



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TIPOS DE CÁNCER DE CÉRVIX RELACIONADOS CON MAYOR FRECUENCIA  
AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE 45 -65 AÑOS DE EDAD  
EN EL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS  
DESDE ENERO DEL 2018 – JULIO DEL 2019.**

**AUTORES:**

JULIO IGNACIO CAMACHO ZAMBRANO.

CARLOS FELIPE PEZANTES ORELLANA.

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO.**

**TUTOR:**

WALTER LUIS ANDRADE MENDOZA

**Guayaquil, Ecuador**

**3 DE MAYO DEL 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

### CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Julio Ignacio Camacho Zambrano** y **Carlos Felipe Pezantes Orellana**, como requerimiento para la obtención del Título de **médico**.

### TUTOR(A)

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Andrade Mendoza Walter Luis**

### DIRECTOR DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.**

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Julio Ignacio Camacho Zambrano**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al virus del papiloma humano en mujeres de 45 -65 años de edad en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos desde enero del 2018 – julio del 2019**, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los tres días del mes de mayo del año 2020**

**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**Julio Ignacio Camacho Zambrano**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Carlos Felipe Pezantes Orellana**.

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al virus del papiloma humano en mujeres de 45 -65 años de edad en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos desde enero del 2018 – julio del 2019**, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los tres días del mes de mayo del año 2020**

**EL AUTOR (A)**

f.   
\_\_\_\_\_

**Carlos Felipe Pezantes Orellana.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Julio Ignacio Camacho Zambrano**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al virus del papiloma humano en mujeres de 45 -65 años de edad en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos desde enero del 2018 – julio del 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 3 de mayo 2020.**

f. \_\_\_\_\_

**Julio Ignacio Camacho Zambrano.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Carlos Felipe Pezantes Orellana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al virus del papiloma humano en mujeres de 45 -65 años de edad en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos desde enero del 2018 – julio del 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 3 de mayo 2020.**

f.   
\_\_\_\_\_

**Carlos Felipe Pezantes Orellana.**

## REPORTE DE URKUND



### Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS PEZANTES Y CAMACHO. FINAL 1. 30-03-2020.docx (D67600292)  
**Submitted:** 4/5/2020 9:00:00 PM  
**Submitted By:** car\_96p\_@hotmail.com  
**Significance:** 2 %

#### Sources included in the report:

Vareles Arreaga Karla Liliana y Velez Cojitambo Carlos Vicente Relación entre el nivel de información y la incidencia de infección por VPH en el HTMC.docx (D63385196)

#### Instances where selected sources appear:

5

**Julio Ignacio Camacho Zambrano**

**Carlos Felipe Pezantes Orellana**

## **DEDICATORIA.**

Esta investigación realizada con perseverancia imparable, al igual que toda nuestra carrera estudiantil, va dedicada a nuestros familiares presentes en esta. Eternamente agradecidos.

J. I. Camacho Zambrano y C. F. Pezantes orellana.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradecemos a Dios, a nuestra familia y maestros por esta gran dedicación a mantenernos siempre al margen de nuestros sueños y conocimientos.

J. I. Camacho Zambrano y C. F. Pezantes orellana.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Xavier Francisco Landívar Varas**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Venegas Arteaga Carlos Alfredo**

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTOS.....	IX
RESUMEN.....	XIII
PALABRAS CLAVES.....	XIII
SUMMARY.....	XIV
KEYWORDS.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
Cáncer de Cérvix.....	3
1.1 Cuello uterino.....	3
1.2 Definición de Neoplasia.....	3
1.3 Epidemiología.....	4
1.4 Clasificación.....	4
1.5 Fisiopatología.....	4
1.6 Tipos de cáncer de cérvix.....	6
1.7 Diagnóstico.....	7
1.8 Tratamiento.....	7
1.9 Pronóstico.....	8
1.10 Recomendaciones.....	8
1.11 Factores de riesgo.....	10
Virus del Papiloma Humano.....	11
2.1 Definición.....	11
2.2 Fisiopatología.....	12
2.3 serotipos.....	12

2.4 Pruebas Diagnosticas .....	13
2.5 Tratamiento.....	13
3. Vacunas contra el VPH. ....	14
MATERIALES Y METODOS. ....	15
OBJETIVO GENERAL. ....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
HIPOTESIS.....	15
UNIVERSO. ....	15
MUESTRA. ....	16
CRITERIOS.....	16
INCLUSIÓN. ....	16
EXCLUSIÓN. ....	16
OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	16
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	17
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	17
CONSIDERACIONES BIOETICAS. ....	17
ANALISIS Y RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN. ....	23
CONCLUSIÓN. ....	24
RECOMENDACIONES. ....	25
BIBLIOGRAFÍA. ....	26

## **RESUMEN.**

El tipo de cáncer de cérvix más frecuente es el carcinoma de células escamosas en mujeres con un rango de edad de 47 años. En nuestra investigación tomamos 100 mujeres de un rango de edad de 45 a 65 años con diagnóstico de cáncer de cérvix, el universo completo estuvo en constante observación de sus bases de datos. Se observó que el 82% de nuestra población tuvo carcinoma de células escamosas a diferencia del adenocarcinoma que solo tuvo el 18%. El rango de edad con mayor cantidad de diagnóstico del cáncer, independientemente del tipo, fue de 56 a 60 años en un 36%. Se pudo observar que la patología se manifestó más en pacientes con sobrepeso u obesidad a comparación de las pacientes con peso normal.

## **PALABRAS CLAVES.**

Adenocarcinoma, Cáncer, Sobrepeso, Cérvix, Útero, Carcinoma.

## **SUMMARY.**

The most common type of cervical cancer is squamous cell carcinoma in women with an age range of 47 years. In our research we took 100 women from an age range of 45 to 65 years with a diagnosis of cervical cancer, the entire universe was under constant observation of their databases. It was observed that 82% of our population had squamous cell carcinoma unlike adenocarcinoma, which only had 18%. The age range with the highest amount of cancer diagnosis, regardless of type, was 56 to 60 years in 36%. It was observed that the pathology manifested itself more in patients with overweight or obesity compared to patients with normal weight.

## **KEYWORDS.**

Adenocarcinoma, Cancer, Overweight, Cervix, Uterus, Carcinoma.

