



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISPLASIA CERVICAL.  
PUESTO DE SALUD SAMANA CRUZ – CAJAMARCA, 2017.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR: CHUQUIMANGO SILVA, MARLYS PAHOLA**

**Asesor: DRA. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ**

**Cajamarca – Perú**

**2018**

## **DEDICO A:**

**JEHOVÁ DIOS**, por darme la vida haciendo posible lograr mis metas, porque me ilumina y está siempre a mi lado para seguir adelante.

**Mis Padres:** Osler y Dina, por el cariño y apoyo incondicional que siempre me ofrecieron para culminar mi carrera profesional, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

**Mi Hijo**, Andy Fabián, porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta.

**Mi esposo**, Jhonny, al que con su compañía enriqueció y dio estímulo a esta difícil etapa de mi vida de esposa y estudiante.

### **AGRADEZCO A:**

Como muestra de mi agradecimiento, por todo el cariño y el apoyo brindado y porque hoy veo concretizarse una de las metas de mi vida, les agradezco a mis profesores de la Universidad Alas Peruanas por la valiosa orientación que siempre me han otorgado.

Quiero agradecer de manera especial a mi asesora de Tesis, ya que bajo cuya dirección se ha efectuado este trabajo, por su constante apoyo, asesoramiento en todos los aspectos de la investigación y desarrollo de esta tesis; así como, por la confianza depositada en mi persona.

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CaCu:</b>	Cáncer Cervical.
<b>PAP:</b>	Prueba de Papanicolaou.
<b>PVH:</b>	Virus del Papiloma Humano.
<b>ITS:</b>	Infección de transmisión Sexual.
<b>DES:</b>	Dietilestilbestrol.
<b>DIU:</b>	Dispositivo Intrauterino.
<b>NIC:</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervical.
<b>NIC I:</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (Leve).
<b>NIC II:</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (Moderada).
<b>NIC III:</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (Severa).
<b>AOC:</b>	Anticonceptivo Oral Combinado.
<b>LIE BG:</b>	Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.
<b>LIE AG:</b>	Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.
<b>CCU:</b>	Cáncer Cervicouterino.
<b>ADN:</b>	Ácido Desoxirribonucleico.
<b>SIDA:</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
<b>VIH:</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
<b>LIE:</b>	Lesión Intraepitelial Escamosa.
<b>IVSA:</b>	Inicio de Vida Sexual Activa.

## ÍNDICE

Ítem	Página
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice	5
Índice de tablas	8
Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema principal	15
1.2.2 Problemas secundarios	16
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación e importancia de la investigación	17
1.4.1 Justificación	17
1.4.2 Importancia	18
1.4.3 Viabilidad de la investigación	18
1.4.4 Limitaciones del estudio	19

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1	Antecedentes de la investigación	20
2.1.1	Antecedentes internacionales	20
2.1.2	Antecedentes nacionales	23
2.1.3	Antecedentes locales	25
2.2	Bases teóricas	26
2.2.1	Cáncer cervical	27
2.2.2	Historia natural de la enfermedad	28
2.2.3	Factores de riesgo para displasia cervical	29
2.2.3.1	Características de la conducta sexual	30
2.2.3.2	Factores relacionados con la reproducción	31
2.2.3.3	Métodos anticonceptivos	32
2.2.3.4	Factores psicosociales	32
2.2.4	Prevención de cáncer de cuello uterino	35
2.3	Definición de términos básicos	37

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1	Hipótesis general	38
3.2	Hipótesis secundarias	38
3.2	Variables	39

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1	Tipo y nivel de investigación	42
4.2	Método y diseño de la investigación	43

4.3 Población y muestra de la investigación	43
4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	46
4.5 Aspectos éticos	47

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

5.1 Análisis de tablas	49
5.2 Discusión de resultados	54
5.3 Comprobación de hipótesis	64
5.4 Conclusiones	66
5.5 Recomendaciones	67
5.6 Referencias Bibliográficas	68

## **ANEXOS**

Anexo A: Matriz de consistencia	77
Anexo B: Consentimiento informado	78
Anexo C: Encuesta	79
Anexo D: Autorización	80
Anexo E: Validez del Instrumento	81
Anexo F: Fotos	82

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
<b>Tabla 1.</b> Displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.	44
<b>Tabla 2.</b> Factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.	45
<b>Tabla 3.</b> Factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.	46
<b>Tabla 4.</b> Analizar los factores de riesgo ginecológico y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.	47
<b>Tabla 5.</b> Factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.	48



## RESUMEN

Objetivo de la investigación, determinar los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz-Cajamarca, 2017. **Metodología:** descriptiva, correlacional y retrospectiva. Con 51 mujeres de 15 a 70 años de edad que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** displasia cervical (16 pacientes), positivo 31,4% (LIEBG 27,5% y LIEAG 3,9%), negativo 68,6%. Demográficos: 68,8% adultas y adolescentes; 81,3% solteras y convivientes; y 56,3% sin instrucción o primaria. Obstétricos: menarquia de 14 a más años (12,5%); primera relación sexual (75,0%) y primer embarazo (56,3%) de 12 a 17 años de edad, cada uno. Ginecológicos y de prevención: 37,5% antecedente de aborto; 62,5% parto domiciliario; tres a más parejas sexuales, 31,3%; 81,3% usan anticonceptivo (18,8% píldoras); 75,0% con antecedentes de ITS (50% PVH/Trichomonas/Condilomas); 75,0% tuvieron problemas de salud. Sociales: 6,3% fuman, consumen bebidas alcohólicas (6,3%); 50% consumen pocas frutas y verduras, y sobrepeso, cada uno; 81,3% realizan poca actividad física; 6,3% sin servicios básicos; 56,3% tienen letrinas; 31,3% antecedente familiar (madre y abuela) de CaCu; 62,5% antecedente de ITS en la pareja. **Conclusión:** Factores de riesgo asociados a displasia cervical: edad y grado de instrucción; edad de la primera relación sexual y del primer embarazo; antecedente de aborto, parto domiciliario, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS y problemas de salud propias que registra la paciente; realizan poca actividad física, tipo de servicios básicos, antecedentes familiares de CaCu (madre y abuela) y antecedentes de ITS de la pareja.

**Palabras clave:** displasia cervical, factores de riesgo asociados.

## ABSTRACT

Objective of the research to determine the risk factors associated with cervical dysplasia in patients who come to the Health Post Samana Cruz - Cajamarca, 2017. Methodology: basic, descriptive, correlational and retrospective. With 51 women from 15 to 70 years of age who met the inclusion and exclusion criteria. Results: cervical dysplasia (16 patients), positive 31.4% (LIEBG 27.5% and LIEAG 3.9%), negative 68.6%. Demographics: 68.8% adults and adolescents; 81.3% single and cohabiting; and 56.3% without instruction or primary. Obstetric: menarche of 14 years old (12.5%); first sexual relationship (75.0%) and first pregnancy (56.3%) from 12 to 17 years of age, each. Gynecological and prevention: 37.5% antecedent of abortion; 62.5% home birth; three to more sexual partners, 31.3%; 81.3% use contraception (18.8% pills); 75.0% with a history of STS (50% HPV/Trichomonas/Condilomas); 75.0% had health problems. Social: 6.3% smoke, consume alcoholic beverages (6.3%); 50% consume few fruits and vegetables, and overweight, each; 81.3% perform little physical activity; 6.3% without basic services; 56.3% have latrines; 31.3% family history (mother and grandmother) of cervical cancer; 62.5% background of the couple's STIs. Conclusion: Risk factors associated with cervical dysplasia: age and level of education; age of first intercourse and first pregnancy; antecedent of abortion, home delivery, number of sexual partners, history of STIs and own health problems recorded by the patient; they perform little physical activity, type of basic services, family history of cervical cancer (mother and grandmother) and history of STS of the couple.

**Keywords:** cervical dysplasia, associated risk factors.

## INTRODUCCIÓN

EL cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. Entre las cinco neoplasias más frecuentes están el cáncer cervical (CaCu), mama y próstata, órganos anatómicamente accesibles que permiten su detección precoz<sup>1</sup>. El cáncer cervical es el segundo en frecuencia después del de mama, con casi 500 000 nuevos casos al año en todo el mundo<sup>2</sup>. Muchas mujeres de países desarrollados<sup>3</sup>, se hacen la prueba de Papanicolaou (PAP), permitiendo identificar precozmente las células precancerosas en cérvix<sup>4</sup>. La enfermedad se desarrolla en mujeres jóvenes a partir de los 30 años y se origina a causa de la infección por el virus del papiloma humano (PVH)<sup>5</sup>. La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión definida morfológicamente y es asociada con el desarrollo de carcinoma cervical. Convencionalmente, hay tres grados de NIC acordes con el grado de atipia celular y estado del epitelio<sup>6</sup>. Se han reconocido varios factores de riesgo como raza, nivel socioeconómico, dieta y otros, en gran parte relacionados con la conducta sexual tanto en la mujer como de su pareja<sup>7</sup>.

8.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017. De este modo se pone de manifiesto la situación actual de salud de la mujer que presente displasia cervical, a fin de que, de acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación, se puedan crear estrategias que consigan mejorar la información, consejería y

manejo en la prevención del CaCu, contribuyendo a disminuir las tasas de morbimortalidad que se derivan de ella.

Estructuralmente la presente investigación consta de cinco capítulos: el **I Capítulo**, corresponde al planteamiento del problema, en el cual se detalla: la descripción de la realidad problemática, los problemas de investigación (principal y secundarios), los objetivos (general y específicos), la justificación, importancia y limitaciones. El **II Capítulo** corresponde al marco teórico, el cual se detalla: el marco teórico, antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El **III Capítulo** concierne a la hipótesis (general y secundaria), variables (independiente y dependiente) y operacionalización de variables. El **IV Capítulo** implica la metodología de la investigación, en el cual se precisa: tipo y nivel, método y diseño, población y muestra de la investigación, técnicas e instrumento de recolección de datos y aspectos éticos. Finalmente, en el **V Capítulo**, se describe: el análisis de las tablas (resultados y conclusiones). Además, de la citación y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

EL cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. Nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. Puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Entre las cinco neoplasias más frecuentes están el cáncer cervical, mama y próstata, órganos anatómicamente accesibles que permiten su detección precoz<sup>1</sup>.

El cáncer cervical es el segundo en frecuencia después del de mama, con

casi 500 000 nuevos casos al año en todo el mundo<sup>2</sup>, existiendo grandes diferencias entre los países más y menos desarrollados, cuya frecuencia ha ido disminuyendo<sup>3</sup> porque muchas mujeres se hacen la prueba de PAP, permitiendo identificar precozmente las células precancerosas en cérvix antes de que se conviertan en cáncer<sup>4</sup>.

Según, estudios a nivel nacional, el CaCu ha llegado a ser la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer peruana y segunda en Lima. La enfermedad se desarrolla en mujeres jóvenes a partir de los 30 años y se origina a causa de la infección por el PVH, el cual tiene más de 110 subtipos y sólo algunos de ellos como el 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de casos<sup>5</sup>. La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión definida morfológicamente y es asociada con el desarrollo de carcinoma cervical. Convencionalmente, hay tres grados de NIC acordes con el grado de atipia celular y estado del epitelio<sup>6</sup>.

Se han reconocido varios factores de riesgo como la raza, nivel socioeconómico, dieta y otros, en gran parte relacionados con la conducta sexual tanto en la mujer como de su pareja<sup>7,8</sup>, presencia de PVH, muchas parejas sexuales, inicio prematuro de relaciones sexuales, fumar (5). Infección con chlamydia, infecciones de transmisión sexual (ITS), inmunosupresión, alimentación con pocas frutas y verduras, sobrepeso, poca o ninguna actividad física, pobreza, multiparidad con embarazos a término, primer embarazo a término menor de 17 años, uso prolongado de anticonceptivos orales, dietilestilbestrol (DES) o dispositivo intrauterino (DIU), antecedente familiar de CaCu<sup>9</sup>.

