusco - 2014-2018. 2019 [citado el 23 de marzo de 2023]; Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_93a9ef3d932729b194afc8ab2a792097/Description
16. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet [Internet]. 2007 [citado el 23 de marzo de 2023];370(9590):890–907. Disponible en:

- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61416-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61416-0/fulltext)
17. Datos estadísticos sobre el cáncer de SEER: Cáncer de cuello uterino. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>
 18. Schiffman M, Castillo PE, Jeronimo J, et al. Virus del papiloma humano y cáncer cervical. *Lanceta* 2007; 370:890. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826171/>
 19. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. Papel de la paridad y el virus del papiloma humano en el cáncer de cuello uterino: el estudio multicéntrico de casos y controles de la IARC. *Lanceta* 2002; 359:1093. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11943256/>
 20. Colaboración Internacional de Estudios Epidemiológicos de Cáncer Cervical. Comparación de factores de riesgo para el carcinoma de células escamosas invasivo y el adenocarcinoma de cuello uterino: reanálisis colaborativo de datos individuales de 8097 mujeres con carcinoma de células escamosas y 1374 mujeres con adenocarcinoma de 12 estudios epidemiológicos. *Int J Cáncer* 2007; 120:885. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17131323/>
 21. Díez J, Moreno J, Burgos J, Ortiz R, Romero A, Rodríguez F, et al. Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). *Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]*. 2006 [citado el 23 de marzo de 2023];33(2):42–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-epidemiologia-diagnostico-tratamiento-neoplasia-vulvar-13085710>
 22. Yoo W, Kim S, Huh WK, et al. Tendencias recientes en las disparidades raciales y regionales en la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos. *PLoS Uno* 2017; 12:e0172548. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28234949/>
 23. Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. Área Variaciones socioeconómicas en la incidencia del cáncer en EE. UU., 1975-1999. Instituto Nacional del Cáncer; Bethesda, MD 2003. De uptodate el 30 o Yu L, Sabatino SA, Blanco MC. Disparidades rural-urbanas y raciales/étnicas en la incidencia del cáncer de cuello uterino invasivo en los Estados Unidos, 2010-2014. *Prev Enfermedad Crónica* 2019; 16:E70.J
 24. Colaboración internacional de estudios epidemiológicos del cáncer de cuello uterino, Appleby P, Beral V, et al. Cáncer de cuello uterino y anticonceptivos hormonales:

- reanálisis colaborativo de datos individuales de 16 573 mujeres con cáncer de cuello uterino y 35 509 mujeres sin cáncer de cuello uterino de 24 estudios epidemiológicos. *Lanceta* 2007; 370:1609. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17993361/>
25. Colaboración internacional de estudios epidemiológicos del cáncer de cuello uterino, Appleby P, Beral V, et al. Carcinoma de cuello uterino y tabaquismo: reanálisis colaborativo de datos individuales de 13 541 mujeres con carcinoma de cuello uterino y 23 017 mujeres sin carcinoma de cuello uterino de 23 estudios epidemiológicos. *Int J Cancer* 2006; 118:1481. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16206285/>
 26. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, et al. Circuncisión masculina, infección por el virus del papiloma humano del pene y cáncer de cuello uterino en parejas femeninas. *N Engl J Med* 2002; 346:1105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11948269/>
 27. Schiffman M, Castillo PE, Jeronimo J, et al. Virus del papiloma humano y cáncer cervical. *Lanceta* 2007; 370:890.
 28. Grupo de redacción del panel de recursos educativos de la Sociedad de Oncólogos Ginecológicos, Collins Y, Einstein MH, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino en la era de las vacunas profilácticas: una vista previa para oncólogos ginecólogos. *Gynecol Oncol* 2006; 102:552. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16979432/>
 29. Consejo Editorial de la Clasificación de Tumores de la OMS. Tumores genitales femeninos. Lyon (Francia): Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2020. (Serie de clasificación de tumores de la OMS, 5.^a ed.; vol. 4). Available from: <https://publicaciones.iarc.fr/592>.
 30. Li N, Franceschi S, Howell-Jones R, et al. Distribución del tipo de virus del papiloma humano en 30.848 cánceres de cuello uterino invasivos en todo el mundo: variación por región geográfica, tipo histológico y año de publicación. *Int J Cancer* 2011; 128:927. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20473886/>
 31. Arévalo B. AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Rev médica - Col Méd Paz* [Internet]. 2017 [citado el 23 de marzo de 2023];23(2):45–56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009
 32. Heller PB, Maletano JH, Bundy BN, Barnhill DR, Okagaki T. Clinical-pathologic

study of stage IIB, III, and IVA carcinoma of the cervix: extended diagnostic evaluation for paraaortic node metastasis--a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1990;38(3):425–30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/009082589090085Y>

