



**VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO BIO-SOCIO-CULTURALES
ASOCIADOS AL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN
UCAYALI, AÑO 2009”**

PRESENTADO POR

ANITA DEL SOCORRO FLORIÁN CÁCERES

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

UCAYALI – PERÚ

2016

**A Dios,
Por todo el que me ha dado y
A mis hijos
Por ser la razón de vivir**

AGRADECIMIENTO

A mis padres, porque inculcaron en mi ese deseo de superación permanente, y así alcanzar las metas trazadas.

A todos aquellos profesionales de la salud, con quienes conformamos el equipo de profesionales al servicio de la educación y la salud.

A los médicos, obstetras, enfermeras y demás personal del programa de Cáncer del Hospital Regional de Pucallpa y del Hospital de Yarinacocha, así como también al personal de estadística, anatomía patológica del Hospital de Yarinacocha, que me brindaron las facilidades para poder acceder a la información para el presente trabajo.

Y a todas aquellas mujeres que de una y otra manera han contribuido para hacer realidad esta investigación.

RECONOCIMIENTO

A la universidad Alas Peruanas por brindarme la oportunidad de desarrollar habilidades y competencias que me permiten consolidarme en esta etapa de mi desarrollo profesional y así obtener el Grado de Maestro en Salud Pública.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Reconocimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Delimitación de la Investigación	3
1.2.1 Delimitación espacial	
1.2.2 Delimitación social	
1.2.3 Delimitación temporal	
1.2.4 Delimitación conceptual	
1.3. Problemas de investigación	4
1.3.1. Problema Principal.....	4
1.3.2. Problemas Secundarios.....	4
1.4. Objetivos de la Investigación	
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Hipótesis y variables de la investigación	
1.5.1. Hipótesis General.....	5
1.5.2. Hipótesis secundaria.....	6
1.5.3.2. Variables (definición conceptual y operacional)	6
1.6. Metodología de la investigación	
1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación	12
a. Tipo de Investigación.....	12
b. Nivel de Investigación.....	13

1.6.2 Método y diseño de investigación	
a. Método de Investigación.....	13
b. Diseño de Investigación	13
1.6.3. Población y muestra de la investigación	
a.. Población.....	14
b. Muestra.....	14
1.6.4. Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos	
a. Técnicas.....	16
b. Instrumentos.....	17
1.6.5. Justificación, importancia y limitaciones de la investigación	
a. Justificación.....	17
b. Importancia.....	18
c. Limitaciones.....	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	20
2.2 Bases Teóricas.....	28
2.3 Definición de términos básicos.....	36

CAPÍTULO III: PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación y análisis de resultados	38
3.2 Conclusiones.....	75
3.3 Recomendaciones.....	79
3.4 Fuentes de información.....	81
3.5 Anexos.....	85
3.5.1 Matriz de Consistencia	85
3.5.2 Ficha de recolección y Encuesta.....	89

RESUMEN

El cáncer cervicouterino, se constituye en un problema de salud pública en la región Ucayali, por lo tanto resulta de suma importancia describir, analizar y relacionar los factores de riesgo condicionantes de esta enfermedad. El estudio es de tipo descriptivo analítico correlacional, retrospectivo y de corte transversal, Se consideró como población para el estudio: los resultados de Papanicolaou (PAP) e Inspección Visual con ácido Acético (IVAA), así como a los casos de mujeres que se hospitalizaron por primera vez en el servicio de ginecología cuyo diagnóstico de egreso fue cáncer cervicouterino. Tanto en el Hospital Regional de Pucallpa como en el Hospital de Yarinacocha. La muestra del estudio es de 624 casos y los resultados fueron:

Respecto a los factores biológicos asociados a cáncer cérvico uterino se encontró que a edades mayores de 40 años (44.6%), donde es más frecuente el cáncer invasor; el cáncer Insitu se detecta entre los 20 y 30 años en el 37.5% de los casos. El PVH es el factor que se asocia a cáncer cérvico uterino con mayor intensidad y se encuentra en el 97% de los casos. Las mujeres con 4 hijos a más tienen 5 veces más probabilidades de hacer cáncer que las que tienen 3 hijos o menos. Así también se encontró una relación directa entre el número de abortos y la frecuencia de cáncer cervicouterino, las mujeres con 3 ó más abortos tienen tres veces mayor riesgo de hacer CCU que las que tienen de 2 o menos. Respecto a los factores socioculturales: existe mayor riesgo de hacer CCU viviendo en zona rural que en urbana. El cáncer cervicouterino es más frecuente a menor grado de instrucción: En mujeres con primaria incompleta el 71% hicieron CCU, aunque también se presentó en un 75% de mujeres con nivel superior. Existe 2 veces más probabilidad de hacer CCU en mujeres con 3 a más parejas sexuales. Asimismo se muestra que el 90% de casos de CCU se presentó en mujeres que iniciaron vida sexual antes de los 19 años. El estudio demostró estadísticamente a través del Chi-cuadrado que existe un alto grado de asociación e influencia entre los factores biológicos, sociales y culturales con el Cáncer de cuello uterino en la región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Palabras Clave: factores biológicos y socioculturales, cáncer de cervicouterino.

ABSTRACT

Cervical cancer is a public health problem in the Ucayali region, so it is very important to describe, analyze and relate the risk factors that determine the disease. The study was a cross-sectional, retrospective, cross-sectional, descriptive analytical study. Papanicolaou (PAP) and Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) were considered as the population for the study, as well as cases of women hospitalized For the first time in the gynecology service whose diagnosis of discharge was cervical cancer. Both in the Regional Hospital of Pucallpa and in the Hospital of Yarinacocha. The study sample was 624 cases and the results were:

Regarding the biological factors associated with uterine cervical cancer, it was found that at ages greater than 40 years (44.6%), where invasive cancer is more frequent; Insitu cancer is detected between 20 and 30 years in 37.5% of cases. HPV is the factor that is associated with cervical cancer with greater intensity and is found in 97% of cases. Women with 4 more children are 5 times more likely to get cancer than those with 3 children or less. A direct relationship between the number of abortions and the frequency of cervical cancer was also found, women with 3 or more abortions are three times more likely to have CCU than those with 2 or less. Regarding sociocultural factors: there is a greater risk of CCU living in rural than in urban areas. Cervical cancer is more frequent in lower grade education: In women with incomplete primary education, 71% did CCU, although it also occurred in 75% of women with higher education. There are 2 times more likely to do CCU in women with 3 to more sexual partners. It is also shown that 90% of CCU cases occurred in women who started sexual life before the age of 19 years. The study showed statistically through the Chi-square that there is a high degree of association and influence between biological, social and cultural factors with cervical cancer in the Ucayali region: Pucallpa Regional Hospital and Yarinacocha Amazon Hospital.

Palabras Clave: biological and sociocultural factors, cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una de las patologías más prevalentes mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, la segunda causa de mortalidad por Cáncer en mujeres. No menos del 80% de esta carga se produce en los países menos desarrollados¹. En la región Ucayali, las mujeres se ven afectadas en su salud reproductiva, no sólo por causas de embarazo parto y puerperio, sino también por otros condicionantes bio-socioculturales que la predisponen a la ocurrencia de enfermedades tan letales como es el cáncer cervicouterino, dejando en la orfandad o el abandono a sus familias. Las mujeres en nuestra región están expuestas a factores sociales, biológicos, y culturales que la predisponen al desarrollo del Cáncer cérvico uterino (CCU). Sumado a ello, el acceso a servicios de salud y disponibilidad de profesionales para recibir servicios de calidad en el lugar de su residencia se ve limitado por la carencia de personal calificado y oferta de servicios.

Actualmente en Ucayali, las MEF (entre 15 a 49 años) sexualmente activas son el 79.1% ². Sabemos que es el Papiloma Virus Humano (PVH), el agente presente en el 95.6% de los casos de CCU y la exposición sexual condiciona su transmisión³. El estudio surge con la finalidad de describir la enfermedad: Cáncer cérvico uterino en Ucayali y sus factores asociados para reformular Programas en base a la realidad regional, de tal manera que las acciones sean efectiva, permitiendo así disminuir su incidencia. La información, educación y comunicación respecto a la prevención de los factores de riesgo, así como el diagnóstico y tratamiento precoz, deberá constituirse como una de las principales estrategias, de prevención secundaria para evitar que llegue a estadios avanzados que incrementan el gasto institucional y de bolsillo de los usuarios. Sera necesario también potenciar la prevención primaria a través de la inmunización a niñas desde los 9 años.

Para desarrollar el presente trabajo se ha seguido el siguiente esquema: En el capítulo I, se contempla el Planteamiento metodológico; en el capítulo II se desarrolló el marco teórico, culminando con el capítulo III de presentación y análisis de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En nuestro país más mujeres mueren por cáncer cérvico uterino (tasa 5.3 x 100,000 habitantes) que por causas propias del embarazo parto y puerperio (2.5 por 100,000 habitantes)¹. La región Ucayali en los últimos años ha observado un incremento de casos de lesiones pre cancerígenas del 3% al 10% del total de pacientes muestreadas con Papanicolaou (PAP) e Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)². Asimismo el número de casos de cáncer cérvico uterinos en estadios avanzados se ha incrementado de 10 a 15 casos en el último año en el Hospital Regional de Pucallpa y de la misma manera la edad mínima en que llegan las pacientes con cáncer terminal ha disminuido de 29 años a 26 años³.

Las instituciones de salud de mayor complejidad en la Región son el Hospital Regional de Pucallpa y el Hospital de Yarinacocha y no cuentan con sistema organizado de referencia, siendo cada vez mayor el número de casos que no se derivan a la ciudad capital para su tratamiento. Asimismo, existiendo insuficiente sistema de Diagnóstico, seguimiento y manejo de las Lesiones premalignas en la zona, estamos seguros que cada día el

problema del cáncer cérvicouterino se constituye en un problema de salud pública que es necesario conocer con más detalle, para potenciar el sistema Preventivo de Detección, tratamiento Inmediato y referencia de casos que permita revertir esta problemática.

“El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica y para los organismos de salud. El cáncer cérvico uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácilmente diagnosticable y hasta el más prevenible de todos los cánceres”⁴

Existen múltiples factores asociados a la aparición de esta enfermedad, dentro de los conocidos como lo mencionan algunos autores encontramos: el inicio precoz de las relaciones sexuales que en Ucayali en promedio 16,6 años⁵, la promiscuidad, la existencia de ITS, la multiparidad, nivel educativo y socio económico bajo, etc.

En los países desarrollados (los países de Europa occidental, Norte América y Australia) que tienen programas de Papanicolaou han reducido sustancialmente (80%) la incidencia y mortalidad por carcinoma cervical; en los países subdesarrollados se llegaría disminuir también, utilizando el PAP, ácido acético y el lugol⁶. Históricamente el cáncer cervicouterino ha sido el modelo de prevención primaria y secundaria. Es sabido que el cáncer cervicouterino toma de 10 a 15 años para convertirse en invasor, pero aun así no se ha podido controlar, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado al cáncer del cervicouterino como prioritario en América Latina y el Caribe desde la década del 60⁷. Este tipo de cáncer representa la primera incidencia y causa de muerte de la mujer con cáncer en el mundo y de la mujer peruana⁸.

De acuerdo a Globocan 2008⁹, en el Perú habrían ocurrido 4,142 casos en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 37.1 casos por 100,000 mujeres; del mismo modo se

estima que fallecieron 1,646 pacientes por esta causa. Podemos deducir que sólo el 20% de los casos ocurren en el área de Lima Metropolitana.

Según el ASIS del cáncer en el Perú 2011¹⁰ se reporte que el cáncer cervicouterino en el Perú sería el 14.9% de los casos y es el más frecuente en el país, En Ucayali el cáncer Cervicouterino representa el 28.6% de todos los casos de cáncer. Y se encuentra en segundo lugar a nivel nacional luego de Loreto.

Estas muertes reflejan las limitaciones que tenemos. Los esfuerzos para reducir la incidencia y mortalidad deben extenderse y concentrarse en la prevención primaria o secundaria. Luego de revisar las diversas bibliografías de los últimos 25 años se concluye que existen factores de riesgo que facilitan el desarrollo del cáncer cervicouterino, entre ellos, la presencia del PVH, el inicio precoz de la vida sexual, el incremento de partos, abortos, nivel educativo y entre otros. Somos conscientes que en la región Ucayali la existencias de estos factores condicionarían el desarrollo de esta neoplasia y es necesario estudiarlos.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1 Delimitación espacial: La investigación se realizó en la región Ucayali: Hospital regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha. Esta región se ubica en la zona central y oriental del territorio del Perú.

1.2.2 Delimitación social: La presente investigación ha considerado la población de mujeres en edad fértil (MEF) que acudieron a los dos establecimientos de salud: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital de Yarinacocha. Que en conjunto atienden al 100% de los casos

1.2.3 Delimitación temporal: El tiempo considerado en la presente investigación es de Enero a Diciembre del año 2009.

1.2.4 Delimitación conceptual: La investigación estuvo orientada en detectar los factores bio-socio-culturales que condicionan el desarrollo de cáncer de Cérvico uterino en los dos establecimientos de salud mencionados y que fueron reportados a través del registro de Papanicolaou e IVVA y/o la Historia Clínica en cada hospital.

1.3. PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema Principal

¿Qué correlación existe entre los factores bio-socio-culturales y el desarrollo del cáncer Cervicouterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha el año 2009?

1.3.2 Problemas secundarios

1. ¿Cuáles son los factores biológicos y su grado de asociación al cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha de enero a Diciembre del 2009?
2. ¿Cuáles son los factores socioculturales y su grado de asociación a cáncer cérvico uterino Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha de enero a Diciembre del 2009?
3. ¿Cuál es la magnitud del Cáncer Cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha de enero a Diciembre del 2009?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

1. Identificar los factores de riesgo bio-socio-culturales y su grado de asociación al desarrollo de cáncer cervicouterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los factores biológicos y su grado de asociación a cáncer cervicouterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009.
2. Identificar los factores socioculturales y su grado de asociación a cáncer cervicouterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009.
3. Describir la magnitud del Cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali asociada a los factores de riesgo del estudio: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha el año 2009.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis general

“Los factores de riesgo bio-socio-culturales se asociarían significativamente al desarrollo de cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha, el año 2009”

1.5.2 Hipótesis secundarias

1. Existirían factores biológicos que se asocian significativamente con cáncer cervicouterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha, año 2009.
2. Existirían factores socioculturales que se asocian significativamente a cáncer cervicouterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha, año 2009.
3. Existiría una frecuencia significativa del Cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali asociada a los factores de riesgo del estudio: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha el año 2009.

1.5.3 Variables

Variable Independiente

Factores biológicos

- ✓ Edad
- ✓ Paridad
- ✓ Número de Abortos
- ✓ Infección por PVH.

Factores socioculturales

- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Ocupación
- ✓ Edad de inicio de las relaciones sexuales
- ✓ Andría
- ✓ Procedencia: urbana(incluye zona periurbana), rural
- ✓ Uso de Medicina tradicional o alternativa
- ✓ Autocuidado de su salud

- ✓ Temor al PAP
- ✓ Anticoncepción.
- ✓ PAP previo
- ✓ Método de Diagnóstico utilizado

Variable Dependiente

Cáncer Cervicouterino

- ✓ Lesión premaligna:

Displasia Leve	NIC I	Lesión Intraepitelial de Bajo Grado, PVH
Displasia Moderada	NIC II	Lesión Intraepitelial de Alto Grado, PVH
Displasia severa	NIC III	Lesión intraepitelial de alto Grado, PVH
Carcinoma Insitu	NIC III	Lesión Intraepitelial de Alto Grado, PVH

- ✓ Cancer invasor:
 - Estadio Ia1
 - Estadio Ia2
 - Estadio Ib1
 - Estadio Ib2
 - Estadio IIa
 - Estadio IIb
 - Estadio IIIa
 - Estadio IIIb
 - Estadio IV a
 - Estadio IV b

Definición Conceptual de las variables:

Variables Independientes:

Factores Biológicos: Son aquellos que son propios e inherentes a la anatomía y fisiología del organismo en sus diferentes etapas de desarrollo y su relación con otros organismos vivos.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Paridad: Número de partos de una mujer.

Abortos: Número de interrupciones del embarazo a edades gestacionales menores a 22 semanas (abortos como antecedente).

Infección por PVH: Reporte del Virus en resultados de pruebas de diagnóstico o detección precoz de cáncer cervicouterino.

Factores socioculturales: Aspectos relativos a la sociedad en que vivimos y su cultura, que pueden influir en la presencia o ausencia del cáncer cérvico uterino.

Grado de instrucción: Nivel educativo alcanzado por la mujer.

Ocupación: Actividad laboral a la que se dedica la mujer.

Edad de inicio de las relaciones sexuales: Momento de la vida en que la mujer inició sus relaciones sexuales con una pareja

Andría: Número de parejas sexuales de la mujer desde que inició su vida sexual hasta el momento actual (término usado en ginecología).

Procedencia: Lugar de residencia de la mujer, puede ser urbana rural o urbano-marginal

Uso de Medicina tradicional o alternativa: Uso de la medicina tradicional es: la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de la cultura de la selva peruana.

Autocuidado de su salud: Actitud respecto a protegerse de agentes que pueden ocasionar lesiones o daño a su salud, o que evitan conocer cómo proteger su salud y prevenir la enfermedad.

Temor al PAP: actitud de rechazo al Papanicolaou por temor a que le ocasione daño.

Anticoncepción: Métodos anticonceptivos modernos utilizados por la mujer o su pareja.

PAP previo: Antecedente de haberse realizado un Papanicolaou.

Método de Diagnóstico utilizado: Formas de detección ó métodos utilizados para el diagnóstico de lesiones premalignas y/o cáncer cérvico uterino

Variable Dependiente: Según el “Manual para Principiantes: La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia intracervical – OPS”¹¹

Cáncer cérvico uterino: (CACU): Es una neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso y glandular.

Lesiones Premalignas:

Lesión escamosa Intraepitelial de bajo Grado (LEIBG) incluye.

Presencia de Papiloma Virus Humano (PVH).

Displasia Leve.

Lesiones escamosas intraepiteliales de Alto Grado(LEIAG) incluye:

Displasia moderada

Displasia severa

Carcinoma Insitu:

✓ Carcinoma de células escamosas

✓ Carcinoma de células glandulares

Cáncer Invasor:

Estadio I : Estadio Ia1: Lesión cancerígena que se limita a cuello uterino con extensión menor o igual a 7 mm. y profundidad menor o igual a 3mm.