Aun así, algunas mujeres sin estos factores de riesgo raramente sufren la enfermedad; sin embargo, aunque hay factores que aumentan las probabilidades de padecerla, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen. Si una mujer tiene CaCu o cambios precancerosos, puede que no sea posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa; por lo que, es útil enfocarse en los factores que se pueden cambiar o evitar (fumar o infección con PVH) en vez de aquellos no cambiables como la edad o los antecedentes familiares)<sup>9</sup>.

La forma más común de displasia cervical se inicia con cambios precancerosos, y existen maneras de detener el origen de esta enfermedad, haciéndose pruebas de detección de PAP y PVH; las pruebas o resultados anormales en el PAP incluyen: antecedentes médicos, examen físico, biopsias cervicales, colposcopia, curetaje endocervical, biopsia de cono<sup>9</sup>.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema principal**

La pregunta que rige la investigación es:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgos ginecológicos y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017.



### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.
- Distinguir los factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.
- Analizar los factores de riesgos ginecológicos y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.
- Determinar los factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.

## **1.4 Justificación e importancia de la investigación**

### **1.4.1 Justificación**

Cajamarca no es ajena a esta situación de salud, la morbilidad por displasia cervical, definida como la anomalía de desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares. Este tipo de lesiones son asintomáticas en su gran mayoría y son precursoras al cáncer. Por lo que, el propósito de este estudio ha sido analizar los posibles factores de riesgo que podrían estar asociados a displasia cervical, debido a que muchas veces no presentan síntomas. Además, hay muchos tipos diferentes de PVH que algunos de ellos llevan a la displasia cervical. También, porque la mayoría de casos

ocurre en mujeres de 25 a 35 años de edad, aunque puede aparecer a cualquier edad. Asimismo, por la motivación de conocer que Cajamarca registra altos índices de CaCu, los que tienen alto costo social, afectando la salud y vida de la mujer; teniendo en cuenta la diversidad geográfica que posee y su gran complejidad cultural<sup>10</sup>.

#### **1.4.2 Importancia**

La displasia cervical por pertenecer al área de la salud sexual y reproductiva, indica que es necesario e importante conocer los factores de riesgo que aumente la posibilidad de enfermar. Algunos factores se pueden evitar, mientras que otros no. Ejemplo, fumar o heredar ciertos genes. Debido a que en Cajamarca no existen trabajos similares, se hizo indispensable realizar la presente investigación, para sentar una línea de base a futuras investigaciones, en la prevención y cambios en el estilo de vida o hábitos de alimentación, y evitar en lo posible todo aquello que se sabe cause displasia cervical y/o tratar la afección precancerosa o evitar que se presente alguna displasia<sup>11</sup>.

#### **1.4.3 Viabilidad de la investigación**

Para realizar el estudio de los factores de riesgo asociados a displasia cervical, se ha verificado adecuadamente la existencia de fuentes de datos, contando con bibliotecas, internet y lo más importante la disposición de los trabajadores de salud y la población sujeto de estudio,

quienes han aportado una valiosa información. Así también, la investigadora cuenta con los recursos materiales, financieros y sobre todo el tiempo necesario, lo que ha garantizado su viabilidad.

#### **1.4.4 Limitaciones del estudio**

El presente trabajo desarrollado en un Puesto de Salud ubicado en un asentamiento periférico del área urbana, noreste de la ciudad de Cajamarca, es de características poco accesible debido al desorden del crecimiento catastral urbano, ya que existen viviendas multifamiliares y sin identificación visible; así que, se tuvo que realizar más de una visita domiciliaria a las pacientes, en el caso de no encontrarlas en su casa; además, de contar con la presencia de perros, la lluvia y el frío.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

En un estudio realizado en México, indagaron sobre los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, cuyos resultados fueron: la edad para el grupo caso fue de  $37.6 \pm 8.1$  y grupo control:  $37.4 \pm 8.1$  con  $p=0.962$ . Los factores de riesgo encontrados para lesiones de alto grado fueron: inicio de vida sexual activa (IVSA)  $\leq 18$  años de edad con RM 2.5 (IC95% 1.1-5.7), más de un compañero sexual en la vida RM 4.2 (IC95% 1.9-9.3), antecedente de uso de anticonceptivos RM

5.0 (IC95% 1.1-23.1) y no realizarse Papanicolaou en forma anual RM 2.5 (IC95% 1.1-5.5)<sup>12</sup>.

En un estudio realizado en México, para asociar la persistencia de PVH de alto riesgo oncogénico como un importante factor etiológico en el desarrollo de displasia cervical, se encontraron como principales factores de riesgo presentación de menarquia promedio en edad de 10 a 12 años, inicio de vida sexual activa centrada en la población de 15 a 18 años con 19,6% en Mayorazgo y 32% en Pilar María; se reportó un 11,2% como factor de riesgo importante la presencia de múltiples parejas sexuales en la población total. Una paridad promedio global de 3.2 embarazos. Presencia de ITS asociada en un 36% de la población total; así como, hábito tabáquico del 14,8% en la población atribuido en mayor proporción a la comunidad de Pilar María con 14%; se registró un índice de inmunización contra PVH de solo el 2,4% total. Respecto al antecedente de presencia de PVH en la población se registraron 43 casos (17,2%) de los cuales 41 casos se concentran en la población de Pilar María de los cuales con tratamiento previo se encontró a 17 pacientes; también se encontró un 9,2% de la población con hábitos inadecuados de higiene. De las muestras registradas en Mayorazgo y Pilar María, el número de diagnósticos citológicos reportados fueron 3 y 5 con lesión por PVH, 1 y 2 para NIC I respectivamente; así como, un caso de NIC II, NIC III y Ca invasor en Mayorazgo. Respecto a la toma de muestra de híbridos en la comunidad de Mayorazgo de 88 citologías tomadas, se realizó la toma de muestra a 16, las cuales se reportaron negativas. En la comunidad de

Pilar María de 55 híbridos tomados se reportaron solo 3 con resultado positivo<sup>13</sup>.

Asimismo, en un estudio efectuado en Ecuador, para realizar una evaluación de los resultados de las pruebas de Papanicolaou practicadas a mujeres de edad fértil de 20 a 45 años; donde se ha presentado cáncer in situ (inicial) en 38 casos, de cuello de útero 58 casos, en cuerpo de útero con 2 casos. Los resultados obtenidos fueron: la gran mayoría de pacientes en consulta externa, han ido una vez al subcentro de salud en un 85,7%, entregándosele el resultado de su prueba de PAP al 95,78%; la mayoría están en un rango de edad entre 20 y 45 años, han gestado entre una y seis veces, con mínima presencia de abortos esporádicos. El 97,36% procedieron de Santa Rosa, del barrio 29 de noviembre, su estado civil fue de unión libre en un 53,15% y han cursado solamente la primaria en su mayoría. El 30% de mujeres de 20 a 35 años han demostrado inflamaciones moderadas. De los 190 casos estudiados el 51,57% no han presentado ITS y el 48,42% sí las tuvieron, de las cuales el 40% de ellas fueron por vaginosis bacteriana y el 8,42% otras infecciones. El 83,15% tuvo resultado negativo para cáncer uterino, el 12,63% dio resultado indeterminado, mientras que el 3,15% fue neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC 1) y el 1,02% NIC 1 + PVH<sup>14</sup>.

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

En un estudio realizado en Perú, para determinar la relación entre los factores de afectación a las gestantes con displasia cervical, en 42 pacientes, encontraron como resultados: menarquía es 13.38 años (93%). 52% con Carcinoma INSITU, seguido del NIC I con el 29%, NIC II con 14% y 5% tuvo NIC III. 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre 11 y 15 años. 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales. 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo, el más empleado fue la anticoncepción oral combinada (AOC) (57,69%). Con 4 embarazos (47,62%). 78,57%, no han presentado abortos. 64,29% posee instrucción primaria. 50% casadas. 54,76% de zona urbana. 52,38% no residen en el distrito de Tarapoto. Citología cervical uterina (PAP) alterada pertenecen al grupo entre 45 a 54 años con 33,3%; 52,38% con CA INSITU y 12 (28,57%) clasificaron como NIC I, y 6 (14,29%) NIC II<sup>15</sup>.

Así también, otro estudio hecho en Perú, para identificar los factores de riesgo relacionados a Lesiones Premalignas de Cáncer de Cuello Uterino, encontraron como resultados: 88,5% iniciaron sus relaciones sexuales entre 15 a 25 años, 66,7% de zona rural, 61,5% tuvieron más de 4 parejas sexuales, 59,4% mujeres entre 30 a 49 años de edad, conviviente (59,4%), 53,1% sin instrucción, 50% multíparas, 49% tuvieron antecedentes de cáncer de cuello uterino por parte materna, el uso de métodos AOC no es factor de riesgo. Según el grado de lesiones se encontró que el 41,7% reveló LEI BG + PVH<sup>16</sup>.

De igual manera, en un estudio realizado en Perú, para determinar la relación entre los factores de riesgo para cáncer cérvicouterino y citología cervical uterina alterada, en 50 mujeres en edad fértil con citología cervical uterina alterada, los resultados encontrados fueron: Factores sociodemográficos: 56% de 50 a 65 años, 44% educación secundaria, 54% convivientes, 54% católica, 36% zona urbana y 8% fumadoras. Factores gineco-obstétricos: 76% tuvieron menarquia después de los 11 años; 56% inicio sus relaciones sexuales después de los 15 años; 78% usó anticonceptivo y 74% tuvieron ITS. Niveles de influencia: 16% influencia “Baja”, 56% influencia “Moderada” y 28% nivel “Alto” de influencia. Niveles de citología cervical: 36% “Displasia leve”, 44% “Displasia moderada”, 16% “Displasia severa” y 4% “Carcinoma in Situ”<sup>17</sup>.

En otro estudio hecho en Perú, con el fin de demostrar la asociación entre los factores de riesgo estudiados: edad, grado de instrucción, edad de inicio de vida de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y el cáncer de cérvix, cuya muestra tiene 105 pacientes, los resultados fueron: el 84% tuvo el diagnóstico de carcinoma epidermoide y al 16% se le diagnosticó adenocarcinoma, a su vez, la distribución en cuanto a su estadiaje se ubicó: 81% en estadio I, 18% en el estadio II, el 9% en el estadio III y el 3% en el estadio IV. Para el carcinoma escamoso, las edades comprendidas entre los 40 y 49 años fueron las de mayor prevalencia, representando el 40% de la muestra total. El adenocarcinoma es más frecuente en el grupo etáreo comprendido entre los 60 y 69 años. Las pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer



cervicouterino (CCU) ( $p=0.01$ ;  $p>0,05$ ) y grado de instrucción ( $p=0.08$ ;  $p>0,05$ ) no se halló asociación estadística con el cáncer cervicouterino<sup>18</sup>.

### **2.1.3 Antecedentes locales**

En un estudio hecho en Cajamarca, para determinar los hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia de cérvix. Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de  $40 \pm 09$  años. En los hallazgos citológicos el 0,6% de las mujeres tuvieron resultado de carcinoma invasor de cérvix, LIE de alto grado 6,8%, LIE de bajo grado 17,5%, displasia de cérvix sin especificar y ASCUS un 8,1% cada uno y resultado negativo en un 58,7%. En cuanto a los hallazgos colposcópicos el 1,2% de las mujeres tuvieron resultado de carcinoma invasor de cérvix, LIE de alto grado 11,2%, LIE de bajo grado 26,2%, displasia de cérvix sin especificar 2,5%, hallazgo colposcópico anormal 30%, cervicitis 13,7%, negativo 13,7% e insatisfactorio 1,2%. En cuanto a la biopsia se encontró un resultado de carcinoma invasor e in situ de 1,2% cada uno, displasia severa escamosa en 3,1%, displasia moderada escamosa en 3,7%, displasia leve escamosa en 15%, PVH en 18,1% y negativo en 57,5%. Conclusiones: la citología (PAP) tiene una positividad de 41,3% y negatividad de 58,7%; la colposcopia fue anormal en 71,4% y normal en el 28,6%; la biopsia de cérvix demostró carcinoma invasor de 1,2% y carcinoma in situ de 1,2%, displasia severa escamosa en 3,1%, displasia moderada escamosa en

3,7%, displasia leve escamosa en 15%, PVH en 18,1% y negativo en 57,5%<sup>19</sup>.

