

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: “MORTALIDAD TEMPRANA POR CÁNCER DE CUELLO
UTERINO, PROVINCIA TUNGURAHUA, 2010 - 2013”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Elisa Aidé Raza López

Directora: Dra. Martha María Scull Molina, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Magíster e integrado por los señores: Doctor Luis Byron Mena Villarroel, Especialista , Doctor Alejandro Jesús Velasco Boza, Especialista, Doctora Carmen Cecilia Pacheco Quintana, Especialista designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el trabajo de Investigación con el tema: MORTALIDAD TEMPRANA POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PROVINCIA TUNGURAHUA, 2010 – 2013, elaborado y presentado por la señora Médica Elisa Aidé Raza López, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dr. Luis Byron Mena Villarroel, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Alejandro Jesús Velasco Boza, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el Tema: MORTALIDAD TEMPRANA POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PROVINCIA TUNGURAHUA, 2010-2013, le corresponde exclusivamente a: Médica. Elisa Aidé Raza López, Autora bajo la Dirección de Doctora Martha María Scull Molina Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

.....

Md. Elisa Aidé Raza López

CC: 1803933504

AUTORA

.....

Dra. Martha María Scull Molina, Esp.

CC: E240052

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

.....

Md. Elisa Aidé Raza López

CC: 1803933504

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES	Pág.
Portada.....	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad Ciencias de la Salud	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
AGRADECIMIENTO	x
DEDICATORIA	xi
RESUMEN EJECUTIVO	xii
EXECUTIVE SUMMARY.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Conceptualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico	7
1.2.3 Prognosis.....	8
1.2.4 Formulación del problema	8
1.2.5 Interrogantes.....	9
1.2.6 Delimitación del problema de investigación.....	9
1.3 Justificación.....	9
1.4 Objetivos	10
1.4.1 General	10
1.4.2 Específicos	11
CAPÍTULO 2	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes investigativos	12
2.2 Fundamentación Filosófica	15

2.3 Fundamentación legal	16
2.4 Categorías fundamentales	24
2.4.1 Cáncer de cuello uterino.....	24
2.4.1.1 Historia natural de la enfermedad	25
2.4.1.2 Factores de Riesgo para desarrollar la enfermedad ¹ ”	26
2.4.2 Mortalidad Temprana.....	27
2.4.2.1 Esperanza de Vida.....	27
2.4.2.2 Indicadores Básicos en Salud.....	27
2.4.3 Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)	30
CAPÍTULO 3	31
METODOLOGÍA	31
Enfoque	31
3.1 Modalidad básica de la información	31
3.2 Tipo de investigación	31
3.3 Población y muestra	32
3.3.1 Criterios de inclusión	32
3.3.2 Criterios de exclusión.....	32
3.3.3 Aspectos éticos.....	32
3.4 Operacionalización de variables	32
3.5 Plan de recolección de la información	35
3.6 Plan de procesamiento y análisis.....	35
CAPÍTULO 4	36
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	36
4.1 Análisis e Interpretación	36
4.1.1 Características sociodemográficas de las fallecidas por cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua.....	36
4.1.2 Mortalidad por cáncer de cuello uterino	39
4.1.3 Años de Vida Potencial Perdidos.....	43
CAPÍTULO 5	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1 Conclusiones	46
5.2. Recomendaciones.....	46
CAPÍTULO 6	47

PROPUESTA.....	47
6.1 Datos Informativos.....	47
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	47
6.3 Justificación.....	48
6.4 Objetivos.....	48
6.4.1 Objetivo General.....	48
6.4.2 Objetivos Específicos.....	48
6.5. Análisis de factibilidad.....	49
6.5.1 Factibilidad Técnica.....	49
6.5.2 Factibilidad Económica – financiera.....	49
6.5.3 Factibilidad Organizacional.....	49
6.6 Fundamentación.....	49
6.7 Metodología.....	51
6.8 Administración.....	55
6.9 Previsión de la evaluación.....	55
Referencias Bibliográficas.....	56
Anexos.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No. 1 Categorías Fundamentales	24
Gráfico No. 2 Mortalidad por cáncer de cuello uterino según nivel de instrucción. Tungurahua. 2010 – 2013.....	36
Gráfico No. 3 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según estado civil. Tungurahua. 2010 – 2013.	37
Gráfico No. 4 Mortalidad por cáncer de cuello uterino según zona de residencia habitual. Tungurahua. 2010-2013.....	39
Gráfico No. 5 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según grupos de edad MAIS. Tungurahua. 2010 – 2013.	40
Gráfico No. 6 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, provincia Tungurahua. 2010-2013.	42
Gráfico No. 7 Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino, provincia Tungurahua. 2010 – 2013.	43
Gráfico No. 8 Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino, según cantones. Tungurahua. 2010 – 2013.	44
Gráfico No. 9 Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino, según zonas de residencia. Tungurahua. 2010 – 2013.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1 Clasificación de las lesiones premalignas del epitelio cervical.	26
Tabla No. 2 Características sociodemográficas	33
Tabla No. 3 Años de Vida Potencial Perdidos	34
Tabla No. 4 Mortalidad por cáncer de cuello uterino según autoidentificación. Tungurahua. 2010 -2013.	38
Tabla No. 5 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según cantones. Tungurahua. 2010-2013.	41
Tabla No. 6 Modelo Operativo	51

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, por haber permitido realizar mis estudios de postgrado, al Hospital Regional Docente Ambato, el cual fue mi hogar de enseñanza y a cada una de las Tutoras que fueron la guía y apoyo para el desarrollo de la tesis.

DEDICATORIA

La presente Tesis lo dedico a Dios por su amor divino.

A mis queridos padres y hermanos de manera especial a mi hermano Sacerdote José Raza, a mi esposo Edison Córdova por su apoyo incondicional y a mi hija Brianna Zuleyka por ser mi motor.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: MORTALIDAD TEMPRANA POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO,
PROVINCIA TUNGURAHUA, 2010 – 2013.

AUTORA: Médica Elisa Aidé Raza López

DIRECTORA: Doctora Martha María Scull Molina, Especialista.

FECHA: 8 de agosto de 2016

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud que genera gran morbilidad y mortalidad, ya que tiende a ocurrir en la mediana edad. La mayoría de los casos ocurren en mujeres menores de 50 años y esto implica que existe años de vida potencial perdidos para cada una de las mujeres que fallecen por dicha enfermedad. **Objetivo:** Determinar la mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua, 2010 - 2013. **Materiales y Métodos:** Se presenta un estudio observacional descriptivo transversal, la población objeto de estudio, estuvo constituida por el total de fallecidas durante el año 2010 a 2013, cuya causa básica de muerte fue cáncer de cuello uterino, codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades como C53. **Resultados:** Se observó que el nivel de educación primaria predominó en las fallecidas con 54,2 %, seguido por el 33,3 % que no tuvieron ningún nivel de instrucción, el estado civil casada prevalece con 45,8 %, la etnia que predominó fue mestiza con 76,4 % y 11,1 % indígena, el 58,3 % reside en zona urbana. El 50,0 % de las fallecidas por cáncer de cuello uterino pertenecen al grupo de edad adulto medio, que comprende edades en etapas productivas y reproductivas, el cantón Ambato aporta el mayor número de fallecidas por cáncer de cuello uterino, sin embargo, Mocha presenta el mayor riesgo de morir por esta enfermedad. El mayor riesgo de perder años de vida en la provincia Tungurahua por cáncer de cuello uterino fue mayor en el año 2010 y 2013 siendo la tasa de años de vida potencial perdidos de 1,2 años por 1.000 mujeres

respectivamente, sin embargo en el 2011 en el cantón Patate por cada 1000 mujeres se perdieron 4.9 años y en 2013, en Mocha 7.3 años, siendo los cantones que más riesgo exhiben de perder años de vida en mujeres por este tipo de cáncer y también es mayor en la zona urbana tanto en el año 2010 y 2013, siendo la tasa de 1,6 años respectivamente por 1.000 mujeres.

Palabras Claves: cáncer de cuello uterino, causa básica de muerte, provincia Tungurahua, años de vida potencial perdidos, esperanza de vida.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME: Early mortality from cervical cancer, Tungurahua province, 2010-2013.

AUTHOR: Médica Elisa Aidé Raza López

DIRECTED BY: Doctor Martha María Scull Molina, Specialist.

DATE: August 08,2016

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: Cervical cancer is a health problem that causes considerable morbidity and mortality, as it tends to occur in middle age. Most cases occur in women under 50 years and this implies that there years lost for each one of the women who die from the disease potential life. Objective: To determine early mortality from cervical cancer in the province Tungurahua, 2010 - 2013. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional observational study, the study population is presented, it consisted of the total dead in 2010 to 2013, whose underlying cause of death was cervical cancer, coded according to the International Classification of Diseases as C53. **Results:** the level of primary education predominated in the dead with 54.2%, followed by 33.3% who had no education level, marital status married prevails with 45.8%, ethnicity I predominance was observed was mixed with 76.4% and 11.1% indigenous, 58.3% reside in urban areas. 50.0% of Deaths from cervical cancer belong to the group of middle age adult, ages comprising productive and reproductive stages, the Canton Ambato brings the largest number of deaths from cervical cancer, however, presents Mocha the greatest risk of dying from this disease. The greatest risk of losing years of life in the Tungurahua province from cervical cancer was higher in 2010 and 2013 with the rate of years of potential life lost 1.2 years per 1,000 women respectively, however in 2011 the canton Patate per 1,000 women lost 4.9 years and in 2013, Mocha 7.3 years, with the cantons risk exhibit lose years of life in women for this

type of cancer and is also higher in urban areas in both the 2010 and 2013, the rate being 1.6 years respectively for 1,000 women.

Keywords: cervical cancer, underlying cause of death, Tungurahua province, years of potential life lost, life expectancy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud, de rápido crecimiento y comportamiento epidémico que acorta la esperanza de vida, genera gran morbilidad y mortalidad temprana, ya que tiende a ocurrir en la mediana edad.

El mayor porcentaje de los casos ocurren en mujeres menores de 50 años y rara vez en mujeres menores de 20 años ¹, lo que implica que existe años de vida potencial perdidos para cada una de las mujeres que fallecen por dicha enfermedad.

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de cáncer entre las mujeres a nivel mundial. A pesar de que las tasas de cáncer de cuello uterino en países desarrollados, han descendido en las últimas décadas, en países en vías de desarrollo han permanecido sin cambios e incluso han aumentado.

En las Américas en el 2012, más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 35.600 fallecieron por esta enfermedad, debido a que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad estrechamente relacionada con la pobreza en la que las inequidades en salud se hacen palpables, siendo la mayor incidencia y mortalidad en Guyana, Bolivia y Nicaragua ².

En Ecuador este tipo de neoplasia ocupó el primer lugar como causa de muerte general entre las mujeres por tumores malignos, en el año 2014 ³. Lo que indica que aún falta la aplicación de pruebas de tamizaje (Papanicolaou), inspección visual con ácido acético (IVA) del cuello uterino y la detección de la presencia del virus del papiloma humano o VPH de alto riesgo en la población en riesgo y de medidas de prevención como la utilización de vacunas.

Teniendo en cuenta que el factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano y la prueba de Papanicolaou permite identificar lesiones pre malignas, que si son identificadas y tratadas de forma oportuna se evitaría el desarrollo de esta enfermedad.

Sin embargo a la fecha no existe una cobertura del 100% del programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino y en el caso de Ecuador es de las más bajas de la región de las Américas, lo que constituye una deficiencia de la detección precoz, evidenciando en las tasas de incidencia y mortalidad observadas en el país.

Es por ello la importancia de realizar este estudio, para determinar las muertes prematuras causadas por cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua, con aporte de información real y local que permita elaborar estrategias destinadas a prevenir y detectar precozmente.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino, provincia Tungurahua, 2010 - 2013.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Conceptualización

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, (con aproximadamente 500.000 nuevos casos al año en todo el mundo) y el quinto de todos los cánceres ⁴.

La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años ⁴.

La detección del cáncer cervicouterino consiste en la determinación de la presencia de lesiones precancerosas o de cáncer en las mujeres en riesgo, la mayoría de las cuales serán asintomáticas. Como mínimo, se recomienda someter a detección a toda mujer de 30 a 49 años de edad al menos una vez en la vida ⁵.

Sin embargo hasta la actualidad aún existe muchas mujeres que nunca han realizado la prueba de Papanicolaou.

A nivel mundial, en el 2012 había casi mil millones de mujeres entre 30 y 49 años de edad, la mayoría de las cuales no se habían sometido a detección ni una vez en su vida⁵.

Los países con mayor incidencia y mortalidad corresponden a los países en vías de desarrollo: Latinoamérica, África y Sudeste Asiático, por lo tanto los países con mayor desarrollo económico presentan menor incidencia.

Para el año 2016, los cálculos de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son ¹:

Casos nuevos: se estima que unos 12.990 casos de cáncer de cuello uterino invasivo se espera que sean diagnosticados ¹.

Muerte: se estima que unas 4.120 muertes por cáncer de cuello de útero puede producirse en 2016 ¹.

En los Estados Unidos, las mujeres que tienen más probabilidad de padecer de cáncer de cuello uterino son las hispanas, seguidas de las mujeres de raza negra, asiáticas, isleñas del Pacífico, y las mujeres de raza blanca ¹. A esto podemos atribuir que en el caso de las mujeres hispanas no tienen acceso a los servicios de salud, debido a que en su mayoría son migrantes.

En España el cáncer de cérvix ocupa el sexto lugar tras el de mama, colorrectal, estómago, endometrio y ovario. Supone el 3,7 % de todos los cánceres femeninos, si bien la incidencia varía según la provincia ⁶.