33. ¿Qué es la radioterapia? [Internet]. Cancer.net. 2012 [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/radioterapia/qu%C3%A9-es-la-radioterapia>
34. ¿Qué es la quimioterapia? [Internet]. Cancer.net. 2012 [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia>

CAPITULO X: ANEXOS

ANEXO 01

Título: Características clínico y epidemiológicas del cáncer de cervix en el Hospital Regional de Cajamarca 2017-2022

Formulación del Problema	Objetivos		Técnicas e Instrumentos	
<p>¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del cáncer de cervix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero de 2017 – diciembre 2022?</p>	<p>Objetivo general: Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con cáncer de cervix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero de 2017 - diciembre 2022.</p>		<p>Técnicas: Técnica de muestreo: muestreo censal. Técnica de recolección de datos: revisión documental Técnica de procesamiento de la información y análisis de datos: a través del programa Microsoft Excel 2016 y tablas de frecuencia</p> <p>Instrumentos: Fichas de recolección de datos - CaCut Programa Microsoft Excel 2016 Tablas de frecuencia</p>	
	<p>Objetivos específicos: Describir las características epidemiológicas en pacientes con cáncer de cervix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2017 a 2022 Determinar las características clínicas en pacientes con cáncer cervix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2017 a 2022</p>			
	<p>Hipótesis La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, por lo que la hipótesis se considera implícita.</p>			
Tipo y diseño de la Investigación	Población y muestra		Variables y dimensiones	
<p>Investigación no experimental transversal, descriptiva y retrospectiva. Diseño no experimental transversal.</p>	Población:	Muestra	Variable 1	Dimensiones
	<p>Personas con cáncer de cervix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017-2022</p>	<p>Se incluirá a toda la población</p>	<p>Cáncer de cervix</p>	<p>Pacientes diagnosticados con cáncer de cervix</p>
			Variable 2	Dimensiones
		<p>Carac. clínico y epidemiológicos del cáncer de cervix</p>	<p>Carac. clínicas de las pacientes con cáncer de cervix Carac. epidemiológicas de las pacientes con cáncer de cervix</p>	

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS – CaCut

Juliza Hoyos Carera

FICHA CACUT CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL CANCER DE CERVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

• ID: _____

• HC: _____

FACTORES EPIDEMIOLOGICAS

1.- Edad

2. Estado civil

4.- Ocupación

3.- Grado de instrucción

- Primaria
 Secundaria
 Universitario
 Tecnico
 Ninguno

5.-Tabaquismo Si

No

6.- Ciudad de procedencia

FACTORES GINECO-OBSTETRICAS

1.- Inicio de relaciones sexuales

2.- N° de parejas sexuales

3.- Uso de anticonceptivos Si No

*Si es si : ¿Qué método uso?: _____

4.- N° de Partos

*Solo nacidos vivos

5.- Antecedente de ITS

	EPI	Herpes genital	VIH	Otro	Ninguno
ITS	<input type="radio"/>				

6.- Antecedente de neoplasia vulvar o vaginal Si No

CANCER DE CERVIX

1.- Sintomas iniciales

*Puede marcar mas de uno

- Sangrado vaginal anómalo (irregular/abundante)
 Sangrado poscoital
 Flujo vaginal (acuoso, mucoso, purulento, maloliente)
 Otro. Especifique: _____

7.- Resultado según biopsia

	Carcinoma de células escamosas	Adenocarcinoma	Carcinoma adenoescamoso	Otro
Resultado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Estadio del cáncer de cervix

	I	II	III	IV
Estadio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3: VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

1.- Datos generales

Apellidos y nombres del validador: VÁSQUEZ CHUCUILÍN HUGO RATION

Cargo y lugar donde labora: HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Título de la investigación: "CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL CANCER DE CERVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017- 2022"

Autor del instrumento: Juliza Hoyos Cabrera

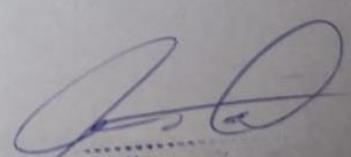
2.- Validación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
Objetividad	Se puede observar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80%	<input type="checkbox"/>
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y actualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
Organización	Organizado logicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
Suficiencia	En cantidad y calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
Intencionalidad	Valora aspectos estrategicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80%	<input type="checkbox"/>
Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
Coherencia	Entre los índices, indicadores y las dimensiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
Metodología	Responde la estrategia al propósito del estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80%	<input type="checkbox"/>
Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
PROMEDIO DE VALIDACION		<input type="checkbox"/>				

3.- Promedio de la valoración:

El instrumento puede ser aplicado tal y como esta elaborado

El instrumento puede ser mejorado antes de ser aplicado



Hugo Vasquez
MEDICO CIRUJANO G.
ESPEC GINECO-OBST. RNE

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

1.- Datos generales

Apellidos y nombres del validador:

Ayala Yauri Magallani Josmidh

Cargo y lugar donde labora:

Medico Ginecología obstétrica
Hospital Simón Bolívar

Título de la investigación:

"CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL CANCER DE CERVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017- 2022"

Autor del instrumento:

Juliza Hoyos Cabrera

2.- Validación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				80	
Objetividad	Se puede observar				61	
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y actualidad			60		
Organización	Organizado logicamente					81
Suficiencia	En cantidad y calidad					90
Intencionalidad	Valora aspectos estrategicos					90
Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos					90
Coherencia	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				80	
Metodología	Responde la estrategia al propósito del estudio					90
Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación				80	
PROMEDIO DE VALIDACION					80	

3.- Promedio de la valoración:

El instrumento puede ser aplicado tal y como esta elaborado

El instrumento puede ser mejorado antes de ser aplicado

Se sugiere valorar el uso de variable Procedencia (usa) o usara-

Mc. Marythel Ayala Yauri
ESP. EN GINECOLOGIA Y OSTETRICA
C.M.P. N° 73871 - RNE: 43980

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

1.- Datos generales

Apellidos y nombres del validador:

Sánchez Gutiérrez Deisy Katherine

Cargo y lugar donde labora:

Ginecóloga - obstetra del Hospital
II-E Simón - Bolívar

Título de la investigación:

"CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL CANCER
DE CERVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA,
2017- 2022"

Autor del instrumento:

Juliza Hoyos Cabrera

2.- Validación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado					89%
Objetividad	Se puede observar					95%
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y actualidad				80%	
Organización	Organizado lógicamente					100%
Suficiencia	En cantidad y calidad					90%
Intencionalidad	Valora aspectos estratégicos					95%
Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos					98%
Coherencia	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					95%
Metodología	Responde la estrategia al propósito del estudio					98%
Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					98%
PROMEDIO DE VALIDACION						

3.- Promedio de la valoración:

El instrumento puede ser aplicado tal y como esta elaborado

El instrumento puede ser mejorado antes de ser aplicado

Deisy K. Sánchez Gutiérrez
Deisy K. Sánchez Gutiérrez
MÉDICO ESPECIALISTA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
C.M.P. 078396 - R.N.E. 043716

Coefficiente de Validez

1	Deficiente (D)	Si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador
2	Regular (R)	Si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador
3	Bueno (B)	Si mas del 70% de los ítems cumplen con el indicador

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{D+R+B}{30}$$

	Deisy Sanchez Gutierrez	Hugo Vasquez Chuquilin	Marylkini Ayala Yauri
<i>Claridad</i>	3	3	3
<i>Objetividad</i>	3	3	2
<i>Actualidad</i>	3	3	2
<i>Organización</i>	3	3	3
<i>Suficiencia</i>	3	3	3
<i>Intencionalidad</i>	3	3	3
<i>Consistencia</i>	3	3	3
<i>Coherencia</i>	3	3	3
<i>Metodología</i>	3	3	3
<i>Pertinencia</i>	3	3	3
Sumatoria	30	30	28
Coeficiente de Validez	1	1	0.93

$$\text{Promedio de Coeficientes} = \frac{1+1+0.93}{3} = 0.97$$

Coeficiente	Confiabilidad calificación
0.60 – 0.65	13
0.66 – 0.71	14
0.72 – 0.77	15
0.78 – 0.83	16
0.84 – 0.89	17
0.90 – 0.95	18
0.96 – 0.99	19
1	20

Coeficientes	Validez
1	Excelente
0.89 a 0.99	Muy Bueno
0.78 a 0.88	Bueno
0.67 a 0.77	Aplicable
0.56 a 0.66	Insuficiente
0.45 a 0.55	Deficiente

ANEXO 04

Tabla N°1: Virus del papiloma humano: tipos de alto y bajo riesgo de causar cáncer de cuello uterino

Tipos de alto riesgo (oncogénicos o asociados al cáncer)
Tipos comunes: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69, 82
Tipos de bajo riesgo (no oncogénicos)
Tipos comunes: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81

Tabla N°2: Estadificación FIGO del cáncer de cuello uterino (2018)