En otro estudio realizado en Cajamarca, para determinar la relación entre la actitud frente al cáncer de cuello uterino según características sociodemográficas. Resultados: las mujeres son en mayoría entre 25 y 40 años, con nivel secundario, ocupación amas de casa, religión católica, convivientes, ingresos económicos menores a 850 soles, número de hijos mayor de 02 hijos, residencia rural; con una actitud indiferente frente al cáncer de cuello uterino. Concluyendo que, existe relación entre actitud y características sociodemográficas de las mujeres del presente estudio; altamente significativa para las variables de grado de instrucción ( $p=0.001$ ), ocupación ( $p=0.005$ ), religión ( $p=0.003$ ), lugar de residencia ( $p=0.007$ ); significativa para ingreso económico ( $p=0.02$ ), y no habiendo relación con el estado civil ( $p=0.14$ ), número de hijos ( $p=0.09$ ) y la edad ( $p=0.58$ ); comprobado con la prueba estadística de Chi-Cuadrado<sup>20</sup>.

## **2.2 Bases teóricas**

En Cajamarca, como en cualquier otra parte del Perú y del mundo, no cabe duda de que, el cáncer se ha convertido en un problema sanitario de primer orden. Las cinco principales neoplasias en mujeres, son: cuello uterino, mama, estómago, colón - recto y pulmón. Siendo el CaCu el que registra la mayor incidencia (18%) del total de cánceres en Cajamarca<sup>21</sup>.

### 2.2.1 Cáncer cervical

El cáncer cervical es tan frecuente que, sin tener en cuenta el cáncer de piel no melanoma, ocupa un lugar importante entre todas las neoplasias que afectan a la población femenina en la mayor parte del mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo, y representa la principal causa de morbilidad en las mujeres<sup>22</sup>.

La incidencia aumenta luego de los 30 años de edad, con la presencia de lesiones premalignas, la que está dado a expensas de un mayor número de casos de displasia leve, similar a las lesiones infiltrantes con diagnóstico de novo. Gracias a las pruebas de detección, principalmente con frotis de Papanicolaou (PAP) o citología cérvicovaginal, la incidencia tiende a disminuir<sup>23</sup>. Se presenta con frecuencia en mujeres que acuden a clínicas de ITS (13 - 26%). Existen diferencias raciales aún no explicadas, con mayores tasas de lesión intraepitelial en mujeres afroamericanas y de ascendencia negra que en las de raza blanca<sup>24</sup>.

Es una enfermedad genética, causada por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan las células, especialmente la forma como crecen y se dividen. Los cambios genéticos que causan la displasia pueden heredarse de los padres o suceder como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por daño del ADN causado por algunas exposiciones del ambiente como compuestos químicos en el humo del tabaco, radiación, rayos ultravioleta del sol<sup>23</sup>.

- **Displasia**

Es una anomalía en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Es una lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular<sup>25</sup>.

La displasia es un estado más grave que la hiperplasia, en la que hay una acumulación de células adicionales. Pero las células se ven anormales y hay cambios en la forma como está organizado el tejido. En general, en cuanto más anormales se ven las células y el tejido, mayor es la posibilidad de que se forme cáncer. Algunos tipos de displasia pueden necesitar que se vigilen o que se traten. Un estado aún más grave es un carcinoma in situ. Aunque a veces se llama cáncer, el carcinoma in situ no es cáncer porque las células anormales no se extienden más allá del tejido original. Es decir, no invaden tejido del alrededor como lo hacen las células cancerosas<sup>21</sup>.

### **2.2.2 Historia natural de la enfermedad**

Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las reemplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman

cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores<sup>21</sup>.

El CaCu se inicia como lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérnix y endocérnix, respectivamente. En un porcentaje, esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en carcinoma microinvasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer los vasos linfáticos<sup>26</sup>. Hasta el presente se sabe que ninguna lesión intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses<sup>27</sup>.

### **2.2.3 Factores de riesgo para displasia cervical**

Para que una persona desarrolle una displasia cervical, existe un factor de riesgo, que es todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad. Aunque a menudo los factores de riesgo influyen en el riesgo de desarrollar una displasia cervical, la mayoría no lo provoca de forma directa. Algunas personas que tienen varios factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que sí lo desarrollan otras personas sin factores de riesgo conocidos. Sin embargo, el hecho de conocer sus factores de riesgo, puede ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre el estilo de vida y la atención de su salud<sup>28</sup>.

### 2.2.3.1 Características de la conducta sexual

- **Número de compañeros sexuales.** Existe relación directa entre el riesgo de lesión intraepitelial y número de parejas sexuales. Exposición relacionada con la probabilidad de exposición al PVH<sup>29,30</sup>. Ejemplo, mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales<sup>31</sup>.
- **Edad del primer coito.** El inicio temprano de relaciones implica aparición de múltiples compañeros sexuales con el consiguiente riesgo. Los tejidos cervicouterinos en la adolescencia son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial, si el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años<sup>32</sup>.
- **Características del compañero sexual.** Una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características (historia sexual) de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros<sup>28</sup>. En un estudio se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres del grupo control; se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de ITS, presentaban con mayor frecuencia más cantidad de visitas a prostitutas y hábito de fumar<sup>34</sup>. Además, la mujer tiene alto riesgo de

lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical y nunca usó condón<sup>35</sup>.

- **Infecciones de transmisión sexual (ITS).** Existe asociación de displasia cervical con ITS, tipo sífilis o blenorragia<sup>28</sup>, historia de infección del aparato genital a repetición<sup>35</sup>. La coinfección con VIH facilita el desarrollo de neoplasia<sup>36</sup>.
- **Infección con PVH.** Factor de riesgo más importante para displasia cervical. Llamado virus del papiloma humano, debido a que algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma, no son cánceres; con frecuencia se les llama verrugas. Se transmite de una persona a otra por contacto con piel, durante las relaciones sexuales: coito vaginal, penetración anal o sexo oral. Incluyen PVH (16, 18, 31, 33 y 45), entre otros. Alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por PVH 16 y 18<sup>36</sup>.

### 2.2.3.2 Factores relacionados con la reproducción

- **Paridad.** Mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor que las nulíparas, de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos se triplica, de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces<sup>37</sup>.
- **Edad del primer parto.** Bosch, demostró la presencia de uno o más partos antes de los 22 años, cuadruplica el riesgo de neoplasia del cérvix<sup>28</sup>.

- **Partos vaginales.** Mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con las que sólo tuvieron partos por cesárea<sup>37</sup>.

### 2.2.3.3 Métodos anticonceptivos

- **Anticonceptivos orales.** Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial<sup>28</sup>. El riesgo aumentó para pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años<sup>38</sup>.

### 2.2.3.4 Factores psicosociales

La incidencia de displasia cervical se relaciona con pobreza, acceso limitado a los servicios, vivir en zonas rurales y bajos niveles de educación. Otros factores que influyen pueden ser: aspectos culturales y psicosociales<sup>39</sup>.

- **Raza/origen étnico.** Es más frecuente entre mujeres negras, hispanas e indígenas<sup>40</sup>.
- **Antecedentes familiares de cáncer cervical.** Puede ser hereditario en algunas familias. Si su madre o hermana la padecieron, las probabilidades de sufrir la enfermedad aumentan de dos a tres veces<sup>38</sup>.
- **Condición socioeconómica y cultural.** Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre displasia cervical y condición económica, social o educativa. Se acepta que



mujeres de bajo nivel social, cultural, educativo e inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de padecerlo, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren<sup>41</sup>; posiblemente, por mayor exposición al PVH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna<sup>42,43</sup>. Benia y Tellecha (Uruguay), indican que más del 60% de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas, que a vivir en condiciones que las expone más al virus<sup>44</sup>. Estudios, indican que, las de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir PVH y experimentar lesiones premalignas del cérvix<sup>24</sup>.

- **Condición socioeconómica baja.** La pobreza es un factor de riesgo para displasia cervical. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de PAP; por lo que, es probable que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para la enfermedad precancerosa del cérvix<sup>38</sup>.
- **Tabaquismo.** Existe relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y duración e intensidad del hábito. Se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial y padecer de CaCu con respecto a las no fumadoras. Experimentalmente, se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman<sup>38</sup>. Se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Estudios diversos, han encontrado mutágenos en el moco cervical,

algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo<sup>45</sup>, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir PVH que se asumen con más frecuencia entre las fumadoras<sup>27</sup>.

- **Inmunosupresión.** El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante de SIDA, ocasiona daño al sistema inmunitario, influyendo en el mayor riesgo a infecciones con PVH. Esto puede ser lo que aumenta el riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con SIDA. Los científicos opinan que el sistema inmunitario es importante para destruir células cancerosas, y retardar su crecimiento y extensión. En mujeres con VIH, un cambio precanceroso de cérvix puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal<sup>38</sup>.
- **Alimentación.** Mujeres con alimentación pobre en contenido de frutas, ensaladas y verduras pudieran aumentar el riesgo de displasia cervical; así como, las obesas<sup>38</sup>.
- **Educación en salud.** El nivel de instrucción está ligado con el grado de conocimientos generales en salud<sup>46</sup>, indicando que con menor nivel académico (menos del 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida en que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica citológica hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones, en caso de lesiones de bajo grado (47,48), constituyendo una barrera para la toma de PAP.

#### 2.2.4 Prevención de cáncer de cuello uterino

La displasia cervical es altamente prevenible con la realización de pruebas de detección habituales y atención de seguimiento adecuada. Se puede curar cuando se detecta en etapas iniciales. Casi siempre está relacionado con el VPH. Existen vacunas que protegen contra los tipos de PVH que causan CaCu con mayor frecuencia. Hay dos pruebas de detección que pueden ayudar a prevenir o detectar el cáncer cervical en etapa inicial<sup>49</sup>.

- **Prueba de Papanicolaou** (citología vaginal): rama de la ciencia que trata con la estructura y función celular. Es un procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical, mediante la observación de las células bajo el microscopio, identificando los cambios celulares de precánceres y/o diagnosticar cáncer o detectar cambio celular cervical causado por PVH<sup>49</sup>. Muchas mujeres con mayor riesgo de displasia cervical no se realizan las pruebas o las hacen con frecuencia incorrecta<sup>38</sup>.
- **Prueba del PVH:** identifica el virus que puede causar este tipo de cambios celulares<sup>49</sup>. Considerar como factores asociados: Vacunas contra el PVH; Rol que percibe la mujer de su feminidad; Factores asociados con la calidad de la atención (acceso, demanda inducida, pertinencia técnica y científica, oportunidad). De igual manera la realización de métodos o técnicas adecuadas para su diagnóstico como: Colposcopia, Biopsias cervicales, Curetaje endocervical (raspado), Biopsia cónica (conización).

**Informe citológico e interpretación:** cambios encontrados se informan según el Sistema de Bethesda, para seguir una conducta uniforme.

### **SISTEMA BETHESDA**

1. Negativo para la lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.
2. Anomalía en células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. Se clasifica en:

<b>Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LEIBG)</b>	Que incluye infección por PVH y NIC I (displasia leve).
<b>Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG)</b>	Que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y Carcinoma in situ).
<b>Células Escamosas Atípicas</b>	Que utiliza el termino AS-CUS (células escamosas atípicas con significado indeterminado).
<b>Carcinoma Escamoso</b>	Es definida con un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa en las células.
<b>Células Glandulares Atípicas</b>	Involucra el riesgo de que exista una entidad neoplasia maligna.

### 2.3 Definición de términos básicos

- **Atipias.** Se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada (ASCUS).
- **LIE**, leiomioma intraepitelial.
- **LIE de bajo grado**, incluye casos con cambios asociados a PVH y los asociados a displasia leve o NIC I.
- **LIE de alto grado**, incluye los casos con cambios celulares que sugieren displasia moderada y severa, NIC II y NIC III (50).
- **NIC**, término empleado para referirse a todas las anomalías epiteliales del cuello uterino (51).
- **NIC 1** también se puede llamar displasia leve, de grado bajo o neoplasia intraepitelial cervical escamosa 1.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Hipótesis general**

Existe relación directa entre los factores de riesgos demográficos, obstétricos, ginecológicos y de prevención, y sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017.

