

<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>

Rev méd panacea. 2014; 4(3): 61-65.

Recibido: 21 de junio del 2014 | Aceptado: 20 de Noviembre del 2014 | Publicado: 31 de Diciembre del 2014

CONFLICTO DE INTERES: NO DECLARADOS

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú

Jorge Ybaseta-Medina^{1,2,b}, Fredy Paccori-Rodrigo^{1,2,a}, Alicia Vilca-Yange^{1,2,a}

Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú¹

Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú²

Médico cirujano^a, medico especialista en Ginecología y Obstetricia^b

Objetivos: Determinar los factores clínicoepidemiológicos más frecuentes del cáncer de cuello uterino (CCU) en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de serie de casos, la población de pacientes estuvo conformado por 46 de los cuales 27 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión (biopsia de cérvix compatible con CCU), diagnosticado entre el año 2008 al 2010. Se revisaron las historias clínicas y llenaron las fichas de recolección de datos correspondientes. Los datos fueron procesados en el programa Microsoft Excel 2000. Se realizó el análisis estadístico descriptivo correspondiente en base a medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias. **Resultados:** Las características epidemiológicas más frecuentes fueron: edad media de 47,2±8.7 años, mayores de 35 años (77,8%), convivientes (40,8%), instrucción secundaria (48,2%), procedían del área urbana (70,4%), nivel socioeconómico familiar medio (44,5%). Los hallazgos anatomopatológicos fueron: 25,9% carcinomas invasivos y el 74,1% lesiones intraepiteliales de alto de malignidad. Las características ginecoobstétricas predominantes fueron: multigestas (59,3%), multiparas (55,6%) y menarquía igual o mayor de 15 años (25,9% y 33,3% respectivamente). El síntoma clínico más frecuente fue sangrado post-coital (29,2%). El antecedente de familiar con CCU fue de 7,4%, y el 85,2% no tuvo controles previos con Papanicolau (PAP). **Conclusiones:** El CCU es una enfermedad con múltiples factores clínicoepidemiológicos en la que existe la necesidad desarrollar una amplia cobertura de diagnóstico de enfermedades preneoplásicas y neoplásicas periódicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Epidemiología, adenocarcinoma, cuello del utero, relaciones sexuales. (fuente: DeCS BIREME).

Autor corresponsal: Jorge Ybaseta Medina . **Dirección:** Calle Fermin Tanguis J-152. Ica, Perú. **Teléfono:** (51) 956747971. **Correo electrónico:** jorgeybaseta@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es considerado actualmente como un problema de salud pública y es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en los países subdesarrollados. De acuerdo a Globocan 2008, a nivel mundial el CCU es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) y el séptimo más común a nivel general entre hombres y mujeres (1,2). El 85% de los casos registrados se producen en los países en vías de desarrollo (453 mil casos)(3). Las tasas de incidencia de CCU varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo, así se reportan que las tasas más altas están en las regiones del Este Africano,

específicamente en Zimbabwe y Uganda, con tasas de incidencia estandarizada por edad de 47,3 y 45,8 casos por 100 000 mujeres respectivamente; mientras que las tasas de incidencia más bajas se han encontrado en Israel (población no judía) con 2,4 por 100 000 y en Egipto con 2,1 por 100 000 (4,5,6).

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSa) tiene una curva de incidencia con crecimiento exponencial a partir de los de 35-39 años de edad y un pico a los 55 años. Los estudios de la historia natural de la enfermedad han determinado que la enfermedad permanece en su etapa preinvasora por 10-

-15 años, por lo que se pueden detectar lesiones tempranas del CCU a partir del quinquenio entre 25-29 años (6,7,8).

