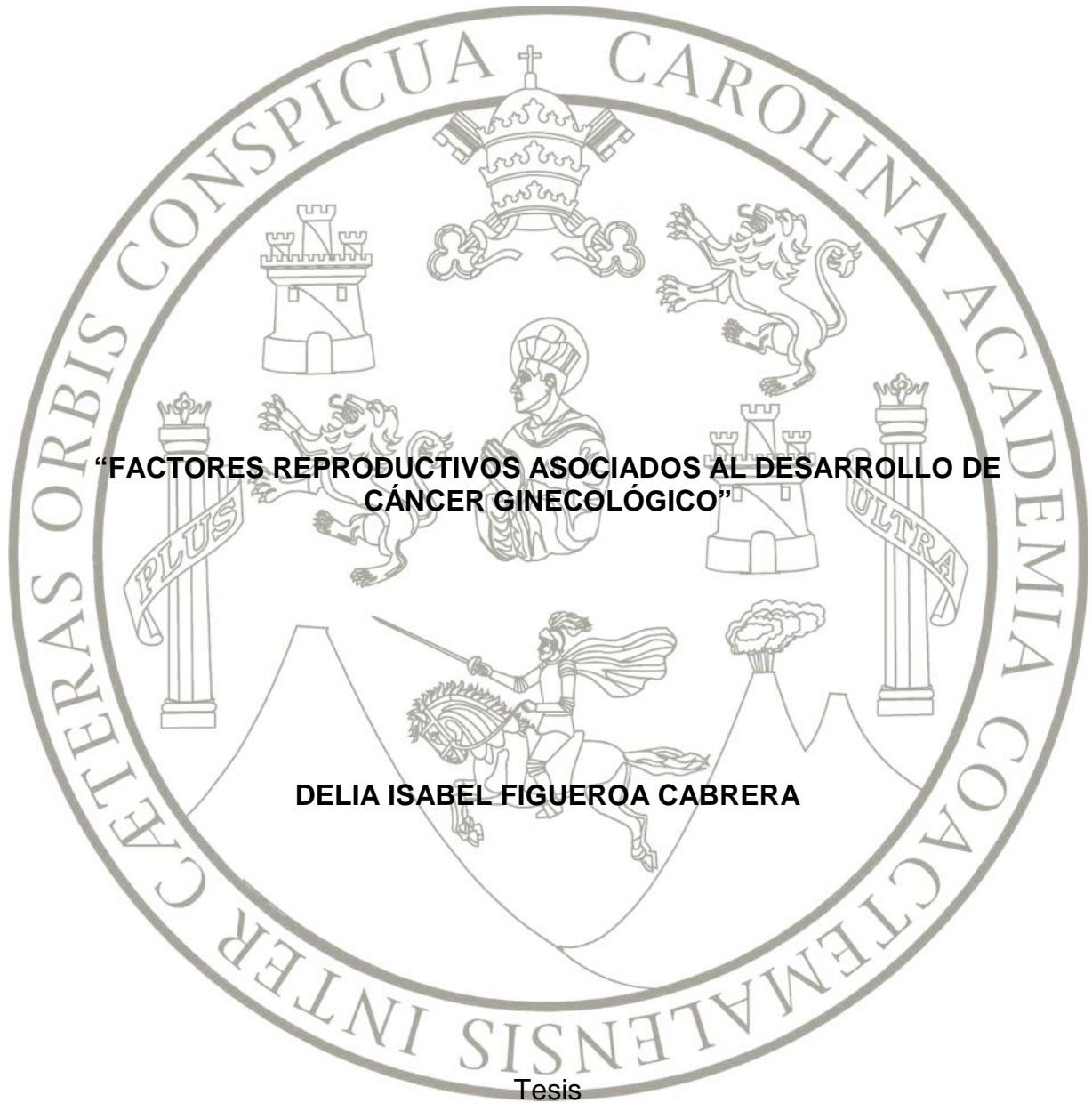


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“FACTORES REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE
CÁNCER GINECOLÓGICO”**

DELIA ISABEL FIGUEROA CABRERA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia

Julio 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Delia Isabel Figueroa Cabrera

Carné Universitario No.: 100019997

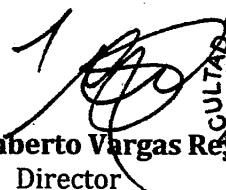
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Factores reproductivos asociados al desarrollo de cáncer ginecológico"**


Que fue asesorado: Dr. Edgar Anibal Arias Álvarez

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2014.

Guatemala, 23 de junio de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala, 15 de Abril de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado **“FACTORES REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CÁNCER GINECOLÓGICO”** el cual corresponde al estudiante Delia Isabel Figueroa Cabrera de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc

REVISOR

Docente de Investigación
Hospital Roosevelt

Guatemala, 15 de Abril de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

“FACTORES REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CÁNCER GINECOLÓGICO”

Realizado por el estudiante Delia Isabel Figueroa Cabrera de la Maestría Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Edgar Anibal Arias A.
Ginecólogo y Obstetra
Col. 12,121

Dr. Edgar Anibal Arias Álvarez
Jefe de Servicio
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
ASESOR

INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	9
IV. MATERIALES Y METODOS	10
V. RESULTADOS	18
VI. DISCUSION Y ANALISIS	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
VIII. ANEXOS	37

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1	18
GRAFICA 2	18
GRAFICA 3	19
GRAFICA 4	19
GRAFICA 5	20
GRAFICA 6	20
GRAFICA 7	21
GRAFICA 8	21
GRAFICA 9	22
GRAFICA 10	22
GRAFICA 11	23
GRAFICA 12	23

RESUMEN

Factores reproductivos asociados al desarrollo de cáncer ginecológico.

Estudio analítico transversal con evaluación a posteriori de pacientes atendidas en el departamento de Ginecología de Hospital Roosevelt, Guatemala, enero 2006 a diciembre 2010.

Objetivo: Establecer la relación entre factores reproductivos y el desarrollo de cáncer ginecológico. **Metodología:** Estudio transversal analítico con evaluación a posteriori, que se llevó a cabo en 128 pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico, que acudieron al departamento de ginecología, en el periodo comprendido de enero 2006 a diciembre 2010, utilizando como instrumentos las boleta de recolección de datos realizada en base a características reproductivas. Se realizó la caracterización epidemiológica del grupo a estudio y posterior se estableció el riesgo relativo asociado con cada factor de riesgo estudiado.

Resultados: Se encontraron 101 casos de cáncer de cérvix, lo que corresponde a un 79%, ocupando el primer lugar de los cánceres ginecológicos estudiados, encima del cáncer de ovario (7%), cáncer de endometrio (9%) y de vagina (5%). Se encontró que la edad en la que hay mayor incidencia o diagnóstico de cáncer ginecológico es de 56 años en adelante con un 39%. Llama la atención que hasta un 88% es diagnosticado en estadio IIb o sobre este. Menarquia temprana en el cáncer de ovario tiene un OR de 17.73 y en el cáncer de endometrio OR: 10.125, para el uso de anticonceptivos solo fue evidente la relación con el cáncer vagina OR: 2.80, aumentando hasta dos veces su incidencia, para el cáncer de ovario y cáncer de endometrio OR: 0.23 y OR: 0.72, respectivamente. Menopausia tardía, aumento el riesgo cáncer de ovario y cáncer de endometrio con OR: 9.51 OR: 30.34, los antecedentes familiares de cáncer, para cáncer de ovario y de endometrio (OR: 11.43 y 2.34)

Conclusiones: Aumentan el riesgo de padecer cáncer de cérvix factores como inicio de vida sexual temprana y número de parejas sexuales mayor de 2. Disminuye el cáncer de endometrio y ovario en las pacientes que hicieron uso de anticonceptivos y aumenta en las que tuvieron menopausia tardía y menarquia precoz

TERMINOS CLAVES: Menarquia, menopausia, cáncer de cérvix, cáncer de ovario, cáncer de endometrio, factores de riesgo.

I. INTRODUCCION

En nuestro país no existen registros completos que nos permitan conocer el comportamiento epidemiológico del cáncer en la población en general, por lo cual la importancia del presente estudio, así identificar los casos de cáncer ginecológico y las correspondientes características epidemiológicas de los pacientes, lo cual servirá para identificar cuál es la población con mayor vulnerabilidad de presentar la enfermedad.

En el Hospital Roosevelt, departamento de Ginecología no se lleva un informe individual del Registro Hospitalario de Cáncer Ginecológico, por lo que se desconoce el comportamiento epidemiológico de esta patología. Por lo que este estudio pretende describir las principales características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de origen ginecológico.

Ya que a través de los datos epidemiológicos del cáncer ginecológico se puede concientizar a la población guatemalteca en general sobre la importancia de la prevención del mismo, y jugar parte en el establecimiento de medidas de prevención, control y tratamiento del cáncer, lo cual contribuirá a mejorar la salud de la mujer, y por supuesto, a disminuir los costos que la enfermedad conlleva.