#### **3.2 Hipótesis secundarias**

- Existe relación directa entre los factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.

- Existe relación directa entre los factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.
- Existe relación directa entre factores de riesgos ginecológicos y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.
- Existe relación directa entre factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.

### **3.3 Variables**

- **Variables Independientes**
  - ✓ Factores de riesgo demográficos
  - ✓ Factores de riesgo obstétricos
  - ✓ Factores de riesgo ginecológicos y de prevención
  - ✓ Factores de riesgo sociales
- **Variable Dependiente**
  - ✓ Displasia cervical

• **Operacionalización de variables**

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
<b>Displasia cervical</b>	Crecimiento anormal de células en la superficie del cuello uterino, encontradas en el examen de PAP	Presencia de células anormales en el resultado citológico de la mujer en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	• Cualitativa
VARIABLES INDEPENDIENTES • FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS				
DIMENSIÓN				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento.	Periodo de tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento de la paciente hasta el momento de la consulta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 – 19 años</li> <li>• 20 – 30 años</li> <li>• 31 – 45 años</li> <li>• 46 – 70 años</li> </ul>	• Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición de acompañamiento de pareja de la paciente según el registro civil al momento de la consulta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Viuda</li> </ul>	• Nominal
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Nivel de educación más alto alcanzado por la paciente al momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin instrucción</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>	• Nominal
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.	Labores de trabajo a las que se dedica la paciente motivo del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Estudiante</li> <li>• Microempresaria</li> <li>• Profesional</li> </ul>	• Nominal
Lugar de procedencia	Lugar donde vive la paciente o lugar del que procede alguien o algo.	Si el domicilio de la paciente es en el distrito de Cajamarca o no.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distrito de Cajamarca</li> <li>• Otros distritos.</li> </ul>	• Nominal
• FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS				
Menarquia	Edad de la primera menstruación de una mujer.	Edad de la primera menstruación que tuvo la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 – 11 años</li> <li>• 12 – 13 años</li> <li>• 14 – 15 años</li> <li>• 16 – 17 años</li> </ul>	• Ordinal
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer	Número de embarazos de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 hijos</li> <li>• 1 – 2 hijos</li> <li>• 3 – 4 hijos</li> <li>• 5 – 7 hijos</li> </ul>	• Ordinal
Edad de primera relación coital	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad en que tuvo su primera relación coital.	Edad de la paciente cuando tuvo su primera relación coital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 - 14 años</li> <li>• 15 – 19 años</li> </ul>	• Ordinal
Edad al primer embarazo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad en que tuvo su primera gestación.	Edad de la paciente cuando tuvo su primer embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 – 19 años</li> <li>• 20 – 24 años</li> <li>• 25 – 29 años</li> <li>• 30 – 34 años</li> </ul>	• Ordinal
Antecedente de aborto	Condición de la mujer de haber padecido la pérdida de un embarazo no viable.	Historial de la paciente de haber sufrido la pérdida de un embarazo no viable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	• Cualitativa
Partos domiciliarios	Nacimientos producidos en casa sin atención hospitalaria.	Paciente que ha dado a luz en su casa uno o más hijos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	• Cualitativa
• FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS Y DE PREVENCIÓN				
Comportamiento sexual	<b>Comportamiento</b> que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros <b>sexuales</b> .	Número de parejas sexuales que ha tenido la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una pareja sexual</li> <li>• 2 – 3 parejas sexuales</li> <li>• 4 – 5 parejas sexuales</li> </ul>	• Nominal
Método anticonceptivo	Aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.	Tipo de método anticonceptivo utilizado por la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De barrera</li> <li>• Hormonal</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	• Nominal
PAP	Procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino, con el fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y precáncer.	Prueba de detección principal que se le realiza a la paciente, para el cáncer de cuello uterino y cambios precancerosos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivo</li> <li>• Negativo</li> </ul>	• Cualitativa
N° de PAP	Cantidad de veces que se realiza el procedimiento del Papanicolaou.	Número de veces que la paciente se ha realizado su Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 1</li> <li>• 2 – 3</li> <li>• 4 – 5</li> </ul>	• Ordinal
Diagnóstico citológico	Resultado de aplicar una técnica, que consiste en observar células a través del microscopio para estudiar su morfología.	Conclusión a la que se ha llegado, después del estudio histopatológico de la citología realizada a la paciente en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LEI bajo grado</li> <li>• Displasia leve</li> <li>• Displasia moderada</li> <li>• No NIC</li> <li>• NIC I</li> </ul>	• Nominal



Antecedentes de ITS	Son aquellas enfermedades que se transmiten por vía sexual.	Cuando en su historial ginecológico, la paciente del estudio, presenta flujo vaginal con características de una ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cándida albicans spp</li> <li>• Trichomonas vaginalis</li> <li>• Chlamydia trachomatis</li> <li>• Herpes zoster</li> <li>• PVH</li> <li>• Condiloma viral</li> </ul>	• Nominal
Patologías ginecológicas	Enfermedades propias que padece una mujer.	Problemas de salud, de tipo ginecológico que registra la paciente del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HUA</li> <li>• Dolor pélvico</li> <li>• EPI</li> <li>• ITU</li> </ul>	• Nominal
• FACTORES DE RIESGO SOCIALES				
Dieta diaria	Conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.	Tipo de alimentos que consume diariamente la paciente motivo de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta con pocas frutas y verduras</li> <li>• Dieta balanceada</li> </ul>	• Nominal
Sobrepeso	Incremento del peso del cuerpo que supera el valor indicado como saludable de acuerdo a la altura.	Acumulación anormal de peso del cuerpo de la paciente en estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	• Cualitativa
Ingesta de alcohol	Persona que declara haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.	Antecedente en la paciente de consumir alguna bebida alcohólica con frecuencia..	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	• Cualitativa
Tabaquismo	Adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina.	Condición de la paciente de fumar cigarrillos con frecuencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	• Cualitativa
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Dinamismo físico que realiza diariamente la mujer motivo del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No actividad física</li> <li>• Poca actividad física</li> <li>• Caminata diaria</li> <li>• Muy activa</li> </ul>	• Nominal
Servicios básicos: luz, agua y desagüe	Acceso a los <b>servicios básicos</b> que hacen posible tener <b>vivienda digna</b> para la población.	Condiciones adecuadas en que vive la paciente en su domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	• Cualitativa
Familiar directo con algún cáncer	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.	Antecedente de la paciente de registrar si algún familiar directo alguna vez tuvo cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre – padre</li> <li>• Abuela – abuelo</li> <li>• Hermana – prima hermana</li> </ul>	• Nominal

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 Tipo y nivel de investigación

##### 4.1.1 Tipo de estudio

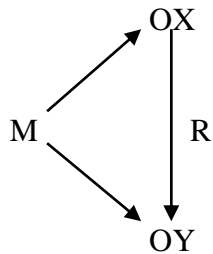
Según el objeto de estudio la investigación fue no experimental, descriptiva, correlacional y retrospectiva.

- **Descriptivo:** porque permitió analizar cada una de las variables, como son los factores de riesgo asociados a displasia cervical, en un momento determinado del tiempo.
- **Correlacional:** porque se buscó establecer la relación entre las variables, que son los factores de riesgo asociados a displasia cervical.

- **Retrospectivo:** porque se estudiaron los hechos o fenómenos pasados.

#### 4.2 Método y diseño de la investigación

- **No experimental:** porque no se manipularon las variables de investigación; es decir, sólo se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.



M = Muestra

OX = Factores de riesgo asociados a displasia cervical

R = Relación

OY = Mujeres con Displasia Cervical

#### 4.3 Población y muestra de la investigación

- **Área de estudio**

El presente trabajo se desarrolló en el P.S. Samana Cruz - Cajamarca, Microred Pachacutec, DISA Cajamarca, Ministerio de Salud (MINSA),

ubicado en el asentamiento periférico del área urbana de la zona noreste de la ciudad, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.

**a. Población**

La población estuvo constituida por todas las mujeres de 15 a 70 años de edad que fueron atendidas en el Puesto de Salud Samana Cruz, el que registró 358 pacientes durante el año 2017.

**b. Muestra**

La muestra estuvo conformada 51 mujeres de 15 a 70 años de edad que fueron atendidas en el Puesto de Salud Samana Cruz, en el año 2017. El tamaño de la muestra se calculó considerando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad del 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5% y la determinación de las 51 unidades muestrales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= 358

Z= 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0.04 (Proporción estimada de mujeres con displasia cervical)

Q= 0.96 (Complemento de P)

E= 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{358 \times (1.96)^2 (0.04)(0.96)}{(0.05)^2 (358 - 1) + (1.96)^2 (0.04)(0.96)}$$

n = 51 mujeres de 15 a 70 años

**c. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las pacientes con el diagnóstico citológico de displasia cervical, que se atendieron en el Puesto de Salud Samana Cruz y que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **d. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión**

- Mujeres de 15 a 70 años que se realizaron su PAP en el Puesto de Salud Samana Cruz, durante el año 2017.
- Pacientes con el diagnóstico citológico de displasia cervical.
- Pacientes con el diagnóstico citológico de displasia cervical en quienes se pueda precisar los factores de riesgo en estudio.

##### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con el diagnóstico citológico de displasia cervical con historia clínica ilegible e incompleta.

#### **4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos**

En primer lugar, se realizó y solicitó autorización para la obtención de los datos del estudio al jefe del Puesto de Salud Samana Cruz y luego se recolectó la información requerida para el presente estudio.

- **Método:** para la adecuada recolección de datos se procedió a la utilización del método Observacional y Encuesta. La encuesta accedió en obtener información directa de las pacientes con diagnóstico citológico de displasia cervical.

- **Técnica:** se utilizó la Encuesta (Anexo C).

La validez del instrumento se realizó mediante el “juicio de expertos” dando como resultado una concordancia de 0.94 lo que indica concordancia excelente, garantizando su validez y confiabilidad (Anexo D).

- **Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Se manejó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, para caracterizar algunas variables.

Para el análisis inferencial se utilizó paquetes estadísticos como el SPSS versión 22.0 y Microsoft Excel 2013; el procesamiento culminó con la presentación resumida de la información mediante tablas de frecuencia relativa y para la prevalencia se usó una fórmula que indique la población afectada sobre la población expuesta. Para el análisis inferencial, se utilizó la Prueba de Hipótesis del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se tuvo en cuenta los principios básicos de la ética médica:

- **Principio de beneficencia y no maleficencia:** no existieron riesgos físicos y psicológicos, riesgo de muerte o alteración de la calidad de vida de las mujeres encuestadas ni daños a terceros. Más aún, el estudio

permitió conocer aquellos factores que se relacionan con la displasia cervical.

- **Autonomía:** para cumplir con este principio, se usó un consentimiento informado, el cual detalló las características y el objetivo del estudio para aprobar la participación voluntaria de las participantes.
- **Justicia:** se garantizó la conservación de los derechos fundamentales de las personas (a la vida, cuerpo y salud) que como personas les pertenece a las participantes, no cometiendo algún acto que signifique atropello a los mismos.
- **Confidencialidad:** se garantizó la absoluta confidencialidad de la información recopilada y que será sólo de utilidad para los fines del estudio, manteniéndose el anonimato de las participantes en su publicación del estudio. La información recolectada estuvo bajo responsabilidad de la tesista, quien garantiza el resguardo de la información.

Se aplicaron encuestas anónimas para garantizar la confidencialidad de las participantes, antes de ello se les explicó, cuales son los objetivos del trabajo de investigación y posteriormente se les brindó una hoja de consentimiento informado, la cual fue llenado por la tesista (Anexo B).



## CAPÍTULO V

### RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 5.1 Análisis de tabla

Tabla 1. Displasia cervical en pacientes que acuden al  
Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.

Displasia cervical	N°	%
<b>POSITIVO</b>	<b>16</b>	<b>31.4</b>
• <i>Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIEBG).</i>	<i>14</i>	<i>27.5</i>
• <i>Lesión intraepitelial escamosa de Alto grado(LIEAG).</i>	<i>2</i>	<i>3.9</i>
<b>NEGATIVO</b>	<b>35</b>	<b>68.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario de entrevista.