Entre los factores de riesgo para CCU reportados por diversos estudios incluyen al inicio de las relaciones sexuales a edad temprana (menor a 18 años), múltiples compañeros sexuales, parejas con múltiples compañeras sexuales, las enfermedades de transmisión sexual y el hábito de fumar. Un factor demostrado en los últimos años es la presencia del virus del papiloma humano (VPH) que según datos mundiales está asociado al CCU en 99% de los casos y de los 40 genotipos que infectan el tracto genital femenino y masculino, los dos genotipos de alto riesgo (VPH 16 y 18) son causantes del 70% de CCU y los dos genotipos de bajo riesgo (VPH 6 y 11) del 90% de lesiones benignas. El periodo entre la infección por VPH, la aparición de lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de bajo y alto grado y el CCU infiltrante es de 20 a 30 años, lo que facilita el desarrollo de medidas preventivo promocionales del CCU.

Diversos estudios reportan que el CCU se presenta mayormente en los estratos sociales medio bajo, como consecuencia de la falta de un programa eficiente de control en especial con citología cervical lo cual se evidencia con un diagnóstico tardío 85% tienen cáncer invasor al momento del diagnóstico y 70% son casos de cáncer avanzado con limitadas probabilidades de curación; a su vez, existe una enorme inversión en una estrategia asistencial y pasiva que contrasta con las reiteradas invocaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que los países del Tercer Mundo in-

inviertan sus recursos en campañas de despistaje para diagnosticar el CCU antes de que se vuelva invasor, y pueda ser curado (9,10).

Los estudios y reportes estadísticos sobre el CCU en nuestro país están desactualizados e incluso existe un subregistro, siendo de mayor notoriedad en la Región Ica, donde a consecuencia del terremoto del 15 de agosto del 2007 existe dificultad en hallar registros e historias clínicas problema que alcanza especialmente al hospital donde se realiza el estudio, siendo otra limitante del estudio el que hasta el año 2010 hubo la necesidad de referir pacientes al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas sin estudio anatomopatológico.

Advirtiéndolo las limitantes, se considera importante este estudio para determinar los factores clínicos epidemiológicos vinculados al CCU en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, los resultados que se generen serán de utilidad para evaluar y comparar los cambios actuales y en un futuro, el funcionamiento de una unidad oncológica que orientará mejor las estrategias preventivas promocionales del CCU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos. El universo de estudio estuvo constituido por 46 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino de todas las edades que fueron atendidas en consultorios de ginecología y servicio de emergencia en el período comprendido desde 1998 al 2010 registradas en el servicio de estadística del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Del universo revisado en nuestra serie, 27 mujeres cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron: contar con resultados anatomopatológicos de las biopsias de cérvix y con historias clínicas en el hospital.

Se elaboró una lista tomando como fuente primaria los registros de emergencias, hospitalización y atenciones por consultorio externo las que se complementaron con los datos otorgados por la oficina de estadísticas y archivos del hospital, a fin de detectar todos los casos presentados se obtuvieron las historias clínicas, las que fueron revisadas según los criterios de inclusión y exclusión, estas fueron revisadas en dos oportunidades para obtener los datos solicitados por el instrumento de investigación (ficha de recolección de datos), la cual consigna los datos epidemiológicos (edad, grado de instrucción, nivel socioeconómico, procedencia) y características clínicas del cáncer de cuello uterino.

Para evitar los sesgos de información se tuvo cuidado en el correcto llenado de las fichas

de recolección de datos posteriormente se realizó un cuidadoso proceso en la construcción de la base de datos.

El análisis estadístico se realizó en el programa Microsoft Excel 2000. Se efectuó una descripción estadística de las características sociodemográficas. En caso de las variables cuantitativas (edad materna, peso, talla, etc) se obtuvieron las medidas de resumen correspondientes a su distribución (mediana, media, desviación estándar según sea el caso). En tanto que, para las variables cualitativas se realizó una distribución porcentual (nivel de instrucción, estrato socioeconómico, paridad, gravedad, etc.)

El presente estudio fue revisado y aprobado por la comisión de investigación y la jefatura del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú. No se requirió consentimiento informado por el tipo de estudio.

RESULTADOS

Se realizó el estudio en 27 pacientes que contaron con diagnóstico confirmado con biopsia de cérvix compatible con CCU. Entre las principales características sociodemográficas destacan que: la mayoría tenían una edad mayor de 35 años (77,8%), eran convivientes (40,8%), con nivel de instrucción secundario (48,2%) seguido del nivel primario (29,6%), con ocupación al momento del diagnóstico (66,7%), de procedencia urbana (70,4%), y con nivel socioeconómico medio (44,5%) (Tabla 1).