## **INTRODUCCIÓN.**

La transmisión sexual, que venía acompañada como factor de riesgo para el cáncer uterino, fue recién descrita por primera vez desde 1842 por el médico Domenico Rigoni-Stern, pero recién en 1907 Giuseppe Ciuffo descubrió el origen infeccioso de las verrugas. Ya a finales de 1983 se relacionó fuertemente a la infección por VPH como causa de cáncer cérvico uterino y fue por que el VPH16 fue exitosamente aislado en el 60% de las muestras que extrajo Harald zur Hausen. (1)

Por lo tanto, dicho médico, Harold zur Hausen fue el ganador del premio Nobel denominado como el pionero en la investigación de los VPH relacionados con el cáncer. Ciertamente, la Hipótesis de Hausen no era atractiva para la comunidad de médicos de la época, por ello Hausen, para analizar su hipótesis, comenzó una gran búsqueda de VPH en cualquier tipo de lesiones cervicales. Mediante ensayos demostraron que los virus que aislaron de las diferentes muestras clínicas no eran todos idénticos, fue de esa manera que decidieron clasificarlos por tipos, de los que hoy conocemos, en 1, 2, 3, 4 y así de forma sucesiva mediante se iban descubriendo. (1)

El punto decisivo ocurrió en 1983, cuando Dürst, Gissman y otros colaboradores de zur Hausen aislaron el VPH16 y un año después el VPH18, a partir de muestras de CaCu. Más adelante se demostró que 60% a 70% de las mujeres con CaCu presentaba estos 2 tipos virales. (1)

## **MARCO TEÓRICO.**

### **Cáncer de Cérvix.**

#### **1.1 Cuello uterino.**

Estructura anatómica femenina compuesta de parte interna y externa, ectocérvix y endocérvix respectivamente. Al momento de la exploración vaginal o examen físico observaremos el ectocérvix el cual además se encuentra cubierto de epitelio escamoso maduro que cubre hasta la pared vaginal alrededor. El endocérvix en cambio se encuentra cubierto de epitelio cilíndrico secretor de moco, existe un punto de unión entre ambos tipos de epitelios el cual se conoce como unión escamo cilíndrica, el sitio exacto donde se encuentra este punto no es de fácil determinación ya que cambia según varios aspectos como la edad o influencia hormonal, pero eventualmente llega a la parte superior del conducto endocervical (1)(2).

#### **1.2 Definición de Neoplasia.**

Neoplasia, hace alusión al crecimiento nuevo de cualquier tejido en el cuerpo, en un principio esto suena como parte del desarrollo natural del cuerpo de una persona, pero es a partir de esta nueva formación que aparecen los distintos tipos de cánceres. Dar una definición exacta a la palabra es complicado, el oncólogo británico Willis la definió de la siguiente manera "masa anormal de tejido con crecimiento excesivo y desorganizado, en relación con el tejido sano, que persiste de forma exagerada a pesar del cese de estímulos que originaron dichos cambios". Actualmente nos referimos a células que presentan mutaciones que les permiten crecer de forma inadecuada y actuar de manera independiente al resto del cuerpo, a pesar de que el mismo cuenta con mecanismos reguladores de crecimiento celular, estas mutaciones les han brindado resistencia a las células. Los tumores tienen dos componentes: el parénquima, que es el lugar donde encontramos todas las células neoplásicas y el estroma reactivo que es la formación de tejido conjuntivo, irrigación sanguínea, y varias células del sistema inmune por parte innata y adaptativas (3).

### **1.3 Epidemiología.**

Mundialmente, el cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte en pacientes de sexo femenino, con un 80% de pacientes provenientes de países subdesarrollados, debido a los bajos recursos destinados a la salud pública en estos países y a la prevención de este cáncer. La edad media establecida mundialmente es 47 años, sin embargo, no olvidar otros grupos de edad ya que bastantes pacientes provienen de esos grupos y a su vez los mismos influyen a otro tipo de estadísticas, teniendo en cuenta que la enfermedad también aparece en mujeres mayores de 55 años y está aporta de manera negativa en la mortalidad porque presentan casos mucho más avanzados al momento de su diagnóstico (4)(5).

### **1.4 Clasificación.**

Sistema de clasificación de lesiones intraepiteliales precursoras de tumores cervicales escamosos, solía dividirse en displasia leve, moderada, grave y carcinoma in situ. Debido a que en la terapéutica las decisiones solo pueden ser dos, observación del paciente o tratamiento quirúrgico, se tomó la decisión de agruparlos en solo dos grupos el CIN1 o displasia leve se mantendría como lesión de bajo grado; en cambio el CIN2 y 3 serían los de lesión de alto grado, por ende su decisión terapéutica sería quirúrgica (3). Los estadios del carcinoma cervical son los siguientes: el cero es el in situ, el primero es carcinoma limitado a cuello del útero, el segundo carcinoma que avanza del cuello pero no llega a la pared pélvica, el tercero carcinoma con extensión a la pared pélvica y cuarto con extensión más allá de pelvis verdadera (6).

### **1.5 Fisiopatología.**

La displasia es el termino utilizado en una serie de variaciones patológicas del epitelio cervical que evolucionan a partir de procesos reparativos y se pueden extender hasta incluir el carcinoma in situ y aun un porcentaje de estas evoluciona a carcinoma invasor. El termino para estas neoplasias es la de neoplasia intraepitelial cervical "NIC"

que tienen sus grados desde I al III, para significar que el proceso tiene como una de sus características esenciales la evolución con el paso de una a otra etapa. se ha acordado en llamar a NIC I a la displasia mas leve y NIC III a la displasia mas severa, incluyendo en ella al carcinoma in situ (7).

Comprende generalmente lesiones que son secuelas de procesos inflamatorios en los cuales las células muestran transformaciones que las hacen atípicas y sugieren la aparición de lesión maligna. Usualmente no hay síntomas por esta lesión si acaso un episodio de sinusorragia ocasional y el cuello tiene una apariencia normal o es poco hipertrófico y congestivo (7).

Los criterios histológicos que sirven para diferenciar las displasias se refieren a la forma y tamaño de las células a la diferenciación y a la presencia de puentes intercelulares, así como al grado de madurez celular y a la orientación en relación con la superficie del epitelio. También es de valor la interacción del epitelio pavimentoso con el tejido conjuntivo, especialmente por la formación de ejes conjuntivo-vasculares que se dirigen del corion hacia el epitelio pavimentoso y en ocasiones lo rompen para colocarse en la superficie. Otro punto es el de la relación del epitelio pavimentoso con las glándulas de la zona transformación. Se considera que los tres cambios mas importantes que caracterizan la displasia son (7)(8):

- Anomalías en la maduración, con disminución marcada o ausencia de glucogeno.
- Anomalías de los núcleos y de las mitosis.
- Congestión y formación de neovasos en el tejido conjuntivo.