**Tabla 2. Factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.**

Factores Demográficos	Displasia cervical				X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC OR
	Positivo		Negativo					
	Nº	%	Nº	%				
<b>Edad</b>					7.32	0.007	6	(1.30-24.71)
Adulto/Adolescente	11	68,8	10	28,6				
Joven	5	31,3	25	71,4				
<b>Estado civil</b>					0.89	0.346	2	(0.40-10.95)
Soltera/Conviviente	13	81,3	24	68,6				
Casada/otros	3	18,8	11	31,4				
<b>Grado de instrucción</b>					11.61	0.001	10	(1.98-55.32)
Sin instrucción/Primaria	9	56,3	4	11,4				
Secundaria/otros	7	43,8	31	88,6				
Total	16	100,0	35	100,0				

Fuente: Cuestionario de entrevista.

**Tabla 3. Factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.**

Factores Obstétricos	Displasia cervical				X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC OR
	Positiva		Negativa					
	Nº	%	Nº	%				
<b>Menarquia</b>					0.19	0.662	2	(0.16-13.26)
14 a más	2	12,5	3	8,6				
Menor de 14 años	14	87,5	32	91,4				
<b>Edad de primeras relaciones sexuales</b>					9.65	0.002	8	(1.66-36.73)
De 12 a 17	12	75,0	10	28,6				
De 18 a 29	4	25,0	25	71,4				
<b>Edad del primer embarazo</b>					5.54	0.019	4	(1.04-18.89)
De 12 a 17	9	56,3	8	22,9				
De 18 a 29	7	43,8	27	77,1				
<b>Total</b>	16	100,0	35	100,0				

Fuente: Cuestionario de entrevista.

**Tabla 4. Analizar los factores de riesgo ginecológico y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.**

Factores Ginecológico y de prevención	Displasia cervical				X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC OR
	Positivo		Negativo					
	Nº	%	Nº	%				
<b>Antecedentes de aborto</b>					6.32	0.012	6	(1.11-40.84)
Si	6	37,5	3	8,6				
No	10	62,5	32	91,4				
<b>Partos domiciliario</b>					7.56	0.006	6	(14.32-25.26)
Si	10	62,5	8	22,9				
No	6	37,5	27	77,1				
<b>Nº de parejas sexuales</b>					6.05	0.014	8	(1.04-66.51)
Tres a más	5	31,3	2	5,7				
Menos de 3	11	68,8	33	94,3				
<b>Uso de anticonceptivos</b>					0.17	0.680	0.7	(0.12-4.56)
Si	13	81,3	30	85,7				
<i>Píldora</i>	3	18,8	6	17,1				
<i>Inyectables, otros</i>	10	62,5	24	68,6				
No	3	18,8	5	14,3				
<b>Antecedentes de ITS</b>					13.2	0.000	15	(2.43-119.2)
Si	12	75,0	10	28,6				
<i>PVH/Trichomonas/Condiloma</i>	8	50,0	5	14,3				
<i>Cervicitis/otros</i>	4	25,0	5	14,3				
No	2	12,5	25	71,4				
<b>Problemas de salud propias que registra la paciente</b>					7.31	0.007	8	(1.31-27.32)
EPI/ITU	12	75,0	12	34,3				
Dolor pélvico/Ninguno	4	25,0	23	65,7				
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>				

Fuente: Cuestionario de entrevista.

**Tabla 5. Factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, 2017.**

Factores Sociales	Displasia cervical				X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC OR
	Positivo		Negativo					
	Nº	%	Nº	%				
<b>Fuma</b>					0.34	0.562	2	(0.0-90.30)
Si	1	6,3	1	2,9				
No/nunca/rara vez	15	93,8	34	97,1				
<b>Consumo bebidas Alcohólicas</b>					0.34	0.562	2	(0.0-90.30)
Sí	1	6,3	1	2,9				
No/nunca/rara vez	15	93,8	34	97,1				
<b>Dieta diaria</b>					0.45	0.503	1.5	(0.39-5.82)
Dieta con pocas frutas y verduras	8	50,0	14	40,0				
Dieta balanceada	8	50,0	21	60,0				
<b>Sobrepeso</b>					1.620	0.203	2	(0.55-8.75)
Si	8	50,0	11	31,4				
No	8	50,0	24	68,6				
<b>Realiza actividades físicas</b>					6.54	0.011	6	(1.20-31.34)
Poca actividad física	13	81,3	15	42,9				
Caminata diaria/muy activa	3	18,8	20	57,1				
<b>Servicios básicos</b>					0.01	0.940	1	(0.0-17.59)
No	1	6,3	2	5,7				
Si	15	93,8	33	94,3				
<b>Tipo de servicios higiénicos</b>					6.70	0.010	5	(1.20-23.22)
Letrina	9	56,3	7	20,0				
Sanitario	7	43,8	28	80,0				
<b>Antecedentes familiares de Cáncer de Cuello</b>					6.05	0.014	8	(1.04-66.51)
Madre/abuela	5	31,3	2	5,7				
Ninguno	11	68,8	33	94,3				
<b>Antecedentes de ITS de la pareja</b>					6.36	0.001	5	(1.16-21.01)
Si	10	62,5	9	25,7				
No	6	37,5	26	74,3				
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>				

Fuente: Cuestionario de entrevista.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la **Tabla1**, se observa que en la muestra en estudio se encontró displasia cervical (16 pacientes), positivo 31,4% (LIEBG 27,5% y LIEAG 3,9%), negativo 68,6%.

Estos resultados tienen similitud con lo reportado por Lazo E, Aguilar F, (2012), quienes encontraron un 52% con carcinoma in situ, seguido del NIC I con el 29%, NIC II con 14% y 5% tuvo NIC III (15); Bonilla K, Montalvo Y, (2015), encontraron que el 41,7% reveló LEI BG + PVH (16); Altmamirano S, García S, (2017), que el 36% presentan displasia leve, 44% displasia moderada, 16% displasia severa y 4% carcinoma in situ<sup>17</sup>.

Asimismo, Aguilar G, (2017), manifiesta que el 84% tuvo el diagnóstico de carcinoma epidermoide y al 16% se le diagnosticó adenocarcinoma; a su vez, el 81% se encontró en estadio I, 18% en el estadio II, 9% en estadio III y un 3% en el estadio IV (18); y Huayhua S, (2017), cuyos hallazgos citológicos fueron: el 0,6% tuvieron resultado de carcinoma invasor de cérvix, LIE de alto grado 6,8%, LIE de bajo grado 17,5%, displasia de cérvix sin especificar y ASCUS un 8,1% cada uno y resultado negativo en un 58,7%. En los hallazgos colposcópicos: el 1,2% tuvieron resultado de carcinoma invasor de cérvix, LIE de alto grado 11,2%, LIE de bajo grado 26,2%, displasia de cérvix sin especificar 2,5%, hallazgo colposcópico anormal 30%, negativo 13,7% e insatisfactorio 1,2%. En la biopsia se encontró un resultado de carcinoma invasor e in situ de 1,2% cada uno, displasia severa escamosa en 3,1%, displasia moderada escamosa en 3,7%, displasia leve escamosa en 15%, PVH en 18,1% y negativo en 57,5%. Conclusiones: la citología (Papanicolaou) tiene una positividad de 41,3% y negatividad de 58,7%; la colposcopia fue anormal en 71,4% y normal en el

28,6%; la biopsia de cérvix demostró carcinoma invasor de 1,2% y carcinoma in situ de 1,2%, displasia severa escamosa en 3,1%, displasia moderada escamosa en 3,7%, displasia leve escamosa en 15%, PVH en 18,1% y negativo en 57,5%<sup>19</sup>. Por otro lado, los resultados difieren con Barranco E, Pérez G, (2014), quienes indican que, el número de diagnósticos citológicos reportados fueron tres y cinco con lesión por PVH, uno y dos para NIC I respectivamente; así como, un caso de NIC II, NIC III y Ca invasor en Mayorazgo. En la comunidad de Mayorazgo, se realizó la toma de muestra de PAP a 16 mujeres, las cuales se reportaron negativas. En la comunidad de Pilar María de 55 híbridos tomados se reportaron solo tres con resultado positivo<sup>13</sup>.

Del mismo modo, Torres M, (2017), en su estudio halla cáncer in situ (inicial) en 38 casos, de cuello de útero 58 casos, en cuerpo de útero dos casos. El 83,15% tuvo resultado negativo para cáncer uterino, el 12,63% dio resultado indeterminado, mientras que el 3,15% tuvo NIC grado I (NIC 1) y el 1,02% NIC 1 + HPV<sup>14</sup>.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede apreciar que existe evidencia de cambios cervicales precancerosos, detectados a partir de los exámenes de PAP, los que generalmente todavía no presentan sintomatología significativa ni características clínicas que indiquen su presencia; también, que se encuentran asociados a PVH y factores de riesgo.

La NIC es una lesión considerada como antesala del cáncer cérvicouterino, ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Caracterizada por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares. La infección por el PVH en el aparato genital, juega un papel relevante

en la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución al cáncer invasor.

En la **Tabla 2**, se observa que, respecto a los factores demográficos, las pacientes que presentan displasia cervical el 68,8% son adultas y adolescentes; el 81,3% solteras y convivientes; y el 56,3% no tienen instrucción o tienen primaria.

Estos resultados tienen semejanza con lo encontrado por Galván M, Barragán M, Meléndez R, (2013), donde la edad para el grupo caso fue  $37.6 \pm 8.1$  y grupo control  $37.4 \pm 8.1$  con  $p=0.962^{12}$ ; con Lazo E, Aguilar F, (2012), quienes indican que el 64,29% posee instrucción primaria; 50% son casadas y la citología cervical uterina (PAP) alterada pertenece al grupo entre 45 a 54 años con 33,3<sup>15</sup>. Igualmente, Aguilar G, (2017), encontró que, para el carcinoma escamoso, las edades fueron entre 40 y 49 años (40%). El adenocarcinoma es más frecuente entre 60 y 69 años, y con el grado de instrucción ( $p=0.08$ ;  $p>0,05$ ) no se halló asociación estadística con el cáncer cérvicouterino<sup>18</sup>.

Datos similares se encuentra en Torres M, (2017), donde la mayoría están entre 20 y 45 años de edad, el estado civil fue de unión libre en un 53,15% y han cursado solamente la primaria en su mayoría<sup>14</sup>; con Bonilla K, Montalvo Y, (2015), refieren el 59,4% en mujeres entre 30 a 49 años de edad, conviviente (59,4%), 53,1% sin instrucción (16); y Altmamirano S, García S, (2017), encontraron 56% de 50 a 65 años, 44% educación secundaria, 54% convivientes<sup>17</sup>.

Asimismo, con Huayhua S, (2017), cuyos resultados son: edad promedio fue de  $40 \pm 09$  años<sup>19</sup>; y Palomino B, (2017), quien indica edades en mayoría entre 25



y 40 años, con nivel secundario y convivientes. Concluyendo que, existe relación entre actitud y características sociodemográficas; altamente significativa para las variables de grado de instrucción ( $p= 0.001$ ), y no habiendo relación con el estado civil ( $p= 0.14$ ) y la edad ( $p= 0.58$ ); comprobado con la prueba estadística de Chi-Cuadrado<sup>20</sup>.

Los factores demográficos edad y grado de instrucción son considerados como factores de riesgo para la displasia cervical. El cáncer cérvicouterino se presenta en edades avanzadas debido a la cronicidad por infección de genotipos cancerígenos de PVH, siendo el principal factor de riesgo para este cáncer. La edad promedio de aparición del cáncer de cérvix está entre los 35 a 54 años de edad.

También, se comprueba la influencia de la escolaridad en el comportamiento de la neoplasia: las mujeres sin instrucción presentan altas tasas de incidencia de carcinoma invasor desde muy jóvenes. En gran medida es probable, por la forma como repercute la sobrecarga de tareas que impiden que la mujer se preocupe suficientemente de sí misma, ya que tiene que cumplir antes con sus compromisos domésticos y los inherentes a su condición biológica de madre aunado a su condición social de tener pocos recursos económicos.