Estadio Ia2: Lesión cancerígena que se limita a cuello uterino con extensión menor o igual a 7 mm. y profundidad entre 3 a 5 mm.

Estadio Ib1: lesión de hasta 4 cms de tamaño

Estadio Ib2: Lesión de más de 4 cms de tamaño

Estadio II: Estadio IIa: Lesión que llega hasta 2/3 superior de la vagina no parametrios.

Estadio IIb: Lesión que compromete el parametrio.

Estadio III: Estadio IIIa: Lesión sin extensión a la pared pélvica pero si compromete también el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIb: Lesión con extensión a la pared pélvica

Estadio IV: Estadio IV a: Lesión que compromete a recto, vejiga.

Estadio IV b: Metástasis a distancia.

Definición Operacional de Variables: Las variables se operacionalizaron de la siguiente manera:

Variable Independiente: Factores de Riesgo Bio-socio-Culturales:

Dimensiones	Definición Conceptual	Indicadores	Categorías	Medición
Factores biológicos	Son aquellos que son propios e inherentes a la fisiología del organismo	Edad	<20 años De 21 a 30 De 31 a 40 De 41 a 50 De 51 a más	Escala
		Paridad	>3 y <=3	
		Abortos	<=3 x <3	
		Infección por PVH	SI NO	Nominal
Factores socioculturales	Aspectos relativos a la sociedad en que vivimos y su cultura, que pueden influir en la presencia o ausencia del cáncer cérvico uterino.	Grado de Instrucción	Analfabeta, Primaria incompleta, Primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior no universitaria incompleta, superior no universitaria completa, superior universitaria incompleta, superior universitaria completa	Ordinal
		ocupación	ama de casa, trabajadora independiente, trabajadora dependiente	Nominal
		procedencia	Urbana y periurbana, rural	Nominal
		Edad de inicio de relaciones sexuales	<=19 años >19 años	
		Andría	>= 3, <3	Escala
		Autocuidado de su salud	no tiene tiempo, no quiere ir a su tratamiento, no cree en su diagnóstico, si acude	Nominal
		uso de medicina Tradicional o alternativa	si usa No usa	Nominal
		temor al PAP	Si, No	
		Anticoncepción	Hormonales, DIU, Condón, Quirúrgico, no necesita, no usa)	Nominal
		PAP previo	Si, No	Nominal
		Método Diagnóstico utilizado	(PAP,IVAA,PAP+IVAA, BIOPSIA, METODO CLÍNICO)	Nominal

Variable Dependiente : Cáncer Cervicouterino

Dimensiones	Definición Conceptual	Indicadores	Categorías	Medición
Caso cáncer: (Resultado)	Paciente que presenta una neoplasia maligna que invade el cérvix uterino a partir de la zona de transformación	Positivo	Cuando es cáncer desde Insitu Hasta Invasor.	Nominal
		Negativo	Cuando no es cáncer	
Lesión Premaligna	Estadio de la enfermedad antes de convertirse en cáncer. Anormalidad de las células de la zona de Transformación del cérvix	LIEBG	Displasia Leve, NIC I	Nominal
		LIEAG	Displasia Moderada, NIC II	Nominal

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación

a. Tipo de Investigación:

Se consideró los tipos de investigación según Carlessi y Reyes Meza el 2006¹²

- Según los objetivos y el alcance de los resultados la investigación fue tipo Sustantiva Básica; porque permitió realizar la descripción y análisis de los casos de cáncer cervicouterino con los factores biosocioculturales que se encontraron.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos el estudio fue retrospectivo, porque se tomaron los datos tal cual se encontraron registrados.
- Según el período de tiempo el estudio fue transversal porque se hizo un corte de un período de tiempo para poder estudiarlo.

b. Nivel de Investigación:

El Nivel de investigación es descriptivo correlacional ¹³.

Es descriptivo porque describe fenómenos sociales, culturales y clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada (Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha– Región Ucayali), con la finalidad de describir y estimar parámetros.

Es correlacional porque demuestra dependencia probabilística entre eventos tales como el cáncer cérvico uterino y los factores sociales, biológicos y culturales de la población del estudio.

1.6.2 MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a. Método de Investigación:

La presente investigación utilizó el método Inductivo y Deductivo¹⁴.

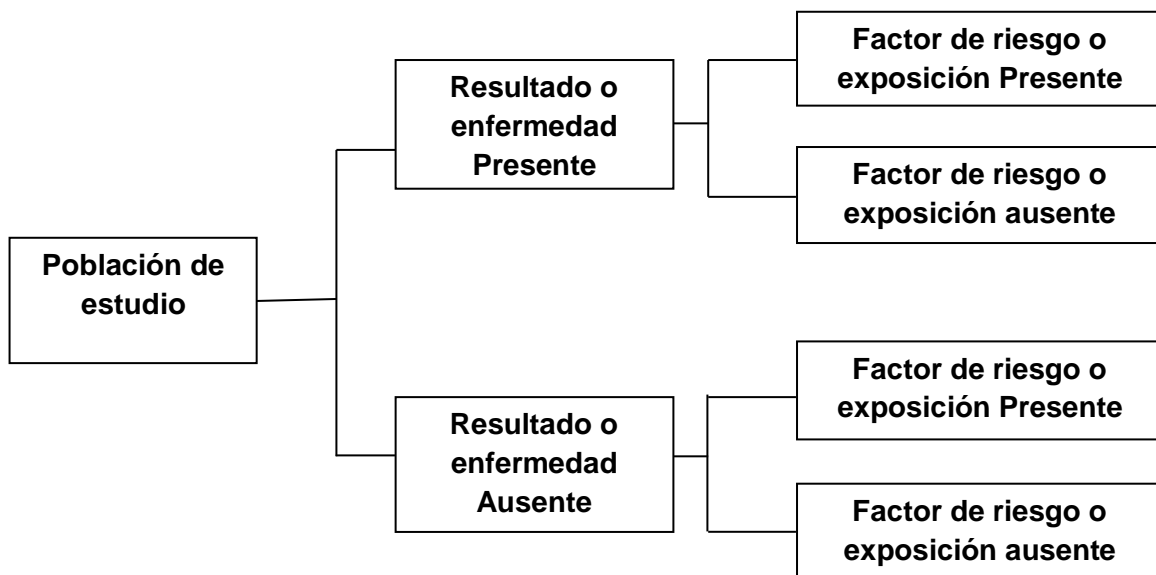
Inductivo porque se analiza los fenómenos (factores) en la realidad problemática, los describe y los cuantifica así como los relación a la ocurrencia de cáncer cérvico uterino. Para describir su relación con el mismo. Para lo cual se utilizó pruebas estadísticas para determinar su relación.

Deductivo porque luego de la descripción y análisis de los factores se establece grados de asociación y se concluye que ciertos factores tienen un mayor grado de influencia en la existencia en la enfermedad (cáncer cervicouterino en Ucayali).

b. Diseño de Investigación:

El diseño de la investigación es transversal correlacional porque describe la relación entre las variables en un momento determinado (Sampieri -2010)¹³.

El presente estudio describe la enfermedad y no enfermedad, en relación a la exposición o no a los factores de riesgo durante el período determinado por el estudio.



1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

a. Población:

La población del estudio lo constituye todos los casos de registro de Papanicolaou e IVAA e ingreso Nuevos de casos de cáncer al Hospital Regional de Pucallpa y al Hospital re Yarinacocha el año 2009. Estuvo constituida por: 4257 casos.

b. Muestra:

La muestra se seleccionó a través del Programa Epi Info 7, considerando el universo de 4,257, una frecuencia de exposición del 14.9% con un margen de error del 5%, con un nivel de confianza de 99.9% designándose un defecto de 1% y un clusters 2¹⁵.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample		
80%	39	78	Population size:	4257
90%	63	126	Expected frequency:	14 %
95%	89	178	Acceptable Margin of Error:	5 %
97%	108	216	Design effect:	1.0
99%	149	298	Clusters:	2
99.9%	233	466		
99.99%	312	624		

Para obtener la muestra de cada hospital, se consideró de manera proporcional como se muestra a continuación

Población HRP = 2644 (62.3%)
 Población HAY = 1613 (37.7%)
 Población Total = 4257 (100%)

La muestra fue: Para el Hospital Regional de Pucallpa: 389 y para el Hospital de Yarinacocha 235. Haciendo una muestra total del estudio de 624 casos. 1 caso no se encontró y se considera dentro del margen de error. La selección de la muestra fue mediante un muestreo probabilístico al azar sistémico.

Los 623 casos proporcionales a las poblaciones de cada hospital estuvieron sujetos a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

Casos de mujeres muestreadas en Papanicolaou e IVAA, que estén registradas en el libro del Programa de CACU del Hospital Regional de Pucallpa como del Hospital Amazónico de Yarinacocha y que conste su resultado correspondiente, Así mismo los casos nuevos de egresos por

cáncer cérvico uterino registrados en estadística del HRP y HAY Todos correspondientes al año 2009.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron todas de mujeres muestreadas en PAP que no tenían resultado registrado o que su resultado era indeterminado (ASCUS).

Asimismo se excluyó a aquellos casos que carecían de la información básica necesaria para este estudio.

Para poder determinar algunos factores socioculturales como: autocuidado de su salud, ocupación, uso de medicina alternativa, temor al PAP, se realizó una encuesta, la cual se aplicó a los casos que consignaron direcciones exactas del área urbana y periurbana. Siendo estas en total 120, de las cuales 62 pacientes visitadas no se encontraron en su domicilio, encontrándose sólo a 58 de ellas. A las que se les aplicó la encuesta previamente validada por expertos (la encuesta fue aplicada el siguiente año del período considerado por el estudio) Para estas variables sólo se hizo tablas de frecuencia. No se realizaron encuestas en poblaciones usuarias de áreas rurales o de otras provincias como Atalaya, Aguaytia, y Purús. Así como aquellas de distritos ubicados a lo largo de la rivera del río Ucayali, la limitante en este caso fue el factor económico. Este dato fue tomado así a criterio del investigador por considerar de importante determinar estos aspectos socioculturales incluidos en el estudio.

1.6.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Técnicas:

Se revisó los libros de registro de Papanicolaou e IVVA tanto en el Hospital Regional de Pucallpa como en el Hospital de Yarinacocha, correspondientes al período de enero a diciembre del año 2009.

Se recolectó la información determinando que cada 7 registros se tomaría la información constituyéndose este en un caso del estudio.

Durante la recolección de datos se consideró los criterios de inclusión y exclusión definidos para el presente estudio.

Asimismo se revisó los egresos correspondientes a casos nuevos por cáncer cérvico uterino en ambos hospitales.

b. Instrumentos:

Se utilizó una ficha de recolección de datos previamente preparada (Anexo2)

Además se realizó una encuesta que incluyó aspectos no encontrados en la historia clínica, básicamente en lo referente a factores socioculturales. (Anexo 3)

1.6.5 JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

a. Justificación

El presente estudio se justifica porque:

Se ha identificado los factores biológicos y socio culturales que se relacionan con el cáncer cérvico uterino en Ucayali. La identificación de los determinantes biológicos, sociales culturales nos permitirá implementar estrategias locales que van desde mejorar la recolección de información, (rediseño de los formatos adaptándolos a la realidad local), hasta implementar políticas y planes locales para evitar que más mujeres sigan muriendo por causa del cáncer cérvico uterino en nuestra región.

Permite conocer la frecuencia del cáncer cérvico uterino en la región Ucayali. Para ello se ha considerado los establecimientos que concentran la mayor parte de la población atendida para la detección y manejo de los casos.

Permite también detectar la frecuencia de las lesiones pre malignas en nuestra región en relación a los casos de cáncer cérvico uterino.

Establecer una línea de base para a partir de ella formular planes de mejora locales.

El cáncer cérvico uterino es problema de salud pública. A nivel mundial, del 100 % de muertes por carcinoma cérvico uterino, 85 % se producen en las naciones subdesarrolladas o en vías de desarrollo de las cuales nuestro país es parte.

En la región Ucayali, a pesar de que en los últimos años se ha implementado la Estrategia de Cáncer con mayor énfasis en la detección y tratamiento de cáncer cérvico uterino, aún es insuficiente, debido la baja cobertura del programa. Según los estudio de cáncer cervicouterino los factores de riesgo tales como, inicio precoz de la vida sexual, incremento de la paridad, y otros están presentes en la región con mayor magnitud que en otras (Endes 2007 – 2008). Así mismo aún no existe un sistema institucionalizado de referencia de los casos con apoyo social, lo que hace mucho más difícil el acceso a la atención, a ello se factores culturales que incrementan esta problemática.

b. Importancia

Es necesario definir la epidemiología de la enfermedad en la región para identificar los determinantes sociales del cáncer cervicouterino en la región Ucayali. Al identificar los factores biológicos, sociales y culturales y su grado de influencia en el cáncer cervicouterino, proponer estrategias que ayuden a revertirlos y así reducir el número de casos de muerte por esta causa y/o evitar que las lesiones premalignas evoluciones a cáncer terminal.

1.7. Limitaciones:

La mayor dificultad que se ha presentado al desarrollar la investigación ha sido identificar algunas variables consideradas dentro del estudio y que no estaban en el libro de PAP e IVAA de los dos

establecimientos, por lo tanto fue necesario considerar los mismos en la encuesta para poder recoger la información de la misma usuaria. El alto índice migratorio o de cambio de domicilio también dificultó realizar la entrevista.

Consideramos que cada institución tiene un sistema de trabajo diferente, que también nos dificultó un poco el acceso a la información.

En el período del estudio el hospital regional de Pucallpa contaba con consultorio de colposcopia pero no disponía de profesional médico a tiempo completo, por lo que se observó alto porcentaje de población no atendida.

En el Hospital de Yarinacocha existe el servicio de anatomía patológica que nos facilitó también a recolectar información con diagnósticos más precisos de los casos de mujeres que se hospitalizaron por cáncer.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El carcinoma cérvico uterino se produce en todo el mundo; es más frecuente en las mujeres de los países subdesarrollados con amplias variaciones entre las naciones.

INTERNACIONALES

Globocan 2008⁹, a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) y el sétimo más común a nivel general entre hombres y mujeres. El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos). Las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas están en las regiones del Este Africano, específicamente en Zimbawe y Uganda, con tasas de incidencia estandarizada por edad de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres respectivamente; y en América Latina, donde la ciudad de Trujillo en Perú reporta el nivel más alto en el continente (43.9 por 100,000); mientras que las tasas de incidencia más bajas se han

encontrado en Israel (población no judía) con 2.4 por 100,00 y en Egipto con 2.1 por 100,000.

Luis Capoten Negrín (2000-2011)¹⁶ En su Resumen de Epidemiología del Cáncer cervicouterino en América Latina reporta que los **Factores Individuales** incluyen aquellas variables ligadas a las características personales de las mujeres afectadas por el problema en estudio. Más de cinco décadas de evaluación epidemiológica han determinado en forma incuestionable su dependencia del comportamiento sexual de la mujer o su pareja; además de otras características, que constituyen el perfil de riesgo asociado a la mayor probabilidad en algunas mujeres, de presentar este cáncer

Según el **Endes (2007 – 2008)**¹⁷, en Ucayali el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 26.2%, La Tasa de fecundidad 3.5 hijos por mujer, condiciones que predisponen a las mujeres de la región a la existencia de Cáncer Ginecológico.

Muñoz et al (USA- 2003)¹⁸ En su estudio identifica el virus del papiloma humano (PVH) como la causa principal y necesaria del cáncer de cuello uterino por lo tanto fue necesario investigar sobre los diferentes tipos de PVH, En su estudio se agruparon los datos de 11 estudios de casos y controles de nueve países con la participación de 1918 mujeres con diagnóstico histológico de cáncer cervical de células escamosas y 1928 mujeres del grupo control, encontraron :Además de los tipos de VPH 16 y 18, los tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, y 82 deberían ser considerados cancerígenos, o de alto riesgo, y los tipos 26, 53, y 66 se debe considerar probablemente cancerígenos.

Ortiz et al R, (Colombia 2004)¹⁹ En su estudio Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, encontraron que existen factores asociados con el inicio de la neoplasia y su diagnóstico tardío; así El cáncer de cuello uterino

y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el PVH, en un 95% de los casos, Respecto a la edad del primer coito, El riesgo de lesión intraepitelial cuando 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. Se habla también del mayor riesgo de cáncer cuando su compañero sexual tiene antecedentes de muchas parejas sexuales.

Dávila et al encuba (2003-2009)²⁰. Encontró que a la edad entre 34-57 años se concentraron el 63 % de todos los casos con este diagnóstico y un 20 % adicional se diagnosticó en edades fuera de las comprendidas en el Programa de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino. Al analizar el comportamiento de los principales factores de riesgo se observa que el antecedente de una neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y/o una infección por el virus del papiloma humano (HPV) estuvo presente en el 85,7 % de las pacientes con este tipo de cáncer, mientras que tres de cada cinco pacientes (61 %) eran fumadoras y una proporción similar (57,8 %) son de piel negra o mestiza. Otras variables encontradas con frecuencia, cerca de la mitad de los casos fueron el inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años (54,5 %) y el primer parto antes de los 20 años (50 %). En menor proporción se encontraron la paridad mayor a dos (41,6 %) y el uso de anticonceptivos hormonales por más de 5 años (27,9 %).

Tamayo et al (2008)²¹ En su estudio “ Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), encontró que La mayoría de las mujeres, considera que las medidas Preventivas en las relaciones sexuales son para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Su ideal es compartir esta responsabilidad con la pareja, al menos en el uso de preservativos (el condón), lo cual no es muy común dada la posición de dominación de los hombres. Las que no utilizan métodos de planificación y protección en las

relaciones sexuales, exponen razones como el desconocimiento, las creencias religiosas, unidas a la prohibición de la iglesia. Existe escaso conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, sus causas y prevención, debido a la falta de información y educación por parte de los prestadores de servicios de salud.

Castro M. y colaboradores (España)²² en su publicación del 2006 reportaron que el virus del herpes simple tipo 2 y otros agentes infecciosos han sido estudiados como posibles causas de esta enfermedad pero sólo algunos virus del papiloma humano (VPH) han demostrado cumplir los criterios de causalidad. Algunas características clínicas pueden afectar la supervivencia de las mujeres que padecen esta enfermedad.