Entre las características ginecológicas y obstétricas destaca que: el CCU se presentó con más frecuencia en las multigestas (59,3%), múltiparas (55,6%) y secundíparas (40,7%), y en aquellas en que la menarquía se inició después de los 15 años (33,3%) (Tabla 2).

El síntoma más frecuente, hallado en nuestra investigación fue el sangrado post-coital (29,2%) (Figura 1).

Referente a los hallazgos anatomopatológicos de las biopsias de cérvix realizados a 27 pacientes, el 74,1% (20) resulto ser carcinoma invasivo de cérvix, el 14,8% (4) adenocarcinomas de cérvix y el 11,1% (3) carcinomas de células escamosas.

En cuanto al factor de la edad de inicio de relaciones sexuales, el CCU en nuestra serie se presentó mayormente en un inicio precoz entre los 13 y 14 años (para cada caso 18,5%). De igual forma el tener dos parejas fue más frecuente (37,1%) o más de dos parejas sexuales (29,6%). (Tabla 3).

Sobre los antecedentes de importancia las mas frecuentes fueron: antecedente familiar 7,4%, ETS 44,5%, higiene defectuosa 29,6%,

Variable	n	%
Edad (años)		
<19	1	3.7
19-35	5	18.5
>35	21	77.8
Estado civil		
Casado	8	29.6
Conviviente	11	40.8
Soltera	6	22.2
Viuda	2	7.4
G. Instrucción		
Primaria	8	29.6
Secundaria	13	48.2
Superior	6	22.2
Ocupación		
Trabaja	18	66.7
No trabaja	9	33.3
Procedencia		
Urbana	19	70.4
Rural	8	29.6
N. Socioeconómico		
Alto	6	22.2
Medio	12	44.5
Bajo	9	33.3

Variable	n	%
Gravidez		
Nuligesta	0	0
Primigesta	3	11.1
Segundigesta	18	29.6
Multigesta	16	59.3
Paridad		
Nulipara	0	0
Primipara	1	3.7
Segundipara	11	40.7
Multipara	15	55.6
Menarquía (años)		
12	3	11.1
13	4	14.8
14	4	14.8
15	7	25.9
> de 15	9	33.3

uso de meodo anticonceptivo (MAC) 29,6%, consumo de tabaco 14,8% y en cuanto al Papanicolau (PAP) el 85,2% no tuvieron control y sólo un 14,8% presentó controles previos al diagnóstico (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Los reportes anuales de los CCU que hace la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Ica no son precisas, teniendo en cuenta que la región de Ica, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el 2007 tenía una población de mujeres de 358 546 y