Sin embargo, las mujeres con educación superior presentan tasas que son la sexta parte de aquellas sin educación o con sólo primaria, y entre las más jóvenes, la tasa de incidencia de cáncer cérvicouterino es prácticamente nula. La escolaridad de las mujeres puede considerarse como elemento decisivo para determinar grupos de riesgo con respecto a cáncer de cuello de útero. Tanto es así, que la agrupación por grado de instrucción permitiría mejorar la eficacia de la prevención mediante la citología cervical.

El estado civil podría ser un factor indirecto de riesgo, debido probablemente a que pueda conllevar a tener más de una pareja sexual, sobre todo si no tiene una relación de pareja estable y también, el empezar su vida sexual a temprana edad, y más aún, no realizarse el examen de la citología cervical a modo de prevención.

En la **Tabla 3**, se observa que, respecto a los factores obstétricos, las pacientes que presentan displasia cervical el 12,5% la edad de la menarquia fue de 14 a más años; el 75,0% tuvieron sus primeras relaciones sexuales de 12 a 17 años de edad; y el 56,3% tuvieron su primer embarazo de 12 a 17 años de edad.

Los resultados se asemejan con Galván M, Barragán M, Meléndez R, (2013), que en su estudio encontraron inicio de vida sexual activa (IVSA)  $\leq 18$  años de edad con RM 2.5 (IC95% 1.1-5.7) (12); con Barranco E, Pérez G, (2014), cuya presentación de la menarquia promedio fue en edad de 10 a 12 años, inicio de vida sexual activa centrada en la población de 15 a 18 años con 19,6% en Mayorazgo y 32% en Pilar María<sup>13</sup>; con Lazo E, Aguilar F, (2012), donde la menarquía es 13.38 años (93%). 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre 11 y 15 años<sup>15</sup>; y, Aguilar G, (2017), en su estudio menciona que las pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer cervicouterino (CCU) ( $p=0.01$ ;  $p0,05$ )<sup>18</sup>.

Además, hay cierta diferencia con Bonilla K, Montalvo Y, (2015), indican que el 88,5% iniciaron sus relaciones sexuales entre 15 a 25 años (16); y, con Altmamirano S, García S, (2017), quienes mencionan que el 76% tuvieron

menarquía después de los 11 años; 56% inicio sus relaciones sexuales después de los 15 años<sup>17</sup>.

Algunos estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de precursores del cáncer cérvicouterino, siendo las relaciones sexuales a temprana edad y, por ende, el primer embarazo. Las pacientes que inician sus relaciones sexuales antes de los 15 años tienen el riesgo de padecer de una NIC 3,8 veces más.

Se considera que el inicio precoz de la vida sexual, ha motivado el desplazamiento de la incidencia de esta afección hacia edades menores; y que, aumente la probabilidad de que, durante la metaplasia fisiológica de la adolescencia se perpetúe la infección por VPH y con ello se acelere la progresión natural de la enfermedad.

Se estima que la edad de la menarquía por sí sola no representa un riesgo adicional, pero si se asocia con frecuencia al inicio de las relaciones sexuales temprana, siendo interpretada por las adolescentes como expresión de madurez biológica; de manera que, muchas adolescentes con menarquía precoz también inician precozmente su vida sexual. Sin lugar a dudas, uno de los factores más importantes en la patogenia de la neoplasia cervical es el inicio precoz de la actividad sexual, relacionado con mayor probabilidad de infecciones cérvico vaginales y entre ellas, el PVH.

Si bien no existe un planteamiento coincidente en el cáncer cérvicouterino en correspondencia con la menarquia precoz o tardía, como sucede por ejemplo con el cáncer de mama, si se plantea por algunos autores que han encontrado cierta correspondencia entre estas variables.

En la **Tabla 4**, se observa que respecto a los factores ginecológicos y de prevención, de las pacientes que presentan displasia cervical el 37,5% tienen antecedentes de aborto; 62,5% tuvieron parto domiciliario; 31,3% tuvieron de tres a más parejas sexuales; 81,3% usan métodos anticonceptivos (de los cuales el 18,8% usaron píldoras); 75,0% tuvieron antecedentes de ITS (de ellos el 50% corresponden a PVH/Trichomonas/Condilomas); y el 75,0% tuvieron problemas de salud propias que registra la paciente.

Los resultados del estudio se asemejan con lo encontrado por Barranco E, Pérez G, (2014), que reportaron un 11,2% como factor de riesgo importante la presencia de múltiples parejas sexuales, presencia de ITS asociada en un 36%, antecedente de PVH 43 casos (17,2%), de los cuales 41 se concentran en la población de Pilar María<sup>13</sup>; con Galván M, Barragán M, Meléndez R, (2013), quienes mencionan que más de un compañero sexual en la vida tiene un riesgo RM 4.2 (IC95% 1.9-9.3) y, el antecedente de uso de anticonceptivos RM 5.0 (IC95% 1.1-23.1)<sup>12</sup>.

También, Lazo E, Aguilar F, (2012), refieren que el 78% tenían entre dos y tres parejas sexuales, 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo y el más empleado fue la anticoncepción oral combinada (AOC) (57,69%). 78,57% no han presentado abortos<sup>15</sup>; con Bonilla K, Montalvo Y, (2015), encontraron que el 61,5% tuvieron más de 4 parejas sexuales, el uso de AOC no es factor de riesgo<sup>16</sup>; con Altmamirano S, García S, (2017), indica que 78% usó anticonceptivo y 74% tuvieron ITS<sup>17</sup>; y con Huayhua S, (2017), en cuanto a los hallazgos colposcópicos el 13,7%, presentó cervicitis<sup>19</sup>.

A diferencia del estudio, Torres M<sup>20</sup>, resalta una mínima presencia de abortos esporádicos, 30% de mujeres de 20 a 35 años han demostrado inflamaciones

moderadas, 51,57% no han presentado ITS y 48,42% si las tuvieron, de las cuales el 40% de ellas fueron por vaginosis bacteriana y el 8,42% otras infecciones. El 1,02% tuvo NIC 1 + PVH (14).

Las mujeres que inician su vida sexual a muy corta edad entre los 16 a 20 años, influye en forma directa para el desarrollo de la displasia leve debido a que el epitelio cervical es aún muy inestable debido al influjo hormonal, trauma coital y posibilidad de tener en su vida futura, múltiples compañeros sexuales; así como, padecer el traumatismo del aborto y posible lesión cervical.

El tener múltiples compañeros sexuales está relacionado en forma directa en la adquisición de la infección por PVH y es directamente proporcional al desarrollo de la displasia cervical, concluyéndose además que es una ITS.

El agente etiológico que se ha involucrado en la génesis del cáncer cérvicouterino es el PVH y los cofactores asociados principales: como el tener múltiples compañeros sexuales y el tabaquismo, que interactuarán con el epitelio de la zona de transformación, alterarán su estructura por el daño al ADN celular ocasionando la denominada displasia cervical, la cual es una lesión precursora temprana del cáncer cérvicouterino.

Las pacientes que sólo mencionan tener un solo compañero sexual, es posible que el comportamiento promiscuo del compañero varón sea el causante de la infección, ya que se ha mencionado que él es un portador asintomático y no desarrolla la enfermedad, porque los epitelios son diferentes; así como, el estado hormonal y la anatomía juegan un papel importante, pero no todas las mujeres infectadas con este PVH llegan a padecer la enfermedad, lo que indica que se requieren otros factores para que se inicie la carcinogénesis y la manifestación del padecimiento, por lo que la causa se considera multifactorial.

Un embarazo a corta edad es propiciado por la vida sexual en forma precoz, lo cual causará un trauma cervical directo si el nacimiento es por vía vaginal y debido al influjo hormonal mayor en el embarazo será condicionante para el desarrollo de la displasia cervical; también, las condiciones del parto domiciliario como higiene, personal capacitado y lesión cervical.

En la **Tabla 5**, se observa que, respecto a los factores sociales, en las pacientes que presentan displasia cervical el 6,3% fuman y consumen bebidas alcohólicas, respectivamente; 50% consumen pocas frutas y verduras, y presentan sobrepeso, cada uno; 81,3% realizan poca actividad física; 6,3% no tienen servicios básicos; 56,3% tienen letrinas; 31,3% presentan antecedentes familiares de CaCu por parte de su madre y abuela; y el 62,5% presentan antecedentes de ITS por parte de la pareja.

Los resultados tienen similitud con los de Barranco E, Pérez G, (2014), que refiere hábito tabáquico de 14,8% en la población de Pilar María. También, se encontró un 9,2% de la población con hábito higiénico malo<sup>13</sup>; con Altmamirano S, García S, (2017), que mencionan 8% fumadoras<sup>17</sup>, y Bonilla K, Montalvo Y, (2015), indican que el 49% tuvieron antecedentes de cáncer de cuello uterino por parte materna<sup>16</sup>.

Los anticonceptivos orales son conocidos por potenciar los efectos adversos de fumar cigarrillos y disminuir varios nutrientes incluyendo las vitaminas C, B6 y B12, el ácido fólico, la riboflavina, y el zinc.

A pesar de que el VPH es el factor de riesgo primario para el cáncer de cuello uterino, juegan un papel importante en el desarrollo del cáncer cervical, otros factores de riesgo específicos asociados con el desarrollo de la displasia, como: actividad sexual a temprana edad, tener múltiples parejas sexuales, ITS, uso de

anticonceptivos orales, tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, inmunosupresión y mala alimentación.

Estudios epidemiológicos y de laboratorio han sugerido que algunos factores nutricionales pueden jugar un papel importante en el desarrollo y la progresión de NIC y cáncer de cuello uterino; por lo tanto, la prevención primaria debe centrarse en la reducción de los riesgos. La manera más importante de reducir el riesgo es eliminar el comportamiento sexual riesgoso que aumenta la exposición al PVH. Las mujeres son más susceptibles al desarrollo potencial de cáncer durante la adolescencia y la adultez temprana, debido a los cambios biológicos que se producen en el cuello uterino durante la pubertad. Es importante reconocer que la displasia cervical no es sólo un problema de salud localizado al tejido cervical, porque en realidad implica la salud del sistema inmunológico y la resistencia del individuo a la exposición viral.

## 5.2 Comprobación de hipótesis

Los factores de riesgo demográficos, obstétricos, ginecológicos y de prevención, y sociales, tienen relación directa asociada a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017.

La edad (OR: 6) y el grado de instrucción (OR: 10) constituyen factores de riesgos asociados ( $p < 0.05$ ) a la displasia cervical; lo que indica que las pacientes adultas y adolescentes tienen 6 veces más riesgo de presentar displasia cervical, y las pacientes sin instrucción y con primaria tienen 10 veces más riesgo de presentar displasia cervical.

La edad de la primera relación sexual (OR: 8) y la edad del primer embarazo (OR: 4) constituyen factores de riesgos asociados ( $p < 0.05$ ) a la displasia cervical; lo que indica que las pacientes que inician sus primeras relaciones sexuales de 12 a 17 años tienen 8 veces más riesgo de presentar displasia cervical, y las pacientes que tienen su primer embarazo de 12 a 17 años tienen 4 veces más riesgo de presentar displasia cervical.

El antecedente de aborto (OR: 6), los partos domiciliarios (OR: 6), el número de parejas sexuales (OR: 8), antecedentes de ITS (OR:15) y los problemas de salud propias que registra la paciente (OR: 8) constituyen factores de riesgo asociados ( $p < 0.05$ ) a la displasia cervical; lo que indica que, las pacientes que con antecedentes de aborto tienen 6 veces más riesgo de presentar displasia cervical, con parto domiciliario tienen 6 veces más riesgo de presentar displasia cervical, con tres o más parejas sexuales tienen 8 veces más riesgo de presentar displasia cervical, con



antecedentes de ITS (*PVH/Trichomonas/Condiloma*) tienen 15 veces más riesgo de presentar displasia cervical y con problemas de salud propias que registra el paciente tienen 8 veces más riesgo de presentar displasia cervical.