II. ANTECEDENTES

2.1 GENERALIDADES

El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud. (1)

El cáncer ginecológico es la causa primordial de muerte en mujeres en el mundo (2), y continúan siendo un problema de salud importante a nivel mundial. Un problema mayor es que en países en desarrollo no se cuenta con estadísticas de salud y por lo mismo no es posible calcular la incidencia de los distintos tipos de cáncer. Mientras que en los países desarrollados en cáncer de endometrio fue reportado en muchos estudios como el tipo más común, con la mayoría de las pacientes en estados tardíos de la enfermedad. (3)

La edad y la paridad son factores que afectan la incidencia del cáncer ginecológico. El cáncer de endometrio ha sido reportado predominantemente como una enfermedad relacionada con la edad, mujeres postmenopáusicas, el pico de incidencia es a los 58 a 60 años, este ocurre después de los años reproductivos de la mujer, lo contrario el cáncer del cuello uterino es comúnmente visto en mujeres premenopáusicas. Mujeres con alta paridad tiene relativamente menos riesgo de desarrollar cáncer de endometrio, el embarazo además protege contra cáncer de ovario. En contraste con esto la multiparidad está en relación con el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. (3)

El rol de la exposición a los estrógenos sin oposición en la carcinogénesis endometrial está bien establecido. Cualquier factor que aumente la exposición al endometrio a estrógenos sin oposición como el tratamiento de reemplazo hormonal en la menopausia, la obesidad o ciclos menstruales irregulares tienden a aumentar el riesgo de la enfermedad, mientras que los factores de baja exposición a estrógenos o a niveles altos de progesterona como los anticonceptivos orales o fumar, disminuyen el riesgo. (1)

Los esfuerzos para reducir la incidencia y mortalidad deben extenderse y concentrarse en la prevención primaria o secundaria, para diagnosticar en sus estadios pre-invasivo, pre-clínico o pre-canceroso (3)

Si bien es cierto que la etiología del cáncer continúa evadiéndose, hay una acción que sobresale con claridad: la prevención secundaria para combatir tan terrible mal que con oportuno y correcto tratamiento llegan a curarse el 100%. (3)

El presente estudio se enfoca en conocer la incidencia del cáncer ginecológico y avanzar en el conocimiento de la epidemiología de la enfermedad en las pacientes atendidas en el Hospital Roosevelt, departamento de Ginecología durante los años 2005 a 2010, estableciendo la frecuencia de la exposición a diversos factores y los riesgos asociados a los mismos.

2.2 Cáncer de cuello uterino:

El carcinoma del cuello uterino se produce en todo el mundo; es más frecuente en las mujeres de los países subdesarrollados, con amplias variaciones entre las naciones y dentro de ellas. A nivel mundial el carcinoma del cuello uterino es la principal de causa de muerte de la mujer por cáncer; el 85 % se produce en las mujeres de las naciones subdesarrolladas que no utilizan la prevención secundaria. (1, 18)

Estas muertes pudieron haberse evitado si se hubiera realizado el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precursoras en forma oportuna y adecuada.

La selección correcta de la población en riesgo, la identificación de las probables portadoras de lesiones y el oportuno y adecuado tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer de cuello constituyen los objetivos centrales de los Programas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino.

El comportamiento biológico del cáncer de cuello uterino es bien conocido y su aparición se produce a partir de lesiones precancerosas perfectamente conocidas.

Desde su descripción inicial las displasias severas y el carcinoma in situ se consideraron como los verdaderos precursores del cáncer de cuello uterino (3,4).

En las últimas tres décadas la mortalidad del cáncer de cérvix ha ido en descenso. Sin embargo en algunos países la morbi mortalidad a aumentado en mujeres jóvenes y esto ha sido atribuido a los cambios en los hábitos sexuales de las generaciones mas jóvenes (4).

2.2.1 Factores de Riesgo:

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. (5)

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 (5, 19)

Según un estudio realizado en Uruguay en pacientes usuarias de los servicios del MSP de Montevideo y del interior desde agosto de 1995 a diciembre de 2002 se observa una asociación que resultó estadísticamente significativa entre el antecedente de virus del papiloma humano (HPV) y la presencia de citología patológica ya sea paracáncer o H-Sil ($p=0,001$, $OR=3,28$, $IC95\%: 2,55$). (6)

Se considera que en promedio deben de transcurrió 14 años para que una neo infección conduzca a las manifestaciones más primarias.

El número de parejas sexuales también tiene una relación directamente proporcionan entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas; esta relación se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al Virus del papiloma humano (5, 19, 24,25).

Según un estudio realizado en Extremadura, la promiscuidad sexual es otra variable que presenta asociación estadística con el cáncer de cuello de útero ($p < 0,001$). El 1,15% (49/4262) de la población estudiada manifiesta tener dos o más compañeros sexuales, siendo esta frecuencia del 4,19 % (7/167) en las pacientes con carcinoma. Igualmente en presencia de promiscuidad se eleva la prevalencia de la enfermedad al 14,28% (7/49) (7)

El inicio temprano de las relaciones sexuales, implica la aparición de múltiples compañeros sexuales con el consiguiente riesgo dado por estas, se ha demostrado también que en las jóvenes los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. El riesgo de lesión epitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos 2,4 veces mayor que cuando se tiene a los 21 años (5, 19, 24, 25).

Según estudio epidemiológico de casos y controles realizado en el municipio Cerro de Ciudad de La Habana, durante los años 1995 y 1996, El estudio muestra la asociación altamente significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y pertenecer al grupo de casos o de controles, el 85,1 % de los casos comenzaron las relaciones sexuales de forma precoz, siendo el riesgo 80 veces mayor en el grupo de 14 a 15 años. (8)

En relación con el número total de compañeros sexuales se apreció una media de 4 en los casos y de 2,4 en los controles, cuando es mayor el número aumenta el riesgo, y llega a ser 34,5 mayor en las que han tenido 5 o más. (8)

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. Este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón. Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene (5, 19).

El cáncer del cuello uterino es más frecuente en mujeres cuyos esposos tienen cáncer de pene, próstata o primeras esposas tenían cáncer de 8anuar uterino (1).

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 (5, 21, 22).

La edad en el primer parto tiene una media de 20 y 22 años para casos y controles, respectivamente. A menor edad en el primer parto aumenta de forma significativa el riesgo de padecer este cáncer (13 veces mayor en menores de 20 años). A mayor número de partos el riesgo aumenta 9,4 veces más en las mujeres con 5 o más partos. La media del total de partos en los casos fue 2,9 y en el grupo control 2,2. (8)

Con relación a la edad en que se presentó la menarca, la media encontrada es semejante, 13.46 en los casos y 13.14 en los controles.

Se observó un aumento de riesgo de CACU con la menarca tardía, de tal manera que el grupo de 17 a 24 años presentó una razón de momios estimada ajustada por edad y paridad de 3.22, ic al 95% 1.06-9.77 (9,20, 21).

2.3 Cáncer de Ovario

El cáncer de ovario representa el tercer tumor ginecológico en frecuencia. Presenta una elevada mortalidad debido al diagnóstico en estadios avanzados, ya que carece de un screening poblacional efectivo y en su presentación habitual su inicio es silente. (10)

Mientras que el rol de algunos factores de riesgo tales como la paridad, está bien definido, el rol de otros como la administración de gonadotropinas exógenas parece más controversial.

Dentro de los factores de riesgo generales de cáncer de ovario está la edad, ya que su incidencia aumenta a mayor edad. Además existe una predisposición familiar al cáncer de ovario que ha sido reconocido por largo tiempo pero fue hasta la década pasada que los factores genéticos para familias fueron definidos.

Dentro de los factores reproductivos asociado tenemos la paridad, el cual ha sido estudiado más que ningún otro factor, The Nurses Cohort study es un estudio importante de Estados Unidos que incluye 121700 mujeres estadounidenses que fueron estudiadas prospectivamente desde 1976, en este grupo el efecto de la paridad reducía el riesgo de cáncer de ovario; OR 84, IC 95% 0.77 -0.91 para cada embarazo. (11)

La nuliparidad y bajo número de paridad han sido consistentemente relacionadas con alto riesgo de cáncer de ovario. Muchos estudios sugieren que el embarazo per se reduce el riesgo de esta patología. De hecho muchos investigadores mostraron una asociación de la disminución del riesgo y los embarazos a término. Muchos investigadores han sugerido que la disminución en el riesgo de cáncer de ovario derivado de embarazos que no llegan a término no es diferente comparado con los embarazos que llegan a término. (4)

Otro factor importante es la protección ofrecida por los anticonceptivos orales combinados sobre el riesgo de cáncer de ovario, el cual es uno de los mejores establecidos y más importantes. La protección estimada es del 40% y la protección aumenta con la duración del uso de esto. Los efectos favorables de los ACOs sobre el cáncer de ovario parecen persistir hasta por 15 años después de que se han dejado de utilizar (4).

Los datos combinados muestran una fuerte tendencia en la disminución de riesgo de cáncer de ovario con el aumento en el número de paridad, duración de amamantamiento y duración del uso de ACOs.

Embarazos fallidos son también protectores pero menos que los embarazos a término. Hay una débil relación entre la edad de la menarca y cáncer de ovario, una aun no clara relación con la edad de la menopausia y una mayor reducción del riesgo con cada mes de embarazo que con cada mes de uso de ACOs. (12)

Factores de la dieta han sido implicados por muchos autores en el riesgo de cáncer de ovario (13) particularmente la galactosa y la grasa animal ha sido postulada como factor de riesgo mientras que una dieta alta en vegetales se sugiere que disminuye el riesgo. (13) cáncer de ovario. (11)

2.4 Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio (CE) es una de las neoplasias más frecuentes del aparato genital femenino y la de pronóstico más favorable (14)

El cáncer de endometrio es uno de las enfermedades malignas cuyos datos epidemiológicos han ofrecido importante y definitivas pistas de su etiología. El rol predominante de los estrógenos particularmente junto a un nivel reducido de progesterona en la carcinogénesis endometrial fue sugerida a finales de los 40s y aun no está claramente establecida. (4)

La teoría estrogénica establece que los esteroides endógenos tienen un rol en la patogénesis del CE. Durante la posmenopausia, aumentan los receptores endometriales específicos para el estradiol (E2), y en el ovario, cesa la producción estrogénica secretando sólo pequeñas cantidades de androstenediona que se suman a la ya producida por la glándula suprarrenal transformándose, a nivel de las células adiposas, por un proceso de aromatización, en estrona (E1). El peso corporal (por un mayor contingente de tejido adiposo) influencia la cuota de conversión de androstenediona E1. Por otra parte, a nivel hepático cierta cantidad de androstenediona se transforma en E2 y estriol (E3) y, de igual forma, una parte de E1, se convierte en E2. (14,16)

La edad promedio registrada se ubicó en 57,65 años con extremos entre 39 y 83 años. En 61,3 % las pacientes estaban entre la 5ª y la 6ª década de la vida (con 14/44 casos y 13/44 casos respectivamente). En 6,8 % (3/44) tenían menos de 40 años, y ello concuerda con lo reportado por otros autores quienes señalan que las mujeres a riesgo para el CE se ubican en una población cuya edad es mayor de 40 años. Para las menores de 40 años, este riesgo varía entre el 1 % y el 8 %. Se cita, además, la asociación del CE con la poliquistosis ovárica.