Las de menor incidencia son Navarra y Zaragoza con 4-5 casos por 100000 habitantes y la provincia con mayor incidencia es Baleares (Mallorca), con 13,6 casos por 100000 habitantes. Esta variabilidad podría explicarse por las diferencias socioculturales de la población (hábitos sexuales, mayor número de parejas, dificultades para desarrollar los programas de screening, etc.) ⁶.

Gracias al efecto combinado del cribado o "screening", junto con el tratamiento desde las primeras fases de la enfermedad, la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido significativamente en los últimos años en los países desarrollados ⁶.

Las tasas de supervivencia se basan con frecuencia en el estado de salud previo de las personas que tienen la enfermedad y como responda al tratamiento contra el cáncer.

En el 2012, más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 35.600 fallecieron por esta enfermedad en las Américas ².

Si se mantienen las tendencias actuales, las proyecciones apuntan a un aumento del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe del 45% en casos nuevos y del 60% en número de muertes, en el 2030 ², debido al crecimiento de la población y al aumento de la expectativa de vida, por lo que resulta indispensable mejorar la cobertura del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino, con una mejor accesibilidad por parte de las unidades de salud hacia las pacientes ya que existen barreras como las geográficas, culturales y económicas por las que no acceden a los servicios de salud.

Por otro lado, la mayoría de las mujeres afectadas son jóvenes, con varios hijos a su cargo y están en la etapa más productiva de la vida, muchas ocupan el puesto de jefe de la familia, proporcionan ingresos a sus hogares, y trabajan para sus comunidades por lo que su enfermedad repercute gravemente en la estructura y en la economía familiar y de la sociedad en general.

Además el cáncer de cuello uterino es una enfermedad estrechamente relacionada con la pobreza en la que las inequidades en salud se hacen palpables. La mayor incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino se presentan en Guyana, Bolivia y Nicaragua. Y los países con las tasas de incidencia y mortalidad más bajas se presentan en Canadá y Estados Unidos ².

Haití, uno de los países con menor Producto Interno Bruto per cápita* (PBI) de la región, por cada 1.7 casos nuevos se presentan una muerte por cáncer cervicouterino, mientras que en Estados Unidos por cada 3.7 nuevos casos se presenta una muerte ².

Las muertes por cáncer cervicouterino en toda la Región de las Américas representan un gran número de años de vida potencial perdidos ⁷.

En 1995, murieron de cáncer cervicouterino 6.065 mujeres entre los 35 y 64 años de edad en 16 países, lo cual ocasionó la pérdida de 183.487 años de vida potencial, si se supone una esperanza de vida al nacer de 75,8 años ⁷.

Según la OPS, entre 1996 y 2001, 74.855 mujeres de 13 países latinoamericanos murieron de cáncer cervicouterino. De ellas, 50.032 tenían entre 25 y 64 años de edad, y su muerte prematura ocasionó más de 1,56 millones de años de vida potencial perdidos ⁷, por lo que es importante realizar la detección y el tratamiento tempranamente de las lesiones precancerosas, de esta manera se puede prevenir el cáncer de cuello uterino y por ende una mortalidad temprana.

En el 2014, las defunciones en Ecuador por neoplasia maligna del útero fueron 720 con una tasa del 8,90 por 100.000 mujeres, ubicando al cáncer de cuello uterino como la octava causa de muerte en general y la primera causa de muerte por tumores malignos ³.

Se dice que el cáncer de cuello uterino no respeta edad, raza, si estado socio-económico, ya que afecta principalmente al estrato socio económico bajo, pues éste cáncer se apega a estos conceptos pero en lesiones iniciales, tempranas, en las que una simple intervención, sin perder el útero y sin la utilización de radioterapia ni quimioterapia y por un equipo médico competente, lleva a la curación total. Pero no así en aquellos casos que desgraciadamente aún, se tiene en la práctica médica, que consultan por primera vez con síntomas que directa o indirectamente hablan de que se está frente a un cáncer avanzado, mucho más frecuente en pacientes de escasos recursos económicos como culturales.

En 1995, Ecuador perdió 1'209.662 años de vida prematuramente (AVPP) por todas las causas de muerte hasta los 70 años. Los años de vida perdidos por muerte prematura en mayor número correspondieron a las enfermedades no transmisibles (Grupo II) con 491.012 AVPP, en este grupo destacan las enfermedades de la modernidad: cardiovasculares y entre éstas en especial la enfermedad cerebrovascular (41.351), la cardiopatía hipertensiva (33.041) y la cardiopatía isquémica (25.011). Las neoplasias malignas, entre ellas el cáncer de estómago (19.761), la leucemia (15.753) y el cáncer cérvicouterino (8.099) ⁸.

Existe un estudio epidemiológico longitudinal de las características clínico epidemiológicas asociadas al cáncer de cérvix en Tungurahua ⁹.

Según reportes del INEC, existieron 25 defunciones a causa del cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua durante el año 2014 ³. La tasa es del 8,8 por 100.000 mujeres, en el año 2003 la tasa fue de 16,8 por 100.000 mujeres ⁹, por lo que podemos evidenciar una disminución de la tasa de mortalidad por esta enfermedad, sin embargo aún sigue ocupando los primeros lugares como causa de muerte entre las mujeres.

Además no hay información actualizada que demuestre la magnitud de los años de vida potencial perdidos generados por la mortalidad por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua.

1.2.2 Análisis crítico

A pesar de existir un programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino, este no ha tenido impacto en la mortalidad por esta enfermedad, pues se observa crecimiento de tasas a nivel local y nacional. Frente a esto no se han tomado acciones adecuadas, posiblemente porque no es tan evidente la carga de la enfermedad, muerte para la familia y comunidad.

También se observa que muchas mujeres mueren tempranamente, por lo que es necesario obtener indicadores epidemiológicos que permitan relevar el problema y proveer información que justifique o sirva de base para una reestructuración del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino, uno de ellos es la determinación de los años de vida potencial perdidos en la población femenina de la provincia de Tungurahua.

Ante este problema, resulta evidente la necesaria participación de los médicos de atención primaria en esta lucha, lo cual es absolutamente indispensable dada la magnitud del problema y los años de vida que pierde una mujer por esta enfermedad, al presentar una mortalidad temprana, debido a que la mayoría de las mujeres afectadas son jóvenes, con hijos a su cargo, ocupando el puesto de jefe de la familia, proporcionan ingresos a sus hogares y por ende va a repercutir en la estructura y funcionalidad de su familia.

En Tungurahua actualmente no se han realizado investigaciones relacionadas con el patrón de mortalidad por cáncer de cuello uterino, por lo que es necesario e importante realizar este tipo de trabajo investigativo.

1.2.3 Prognosis

Conociendo la alta mortalidad que existe debido al cáncer de cuello uterino, principalmente en mujeres jóvenes en edad reproductiva y productiva, si no se logra cuantificar los años de vida potencial perdidos, no se tomarán acciones adecuadas frente a la carga de la enfermedad y la repercusión de ésta sobre la familia y la sociedad en general, teniendo en consideración que el cáncer de cuello uterino es totalmente prevenible y curable.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cuál es el patrón de mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua?

1.2.5 Interrogantes

1. ¿Qué características sociodemográficas tienen las fallecidas por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua?
2. ¿Cuántos años de vida potencial perdidos tiene la población femenina fallecida por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua?
3. ¿Cómo se distribuye la población femenina fallecida por cáncer de cuello uterino por zonas de alto riesgo en la provincia Tungurahua?
4. ¿Qué estrategia de intervención se puede utilizar para disminuir la mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

Línea de Investigación: Epidemiología y Salud Pública.

Delimitación de contenido:

Campo: Salud Pública

Área: Epidemiológica

Aspecto: mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino

Delimitación temporal: años 2010 a 2013.

Delimitación espacial: provincia de Tungurahua.

1.3 Justificación

En la actualidad, el cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de mortalidad en las mujeres, lo cual indica fallos en la detección temprana, a pesar que el examen de Papanicolaou se encuentra dentro de los programas a nivel nacional de tamizaje establecidos a nivel del sistema de salud, sin embargo la morbilidad y mortalidad persiste tanto a nivel nacional y provincial. Es por ello la importancia de realizar el estudio sobre la mortalidad temprana por cáncer de cuello

uterino, debido a que los años de vida que pierde una mujer por esta enfermedad puede ser alto, ya que la mayoría mueren a edades jóvenes productivas, dejando muchas veces huérfanos a sus hijos, sin nadie que se haga cargo, ya que son el único sustento de su familia y por lo tanto el problema tiene trascendencia social.

Los programas de salud pública contemplan entre sus componentes el área de promoción y prevención como pilar fundamental. En tal sentido, la evaluación de los logros de los programas de salud pública son herramientas indispensables para el seguimiento y reformulaciones futuras de los programas.

Así los resultados de esta investigación servirán como un aporte científico valioso a las direcciones distritales y zonales de salud, para medir los alcances locales del modelo organizativo, en su lucha por prevenir y controlar el cáncer de cuello uterino.

También se beneficiaran las entidades de salud, los Médicos, Planificadores, Técnicos y Gestores de la Atención Primaria de Salud, así como la misma población ya que se busca que la mortalidad por cáncer de cuello uterino, disminuya siendo esta una enfermedad totalmente prevenible y curable.

Esta investigación motivará a realizar posteriores investigaciones, similares en sus características con el fin de contribuir a la disminución de la mortalidad temprana a causa de esta enfermedad, fue factible de realizar ya que el Instituto Nacional de Estadística y Censos, proporcionó la información necesaria, a través del convenio suscrito entre la Universidad Técnica de Ambato y dicha institución; además se dispuso de bibliografía técnica y científica.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar la mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua, 2010 - 2013.

1.4.2 Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las fallecidas por cáncer de cuello uterino.
2. Determinar los años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino.
3. Establecer diferencias en años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino según cantones y zonas de residencia.
4. Diseñar una propuesta de intervención para disminuir la mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

Incidencia y Mortalidad por cáncer de cuello uterino

El cáncer cervical es uno de los cánceres más comúnmente diagnosticados en mujeres en todo el mundo. En 2012, según las estimaciones de Globocan, hubo 572.624 nuevos casos de cáncer de cuello uterino en todo el mundo, que representan el 7,9% de todos los cánceres en las mujeres y 58.373 nuevos casos de cáncer de cuello de útero en Europa (sexto cáncer más común en las mujeres en Europa, lo que representa el 3,6% de todos los cánceres en las mujeres).¹⁰

En el 2012, un estimado de 265.672 muertes por cáncer cervical en todo el mundo (7,5% del número total de muertes por cáncer en las mujeres, cuarta causa más común de muerte por cáncer en las mujeres) y 24.404 muertes por cáncer cervical en Europa (3,1% del número total de muertes por cáncer en las mujeres, séptima causa más común de muerte por cáncer en las mujeres).¹⁰

A nivel de Latinoamérica 527624 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, lo que representa 3,7% y 265653 muertes que representa 3.2% de todos los canceres en mujeres.¹⁰

Esto demuestra que el cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema importante de salud a nivel mundial y en especial a nivel de Latinoamérica ya que pocos países han mostrado reducciones significativas en la mortalidad, es así que en Ecuador en el año 2014, las defunciones fueron 720 con una tasa del 8,90 x 100.000 mujeres, ubicando al cáncer de cuello uterino como la primera causa de

muerte por tumores malignos, lo que evidencia la necesidad de determinar los años de vida potencial perdidos que provoca esta enfermedad.

La mayoría de los indicadores e índices de mortalidad han sido propuestos para comparar la mortalidad en diversas zonas geográficas, grupos ocupacionales o para diferentes edades.

El concepto de años de vida potencial perdidos parece haber sido introducido con el fin de comparar la mortalidad por tuberculosis con la de enfermedades del corazón y cáncer. Por cada defunción, calculó los años de vida que quedaban hasta llegar a la esperanza de vida prevalente. En 1948, Dickinson y Welker, en un artículo titulado "¿Cuál es la causa principal de muerte?" propusieron "años de vida perdidos" y "años de trabajo perdidos", diferenciándose del método de Dempsey en la utilización de la esperanza de vida a diversas edades en lugar de la esperanza de vida al nacer. Esto resolvió una de las críticas de Greville al método de Dempsey.¹¹ En 1950, Haenszel comparó cinco medidas distintas de años de vida perdidos con las tasas estandarizadas correspondientes y demostró que la clasificación de las distintas causas de defunción no variaba, utilizando o no los valores de las tablas de vida. Como resultado, recomendó el método simple de utilizar la diferencia entre la edad al momento de la muerte y la de 75 años, elegida como límite superior. Este método fue empleado por Doughty en 1951 con un límite superior de edad de 70 años.¹¹

En un estudio sobre el cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro; manifiestan que el cáncer contribuye con un 7,6% de los Años de Vida Saludables (AVISA) a nivel mundial. Al evaluar las neoplasias en conjunto se pueden diferenciar 4 causas, de las cuales cada una contribuye con 15 millones de AVISA: cáncer de pulmón y tráquea (1,8%), cáncer de hígado (0,8%), cáncer gástrico (0,8%) y el resto de las neoplasias (1,3%)¹².

Además del nivel de ingreso, un indicador que permite aproximarse a lo que podría ser el nivel de "desarrollo" de los distintos países es el denominado Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹².

Mediante este indicador Naciones Unidas diferencia cuatro grupos de países de acuerdo al nivel de desarrollo humano: muy alto, alto, medio y bajo ¹². Debido a que la distribución de la carga por cáncer a nivel mundial tiene estrecha relación con los patrones geográficos y con el progreso social y económico, utilizar este índice entrega información de mucha utilidad para la comparación entre países.

En los países con IDH muy alto los cánceres de pulmón, de mama, de próstata y colorectal, representan el 46% del total de la carga por cáncer, mientras que en los países con IDH bajo, el sarcoma de Kaposi, el cáncer cervicouterino, el cáncer hepático, el cáncer gástrico y el de esófago dan cuenta del 43% de la carga de enfermedad por cáncer ¹².