Vergel et al Bolivia (2002 – 2007)²³ realizaron un estudio en el Policlínico Docente Rafael Pérez González de Bolivia entre el 2002 y 2007 su estudio fue descriptivo transversal sobre las lesiones premalignas y el cáncer cervicouterino. El estudio del análisis anatomopatológico evidenció que la mayor frecuencia de alteraciones citológicas correspondió a la Neoplasia Intraepitelial Cervical I (61.6 %). El mayor porcentaje de citologías positivas se observó en las edades comprendidas entre los 30-39 años. El área de procedencia y la multiparidad no se relacionaron con el desarrollo de estas patologías en dicho municipio. Las relaciones sexuales en edades tempranas (primera relación sexual antes de los 20 años) aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. Más de la mitad de las pacientes con citología positiva presentaron infección vaginal y en un porcentaje elevado se detectó la infección por *virus del papiloma humano* en el estudio histopatológico.

Garcés M en Cuba(2007)²⁴ Realizó un estudio descriptivo del trabajo realizado en la Consulta Patología Benigna de Cuello Uterino, durante los meses de abril - octubre 2007 en la Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya, con el objetivo de ampliar los conocimientos acerca del comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Las variables

estudiadas fueron Edad al inicio de las primeras relaciones sexuales, número parejas sexuales, antecedentes de afecciones cervicovaginales, sangramiento post-coital, y comportamiento de los diagnósticos recibidos. El análisis estadístico se realizó en porcentaje, los resultados fueron agrupados en cuadros simples y de asociación de variable. Se destacó el papel de la promiscuidad y un predominio en la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales en las menores de 20 años que en el estudio correspondía al 70.2% de los casos de Cáncer cervicouterino, la presencia de leucorrea y sangramiento postcoital constituyeron factores de alta incidencia en los casos estudiados.

Moreno V. et al, (2002)²⁵ Realizaron un estudio multicéntrico donde se encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29). Asimismo con respecto al uso de condon y el diafragma y hasta los espermicidas se mostró que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

Bosch FX, et al (2002)²⁶ En su investigación encontraron que existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.

- **Ortiz et al (Colombia – 2004)**²⁷ En Colombia-Bucaramanga en su estudio Publicado el 2004, Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, (1983 y 1991) encontraron que existen factores asociados con el inicio de la neoplasia y su diagnóstico tardío; así El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión

sexual, asociada especialmente a la infección por el PVH, en un 95% de los casos, Respecto a la edad del primer coito, El riesgo de lesión intraepitelial cuando 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.

- **Castro M., Vera C., Posso H. (2006)**²⁸ Encontraron que el virus del herpes simple tipo 2 y otros agentes infecciosos han sido estudiados como posibles causas de esta enfermedad pero sólo algunos virus del papiloma humano (VPH) han demostrado cumplir los criterios de causalidad. Algunas características clínicas pueden afectar la supervivencia de las mujeres que padecen esta enfermedad.
- **Geosalud (2004)** En su resumen sobre “Epidemiología del carcinoma de cuello uterino” cita **Parsons y Col.** Quienes dicen que en general mujeres de reducida condición económica que viven en zona urbana, tiene 3 veces más alta prevalencia de neoplasia maligna del cuello uterino; aunque **Herrera** reporta que en Costa Rica es más alta en zona rural. Asimismo **Runge** halló displasia y carcinoma in situ 5 veces más en multípara que en primíparas y que la frecuencia aumentaba con el número de hijos hasta el punto de ser el doble en la multípara que en la primípara. Si bien a la multiparidad lo relacionan con el cáncer del cuello uterino, no se debería a la lesión o infección del cérvix uterino por los partos, sino a la actividad sexual que da como resultado aquellos embarazos. Muchos embarazos significan muchos coitos, durante varios años, comienzo a temprana edad la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, etc⁴⁵.

NACIONALES:

Castro B. (Sullana -2011)²⁹: En su estudio concluyó que la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). En relación al número de compañeros sexuales la población estudiada presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una

relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20).

Gutiérrez et al (Perú 2010)³⁰ Realizaron un estudio para determinar la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil (MEF). Se utilizó la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. Se consideró como variables dependientes las preguntas: ¿Ha oído o escuchado de la prueba de Papanicolaou? y ¿Le hicieron una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años?. Las características sociodemográficas y de relación interpersonal fueron consideradas como variables independientes. El porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuente durante los cuatro años analizados. Las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, nuestra cobertura es baja. Existen factores asociados al cumplimiento del PAP que puede ser modificado con el objetivo de mejorar la cobertura del PAP, método de tamizaje de elección para el cáncer de cuello uterino.

Núñez-Rengifo (Loreto-2010)³¹ Estudió la frecuencia de las mujeres portadoras de lesiones producidas por la infección con Papiloma Virus Humano en las zonas y lugares de difícil acceso geográfico en la región Loreto. Se usó para ello la prueba de Papanicolaou como tamizaje de dichas lesiones. Este estudio tiene un Diseño descriptivo transversal. Se

realizó teniendo como estratégica básica los Barridos de Papanicolaou entre los años 2008 y 2009. Las anomalías de las células epiteliales encontradas en el programa “Mujer salva tu útero y tu vida”, son 348 casos que significan el 17,40% de todas las tomas de muestras de Papanicolaou realizadas en el consultorio móvil. Las lesiones intraepiteliales de alto riesgo y cáncer invasor, encontrados en un total de 45 casos, deben ser rectificadas o ratificadas a través de una colposcopia y una biopsia, tal y como lo recomienda el protocolo. De este conjunto el 19,99% son carcinomas escamosos invasivos.

ASIS de cáncer a nivel Nacional (2011)³²: Datos Estadísticos del 2006-2011 muestra los porcentajes más altos de cáncer de cuello uterino en las regiones de Selva, Loreto con un 29.6% seguido de Ucayali con 28.6%, 28.5% Madre de Dios y 27.6% San Martín, esto con respecto a los otros tipos de cáncer reportados. Asimismo reporta la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú ocupa el segundo lugar en MEF, con una tasa de 5.3 por mil por 1000 habitantes⁴⁵

LOCALES:

Ortiz R. (Pucallpa-Perú- 2008)³³, realiza un estudio descriptivo – analítico, prospectivo, transversal donde entrevistó a 169 mujeres de la CC.NN San Francisco, donde respecto al conocimiento del papanicolaou el 66.3% tuvo bajo nivel de conocimiento del papanicolaou, el 35.5% indicó que el personal no respeta su cultura, el 50.9% se realizaron al menos 1 vez papanicolaou de las cuales el 13.9% dicen que el procedimiento es doloroso, el 12% que la atención del programa es interrumpida. Y de las que nunca se realizaron el PAP 32.6% es por vergüenza al personal varón, el 17.4% conocimiento bajo y el 10.5% por temor a los resultados.

Coronado G. (Pucallpa – Perú 2008-2012)³⁴, En su estudio descriptivo y correlacional realizado en el Hospital regional de Pucallpa, donde encontró que de los 220 casos confirmados de cáncer de cervicouterino, el 94.1% no se protegió en sus relaciones sexuales. El grupo etéreo donde se presentó

mayor incidencia de Cáncer cervicouterino es de 41 a 50 años con el 28.6% de los casos, seguido del grupo de 31 a 40 años que corresponde al 20% es decir entre los dos grupos etáreos concentran al 48.6% de los casos. El inicio de las relaciones sexuales se presenta antes de los 17 años en el 68% de los casos. Con respecto al número de parejas sexuales de los casos de 5 a 7 parejas son el 54.5% de los casos y de 2 a 4 parejas el 31.4%. Asimismo respecto a la paridad el 47.7% de los casos tuvo de 4 a 6 hijos.

La **Dirección Regional de Salud Ucayali** el 2007 reportó 353 casos de cáncer de cuello uterino, en el 2008 el número de casos fue de 144 y en el 2009 el número de casos fue 339 ³⁵.

2.2. BASES TEÓRICAS:

EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

El Cáncer cervicouterino es una enfermedad muy común en las mujeres; es conocida también como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino o cáncer cervicouterino , producida por un virus (PVH) que suele desarrollarse muy lentamente durante un periodo de tiempo.

ETIOLOGÍA

El cáncer cérvico uterino es una neoplasia maligna que invade el cérvix uterino a partir de la zona de transformación (zona donde se unen el epitelio intracervical cilíndrico glandular con el epitelio cervical externo, epitelio plano estratificado no queratinizado), Se describe que en el 95% de los casos está presente el PVH (papiloma Virus humano)^{36,37}.

Zona T (Zona de Transformación): A nivel del cuello uterino el epitelio plano del exocérvix se continúa con el epitelio cilíndrico del canal cervical, el límite entre estos dos no es preciso, así como tampoco estacionario. Existe más bien una zona de transición entre ambas variedades de epitelio, ésta es denominada Zona de Transformación³⁶.

Historia Natural de la Enfermedad:

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad progresiva, que comienza como una lesión intraepitelial, luego de la infección con el Papiloma Virus Humano PVH, que evoluciona a una neoplasia invasora en un periodo de entre 10 y 20 años, salvo excepciones. Estas dos etapas, intraepiteliales e invasora, se diferencian por su morfología, características clínicas, tipo de tratamiento, y fundamentalmente por el pronóstico.

El cáncer cervical es considerado como una consecuencia tardía de la infección persistente del epitelio cervical por ciertos tipos de VPH, por fallas en la respuesta inmune o la habilidad del virus de evadirla. Por otro lado, las lesiones cervicales en la mayoría de mujeres infectadas con VPH regresiona, sugiriendo una respuesta inmune mediada por células activa. La mayoría ocurre en la zona de transformación cervical, que consiste de epitelio metaplásico escamoso. Los VPH-16 y VPH-18 son los encontrados con más frecuencia y están en 50 a 70% de los cánceres cervicales invasores y sus lesiones precursoras^{37.(Anexo4)}

La etapa intraepitelial incluye a las lesiones denominadas LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO y ALTO GRADO.

Un hecho importante a ser tenido en cuenta es que, a pesar de que en teoría el cáncer invasor del cuello uterino pasa siempre por una etapa previa intraepitelial, no todas las lesiones intraepiteliales progresan a cáncer invasor. Así, una lesión intraepitelial puede involucionar espontáneamente, puede persistir siempre como lesión intraepitelial o puede progresar al cáncer invasor. Sin embargo, debemos recordar que las lesiones de bajo grado tienen mayor tendencia a la regresión espontánea, y las de alto grado tienen mayor tendencia a progresar hacia un estadio superior. Por el hecho del desarrollo progresivo del cáncer de cuello uterino, es importante considerar las tasas de incidencia específicas por edad para las diferentes lesiones³⁶

CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN la “FIGO”: (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia)

- CANCER DE GRADO 0
- CANCER GRADO I
- CANCER GRADO II
- CANCER GRADO III
- CANCER GRADO IV

El cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte en nuestro país, las mujeres más afectadas fluctúan entre los 30 a 54 años sin embargo también se presentan casos en menor rango en las mujeres de 20 a 24 años ⁹. Sus factores más frecuentes son el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, tener antecedentes familiares^{36,38}.

Este cáncer en su primera fase no presenta síntomas pero conforme avanza presenta sangrado vaginal anormal, flujo anormal de olor fétido, pérdida de peso. Para poder diagnosticar este cáncer se debe realizar la Prueba de Papanicolaou, la cual consiste en tomar células de la superficie del cuello uterino; se va a utilizar un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y estas células van a ser examinadas a través del microscopio para determinar si son anormales ³⁸.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES PRECANCERÍGENAS SEGÚN SISTEMA BETHESDA:

Anormalidades de las células epiteliales:

Células escamosas:

Células Escamosas Atípicas de significado Indeterminado (ASCUS: sigla en inglés)

Células escamosas atípicas , no se descarta lesión de alto grado (ASC-H).

Lesión escamosa Intraepitelial de bajo Grado (LEIB) incluye.

Presencia de Papiloma Virus Humano (PVH).

Displasia Leve.

Lesiones escamosas intraepiteliales de Alto Grado(LEIAG) incluye:

Displasia moderada

Displasia severa

Carcinoma Insitu

Carcinoma de células escamosas

Células Glandulares:

Anomalía de células Glandulares de Significado Indeterminado (AGUS: siglas en inglés).

Nomenclatura de Citología Cervical

(Según la Guía Nacional para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino del MINSA)³⁹

Sistema de Papanicolaou	Richard	Bethesda
Normal		
Displasia Leve	NIC I	Lesión Intraepitelial de Bajo Grado, PVH
Displasia Moderada	NIC II	Lesión Intraepitelial de Alto Grado, PVH
Displasia severa	NIC III	Lesión intraepitelial de alto Grado, PVH
Carcinoma Insitu	NIC III	Lesión Intraepitelial de Alto Grado, PVH
Cáncer Invasor		

Muestra Insatisfactoria:

Indica que es inadecuada para la detección de anomalías epiteliales cervicales en un período no mayor de 6 semanas.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO

FACTOR DE RIESGO: Según la OMS Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen. Dentro de ellos, la edad y los antecedentes familiares son inevitables, y que en algunos son inherentes a situaciones de desarrollo físico y fisiológico como la de la reproducción.

Factores de Riesgo biológicos

Diversos autores concuerdan en que la **Edad**, tiene relación con el cáncer cervicouterino debido a inestabilidad y cambio de la Zona T³⁶.

PVH (Virus Papiloma humano) El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado *papilomas*, lo que se conoce más comúnmente como *verrugas*.

Paridad (relacionado con la reproducción): A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH²⁷. Otra razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto.

Número de Abortos: (relacionado con la reproducción Los abortos a repetición también son embarazos y lesiones del cuello uterino que tendrían igual mecanismo de acción como el caso de los partos.

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.

Factores de riesgo Socioculturales:

Cultura: cultura como un complejo dinámico de conocimientos creencias, costumbres, prácticas que se aprenden y transfieren en la interacción de individuos, de generación en generación y que son producto de una construcción social, es decir, que es creada en la relación con otros, en sociedad y compartidos por un grupo social⁴⁴.

Los factores socioculturales condicionan las posibilidades de desarrollo o de aprendizaje de una persona. Según el entorno adquirimos un estilo de vida que va a influir positiva o negativamente en nuestra salud. Permanentemente estamos en contacto con diferentes culturas.

El Perú es uno de los países con mayor biodiversidad en el planeta, poseemos además de esta, una considerable diversidad cultural y lingüística. En la amazonia coexisten alrededor de 65 grupos étnicos pertenecientes a doce familias lingüísticas, conviven también ramificaciones de la familia del aimara con diversas variedades del quechua y un castellano hablado por la mayoría de la población con sus propias variedades regionales. En este contexto las conductas de las

mujeres en edad fértil y sus parejas serán de crucial importancia en la aparición de ciertas enfermedades como el cáncer de cuello uterino.

Edad de inicio de la vida Sexual: El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor²⁷. Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después⁴⁰. Según Ortiz R. en Ucayali, las mujeres de su estudio en la comunidad nativa san Francisco, inician su vida sexual entre los 14 a 16 años (59.2%).

Número de Parejas Sexuales (Andría): Para ginecología y obstetricia Andría es el número de parejas sexuales que tiene una mujer desde su primera relación sexual hasta el momento actual. Por razones obvia se relación con el inicio precoz de las relaciones sexuales y resulta trascendente su evaluación. Según Ortiz R y colaboradores²⁶, Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.

Anticoncepción: En un estudio multicéntrico realizado por la IARC, encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. Uso de

Anticonceptivos orales: El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29)²⁵. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo

que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años⁴¹. **Uso de Condón:** La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Grado de Instrucción: La palabra instrucción se deriva en su etimología del vocablo latino “instructiōnis”, con el significado de construir interiormente; transmitir a otro, conocimientos, habilidades y destrezas, para que los acumule. Si bien es similar a educar, este acto alude a la formación integral de una persona, mientras que la instrucción es más bien dotar de una serie de reglas, contenidos, datos, pero sin realizar sobre ellos valoraciones críticas. El **nivel de instrucción** de una persona es el **grado** más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Ocupación: La palabra ocupación encuentra su origen etimológico en el vocablo latino “occupatio” y se emplea en varios sentidos, según el contexto.

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.

Procedencia: Según la Real Academia de la Lengua Española, procedencia es Origen, principio de donde nace o se deriva algo. Para el estudio Procedencia el área de donde Procede: Rural, urbana y urbanomarginal.

Autocuidado de su salud: Según la denominación del autor, se ha denominado autocuidado a las actitudes y comportamiento de las mujeres respecto a solicitar y acudir a los establecimientos de salud para recibir

atención y seguimiento respecto a las lesiones premalignas y al cáncer cervicouterino.

Según **la Sociedad Americana de Cáncer**⁴⁰ La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres de cuello uterino.

Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren⁴².

2.3 DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS:

❖ **Caso Cáncer de Cérvico Uterino:**

Paciente que presenta una neoplasia maligna que invade el cérvix uterino o cuello uterino a partir de la zona de transformación (zona donde se unen el epitelio intracervical cilíndrico glandular con el epitelio cervical externo, epitelio plano estratificado no queratinizado)³⁹.

- ❖ **Lesión pre maligna:** Estadio de la enfermedad antes de convertirse en cáncer.
- ❖ **NIC I:** Lesión Intraepitelial de bajo Grado que corresponde a displasia leve, premaligna y/o PVH. (Richard)
- ❖ **NIC II:** Lesión intraepitelial de alto grado que corresponde a displasia moderada, lesión premaligna y/o PVH. (Richard)
- ❖ **NIC III:** Lesión Intraepitelial de alto grado que corresponde a una displasia severa y/o PVH. (Richard)
- ❖ **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de bajo Grado. Incluye PVH y displasia leve (Bethesda)
- ❖ **LEIAG:** Lesión intraepitelial de alto grado, Incluye PVH, displasia moderada, severa y carcinoma in situ. (Bethesda)

ESTADÍOS DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO ³⁹

Estadio Ia1: Lesión cancerígena que se limita a cuello uterino con extensión menor o igual a 7 mm. y profundidad menor o igual a 3mm.

Estadio Ia2: Lesión cancerígena que se limita a cuello uterino con extensión menor o igual a 7 mm. y profundidad entre 3 a 5 mm.

Estadio Ib1: lesión de hasta 4 cms. de tamaño

Estadio Ib2: Lesión de más de 4 cms. de tamaño

Estadio IIa: Lesión que llega hasta 2/3 superior de la vagina no parametrios.

Estadio IIb: Lesión que compromete el parametrio.