No es posible registrar en los datos la existencia del antecedente de anovulación. (14,15,16)

La frecuente relación del CE con la obesidad se explica por la conversión a nivel del adipocito de la androstenediona, de origen suprarrenal y ovárico, en E1, la cual, está influenciada por la cantidad de tejido adiposo, y, por ende, la hiperestimulación estrogénica, en las obesas, ha de atribuirse a la acentuada transformación de esteroides que determina la instauración de un

clima hormonal caracterizado por la presencia de elevados niveles de estrógenos, sobre todo de E1, lo que se traduce en una mayor exposición a los mismos, en la medida en que el tejido adiposo sea más abundante (3,6-8). En el 18,2 % (8/44) existía sobrepeso, y en 24,9 % (11/44) se registra obesidad según el IMC todo lo cual no coincide con los datos de Pérez y col., quienes registran sólo un 4 % de obesidad mórbida en los antecedentes personales del grupo estudiado. (14, 15, 23)

III. OBJETIVOS

3.1 **Objetivo general**

3.1.1 Determinar si existe asociación del cáncer ginecológico con los factores de riesgo reproductivos

3.2 **Objetivos específicos**

3.2.1 Identificar factores reproductivos asociados a cáncer ginecológico

3.2.2 Establecer el riesgo relativo de los factores reproductivos con el desarrollo de cáncer ginecológico

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Transversal analítico con evaluación a posteriori

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad Primaria de Muestreo Departamento de Archivo y estadística de Hospital Roosevelt.

4.2.2 Unidad de Análisis: Pacientes atendidas en departamento de Ginecología, con cáncer ginecológico.

4.2.3 Unidad de Información: Registro clínico

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

Expedientes de pacientes atendidas en el departamento de Ginecología, Hospital Roosevelt, con diagnóstico de cáncer ginecológico durante los años 2006 a 2010

4.3.2 Marco muestral:

Libro de ingresos del servicio del Departamento de Ginecología de los años 2006 a 2010

4.3.3 Muestra:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

n - 128

Se tomaran 30 casos de cáncer ginecológico de cada año a partir del 2006 al 2010, tomando de estos, 3 casos por mes, por medio de muestreo aleatorio simple, de enero a octubre de los años mencionados anteriormente.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

Todo expediente, completo, de pacientes atendidas en el departamento de Ginecología, Hospital Roosevelt, con diagnóstico de cáncer ginecológico durante los años 2006 a 2010

4.4.2 Criterios de exclusión

4.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Número de años anotado en el expediente clínico	Cuantitativa	Razón	Años
Menarquia	Primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual o primera hemorragia menstrual en la mujer	Edad en años anotado en el expediente clínico en que la paciente tuvo su primera menstruación <ul style="list-style-type: none"> • 9 • 10 • 11 • 12 • 13 • 14 • 15 	Cuantitativa	Razón	Años
Ciclos menstruales	Patrón de frecuencia en la que aparecen los ciclos menstruales Regulares: Intervalo entre periodo menstruales constante de 21 a 35 días Irregulares: Intervalo entre periodos menstruales inconstante	Patrón de frecuencia anotado en el expediente clínico en el que aparecen los ciclos menstruales ya seas estos <ul style="list-style-type: none"> • Regulares • Irregulares 	Cualitativa	Nominal	Tipo
Métodos Anticonceptivos	Uso de cualquier método hormonal que impida o reduzca significativamente las posibilidades de una fecundación o embarazo en las relaciones sexuales, ya sea ACOS, inyectable mensual, parche o subdérmico.	Método anticonceptivo utilizado por la paciente anotado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Si No

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTIAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD
Inicio de vida sexual	Edad en años en que se tiene el primer contacto sexual	Edad en años anotado en el expediente clínico en que la paciente tuvo primer contacto sexual <ul style="list-style-type: none"> • 10 a 14 • 15 a 19 • 20 a 24 • 25 a 29 • Más de 30 	Cuantitativa	Razón	Años
Número de parejas sexuales	Número de personas con las que se ha tenido contacto sexual	Número de personas anotado en el expediente clínico con las que se ha tenido contacto sexual <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 0 mas 	Cuantitativa	Intervalo	Numero
Enfermedades de transmisión sexual	Conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas, se transmiten de persona a persona solamente por medio del contacto íntimo que se produce casi exclusivamente durante las relaciones sexuales. VPH, Gonorrea, VIH, Herpes Virus, C. Trachomatis	Cualquier enfermedad transmitida por la vía sexual anotada en el expediente clínico, sea esta <ul style="list-style-type: none"> • VPH • Gonorrea • VIH • Sífilis • C. Trachomatis 	Cualitativa	Nominal	Tipo

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTIAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD
Paridad	Cantidad de gestas que hasta la fecha tenga la paciente	Numero de gestas según indique el expediente clínico <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 0 mas 	Cuantitativa	Intervalo	Número
Menopausia	Cese permanente de la menstruación	Edad en años en que se presentó el último periodo menstrual anotado en el expediente clínico <ul style="list-style-type: none"> • 35 a 40 • 41 a 44 • 45 a 48 • 49 a 52 • 53 0 mas 	Cualitativa	Razón	años

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD
Antecedente familiar de cáncer	Historia de cáncer en familiares de primer grado ya se esté ginecológico o de algún otro tipo	Antecedente de Ca. Familiar anotado en expediente <ul style="list-style-type: none"> • Ca. Ovario • Ca. De Cérvix • Ca. De endometrio • Ca. De colon • Ca. De mama 	Cualitativa	Nominal	Tipo
Tipo de cáncer ginecológico	Cáncer ginecológico diagnosticado clínico o histológico según sea el caso	Tipo de cáncer ginecológico anotado en expediente <ul style="list-style-type: none"> • Ca. Ovario • Ca. De Cérvix • Ca. De endometrio 	Cualitativa	Nominal	Tipo
Estadio de Ca. De Cérvix	Es la determinación del grado de propagación del cáncer de cérvix, dividiéndose en estadios, según FIGO	Estadio de Ca de Cérvix anotado en el expediente clínico <ul style="list-style-type: none"> • Ia • Ib • IIa • IIb • IIIa • IIIb • IV 	Cualitativa	Nominal	Tipo

4.6 Procedimiento para la recolección de datos

Se elaboró una lista de registros clínicos extraídos del libro de ingresos del servicio de Ginecología de Hospital Roosevelt, año 2006 a 2010. Dichos registros constituyeron la población. Posterior a esto a través de un muestreo probabilístico se obtuvo la muestra; luego se buscaron los registros clínicos que constituyen la muestra en el archivo de Hospital Roosevelt, se verificó que estuviesen completos, luego se realizó una revisión sistemática de los mismos y se trasladaron los datos a la boleta de recolección.

4.7 Procedimiento para garantizar aspectos éticos

4.7.1 **Categoría I** (sin riesgo): Por ser un estudio que utilizan técnicas descriptivas, y que no se realiza ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron de dicho estudio, boleta de recolección de datos, que no invaden la intimidad de la persona.

4.8 Procedimiento de análisis

Los datos se ingresaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, en la que se construyó una base de datos, posteriormente se analizó la información en el Programa Epidat™ Versión 3.1

- a. Se estructuró una tabla de 2x2 para cada relación de variables.
- b. Se calculó la asociación a través de la prueba de probabilidad exacta de Fisher, se tomó un valor de 3.84 con 1 grado de libertad, la cual permitió rechazar o admitir la hipótesis nula.
- c. Al encontrar la asociación, se estimó la fuerza de dicha asociación calculando Odds Ratio (OR), mediante la utilización de tablas de 2X2, para cada relación de variables.
- d. Se utilizó un intervalo de confianza del 95 por ciento y valor $P= 0.05$, para determinar que tan cercano se encontró el riesgo observado del riesgo verdadero, y ver los límites probables dentro de los que se encontró el valor del OR.

Se utilizó la prueba de probabilidad exacta de Fisher y no el test χ^2 , ya que este permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es demasiado pequeña y no se cumplen las condiciones necesarias para que la aplicación del test

χ^2 sea adecuada. Estas condiciones exigen que los valores esperados de al menos el 80% de las celdas en una tabla de contingencia sean mayores de 5, condición que no se cumple en este estudio.