En un estudio sobre la carga de enfermedad por cáncer en Cuba en el periodo 1990 - 2002, obtuvieron como resultado que los mayores valores de años de vida potencial perdidos por mortalidad en las mujeres se observaron en cuello del útero, mama, ovario, leucemia y linfoma ¹³.

Juncal, en su estudio sobre la mortalidad excesiva y prematura por cáncer cervicouterino en Cuba. 1995-2005, observa un incremento paulatino y notable desde el año 1995 hasta el 2005 con una tasa de 17.2%, esto quiere decir que en el año 2005 se perdieron 9098 años de vida en mujeres en edad laboral y útiles a la sociedad por una entidad que es factible prevenir mediante la ejecución de Programas Nacionales e intervención comunitaria ¹⁴.

En el estudio sobre la evaluación de la carga de enfermedad por el virus del papiloma humano en Bogotá, como resultado reporta que, las muertes por cáncer de cuello uterino generarían 5358 años potenciales de vida perdidos (AVPP) cada año, el 68% de estos (3672) se pierden en mujeres entre 40 a 69 años. La tasa de pérdida de AVPP es de 1,5 por cada 1000 mujeres ¹⁵.

En Ecuador se realizó un estudio sobre el análisis de la situación del cáncer de cuello uterino, 2006, donde manifiestan que los programas de tamizaje deben ser mejorados sustancialmente para poder impactar en la mortalidad, algo que todavía

no se ha logrado, a pesar de que se aprecia una importante reducción de la incidencia¹⁶.

Un estudio sobre el peso de la enfermedad en el Ecuador, los años de vida perdidos por muerte prematura en mayor número correspondieron a las enfermedades no transmisibles (Grupo II) con 491.012 AVPP, en este grupo destacan las enfermedades de la modernidad: cardiovasculares y entre éstas en especial la enfermedad cerebrovascular (41.351), la cardiopatía hipertensiva (33.041) y la cardiopatía isquémica (25.011). Las neoplasias malignas, entre ellas el cáncer de estómago (19.761), la leucemia (15.753) y el cáncer cérvicouterino (8.099) ⁸.

A nivel de la provincia de Tungurahua se realizó un estudio sobre las características clínico epidemiológicas asociadas al cáncer de cérvix, donde se captó y registró 500 casos nuevos, 358 (71,6%) son cáncer invasor, edad promedio 57 años (rango: 26 - 96 años). Los 142 (28,4%) carcinoma in situ (CIS) ocurrieron en promedio a los 44 años (rango: 21 - 83 años); el cantón Baños presenta la mayor incidencia de cáncer invasor y CIS; el 78% ocurren en analfabetas, y con baja escolaridad, en plena edad productiva, soporte de sus familias, el hogar y la sociedad. Los diagnósticos son tardíos (solo 20% son estadio I). 77,6% tienen estudio histopatológico. La mitad de los casos son diagnosticados por SOLCA Ambato, principalmente CIS. Se demuestra que el cáncer de cérvix está ligado a la pobreza; para superarlo, debe implementarse programas de educación, prevención en cantones de mayor incidencia, mejorar los sistemas de cooperación interinstitucional de unidades que trabajan en salud fortaleciendo el Sistema de Registro de Cáncer de Tungurahua ⁹.

2.2 Fundamentación Filosófica

La investigación es de paradigma crítico, debido a que la finalidad es determinar el patrón de mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua, la visión de la misma es establecer los años de vida potencial perdidos por esta enfermedad, lo que permite establecer relaciones, mediante el cual se proyecta originar conocimientos dirigidos a contribuir con la disminución de la detección tardía del cáncer de cuello uterino y por ende de la mortalidad temprana por esta enfermedad, por lo tanto esta investigación tiene carácter informativo.

2.3 Fundamentación legal

En este estudio se tomará en consideración la Nueva Constitución Política del Ecuador, llevada a cabo en Montecristi, el 24 de Julio de 2008 ¹⁷:

Ley Orgánica de la Salud establece ¹⁷:

Ley 67. Registro Oficial. Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006. Última modificación: 24 de enero de 2012 ¹⁷.

El Art.6 establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entre ella:
5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...) ¹⁷.

En los derechos del Buen Vivir, establece:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir ¹⁷.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ¹⁷.

En el régimen del Buen Vivir se establece:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social ¹⁷.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas ¹⁷.

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente ¹⁸

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

El Informe Estadístico de Defunción es el requisito indispensable para la inscripción de una muerte en las Oficinas del Registro Civil ¹⁹.

¿Quién debe llenar el informe estadístico de defunción?

Cuando la defunción es certificada por médico (tratante o no tratante), dicho profesional, está obligado a llenar el Informe ¹⁹.

Estadístico de Defunción desde el numeral 5 al 28, a excepción de las áreas sombreadas que es “USO INEC” y corresponden a los numerales 11, 16 y 17. El numeral 25 está destinado para casos de muerte violenta, que generalmente lo debe llenar un médico legista. El numeral 28 debe llenarse cuando el fallecimiento ocurriere en un establecimiento de salud. Los numerales 1 al 4, 30 y 31 llenará un

funcionario o Jefe de las oficinas del Registro Civil el momento que se efectúa la inscripción legal ¹⁹.

Si la defunción no es certificada por médico, el Informe Estadístico de Defunción, llenará un funcionario de salud, desde el numeral 5 al 23 (a excepción del 11, 16 y 17; USO INEC), además el numeral 25 y 29. Los numerales 1 al 4, 30 y 31 le corresponde llenar al Jefe del Registro Civil ¹⁹. Los numerales 24, 27 y 28 se conservarán en blanco ¹⁹.

En los lugares donde no hay funcionario de salud, el Informe Estadístico de Defunción llenará el Jefe de las Oficinas del Registro Civil, dejando en blanco los espacios correspondientes a los numerales 11, 16 y 17 (USO INEC), 24, 27 y 28 ¹⁹. Deberá llenar el numeral 25, 29 y 30 para completar el formulario ¹⁹.

El llenado del formulario debe ser con marcas bien definidas, letra clara, sin borrones ni enmiendas y de acuerdo a las siguientes instrucciones ¹⁹:

- 1) Anote el nombre de la capital de provincia, cabecera cantonal, parroquia u oficina a donde corresponde la dependencia del Registro Civil donde se realiza la inscripción ¹⁹.
- 2) Escriba el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural en donde está ubicada la oficina en la cual se inscribe ¹⁹.
- 3) En las casillas correspondientes anote, el año, mes y día en el que se efectúa la inscripción ¹⁹.
- 4) Anote el número de Acta de inscripción, empezando con el número (1) la primera defunción inscrita en el año de información, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ningún número hasta el 31 de diciembre del mismo año. Este número deberá corresponder directamente al que consta en el libro de Registros que mantienen las Oficinas de Registro Civil ¹⁹.

(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5) Apellidos y nombres.- Escriba los apellidos y nombres completos de la persona fallecida y el número de Cédula de Identidad ¹⁹.

6) Sexo.- Marque con una “X” la casilla correspondiente al sexo de la persona fallecida ¹⁹.

7) Fecha de nacimiento.- En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en que nació la persona fallecida ¹⁹.

8) Fecha de fallecimiento.- En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en el que ocurrió el fallecimiento ¹⁹.

9) Edad al fallecer.- En las casillas respectivas, anote la edad cumplida del fallecido(a) al momento de morir. Si no ha llegado a cumplir un día de vida, anote la edad “En horas”; si no ha llegado a vivir un mes, anote la edad “En días”; si el fallecido es menor de un año (1 a 11 meses) anote la edad “En meses”; si es mayor de un año, anote la edad en “Años cumplidos”. Si no es posible conocer la edad marque la casilla 9 (Ignorado) ¹⁹.

10) Lugar de fallecimiento.- Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia rural y localidad donde falleció la persona ¹⁹.

11) Área.- No llene estos casilleros, son para uso del INEC ¹⁹.

12) Ocurrido en.- Marque con una “X” el establecimiento o lugar donde ocurrió la muerte. En establecimiento del Ministerio de Salud, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en cualquier casa de salud, perteneciente a dicho Ministerio ¹⁹.

En establecimiento del IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL), se marcará el fallecimiento ocurrido en uno sus establecimientos. En otro establecimiento del Estado, se marcará el fallecimiento ocurrido en Hospitales

de las Fuerzas Armadas, SOLCA, Junta de Beneficencia de Guayaquil, etc. En Hospital, Clínica o Consultorio Particular, se marcará el fallecimiento que haya ocurrido en cualquier establecimiento del sector privado. En Casa, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en un domicilio particular. En Otro, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados ¹⁹.

13) Certificado por.- Marque con una “X” la casilla que corresponda a la persona que extiende el certificado ¹⁹.

MEDICO TRATANTE.- Marque cuando el profesional que otorga el certificado, es el que atendió al fallecido durante su enfermedad ¹⁹.

MÉDICO NO TRATANTE.- Marque cuando el profesional únicamente le trató en las últimas horas de vida, o constató la defunción y pudo determinar la causa de la muerte, en muchos casos efectuando con la autopsia correspondiente ¹⁹.

NO MÉDICO.- Esta casilla se marcará cuando no haya certificación médica y, es la autoridad Civil o Policial u otra autoridad competente la que certifica la defunción ¹⁹.

14) Estado civil o conyugal.- Utilice estas casillas únicamente para las personas que, al fallecer, tenían 12 años y más de edad. Marque con una “X” la casilla correspondiente al estado civil o conyugal de la persona fallecida, si se ignora marque la casilla (9) ¹⁹.

15) Residencia habitual del fallecido.- Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia rural o localidad, según el caso donde vivía habitualmente la persona fallecida. Para el caso de fallecidos menores de 1 año, anote la residencia de la madre ¹⁹.

16-17) Área.- No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC ¹⁹.

ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN.- Para personas que al fallecer tenían 5 años y más de edad ¹⁹.

18) Sabía leer y escribir?.- Marque con una “X” lo que corresponda ¹⁹.

19) ¿Qué nivel de instrucción aprobado tenía?.- Marque con una “X” la casilla del último nivel de instrucción aprobado ¹⁹.

PERTENENCIA ÉTNICA 20) De acuerdo con la cultura, costumbres y autodefinición étnica del fallecido(a) era reconocido cómo: ?, Marque con una “X” la respuesta que corresponda a cómo se auto identificaba la persona fallecida. La casilla 8 (Otra), se marcará cuando se traten de personas fallecidas, que no se ajusten a cualquiera de las 7 categorías anteriores ¹⁹.

MORTALIDAD MATERNA - DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL.- Sólo para mujeres de 10 a 49 años ¹⁹.

21) ¿Estuvo embarazada cuando falleció?.- Marque una sola de las casillas de acuerdo a la respuesta. Si marcó la casilla 1, debe ir al numeral 24 dejando en blanco los numerales 22 y 23 ¹⁹.

22) ¿Falleció dando a luz?.- Marque con una “X” la casilla correspondiente. Si la persona falleció dando a luz, vaya al numeral 24 y deje en blanco el numeral 23 ¹⁹.

23) ¿En las últimas 6 semanas (hasta 42 días) antes del fallecimiento dió a luz?.- Marque con una “X” la casilla que corresponda ¹⁹.

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

24) Causas de la defunción certificadas por médico.- Para obtener esta información se utiliza el modelo Internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción, de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE-10 ¹⁹.

Toda la información que se incluye en estos espacios, sirven para determinar finalmente la CAUSA BÁSICA de la muerte, con la que se realizan todos los estudios necesarios para entender la causalidad de la mortalidad en el país ¹⁹.

Para el llenado de estos espacios, se deben seguir las instrucciones y recomendaciones que consta en esta parte del formulario. En la línea (a) se anotará la enfermedad o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. En la línea (b) se informará la causa antecedente que intervino. En la línea (c) se informará la causa antecedente originaria; y, en la línea (d) se anotará finalmente la CAUSA BÁSICA, la que se define como: “La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”. En los casos en los que la muerte haya sido provocada por una sola causa, sin evidencias de la existencia de otras, la causa directa y la básica son las mismas, por lo tanto la certificación se hará sólo en la línea (d) dejando las líneas (a), (b) y (c) en blanco. Se deberá anotar también, el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada una de las causas y la muerte ¹⁹.

25) Para casos de muerte violenta.- Marque con una “X” uno de los tipos que se indican ¹⁹.

Si marcó “Accidente de tránsito” se debe especificar el mismo (choque, arrollamiento, volcamiento, etc.) Si marcó que la muerte ocurrió por “Otro Accidente”, debe especificar también la clase del accidente (caída, envenenamiento, incendio, ahogamiento, etc.); y el lugar donde ocurrió (casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.) ¹⁹.

Cuando la muerte ocurriera sin certificación médica, éste numeral se llenará en base a la información del Acta de levantamiento del cadáver realizado por autoridad competente ¹⁹.

26) Se realizó autopsia?.- Marque con una “X” una de las dos respuestas que se indican ¹⁹.

27) Datos del médico que certifica la defunción.- Escriba con claridad los nombres y apellidos del médico que certifica la defunción, Número de Registro del Colegio Médico o Registro del Ministerio de Salud Pública; para el caso de médicos rurales, anote Médico Rural, dirección de la consulta o domicilio, número telefónico y con la firma y rúbrica respectiva ¹⁹.

28) Nombre del Establecimiento de Salud donde ocurrió la defunción.- Escriba con claridad el nombre, dirección y ciudad del establecimiento de Salud ¹⁹.

(C) MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

Esta información debe ser llenada únicamente cuando por diferentes circunstancias, no ha sido factible obtener la certificación médica y las causas probables de la muerte se establecen en base a datos proporcionados por los informantes ¹⁹.

29) Causa probable de la muerte.- Anote la causa probable que ocasionó la muerte y, si es posible, los síntomas de la enfermedad causante del fallecimiento, de acuerdo a la declaración de los informantes. Se deberá anotar también el nombre, firma y dirección de dichos informantes o testigos ¹⁹.