La infección por el virus del papiloma humano esa fuertemente asociada con el desarrollo de displasia, NIC y cáncer del cuello uterino. Ya se vio el papel de los subtipos 16 y 18; los subtipos 6, 11, 42, 43 y 44 se asocian generalmente con el NIC I, y por ello se llaman virus de bajo riesgo oncogénico (7).

La mayoría de los carcinomas escamos-celulares del cuello uterino se originan a partir de una lesión preinvasora, después de un largo periodo de latencia. No todas de ella se comportan así: mas o menos un tercio de todos los grados de NIC regresan, 40% persisten y solo un 25% progresan. De estas, el 10% pasan a carcinoma in situ y 1% a carcinoma invasor. La presencia de ADN de alto riesgo oncogénico aumenta marcadamente el riesgo de que se produzca un carcinoma invasor. Las lesiones preinvasores pueden ser unifícales o multifocales y con grados variables de severidad histológica; las ultimas generalmente se originan en una lesión precursoras del cáncer cervical, ha permitido una detección oportuna y una curación en una alta proporción de casos. Sin embargo, aún se encuentran una gran cantidad de mujeres que nunca se han hecho una citología o que hace mas de cinco años que se hicieron la última. Es más, se ha encontrado que en mujeres mayores de 60 años la regularidad para hacerse la citología disminuye marcadamente, por la creencia que existe de que a esa edad ya no aparece esta enfermedad. Por esta razón, se ha visto un aumento en la ocurrencia de nuevos casos en mujeres de 60 años y más (7)(8).

### **1.6 Tipos de cáncer de cérvix.**

Los cánceres de cuello uterino se clasifican según su aspecto en el laboratorio con un microscopio. Los principales tipos de cánceres cervicales son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma (9).

La mayoría (hasta 9 de cada 10) cánceres cervicales son **carcinomas de células escamosas**. Estos cánceres se desarrollan a partir de células en el exocérvix. Los carcinomas de células escamosas comienzan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérvix se une al endocérvix) (9).

La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas son cánceres que se desarrollan a partir de células glandulares. El

adenocarcinoma cervical se desarrolla a partir de las células de las glándulas productoras de moco del endocérvix (8)(9).

Con menos frecuencia, los cánceres cervicales tienen características tanto de carcinomas de células escamosas como de adenocarcinomas. Estos se llaman carcinomas mixtos (9).

Aunque casi todos los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas o adenocarcinomas, también se pueden desarrollar otros tipos de cáncer en el cuello uterino. Estos otros tipos, como el melanoma, el sarcoma y el linfoma, se presentan con mayor frecuencia en otras partes del cuerpo (9).

## **1.7 Diagnóstico**

Importante al momento de tomar la decisión terapéutica, incluso con uno oportuno podría llegar a un completo control del crecimiento tumoral, por ende, es primordial el uso de todos los métodos disponibles de manera oportuna y a la vez de requerir de alto nivel de adiestramiento para el correcto estadiaje de la enfermedad (10).

### **1.7.1 Examen físico**

Se lo debe realizar en cualquier mujer con sintomatología presente que sugiera la presencia de un proceso neoplásico. La observación directa mediante uso de espejito, nos revela las condiciones del cérvix. Cualquier tipo de lesión sea esta friable, crecimiento o tipo condilomatosa debe ser biopsiada (11).

### **1.7.2 Colposcopia y biopsia cervical**

En ocasiones tiene doble uso, diagnóstico y terapéutico.

### **1.7.3 Diagnóstico diferencial**

Realizar un adecuado examen físico para diferenciar de otras patologías como la cervicitis, la mayoría de las mujeres presentan sangrado transvaginal post coito.

## **1.8 Tratamiento**

El tratamiento se va a realizar dependiendo del estadio en el que se encuentre la enfermedad, es necesario el correcto diagnóstico y estadiaje para determinar la mejor terapéutica, ya que esta puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia o la combinación de todas ellas o algunas de ellas (12).

### **1.9 Pronóstico**

El pronóstico de los pacientes dependerá del estadio y el tratamiento dependerá, aunque existan estadísticas que determinan que entre más avanzado el estadio peor pronóstico tendrá, en ocasiones no son precisas y las pacientes logran salir adelante (13).

### **1.10 Recomendaciones**

El Cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en mujeres, entre los 35 y 64 años en todo el mundo por eso las recomendaciones para la prevención de esta patología es muy importante en nuestro medio. (14)

En los países más desarrollados, la aplicación de medidas preventivas y programas organizados basados en la citología han logrado disminuir de una manera muy significativa la incidencia y los casos de mortalidad por cáncer de cérvix. Al contrario de los países latinoamericanos donde se incluye nuestro País que han implementado estos tipos de medidas preventivas han tenido varias limitaciones para alcanzar de una manera significativa la reducción de la incidencia y mortalidad. (14)

Las principales de estas limitaciones son: baja cobertura de mujeres tamizadas, bajo porcentaje de mujeres que han tenido un examen de Papanicolaou (PAP) anormal y han sido seguidas y tratadas de una manera adecuada y efectiva, sensibilidad entre los grados baja y moderada lo cual obliga a realizar frecuentes repeticiones del tamizaje para disminuir a los falsos negativos, todos estos factores son los que han contribuido a la baja efectividad de la prevención basada en la citología. (15)

El U.S. Preventive Services task force en este año 2019 publico la tabla actualizada de recomendaciones: (16)

Población	Recomendaciones	Grado
Mujeres de 21 a 65 años	El USPSTF recomienda la detección del cáncer de cuello uterino cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. para las mujeres de 30 a 65 años de edad, el USPSTF, recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con pruebas de alto riesgo del virus del papiloma humano (hrHPV) sola, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología	A
Mujeres mayores de 65 años	El USPSTF recomienda no realizar pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 65 años que se hayan sometido a pruebas de detección	D

	previas adecuadas y que de otro modo no tengan un alto riesgo de cáncer de cuello uterino	
Mujeres menores de 21 años	El USPSTF recomienda no realizar pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 21 años	D
Mujeres que se han sometido a una histerectomía	La USPSTF recomienda no realizar pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en mujeres que se han sometido a una histerectomía con extirpación del cuello uterino y no tienen antecedentes de una lesión precancerosa de alto grado (es decir, neoplasia intraepitelial cervical (CIN) grado 2 o 3) o de cáncer de cuello uterino.	D