Estadio IIIa: Lesión sin extensión a la pared pélvica pero si compromete también el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIb: Lesión con extensión a la pared pélvica.

Estadio IV a: Lesión que compromete a recto, vejiga.

Estadio IV b: Metástasis a distancia.

Papanicolaou: Método citológico utilizado para la prevención precoz de cáncer de cuello uterino.

IVVA: Inspección visual con ácido Acético. Método de estudio visual utilizado para la detección enfermedades neoplásicas.

Factores de Riesgo Bio-socio-culturales:

Son aquellos considerados en el presente estudio como potenciales para la existencia de cáncer cérvico uterino. Son los siguiente: Edad, edad de inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos anticonceptivos, grado de instrucción, ocupación (incluye del esposo), procedencia (se considerará urbana y periurbana y rural).

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

I. FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN UCAYALI

TABLA N° 01

EDAD ASOCIADA A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP y HAY, AÑO 2009

Tabla de contingencia Edad (agrupado) * Resultado

		Resultado		Total	
		Positivo	Negativo		
Edad (agrupado)	< de 20	Recuento	1	43	44
		% dentro de Edad (agrupado)	2,3%	97,7%	100,0%
De 21 a 30	Recuento	3	185	188	
	% dentro de Edad (agrupado)	1,6%	98,4%	100,0%	
De 31 a 40	Recuento	10	168	178	
	% dentro de Edad (agrupado)	5,6%	94,4%	100,0%	
De 41 a 50	Recuento	21	127	148	
	% dentro de Edad (agrupado)	14,2%	85,8%	100,0%	
De 51 a 76	Recuento	12	53	65	
	% dentro de Edad (agrupado)	18,5%	81,5%	100,0%	
Total	Recuento	47	576	623	
	% dentro de Edad (agrupado)	7,5%	92,5%	100,0%	

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

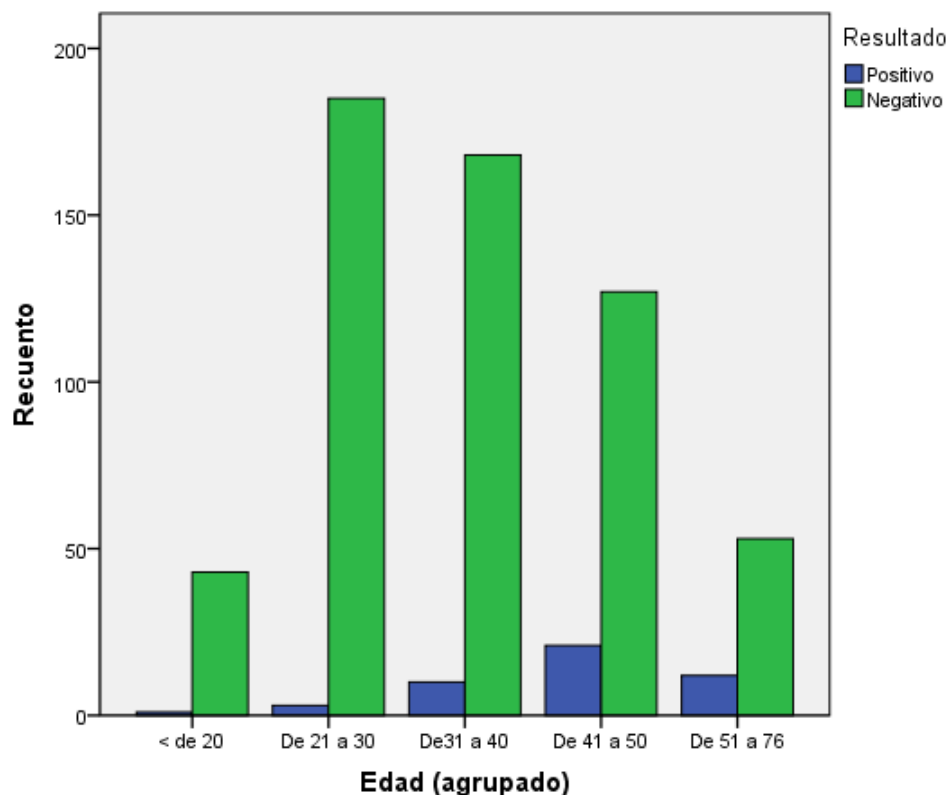
Pruebas Estadísticas:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,713 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	32,896	4	,000
Asociación lineal por lineal	29,443	1	,000
N de casos válidos	623		

a. 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.32.

GRÁFICO N° 01

EDAD ASOCIADA A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



En la tabla se observa que el mayor porcentaje de pacientes muestreadas con PAP está en el grupo etáreo de 21 a 30 años que corresponde a un 30.17% luego está el grupo etáreo de 31 a 40 años con 29.57%, posteriormente está el grupo de 41 a 50 años con 23.75% de

registro, el grupo de 51 a más 10.43% y finalmente el grupo de menores de 20 años con un 7.06%.

Los casos de cáncer cérvico uterino se encontraron con mayor frecuencia en el grupo etáreo de 41 a 50 años (44.6%), luego de 51 a 76 años (25,5%) , en el grupo etáreo de 31 a 40 (21.3%)y finalmente en menores incidencias en los grupos de 21 a 30 y < de 20 años.

Discusión:

Revisando los antecedentes encontramos que sumando los grupos etáreos del estudio entre los 31 y 50 años encontramos que se concentra el 65.9% de los casos lo que concuerda con el estudio de Dávila y colaboradores en Cuba 2009, donde se encontró que a la edad entre 34-57 años se concentraron el 63 % de los casos de cáncer. Observamos que en nuestra región incluso el cáncer cervicouterino sucede a edades más precoces y en mayos concentración.

Estadísticamente:

La variable edad tiene un alto grado de asociación al cáncer cérvico uterino demostrado estadísticamente con un valor de Chi Cuadrado de Pearson de 32,713 y con una significancia de 0.000

TABLA N° 02

**NÚMERO DE PARTOS ASOCIADOS A CCA REGIÓN
UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009**

Tabla de contingencia Partos * Resultado

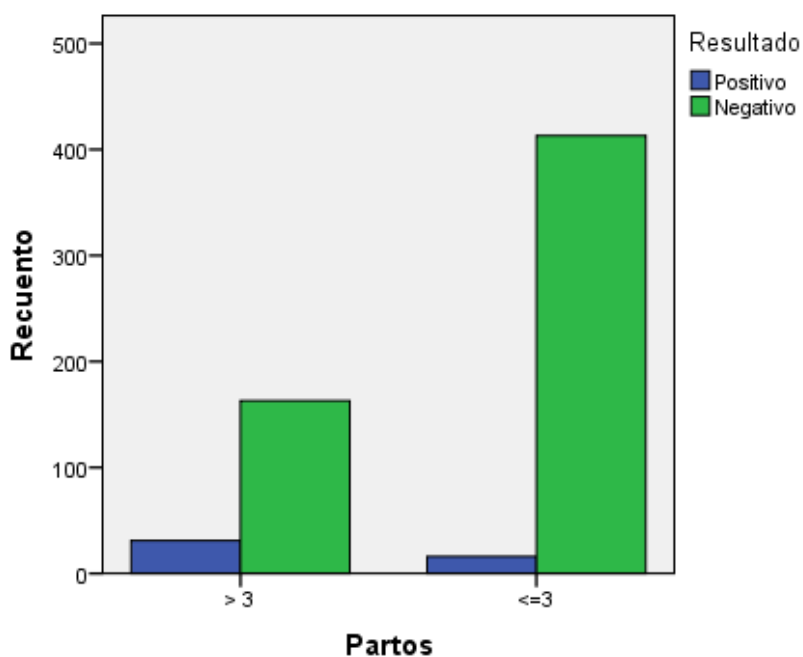
		Resultado		Total
		Positivo	Negativo	
Partos > 3	Recuento	31	163	194
	% dentro de Partos	16,0%	84,0%	100,0%
Partos <=3	Recuento	16	413	429
	% dentro de Partos	3,7%	96,3%	100,0%
Total	Recuento	47	576	623
	% dentro de Partos	7,5%	92,5%	100,0%

Pruebas Estadísticas:

Variable	OR	IC 95%	p	Chi Cuadrado
Paridad	4,909	2,616-9,217	0,00	28.74

GRÁFICO 2

**PARIDAD ASOCIADA A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA
REGIÓN UCAYALI AÑO 2009**



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Respecto al parto en las mujeres del estudio, se observa que el 70% de los casos de cáncer se presenta aquellas con 4 hijos a más y el 30% de los casos se presentaron en mujeres con menos de 4 hijos.

Discusión:

Rutgen, en su informe dice que si bien la multiparidad se relaciona con el cáncer cérvico uterino, no se debería a la lesión del cérvix uterino por los partos, sino a la actividad sexual que da como resultado aquellos embarazos. Muchos embarazos significan muchos coitos, durante varios años, comienzo a temprana edad la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, etc.^{42, 45}.

En este estudio el riesgo de cáncer cérvico uterino es cinco veces mayor en mujeres con 4 hijos a más que en el resto, resultados similares fueron encontrados por Castañeda que el año 1998 encontró que luego de 4 hijos el riesgo de cáncer se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH. Asociado a ello es posible que el riesgo de presentar CCU en nuestro estudio se deba también a la elevada incidencia de inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años. Bosch el 2002, demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

Estadísticamente, existe un alto grado de asociación entre el número de partos y el cáncer de cuello uterino, demostrado con la prueba Chi cuadrado de Pearson con un valor de 28.74, en un intervalo de confianza de 2,616 - 9,217 y con un grado de significancia de 0.00.

ABORTOS

TABLA N° 03

N° DE ABORTOS ASOCIADOS A CCU EN LA REGIÓN UCAYALI:HRP Y HAY, AÑO 2009

Tabla de contingencia Abortos * Resultado

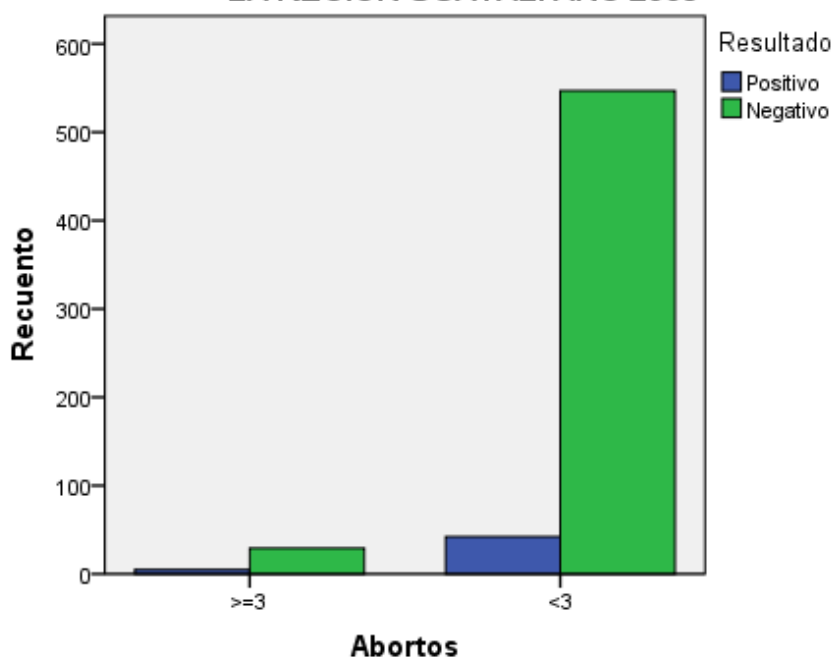
		Resultado		Total	
		Positivo	Negativo		
Abortos	>=3	Recuento	5	29	34
		% dentro de Abortos	14,7%	85,3%	100,0%
	<3	Recuento	42	547	589
		% dentro de Abortos	7,1%	92,9%	100,0%
Total		Recuento	47	576	623
		% dentro de Abortos	7,5%	92,5%	100,0%

Pruebas Estadísticas

Variable	OR	IC 95%	p	Chi Cuadrado
Abortos	2,245	,826 - 6,102	0,104	2,645

GRÁFICO N° 03

N° ABORTOS ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

En el estudio se encontró que, 15 de cada 100 mujeres, que tienen antecedentes de haber tenido > de 3 abortos, hacen CCU a diferencia de las mujeres con 2 a menos abortos: solo 7 de cada 100 hicieron la enfermedad.

Discusión:

No se ha encontrado estudios que asocien los antecedentes de aborto con el CCU, es probable a decir de Castañeda en 1998 que las consecutivas y frecuentes relaciones sexuales y la inmunosupresión misma del embarazo sean los factores que condicionarían la presencia del CCU.

El riesgo relativo de hacer CCU encontrada en mujeres con antecedentes de aborto es 3 veces más que el resto.

Estadísticamente, el tener 3 abortos a más no se asocia a cáncer cérvico uterino la prueba Chi cuadrado de Pearson es 2.645, con un IC de 0.826 a 6.102, y una significancia de 0,104 (mayor a 0.05).

INFECCIÓN POR PVH

TABLA N°04

INFECCIÓN POR PVH ASOCIADO A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

Tabla de contingencia Resultado * INFECCIÓN PVH

			INFECCIÓN PVH		Total
			SI	NO	
Resultado	Positivo	Recuento	45	2	47
		% dentro de Resultado	95,7%	4,3%	100,0%
	Negativo	Recuento	17	559	576
		% dentro de Resultado	3,0%	97,0%	100,0%
Total	Recuento		62	561	623
	% dentro de Resultado		10,0%	90,0%	100,0%

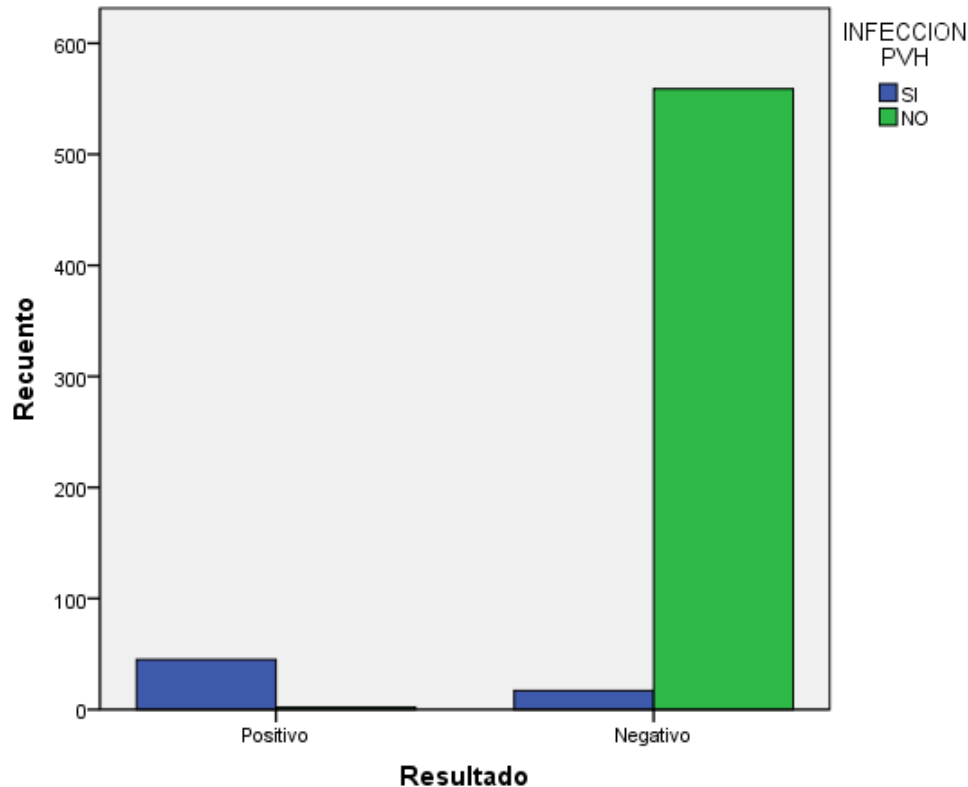
Pruebas Estadísticas:

Variable	OR	IC 95%	p	Chi Cuadrado
Infección de PVH	739.853	165,694 – 3,303,569	0,000	417,529

Estadísticamente en el estudio la infección con PVH, respecto al cáncer cérvico uterino tiene un alto grado de asociación, lo que se comprueba con la prueba Chi cuadrado de Pearson cuyo resultado es de 417,529, con IC entre 165,694 a 3303,569 y con una significancia “p” de 0.000..

GRÁFICO N° 04

INFECCIÓN POR PVH ASOCIADA A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Discusión:

Los resultados de la tabla muestran que 95.7 de cada 100 mujeres con cáncer cervicouterino mostraron Infección por PVH. Resultado similar encontró Ortiz y colaboradores en Colombia el 2004²⁷, quienes establecen como factores asociados a cáncer cervicouterino, al VPH, siendo el principal factor de riesgo. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH.

FACTORES SOCIOCULTURALES

TABLA N° 05 GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY: AÑO 2009

Tabla de contingencia Grado de Instrucción * Resultado

		Resultado		Total
		Positivo	Negativo	
Grado de Instrucción	Recuento	31	534	565
	% dentro de Grado de Instrucción	5,5%	94,5%	100,0%
analfabeta	Recuento	0	2	2
	% dentro de Grado de Instrucción	,0%	100,0%	100,0%
primaria completa	Recuento	5	2	7
	% dentro de Grado de Instrucción	71,4%	28,6%	100,0%
secundaria incompleta	Recuento	3	17	20
	% dentro de Grado de Instrucción	15,0%	85,0%	100,0%
secundaria completa	Recuento	4	15	19
	% dentro de Grado de Instrucción	21,1%	78,9%	100,0%
Superior no universitaria incompleta	Recuento	3	1	4
	% dentro de Grado de Instrucción	75,0%	25,0%	100,0%
superior no universitaria completa	Recuento	1	2	3
	% dentro de Grado de Instrucción	33,3%	66,7%	100,0%
superior universitaria incompleta	Recuento	0	2	2
	% dentro de Grado de Instrucción	,0%	100,0%	100,0%
superior universitaria completa	Recuento	0	1	1
	% dentro de Grado de Instrucción	,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	47	576	623
	% dentro de Grado de Instrucción	7,5%	92,5%	100,0%

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Pruebas Estadísticas

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	80,315 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	39,893	8	,000
N de casos válidos	623		

a. 13 casillas (72.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

En la tabla observamos que existe una tendencia a concentrarse los casos de cáncer en los grados de instrucción más incipientes, como se observa en el nivel primaria incompleta, donde 5 de 7 fueron casos positivos es decir el 71%, Contrariamente a ello también observamos alto porcentaje de casos de cáncer en el nivel superior no universitario (más del 50%) .