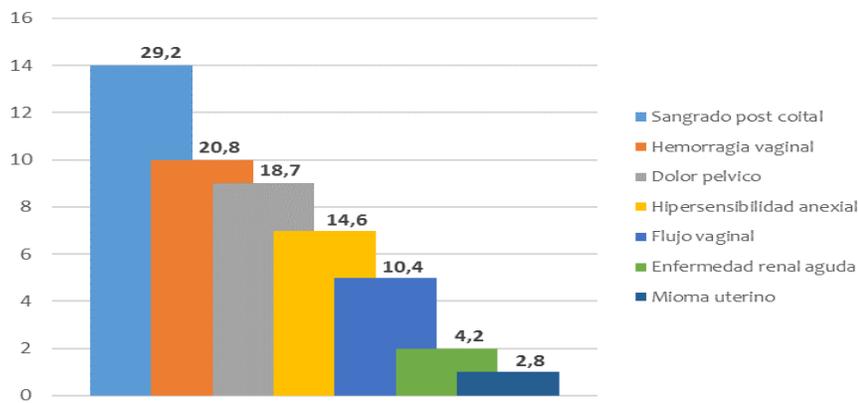


FIGURA 1. Distribución de la sintomatología de los pacientes con CCU

se subregistran los pacientes que vienen de las provincias colindantes de los departamentos de Arequipa, Huancavelica y Ayacucho, asimismo no existe un registro real de pacientes que son referidas o hayan sido atendidas previamente en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Al evaluar la variable edad se halla que los resultados son concordantes con otros autores(11,12,13,14,15) que indican un crecimiento de las tasas específicas de incidencia por grupo de edad a partir de los 30 años hasta alcanzar una máxima en entre los 55 a 59 años, contrariamente Borges(16) hace referencia a un incremento de las citologías alteradas en mujeres menores de 25 años y lo relaciona con el parto en edades tempranas (12).

La frecuencia de CCU fue mayor en mujeres casadas y convivientes, en 1842 Rigoni Stern sentenció que este cáncer se encontraba esencialmente en mujeres casadas, y lo asoció con la actividad sexual (17).

Otros autores(3) comprobaron la influencia del grado de instrucción en el comportamiento de la neoplasia, en las analfabetas altas tasas de incidencia de carcinoma invasor desde muy jóvenes,28 nosotros hallamos una menor frecuencia de casos para el grado de instrucción superior. La escolaridad de las mujeres puede considerarse un elemento decisivo para determinar grupos de riesgo con respecto a este cáncer (17).

La elevada frecuencia del CCU de nuestra serie que procedían del área urbana (70.4%) confirma esta relación descrita por otros autores(18,19) que refieren que las mujeres que viven en zona urbana tienen tres veces más alta prevalencia de CCU que las que viven en zona rural, aunque Herrera(17) reporta que en Costa Rica es más alta en zona rural. Podría explicarse una mayor frecuencia de CCU en pacientes de procedencia urbana por que esta población es nueve veces mayor que la del área rural.

Nuestro estudio describe la relación que existe entre CCU y bajo nivel socioeconómico, ya que se encontró que era más frecuente en nuestras pacientes del nivel medio (44,5%) y bajo (33,3%). A nivel mundial se acepta por consenso que el CCU se asocia a nivel socioeconómico bajo y esta se basa en que el bajo nivel económico condicionaría a una deficiente higiene, inicio precoz de relaciones sexuales, relaciones sexuales más frecuentes, múltiples parejas, matrimonios inestables, mayor promiscuidad, multiparidad, etc. Así como que por el nivel económico bajo ingerirían deficientes nutrientes o micronutrientes originando la disminución del sistema inmunológico sistémico o local del moco cervical(20).

El CCU se presentó en nuestra serie con más frecuencia en las múltiparas como también reporta Cieza Montalvo(12) cuyo promedio de hijos por paciente fue de 5,4 y el 77,3% fueron cáncer avanzado. El rol de la multiparidad como factor de riesgo para la aparición del CCU no está totalmente dilucidado. Runge(11) halló displasia y carcinoma in situ 5 veces más en múltipara que en primíparas y que la frecuencia aumentaba con el número de hijos hasta el punto de ser el doble en la múltipara que en la primípara. Brinton(20) y Bosch(21) se refieren al traumatismo del cuello, durante la labor del parto y sobre todo del labio anterior donde es más frecuente encontrar el CCU. Bosch agrega que a esto puede adicionarse la inmunosupresión de la grávida. Si bien a la multiparidad lo relacionan con el CCU, no se debería a la lesión o infección del cérvix uterino por los partos, sino a la actividad sexual que da como los resultados aquellos embarazos.

En cuanto a la menarquía se relacionó con el CCU cuando ocurría desde los 15 años de edad, contrariamente Hernández Alarcón(13) presenta en su estudio a pacientes que iniciaron la menarquía los 8 años.