### 1.11 Factores de riesgo.

Es necesario recordar que, dentro de los factores, como ya se dijo anteriormente es una vida sexual activa desde temprana edad. También debido a esto, Smith et al. en

su investigación de *“El aumento de la incidencia de adenocarcinoma en relación con carcinoma de células escamosas del cuello uterino”* concluyeron que, en los últimos 24 años, la incidencia de todos los cánceres de cuello uterino y carcinoma de células escamosas ha seguido disminuyendo. Sin embargo, la proporción de adenocarcinoma en relación con el carcinoma de células escamosas y con todos los cánceres cervicales se ha duplicado, y la tasa de adenocarcinoma por población en riesgo también ha aumentado, pero que las prácticas actuales de detección son insuficientes para detectar una proporción significativa de lesiones precursoras de adenocarcinoma (17). Otro factor de riesgo que se sospechaba en la investigación de Green et al. fue de que la obesidad o sobre peso en estas mujeres diagnosticadas eran también algo común en la enfermedad, pero se concluyó que no se observaron relación entre el peso autoinformado o el índice de masa corporal (1 año antes del diagnóstico) y el riesgo de células escamosas o adenocarcinoma del cuello uterino (18).

## **Virus del Papiloma Humano**

### **2.1 Definición**

El Virus papiloma humano (VPH) es una partícula química de ADN de doble cadena sin envoltura si no con un núcleo capsida proteica icosaédrica con 72 capsómeros y pertenece a la familia Papovaviridae que afecta células escamosas del epitelio del tracto genital bajo afecta vagina, vulva, cuello uterino y ano, así como al epitelio oral y nasal. El VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común del mundo y la más frecuente en América, la incidencia en todo el mundo es del 10% y con un riesgo de infección del 50 – 80 % durante toda la vida. Actualmente 20 millones de personas están infectadas y se estima que existirán más de 6 millones de nuevos casos al año, se sugiere además que tres de cada cuatro personas que tienen relaciones sexuales se infectarán en algún tiempo de sus vidas. (19)

## **2.2 Fisiopatología**

El Virus del Papiloma Humano debe estar presente para que ocurra la infección y se produzca el cáncer de cuello uterino. Las mujeres que llevan una vida sexualmente activa tienen un mayor porcentaje de infectarse con el Virus del Papiloma Humano y desarrollar el cáncer de cuello uterino. Pero generalmente el 90% de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas en meses o pocos años sin dejar secuelas, aunque algunos informes citológicos afirman que a los 2 años después de producirse la infección se evidenciara una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. En promedio solo el 5% de las infecciones por VPH desarrollaran lesiones de grado 2 o 3 de CIN (El precursor del cáncer cervical reconocido) durante los 3 años luego de la infección con el VPH, solo el 20% de las lesiones CIN 3 progresan a cáncer cervical invasivo dentro de los 5 años y solo el 40% de las lesiones CIN 3 progresan a cáncer cervical invasivo a los 30 años. (19)(20)

## **2.3 serotipos**

El virus del papiloma humano es un virus ADN que presenta una afinidad por las mucosas, se han se han identificado y clonado más de 115 genotipos diferentes de VPH que afectan al tracto ano- genital y de acuerdo a su actividad oncogénica se han clasificado como de bajo riesgo oncogénico principalmente el VPH 6 y VPH 11 que se asocian a las verrugas y condilomas genitales y los VPH de alto riesgo oncogénico, siendo los que más han sido relacionados a los hallazgos de lesiones neoplásicas cervicales premalignas y malignas son los genotipos VPH16 y VPH 18 y entre otros como el VPH 8. (20)

Un gran estudio multinacional de cáncer de cuello uterino encontró que más del 90% de todos los cánceres de cérvix son causados por 8 tipos de VPH: los tipos 16,18 y 45 están relacionados en el 94 % de los adenocarcinomas cervicales siendo el genotipo VPH 16 el de mayor magnitud de riesgo de cáncer de cérvix. (20)

## **2.4 Pruebas Diagnosticas**

El diagnóstico del Virus del Papiloma Humano se basa en una serie de pruebas diagnósticas que nos llevara a confirmar la existencia o no de la infección de este virus. (21)

1. La primera prueba diagnóstica comienza con la citología de cérvix.
2. Los resultados positivos deben llevar a la colposcopia y las biopsias con ulterior estudio de la neoplasia intraepitelial cervical (CIN), incluyendo procedimientos de escisión. (21)
3. Si la evaluación patológica después de la escisión o conización electro quirúrgica de bucle sugiere cáncer invasivo con márgenes positivos, la paciente debe ser referido a un oncólogo ginecológico. (21)
4. Las pacientes con lesiones cervicales sospechosas o muy anormales en el examen físico deben someterse a biopsia independientemente de los hallazgos citológicos. Una vez establecido el diagnóstico, se debe pedir un hemograma completo y químicas séricas de función renal y hepática para buscar anomalías de una posible enfermedad metastásica, y los estudios de imagen deben realizarse para fines de estadificación. (21)

## **2.5 Tratamiento**

El tratamiento del VPH consiste en la eliminación y disminución de aparición de las Verrugas Genitales y los síntomas que se presentan debido a este virus, el paciente se queja de ardor y prurito o podría existir una sobre infección de la lesión. La observación a veces suele ser la mejor opción, pero hay que tener en cuenta que el porcentaje de reaparición es muy alto y puede llegar hasta un 30% y aun sin tratamiento las verrugas y lesiones suelen resolverse espontáneamente. hay que recordar que la eliminación de las verrugas no está dirigida para la eliminación de la infección del Virus del Papiloma Humano. (22)

Los tratamientos disponibles para estos tipos de lesiones están clasificados por: El mecanismo de acción del medicamento o fármaco administrado, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. es primordial establecer el tratamiento de las verrugas genitales por su forma, el número de verrugas y su localización anatómica. (22)

Las verrugas en áreas húmedas o en áreas intertriginosas es más eficaz y más probable que respondan a un tratamiento local, las verrugas que son pediculadas son más fáciles de extirpar con una simple escisión en la interfase de la verruga y la piel sana, en el caso de Verrugas numerosas y muy queratinizadas requerirán con frecuencia una terapia ablativa. (22)