Escenario	Descripción
I	El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino (debe descartarse la extensión al cuerpo uterino)
IA	Carcinoma invasivo que puede diagnosticarse solo por microscopía, con una profundidad máxima de invasión ≤ 5 mm ^a
IA1	Invasión estromal medida ≤ 3 mm de profundidad
IA2	Invasión estromal medida >3 y ≤ 5 mm de profundidad
IB	Carcinoma invasivo con invasión más profunda medida >5 mm (mayor que en estadio IA); lesión limitada al cuello uterino con tamaño medido por el diámetro máximo del tumor ^b
IB1	Carcinoma invasivo >5 mm de profundidad de invasión estromal y ≤ 2 cm en su mayor dimensión
IB2	Carcinoma invasivo >2 y ≤ 4 cm en su mayor dimensión
IB3	Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión
Yo	El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica.
IIA	Compromiso limitado a los dos tercios superiores de la vagina sin compromiso parametrial
IIA1	Carcinoma invasivo ≤ 4 cm en su mayor dimensión
IIA2	Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión

tercero	El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos.
IIIA	El carcinoma involucra el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
IIIB	Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcional (a menos que se sepa que se debe a otra causa)
IIIC	Compromiso de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos (incluidas las micrometástasis) ^c , independientemente del tamaño y la extensión del tumor (con anotaciones r y p) ^d
IIIC1	Solo metástasis en ganglios linfáticos pélvicos
IIIC2	Metástasis en ganglios linfáticos paraaórticos
IV	El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado (probado por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema ampoloso, como tal, no permite asignar un caso a la Etapa IV
IVA	Propagación del crecimiento a los órganos pélvicos adyacentes
IVB	Propagación a órganos distantes

^a Se pueden usar imágenes y patología, cuando estén disponibles, para complementar los hallazgos clínicos con respecto al tamaño y la extensión del tumor, en todas las etapas. Los hallazgos patológicos reemplazan los hallazgos clínicos y de imagen.

^b La afectación de espacios vasculares/linfáticos no debe modificar la estadificación. Ya no se considera la extensión lateral de la lesión.

^c Las células tumorales aisladas no cambian el estadio, pero se debe registrar su presencia.

^d Adición de la notación de r (imágenes) y p (patología) para indicar los hallazgos que se utilizan para asignar el caso al estadio IIIC. Por ejemplo, si las imágenes indican metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos, la asignación de estadio sería Estadio IIIC1r; si se confirma por hallazgos patológicos, sería Estadio IIIC1p. Siempre se debe documentar el tipo de modalidad de imagen o técnica de patología utilizada. En caso de duda, se debe asignar la puesta en escena más baja.

ANEXO 05

Tabla N°3: clasificación de la OMS de tumores genitales femeninos

Tumores epiteliales escamosos	Tumores glandulares	Tumores mixtos epiteliales y mesenquimales	Tumores de células germinales
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de células escamosas asociado al VPH • Carcinoma de células escamosas, independiente de VPH • Carcinoma de células escamosas SAI 	<ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma SAI • Adenocarcinoma asociado al VPH • Adenocarcinoma, independiente del VPH, tipo gástrico • Adenocarcinoma, independiente del VPH, tipo de células claras • Adenocarcinoma, independiente del VPH, tipo mesonéfrico • Adenocarcinoma, independiente de VPH, NOS • Adenocarcinoma endometriode SAI • Carcinosarcoma SAI • Carcinoma adenoescamoso • Carcinoma mucoepidermoide • Carcinoma basal adenoide • Carcinoma, indiferenciado, NOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Adenosarcoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor del seno endodérmico • Tumor del saco vitelino SAI • Coriocarcinoma SAI

VARIETADES HISTOLÓGICAS DEL CARCINOMA DEL CÉRVIX

R Bonfiglio T, Kurman R. Histological typing of female genital tract tumors
Segunda edición 1994 Berlin, Springer-Verlag.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (60-80 %)

Queratinizante
No queratinizante
Verrugoso
Condilomatoso
Papilar
Similar a linfopitelioma

ADENOCARCINOMA (15 %)

Mucinoso
De tipo endocervical
De tipo intestinal
Endometriode
De células claras
Seroso
Mesonéfrico

CARCINOMA ADENOESCAMOSO (10.4 %)

OTROS (1.4 %)

Carcinoma quístico adenoideo
Carcinoma basal adenoideo
Tumor carcinoide
Carcinoma indiferenciado
Leiomiomasarcoma
Adenosarcoma
Tumor mixto maligno de origen mülleriano
Melanoma maligno
Linfomas y leucemias
Tumores germinales
Carcinoma secundario por extensión directa o metástasis



ANEXO 08:

SOLICITO: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
PRESENTE.

YO, identificada con DNI N°....., alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, con domicilio legal en de la ciudad de Cajamarca, ante usted con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que debido a la realización del proyecto de Investigación denominado “CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL CANCER DE CERVIX EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017 – 2022” el que será sustentado en la tesis para obtener el Título de Médico Cirujano es indispensable contar con el libro de anatomopatológica y el archivo de historias clínicas del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 01 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2022. Por lo tanto, solicito a usted disponga a quien corresponda se me brinde las facilidades para realizar la revisión de dichas fuentes.

Por lo expuesto, pido a usted acceder a mi solicitud. Es justicia que espero alcanzar.
Cajamarca, 01 de enero de 2023.

.....

DNI N°