(D) DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN

30) Nombres y apellidos.- Escriba los nombres y apellidos y anote la edad (años cumplidos) de la persona que solicita la inscripción ¹⁹.

31) Relación de parentesco con el fallecido que inscribe.- Marque con una "X" la casilla correspondiente a la relación de parentesco de la persona que solicita la inscripción con el fallecido que se inscribe. Marque la casilla OTROS NO PARIENTES cuando la inscripción solicite una persona que no tenga ningún parentesco con el fallecido ¹⁹.

OBSERVACIONES: Este espacio está destinado para que se pueda anotar

cualquier comentario o aclaración que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la defunción ocurrida ¹⁹.

No coloque el sello del Establecimiento de Salud o de la oficina de Estadística en los lugares donde se anota la información ¹⁹.

2.4 Categorías fundamentales

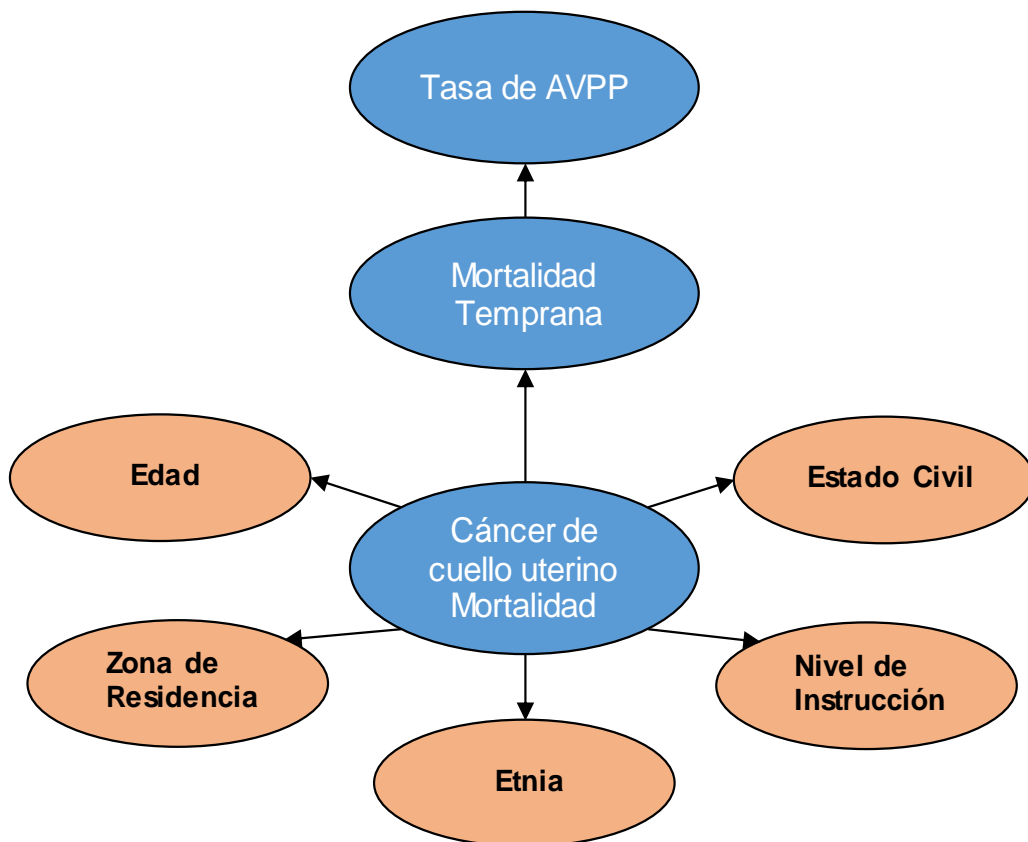


Gráfico N° 1 Categorías Fundamentales
Elaboración: Raza Elisa

2.4.1 Cáncer de cuello uterino

Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino que se manifiesta inicialmente con lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un carcinoma in situ (confinado a la superficie epitelial) o a un cáncer invasor donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal ^{20, 21, 22}

2.4.1.1 Historia natural de la enfermedad

El carcinoma de cuello uterino es una lesión progresiva precedida por cambios intraepiteliales preneoplásicos. Existe controversia respecto a la progresividad de las lesiones premalignas y que el cáncer de cuello uterino esté siempre precedido por ellas; epidemiológicamente se ha encontrado que la edad promedio de mujeres con estas lesiones premalignas, es menor que las que tienen carcinoma in situ y éstas a su vez son menores que las que presentan cáncer invasivo, lo cual sugiere un proceso progresivo de cambios preneoplásicos a carcinoma in situ y luego a invasor.

La duración de las diferentes etapas de premalignidad no es uniforme, en general se acepta un promedio de 10 a 20 años en transformarse a lesión invasora, aunque se ha encontrado una regresión espontánea en estadios iniciales entre un 30 a 60%.

La progresión suele ser más rápida en las mujeres de mayor edad que en las más jóvenes.

Aunque virtualmente todos los carcinomas cervicales invasivos se desarrollan a través de fases progresivas de cambios intraepiteliales, no todos necesariamente progresan a invasión ²³.

El cáncer de cuello uterino y los precánceres se clasifican de acuerdo al aspecto que presentan bajo el microscopio. Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas ¹.

Mientras que la clasificación de las lesiones premalignas del epitelio cervical ha evolucionado paralelamente al avance del conocimiento de su biología e historia natural, 1989 se propuso el Sistema Bethesda para describir las alteraciones citológicas y que en el año 2001 fue modificado ligeramente ²³.

Tabla No. 1 Clasificación de las lesiones premalignas del epitelio cervical.

Displasia leve	CIN 1	SIL de bajo grado (LSIL)
Displasia moderada	CIN 2	SIL de alto grado (HSIL)
Displasia severa	CIN 3	
Carcinoma in situ		

CIN: Neoplasia cervical intraepitelial. LSIL: Neoplasia cervical intraepitelial de bajo grado.
SIL: Lesión escamosa intraepitelial. HSIL: Neoplasia cervical intraepitelial de alto grado.

En el Sistema Bethesda se sustituye el término neoplasia intraepitelial por el de lesión escamosa intraepitelial (SIL), con dos categorías: bajo grado (LSIL) y alto grado (HSIL). Esta división justificada por la evidencia que las LSIL corresponden a infecciones por VPH, en general autolimitadas y que rara vez progresan a carcinoma, mientras que las HSIL son verdaderas lesiones premalignas que involucra los siguientes términos utilizados en clasificaciones anteriores: displasia moderada (CIN 2), displasia severa (CIN 3) y carcinoma in situ.

La identificación del tipo de VPH en las lesiones intraepiteliales ha señalado que en las LSIL se identifican tipos muy heterogéneos, de alto y bajo riesgo oncogénico, mientras que en la gran mayoría de HSIL se encuentran tipos de alto riesgo ²³.

Teniendo en cuenta que la causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), un virus muy frecuente que se transmite por vía sexual.

La mayoría de las infecciones por el VPH remiten espontáneamente; las que persisten pueden llevar al desarrollo de precáncer o cáncer. Normalmente es necesario que transcurran entre 10 y 20 años para que una lesión precursora producida por el VPH pueda transformarse en un cáncer invasor.

2.4.1.2 Factores de Riesgo para desarrollar la enfermedad^{1,24,25,26}

- Inicio de la vida sexual en la adolescencia.
- Varios compañeros sexuales, promiscuidad.
- Ausencia de pareja sexual estable.
- Multiparidad o el tener más de cinco hijos.

- Estado socio-económico bajo.
- Partos a temprana edad (menor de 18 años)
- Tabaquismo y alcoholismo
- Infecciones vaginales crónicas no bien tratadas (a la pareja)
- Infecciones de transmisión sexual.
- El Papiloma Virus Humano (HPV). Factor causante esencial en esta enfermedad.
- La no realización de una citología vaginal o Papanicolaou cada determinado tiempo, y al año del inicio de la vida sexual.
- El desconocimiento médico, falla en la toma o en la interpretación de una citología vaginal.

2.4.2 Mortalidad Temprana

Son los años que deja de vivir una persona de acuerdo a los años de esperanza de vida de su país de residencia; en el Ecuador según las proyecciones del INEC 2010 – 2020 es de 72.2 años en el sexo masculino y 77.8 años en el sexo femenino ²⁷.

2.4.2.1 Esperanza de Vida

Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica ^{28, 29}

2.4.2.2 Indicadores Básicos en Salud

Datos Básicos en Salud (DBS) es una iniciativa lanzada en 1995 para monitorear el alcance de metas en salud y el cumplimiento de mandatos adoptados por OPS/OMS y sus Estados Miembros en la Región de las Américas.

La Iniciativa DBS busca proporcionar una plataforma estandarizada de información sobre la situación de salud y sus tendencias como insumo estratégico para :

i) la formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud; ii) la reorientación de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública; iii) la programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica; iv) la movilización de recursos; y, v) la diseminación de información técnica en salud ^{30, 31}.

Así, la iniciativa DBS se define como un proceso que, promoviendo el uso de la epidemiología para la gestión en salud, fortalece las capacidades analíticas y genera evidencias para la decisión en política sanitaria, incluyendo la detección de desigualdades en salud y la identificación de prioridades de cooperación técnica ^{30, 31}.

Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud ³¹.

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada” ³¹.

Los indicadores son de mortalidad, morbilidad y de acceso a recursos y cobertura del sistema de servicios de salud, así como de determinantes de salud de nivel socioeconómico, ambiental y demográfico, por lo que esta iniciativa ha sido favorable y ampliamente acogida por los países de las Américas, entre ellos incluye a Ecuador ³⁰.

Mortalidad

Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales ³².

La causa básica de defunción se define como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal", según lo expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades ³².

Tasa bruta de mortalidad

La tasa bruta de mortalidad es el indicador más utilizado en la medición de la mortalidad. Se obtiene de la relación entre el número de defunciones ocurridas en un período de tiempo determinado (generalmente un año) y una estimación de la población expuesta al riesgo de morir en el mismo período ^{33,34}.

Como calcular: total de defunciones por causa y por período, territorio dado entre población total a mitad de ese período territorio dado por 1000 ³³.

Tasa de mortalidad por causas

Expresa el riesgo de morir de la población de un territorio y período dado por determinada causa, entendiéndose ésta, por enfermedad, discapacidad o violencia accidental o intencional ³³.

Cálculo: cociente del número de defunciones por determinada causa y el total de la población expuesta al riesgo de morir por esta causa, en un territorio y período de tiempo determinado multiplicado por un exponencial de 10. El exponencial se determina de acuerdo al valor del cociente, que produce un resultado numérico menor que la unidad, que es conveniente transformar para su mejor comprensión. Las causas a considerar suelen estar acotadas de acuerdo a lo establecido por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) vigente ³³.

2.4.3 Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

Expresa el número de años que dejan de vivir las personas al momento de morir. La expresión de años dejados de vivir se da en el contexto de un límite de edad y que suele ser el más cercano a la esperanza de vida al nacer de una población. Expresa la mortalidad prematura es decir, el impacto de la mortalidad en los grupos poblacionales más jóvenes^{33, 35, 36}.

Por lo tanto el indicador (AVPP) ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Por lo que se busca aplicar a nivel local, teniendo en consideración que el cáncer de cérvix afecta a mujeres de mediana edad y por ende pueden presentar una mortalidad prematura.

AVPP = Esperanza de vida del país en años – Años vividos.

La mejor opción para disminuir la mortalidad es la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y malignas a través del Papanicolaou; a pesar de que dicho examen es gratuito y está al alcance de la mayoría de las mujeres existen ciertas barreras que les impiden realizarlo.

En la actualidad se considera que el cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias potencialmente curables; en países desarrollados la incidencia y la mortalidad debidas a esta enfermedad han descendido de manera significativa, mientras que en los países en vías de desarrollo no se ha observado disminución, en particular, los países de América Latina se han caracterizado por presentar el mayor porcentaje de mortalidad por esta enfermedad.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Enfoque

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que los resultados obtenidos fueron interpretados numéricamente y esto permitió determinar el fenómeno investigado, se identificó las características sociodemográficas y se estableció los años de vida potencial perdidos por el cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua. Además se utilizó fuentes de información secundarias obtenidas del instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador.

3.1 Modalidad básica de la información

Investigación bibliográfica documental, por la revisión de los registros de defunción inscritos en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador.

3.2 Tipo de investigación

Para la realización de la presente investigación se utilizó los siguientes tipos de investigación:

Observacional: se describió las características observadas y el objeto de estudio no fue manipulado.

Descriptiva: se caracterizó datos de cada una de las variables.

Transversal: el estudio se realizó en un período determinado, teniendo contacto una sola vez con el objeto de estudio.

3.3 Población y muestra

La población objeto de estudio, estuvo representada por el total de fallecidas durante el año 2010 a 2013, inscritas en el registro general de defunciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), siendo la causa básica de muerte el cáncer de cuello uterino y codifica según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y cuyo código es el C53: Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación.

3.3.1 Criterios de inclusión

Para la investigación, se incluyeron al total de fallecidas durante los años 2010 a 2013, siendo la causa básica de muerte el cáncer de cuello uterino, codificada según el CIE 10 e inscrita en el registro general de defunciones del INEC.

3.3.2 Criterios de exclusión.

No fue necesario excluir porque todos los datos estuvieron llenos, con la causa básica estudiada y codifica según el CIE- 10.

3.3.3 Aspectos éticos

Toda la información que el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador proporcionó, fue manejada con mucha privacidad, sólo se utilizó para la investigación.

3.4 Operacionalización de variables

No se realiza la señalización de las variables como independiente y dependiente, porque este estudio no busca la relación causa – efecto, se enfoca en el análisis del impacto social del cáncer del cuello uterino medido por AVPP.