### **3. Vacunas contra el VPH.**

Las características particulares de las vacunas contra el VPH son:

- Vacuna tetravalente VPH6, 11, 16 y 18. El esquema de vacunación es con fecha 0, 2 y 6 meses después de la dosis inicial. (23)

- Vacuna bivalente VPH16 y 18. Permite la protección e inducción de altos y prolongados títulos de anticuerpos, además de un aumento de la inmunidad mediada por células. Su protocolo de administración es la aplicación de una dosis con fecha 0, 1 y 6 meses, después de la dosis inicial. (24)

En las mujeres sin infección previa ni actual por los genotipos de VPH presentes en esas vacunas, ambas proporcionan una protección > 90% frente a la infección persistente por VPH durante periodos de hasta 5 años tras la vacunación (el máximo tiempo de seguimiento en los estudios realizados). (24)

Sin embargo, las vacunas anti-VPH no eliminan el riesgo de CaCu, siguen siendo necesarias pruebas de detección de esta neoplasia para reducir al mínimo su incidencia. (20) (25)

Un mes después de la tercera dosis de la vacuna contra VPH, cerca de 100% de las mujeres con edades entre 15 a 26 años, presentan anticuerpos detectables para cada

genotipo del VPH, en concentraciones de 12 a 26 veces más altas que aquellas que se registran en pacientes sin infección previa. (24) (25).

## **MATERIALES Y METODOS.**

- PAP.
- Colposcopia.
- Biopsia.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Exponer el número de casos de pacientes con infección de virus de papiloma humano que desarrollaron los distintos tipos de cáncer de cérvix y fueron diagnosticados en el hospital de los ceibos entre el 2018 y 2019 para conocer la frecuencia de aparición de cada tipo de cáncer.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Obtener el registro de pacientes a través del cie 10 de la enfermedad, una vez diagnosticados.
- Actualizar datos epidemiológicos de la enfermedad en nuestro medio.
- Identificar una media de edad entre las mujeres del grupo etario seleccionado.
- Determinar sobre el aumento o disminución en la prevalencia de la enfermedad asociada a la infección por virus de papiloma humano en los años 2018 y 2019.
- Relacionar el índice de masa corporal por grupos con los tipos de cáncer de cérvix estudiados.

### **HIPOTESIS.**

La mayoría de los casos de cáncer de cérvix empiezan en la edad promedio de 55 a 60 años.

### **UNIVERSO.**

En el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos se adquiere la información de nuestra investigación, mujeres entre 45 a 65 años de edad con diagnóstico de

cáncer de cérvix durante el periodo comprendido entre el mes de enero del 2018 – Julio del 2019 tendidas en el área de consulta externa y hospitalización de Gineco-Obstetricia.

### **MUESTRA.**

De manera Observacional, se incluyó a 100 pacientes de manera aleatoria con diagnóstico de cáncer de cérvix (CIE 10: C53) cumpliendo con los respectivos criterios de inclusión de la investigación.

### **CRITERIOS.**

#### **INCLUSIÓN.**

- Edad: 45 – 65 años.
- Patología: positiva para Cáncer de cérvix.
- Antecedentes de virus de papiloma humano.

#### **EXCLUSIÓN.**

- Edad: < 45 – > 65 años.
- Patología: negativo para Cáncer de cérvix.
- Sin Antecedentes de virus de papiloma humano.

### **OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

<b>NOMBRE VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>EDAD</b>	Objetiva unidimensional	CUANTITATIVA	CONTINUA
<b>TIPO DE CÁNCER.</b>	Objetiva unidimensional	CUALITATIVA	NOMINAL

<b>GENOTIPIFICACIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.</b>	Objetiva unidimensional	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>IMC</b>	Objetiva  Bidimensional	CUANTITATIVA	CONTINUA

### **INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**

- Historias clínicas para revalidar y confirmar información.
- Excel para tabulación
- SPSS para creación de cuadros estadísticos.

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

El estudio por realizar es de tipo observacional indirecta, debido a que simplemente se recogerá la información de las historias clínicas pasadas y no se va a realizar ni un tipo de manipulación en el tratamiento de parte de los estudiantes que realizan el estudio.

Se analizarán los datos de todas las mujeres con infección del virus del papiloma atendidas en el área de consulta externa del servicio de Ginecología, centro de atención IESS Ceibos desde enero del 2018 – Julio del 2019.

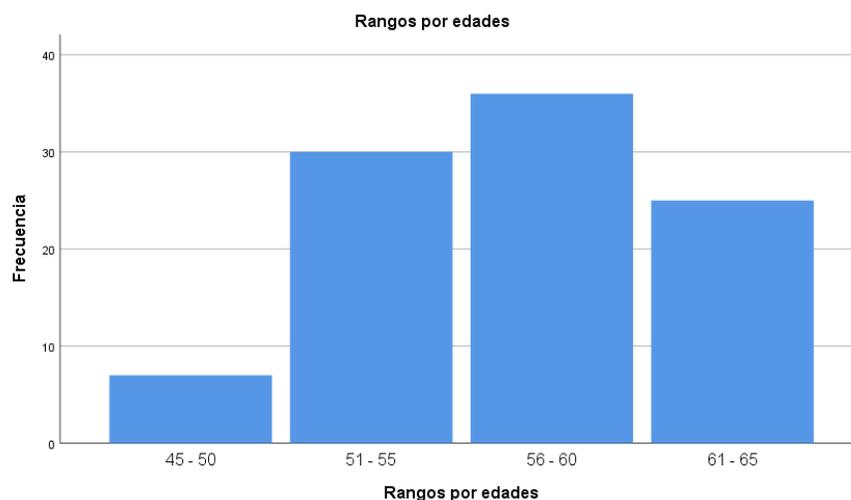
### **CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.**

El presente estudio es un tipo de investigación sin riesgo, se llevará a cabo por la observación historias clínicas disponibles en la base de datos estadísticos de la consulta externa del servicio de Ginecología, centro de atención IESS Ceibos desde enero del 2018 – Julio del 2019.

Se solicitó también el permiso al sistema computacional y al departamento de Estadística, para poder revisar las historias clínicas, datos de laboratorio e informes de

los diagnósticos de cada uno de los pacientes indicando que el estudio no expondrá a ningún riesgo para estas mujeres que padecen de la enfermedad.