El cuadro clínico de nuestra serie presente en el CCU en orden de importancia fue: sangrado post-coital, hemorragia vaginal, dolor pél-

TABLA 3 Inicio de relaciones sexuales (RS) y número de parejas sexuales

Variable	n	%
Inicio de RS (años)		
11	2	7.4
12	2	7.4
13	5	18.5
14	5	18.5
15	4	14.8
16	3	11.1
17	2	7.4
18	4	14.8
Nro. Parejas		
Uno	9	33.3
Dos	10	37.1
Más de dos	8	29.6

TABLA 4 Antecedentes epidemiológicos de los pacientes con CCU

Variable	n	%
Familiar con CCU		
Si	2	7,4
No	25	92,6
Antec. ETS		
Si	12	44,5
No	15	55,5
Higiene defectuosa		
Si	8	29,6
No	19	70,4
Método anticonceptivo		
Si	8	29,6
No	19	70,4
Fuma (tabaco)		
Si	4	14,8
No	23	85,2
Consumo de tabaco (años)		
< a 1	1	3,7
1 a 5	1	3,7
> a 5	3	11,1
No consume	12	81,5
Papanicolau (PAP)		
Si	3	14,8
No	23	85,2

vico, hipersensibilidad anexial y flujo vaginal. En tanto que, Hernández Alarcón(13) lo reporta en el mismo orden en el Hospital Edgardo Rabagliati Martins (HNERM).

En cuanto a los hallazgos anatomopatológicos de las biopsias de cérvix practicadas en nuestra serie, el carcinoma invasivo se presentó en el 25,9% superando largamente la frecuencia de las formas invasivas descrita por otros autores como Herrera(18) que reporta el 14,5% de su serie correspondía a cáncer invasor de un total de 828 pacientes o Becerra(24) que reporta una incidencia de adenocarcinoma de cérvix del 6,5%. En nuestro país aproximadamente el 50% de las mujeres con CCU se diagnostican en etapa avanzada y se mueren más de 150 mujeres por año

siendo una lamentable realidad ya que es una enfermedad prevenible y curable cuando se detecta en estadios tempranos.

Las relaciones sexuales de inicio precoz aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino (21-26), en estudios epidemiológicos (16, 18, 27,28,29,30) se ha observado que el riesgo de CCU aumenta en las mujeres que inician las relaciones sexuales durante la adolescencia concordante con nuestra investigación, se ha sugerido, que el cuello uterino de la adolescente es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito (4).

Con respecto al número de parejas el estudio es congruente con diversas investigaciones (21, 29-32) revisadas donde sostienen que múltiples parejas aumentan el riesgo de CCU, está configurado que la existencia de múltiples parejas, separaciones, divorcios la práctica de la prostitución multiplica el riesgo de cancerización, sugiriéndose la existencia de un factor venéreo como causa de la transformación maligna.

El antecedente de familiar con CCU sólo se presentó en el 7.4% de nuestra serie. Diversos autores señalan mayor riesgo de CCU si existe el antecedente familiar. Mustelier (31) toda mujer con precedentes hereditarios de CCU por primera línea de consanguinidad es 3,5 veces más susceptible a presentar una citología alterada.

Se ha observado que el CCU es más frecuente en mujeres que usan la píldora concordante con otras investigaciones que indican que las pacientes que usan anticoncepción oral desarrollan carcinoma cervical de 4 a 6.7/1000 y las que usan de barrera desarrollan de 1.8 a 3.8/1000, porque las que usan métodos de barrera se protegen de los agentes cancerígenos y las que usan la píldora inician el coito a menor edad, son sexualmente más activas y tiene múltiples parejas sexuales y se ha comprobado que si se usa la píldora anticonceptiva por más de 10 años, el riesgo de CCU se eleva 4 veces más que las no usuarias (28).

El tabaquismo fue relativamente frecuente en nuestro estudio. Se plantea hay una interacción sinérgica entre los PVH y los componentes carcinogénicos del tabaco (16,19,30) Se conoce que la cotinina (metabolito principal de la nicotina), se concentra más en el moco cervical que en el suero de fumadoras (18).

El antecedente de haberse sometido a la prueba de Papanicolaou parece ser un factor protector del carcinoma invasor del cérvix porque permite diagnosticar precozmente las lesiones preneoplásicas, desafortunada-

mente el 85% de pacientes en estudio no tenían control de papanicolaou. En muchos países, sobre todo en los desarrollados con amplia cobertura de PAP de la población, se ha logrado una disminución significativa de la tasa de incidencia del CCU en 91,2%, (28-34) mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de sus lesiones precursoras. Sin embargo dicha cobertura es aún insuficiente en varios países en vías de desarrollo, así en Perú esta cobertura es apenas de 9.9% y la incidencia del CCU sigue en aumento (7,8).