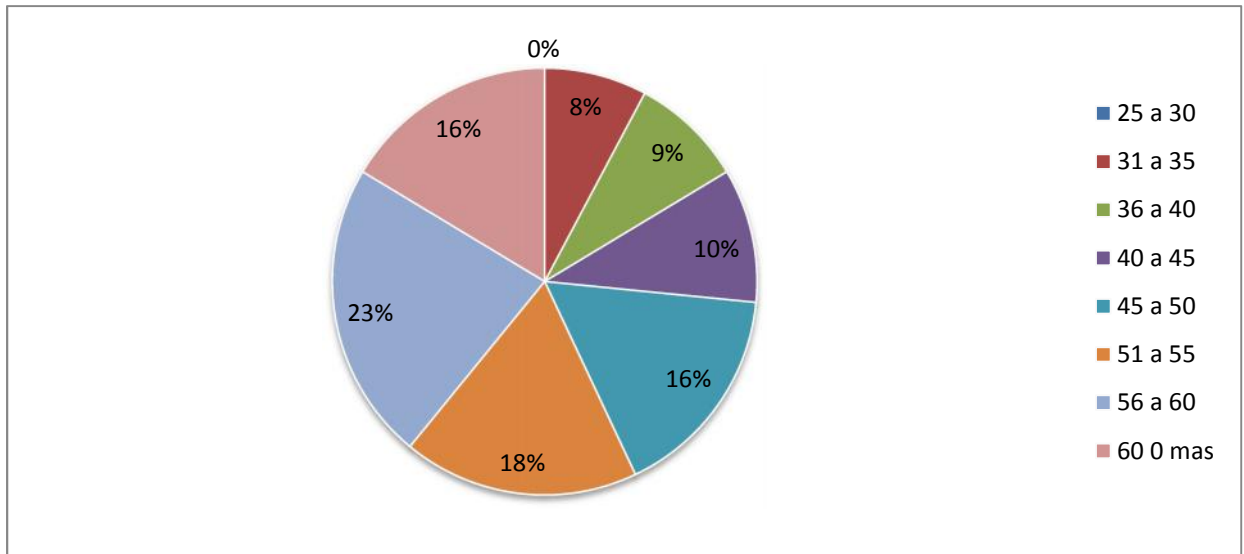
TABLA DE CONTINGENCIA GENERAL PARA LA COMPARACIÓN DE DOS VARIABLES DICOTÓMICAS EN EL CASO DE GRUPOS INDEPENDIENTES.

Característica A

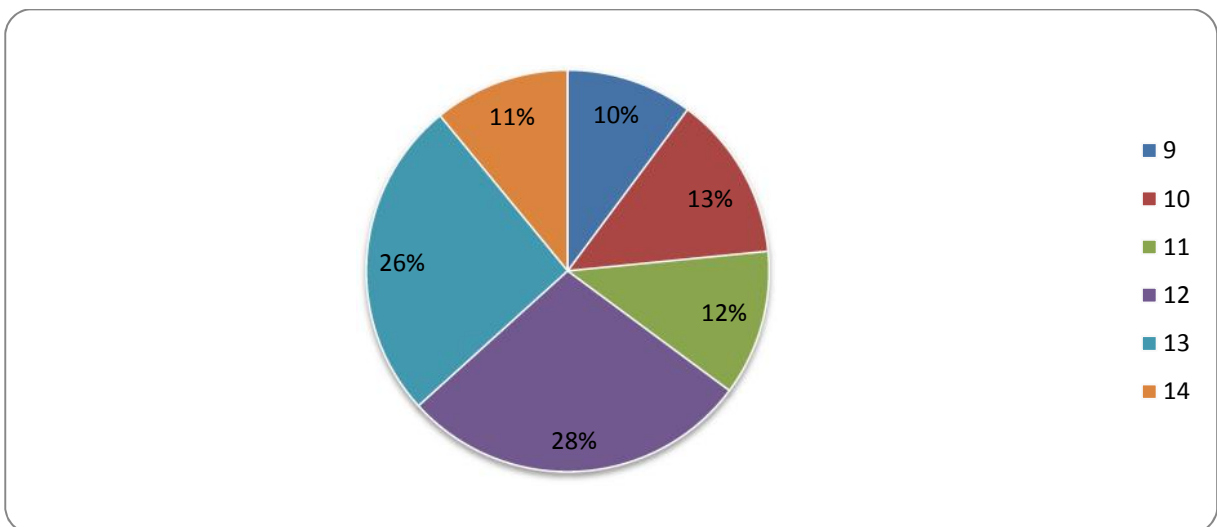
Característica B	Presente	Ausente	Total
Presente	A	b	a +b
Ausente	C	d	c +d
Total	a +c	b +d	N