El realizar pocas actividades físicas (OR: 6), el tipo de servicios básicos (OR: 5), antecedentes familiares de displasia cervical (OR: 8), y antecedentes de ITS de la pareja (OR: 5) constituyen factores de riesgos asociados ( $p < 0.05$ ) a la displasia cervical; lo que indica que las pacientes que realizan poca actividad física tienen 6 veces más riesgo de presentar displasia cervical, los que usan letrinas tienen 5 veces más riesgo de presentar displasia cervical, con antecedentes familiares de displasia cervical por parte de su madre y abuela tienen 8 veces más riesgo de presentar displasia cervical, y con antecedentes de ITS por parte de la pareja tienen 5 veces más riesgo de presentar displasia cervical.

## CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados del trabajo de investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se encontró displasia cervical (16 pacientes), positivo 31,4% (LIEBG 27,5% y LIEAG 3,9%), negativo 68,6%.
2. En los factores demográficos, el 68,8% son adultas y adolescentes; 81,3% solteras y convivientes; y 56,3% no tienen instrucción o tienen primaria.
3. En los factores obstétricos, las pacientes que presentan displasia cervical el 12,5% la edad de la menarquia fue de 14 a más años; el 75,0% tuvieron sus primeras relaciones sexuales de 12 a 17 años de edad; y el 56,3% tuvieron su primer embarazo de 12 a 17 años de edad.
4. En los factores ginecológicos y de prevención, el 37,5% presentaron antecedentes de aborto; 62,5% recibieron parto domiciliario; 31,3% tuvieron de tres a más parejas sexuales; 81,3% usan métodos anticonceptivos (sólo 18,8% usaron píldoras); 75,0% tuvieron antecedentes de ITS (de ellos 50% corresponden a PVH/Trichomonas/ Condilomas); y 75,0% tuvieron problemas de salud propias que registra la paciente.
5. En los factores sociales, el 6,3% fuman y consumen bebidas alcohólicas, respectivamente; 50% consumen pocas frutas y verduras, y presentan sobrepeso, cada uno; 81,3% realizan poca actividad física; 6,3% no tienen servicios básicos; 56,3% tienen letrinas; 31,3% presentan antecedentes familiares de CaCu por parte de su madre y abuela; y el 62,5% presentan antecedentes de ITS por parte de la pareja.

## RECOMENDACIONES

1. Que, en el Primer Nivel de Atención Primaria de Salud, se fomente una atención obstétrica-médica de calidad, en el diagnóstico oportuno de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales por medio de tamizaje (citología), y enviar a Prevención de Cáncer a las pacientes que resulten con alguna lesión pre y/o maligna para recibir el tratamiento respectivo.
2. Que todo Profesional Obstetra concientice a las mujeres acerca de su vida sexual y sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou, a través de jornadas y charlas para que cada una de ellas asuma una actitud responsable respecto a su vida.
3. Que el Profesional Obstetra realice campañas de orientación a las adolescentes sobre las ITS y las ventajas de la inmunización con la vacuna cuadrivalente de PVH.
4. Que el/la Obstetra, controle el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años, porque puede incrementar el riesgo de carcinoma cervical hasta 4 veces en mujeres infectadas por VPH.
5. Que todo personal de salud, fomente en la población una alimentación saludable orientada al consumo de sustancias antioxidantes, para que mejore el sistema inmunológico con el consumo de frutas, verduras, y alimentos ricos en ácido fólico.
6. Que el personal de salud, resalte a las pacientes los riesgos para la salud que están asociados al consumo de tabaco; así como, promover políticas eficaces para evitar o reducir su consumo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Organismo Público Ejecutor del Sector Salud. INEN; 2016. [Consultado el 20 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
2. Asociación Española Contra el Cáncer. Tipos de cáncer por localización. AECC; 2016. [Consultado el 19 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancerdecervix/Paginas/incidencia.aspx>. Contenido actualizado el 21/11/2016.
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas de cáncer en los Estados Unidos. Informe electrónico sobre incidencia y mortalidad 1999–2013. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Grupo de trabajo sobre estadísticas de cáncer de los EE. UU. Atlanta (GA): 2016. [Consultado el 19 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/uscs>.
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Tasas de incidencia del cáncer de cuello uterino asociado al PVH por raza y grupo étnico. División de Prevención y Control del Cáncer. [Consultado el 20 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/statistics/>
5. Liga de Lucha Contra el Cáncer. Cáncer. Tipos de cáncer. [Consultado el 08 de noviembre del 2017]. Disponible en:  
<http://www.ligacancer.org.pe/index.html>
6. Cervical intraepithelial neoplasia: a review. En: Sommers SC, editor.

- Pathology annual. Nueva York: Appleton-Century-Crofts: 1973; 301-328.
7. Harris C, Brinton L, Cowdell R, et al. Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uteri. Br J Cancer, 42 (1980), pp. 359-369.
  8. Zunzunegui M, King M, Coria C, Charlet J. Male influence on cervical cancer risk. Am J Epidemiol, 123 (1986), pp. 302-307.
  9. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer. NIH; 2016. [Consultado el 20 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph>
  10. Tasa de analfabetismo según departamento, provincia y distrito, 2007  
[https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwimglazmvfQAhVB7SYKHcloC\\_wQFgqmMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.mef.gob.pe%2Fcontenidos%2Festadisticas%2Fpol\\_econ%2Fcuadro60.xls&usg=AFQjCNF3eM-iQAQ8F031aef5dmO1NKge0A&bvm=bv.141536425.d.eWE](https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwimglazmvfQAhVB7SYKHcloC_wQFgqmMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.mef.gob.pe%2Fcontenidos%2Festadisticas%2Fpol_econ%2Fcuadro60.xls&usg=AFQjCNF3eM-iQAQ8F031aef5dmO1NKge0A&bvm=bv.141536425.d.eWE)
  11. Instituto Nacional del Cáncer. Prevención del cáncer de cuello uterino. NIH; 2016. [Consultado el 20 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/prevencion-cuello-uterino-pdq>
  12. Galván M, Barragán M, Meléndez R. Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. Artículo original. Revista Salud Quintana Roo - ISSN 2007 – 1671. Año 6 / No. 24 / abril-junio 2013. [Consultado el 13 de marzo del 2018]. Disponible en:  
<http://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/24/1.pdf>

13. Barranco E, Pérez G. Frecuencia de infecciones por PVH y displasia cervical y factores de riesgo asociados, en las unidades CSRD Santa Ana Mayorazgo y Pilar María, Oztolotepec, México en el periodo 01 agosto del 2013 al 28 de febrero del 2014. Toluca, Edo. De México, 2014. [Consultado el 13 de marzo del 2018]. Disponible en:  
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14455/420617.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Torres M. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009. [Tesis]. Santa Rosa – Ecuador: 2012. [Consultado el 14 de marzo del 2018]. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>
15. 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. [Tesis]. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto: 2012. [Consultado el 04 de enero del 2018]. Disponible en:  
[http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyector/archivo\\_82\\_Binder1.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_82_Binder1.pdf)
16. Bonilla K, Montalvo Y. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. [Tesis]. Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008–2012. Perú: 2015. [Consultado el 04 de enero del 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/unasam/977/factores%20de%20riesgos%20relacionados%20a%20lesiones%20pre%20malignas%20de%20cancer%20de%20cuello%20uterino.%20hospital%20victor%20ramos%20guardia%20huaraz%202008-2012.pdf?sequence=1>

17. Altmamirano S, García S. Principales factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino y citología cervical uterina alterada (PAP – IVAA), en mujeres atendidas en el Hospital II–2 Tarapoto, agosto–diciembre 2016. [Tesis]. Perú: 2017. [Consultado el 03 de enero del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2498/Tesis%20Final%20Sara%20y%20Magali.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Aguilar G. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015. [Tesis]. Lima – Perú 2017. [Consultado el 14 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/932/1/Aguilar%20Palomino%20Gabriela%20Raquel\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/932/1/Aguilar%20Palomino%20Gabriela%20Raquel_2017.pdf)
19. Huayhua S. Hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia cervical en EsSalud Cajamarca en el año 2015-2016. [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca – Perú: 2017. [Consultado el 12 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1185/TESIS-HUAYHUA%20GUEVARA%20SEGUNDO%20H%C3%89CTOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Palomino B. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en Consultorio de Obstetricia, Hospital de Apoyo Celendín, según

características sociodemográficas, 2016. [Tesis de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca – Perú: 2017. [Consultado el 12 de marzo del 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1401/T016-40503378-S.pdf...Pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Instituto Nacional del Cáncer. Naturaleza del Cáncer. NIH; 2016. [Consultado el 20 de diciembre del 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
22. Registro Poblacional de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga. Incidencia de cáncer en el Área Metropolitana de Bucaramanga, 2000-2001. UNAB; 2003.
23. Viikki M, Pukkala E, Hakama M. Risk of cervical cancer after a negative PAP smear. J Med Screen 1999;6:103-7.
24. Invasive cervical cancer among hispanic and non-hispanic women—United States, 1992 - 1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002;51:1067-70.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social: Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínicas 2010, Actualización 2011; S-146-08
26. Ehrmann R. Benign to malignant progression in cervical squamous epithelium. New York: Igauku - Shoin; 1994.
27. Disaia P, Creasman W. Clinical gynecologic oncology. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999.
28. Walboomers J, Jacobs M, Manos M, Bosch F, Kummer J, Shah K, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999;189(1):12-19



29. Bosch F, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
30. Apgar B, Brotzman G. HPV testing in the evaluation of the minimally abnormal Papanicolau smear. *Am Fam Physician* 1999;59:2794-801.
31. Hart K, Williams O, Thelwell N, Fiander A, Brown T, Borysiewicz, et al. Novel method for detection, typing and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. *J Clin Microbiol* 2001;39:3204-12.
32. Bosch F, Manos M, Muñoz M, Sherman M, Jansen A, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796 - 802.
33. De San José, Palacio V, Tafur L, Vázquez S, Espitia V, Vázquez F, et al. Prostitution, HIV, and cervical neoplasia: a survey in Spain and Colombia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:531-5.
34. Mandelblatt J, Kanetsky P, Eggert L, Gold K. Is HIV infection a cofactor for cervical squamous cell neoplasia? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999;8:97-106.
35. Ellerbrock T, Chiasson M, Bush T, Sun X, Sawo D, Brudney K, et. al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV - infected women. *JAMA*; 2000;283:1031-7.
36. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino. [Consultado el 20 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino>

37. Castañeda M, Toledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cérvicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Méx.* 1998;40:330-8.
38. Mohar A, Frías M, Suchil L, Mora T, De la Garza J. Epidemiología descriptiva del cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública Méx* 1997;39:253-8.
39. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: 2004. [Consultado el 10 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1>
40. Cáncer de cuello uterino: Detección y prevención. Cancer.Net; 2016. [Consultado el 10 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>
41. Hasenyager C. Knowledge of cervical cancer screening among women attending a university health center. *J Am Coll Health*; 1999;47:221-4.
42. Fernández M, Tortolero G, Gold R. Mammography and Pap test screening among low -income foreign- born Hispanic women in the USA. *Cad Saúde Pública*; 1998;14:133- 7.
43. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health*; 2002;56:510-6.
44. Benia W, Tellecha G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo: 1997. *Rev Med Uruguay*: 2000;16:101-16.

45. Thun M, Apicella L, Henley S. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking attributable deaths: confounding in the courtroom. JAMA; 2000;284:706-12.
46. Lindau S, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Benett C, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in multiethnic cohort women. Am J Obstet Gynecol; 2002;186:938-43.
47. Marteau T, Senior V, Sasieni P. Women`s understanding of a “normal smear test result”: experimental questionnaire based study. BMJ 2001;322:526-8.
48. Hewitt M, Devesa S, Breen N. Papanicolau test use among reproductive - age women at high risk for cervical cancer: analyses of the 1995 National Survey of Family Growth. Am J Public Health 2002;92:666-9.
49. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Concientización sobre el cáncer de cuello uterino. USA, 2016. [Consultado el 12 de diciembre del 2017]. Disponible en:  
<https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/cancercervical/>
50. Parashari A, Singh V, Sehgal A, Satyanarayana L, Sodhani P, Gupta M. Low cost technology for screening uterine cervical cancer. Bull World Health Organ; 2000;78:964-7.
51. Pérez V, Jacques E, Delatour M. Valoración de la incidencia, manejo y evolución de neoplasia cervical intraepitelial en pacientes asistidas en la unidad de ginecooncología y quimioterapia del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el Período 2005-2008. Universidad Tecnológica de Santiago. UTESA. Área de Ciencias de la

Salud. Carrera de Medicina. Santiago de los Caballeros República Dominicana. Agosto, 2009.