Variables de estudio

Tabla No. 2 Características sociodemográficas

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTSO
Aspecto demográfico educativo, etnia presente en la mortalidad por cáncer de cuello uterino.	Demografía	Estado Civil	¿Qué características sociodemográficas tiene el patrón de mortalidad por cáncer de cuello uterino?	Estadísticas
		Residencia habitual		
	Nivel de instrucción	Ninguno		
		Centro de alfabetización		
		Primaria		
	Etnia	Secundaria		
		Superior		
		Postgrado		
		Indígena		
		Afroecuatoriano		
	Negro			
	Mestizo			
	Montubio			
	Blanco			

Variables de Estudio

Tabla No. 3 Años de Vida Potencial Perdidos

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
Años que deja de vivir una persona por una muerte prematura, en relación a la esperanza de vida.	Defunciones con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, Tungurahua, 2010 – 2013.	Tasas de Mortalidad por cáncer de cuello uterino. Tasas de AVPP	¿Qué impacto tiene el cáncer de cuello uterino en la población femenina de Tungurahua?	Estadística

3.5 Plan de recolección de la información

La fuente de información es secundaria los datos se obtuvieron de los registros de defunción inscritos en el INEC durante el año 2010 a 2013, siendo la causa básica de muerte el cáncer de cuello uterino.

3.6 Plan de procesamiento y análisis

El análisis de la información se realizó de la siguiente manera:

1. Revisión de la información que el INEC proporcionó, para garantizar que estén todos los datos a analizar y/o requeridos y poder disponer de toda la información.
2. La base de datos se procesó en el programa SPSS.
3. Tabulación de datos: para variables cualitativas se utilizó las medidas de resumen que son las frecuencias absolutas y las relativas, mientras que para variables cuantitativas se utilizó las medidas de tendencia central.
4. Para la interpretación, análisis y discusión de datos se elaboró tablas y gráficos.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis e Interpretación

4.1.1 Características sociodemográficas de las fallecidas por cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua.

El cáncer de cuello uterino está asociado a múltiples factores de riesgo que predisponen a padecer cáncer de cuello uterino, por lo tanto la identificación de los mismos permitirá realizar actividades de prevención, para disminuir la mortalidad que causa esta enfermedad.

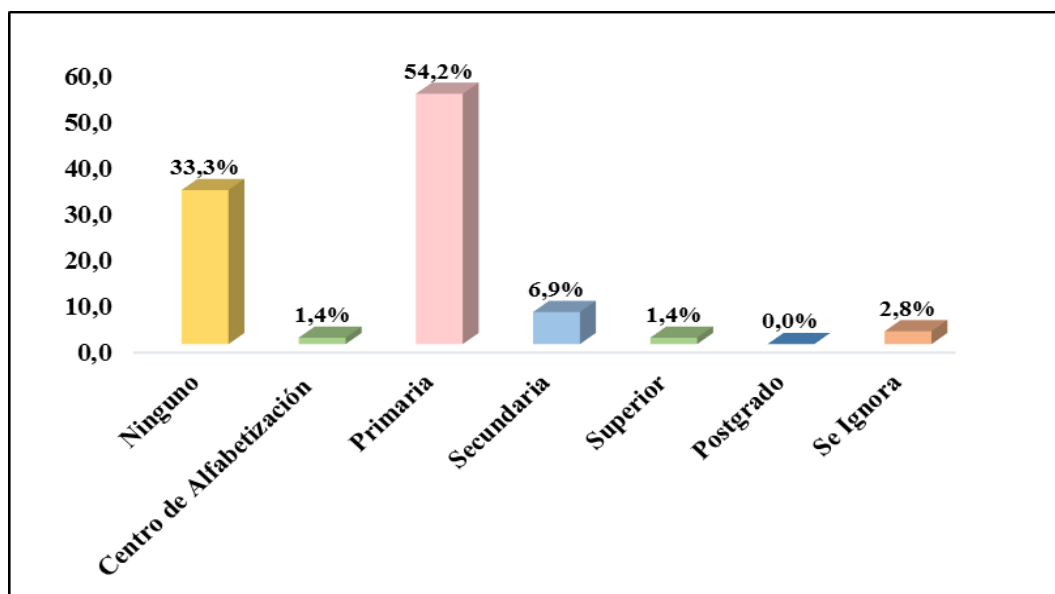


Gráfico N° 2 Mortalidad por cáncer de cuello uterino según nivel de instrucción. Tungurahua. 2010 – 2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

El 54,2 % de las fallecidas tuvieron educación primaria y el 33,3 % ningún nivel de instrucción. En la muestra tan solo el 1,4% tiene instrucción superior.

En un estudio realizado por Verdezoto J. ³⁷ indica que las mujeres en edad fértil con una educación universitaria tienen una mayor asistencia a la consulta externa y realización de prueba de Papanicolaou, lo que se traduce a una mayor preocupación por descubrir y tratar enfermedades que a ellas aquejan, datos que no concuerdan con los obtenidos en la investigación en donde el mayor número de fallecidas tuvieron nivel de instrucción primaria y ninguno, por lo tanto podemos decir que las mujeres que tienen un nivel de instrucción bajo tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

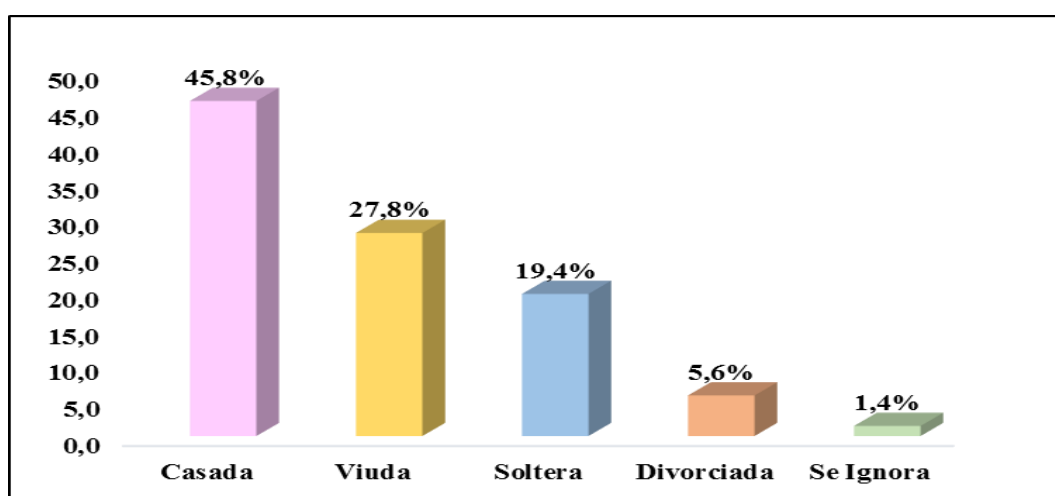


Gráfico N° 3 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según estado civil. Tungurahua. 2010 – 2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

En el gráfico 3 se observa que existe un mayor número de fallecidas casadas con 45,8 %, seguido del estado civil viuda con 27,8 % y soltera con 19,4 %, lo que va de acuerdo a los datos obtenidos en el Censo 2010 ³⁸, que el 45,9 % de la población femenina de la provincia Tungurahua es casada.

Esto hace deducir y plantear interrogantes, que al ser casada ha iniciado su vida sexual activa y no sabemos el comportamiento sexual de su pareja, por lo que se convierte en mujer con alto riesgo de padecer algún tipo de lesión o anomalía a nivel del cuello uterino y que al no ser identificado de forma oportuna desarrollará posteriormente cáncer de cuello uterino, debido que es el principal factor de riesgo de dicha enfermedad.

Tabla No. 4 Mortalidad por cáncer de cuello uterino según autoidentificación. Tungurahua. 2010 -2013.

AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	AÑOS								TOTAL	
	2010		2011		2012		2013		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%		
Mestizo	15	20,8	12	16,7	13	18,1	15	20,8	55	76,4
Indígena	2	2,8	3	4,2	1	1,4	2	2,8	8	11,1
Se Ignora	1	1,4	3	4,2	2	2,8	1	1,4	7	9,7
Negro	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Blanco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,4
TOTAL	18	25,0	19	26,4	16	22,2	19	26,4	72	100

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

En la tabla 4 se observa que predominaron las fallecidas por cáncer de cuello uterino de etnia mestiza con 76,4 %, seguido de la etnia indígena con 11,1 % y el 9,7 % se ignora.

Además ninguna fallecida fue de etnia mulata, afrodescendiente, ni montubia, por lo que no se representa en la tabla.

Villacrés A. y Guano F. ³⁹, refiere en su estudio que del 87 % de pacientes que no saben que es el examen de Papanicolaou el 7 % son mestizas y el 80% son indígenas, datos que no concuerdan con los obtenidos en la investigación, por lo que resulta imprescindible realizar actividades de promoción y prevención de esta enfermedad a nivel de todas las etnias en la población femenina.

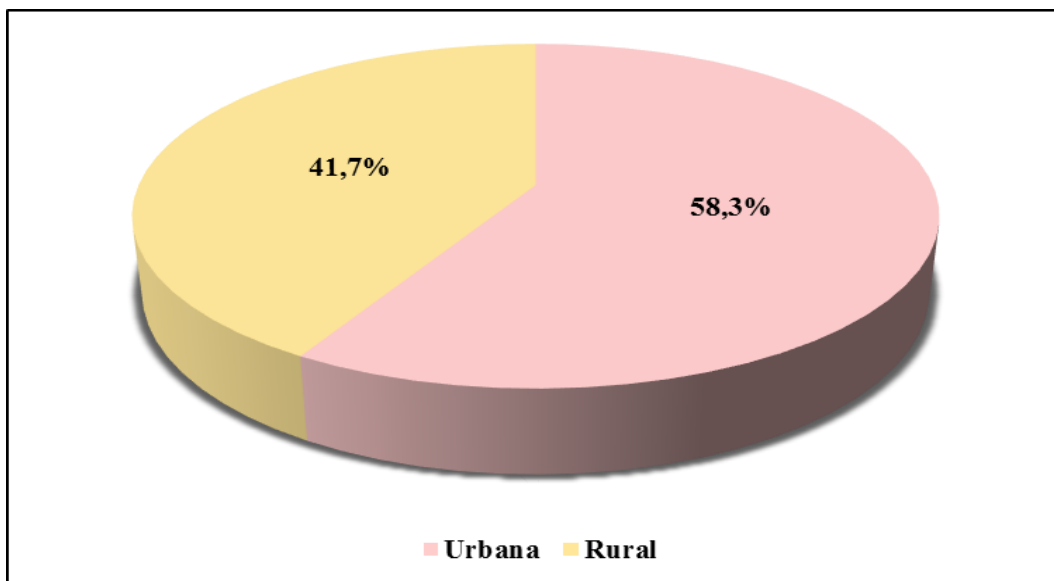


Gráfico N° 4 Mortalidad por cáncer de cuello uterino según zona de residencia habitual. Tungurahua. 2010-2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

El 58,3 % de las fallecidas residieron en zona urbana, datos que concuerda con los resultados obtenidos en el censo Tungurahua 2010³⁸, siendo este indicador determinante por los altos porcentajes de defunciones en ambas zonas, esto requiere de programas de captación para que reciban atención médica.

4.1.2 Mortalidad por cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino se presenta con más frecuencia en la edad de adulto medio, sin embargo también se puede encontrar en edades menores de 20 y mayores de 65 años, por lo que el riesgo de padecer esta enfermedad no exime a estas edades.

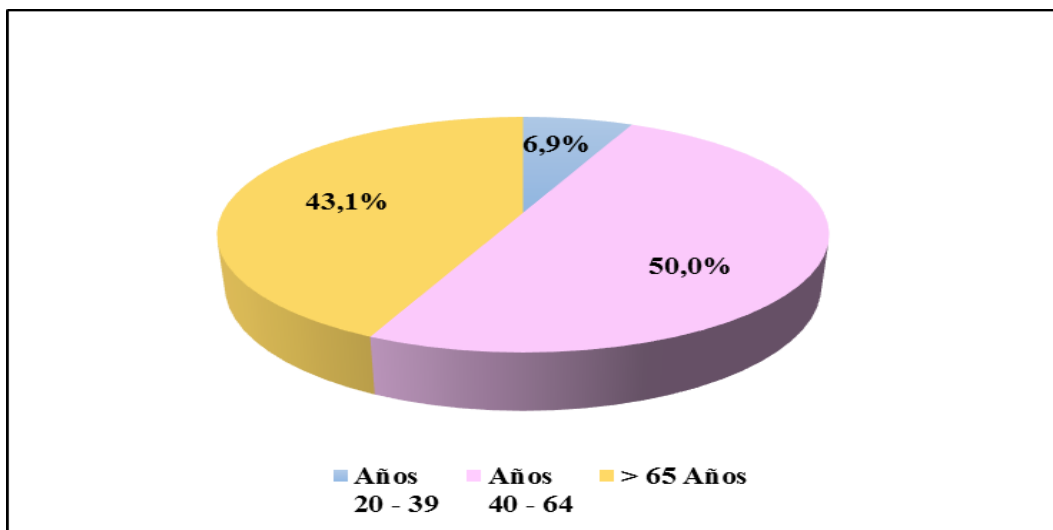


Gráfico N° 5 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según grupos de edad MAIS. Tungurahua. 2010 – 2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

En el gráfico 5 se constata que el 56,9 % de las fallecidas por cáncer de cuello uterino pertenecen al grupo de adulto, según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que a su vez abarca al grupo de adulto joven y medio dentro del ciclo vital de vida por lo tanto este grupo de edad incluye a mujeres en edades productivas y reproductivas.

Cabe recalcar que en el grupo de edad de 20 a 39 años del periodo estudiado no hubo fallecimientos en edad menor a 30 años, mientras que en el grupo de 40 a 64 años, es importante destacar que el mayor número de fallecimientos están entre la cuarta y quinta década de la vida.