V. RESULTADOS

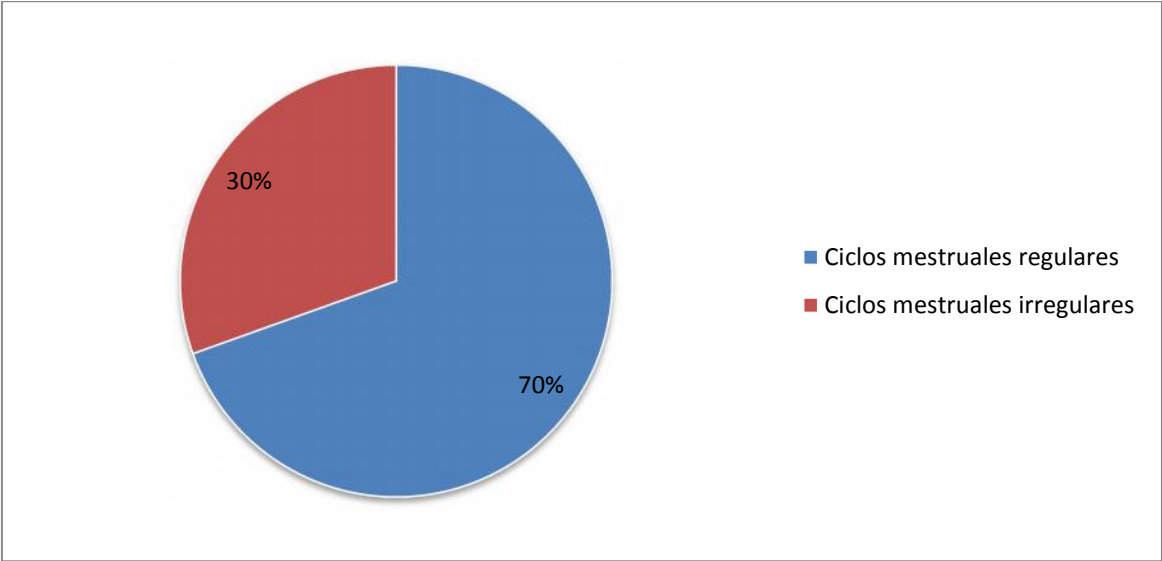
GRAFICA 1. EDAD



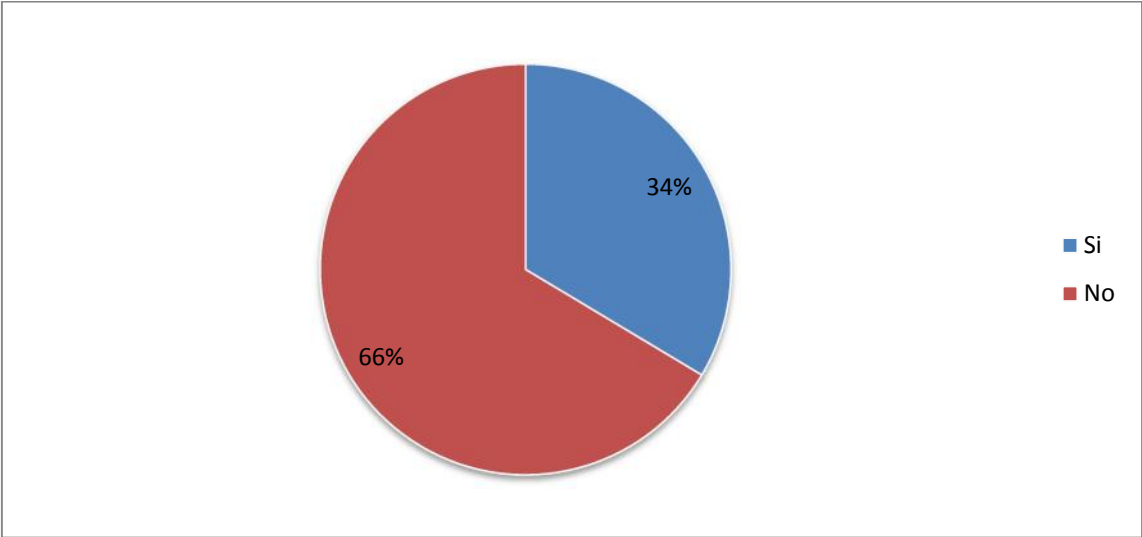
GRAFICA 2. EDAD DE MENARQUIA



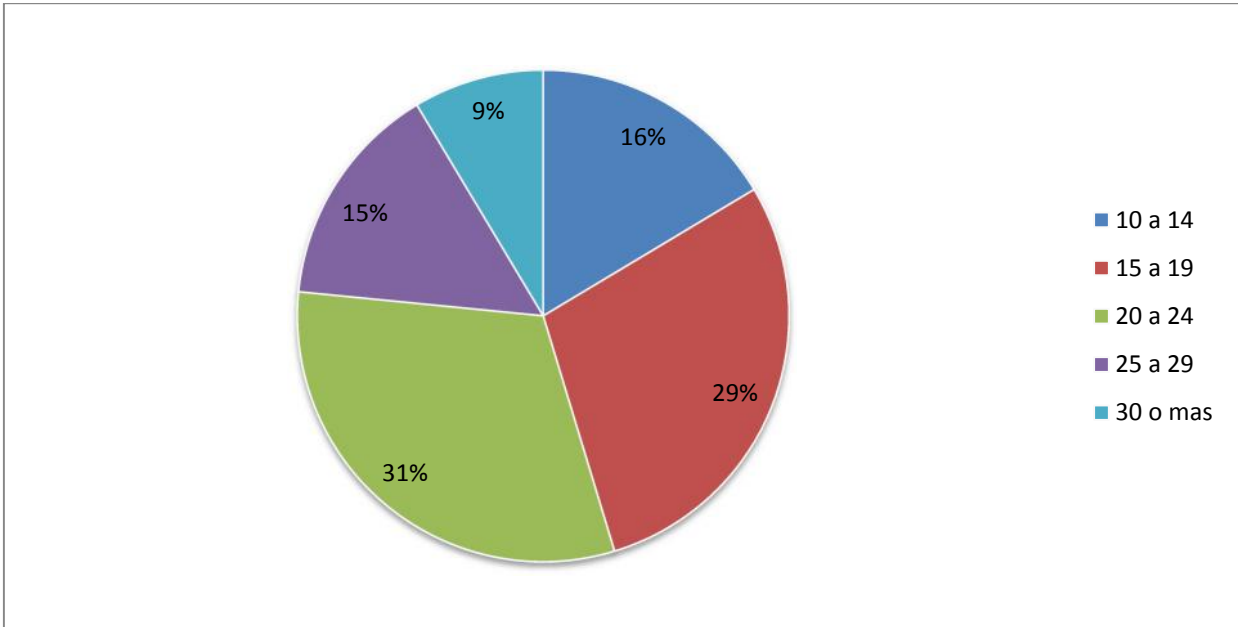
GRAFICA 3. CICLOS MESNTRUALES



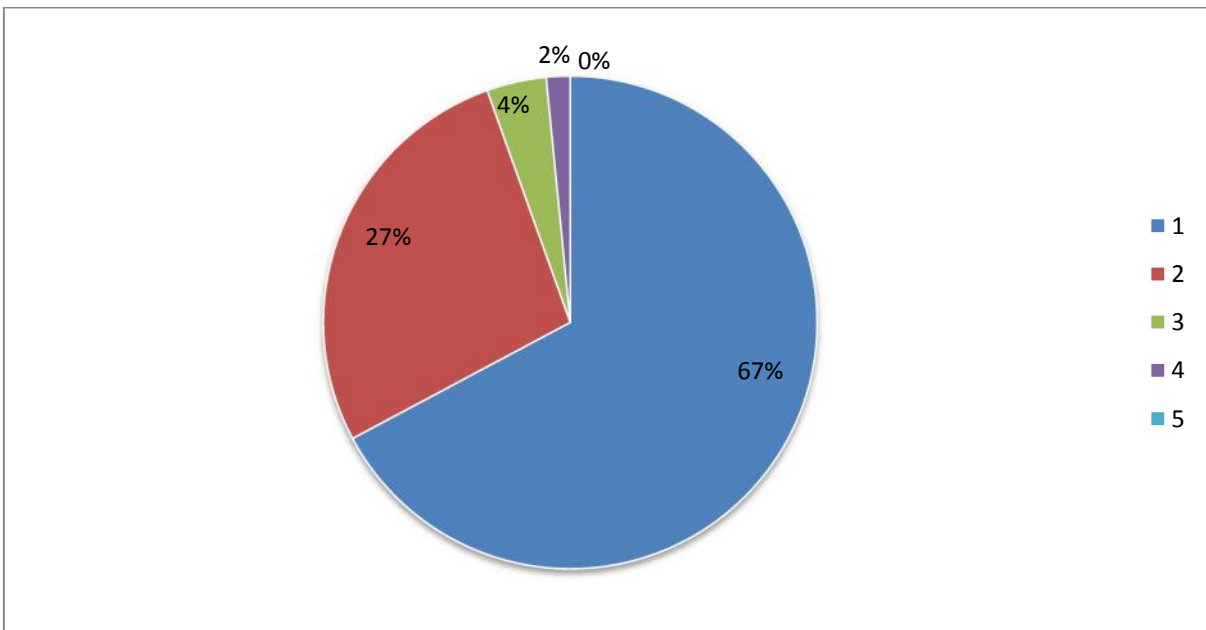
GRAFICA 4. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



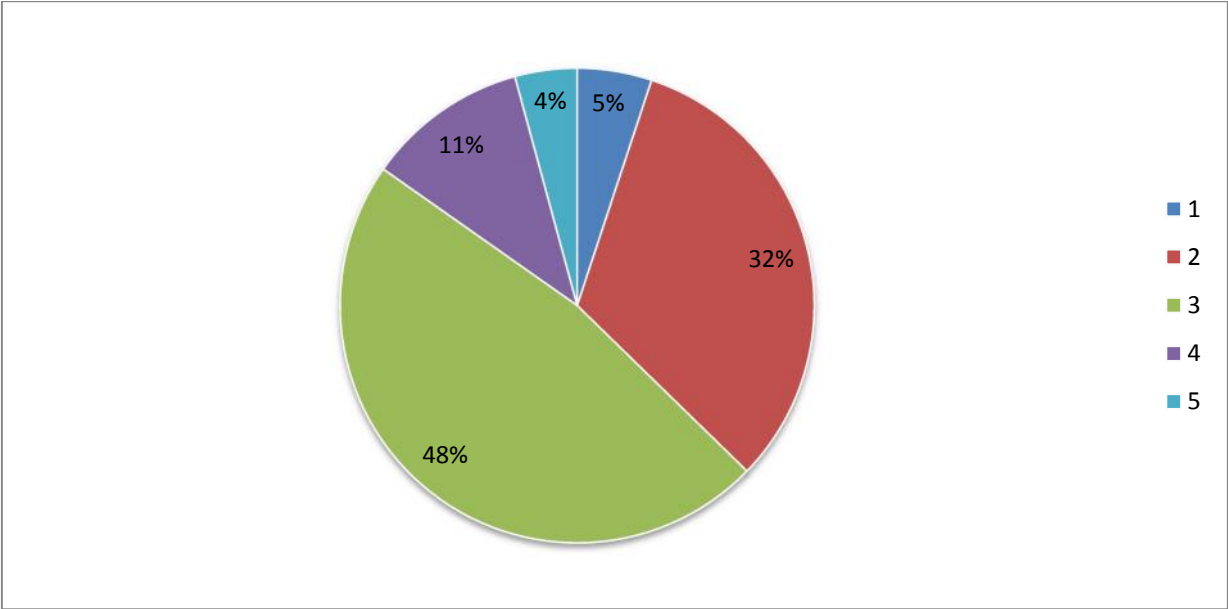
GRAFICA 5. INICIO DE VIDA SEXUAL



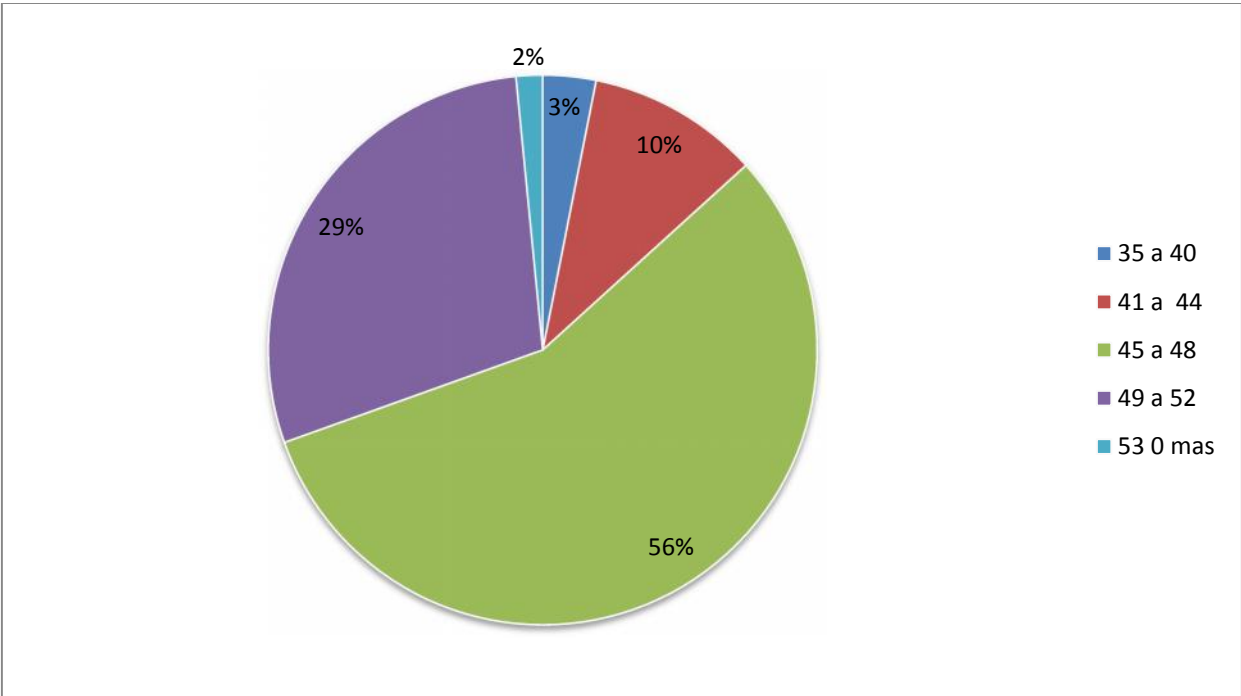
GRAFICA 6. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