Discusión:

En el cuadro se evidencia que la mayor parte de los casos se presentan en los grados de instrucción de primaria

Si comparamos estos resultados con los realizados por Hasenyager C, 1999, Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer cérvico uterino. Sin embargo nuestro estudio evidencia que las mujeres de educación superior tiene cáncer en un alto porcentaje (>50%) del grupo, esto se relaciona al estudio de Fernández ME, 1998 y de Lorant V en el 2002. Existe la interrogante si esta condición está relacionada con una mayor exposición al VPH o la dificultad para acceder a los servicios de detección oportuna.

Estadísticamente,

La variable grado de instrucción tiene un alto grado de asociación estadísticamente demostrado a través de la prueba de Chi cuadrado de Pearson 80,315 y con un nivel de significancia de 0.000

OCUPACIÓN

TABLA N° 06

OCUPACIÓN ASOCIADA A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN MUJERES ENCUESTADAS EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

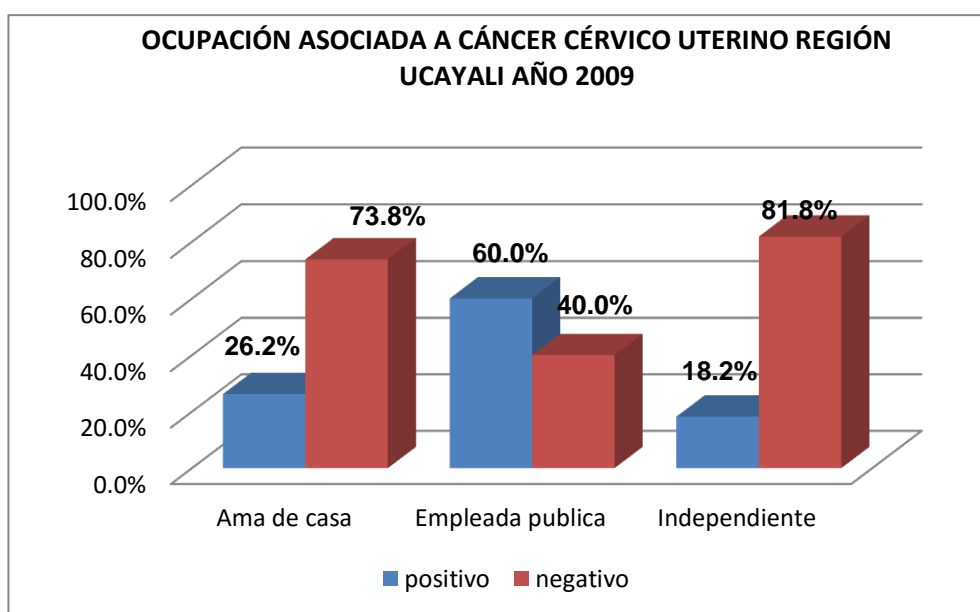
Tabla de contingencia Ocupación * Resultado

OCUPACION		Resultado		Total
		Positivo	Negativo	
ama de casa	Recuento	11	31	42
	% dentro de Ocupación	26,2%	73,8%	100,0%
empleada pública	Recuento	3	2	5
	% dentro de Ocupación	60,0%	40,0%	100,0%
Independiente	Recuento	2	9	11
	% dentro de Ocupación	18,2%	81,8%	100,0%
Total	Recuento	16	42	58
	% dentro de Ocupación	27,6%	72,4%	100,0%

Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

GRÁFICO N° 06

OCUPACIÓN EN MUJERES ENCUESTADAS PARA DETERMINAR FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009



Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

En la tabla se observa que el 72.4% de mujeres entrevistadas son amas de casa, el 19 %son trabajadoras independientes y el 9% son empleadas públicas o trabajadoras dependientes. En el grupo de trabajadoras dependientes 60 de cada 100 presentó cáncer de cuello uterino, asimismo en el grupo de trabajadoras independientes 18 de cada 100 y en las amas de casa 26 de cada 100 presentaron la enfermedad.

Discusión:

No se ha encontrado al respecto en los estudios anteriores la asociación de cáncer de cuello uterino a la ocupación, a no ser de las trabajadoras sexuales que en la década del 90 Moghishi, citado por Bonilla, halló carcinoma del cuello uterino 4 veces más elevada en las trabajadoras sexuales (prostitutas) de Copenhague que el grupo control⁴⁵. En este estudio no se ha considerado esta opción como ocupación porque constituye un grupo muy pequeño de la población,

Nos llama la atención por qué las trabajadoras dependientes sean el grupo donde se presentó más el cáncer. Es probable que tenga que ver con acceso a servicios de salud ya que su horario de trabajo sería una barrera de acceso a pruebas de detección rutinarias.

TABLA N° 07

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES ASOCIADAS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRPYHAY, AÑO 2009

Tabla de contingencia Primera relación sexual * Resultado

			Resultado		Total
			Positivo	Negativo	
Primera relación sexual	<19	Recuento	34 ^a	293 ^b	327
		% dentro de Primera relación sexual	10,4%	89,6%	100,0%
	>=19	Recuento	3 ^a	91 ^b	94
		% dentro de Primera relación sexual	3,2%	96,8%	100,0%
Total		Recuento	37	384	421
		% dentro de Primera relación sexual	8,8%	91,2%	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Resultado categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

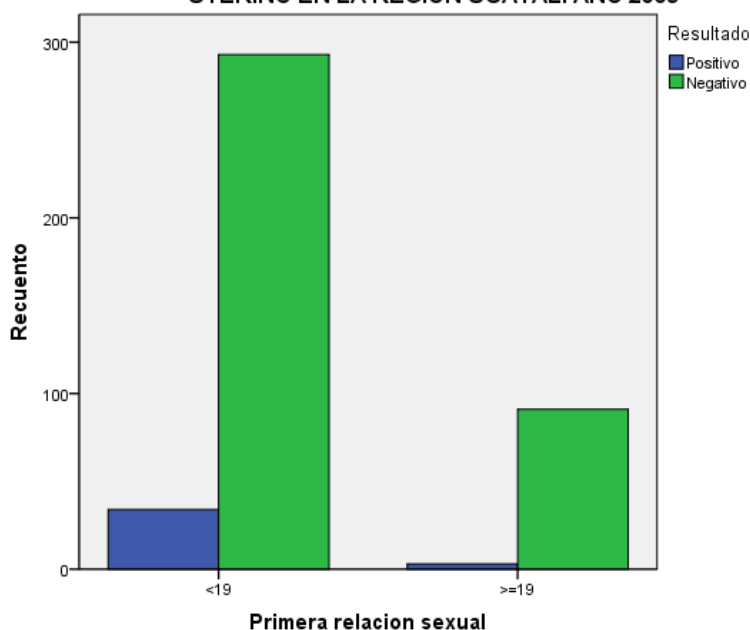
Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMS del HRP y HAY año 2009

Pruebas Estadísticas:

Variable	OR	IC 95%	p	Chi Cuadrado
Edad de Inicio de relaciones sexuales	3,520	1,056 – 11,729	0,030	4,73

GRÁFICO N°07

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES ASOCIADO A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMS del HRP y HAY año 2009

En la tabla se observa que el 92%(34) de los casos positivos(37) se presentó en el grupo de mujeres que iniciaron su vida sexual antes de cumplir 19 años.

11 de cada 100 mujeres que iniciaron vida sexual antes de los 19 años presentó cáncer a diferencia de las que iniciaron vida sexual después desde esta edad solo 3 presentaron cáncer.

Discusión:

En el presente estudio se muestra que las jóvenes que inician vida sexual antes de los 19 años tienen 3.5 veces más probabilidad de hacer CCU, resultado muy parecido al encontrado el año 2007 por Garcés en Cuba²⁴. Donde predomina el Cáncer cervicouterino en un 70.2% de los casos al iniciar su vida sexual antes de los 20 años, estos estudios son congruentes con el de Vergel en Bolivia también el 2007²³ y Ortiz R. y colaboradores, en Colombia el 2004, encontrar que el riesgo de lesión intraepiteliales cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años²⁴.

La edad mediana de inicio de relaciones sexuales entre los adolescentes de Ucayali es 16 años según el Endes 2004 - 2007. Según el Endes 2015, Ucayali tiene la mediana más baja de edad de inicio de Relaciones sexuales y en todos los grupos etáreos analizados varía de 16.6 a 16.2 años.

TABLA N° 08

**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (ANDRÍA) ASOCIADAS A
CCU REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY AÑO 2009**

Tabla de contingencia Andría * Resultado

			Resultado		Total
			Positivo	Negativo	
Andria	≥3	Recuento	15 _a	103 _a	118
		% dentro de Andría	12,7%	87,3%	100,0%
	<3	Recuento	22 _a	281 _a	303
		% dentro de Andría	7,3%	92,7%	100,0%
Total		Recuento	37	384	421
		% dentro de Andría	8,8%	91,2%	100,0%

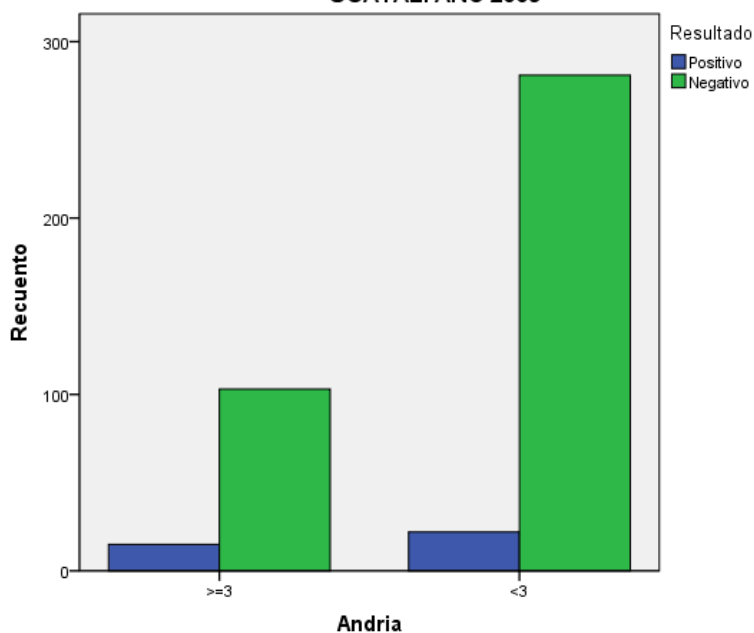
Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Pruebas Estadísticas:

Variable	OR	IC 95%	p	Chi Cuadrado
Andría	1,860	,929 – 3,723	0,076	3,146

GRÁFICO N° 08

**ANDRÍA ASOCIADA CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN
UCAYALI AÑO 2009**



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

El 40.5% de los casos cáncer cérvico uterino corresponden a mujeres con más de tres parejas sexuales y el 57.5% corresponden a mujeres con 2 parejas sexuales o menos.

Estadísticamente y según los resultados existe una probabilidad de dos veces más probabilidad de hacer cáncer de cérvix en mujeres con 3 o más parejas sexuales en relación a las de 2 o menos parejas. Esto significa que aproximadamente 13 de cada 100 mujeres que tengan 3 o más parejas sexuales presentaron cáncer a diferencia de que si tiene 2 o menos parejas sólo 7 de cada 100 presentaron cáncer de Cérvix.

Discusión:

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH ⁵⁵.

Si bien es cierto en esta variable, el grado de significancia no cumple con el parámetro esperado, pero; se evidencia el riesgo 2 veces mayor de presentar cáncer en mujeres con > de 3 parejas sexuales en relación a mujeres con 2 parejas sexuales a menos. Es probable que influya la transmisión del PVH como factor de riesgo para cáncer a través de las parejas sexuales del esposo o conviviente, que en el estudio es un dato desconocido.

Palacios y Tafur L. en su estudio de casos y controles realizado en España concluyen que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; asimismo una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, si este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón⁴⁵. Por lo tanto concluimos que el dato de compañeras sexuales de la pareja también sería un dato importante a recoger en las pruebas de tamizaje.

TABLA N° 09

**ÁREA DE PROCEDENCIA ASOCIADA CÁNCER CCU EN LA REGIÓN
UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009**

Tabla de contingencia Procedencia * Resultado

			Resultado		Total
			Positivo	Negativo	
Procedencia Urbana	Recuento		13	209	222
	% dentro de Procedencia		5,9%	94,1%	100,0%
Urbano Marginal	Recuento		24	326	350
	% dentro de Procedencia		6,9%	93,1%	100,0%
Rural	Recuento		10	41	51
	% dentro de Procedencia		19,6%	80,4%	100,0%
Total	Recuento		47	576	623
	% dentro de Procedencia		7,5%	92,5%	100,0%

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Pruebas Estadísticas:

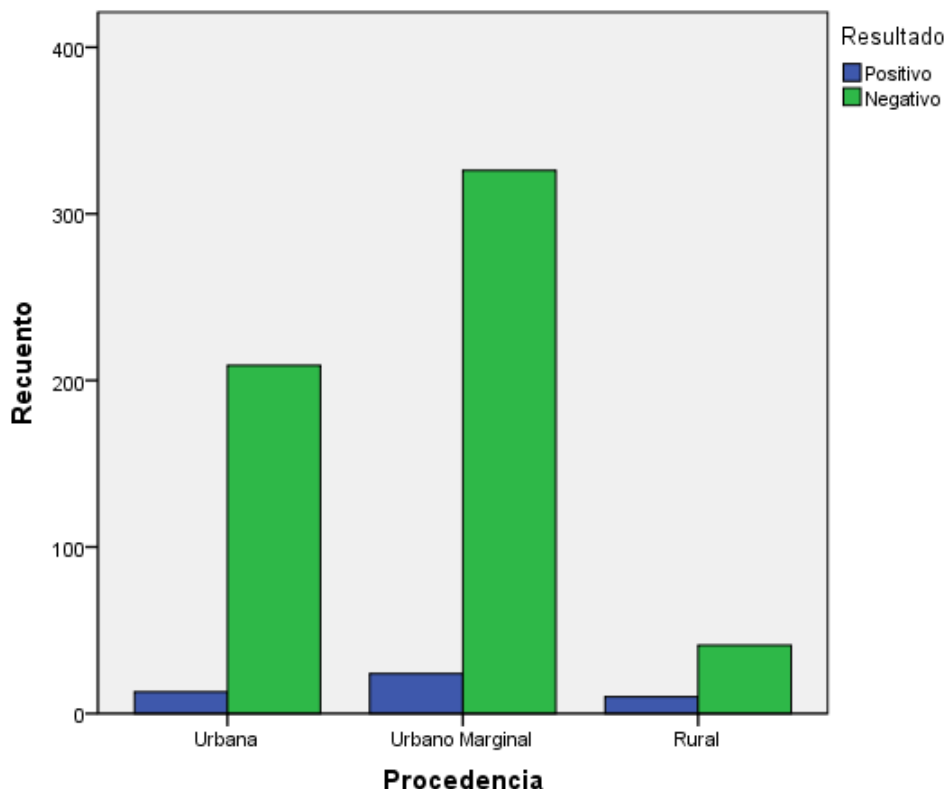
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,785 ^a	2	,003
Razón de verosimilitudes	8,860	2	,012
Asociación lineal por lineal	6,206	1	,013
N de casos válidos	623		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.85.

GRÁFICO N° 09

PROCEDENCIA DE MUJERES EN RELACIÓN A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

El gráfico muestra un 35.6% de los casos del estudio corresponden a población del área urbana y un 56,2% que corresponde al área urbano marginal, en conjunto el 91.7% de la población en estudio viven en áreas de concentración poblacional. Y sólo el 8.2% vive en zona rural.

Cabe resaltar que en el estudio el 20% de los casos positivos se presentó en la zona rural es decir 20 de cada 100 son casos de cáncer de cuello uterino en zona rural a diferencia que en zona urbana sólo 6 de cada 100.

Discusión:

Según Parsons y Col, la incidencia el cáncer de cuello uterino es más alta en mujeres que viven en zona urbana que las que viven en zona rural, aunque Herrera reporta que en Costa Rica es más alta en zona rural.

En el estudio realizado en Ucayali encontramos una coincidencia con el realizado por Herrera en Costa Rica. Asimismo es contrario a lo referido por Parson y Col (EE.UU). Es importante considerar que los factores de riesgo se potencian ya que en nuestra región según ENDES 2004 más del 50% de adolescentes de área rural inician vida sexual antes de los 15 años. Así mismo las mujeres tienen mayor número de hijos en esta área, por lo tanto en nuestra realidad son las mujeres de área rural las que en suma tiene mayor riesgo de cáncer cérvico uterino.