Según la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Registro de Tumores Guayaquil ⁴⁰, al grupo que más afecto el cáncer de cuello uterino durante el año 2010 a 2012 fue al grupo de adulto que concuerda con los datos obtenidos en la investigación.

Tabla No. 5 Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según cantones. Tungurahua. 2010-2013.

CANTONES	2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	%
Ambato	12	6,8	10	5,6	11	6,0	7	4,0	40	55,6
Pelileo	3	9,9	2	6,5	2	6,4	5	15,8	12	16,7
Pillaro	2	9,4	2	9,4	1	4,7	1	4,6	6	8,3
Mocha	0	0,0	1	27,9	0	0,0	2	55,4	3	4,2
Patate	0	0,0	1	14,0	1	13,9	1	13,7	3	4,2
Tisaleo	0	0,0	1	15,2	0	0,0	2	29,7	3	4,2
Baños	0	0,0	1	9,5	0	0,0	1	9,1	2	2,8
Cevallos	0	0,0	1	22,9	1	22,6	0	0,0	2	2,8
Quero	1	9,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
TOTAL	18	36,0	19	111,0	16	53,6	19	132,3	72	100

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Proyección población 2010-2020. Censo 2010.

Elaboración: Raza Elisa

* La tasa se calculó en base a 100.000 mujeres, por comparación internacional.

Entre el 2010 a 2013 se produjeron 72 muertes por cáncer de cuello de útero que aporta en su mayoría el cantón Ambato con 55,6 % del total de las muertes durante el periodo estudiado, esto puede ser por que la población tiene más acceso a los servicios de salud públicos o privados, por lo que esta enfermedad es diagnosticada y tratada, mientras que en los cantones más alejados no tienen la misma posibilidad de acceso a los servicios de salud y por ende puede haber un subregistro y diagnóstico tardío.

Al referirnos a la tasa de mortalidad el cantón Mocha es el que presenta mayor riesgo de morir por cáncer de cuello uterino en este periodo siendo de 27,9 y 55,4 en el año 2011 y 2013 respectivamente por 100.000 mujeres. Datos muy superiores a los encontrados por Arzuaga, Souza y Azevedo ⁴¹ en su estudio reportan que en los países desarrollados, la tasa de incidencia por CCU es de 9,0 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad es de 3,2 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 0,85 %, y el de morir es de 0,33 %. Esto demuestra que los países en vías de desarrollo son los que presentan las más altas tasas de mortalidad.

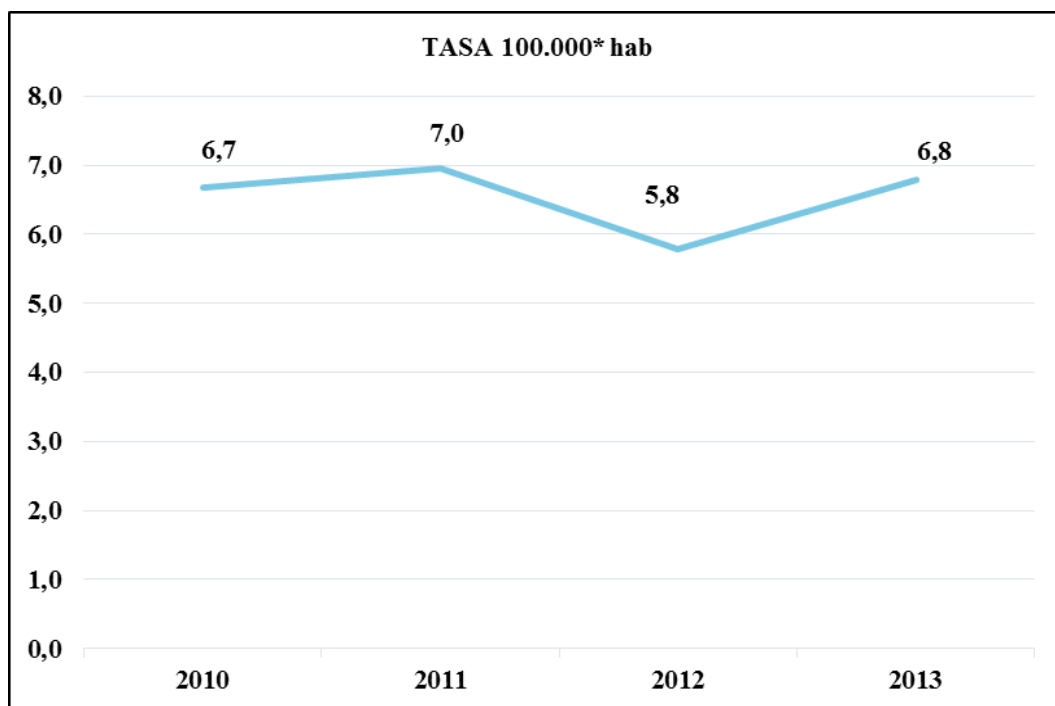


Gráfico N° 6 Mortalidad por cáncer de cuello uterino. Tungurahua. 2010-2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

Nota aclaratoria:

* La tasa se calculó en base a 100.000 mujeres, por comparación internacional.

En el gráfico 6 podemos observar que en Tungurahua el riesgo de morir por cáncer de cuello es mayor en el año 2011 y 2013, siendo de 7,0 y 6,8 respectivamente por 100.000 mujeres.

Vidal, Hoffmeister y Biagini ⁴² en un estudio manifiestan que durante el periodo estudiado, en Chile se produjo una disminución de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino. En 1990, la tasa estandarizada por edad fue 14,0 por 100 000 mujeres y en 2009, 6,5 por 100 000.

En el año 2003 la tasa de mortalidad en Tungurahua fue de 16,8 por 100.000 mujeres y en el año 2014 es de 8,8 por cada 100.000 mujeres ⁹, esto demuestra que ha disminuido la mortalidad por cáncer de cuello uterino, sin embargo en los 4 años de estudio no se evidencia una disminución marcada.

4.1.3 Años de Vida Potencial Perdidos

El cáncer de cuello uterino cuando afecta a edades tempranas generan años de vida potencial perdidos, por lo que es imprescindible promover actividades educativas teniendo en cuenta que esta enfermedad se puede prevenir, ya que al existir una muerte prematura hay pérdida a nivel familiar y social.

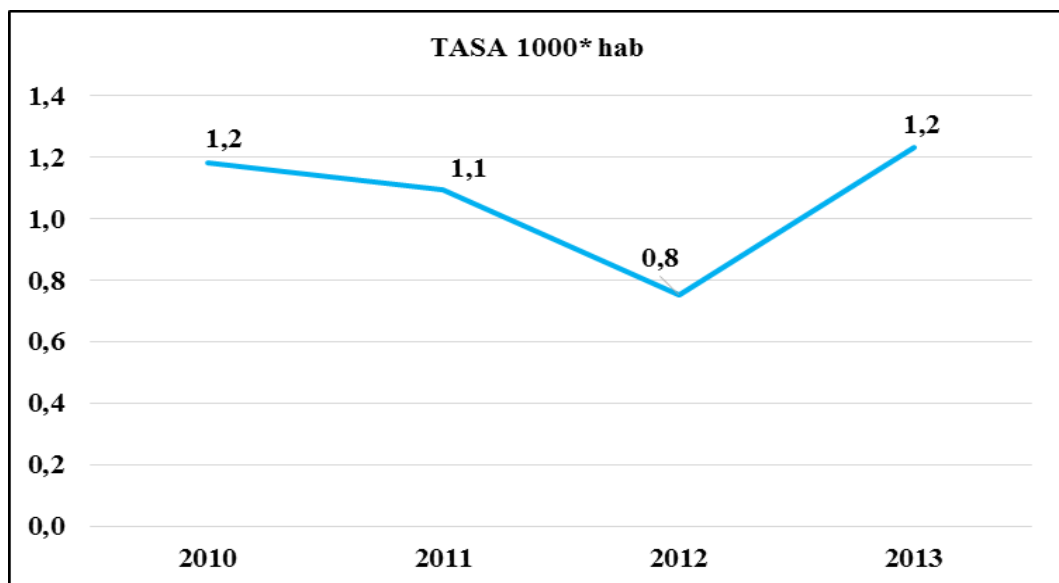


Gráfico N° 7 Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino. Tungurahua. 2010 – 2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

Nota aclaratoria:

* La tasa se calculó en base a 1.000 mujeres, por comparación internacional.

En Tungurahua el riesgo de perder años de vida por cáncer de cuello uterino fue mayor en el año 2010 y 2013, siendo de 1.2 años respectivamente por cada 1.000 mujeres.

Lozada, Aguinaga, Páez, Olmedo y Pozo ⁸ en su estudio obtuvieron como resultado que los años de vida perdidos por muerte prematura en mayor número correspondieron a las enfermedades no transmisibles (Grupo II) con 491.012 AVPP, en este grupo destacan las enfermedades de la modernidad: cardiovasculares

y entre éstas en especial la enfermedad cerebrovascular (41.351), la cardiopatía hipertensiva (33.041) y la cardiopatía isquémica (25.011). Las neoplasias malignas, entre ellas el cáncer de estómago (19.761), la leucemia (15.753) y el cáncer cérvicouterino (8.099).

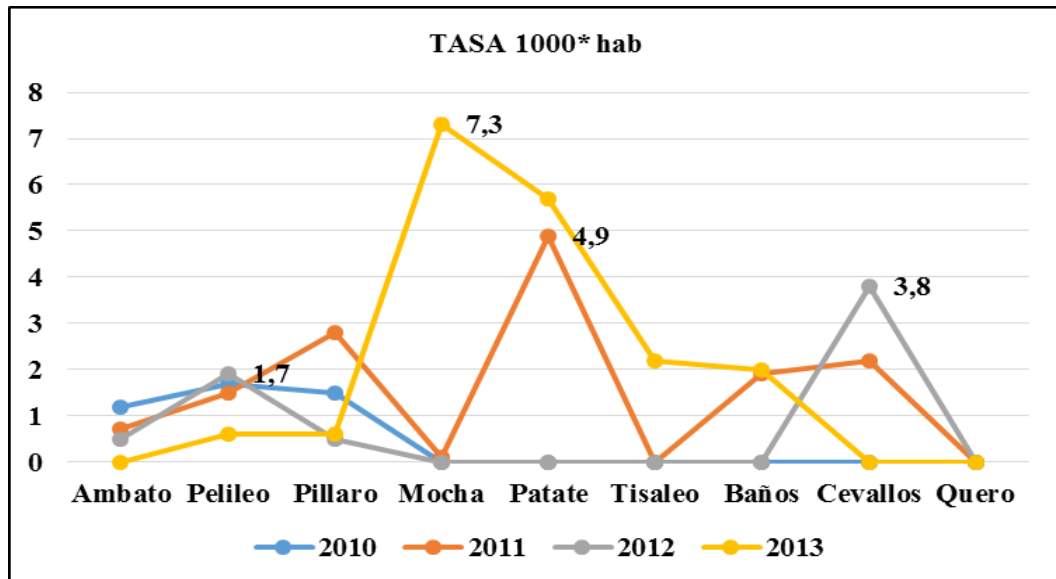


Gráfico N° 8 Años de vida potenciales perdidos por cáncer de cuello uterino, según cantones. Tungurahua. 2010 – 2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

Nota aclaratoria:

* La tasa se calculó en base a 1000 mujeres.

En el gráfico 8 se observa que en el 2011 en el cantón Patate por cada 1000 mujeres se perdieron 4.9 años y en 2013, en Mocha 7.3 años, siendo los cantones que más riesgo exhiben de perder años de vida en mujeres por este tipo de cáncer, estas edades están comprendidas en la etapa productiva de la vida en que la mujer es económicamente activa y aporta significativamente al desarrollo de la sociedad.

En un estudio realizado por Domínguez, Santana, Seuc y Galán ⁴³ obtuvieron como resultado que el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino mostraron las mayores tasas de años potenciales de vida perdidos por muerte prematura, con los mayores incrementos en el período (de 139 a 206.5 y de 114.7 a 215.2 por 100 000, respectivamente).

Esto demuestra que debemos reforzar las actividades de prevención de esta enfermedad debido a que la detección oportuna tiene un impacto positivo sobre la supervivencia.

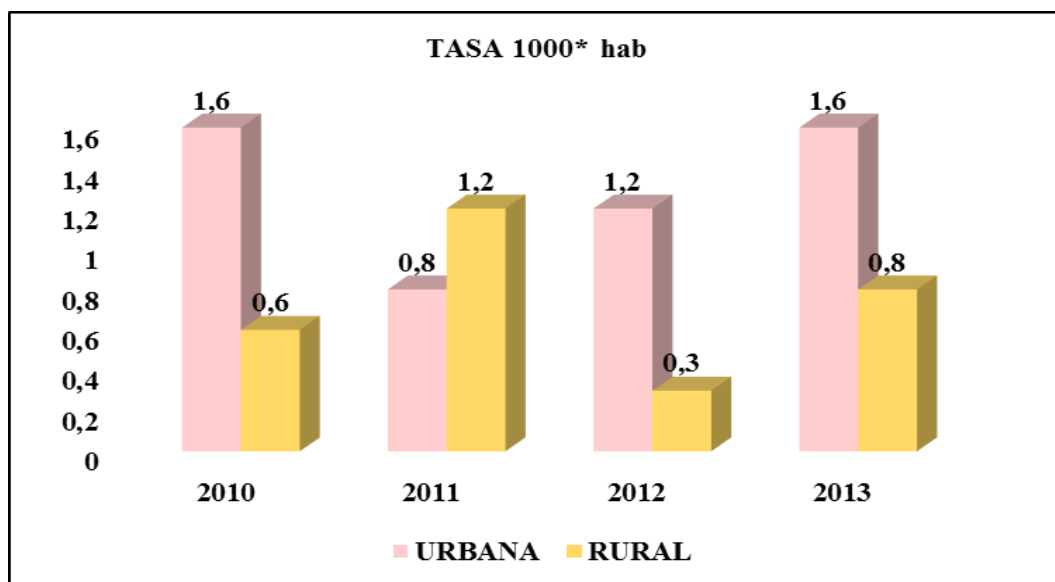


Gráfico N° 9 Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino, según zonas de residencia. Tungurahua. 2010 – 2013.