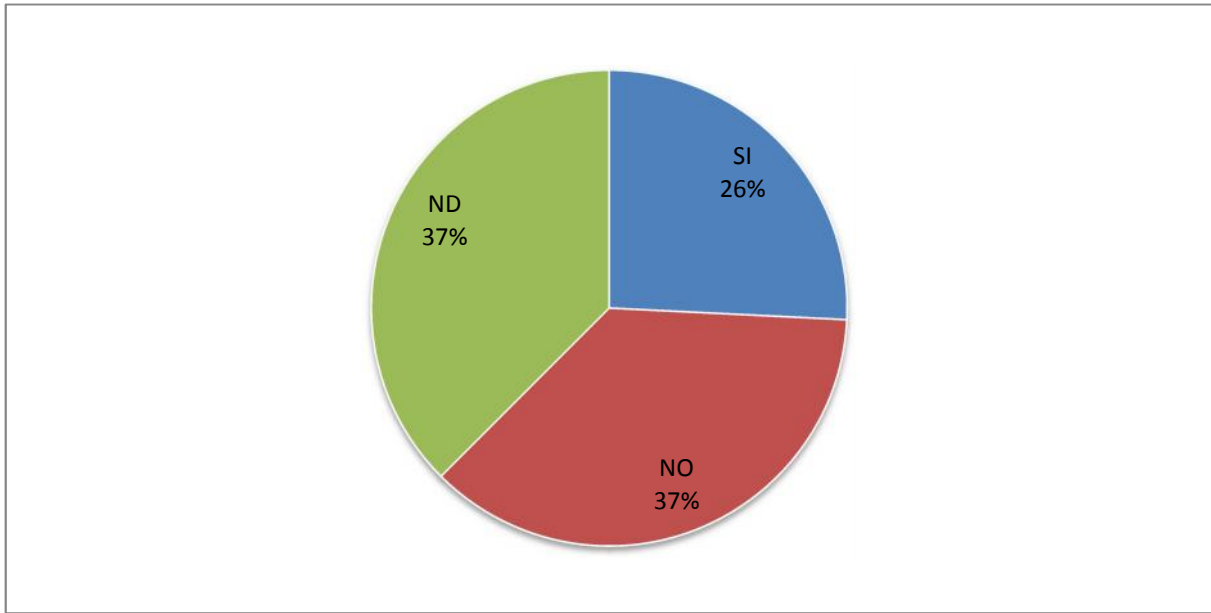


GRAFICA 7. PARIDAD

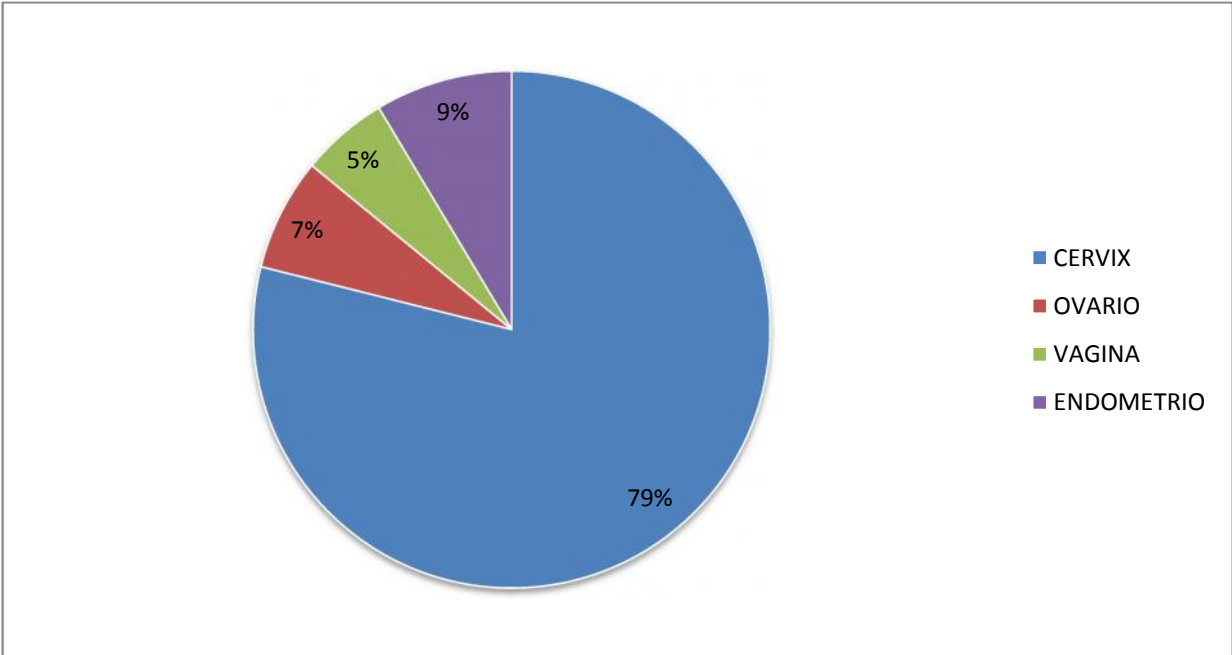


GRAFICA 8. EDAD DE MENOPAUSIA



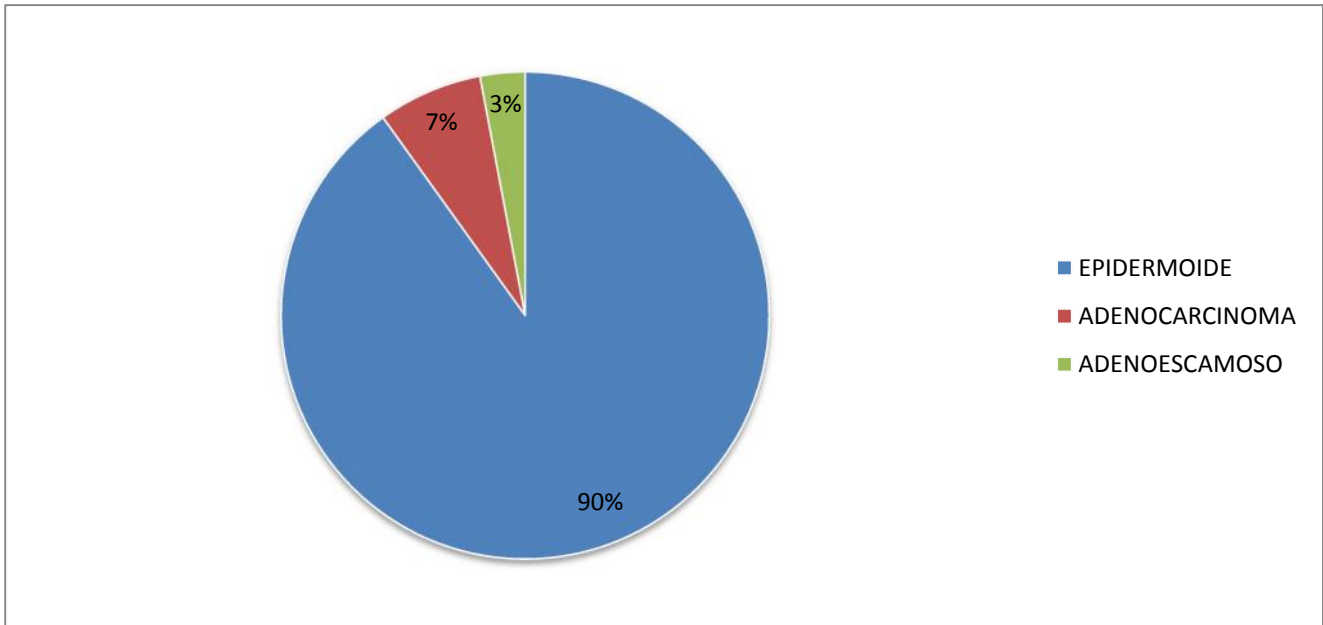


GRAFICA 9. ANTECEDENTE FAMILIAR DE CANCER

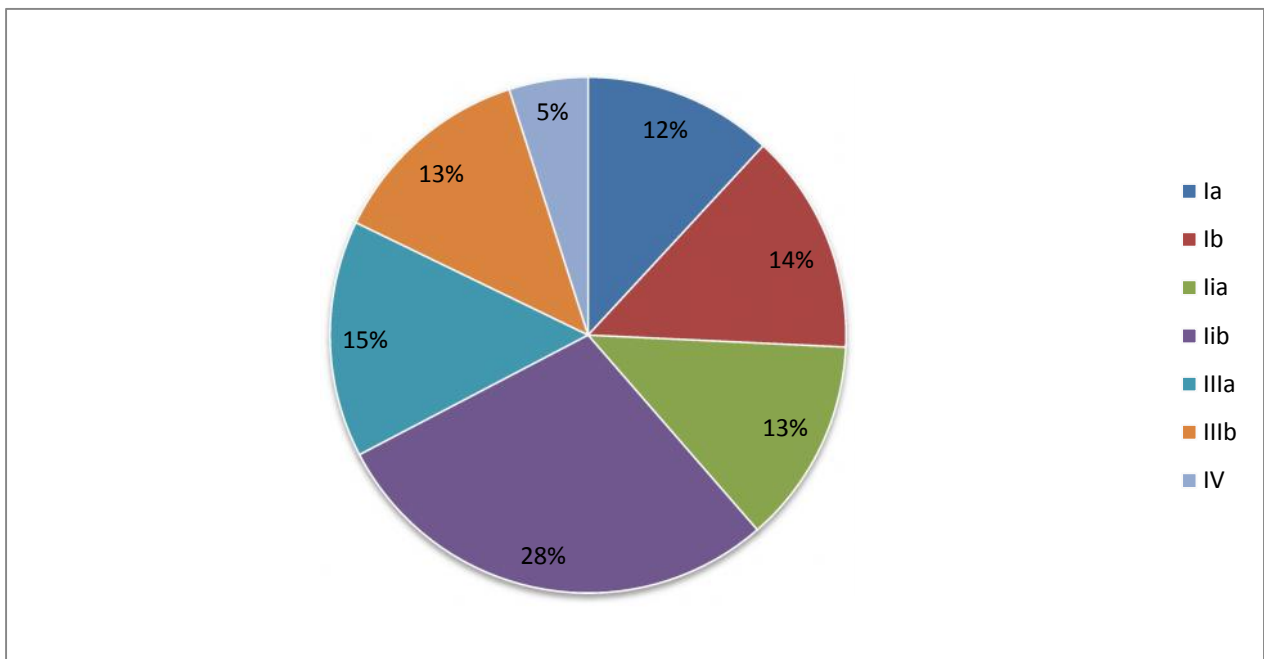


GRAFICA 10. TIPO DE CANCER GINECOLOGICO

GRAFICA 11. TIPO HISTOLOGICO DE CANCER GINECOLOGICO



GRAFICA 12. ESTADIO DE CANCER DE CERVIX



MENARQUIA TEMPRANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CA DE
CERVIX