El CCU es una enfermedad con múltiples factores clínicos-epidemiológicos en la que existe la necesidad desarrollar una amplia cobertura de diagnóstico de enfermedades preneoplásicas y neoplásicas periódicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Recomendamos educar a la población para que reconozcan la importancia de evitar exposiciones y hábitos de riesgo, así como tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médicas periódicas para un diagnóstico precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Coalición Mutisectorial** "Perú Contra el Cáncer". Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Lima:Coalición Mutisectorial "Perú Contra el Cáncer"; 2007.
2. **Valdivia M.** Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú. Documento de Trabajo 37. Lima: GRADE; 2002.
3. **Lama A.** Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000.
4. **Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer de Trujillo.** Informe Estadístico 2008. Disponible en: http://www.ligacancertru.org/estadisticas/est_2008.pdf
5. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Estadística: perfil epidemiológico. Lima: INEN; 2006.
6. **Vallejos Sologuren CS.** Presupuesto del Sector Salud año Fiscal 2008. Octubre 2007. Ministerio de Salud del Perú.
7. **American Cancer Society:** Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2009. Also available online. Last accessed September 8, 2009.
8. **Pinillos Aston L.** Coalición de la lucha contra el cáncer. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Lima, Di. 2006.
9. **Papilomavirus humano y riesgo de cáncer cervical.** Congresos y Eventos. Vademécum Bago. 2006.
10. **Diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.** [monografía en Internet] El medico interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad, 2002.
11. **Pérez Castro R y col:** Análisis de algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervicouterino. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 1987; 3 (2): 486-96.
12. **Cieza y col.** Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. Hospital Las Mercedes. Sociedad Peruana de Gineco-obstetricia. 1997(43) 2:102-107
13. **Hernández AR.** Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino-estado actual de la histerectomía radical en el servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rabagliati Martins. Tesis para optar el grado de Gineco-obstetra en la Facultad de Medicina Humana San Fernando-UNMSM.
14. **Larrauri, Maiteder S.** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y correlación citológica, colposcópica e histopatología en pacientes con lesión intraepitelial de bajo y alto grado y carcinoma invasor, de la consulta de patología cervical del Hospital "Dr. Luis Gómez López" 1996-1997. Tesis de Postgrado Medicina UCLA.
15. **Barrionuevo A, Martínez A, Casé M, Manrique M, Brú S, Tarrazó S, Tonelli L, Freytes E.** Factores de riesgo de Cáncer de Cuello Uterino en el Centro de Salud N° 155-Maipú-Argentina.
16. **Borges Laffita M, Sanami Columbie O, Hartman Guilarte A y Teran Palermo S.** Comportamiento de las neoplasias intraepiteliales cervicales en menores de 25 años. Estudio de un año (2002). VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Marzo, 2004.
17. **Alfonso B et al.** Detección del Papilomavirus en muestras cervicales de una población de estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. Rev. Facultad Med. 2003; 26 (3)
18. **Herrera G y col.** Lesiones preneoplásicas de cuello uterino en mujeres menores de 30 años. Arequipa. Sociedad Peruana de Gineco-obstetricia. Enero 1999;45 (1):1-33
19. **Briton LA et al.** Parity as a risk factor for cervical cancer. Am. J. Epidemiol. 1989; 130 (3): 486-96.
20. **Gutiérrez C, Alarcón E.** Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. Departamento de Estadística y Epidemiología del Cáncer, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú. 2000-2004. An Fac med. 2008;69(4):239-43.
21. **Bosch F X y Muñoz N.** Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain. Int. J. Cancer 1992; 52: 750- 8.
22. **León Cruz G, Bosques Diego O y Silveira Pablo M.** Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2004; 30 (3).