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

Nota aclaratoria: * La tasa se calculó en base a 1000 mujeres.

En Tungurahua el riesgo de perder años de vida por cáncer de cuello uterino fue mayor en la zona urbana tanto en el año 2010 y 2013, siendo de 1,6 por 1000 mujeres en ambos años.

Lazo y Aguilar ²⁰, en su estudio observó que según la procedencia, el 54.76 % de las pacientes atendidas proceden de la zona urbana, el 33.33% de la zona rural y solo el 11.9% de la zona urbano marginal, datos que concuerdan con los obtenidos en la investigación.

Esto orienta a la posibilidad de que existe un mayor número de factores de riesgo presentes en la zona urbana como el inicio de vida sexual precoz, infecciones de transmisión sexual sin tratamiento, multiparidad, múltiples parejas sexuales, no realización de exámenes como el Papanicolaou, que permitan la identificación precoz de lesiones precancerosas y por ende existe mayor riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino en la zona urbana, con riesgo de perder años de vida.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En la provincia Tungurahua la mortalidad por cáncer de cuello uterino estuvo representada mayoritariamente por las mujeres en edad media con escolaridad primaria, residente en zonas urbanas, siendo las mestizas las que presentan el mayor riesgo.

El cantón Ambato presenta el mayor número de mujeres fallecidas por cáncer de cuello uterino, en el periodo estudiado, sin embargo Mocha es el cantón que exhibe el mayor riesgo de morir, con tendencia a incrementar el riesgo y perder años de vida por esta enfermedad, así como las mujeres que viven en zonas urbanas.

La intervención educativa para la prevención de muertes prematuras por cáncer de cuello uterino contribuirá a la disminución de años de vida perdidos por esta enfermedad.

5.2. Recomendaciones

Socializar el estudio a los responsables de los distritos de la provincia de Tungurahua para la toma de decisiones sobre un indicador poco utilizado en nuestra provincia.

Capacitar al personal de salud sobre el llenado correcto del formulario de defunción general, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

Título de la propuesta: Intervención educativa para la prevención de muerte prematura por cáncer de cuello uterino.

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud Totoras tipo B, coordinado con la Universidad Técnica de Ambato.

Beneficiarios: Mujeres de 30 a 64 años de edad que asisten al Centro de Salud de Totoras tipo B.

Ubicación: Provincia: Tungurahua, Cantón Ambato, Parroquia Totoras.

Tiempo estimado para la ejecución: Año 2017.

Inicio: Marzo 2017 Fin: Diciembre 2017

Equipo técnico responsable:

Tutora: Dra. Martha María Scull Molina

Autora: Md. Elisa Aidé Raza López

Costo: \$ 300

6.2 Antecedentes de la propuesta

El taller educativo es una forma de impartir información debido a que integra la teoría y la práctica, está formado por un facilitador y un grupo de personas que realizarán su aporte específico y también compartirán experiencias de la realidad.

La Atención Primaria de Salud permite dar atención integral, desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, sin embargo no se da cumplimiento a esto debido a que siguen falleciendo mujeres en edad media, etapa productiva y en muchos casos reproductiva.

Además en el estudio se encontró que el cantón Mocha presenta el mayor riesgo de morir por cáncer de cuello uterino y también aporta el mayor número de años de vida perdidos por esta causa.

6.3 Justificación

Luego de haber encontrado que las mujeres en etapa productiva y en muchos casos reproductiva continúan muriendo por cáncer de cuello uterino en la provincia Tungurahua, dejando huérfanos a sus hijos sin nadie que se haga cargo debido que eran sostén de su hogar, muestra la necesidad de esta propuesta con el fin de orientar acerca de la enfermedad y prevenir mediante la detección precoz de lesiones premalignas con la prueba de Papanicolaou, teniendo en cuenta que la detección oportuna ayuda a la supervivencia.

Por lo tanto si existe una motivación y orientación sobre la enfermedad, en el futuro las mujeres podrán ayudar a un diagnóstico oportuno.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General

- Diseñar una propuesta de intervención educativa para disminuir la mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino.

6.4.2 Objetivos Específicos

1. Capacitar a los líderes comunitarios y a las mujeres que acuden al Centro de Salud Totoras sobre los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino.
2. Concientizar a las mujeres la importancia de realizar la prueba de Papanicolaou.

6.5. Análisis de factibilidad

Siendo la población de la parroquia Totoras muy colaboradora así como sus líderes y la directora de la Unidad de Salud, además de que se trata de una propuesta de corto plazo es factible de realizar.

De tal modo que permitirá la entrega de trípticos y la realización de talleres educativos sobre factores de riesgo de cáncer de cuello uterino que puede contribuir a disminuir la mortalidad temprana por dicha enfermedad.

6.5.1 Factibilidad Técnica

Se dispone de información con evidencia científica sobre la enfermedad y sus características donde resalta la importancia de la educación como prevención del cáncer de cuello uterino.

6.5.2 Factibilidad Económica – financiera

Todos los costos que demande la propuesta serán asumidos por la investigadora.

6.5.3 Factibilidad Organizacional

Se coordinara con los líderes de la comunidad y la dirección del Centro de Salud de Totoras tipo B a través de la investigadora.

6.6 Fundamentación

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad muy común en las mujeres; es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino ²⁰, precedida por cambios intraepiteliales preneoplásicos, las cuales progresan a carcinoma in situ y luego a microinvasor e invasor.

En consecuencia, la mortalidad por cáncer de cuello uterino causa muerte prematura que son los años que deja de vivir una mujer de acuerdo a los años de esperanza de vida.

Por lo tanto la pérdida que sufre la sociedad por la muerte de mujeres jóvenes o de fallecimientos prematuros ocasiona desintegración familiar y pérdidas económicas tanto a nivel comunitario y familiar debido a que son entes productivos.

6.7 Metodología

Tabla No. 6 Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
Planificación	1. Recolectar información 2. Elaborar materiales	Difundir y socializar el plan de intervención educativo al 100%	Papel \$ 6 Copias \$ 4 Impresiones \$10 Trípticos \$ 20	Md. Elisa Raza López	1 mes
Ejecución	Ejecutar el plan de intervención educativa sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Realizar una demostración de la toma de muestra de Papanicolaou mediante maquetas. Entrega de Trípticos	Concientizar a las mujeres que deben realizar la prueba de Papanicolaou.	Computadora Infocus \$ 100 Carteles \$ 10 Maquetas \$ 80 Trípticos	Md. Elisa Raza López	1 vez a la semana por 8 meses
Evaluación	Evaluación del plan educativo programado.	Valorar el porcentaje de incremento de mujeres que realizaron la prueba de Papanicolaou.	Papel \$ 10 Impresiones \$ 8 Copias \$ 5	Md. Elisa Raza López	1 mes

Taller N° 1

Tiempo de duración: 30 minutos, el día quedaría por definirse con el personal involucrado.

Objetivo:

- Orientar a las mujeres sobre los Factores de Riesgo de cáncer de cuello uterino.

Desarrollo

Tema: Factores de riesgo de cáncer de cuello uterino.

Motivación: Se motivará con dinámicas grupales, exposición por parte del Médico.

Desarrollo: Exposición por parte del Médico.

Contenidos

Cáncer de cuello uterino

- Causas
- Factores de Riesgo
- Cómo se evitan los riesgos de desarrollar la enfermedad

Materiales

Se necesitarán los siguientes materiales:

1. Infocus
2. Computadora
3. Carteles
4. Sillas
5. Trípticos

Responsables

Personal de la Unidad de Salud y Md. Elisa Raza.

Taller N° 2

Tiempo de duración: 45 minutos, el día quedaría por definirse con el personal involucrado.

Objetivo:

- Motivar a las mujeres que acudan a la Unidad de Salud para la realización de la prueba de Papanicolaou.

Desarrollo

Tema: Detección oportuna del cáncer de cuello uterino.

Motivación: Se motivará con dinámicas grupales antes y después del taller.

Desarrollo: Exposición por parte del Médico y demostración de la toma de muestra de la prueba de Papanicolaou mediante maquetas.

Contenidos

Detección oportuna del cáncer de cuello uterino.

- Requisitos para la realización de la prueba de Papanicolaou
- Beneficios de la prueba de Papanicolaou

Materiales

Se necesitarán los siguientes materiales:

- Infocus
- Computadora
- Sillas
- Maquetas

Responsables

Personal de la Unidad de Salud y Md. Elisa Raza.

Taller N° 3

Tiempo de duración: 30 minutos, el día quedaría por definirse con el personal involucrado.

Objetivo:

- Concientizar al personal de salud a cumplir con el programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino.

Desarrollo

Tema: Programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino.

Motivación: Se motivará con dinámicas grupales

Desarrollo: Exposición por parte del médico.

Contenidos

Programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino.

- Porcentaje de cumplimiento del Programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino en la Unidad de Salud.
- Crear compromisos para incrementar en un 15 % la toma de muestras de Papanicolaou en la Unidad de Salud.

Materiales

Se necesitarán los siguientes materiales:

- Infocus
- Computadora
- Sillas

Responsables

Personal de la Unidad de Salud y Md. Elisa Raza.

6.8 Administración

La propuesta estará administrada de la siguiente manera:

Investigadora: es la responsable de estructurar, buscar los recursos y poner en marcha todos los procedimientos que harán posible el cumplimiento de la misma.

Tutora de la investigación: se encargará de dar ayuda investigativa teórica durante la realización del trabajo y apoyo con fundamento científico para establecer la propuesta de solución al problema.

6.9 Previsión de la evaluación

Es necesario disponer de un plan de monitoreo y evaluación de la propuesta para tomar decisiones oportunas que permitan una disminución de la mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino.

La evaluación de los tres talleres se realizará en tres fases:

- 1.- Diagnóstico inicial: para analizar el conocimiento general sobre el tema a tratar.
- 2.- Evaluación de procesos o formativa: esto permitirá saber cuánto están aprendiendo y su capacidad retentiva de la información impartida.
- 3.- Evaluación final: permitirá conocer los conocimientos que cada uno de los participantes alcanzaron.

En el caso del taller N° 3 se podrá evaluar mediante el porcentaje de Papanicolaou realizados en el Centro de Salud de Totoras, esto demostrara que los conocimientos adquiridos en los talleres, sirvió para que las pacientes decidan realizar la prueba de Papanicolaou.

Referencias Bibliográficas

¹ Sociedad Americana contra el Cáncer. Cáncer de cuello uterino. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf> (ultimo acceso 29 Julio 2016).

² Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de cervicouterino en las Américas. 2014.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=21832&lang (ultimo acceso 14 Octubre 2014).

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones. 2014.

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf (ultimo acceso 14 Abril 2016).

⁴ Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer de cérvix. 2013. <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/incidencia.aspx> (ultimo acceso 25 Mayo 2016).

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf?ua=1 (ultimo acceso 24 Enero 2016).

⁶ Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de cérvix.2015. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipo-cancer/ginecológico/cervix?start=1#content> (ultimo acceso 8 Agosto 2016).

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. 2004.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1> (ultimo acceso 19 Abril 2016).

⁸ Lozada P, Aguinaga L, Páez R, Olmedo C, Pozo A. El peso de la enfermedad en el Ecuador. <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A57.PDF> (ultimo acceso 9 Agosto 2016).

⁹ Echeverría E, Aguilar A. Características clínico - epidemiológicas del cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua. 2003. http://solcacompras.solca.med.ec/REVISTA/veredicion_detalle.php?id=74&edicion=9 (ultimo acceso 9 Agosto 2016).

¹⁰ Globocan. Cervical Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp> (ultimo acceso 5 Noviembre 2014).

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. El desafío de la epidemiología.1998. <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/desafioepidemiologia.pdf> (ultimo acceso 5 Noviembre 2014).

¹² Itriago L, Silva N, Cortes G. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2013; 24(4):533.http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1_Dra.-Laura-Itriago-G.pdf (último acceso 28 Julio 2016).

¹³ Domínguez E, Seuc A, Galán Y. La carga de enfermedad por cáncer en Cuba en el período 1990-2002. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26 (5). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892009001100005 (ultimo acceso 28 Julio 2016).

¹⁴ Juncal V. Mortalidad excesiva y prematura por cáncer cervicouterino en Cuba.

1995-2005. 2008.

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpVAyVZkZGGfzApth.php>

(ultimo acceso 15 Julio 2016).

¹⁵ Hoz F, Alvis N, Narváez J, Chocontá L. Evaluación de la Carga de Enfermedad por el Virus del Papiloma Humano en Bogotá. Rev. salud pública 2009; 11 (3). www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a14.pdf (ultimo acceso 9 Agosto 2016).

¹⁶ Pino M, Albán M. Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador. Revista Española de Oncología 2008; 41 (1). <http://www.patologia.es/volumen41/vol41-num1/41-1n07.htm> (ultimo acceso 9 Agosto 2016).

¹⁷ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2013.

https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/file.php/127/.../manual_mais_2013_cap4.pdf (ultimo acceso 15 Octubre 2015)

¹⁸ CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008.

www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf (ultimo acceso 9 16 Abril 2016).

¹⁹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. Instrucciones para llenar el informe estadístico de defunción.

anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/359/download/5863 (último acceso 9 Agosto 2016).

²⁰ Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II- 2 Tarapoto. Enero -junio del 2011. Universidad Nacional de San Martín; 2012.

²¹ Gobierno Federal. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. México; 2010.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/433_GPC_Ca_cervicouterino/GER_Cxncer_cervicouterino.pdf (ultimo acceso 14 Abril 2016).

²² Ministerio de salud. Guía clínica cáncer cervicouterino.2010. www.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf (ultimo acceso 3 de Noviembre del 2014).