	CASOS	CONTROLES	OR. 0.034810
EXPUESTOS	22	24	P. 0.000
NO EXPUESTOS	79	3	

MENARQUIA TEMPRANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CA DE
OVARIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 17.729
EXPUESTOS	8	37	P. 0.0010
NO EXPUESTOS	1	82	

MENARQUIA TEMPRANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CA DE
ENDOMETRIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 10.125
EXPUESTOS	9	36	P. 0.0014
NO EXPUESTOS	2	81	

MENARQUIA TEMPRANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CA DE
VAGINA

	CASOS	CONTROLES	OR. 1.41074
EXPUESTOS	3	42	P. 0.4723
NO EXPUESTOS	4	79	

CICLOS MENSTRUALES IIREGULARES COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE CERVIX

	CASOS	CONTROLES	OR. 0.103964
EXPUESTOS	20	19	P. 0.0000
NO EXPUESTOS	81	8	24

CICLOS MENSTRUALES IREGULARES COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE OVARIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 22.709677
EXPUESTOS	8	31	P. 0.0003
NO EXPUESTOS	1	88	

CICLOS MENSTRUALES IREGULARES COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE ENDOMETRIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 30.344828
EXPUESTOS	10	29	P. 0.0000
NO EXPUESTOS	1	88	

CICLOS MENSTRUALES IREGULARES COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE VAGINA

	CASOS	CONTROLES	OR. 0.364035
EXPUESTOS	1	38	P. 0.3126
NO EXPUESTOS	6	83	

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE CERVIX

	CASOS	CONTROLES	OR. 0.103205
EXPUESTOS	23	20	P. 0.0000
NO EXPUESTOS	78	7	

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE OVARIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 14.6667
EXPUESTOS	8	42	P. 0.0023
NO EXPUESTOS	1	77	25

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE ENDOMETRIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 0.721875
EXPUESTOS	3	40	P. 0.4609
NO EXPUESTOS	8	77	

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE VAGINA

	CASOS	CONTROLES	OR. 2.803419
EXPUESTOS	4	39	P. 0.1711
NO EXPUESTOS	3	82	

INICIO DE VIDA SEXUAL ANTES DE 20 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE CERVIX

	CASOS	CONTROLES	OR. 1.2659
EXPUESTOS	47	11	P. 0.3762
NO EXPUESTOS	54	16	

INICIO DE VIDA SEXUAL ANTES DE 20 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE VAGINA

	CASOS	CONTROLES	OR 7.9615
EXPUESTOS	6	52	P. 0.0332
NO EXPUESTOS	1	69	

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES MAYOR A DOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE CERVIX

	CASOS	CONTROLES	OR. 1.5152
EXPUESTOS	35	7	P. 0.2688
NO EXPUESTOS	66	20	26

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES MAYOR A DOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DESARROLLO DE CA DE VAGINA

	CASOS	CONTROLES	OR. 14.1666
EXPUESTOS	6	36	P. 0.0051
NO EXPUESTOS	1	85	

MENOPAUSIA TARDIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CA DE
OVARIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 9.5156
EXPUESTOS	7	32	P. 0.0035
NO EXPUESTOS	2	87	

MENOPAUSIA TARDIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CA DE
ENDOMETRIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 30.3448
EXPUESTOS	10	29	P. 0.000
NO EXPUESTOS	1	88	

ANTECEDENTE FAMILIAR DE CA. COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO
DE CA DE OVARIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 11.4285
EXPUESTOS	8	49	P. 0.0066
NO EXPUESTOS	1	70	

ANTECEDENTE FAMILIAR DE CA. COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO
DE CA DE ENDOMETRIO

	CASOS	CONTROLES	OR. 2.345
EXPUESTOS	7	50	P. 0.1549
NO EXPUESTOS	4	67	27

VI. DISCUSION

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, y el quinto de todos los cánceres. Se encontraron 101 casos de cáncer de cérvix, lo que corresponde a un 79%, ocupando el primer lugar de los cánceres ginecológicos estudiados, encima del cáncer de ovario (7%), cáncer de endometrio (9%) y de vagina (5%).

Se encontró que la edad en la que hay mayor incidencia o diagnóstico de cáncer ginecológico es de 56 años en adelante con un 39%, y el rango de edad en el que menos se presentaron casos fue de 25 a 30 años, en dicho rango no se observó ningún caso. Podemos atribuir el diagnóstico a esta edad a diversos factores uno puede ser es después de la menopausia inician algún tipo de control médico, porque es a esta edad que presentan síntomas, o tal como lo indica la literatura, en algunas poblaciones se ha observado un segundo pico de prevalencia en mujeres postmenopáusicas, postulándose que fuera el reflejo de una reactivación de una infección latente por VPH y que se asociaría a la reducción fisiológica de la inmunidad natural con la edad. Esto nos lleva a analizar otra de nuestras variables, que es el estadio en que se diagnostica la enfermedad.

En cuanto al estadio, nos enfocamos en los casos de cáncer de cérvix, que como vimos anteriormente, corresponde a la mayoría de casos (79%). Llama la atención que hasta un 88% es diagnosticado en estadio IIb o sobre este, lo que puede ir relacionado con el mayor diagnóstico por encima de los 50 años, que corresponde a un 57%.

Es aquí donde radica la importancia del Papanicolaou y así obtener un diagnóstico temprano y por consiguiente aumentar las expectativas de vida de la paciente al momento de su diagnóstico.

El cáncer de ovario y endometrio es un tumor hormonodependiente, por lo que cualquier factor que aumente la exposición a estrógenos, va a aumentar el riesgo de padecer este tipo de cáncer. Entre estos factores encontramos: menarquia precoz, menopausia tardía, primer embarazo tardío (si es después de los 30 años aumenta el riesgo 2-5 veces con respecto a las que tienen el primer embarazo antes de los 20 años), no lactancia y nuliparidad (1.5 veces). No existen estudios definitivos con respecto al papel de los anticonceptivos orales.

En cuanto a la menarquia temprana y su relación con el cáncer cérvix vemos que el OR es de 0.034810, (IC 95% 0.009583- 0.126442), lo que nos indica que no hay relación con este factor de riesgo, lo contrario sucede al asociarla con el cáncer de ovario y cáncer de endometrio, con un OR de 17.729 y 10.125 respectivamente (IC 95% 2.139258 -146.940382 y 2.082011- 49.238757), es decir que su ocurrencia aumenta de 17 a 10 veces más al presentarse menarquia temprana.

Ciclos menstruales irregulares también pueden ser factor de riesgo para cierto tipo de cáncer ginecológico, en este estudio vemos su asociación al desarrollo de cáncer de ovario con un OR de 22.709677 (IC 95% 2.729218 -188.966035), es decir que aumenta hasta 22 veces el riesgo de cáncer de ovario en pacientes con ciclos menstruales irregulares. En cuanto al cáncer de endometrio presenta un OR 30.344828 (IC 95%2.729218 - 188.966035).

El uso de métodos anticonceptivos mostro asociación con el cáncer de ovario OR 14.6667 y cáncer de vagina OR 2.803419.

Se ha mostrado que el uso de anticonceptivos orales reduce de manera importante el riesgo de padecer cáncer de endometrio. Este efecto protector aumenta de acuerdo con lo que haya durado el uso de los anticonceptivos orales y continúa por muchos años después que la mujer haya dejado de usarlos, en este estudio se presentó un OR de 0.72.

Hay datos que sugieren que el uso prolongado de la píldora (5 años o más) puede estar relacionado con un riesgo mayor de padecer cáncer de cuello uterino o cérvix. Aunque el uso de los anticonceptivos orales puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino, se ha reconocido que los virus del papiloma humano (VPH) son la causa principal de esta enfermedad.

El 67% de las pacientes refiere tuvo una pareja sexual, lo que nos indica que la mayoría de la población se encuentra dentro de este rango, esto es importante, ya que los riesgos de cáncer ginecológico, especialmente cáncer de cérvix, vulva y vagina, aumentan al aumentar el número de parejas sexuales, ya que en su mayoría se asocian a Virus de Papiloma Humano, se asocia a historia de múltiples parejas.

En este estudio se observa que la pacientes que tuvieron el primer contacto sexual antes de los 20 años aumentan su riesgo de cáncer de cérvix y de vagina con OR: 1.26 y OR: 8, respectivamente.

Así también este dato va de la mano con el número de parejas sexuales, ya que a menor edad de inicio de vida sexual mayor número de parejas sexuales, lo que se correlaciona con el dato anterior, OR: 1.51 para cáncer de cérvix y OR: 14 para cáncer de vagina, lo que indica claramente su asociación.

En cuanto a la menopausia tardía, sabemos que su presencia aumento el riesgo de los canceres hormonodependientes, como se dijo anteriormente, cáncer de ovario y cáncer de endometrio hasta 9 y 30 veces más por encima de quienes no presentan este factor de riesgo.

(OR: 9.51 OR: 30.34 y IC 95% 1.877731 - 48.221549 y 3.723254 - 247.312862).

Es importante tomar en cuenta los antecedentes tanto personales como familiares de las pacientes, con especial énfasis en los relacionados a algún tipo de cáncer, ya que estos aumentan el riesgo de padecer cáncer de ovario y de endometrio (OR: 11.43 y OR:2.34) hasta 11 y 2 veces por arriba de la población sin el factor presente.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Se determinó que existe asociación del cáncer ginecológico con los factores de riesgo reproductivos como edad de menarquia menor a 11 años para el cáncer de ovario OR 17.33, edad de menopausia, número de parejas sexuales y edad de inicio de vida sexual temprana con cáncer de cérvix con OR 1.51 y 1.26 respectivamente.

6.1.2 Se observó que el cáncer de cérvix tiene mayor incidencia en pacientes encima de los 50 años (57%) y que aumenta a mayor número de parejas sexuales y a menor edad de inicio de vida sexual.