## ANALISIS Y RESULTADOS.



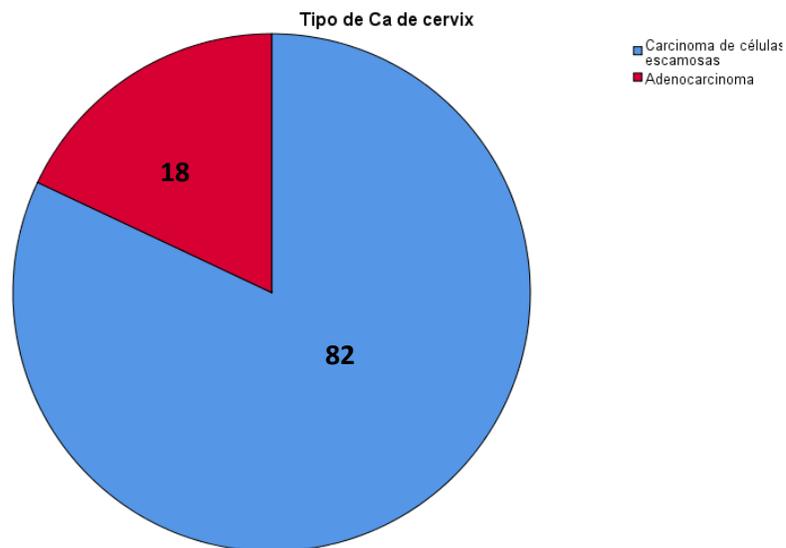
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 45 - 50	7	7.0	7.0	7.0
51 - 55	30	30.0	30.0	37.0
56 - 60	36	36.0	36.0	73.0
61 - 65	27	27.0	27.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Tabla 1 y gráfico 1. Rango de edad con mayor incidencia de cáncer de Cérvix

Creado por: C. Pezantes y J. Camacho

Fuente de información: Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos

En esta tabla y gráfico se determina que los rangos de edad con mayor prevalencia de Di65 añoso fueron pacientes con rangos de 56-60 años de edad (36%), seguido del grupo de 51-55 años (30%) y en tercer lugar mujeres entre 61-65 años (27%).

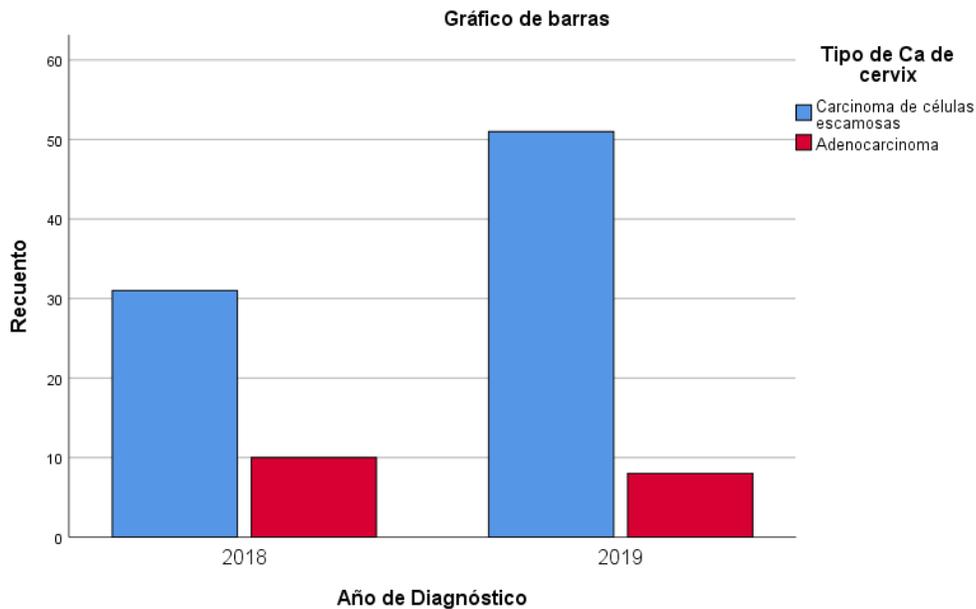


		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	Carcinoma de células escamosas	82	81.2	82.0	82.0
	Adenocarcinoma	18	17.8	18.0	100.0
	Total	100	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		101	100.0		

**Tabla 2 y gráfico 2. Casos diagnosticados de cáncer de cérvix durante el año 2018 - 2019**

**Creado por:** C. Pezantes y J. Camacho

**Fuente de información:** Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos



El siguiente gráfico de pastel muestra el acumulado de número de casos diagnosticados durante el año 2018 y 2019, dando como resultado 82 casos nuevos de carcinoma de células escamosas y 18 casos nuevos de adenocarcinoma.

**Tabla cruzada Año de Diagnóstico y Tipo de Ca de cervix**

Recuento

		Tipo de Ca de cervix		
		Carcinoma de células escamosas	Adenocarcinoma	Total
Año de Diagnóstico	2018	31	10	41
	2019	51	8	59
Total		82	18	100

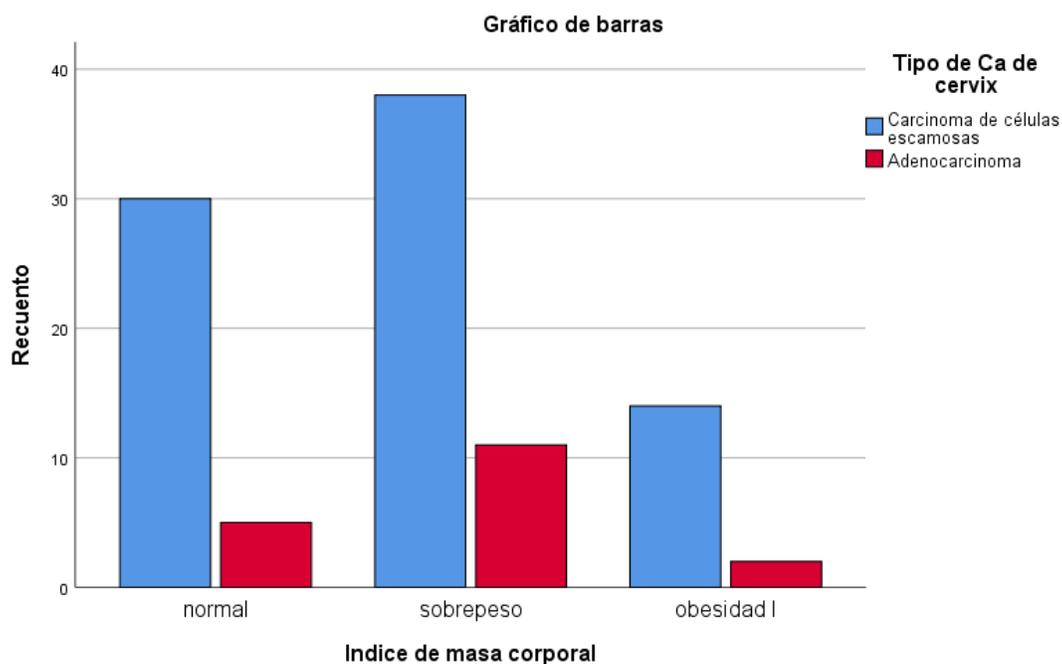
**Tabla 3 y gráfico 3. Prevalencia de casos de acuerdo al tipo de Cáncer de Cérvix**