TABLA N° 10

USO DE MEDICINA ALTERNATIVA EN MUJERES ENCUESTADAS PARA DETERMINAR FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

Tabla de contingencia Medicina Alternativa * Resultado

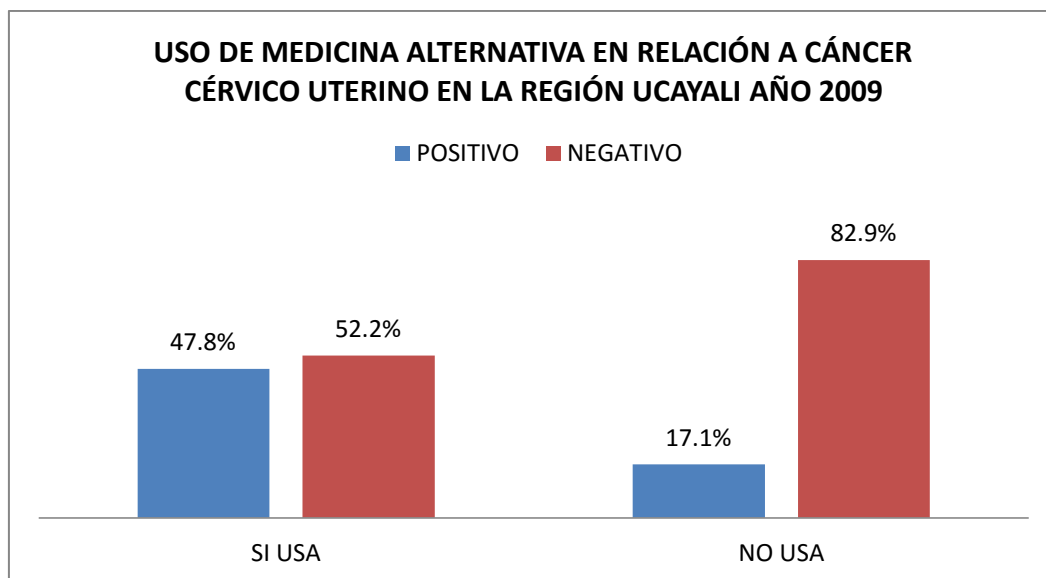
Medicina Alternativa		Resultado		Total
		Positivo	Negativo	
si usa	Recuento	11	12	23
	% dentro de Medicina Alternativa	47,8%	52,2%	100,0
no usa	Recuento	6	29	35
	% dentro de Medicina Alternativa	17,1%	82,9%	100,0
Total	Recuento	17	41	58
	% dentro de Medicina Alternativa	29,3%	70,7%	100,0

Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

Prueba estadística

Variable	p	Chi Cuadrado
Medicina alternativa	0,000	53,422

GRÁFICO N° 10



Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

Análisis y Discusión:

Se observa que el 40% de las entrevistadas si usa medicina alternativa, y un 60% no usa. Este aspecto constituye una barrera cultural porque cuando las mujeres reciben su diagnóstico, 4 de cada 10 acuden a la medicina tradicional. Dejando a un lado el tratamiento científico y probablemente dejando que la enfermedad llegue a estadios más avanzados, Asimismo se evidencia que las mujeres que usan medicina alternativa presentan un 47.8% de casos positivos a cáncer de cuello uterino, a diferencia de las que no usan sólo el 17% son casos de cáncer cérvico uterino, lo que significaría un riesgo de casi 3 veces más posibilidad de hacer esta enfermedad en mujeres que acuden a la medicina alternativa en razón de las que no usan. Al respecto no existen datos de otros estudios para comparar.

Estadísticamente se comprueba el grado de asociación entre uso de medicina alternativa y cáncer cérvico uterino con la Prueba Chi Cuadrado de Pearson, en este caso tiene un valor de 53.22, con una significancia de 0.000

AUTOCUIDADO DE SU SALUD EN MUJERES ENCUESTADAS PARA DETERMINAR FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

TABLA N°11

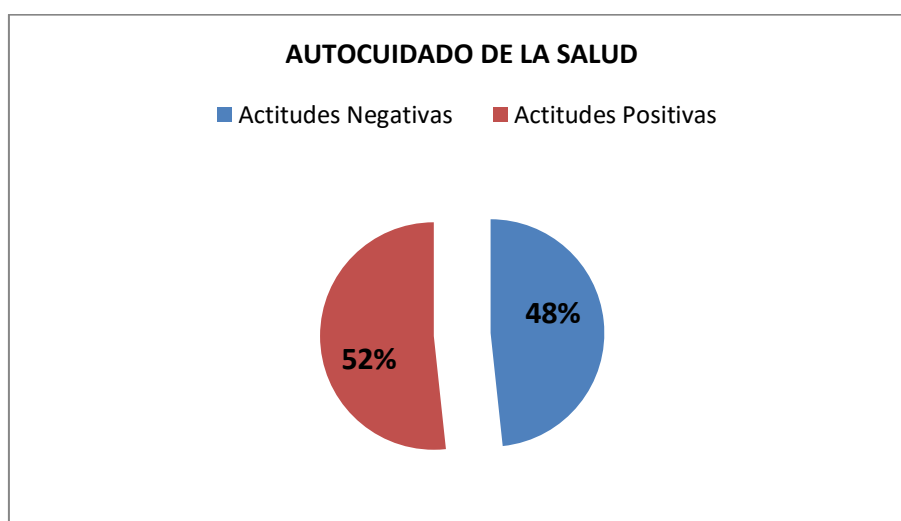
TABLA DE FRECUENCIA

ACTITUDES	N°	%
No tiene tiempo	8	13.8%
No quiere ir a su tratamiento	15	25.9%
No cree en su diagnóstico	5	8.6%
si acude	30	51.7%
Total	58	100.0%

Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

GRÁFICO N° 11

AUTOCUIDADO DE SU SALUD EN MUJERES ENCUESTADAS PARA DETERMINAR FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A CANCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

Análisis y Discusión:

En la tabla se observa que de las mujeres entrevistadas el 52% si acuden a recibir tratamiento o atención en el EE.SS. el resto tienen actitudes negativas respecto al autocuidado de su salud, así: 26% no quieren acudir al establecimiento, 14% no tienen tiempo y 8% no cree en su diagnóstico.

Podemos evidenciar que existe un 48% con actitudes negativas respecto al cuidado de su salud, lo que constituye una barrera de acceso a los servicios de salud. Y que predispone al riesgo de cáncer cérvico uterino.

TABLA N°12

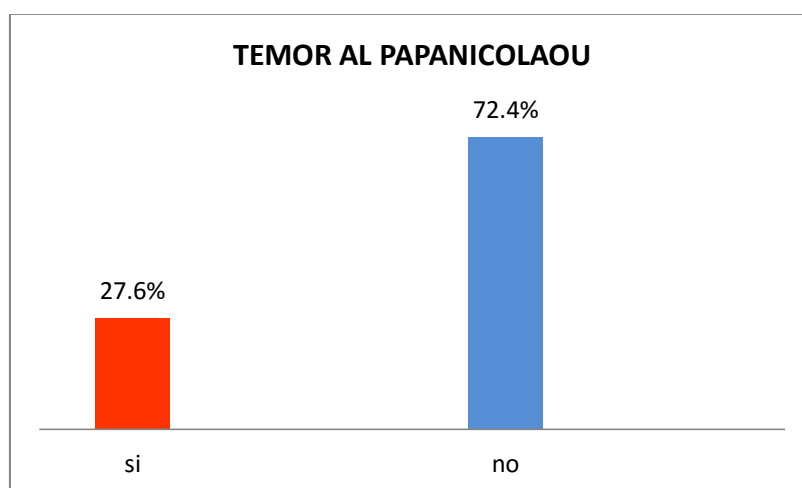
TEMOR AL PAPANICOLAOU EN MUJERES ENCUESTADAS PARA DETERMINAR FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

TEMOR	N°	%
si	16	27.6%
no	42	72.4%
Total	58	100%

Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

GRÁFICO N° 12

TEMOR AL PAPANICOLAOU EN MUJERES ENCUESTADAS PARA DETERMINAR FACTORES SOCIO CULTURALES ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009



Fuente Encuesta de factores Socioculturales asociados al cáncer de cuello uterino en Ucayali

El cuadro nos muestra que el 72.4 % de las encuestadas no tiene temor a realizarse la prueba de Papanicolaou (PAP), aunque existe un 27.6% que aún tienen temor al PAP.

Discusión:

Al igual que otro estudio realizado por Ortiz M. (2008) en Ucayali (San Francisco) respecto a factores socioculturales de rechazo al PAP se evidencia que no existe una actitud de rechazo en esa comunidad Nativa, lo que es similar en el presente estudio donde el 72.4% de las mujeres encuestadas no tiene temor al PAP.

TABLA N° 13

**ANTICONCEPCIÓN ASOCIADA A CÁNCER CERVICO UTERINO EN LA
REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY AÑO 2009**

Tabla de contingencia Anticonceptivo * Resultado

			Resultado		Total
			Positivo	Negativo	
Anticonceptivo	Hormonal	Recuento	6	89	95
		% dentro de Anticonceptivo	6,3%	93,7%	100,0%
	DIU	Recuento	0	1	1
		% dentro de Anticonceptivo	,0%	100,0%	100,0%
	Quirúrgico	Recuento	5	78	83
		% dentro de Anticonceptivo	6,0%	94,0%	100,0%
	Ninguno	Recuento	23	323	346
		% dentro de Anticonceptivo	6,6%	93,4%	100,0%
	barrera	Recuento	0	34	34
		% dentro de Anticonceptivo	,0%	100,0%	100,0%
	No necesita	Recuento	13	51	64
		% dentro de Anticonceptivo	20,3%	79,7%	100,0%
Total		Recuento	47	576	623
		% dentro de Anticonceptivo	7,5%	92,5%	100,0%

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Pruebas estadísticas

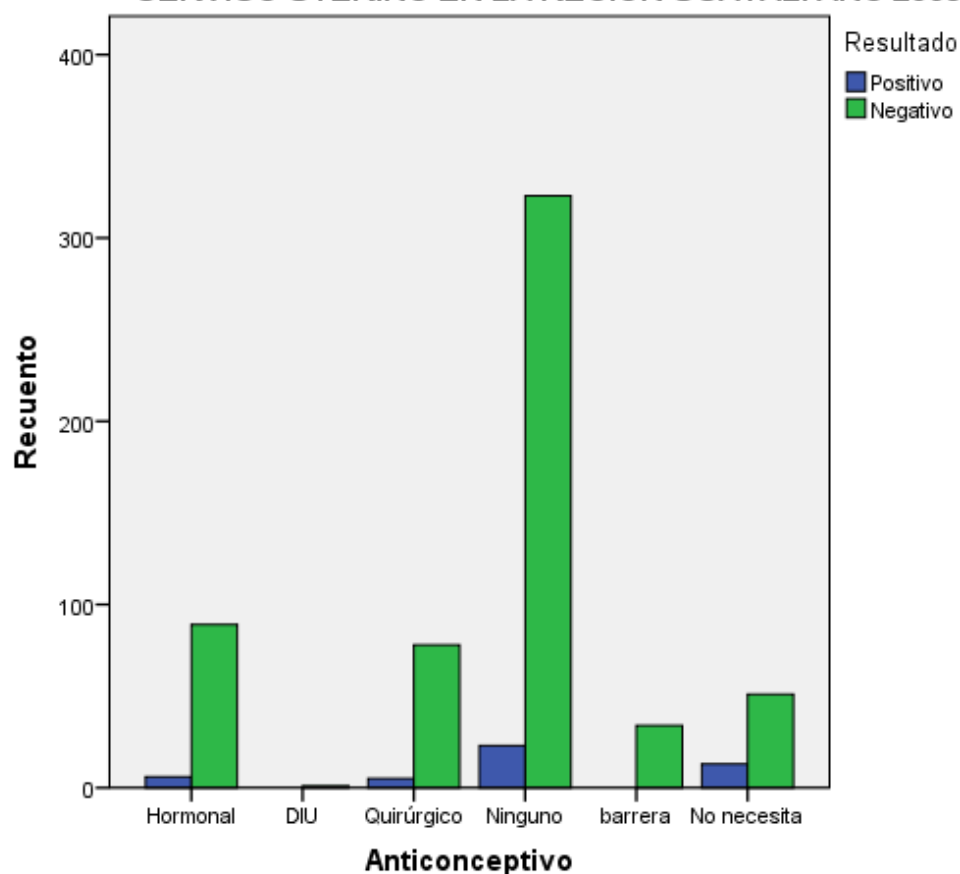
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,694 ^a	5	,002
Razón de verosimilitudes	17,009	5	,004
Asociación lineal por lineal	4,302	1	,038
N de casos válidos	623		

a. 4 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

GRÁFICO N° 13

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

En la tabla se muestra que de los casos en estudio el 55.5% no usaron métodos anticonceptivos, el 15.2% usaron métodos hormonales, 13.3% métodos quirúrgicos, el 5.5% usaron método de barrera (condón) y 0.001% usaron DIU. El 10.3% de las mujeres en estudio no usaron método anticonceptivo porque ya no lo necesitaban.

Discusión:

Sabemos que ningún método anticonceptivo protege del cáncer cervicouterino a excepción del Condón, en estudio realizado por Moreno V, y colaboradores (2002) se encontró que condón, el diafragma y hasta los

espermicidas disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto de barrera en la transmisión del VPH.

En el estudio se encontró también que el grupo de mujeres que usaron métodos anticonceptivos, los hormonales se asociaron más frecuentemente a CaCu, lo que también reporta Moreno V. y colaboradores donde el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer cérvico uterino. El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29).

En el estudio por ser descriptivo sólo muestra el uso de método anticonceptivo no se consideró el dato de tiempo de uso.

Estadísticamente se comprueba el grado de asociación entre uso de métodos anticonceptivos y el CaCu con la Prueba Chi Cuadrado de Pearson con un valor de 18,694, con una significancia de 0.002

TABLA N°14

PAPANICOLAOU PREVIO ASOCIADO A CÁNCER CERVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

Tabla de contingencia PAP previo * Resultado

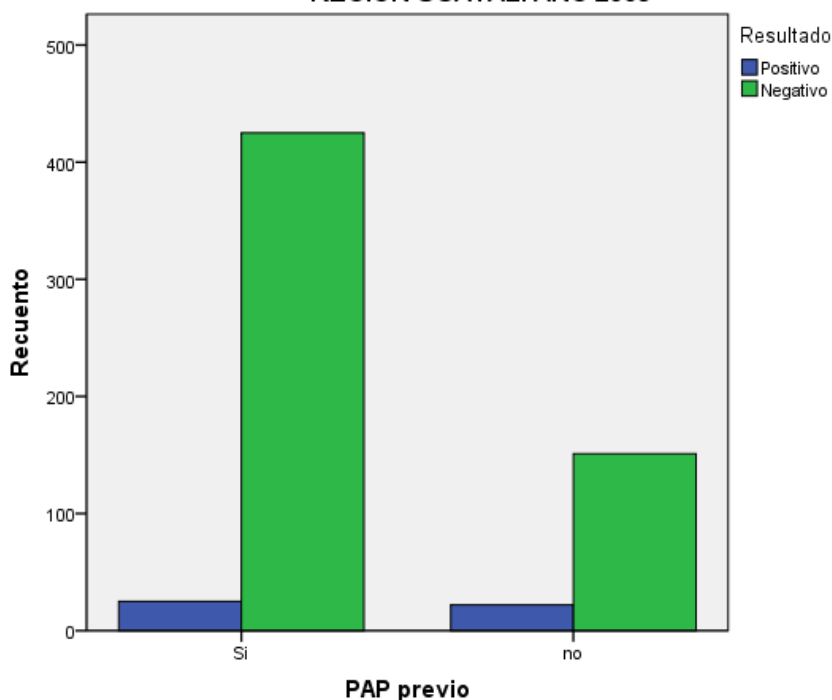
			Resultado		Total
			Positivo	Negativo	
PAP previo	Si	Recuento	25	425	450
		% dentro de PAP previo	5,6%	94,4%	100,0%
	no	Recuento	22	151	173
		% dentro de PAP previo	12,7%	87,3%	100,0%
Total		Recuento	47	576	623
		% dentro de PAP previo	7,5%	92,5%	100,0%

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Variable	OR	IC 95%	p	Chi Cuadrado
PAP Previo	0,404	,221 – ,737	0,002	9,188

GRÁFICO N°14

PAPANICOLAOU PREVIO ASOCIADO A CÁNCER CERVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Sólo 6 de cada de cada 100 mujeres del estudio con Papanicolaou previo hicieron cáncer cérvico uterino a diferencia del grupo que no se realizaron Papanicolaou previo 13 de cada 100 desarrollaron la enfermedad.

Discusión:

No se encuentran estudios que asocien el hecho de realizarse Papanicolaou o pruebas de detección al hecho de presentar la enfermedad, de CACU. Pero las estadísticas nos demuestran cómo en EE.UU y países desarrollados se ha disminuido el cáncer de cuello uterino a un 50%, con la detección y tratamiento precoz.

Estadísticamente el realizarse la prueba de Papanicolaou periódicamente y tenerlo como antecedente, está relacionado con CCU a través de la Prueba Chi cuadrado de Pearson con un valor de 9.188 con una significancia de 0.002

El realizarse periódicamente la prueba de Papanicolaou en el estudio constituye un factor protector para CCU.

TABLA N° 15

**MÉTODO DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO PARA DETECCIÓN DE CÁNCER
CÉRVICOUTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009**

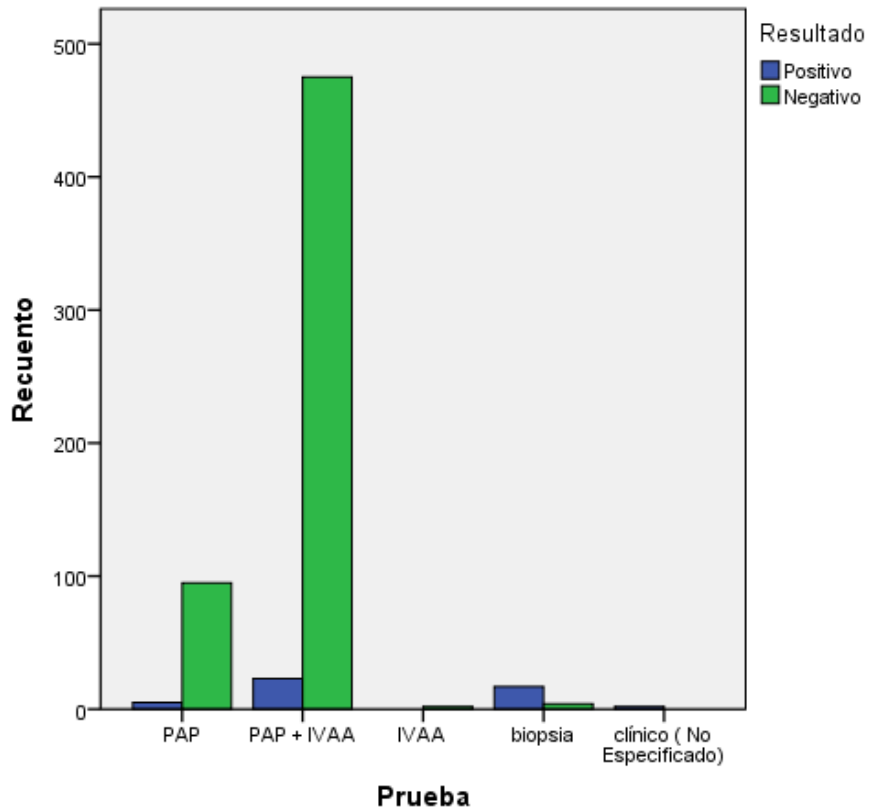
Tabla de contingencia Prueba * Resultado

		Resultado		Total
		Positivo	Negativo	
Prueba PAP	Recuento	5	95	100
	% dentro de Prueba	5,0%	95,0%	100,0%
PAP + IVAA	Recuento	23	475	498
	% dentro de Prueba	4,6%	95,4%	100,0%
IVAA	Recuento	0	2	2
	% dentro de Prueba	,0%	100,0%	100,0%
biopsia	Recuento	17	4	21
	% dentro de Prueba	81,0%	19,0%	100,0%
clínico (No Especificado)	Recuento	2	0	2
	% dentro de Prueba	100,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	47	576	623
	% dentro de Prueba	7,5%	92,5%	100,0%

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

GRÁFICO N°15

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO PARA DETECTAR CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

La tabla muestra que un 16% de las mujeres del estudio se les diagnosticó con el Papanicolaou solamente, el 0.5% con sólo IVAA, el 80% con PAP + IVAA, el 3% con Biopsia y clínicamente el 0.5%

CASOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO

TABLA N° 16

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI AÑO 2009

(Resultado)

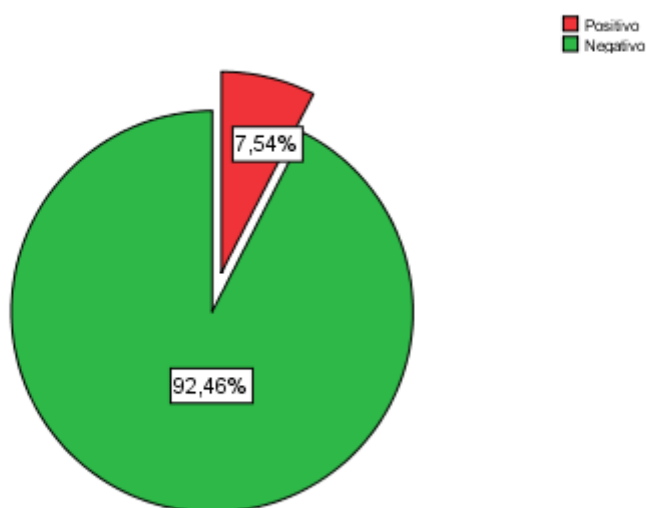
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Positivo	47	7.5	7.5	7.5
	Negativo	576	92.5	92.5	100.0
	Total	623	100.0	100.0	

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

GRÁFICO N°16

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

CASOS DE CÁNCER CERVICO UTERINO REGION UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

Se observa en el gráfico una frecuencia de 7.54% de casos positivos de cáncer cérvico uterino según los reportes de Papanicolaou, anatomía patológica y egresos de GO (casos nuevos), de los Hospitales: Regional de Pucallpa y Amazónico de Yarinacocha el año 2009.