²³ Borré O, Redondo C. Protocolo patología premaligna y maligna de cérvix. <https://drive.google.com/file/d/0B3ayQ-n8qZvXXzVVM18wdFh0eHM/view> (ultimo acceso 3 de Noviembre del 2014).

²⁴ SOLCA. Cáncer de Cuello Uterino. <http://www.solcaquito.org.ec/index.php/en/el-cancer/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino> (ultimo acceso 15 de octubre del 2014).

²⁵ Guía de práctica Clínica de cáncer de cuello uterino. Seguro Social del Perú.2011. http://www.ginecologiaperu.com/files/guia_c_cuello_uterino2011_essalud.pdf (ultimo acceso 15 de Abril del 2016).

²⁶ Rodas E, Díaz C, Rodas J. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. Rev. cuerpo méd. HNAAA 6(2) 2013. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n2_2013/pdf/a11v6n2.pdf (ultimo acceso 20 de Abril del 2016).

²⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censos. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador? 2010. http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf (ultimo acceso 20 de octubre del 2014).

²⁸ Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Información y Análisis de Salud (HA). Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores.2015.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23508&Itemid=270. (ultimo acceso 9 de Agosto 2016).

²⁹ Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Metodología. Madrid. 2016.

http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf (ultimo acceso 20 de Junio del 2016).

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. Boletín epidemiológico. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud.2001; 22 (4).

http://www1.paho.org/spanish/sha/EB_v22n4.pdf (ultimo acceso 8 Julio 2016).

³¹ Andrade J. Análisis conceptual Epidemiológico. Significado e Interpretación de la Terminología Epidemiológica.2014: 189

³² Organización Mundial de la Salud. Mortalidad.

<http://www.who.int/topics/mortality/es/> (ultimo acceso 20 de Abril del 2016).

³³ Ministerio de Salud Pública de Cuba. Fichas Técnicas. Indicadores Básicos para el análisis del estado de salud de la población.2010.

<http://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf> (ultimo acceso 16 Abril 2016).

³⁴ Sistema Estadístico de Salud. Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de Residencia Argentina año 2010. 2012. <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin134.pdf> (ultimo acceso 20 Junio 2016).

³⁵ Garzón M. Carga de la enfermedad. Revista CES Salud Pública. ISSN 2145-9932 Volumen 3, Número 2, Julio-Diciembre 2012, pág. 289-295.

dialnet.unirioja.es/download/articulo/4164159.pdf (ultimo acceso 20 de Junio del 2016).

³⁶ Dranger E, Remington P. Años potenciales de vida perdidos (APVP): Una medida que resume la mortalidad prematura para evaluar la salud de las comunidades.2008.

<http://www.mspas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Art%C3%ADculos%20de%20salud/A%C3%B1os%20potenciales%20de%20vida%20perdidos.pdf> (ultimo acceso 20 Abril 2016).

³⁷ Verdezoto J. Relación entre el conocimiento del cáncer de cérvix, y aceptación a la prueba de Papanicolaou en el hospital oncológico SOLCA en el periodo agosto -diciembre 2014. Universidad Autónoma de los Andes; 2015.

³⁸ Resultados del Censo de población y vivienda en el Ecuador 2010. Fascículo provincial Tungurahua. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/tungurahua.pdf> (ultimo acceso 28 de junio del 2016).

³⁹ Villacrés A, Guano F. Nivel de conocimiento acerca del Papanicolaou en pacientes que acuden a realizarse este examen a la consulta externa de Gineco obstetricia del hospital Asdrúbal de la torre del cantón Cotacachi, provincia de Imbabura en el período abril-junio 2012. Universidad Central del Ecuador; 2012.

⁴⁰ Sociedad de Lucha contra el Cáncer de Ecuador, Registro de Tumores Guayaquil. Número de muertes por tipo de cáncer según grupo de edad residentes en Guayaquil.

Mujeres	2010,	2011,	2012.
---------	-------	-------	-------

<http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Tablas3-1.jsp> (ultimo acceso 28 de junio del 2016).

⁴¹ Arzuaga M, Souza M y Azevedo V. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial Revista Cubana de Enfermería. 2012;28 (1):63-73 Arzuaga M,

Souza M y Azevedo V. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf07112.pdf> (ultimo acceso 28 de junio del 2016).

⁴² Vidal C, Hoffmeister L, Biagini L. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile: aplicación de modelos de regresión joinpoint. Rev Panam SaludPublica.2013;33(6). <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n6/04.pdf> (ultimo acceso 28 Junio 2016).

⁴³ Domínguez E, Santana F, Seuc, AH, Galán Y. Años de vida ajustados por discapacidad por cáncer de mama y del sistema reproductor en mujeres cubanas en edad fértil. MEDICC Rev. 2014 Jul–Oct;16 (3–4). <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=29&id=371&a=vahtml> (ultimo acceso 20 de Junio del 2016).

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSTRUCTO

TÍTULO: Mortalidad temprana por cáncer de cuello uterino en la provincia de Tungurahua.

CONSTRUCTO:

MORTALIDAD PREMATURA.- Son los años que deja de vivir una persona de acuerdo a los años de esperanza de vida de su país de residencia, en el Ecuador según las proyecciones del INEC 2010 – 2020 es de 72.2 años en el sexo masculino y 77.8 años en el sexo femenino.

DIMENSIONES:

1. **TASA BRUTA DE MORTALIDAD.** Son todas las defunciones que ocurren a lo largo de un período de tiempo y área geográfica especificada, por lo tanto relacionan las defunciones nuevas que acaecen en un área y los habitantes o residentes de la misma, habitualmente durante un año determinado. Total de defunciones por causa y por período, territorio dado entre población total a mitad de ese período territorio dado por 1000.
2. **TASA ESPECÍFICA DE MORTALIDAD:** Es la proporción de personas que mueren por una causa concreta en un período en una población determinada. También se puede realizar una mortalidad específica por edad. Dependiendo de la intensidad se pueden expresar por mil, por diez mil o por cien mil habitantes.

3. **AÑOS DE VIDA POTENCIAL PÉRDIDOS EN ECUADOR.-** Se expresa como la suma algebraica de los años que habrían vivido los individuos si hubiesen cumplido con la esperanza de vida del país. Se calcula:

AVPP Ecuador: esperanza de vida del país- años vividos

AVPP Femenino = 77.8 años – Años vividos.

VARIABLES

Edad: Años cumplidos al día del fallecimiento.

Alfabetismo e instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.

- Ninguno.
- Centro de Alfabetización
- Primaria.
- Secundaria.
- Educación Básica.
- Educación Media.
- Ciclo post bachillerato.
- Superior.
- Post grado.
- Se ignora.

Estado Civil: Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

- Unida
- Soltera
- Casada
- Divorciada

-
- Separada
 - Viuda
 - Se Ignora

Auto identificación y étnica: significa que las personas se autocalifican su pertenencia étnica, el concepto alude a dos dimensiones: un conjunto compartido de características culturales y sociales (lengua, fe, residencia) y un sentido compartido de identidad o tradición.

- Indígena.
- Afro ecuatoriana/ afrodescendiente.
- Negra.
- Mulata.
- Montubia.
- Blanca.
- Otra.

Residencia habitual: residencia habitual es el lugar geográfico en que la persona habita.

- Provincia.
 - Tungurahua.
- Cantón.
 - ◆ Ambato.
 - ◆ Pelileo
 - ◆ Patate.
 - ◆ Mocha.
 - ◆ Baños.
 - ◆ Quero.
 - ◆ Cevallos.
 - ◆ Pillaro.
 - ◆ Tisaleo.

-
- Parroquia.
 - ◆ Urbana.
 - ◆ Rural.

TABLAS A ELABORAR:

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según nivel de instrucción.

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según estado civil.

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según zona de residencia.

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según auto identificación.

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según grupo etario, provincia Tungurahua.

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según cantones, provincia Tungurahua.

Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, provincia Tungurahua.

Tasa de AVPP por cáncer de cuello uterino, provincia Tungurahua.

Tasa de AVPP por cáncer de cuello uterino, según cantones.

Tasa de AVPP por cáncer de cuello uterino, según zonas de Residencia.

Elaboración del mapeo.

Anexo 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Ambato 22 de Marzo del 2016

Ing. Carlos Fuente

**COORDINADOR ZONAL 3 DEL INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS
DEL ECUADOR**

Presente

Reciba un cordial saludo de parte de ELISA AIDE RAZA LÓPEZ, Médico estudiante del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, a través de la presente me dirijo a usted para solicitarle se me facilite la información de su institución con respecto a la mortalidad de la provincia, la misma que es necesaria para la elaboración de mi tesis de grado como profesional de cuarto nivel. El tema de tesis es "Mortalidad Temprana por cáncer de cuello uterino, provincia Tungurahua, año 2010-2013."

Las bases de datos que solicito a la institución son las siguientes:

Registro General de Defunciones del año 2010.

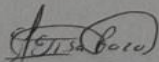
Registro General de Defunciones del año 2011.

Registro General de Defunciones del año 2012.

Registro General de Defunciones del año 2013.

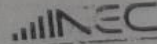
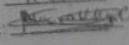
Segura de contar con su colaboración le reitero mis agradecimientos.

Atentamente,



Md. Elisa Aída Raza López.

CI. 1803933504

 INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA Y
CENSOS - INEC
RECEPCION DE DOCUMENTOS
FECHA: 23-03-2016 HORA: 11:35
N° TRAMITE: _____ FIRMA: 

Anexo 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Mortalidad por cáncer de cuello uterino según nivel de instrucción, Tungurahua. 2010 – 2013.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	AÑOS								TOTAL	
	2010		2011		2012		2013		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ninguno	7	9,7	6	8,3	5	6,9	6	8,3	24	33,3
Centro de Alfabetización	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Primaria	7	9,7	11	15,3	9	12,5	12	16,7	39	54,2
Secundaria	3	4,2	0	0,0	1	1,4	1	1,4	5	6,9
Superior	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Postgrado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Se Ignora	0	0,0	1	1,4	1	1,4	0	0,0	2	2,8
TOTAL	18	25,0	19	26,4	16	22,2	19	26,4	72	100,0

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según estado civil. Tungurahua. 2010 – 2013.

ESTADO CIVIL	AÑOS								TOTAL	
	2010		2011		2012		2013		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Casada	6	8,3	12	16,7	7	9,7	8	11,1	33	45,8
Viuda	6	8,3	3	4,2	5	6,9	6	8,3	20	27,8
Soltera	3	4,2	4	5,6	2	2,8	5	6,9	14	19,4
Divorciada	3	4,2	0	0,0	1	1,4	0	0,0	4	5,6
Se Ignora	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4
TOTAL	18	25,0	19	26,4	16	22,2	19	26,4	72	100,0

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

**Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según zona de residencia.
Tungurahua. 2010 – 2013.**

ZONA DE RESIDENCIA	AÑOS								TOTAL	
	2010		2011		2012		2013			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Urbana	11	15,3	10	13,9	10	13,9	11	15,3	42	58,3
Rural	7	9,7	9	12,5	6	8,3	8	11,1	30	41,7
TOTAL	18	25,0	19	26,4	16	22,2	19	26,4	72	100,0

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

**Mortalidad por cáncer de cuello uterino, según grupos de edad MAIS.
Tungurahua. 2010 – 2013.**

GRUPOS DE EDAD MAIS	AÑOS								TOTAL	
	2010		2011		2012		2013			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Años 20 - 39	2	2,8	0	0,0	1	1,4	2	2,8	5	6,9
Años 40 - 64	8	11,1	11	15,3	6	8,3	11	15,3	36	50,0
> 65 Años	8	11,1	8	11,1	9	12,5	6	8,3	31	43,1
TOTAL	18	25,0	19	26,4	16	22,2	19	26,4	72	100

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Elaboración: Raza Elisa

Mortalidad por cáncer de cuello uterino. Tungurahua. 2010-2013.

AÑOS	#	POBLACIÓN	TASA
			100.000*hab
2010	18	269 687	6,7
2011	19	273142	7,0
2012	16	276601	5,8
2013	19	280097	6,8

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Proyecciones Poblacionales 2010 - 20020

Elaboración: E. Raza

Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino. Tungurahua. 2010 – 2013.

AÑOS	AVPP	POBLACIÓN	TASA 1000* hab
2010	319,2	269687	1,2
2011	299,2	273142	1,1
2012	208,3	276601	0,8
2013	344,8	280097	1,2

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Proyecciones Poblacionales 2010 - 20020

Elaboración: Raza Elisa

Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino, según cantones. Tungurahua. 2010 – 2013.

CANTONES	AÑOS							
	2010		2011		2012		2013	
	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*hab
Ambato	208,6	1,2	118,0	0,7	98,3	0,5	8,0	0,0
Pelileo	50,9	1,7	45,6	1,5	60,6	1,9	20,1	0,6
Pillaro	30,6	1,5	60,6	2,8	10,3	0,5	12,3	0,6
Mocha	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	26,3	7,3
Patate	0,0	0,0	35,3	4,9	0,3	0,0	41,7	5,7
Tisaleo	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	15,0	2,2
Baños	0,0	0,0	20,3	1,9	0,0	0,0	23,0	2,0
Cevallos	0,0	0,0	9,7	2,2	25,3	3,8	0,0	0,0
Quero	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Proyecciones Poblacionales 2010 - 20020

Elaboración: Raza Elisa

Años de vida potencial perdidos por cáncer de cuello uterino, según zonas de residencia. Tungurahua. 2010 – 2013.

ZONAS DE RESIDENCIA	AÑOS							
	2010		2011		2012		2013	
	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*hab
Urbana	168,3	1,6	83,0	0,8	136,8	1,2	177,1	1,6
Rural	91,1	0,6	187,1	1,2	45,3	0,3	127,4	0,8

Fuente: Registro Nacional de Defunciones Generales, INEC 2010-2013.

Proyecciones Poblacionales 2010 - 20020

Elaboración: Raza Elisa