23. **Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Singh GK, Cardinez C, Ghafoor A, et al.** Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin.* 2004;54(2):78-93.
24. **Becerra M y col.** Adenocarcinoma de cuello uterino estudio de 648 casos INEN. *Peruana de Gineco-obstetricia.* 1997;43(2):70
25. **Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer de Trujillo.** Informe Estadístico 2008. Disponible em: http://www.ligacancertru.org/estadisticas/est_2008.pdf
26. **Cieza Montalvo JC, Cueva F, Uchiyama E, Linares VH.** Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. *Revista Ginecol. & obstet;*43(2):107-09, ago. 1997.
27. **Wynders, Marchick J, Henson DE.** Correlations between access to mammography and breast cancer stage at diagnosis. *Cancer.* 2005;103(8):1571-80.
28. **Mighishi Mandelblatt J, Gold K, Cagney KA, Kerner J.** Continuity of care and the use of breast and cervical cancer screening services in a multiethnic community. *Arch Intern Med.* 2007;157(13):1462-70.
29. **Rodríguez Salva A, Echevarria Aguilera A, Murta Alonso P y Vázquez González C.** Factores de riesgo del cáncer de cervix en el Municipio Cerro Rev. *Cubana Hig. Epemiol.* 1999 En-Abr; 37 (1).
30. **Millán Vega F, Fernández Alfonso J, Rodríguez López R, y Rodríguez Fernández T.** Estudios de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 2004; 25 (23): 181-9.
31. **Mustelier Despaigne R, Ardenes Castellanos I y Jorge García A.** Algunos factores biológicos asociados con la aparición de Citologías Alteradas. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 2004; 25 (1): 14-8
32. **León Cruz G y Faxas M E.** Cáncer de cuello: Aspectos inmunológicos y genéticos de mayor relevancia. *Rev. Cubana Med.* 2004 Ene - Feb; 43 (1).
33. **Edward S P et al.** Hormonal interaction in Gynecologic malignancies. En: Hopkins W J, Perez C A, Young R C. *Principles and Practice of Gynaecology and Oncology.* 3era. Edition, Lippincott. Williams and Wilkins. 2000: 199-244.
34. **Bosch F X et al.** The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J. Clin. Pathol.* 2002; 55: 244-65 .

FINANCIAMIENTO: Autofinanciado

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA: FPR, FPR y AVY participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Clinical epidemiological factors of cervical cancer in Santa María del Socorro Hospital. Ica, Peru

Objectives: To determine the most frequent cervical (CCU) cancer in the Santa María del Socorro Hospital clinical and epidemiological factors. Ica, Peru. **Material and Methods:** A case series was performed, the patient population was they made up 46 of which 27 patients met the inclusion criteria (biopsy compatible cervix with CCU), diagnosed between 2008 and 2010. We reviewed the medical records and filled sheets corresponding data collection. Data were processed in Microsoft Excel 2000 program the corresponding descriptive statistical analysis was performed based on measures of central tendency, percentages and frequencies. **Results:** The most common epidemiological characteristics were: mean age of 47.2 ± 8.7 years, older than 35 years (77.8%), partners (40.8%), secondary education (48.2%) came from urban areas (70.4%), median family socioeconomic status (44.5%). The pathological findings were invasive carcinomas 25.9% and 74.1% intraepithelial lesions of malignancy. The predominant gynecological and obstetric characteristics were multiparous (59.3%), multiparous (55.6%) and menarche equal to or greater than 15 years (25.9% and 33.3% respectively). The most common clinical symptom was post-coital (29.2%) bleeding. The family history with CCU was 7.4%, and 85.2% had no prior checks with Papanicolaou (PAP). **Conclusions:** The CCU is a disease with multiple clinicosepidemiológicos factors in which there is a need to develop a comprehensive coverage of periodic diagnostic preneoplastic and neoplastic diseases in the population to diagnosis and treatment.

Keywords: *Epidemiology, adenocarcinoma of the cervix, sex.* (source: MeSH NLM)

CITA SUGERIDA.

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. *Rev méd panacea.*2014; 4 (3):61-65.