52. Marroquín R. Confiabilidad y validez de instrumentos de investigación [sede web]. Lima. Marroquín R. 2000. [Citado 22 de enero del 2018] <http://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposicion/SESSION4Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20Investigacion.pdf> y [soriano A Diseño y validación de instrumentos de medición. Rev. Diálogos \[Revista en internet\]. 2014; 8 \(13\): 19 – 40. \[Citado 22 de enero del 2018\].](#)
53. [http://rd.udb.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11715/482/1/2%20dise%C3%B1oyvalidaci%C3%B3n\\_dialogos14.pdf](http://rd.udb.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11715/482/1/2%20dise%C3%B1oyvalidaci%C3%B3n_dialogos14.pdf).

## ANEXOS A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Factores de riesgo asociados a displasia cervical. Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA	
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz - Cajamarca, 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</li> <li>Distinguir los factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</li> <li>Analizar los factores de riesgo ginecológicos y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Porcón Alto.</li> <li>Determinar los factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Porcón Alto.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis principal:</b> Existe relación directa entre los factores de riesgo demográficos, obstétricos, ginecológicos y de prevención, y sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</p> <p><b>Hipótesis Secundarias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe relación directa entre los factores de riesgo demográficos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</li> <li>Existe relación directa entre los factores de riesgo obstétricos asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</li> <li>Existe relación directa entre factores de riesgo ginecológicos y de prevención asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</li> <li>Existe relación directa entre factores de riesgo sociales asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz.</li> </ul>	<p><b>INDEPENDIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Factores de riesgo demográficos</li> <li>Factores de riesgo obstétricos</li> <li>Factores de riesgo ginecológicos y de prevención</li> <li>Factores de riesgo sociales</li> </ul> <p><b>DEPENDIENTE</b> Displasia cervical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad</li> <li>Estado civil</li> <li>Grado de instrucción</li> <li>Ocupación</li> <li>Lugar de procedencia</li> <li>Menarquia</li> <li>Paridad</li> <li>Edad de primera relación coital</li> <li>Edad del primer embarazo</li> <li>Antecedente de aborto</li> <li>Partos domiciliarios</li> <li>Comportamiento sexual</li> <li>Método anticonceptivo</li> <li>PAP</li> <li>N° de PAP</li> <li>Diagnóstico citológico</li> <li>Antecedentes de ITS</li> <li>Patologías ginecológicas</li> <li>Dieta diaria</li> <li>Sobrepeso</li> <li>Ingesta de alcohol</li> <li>Tabaquismo</li> <li>Actividad física</li> <li>Servicios básicos: luz, agua y desagüe</li> <li>Familiar directo con algún cáncer</li> <li>Displasia cervical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 – 19 años</li> <li>31 – 45 años</li> <li>Soltera</li> <li>Conviviente</li> <li>Sin instrucción</li> <li>Secundaria</li> <li>Ama de casa</li> <li>Microempresaria</li> <li>Distrito de Cajamarca</li> <li>10 – 11 años</li> <li>14 – 15 años</li> <li>0 hijos</li> <li>3 – 4 hijos</li> <li>10 - 14 años</li> <li>15 - 19 años</li> <li>25 - 29 años</li> <li>SI</li> <li>SI</li> <li>1 pareja sexual</li> <li>4 – 5 parejas sexuales</li> <li>De barrera</li> <li>Ninguno</li> <li>Positivo</li> <li>0 – 1</li> <li>4 – 5</li> <li>LEI bajo grado</li> <li>Displasia moderada</li> <li>NIC I</li> <li>Cándida albicans spp</li> <li>Chlamydia trachomatis</li> <li>PVH</li> <li>HUA</li> <li>EPI</li> <li>Dieta con pocas frutas y verduras</li> <li>SI</li> <li>SI</li> <li>SI</li> <li>No actividad física</li> <li>Caminata diaria</li> <li>SI</li> <li>Madre – padre</li> <li>Hermana – prima hermana</li> <li>SI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 – 30 años</li> <li>46 – 70 años</li> <li>Casada</li> <li>Viuda</li> <li>Primaria</li> <li>Superior</li> <li>Estudiante</li> <li>Profesional</li> <li>Otros distritos</li> <li>12 – 13 años</li> <li>16 – 17 años</li> <li>1 – 2 hijos</li> <li>5 – 7 hijos</li> <li>15 - 19 años</li> <li>20 - 24 años</li> <li>30 - 34 años</li> <li>NO</li> <li>NO</li> <li>2 – 3 parejas sexuales</li> <li>Hormonal</li> <li>Negativo</li> <li>2 – 3</li> <li>Displasia leve</li> <li>No NIC</li> <li>Trichomonas vaginalis</li> <li>Herpes zoster</li> <li>Condiloma viral</li> <li>Dolor pélvico</li> <li>ITU</li> <li>Dieta balanceada</li> <li>NO</li> <li>NO</li> <li>NO</li> <li>Poca actividad física</li> <li>Caminata diaria</li> <li>NO</li> <li>Abuela – abuelo</li> <li>NO</li> </ul>	<p><b>Tipo y nivel de investigación</b> Según el objeto la investigación será no experimental. El nivel será descriptivo, correlacional, retrospectivo, transversal.</p> <p><b>Población y muestra</b> <b>La población:</b> todas las mujeres de 15 a 70 años de edad en un total 358. <b>Muestra</b> Se utilizará un muestreo por conveniencia. Por tal motivo se considerará una población de 51 mujeres.</p> <p><b>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</b> Se usará la técnica de encuesta entrevista estructurada.</p> <p><b>Procesamiento y Análisis de Datos</b> <b>Estadística Descriptiva:</b> Se procesará en tablas simples, gráficos de barras simples. Paquetes y Software: Se utilizará el software Microsoft Excel 2013 y SPSS 22.0.</p>

## **ANEXO B**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL**

De ..... años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido orientación y consejería e información acerca de la displasia cervical en mujeres.

Por tanto, autorizo que se me realice la encuesta y recibir más información acerca de la displasia cervical en mujeres y estar preparada para asumir mis responsabilidades como madre de familia y mujer.

FECHA...../...../

FIRMA.....

## INSTRUMENTO (ANEXO C)

### CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL

La presente investigación será desarrollada por la Bachiller en Obstetricia: Marlys Pahola Chuquimango Silva. Se realizará con el propósito de investigar los factores de riesgo asociados a displasia cervical en pacientes que acuden al Puesto de Salud Samana Cruz, del distrito de Cajamarca.

Toda la información que usted proporcione, será únicamente utilizada con fines de investigación, para mejorar las acciones a realizar en un determinado momento en el servicio de salud.

Encierre en un círculo la letra que Ud. crea conveniente.

FECHA: .....

N° DE ENCUESTA: .....

<p><b>I. DATOS DEMOGRÁFICOS:</b></p> <p>1. Edad: .....</p> <p>2. Estado Civil: (A) Soltera (B) Casada (C) Separada/ Divorciada (D) Conviviente (E) Viuda</p> <p>3. Grado de Instrucción: (A) Sin instrucción (B) Primaria (C) Secundaria (D) Universitario (E) Técnico (F) Otro: .....</p> <p>4. Ocupación: .....</p> <p>5. Lugar de procedencia: (A) Distrito de Cajamarca (B) Otro: .....</p> <p><b>II. FACTORES OBSTÉTRICOS:</b></p> <p>6. Menarquia:.....</p> <p>7. PARA: .....</p> <p>8. Edad de primeras relaciones coitales:.....</p> <p>9. Edad del primer embarazo: .....</p> <p><b>III. FACTORES GINECOLÓGICOS Y DE PREVENCIÓN:</b></p> <p>10. Antecedentes de aborto: (A) Si (B) No N°.....</p> <p>11. Partos domiciliarios: (A) Si (B) No N°.....</p> <p>12. N° de Parejas Sexuales:.....</p> <p>13. Uso de anticonceptivos: (A) Si (B) No</p> <p>14. Tipo de Anticonceptivo: (A) DIU (B) Píldora (C) Inyectable (D) Barrera (E) Ritmo (F) Otro</p> <p>15. Antecedentes de ITS: (A) Si (B) No</p> <p>16. Tipo de ITS: (A) Cándida (B) Trichomonas (C) PVH (D) Herpes (E) Chlamydia (F) Condiloma (G) Otra: ..... (H) No sabe</p> <p>17. Problemas de salud propias que registra la paciente: (A) HUA (B) Dolor pélvico (C) EPI (D) ITU</p>	<p><b>IV. RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA:</b></p> <p>18. Reporte citológico: (citología actual) (A) Displasia leve o NIC I (B) Displasia moderada NIC II (C) Displasia severa NIC III (D) Carcinoma Insitu (CIS)</p> <p>19. PAP anterior: (A) Negativo (B) Positivo</p> <p>20. N° de PAPs: ... Fecha último PAP: .....</p> <p><b>V. FACTORES SOCIALES:</b></p> <p>21. ¿Usted fuma? (A) Si (B) No (C) Nunca</p> <p>22. ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día? .....</p> <p>23. ¿A qué edad empezó a fumar? : .....</p> <p>24. ¿Consume bebidas alcohólicas? (A) Si (B) No (C) Nunca</p> <p>25. Dieta diaria: (A) Dieta con pocas frutas y verduras (B) Dieta balanceada</p> <p>26. Sobrepeso: (A) Si (B) No Peso actual: ..... Kg.</p> <p>27. Realiza actividad física: (A) No actividad física (B) Poca actividad física (C) Caminata diaria (D) Muy activa</p> <p>28. Servicios básicos: Luz, agua, desagüe: (A) Si (B) No</p> <p>29. Tipo de servicios higiénicos: (A) Sanitario (B) Letrina</p> <p>30. Antecedentes familiares de CaCu: (A) Ninguno (B) Madre (C) Padre (D) Abuela (E) Abuelo (F) Hermana (G) Prima hermana</p> <p><b>VI. CARACTERÍSTICAS COMPAÑERO SEXUAL</b></p> <p>31. Grado de instrucción de pareja/esposo: (A) Sin instrucción (B) Primaria (C) Secundaria (D) Universitario (E) Técnico</p> <p>32. Ocupación de pareja/esposo: .....</p> <p>33. Antecedentes de ITS de pareja/esposo: (A) Si (B) No</p> <p>34. Tipo de ITS: (A) Cándida (B) Trichomonas (C) Herpes (D) PVH (E) Chlamydia (F) Condiloma (G) Otra:..... (H) No sabe</p>
--	---

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**AUTORIZACIÓN (ANEXO D)**



**ANEXO (ANEXO E)**

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISPLASIA CERVICAL. PUESTO DE SALUD  
SAMANA CRUZ – CAJAMARCA, 2017.**

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	Total	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0.90	0.90	0.90	2.70	0.90
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables.	0.95	0.95	0.95	2.85	0.95
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0.96	0.95	0.95	2.86	0.95
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.98	0.96	0.90	2.84	0.95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.99	0.90	0.95	2.84	0.95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0.95	0.95	0.95	2.85	0.95
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0.90	0.90	0.95	2.75	0.92
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0.95	0.95	0.95	2.85	0.95
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0.95	0.90	0.90	2.75	0.92
<b>TOTAL</b>		8.53	8.36	8.40		8.43
Es válido si $P \geq 0.60$						0.94

CODIGO	JUECES O EXPERTOS
A	Mg. Virginia García Sánchez
B	Obsta. Cecilia Ravines Cubas
C	Mg. Julio C. Guailupo Alvarez

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

<b>CUADRO DE PUNTUACIÓN</b>	
0,53 a menos	Concordancia nula
0,54 a 0,59	Concordancia baja
0,60 a 0,65	Existe concordancia
0,66 a 0,71	Mucha concordancia
0,72 a 0,99	Concordancia excelente
1,0	Concordancia perfecta

Fuente: (52, 53).

**FOTOS (ANEXO F)**