6.1.3 Se estableció en base al OR y IC 95% que el cáncer de endometrio y cáncer de ovario aumentan en incidencia en la pacientes con menarquia temprana (OR 9.51 y OR: 30.34) y menopausia precoz así como en las que tienen antecedentes familiares de cáncer de cérvix OR 11.43 y 2.34 respectivamente.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Reconocer los factores de riesgo en pacientes ginecológicas para así disminuir su incidencia o aumentar el diagnóstico temprano

6.2.2. Plan educacional sobre factores de riesgo evitables tales como número de parejas sexuales o el inicio de vida sexual a edad temprana, dada su asociación al cáncer de cérvix.

6.2.3 Control de pacientes con antecedentes de cáncer familiar o menarquia temprana y menopausia tardía, dada su asociación a cánceres hormonodependientes, como cáncer de ovario y de endometrio

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dr Godofredo Arauzo Chuco. Epidemiología del carcinoma del cuello uterino. Revista electrónica de portales médicos. Consultada 10 mayo de 2010. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1832/1/Epidemiologia-del-carcinoma-del-cuello-uterino>
2. González, Mario A. Registro de cáncer ginecológico Clínica San Pedro Claver 2003 Registro de cáncer ginecológico Clínica San Pedro Claver 2003. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol;56(2):134-140, jun. 2005. Consultado 20 de mayo 2010. Disponible en http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Nkyekyer K. Pattern of gynaecological cancers in Ghana. East Afr Med J. 2000 Oct;77(10):534-8. Consultado 12 mayo de 2010. Disponible en: <http://ajol.info/index.php/eamj/article/viewFile/46708/33098>
4. PARAZZINI, F.; FRANCESCHI, S.; LA VECCHIA, C.; CHATENOU, L.; DI CINTIO, E. The epidemiology of female genital tract cancers. International Journal of Gynecological Cancer: May/June 1997 – Volume 7 – Issue 3 – pp 169-181. Consultado 15 de mayo de 2010. Disponible en http://journals.lww.com/ijgc/Abstract/1997/05000/The_epidemiology_of_female_genital_tract_cancers.1.aspx
5. Ortiz Serrano, Ricardo; Uribe Pérez, Claudia Janeth; Díaz, Luis Alfonso; Dangond Romero, Yuriko Rafael. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol;55(2):146-160, jun. 2004. Consultado 1 de mayo de 2010. Disponible en http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200007&lng=es&nrm=
6. Rodríguez, Guillermo; Barrios, Enrique; Vasallo, Juan. Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en Uruguay. Rev. méd. Urug;21(3):200-206, oct. 2005. Consultado 28 abril de 2010. Disponible en: <http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/art5.pdf>

7. Alfredo Gimeno Ortiz, Ramona Jiménez Romano, José Ramón Camps Pérez del Bosque. Cancer de cuello uterino en Extremadura. Rev San Hig 1993; 67;217-225. Consultado 13 mayo de 2010. Disponible en:
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL67/67_3_217.pdf
8. Rodríguez Salvá, Armando; Echavarría Aguilera, Angel A; Murlá Alonso, Pedro; Vázquez González, Carlos. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev. Cuba. Hig. Epidemiol;37(1):40-6, ene.-abr. 1999. Consultado 17 mayo de 2010. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol37_1_99/hie07199.pdf
9. Eduardo Cesar Lazcano-Ponce. Factores De Riesgo Reproductivo Y Cáncer Cérvico-Uterino En La Ciudad De México. Salud Pública Méx 1993; Vol. 35(1):65-73. Consultado 23 de mayo de 2010. Disponible en:
<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001259>
10. Alvarez V. Cano. Analisis del cáncer de ovario en el Valles Oriental. Hospital General de Granollers, 1997-2006. Ginecologia y obstetricia Hospitla Granollers. Consultado 18 de mayo de 2010. Disponible en:
11. Dres. Wilson Benia, Gabriela Tellechea. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias detres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Rev Med Uruguay 2000; 16: 103-113. Consultado 2 junio de 2010. Disponible en:
<http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revmed103.pdf>
12. Iginov N, Umaralieva G. Epidemiology Of Ovarian Cancer In Kyrgyzstan Women Of Reproductive Age. Asian Pac J Cancer Prev. 2008 Apr-Jun;9(2):331-4. Asian Pac J Cancer Prev. 2008 Apr-Jun;9(2):331-4. Consultado 14 De Mayo De 2010. Disponible En:
http://www.apocp.org/cancer_download/Volume9_No2/c%20331%20Nurbek%2004.pdf
13. Appasaheb R. Patel' and G. Iris Obrams. Epidemiology of Ovarian Cancer. Vol. 2,79-83, 33anuary/February 1993. Consultado 12 de mayo de 2010. Disponible en: <http://cebp.aacrjournals.org/content/2/1/79.full.pdf>

14. Guillermo Tortolero-Luna, MD, PhD *, Michele Follen Mitchell, MD, Ms. The epidemiology of ovarian cancer. *Journal of Cellular Biochemistry*. Volume 59 Issue S23, Pages 200 – 207. Published Online: 19 Feb 2004. Consultado 15 mayo de 2010. Disponible en <http://www3.interscience.wiley.com/journal/107627301/abstract>
15. David Schotfenfeld, MD, MSc. Epidemiology of Endometrial Neoplasia. *Journal of Cellular Biochemistry*, Supplement 23:151-159 (1 995). *C Journal of Cellular Biochemistry*, Supplement 23:151-159 (1 995). Consultado el 19 de mayo de 2010. Disponible en: <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/38460>
16. B.E. Henderson, J.T. Casagrande, M.C. Pike, T. Mack, I. Rosario & A. Duke. The epidemiology of endometrial cancer in young women. *Br. J. Cancer* (1983), 47, 749-756. Consultado 15 mayo de 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2011352/>
17. Jesús Díaz Carrasco, Cristina Escalera Alguacil, Marta García López, Jesús García Schiever, Raquel Garrido Herrero. Estudio Descriptivo De Las Pacientes Tratadas Por Cáncer De Endometrio En El Hospital Severo Ochoa De Leganés (1985-2008). Consultado 5 mayo de 2010. Disponible en: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_xv/m43.pdf
18. Rosemary, B.D., D. Rudolph, G.H. Allan, L.C. Grace, K.A. John, M.K.A. Richard and S. Joseph, 2006. Epidemiology of cervical cancer and dysplasia in a cross-sectional study of women in Accra, Ghana. *Int. J. Trop. Med.*, 1: 6-10. Accesado el 5 mayo 2010. Disponible en: <http://medwelljournals.com/abstract/?doi=ijtmed.2006.6.10>
19. Laura G Currin, Ruth H Jack, Karen M Linklater, Vivian Mak, Henrik Møller, and Elizabeth A Davies. Inequalities in the incidence of cervical cancer in South East England 2001–2005: an investigation of population risk factors. *BMC Public Health* v.9; 2009. Accesado el 5 mayo 2010. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-62.pdf>

20. Vergel López Noemí, Bembó Robles Yaraiksi, González Hidalgo Augusto, Coroa Castro Liany, González Hidalgo Yoel. Epidemiología del cáncer cérvicouterino en el Municipio Bolivia. *MediCiego* 2009; 15(2) : 1-6. Accesado el 5 mayo 2010. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_02_09/pdf/a7_v15__02_09.pdf
21. Eliane Duarte-Franco. Cancer of the Uterine Cervix. *BMC Women's Health* 2004, 4(Suppl 1):S13. Accesado el 5 mayo 2010. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S13>
22. Chen CJ, You SL. Epidemiology of cervical cancer in Taiwan. *GYNECOLOGIC ONCOLOGY* 62, 344–352 (1996). Accesado el 5 mayo 2010. Disponible en:
<http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/160519/1/24.pdf>
23. Scucces, María. Epidemiología del carcinoma de endometrio. *Rev Obstet Ginecol Venez*, mar. 2010, vol.70, no.1, p.37-41. ISSN 0048-7732. Accesado el 5 mayo 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v70n1/art07.pdf>
24. Helena E. Restrepo. Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe. *Bol of Sanit Panam* 102(6): 578-593, 1987. Accesado el: 10 mayo de 2010. Disponible en:
www.boletinofsanitpanama.com
25. Eduardo Atalah S, Carmen Urteaga R¹, Annabella Rebolledo A¹, Rodrigo A Villegas², Ernesto Medina L, Attila Csendes J. Alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello del útero. *Rev. Méd. Chile* v.129 n.6 Santiago jun. 2001. Accesado 1 mayo de 2010. Disponible en [www.Revista médica de Chile/Alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello del útero.mht](http://www.Revista_médica_de_Chile/Alimentación,_tabaquismo_e_historia_reproductiva_como_factores_de_riesgo_del_cáncer_de_cuello_del_útero.mht)

VIII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
INVESTIGACION POSTGRADO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
AÑO 2010

No. _____ Año de consulta: _____ Registro No. _____

Edad:

- 25 a 30
31 a 35
36 a 40
40 a 45
45 a 50
51 a 55
56 a 60
60 o mas

Menarquía

- 9 años
10
11
12
13
14
15 o más

Ciclos menstruales

- Regulares
Irregulares

Métodos Anticonceptivos

- ACOS
Inyectable
Parche Subdérmid

Inicio de vida sexual

- 10 a 14
15 a 19
20 a 24
25 a 29
Mas de 30

No. De parejas sexuales

- 0
1
2
3
4
5 o más

Paridad

- 0
1
2
3
4
5 o más

Menopausia

35 a 40

41 a 44

45 a 48

49 a 52

53 o mas

Tipo de Cáncer:

Cervical

Endometriq

Ovario

Vaginal

Vulvar

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada "FACTORES REPRODUCTIVOS ASOCIADOS A CANCER GINECOLOGICO" para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.