Discusión y/o análisis:

Para el Año 2009 la población MEF de Ucayali era de 97,236 (22.5%) de la población total de la región, 432,159 Habitantes, Según el compendio estadístico del INEI 2007, la mayor densidad poblacional se concentra en las provincias de: Coronel Portillo y Padre Abad.

Según la normatividad del MINSA 2008 para el programa de CCU, se debería realizar Papanicolaou e IVVA a la población de riesgo entre 30 a 49 años. No obstante la norma permite el criterio del proveedor de salud a realizar la detección a menores de 30 años y mayores de 49. Según los registros de detección de Cáncer cérvico Uterino para el 2009, sólo se realizó 2550 detecciones (PAP e IVAA) en el Hospital regional de Pucallpa y 1530 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. En total 4085 que corresponde al al 18.6 % de la población MEF para ese año, es decir la detección precoz solo cubre a menos del 20% de la población en riesgo.

TABLA N° 17

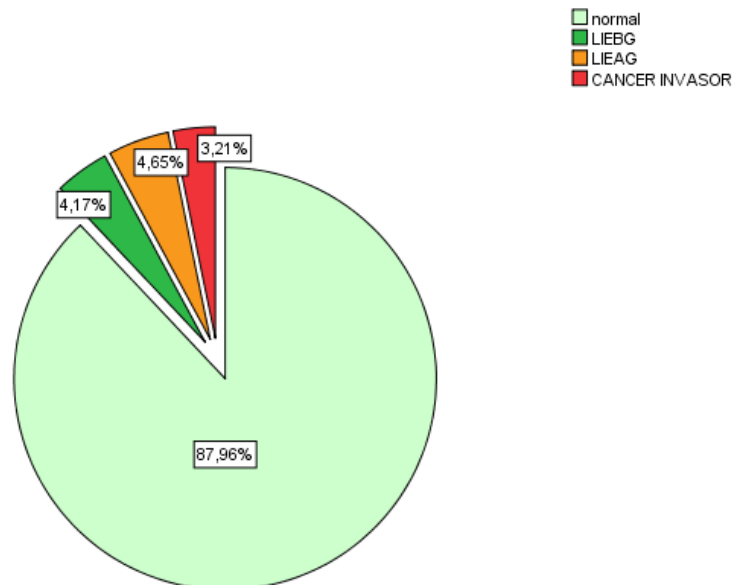
CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO REGISTRADAS EN LA REGIÓN UCAYALI: HRP Y HAY, AÑO 2009

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	normal	548	88.0	88.0	88.0
	LIEBG	26	4.2	4.2	92.1
	LIEAG	29	4.7	4.7	96.8
	CANCER INVASOR	20	3.2	3.2	100.0
	Total	623	100.0	100.0	

Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

GRÁFICO N° 17

CASOS DE LESIONES PREMALIGNAS Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO REGISTRADAS EN LA REGION UCAYALI AÑO 2009



Fuente: Registro de Papanicolaou, Anatomía patológica, HISMIS del HRP y HAY año 2009

En el estudio se encontró que el 88% de los casos fueron normales, El 12% de los casos fueron anormales de los cuales: el 4.17%LIEBG, EL 4.65% LIEAG y 3.21% Carcinoma invasor.

3.2 CONCLUSIONES:

1. Se evidencia un alto grado de asociación entre cáncer cervicouterino y los factores tanto biológicos como socioculturales, siendo los mayor grado de asociación son el PVH, la edad, la Paridad, El inicio precoz de las relaciones sexuales, PAP previo, área de residencia y uso de medicina alternativa.
2. Respecto a los **factores biológicos: La Edad** con respecto al Cáncer Cérvico uterino (CCU), en el estudio se ha encontrado que el grupo donde más frecuente se presenta cáncer invasor es mayores de 40 años. Asimismo la máxima incidencia del cáncer in situ está entre 30 a 40 años. Se encontró 1 caso de CCU en menor de 20 años.

Paridad: En el estudio se encontró que en mujeres que tienen de 4 hijos a más tienen 5 veces mayor probabilidad de Cáncer Cérvico uterino que las que tienen menor o igual a tres hijos, por lo tanto la parida esta en relación directa con la incidencia de cáncer de cuello uterino; a mayor paridad mayor incidencia de CCU. El Intervalo de confianza (IC) en este factor de riesgo está entre 2,615 – 9,217 con una confiabilidad de 95% y el Chi cuadrado de Pearson de 28.740 que lo que indica significancia estadística.

Abortos: Asimismo en el estudio se encontró que existe una relación directa entre el número de abortos y el cáncer cérvico uterino, Aquellas mujeres con antecedentes de 3 ó más abortos tienen el riesgo de 2.3 veces mayor de presentar cáncer que las que tienen sólo 2 ó 1 aborto. Estadísticamente el Intervalo de confianza (IC) en este factor de riesgo está entre .826– 6,102 para una confiabilidad de 95%, el Chi cuadrado Pearson es 2.645 y una significancia de 0,104 lo que significa que n° de Abortos no se asocia a CCU.

La infección por PVH con cáncer cérvico uterino presentó un alto grado de asociación, lo que se comprueba con la prueba Chi cuadrado de Pearson cuyo resultado es de 417,529, una confiabilidad de 95% ,con IC entre 165,694 a 3303,569 y con una significancia “p” de 0.000.

3. Respecto a los **factores socioculturales: El grado de instrucción** asociado a cáncer cérvico uterino se concluye que existe una tendencia a presentarse en los niveles educativos más incipientes, en las mujeres con nivel educativo primaria incompleta 5 de 7 son casos de cáncer (71%). En el nivel superior no universitario 3 de 4 (75%). En conclusión referente al grado de instrucción y CCU se encontró un alto grado de asociación con un Chi cuadrado de Pearson de 80,315 y un grado de significancia de 0.000.

En lo referente a **ocupación** en el grupo de trabajadoras dependientes 60 de cada 100 presentó cáncer cérvico uterino, asimismo en el grupo de trabajadoras independientes 27 de cada 100 y en las amas de casa 26 de cada 100 presentaron la enfermedad.

Respecto al **área de procedencia** asociados al cáncer cérvico uterino las mujeres que viven en el área rural tienen 3 veces más probabilidad de presentar CCU en relación a las mujeres de área urbana.

Los Casos del estudio corresponden a: área urbano marginal el 49.1%, el 24.5% área urbana y el 26.4% área rural.

Respecto al uso de **medicina alternativa y tradicional** las mujeres del estudio, el 40% tiene tendencia a usa estos productos aun conociendo su diagnóstico. Esto constituye una barrera cultural porque al recibir su diagnóstico el 40% de mujeres acudirán a recibir medicina tradicional. Exponiéndose al riesgo de permitir que el Cáncer cérvico uterino alcance a etapas más avanzadas. Existe un 60% de los casos no usan medicina alternativa. Estadísticamente se comprueba el grado de asociación entre esta variable y el CCU. El Chi Cuadrado de Pearson de esta variable es 53,422 con una significancia de 0.000.

Respecto al **autocuidado de su salud** podemos evidenciar que existe un 48% con actitudes negativas respecto al cuidado de su salud, lo que

constituye una barrera de acceso a los servicios de salud. Y que las predispone al riesgo de cáncer cérvico uterino. Evidenciándose la necesidad de trabajar aspectos educativos en este tema.

Respecto al **inicio de la vida sexual** en el presente estudio se muestra que las jóvenes que inician vida sexual antes de los 19 años tienen 3.5 veces más probabilidad de hacer cáncer cérvico uterino CCU, con un IC de 1,056 – 11,729 un Chi Cuadrado de Pearson de 4,73 y una significancia de 0.030.

Respecto a la **Andría** (número de parejas sexuales) existe un riesgo relativo de dos veces más probabilidad de hacer cáncer cérvico uterino en mujeres con 3 o más parejas sexuales en relación a las de 2 o menos parejas. Estadísticamente en el estudio la significancia es de 0.076 y el intervalo de confianza está entre 0.929 – 3.723. Por lo tanto no existiría asociación entre Andría y CCU. No se encontró el dato de parejas del esposo, como en otros estudios.

Temor al Papanicolaou (PAP): El 72.4 % de las mujeres encuestadas no tiene temor a realizarse la prueba de Papanicolaou (PAP), pero; aunque existe un 27.6% que tienen temor al PAP.

En lo referente al uso de **métodos anticonceptivos (MAC)** se muestra que de los casos en estudio el 55.5% no usaron métodos anticonceptivos, el 15.2% usaron métodos hormonales, 13.3% métodos quirúrgicos, el 5.5% usaron método de barrera (condón) y 0.001% usaron DIU. El 10.3% de las mujeres en estudio no usaron método anticonceptivo porque ya no lo necesitaban. De las mujeres que usaron métodos anticonceptivos, los hormonales se asocian más a cáncer cérvico uterino, contrario a ello el condón se constituye en un factor protector a cáncer de cuello uterino.

Estadísticamente tener un **Papanicolaou (PAP) previo** se constituye en un factor protector para cáncer cérvico uterino. En el estudio 6 de cada 100 mujeres con PAP previo hicieron cáncer a diferencia del grupo que no tuvieron PAP previo, 15 de cada de cada 100 hicieron CCU.

Estadísticamente el Intervalo de confianza (IC) en esta variable está entre 0,221 – 0.737 para una confiabilidad de 95% el Chi cuadrado de Pearson es de 9,188 con una significancia de Pearson es 0,002.

Respecto a las **pruebas utilizadas en el diagnóstico** el 16% de las mujeres del estudio se les diagnosticó con el Papanicolaou solamente, el 0.5% con sólo IVAA, el 80% con PAP + IVAA, el 3% con Biopsia y clínicamente el 0.5%.

De los 47 casos de CACU encontrados el 59.5% fueron diagnosticados tanto con PAP+IVAA, PAP e IVAA, un 36% con Biopsia y un 4.3% clínicamente.

4. La **Frecuencia de Cáncer** cérvico **uterino** es de 7.54% de cáncer de cérvico uterino (CCU) en la región Ucayali.

La frecuencia de lesiones premalignas en relación a todos los casos del estudio son, el 4.17%LIEBG, EL 4.65% LIEAG y 3.21% Carcinoma invasor, (88% Normales).

Considerando sólo los casos anormales la frecuencia de lesiones premalignas es: 34.7% LIEBG, 38.8% LIEAG y 26.4 cáncer invasor.

RECOMENDACIONES:

Según lo encontrado en el estudio se recomienda lo siguiente:

1. Es necesario actuar sobre los determinantes sociales, en este trabajo denominados **Factores de Riesgo bio socioculturales**, que condicionan el cáncer cérvico uterino por lo tanto se requiere acondicionar la normatividad local existente en lo referente a Prevención, Detección precoz y tratamiento oportuno de Cáncer cervicouterino. Trabajar en la prevención Primaria (vacunación) y Prevención secundaria: Tamizaje de cáncer cervicouterino, considerando edades menores a las que establece la Estrategia Nacional de cáncer cervicouterino.
2. Para revertir factores biológicos como elevada paridad, alto número de abortos y transmisión de PVH, es necesario Implementar un **Plan Multisectorial** para disminuir el cáncer de cervicouterino en la región Ucayali. Teniendo en cuenta la Prevención Primaria y secundaria para Cáncer cervicouterino antes mencionadas.
Fortalecer la oferta de servicios, tanto en recursos humanos como en recursos materiales equipamiento e infraestructura, para que las mujeres en edad fértil de nuestra región Ucayali tengan acceso a las pruebas de detección precoz y tratamiento oportuno de lesiones premalignas. Y así
3. Fortalecer la Atención de Primer Nivel para y el trabajo comunitario para la búsqueda activa y seguimiento de casos. Establecer la estrategia del “barrido” para mejorar la cobertura de la vacunación anti PVH, para prevenir primariamente la enfermedad cáncer de cuello uterino en la región.
Implementar mecanismos para facilitar el acceso a la información y educación en salud, de la población en general que incida en mejorar algunos patrones de conducta sexual y estilos de vida.
Potenciar las actividades Educativas que ayuden a disminuir la inequidad de género. La Educación Sexual Integral (ESI), en las instituciones educativas y de servicios diferenciados a las y los adolescentes, orientados a la postergación del inicio de su vida sexual, no sólo por riesgo de embarazos y abortos a edades tempranas, sino también por el alto riesgo de aumentar el

número de parejas sexuales y el riesgo de Transmisión de PVH que es un factor determinante para cáncer cervicouterino.

Los patrones sociales y conductuales de la población amazónica están ligados a la cultura propia de la región, a pesar de ello facilitar el acceso a la educación, disminuirá la inequidad de género porque les permite conocer sus derechos y ser independientes económicamente.

4. Incrementar la cobertura de Papanicolaou e IVAA, así como Colposcopia, Crioterapia y Anatomía Patológica, para así tener las estadísticas reales de Cáncer cervicouterino en la región Ucayali. Así como mismo mejorar y unificar el registro de la información.

Es necesario seguir desarrollando investigaciones que nos permitan identificar causalidad de cáncer cervicouterino en la región Ucayali a través de la tipificación del virus PVH que se encuentra circulando en nuestra zona.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sistema de Hechos Vitales: defunciones estimadas al 2011
2. Oficina de Estadística y Epidemiología Diresa Ucayali- 2009
3. Estadísticas del Programa Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Regional de Pucallpa Año 2009
4. Cáceres G E. Cáncer y Pobreza. Acta Cancerológica 1993;33 (3):2-3. Disponible en Web www.geosalud.com/cancerpacientes/epicancercervical.htm
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008, Jesús María, Lima 11 PERÚ, Disponible en: Web: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR234/FR234.pdf>
6. Staff A. Cervical Intraepithelial Neoplasia. In: The Linde's Operative Gynecology Sevent Edition 1992:1141-1160, Thompson JD and Rock JA (eds).
7. Ville LL. Epidemiología y Evolución de los Papiloma Virus Humano. Acta Cancerológica 1993;33 (3): 33-18.
8. Restrepo HE, Gonzáles J, Roberto E y Col. Epidemiología y Control del Cáncer del Cuello Uterino en América Latina y El Caribe. Bol. Sanit. Panam 1987,102(6):578-590.
9. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10[Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
10. Ramos W., Venegas D., y colaboradores "Análisis de la Situación de cáncer en el Perú", Lima Ministerio de Salud,: Dirección General de Epidemiología, 2013, Pag 50,51
11. Sellors, John W. "La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes" Washington, D.C.: OPS, © 2003. Disponible en <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>
12. Sánchez Carlessi H. y Reyes Meza C. (2006). Metodología y diseños en investigación científica. Edit. Visión Universitaria. Lima – Perú. pp.222

13. Sampieri R., Fernandez C. y Batista M “Metodología de la Investigación” 5ta Edición 2010 México Interamericana Editores, S.A de CV- Subsidiary of The Mc Graw Hill.
14. Ruiz R. “Historia y Evolución del Pensamiento Científico” México 2006
15. Epi Info™ User Guide – Chapter 12 – StatCalc. Disponible en https://www.cdc.gov/epiinfo/pdfs/userguide/12_statcalc.pdf
16. Capoten L. “Epidemiología del cancer de cuello uterino en America Latina” Programa de Oncología. Ministerio PP Salud. Venezuela (2000-2010).
17. Encuesta Demográfica de salud Familiar del Perú ENDES 2007-2008. Disponible en <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR234/FR234.pdf>
18. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003;348(6):518-527.
19. Ortiz R, M.D.** , Claudia Janeth Uribe Pérez, M.D.** , Luis Alfonso Díaz Martínez, M.D.** , Yuriko Rafael Dangond Romero, “Factores de Riesgo Asociados a Cáncer Cérvico Uterino” Colombia-Bucarfamanga Rev. Col. Gin. Y Obst. Vol. 55 No.2 • 2004 • (146-160).
20. Dávila, H; García, A; Álvarez, F. “El cáncer de Cuello Uterino”, Hospital General Docente “Héroes de Baire”. Isla de la Juventud, Cuba.2003-2009.
21. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 177-186.)
22. Castro M., Jiménez, M.D., Vera-Cala L., Posso-Valencia H. - España “EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ESTADO DEL ARTE Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 1 • 2006 • (182-189)
23. Vergel L., Bembé Y., González A., Coroa L. y González Y. “Epidemiología del cáncer cérvicouterino en el Municipio Bolivia” Bolivia. 2002 – 2007
24. Garcés M. “Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino 2007” Policlínica Universitaria Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín-Cuba Correo Científico Médico de Holguín 2010;14.
25. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human

papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359:1085-92.

26. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. "La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino". J Clin Pathol 2002; 55: 244-65.

27. Ortiz R., Uribe C., Diaz L., Dangond Y., Et al, "Factores de Riesgo para cáncer de cuello uterino" Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 No.2 • 2004 • (146-160)en. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>

28. Castro M., Vera C., Posso H. "Epidemiología del cáncer de cuello uterino: Estado del arte. Valencia- España. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 1 • 2006 • (182-189), disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214319006>

29. Castro B. E. en Sullana- Perú en su estudio: "Edad de inicio de relaciones coitales y numero de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Sullana II -2"

30. Gutiérrez C., Romaní F., Ramos J., Alarcón E. y Wong P. "Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008" Revista Peruana de Epidemiología, ISSNe Vol. 14, N°. 1, 2010.

31. Núñez-Rengifo C. "Tamizaje cervicouterino usando papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la Región Loreto 2010" Rev. Ciencia Amazónica (Iquitos) 2011, Vol. 1, No. 1, 13-22

32. Ramos W., Venegas D., y colaboradores "Análisis de la Situación de cáncer en el Perú", (2011). Lima Ministerio de Salud,: Dirección General de Epidemiología,

33. Ortiz R. “Factores interculturales Asociados al rechazo del Exámen de papanicolaou en mujeres en edad reproductiva – comunidad San Francisco – Yarinacocha, Pucallpa 2008” (2010)
34. Coronado G. “cáncer de cuello uterino asociado a Relaciones sexuales sin Protección en Usuarias atendidas en el Hospital regional de Pucallpa 2008 – 2011”.
35. Oficina de Estadística y Epidemiología de DIRESA Ucayali 2007, 2008 y 2009
36. Pacheco RJ. Ginecología Obstetricia y Reproducción vol I. 2da Edición Lima – Perú. ISBN 978-603-45032-0-5 / REP SAC. 2007; p: 751-783.
37. Lancaster W. “Historia natural de la infección del cérvix uterino por el virus papiloma humano”. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):84-92
38. Berek JS, Novak “Ginecología de Novak” 14ava Edición pags. 1459-1500.
39. Guía de práctica Clínica – Instituto Nacional de enfermedades Neoplásica INEN 2011. Disponible en web : http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/03022011_R.J_011_2011OKEY.pdf
40. Sociedad Americana de Cáncer “American Cancer Society”, Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-causes-risk-factors>
41. Mohar A, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora-Macías T, de la Garza JG. Epidemiología descriptiva del cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública Méx 1997;39:253-8.
42. Hasenyager C. Knowledge of cervical cancer screening among women attending a university health center. J Am Coll Health 1999;47:221-4.
43. Hidalgo L. “Educación e Interculturalidad: entre la diversidad y la desigualdad” Aula Intercultural 2009. disponible en: <http://aulaintercultural.org/2009/09/25/educacion-e-interculturalidad-entre-la-diversidad-y-la-desigualdad/>.
44. Mazza N. y Gonzales L. “Interculturalidad en el Perú – Salud sin Límites Perú”. 1er Edición. Editorial Realidades S.A. 2011
45. Geosalud.net [internet]. Costa Rica, Uruguay: Geosalud; 2004 Epidemiología del carcinoma del cuello uterino [citado en octubre del 2016] disponible en: <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/epicancercervical.htm>

3.5 ANEXOS

3.5.1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO N° 1:

FACTORES DE RIESGO BIOSOCIOCULTURALES ASOCIADOS A CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI:HRP y HAY, AÑO 2009

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODO DE INVESTIGACION
<p>Problema Principal</p> <p>¿Qué correlación existe entre los factores bio-socio-culturales y el desarrollo del cáncer Cervicouterino en la Región Ucayali el año 2009?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar los factores de riesgo bio-socio-culturales y su grado de asociación al desarrollo de cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>“Los factores de riesgo bio-socio-culturales se asociarían significativamente al desarrollo de cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali el año 2009”</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Factores de riesgo biológicos</p> <p>Factores socioculturales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad : <20 años <ul style="list-style-type: none"> De 21 a 30 De 31 a 40 De 41 a 50 De 41 a 50 De 51 a más ✓ Paridad (>3/<=3) ✓ N° de Abortos (<3 />=3) ✓ Infección por PVH. (SI / NO) • Grado de • Instrucción (Rangos) • Ocupación (ama de casa, Trabajadora dependiente, trabajadora Independiente) • Edad de inicio de 	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo-analítico-correlacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Según el tiempo de ocurrencia de los hechos el estudio fue retrospectivo, ▪ Según el período de tiempo el estudio fue transversal. <p>Nivel de</p>

				<p>las relaciones sexuales (≤ 19 / > 19 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andría (< 3 / ≥ 3) • Procedencia: (Urbana zona <i>periurbana</i>, <i>rural</i>). • <i>Uso de Medicina tradicional</i> (si usa, No usa). • Autocuidado de su salud (no tiene tiempo, no quiere ir a su tratamiento, no cree en su diagnóstico, si acude) • Temor al PAP (si/no) • Anticoncepción (Hormonales, DIU, Condón, Quirúrgico, no necesita, no usa) • PAP previo (si/no) • Método de Diagnóstico Utilizado (PAP, IVAA, PAP+IVAA, BIOPSIA, METODO CLÍNICO) <p>LIEBG (Lesiones intraepiteliales de bajo grado)</p> <p>LIEAG (Lesiones intraepiteliales de alto</p>	<p>Investigación:</p> <p>Nivel de investigación es descriptivo correlacional.</p> <p>Diseño de Investigación:</p> <p>No experimental transversal correlacional</p> <p>Universo:</p> <p>La población del estudio lo constituye todos los casos de registro de Papanicolaou e IVAA e ingreso Nuevos de casos de cáncer al Hospital Regional de Pucallpa y al Hospital re Yarinacocha el año 2009. Estuvo constituida por:</p>
--	--	--	--	---	--

				grado, no Incluye Ca Insitu). Se consideran casos positivos desde Ca Insitu hasta cáncer invasor desde el estadio Ia ₁ hasta el IVb	4257 casos. Muestra: La muestra se seleccionó a través del Programa Epi Info 7. Se consideró un nivel de confianza del 99.99% , un error del 5%un efecto de diseño de 1y un cluster de 2. Asimismo se tomó de manera proporcional a la cantidad de población de cada establecimiento. Además se tuvo en cuenta criterios inclusión y exclusión.
Problemas Secundarios 1. ¿Cuáles son los factores biológicos y su grado de asociación al cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha de enero a Diciembre del 2009?	Objetivos secundarios Identificar los factores biológicos y su grado de asociación a cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009. Identificar los factores socioculturales y su	Hipótesis Secundarias 1. Existirían factores biológicos que se asociarían significativamente al desarrollo de cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009. 2. Existirían factores socioculturales		Frecuencia de factores Biológicos y grado de asociación a cáncer cérvico uterino.	Instrumentos: Ficha de recolección de

<p>2. ¿Cuáles son los factores socioculturales y su grado de asociación al cáncer cérvico uterino Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha el año 2009?</p>	<p>grado de asociación a cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009.</p>	<p>que se asociarían significativamente a cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali: Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha año 2009.</p>		<p>Frecuencia de factores socioculturales y grado de asociación a cáncer cérvico uterino.</p>	<p>datos y encuesta de factores socioculturales</p>
--	---	--	--	---	---

3.5.2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores Bio-socio-culturales que condicionan el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino en HRP y HAY”

N°	N° Reg. y/o H. CL	Edad	Grado de Instrucción	Procedencia	Nro Partos	Nro. abortos	Andria (N° de parejas sexuales)	Edad de Inicio de Relaciones sexuales	Anticoncepción	PAP previo	Resultado PAP	Prueba Dx. Utilizada	TTO	APOYO	RAZA	RELIGION	OCUPACION

ANEXO 3

ENCUESTA SOBRE FACTORES SOCIO CULTURALES DE CASOS DE CÁNCER
CÉRVICO UTERINO EN LA REGIÓN UCAYALI

CASO N°:.....H.CL. N°:.....

- I. **ASPECTOS BIOSOCIALES:**
1. **Edad:**
2. **Raza:**
3. **Religión:**
 - a. Católico
 - b. Evangélico
 - c. Otros :
 - d. Ninguno
4. **Grado de Instrucción:**
 - a. Analfabeta,
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria incompleta
 - e. secundaria completa
 - f. superior no universitaria incompleta
 - g. superior no universitaria completa
 - h. superior universitaria incompleta
 - i. superior universitaria completa
5. **Estado civil:**
 - a. Soltera
 - b. Conviviente
 - c. Casada
 - d. Viudas
 - e. Otro:.....
6. **Ocupación:**
 - a. Ama de casa
 - b. Trabajador dependiente.
 - c. Trabajador Independiente
7. **Formula Obstétrica: G.....P.....**
8. **Que Método anticonceptivo usa:**
 - a. Ninguno
 - b. hormonales
 - c. AQV
 - d. Preservativo.
 - e. DIU
 - f. No necesita
9. **Inicio de Relaciones Sexuales:**
10. **Andria:**
- a. < de 3
- b. > = 3

II. FACTORES CULTURALES

1. Se realizó PAP alguna vez:

- a. Si
- b. No

2. Conoce Ud. Su resultado?:

- a. Si:
- b. No

Cuál fue su resultado:

.....
.....

3. Recibió o está recibiendo tratamiento en el hospital.

- a. Si
- b. No Porque?

.....
.....

- a. No tiene tiempo
- b. No quiere ir a su tratamiento
- c. No cree en su diagnóstico

4. ¿Recibe tratamiento con medicina natural?

- a. Si, ¿cuál?
- b. No

5. ¿Recibe apoyo para el tratamiento de su enfermedad?

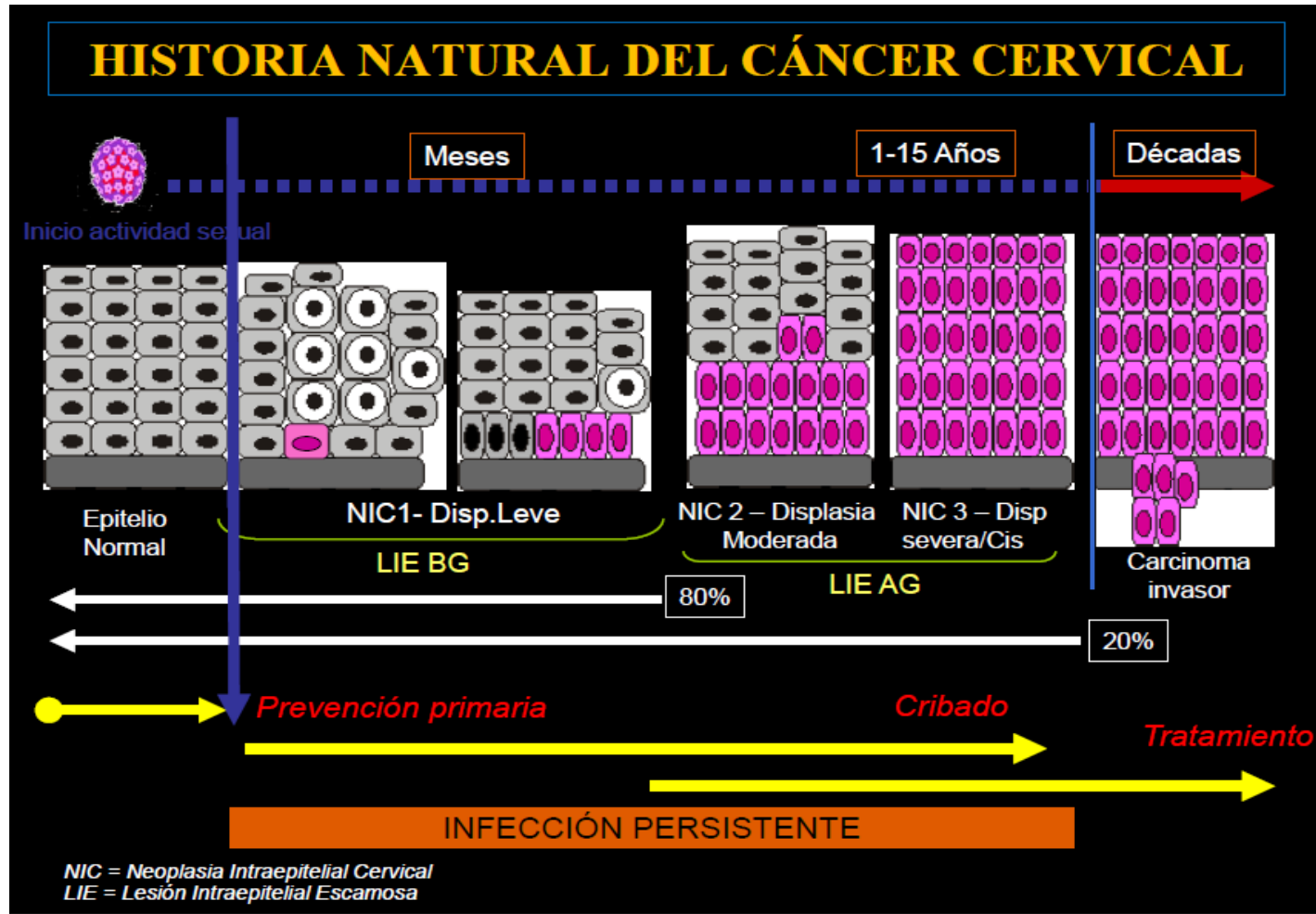
- a. Si
- b. no(pase a 7)

6. ¿De quién recibe apoyo?

- a. Pareja o familia
- b. Amigos
- c. SIS
- d. Otros:.....

ANEXO 4

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO



ANEXO 5
LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01: Edad asociada a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	38
TABLA 02: Número de partos asociados a cáncer cérvico uterino región Ucayali año 2009.....	41
TABLA 03: Número de abortos asociados a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	43
TABLA 04: Infección por PVH asociado a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	45
TABLA 05: Grado de instrucción asociado a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	47
TABLA 06: Ocupación asociada a cáncer cérvico uterino en mujeres Encuestadas en la región Ucayali año 2009.....	49
TABLA 07: Edad de inicio de relaciones sexuales asociada a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	51
TABLA 08: Número de parejas sexuales (Andría) asociadas a cáncer cérvico uterino región Ucayali año 2009.....	53
TABLA 09: Área de procedencia asociada cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	55
TABLA 10: Uso de medicina alternativa asociados a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	58

TABLA 11: Autocuidado de su salud en mujeres asociado a cáncer Cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	60
TABLA 12: Temor al papanicolaou en mujeres asociado a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	62
TABLA 13: Anticoncepción asociada a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	64
TABLA 14: Papanicolaou previo asociado a cáncer cérvico uterino en la región Ucayali año 2009.....	67
TABLA 15: Método de diagnóstico utilizado para detección de cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	69
TABLA 16: Casos de cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	71
TABLA 17: Casos de lesiones premalignas y cáncer cérvico uterino registradas en la región Ucayali año 2009....	73

ANEXO 6
LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 01: Edad asociada a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	39
GRÁFICO 02: Número de partos asociados a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	41
GRÁFICO 03: Número de abortos asociados a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	43
GRÁFICO 04: Infección por PVH asociado a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	46
GRÁFICO 06: Ocupación asociada a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	49
GRÁFICO 07: Edad de inicio de relaciones sexuales asociada a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	51
GRÁFICO 08: Número de parejas sexuales (Andría) asociadas a cáncer cervicouterino región Ucayali año 2009.....	53
GRÁFICO 09: Área de procedencia asociada cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	56
GRÁFICO 10: Uso de medicina alternativa asociados a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	58
GRÁFICO 11: Autocuidado de su salud en mujeres asociado a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	60

GRÁFICO 12: Temor al papanicolaou en mujeres asociado a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	62
GRÁFICO 13: Anticoncepción asociada a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	65
GRÁFICO 14: Papanicolaou previo asociado a cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	67
GRÁFICO 15: Método de diagnóstico utilizado para detección de cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	70
GRÁFICO 16: Casos de cáncer cervicouterino en la región Ucayali año 2009.....	71
GRÁFICO 17: Casos de lesiones premalignas y cáncer cervicouterino registradas en la región Ucayali año 2009.....	73

ANEXO 7
LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N°1	85
Matriz de Consistencia: Factores bio-socio- Culturales asociados a cáncer cervicouterino en Ucayali Año 2009.	
ANEXO N°2	89
Ficha de recolección de datos de los Factores bio-socio culturales asociados a cáncer cérvico uterino en la Región Ucayali Año 2009.	
ANEXO N°3	90
Encuesta de factores culturales asociados..... A cáncer cervicouterino en la Región Ucayali Año 2009.	
ANEXO N°4	92
Historia natural de la enfermedad: Cáncer..... Cervicouterino.	
ANEXO N°5	93
Lista de tablas de cáncer cervicouterino en la..... Región Ucayali Año 2009.	
ANEXO N° 6	95
Lista de gráficos de cáncer cervicouterino en la región Ucayali Año 2009.	
ANEXO N°7	97
Lista de Anexos de cáncer cervicouterino..... en la región Ucayali Año 2009.	
ANEXO N° 8	98
Lista de abreviaturas.....	

LISTA DE ABREVIATURAS

CCU	Cáncer de cuello uterino o cervicouterino.
PAP	Papanicolaou, Estudio de frotis de células del endocérvix y exocérvix para determinar alteraciones en su morfología.
IVAA	Inspección visual con ácido acético al 10%
LIEBG	Lesiones intraepiteliales de bajo grado
LIEAG	Lesiones intraepiteliales de alto grado
PVH	Papiloma virus humano
NIC I	Displasia leve
NIC II	Displasia moderada
NIC III	Displasia severa. CIS
ASCUS	Resultado indeterminado de papanicolaou. Que amerita se repita la prueba o se haga colposcopia.
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
OMS	Organización mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
IARC	Agencia Internacional para la Investigación de Cáncer. (International Agency for research on cancer)
HRP	Hospital Regional de Pucallpa
HAY	Hospital Amazónico de Yarinacocha