**Creado por:** C. Pezantes y J. Camacho

**Fuente de información:** Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos

En la tabla 2 se puede observar un aumento de 20 casos (31 en 2018 vs. 51 en 2019) en el año en cuanto a la prevalencia de carcinoma de células escamosas. El

adenocarcinoma tuvo similar prevalencia en la muestra de los 2 años estudiados (10 en 2018 vs. 8 en 2019).



**Tabla cruzada Índice de masa corporal y Tipo de Ca de cérvix**

		Tipo de Ca de cérvix		Total	
		Carcinoma de células escamosas	Adenocarcinoma		
Índice de masa corporal	normal	Recuento	30	5	35
		% del total	30.0%	5.0%	35.0%
	sobrepeso	Recuento	38	11	49
		% del total	38.0%	11.0%	49.0%
	obesidad I	Recuento	14	2	16
		% del total	14.0%	2.0%	16.0%
Total	Recuento	82	18	100	
	% del total	82.0%	18.0%	100.0%	

**Tabla 4 y gráfico 4. Relación del IMC con la prevalencia de los tipos de cáncer de cérvix**

**Creado por:** C. Pezantes y J. Camacho

**Fuente de información:** Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos

En el grafico se puede identificar que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix tipo carcinoma de células escamosas tuvieron un IMC compatible con sobrepeso (38%), lo mismo se pudo observar con las pacientes que padecían del tipo adenocarcinoma de cérvix (11%). Entonces podemos relacionar que existe una mayor prevalencia de cáncer de cérvix ligada a estados de sobrepeso en la muestra estudiada.

## **DISCUSIÓN.**

Según lo que indica Welch HG et al. en su recopilación de casos en *Epidemiologic Signatures in Cancer*, información más actualizada (2019) es que la edad media establecida mundialmente es 47 años, sin embargo, recalca de no olvidar otros grupos de edad ya que bastantes pacientes provienen de esos grupos y a su vez los mismos influyen a otro tipo de estadísticas, teniendo en cuenta que la enfermedad también aparece en mujeres mayores de 55 años y está aporta de manera negativa en la mortalidad. Esto quizá marca la diferencia con los datos obtenidos en nuestra investigación las cuales nos dieron como resultado que el rango de edad de mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix, independientemente del tipo, fue de 56 – 60 años en un 36% de nuestra población de 100 pacientes.

La asociación americana del cáncer al principio del 2020 identificó que mundialmente 9 de 10 cánceres cervicales son pertenecientes al carcinoma de células escamosas y que en frecuencia le seguía los adenocarcinomas. En nuestra investigación pudimos observar que ciertamente el 82% de nuestra población estudiado tuvo este tipo de cáncer y el 18% que seguía fue el adenocarcinoma.

Y, por último, los factores de riesgos. Se conoce, y el más estudiado, es el principio de la actividad sexual de la mujer. En nuestra investigación se quiso averiguar si el sobrepeso u obesidad tenía relevancia en la patología y se encontró artículos que recalcan que el IMC mayor de 25 no tenía ni un valor estadístico en la enfermedad (Sweetland S, et al.), pero nuestros resultados arrojaron que el peso si tuvo relevancia. El 38% de nuestra población con sobrepeso tuvo carcinoma de células escamosas y el 11% adenocarcinoma, un total del 49% de nuestra población. En cuanto a las pacientes con obesidad grado I tuvimos 14% con carcinoma de células escamosas y el 2% con adenocarcinoma, un total del 16% de la población estudiada. Solo el 35% de nuestra población tuvo cáncer de cérvix, indiferentemente del tipo, y tenían peso normal.

## **CONCLUSIÓN.**

No se tomaron en cuenta las enfermedades crónicas adquiridas o inmunológicas de nuestras pacientes las cuales pudieron tener relevancia en el momento en el que se diagnosticaron con el cáncer de cérvix, independientemente del tipo de cáncer adquirido. Debido a ello difirieron los resultados de nuestra prueba, tuvimos un rango de edad mucho mas elevado en pacientes con 55 a 60 años de edad en un 36%. Seguido de esto el rango de edad que presentó el cáncer fue de 51 a 55 años. En tercer lugar, las pacientes de 61 a 65 años de edad en un 27% y por último el rango de edad de 45 a 50 años en tan solo un 7% de nuestra población.

El tipo de cáncer que predominó fue el de carcinoma de células escamosas en un 82% de nuestra población.

El IMC de nuestras pacientes si tuvo relevancia debido a que las pacientes con sobrepeso y obesidad predominaron en el 49% y 16% de la población, respectivamente. Y solo el 35% de la población diagnosticada con cáncer de cérvix tenían peso normal.

Hay que recordar que el HGGC no tiene mucho tiempo de estar trabajando con pacientes en consulta externa y por ello no tiene muchos datos de diagnostico de cáncer de cérvix. Podemos comprobar esto debido a que en nuestra investigación obtuvimos solo 14 pacientes registrados en el 2018 y 59 paciente en el 2019.

## **RECOMENDACIONES.**

Debido a la poca cantidad de universo durante este estudio por lo nuevo que es el HGGC se considerado necesario recomendar que las próximas investigaciones sean con un universo mayor a 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix para que se pueda ver la verdadera significancia en cuanto al IMC de ellos.

Se recomienda que las próximas investigaciones también se incluyan las enfermedades crónicas no transmitibles que traen las pacientes en el momento de ser diagnosticadas de cáncer de cérvix para ver si existe significancia estadística en cuanto a esta con el diagnóstico de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Ochoa-Carrillo, F. Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna. Parte I/III. Elsevier, 2015.13(5), 1-8.
2. Latarjet M, Ruiz Liard A, A. Pró E. Anatomía humana. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
3. Ross MH, Pawlina W, Alday A. Histología texto y atlas: correlación con biología celular y molecular. 2015.
4. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional + StudentConsult. 2015.
5. Welch HG, Kramer BS, Black WC. Epidemiologic Signatures in Cancer. N Engl J Med. el 3 de octubre de 2019;381(14):1378–86.
6. Waggoner SE. Cervical cancer. The Lancet. el 28 de junio de 2003;361(9376):2217–25.
7. Cynae A, James D, Armaos M, Marzan A. Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management [Internet]. Tennessee: Elsevier; 2019 p. 1-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208119300142>.
8. Aruta D. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino [Internet]. Labroots. 2018 [cited 15 March 2020]. Available from: <https://www.labroots.com/trending/health-and-medicine/13537/pathophysiology-diagnosis-treatment-cervical-cancer>.
9. What Is Cervical Cancer? [Internet]. The American Cancer Society. 2020 [cited 10 March 2020]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html>
10. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet. el 8 de septiembre de 2007;370(9590):890–907.
11. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Romanidis C, Bothou A, et al. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. :6.
12. Straughn M, Yashar C. Management of early-stage cervical cancer - UpToDate [Internet]. UpToDate. [citado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-early-stage-cervical-cancer?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/management-of-early-stage-cervical-cancer?source=history_widget)
13. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. N Engl J Med. el 15 de noviembre de 2018;379(20):1895–904.

14. Aguilar-Pérez JA, Leyva-López AG, Angulo-Nájera D, Salinas A, Lazcano-Ponce EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saúde Pública*. febrero de 2003;37:100
15. Alfaro Castro A, Fournier Pérez M. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX* [Internet]. 2014 [consultado el 23 de octubre de 2019] ;: 211 - 217. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc132d.pdf>
16. Toro de Méndez M, López de Sánchez M. Infección por virus papiloma humano en pacientes con citología de cuello uterino negativo. *Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela* [Internet]. 2017 [consultado el 23 de octubre de 2019];: 11 - 20. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v77n1/art03.pdf>.
17. Smith H, Tiffany M, Key R, Qualls C. El aumento de la incidencia de adenocarcinoma en relación con carcinoma de células escamosas del cuello uterino en los Estados Unidos, de 24 años de estudio de base poblacional ☆. *Elsevier*. 2020;78(2):5-9.
18. Sweetland S, verde J, Berrington de Gonzalez A, Beral V, Chilvers C, Jha P et al. Factores de riesgo para el adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas del cuello uterino en mujeres de 20 a 44 años: el estudio nacional de casos y controles del cáncer de cuello uterino del Reino Unido. 2003.
19. Alfaro Castro, A., & Fournier Pérez, M. (2013). VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. 606, 1-7.
20. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Res Cancer*. 2002 may; 2(5):342-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044010>
21. Sanabria Negrín., J. (2015). Virus del Papiloma humano. *Sld*, 14.
22. Burd, Eileen. (2003). Human Papillomavirus and Cervical Cancer. *Clinical microbiology reviews*. 16. 1-17. 10.1128/CMR.16.1.1-17.2003.
23. World Health Organization. Annex 4. Recommendations to assure the quality, safety and efficacy of recombinant human papillomavirus virus-like particle vaccines. In: WHO Expert Committee on Biological Standardization. Sixty-sixth report. WHO Technical Report Series, No. 999. Geneva: World Health Organization; 2016. ([http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/Annex\\_4\\_Recommendations\\_recombinant\\_human\\_papillomavirus\\_virus-like\\_particle\\_vaccines.pdf](http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/Annex_4_Recommendations_recombinant_human_papillomavirus_virus-like_particle_vaccines.pdf))
24. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:719-772.
25. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papilloma-virus types 6, 11, 16, and 18. *Vaccine* 2006;24:5571-5583.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Camacho Zambrano Julio Ignacio** C.C: # 0927647883 y **Pezantes Orellana Carlos Felipe**, con C.C: 0926322587, autores del trabajo de titulación: **Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al virus del papiloma humano en mujeres de 45 -65 años de edad en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos desde enero del 2018 – julio del 2019.** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 3 de mayo 2020.**

f. \_\_\_\_\_  
**Camacho Zambrano Julio Ignacio**  
C.C: 0927647883

f. \_\_\_\_\_  
**Pezantes Orellana Carlos Felipe**  
C.C: 0926322587



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al virus del papiloma humano en mujeres de 45 -65 años de edad en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos desde enero del 2018 – julio del 2019		
<b>AUTOR(ES)</b>	Julio Ignacio Camacho Zambrano Carlos Felipe Pezantes Orellana		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Walter Luis Andrade Mendoza		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas.		
<b>CARRERA:</b>	Medicina.		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico.		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	3 de mayo del 2020	<b>No. PÁGINAS:</b>	DE 27
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ginecología, Medicina Interna, Anatomía Patológica		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Adenocarcinoma, Cáncer, Sobrepeso, Cérvix, Carcinoma.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El tipo de cáncer de cérvix más frecuente es el carcinoma de células escamosas en mujeres con un rango de edad de 47 años. En nuestra investigación tomamos 100 mujeres de un rango de edad de 45 a 65 años con diagnóstico de cáncer de cérvix, el universo completo estuvo en constante observación de sus bases de datos. Se observó que el 82% de nuestra población tuvo carcinoma de células escamosas a diferencia del adenocarcinoma que solo tuvo el 18%. El rango de edad con mayor cantidad de diagnóstico del cáncer, independientemente del tipo, fue de 56 a 60 años en un 36%. Se pudo observar que la patología se manifestó más en pacientes con sobrepeso u obesidad a comparación de las pacientes con peso normal.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0990777217 0981782116	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:car_96p@hotmail.com">car_96p@hotmail.com</a> <a href="mailto:julio.cam95@hotmail.com">julio.cam95@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre: Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong</b>		
	<b>Teléfono:0997572784</b>		
	<b>E-mail: <a href="mailto:andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec">andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec</a></b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			