



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

TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2012 - 2014”**

PRESENTADO POR:

BACH. OBST. KARINA LIZET TARAZONA GARCIA.

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

HUACHO- PERÚ

2016

DEDICATORIA

Va dedicado a mi Madre, sé que desde el cielo ella está contenta por mi logro ya que siempre quiso que sea así, a mis hijos por ser el motivo de lograr todos mis objetivos trazados, a mi esposo por estar constantemente apoyándome incondicionalmente a mis familiares que de una u otra forma estuvieron conmigo brindándome su apoyo a lo largo de todos estos años.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mi Dios GOJONZON, a mi morenita linda la Virgen de Guadalupe por guiarme e iluminarme cada paso que daba en mi camino por recorrer, no dejando de lado al Hospital Docente de Huacho por abrirme sus puertas y brindarme su apoyo de poder realizar allí mi internado atendiendo y aportando mis conocimientos y poder atender a las pacientes también por dejar realizar las búsquedas de las historias clínicas ya que eran de suma importancia mi trabajo.

RESUMEN

El cáncer del cuello uterino es aquella neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo reviste, este cáncer es muy común en las mujeres.

El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito mundial, no solo por la alta magnitud y trascendencia que implica, sino porque se trata de una enfermedad que, a pesar de ser prevenible, casi en el 100%, aún continúa siendo mortal en la población femenina.

Se realizó un estudio descriptivo por lo cual el presente trabajo de investigación no presento hipótesis. Para investigar los factores de riesgo sociodemográficos

En cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2012-2014 en donde fueron estudiadas 132 pacientes diagnosticada con cáncer de cérvix, el instrumento que se utilizo fue la historia clínica de las pacientes con cáncer de cuello uterino. En esta investigación se encontró que las pacientes de 36 años a más fue de 45.5%, convivientes con un 62%, procedencia rural el 52%, secundaria completa el 58%, multíparas con un 78%, antecedentes familiares 58%, hábito de fumar 38%, métodos anticonceptivos ampolla trimestral 33%, inicio de relaciones sexuales de 10-14 años 40% y de 15-19 53%,andría de 3-4 parejas sexuales 47%, de 1-2 parejas 49%, antecedentes de infecciones de transmisión sexual 61% diagnosticadas con cáncer de cuello uterino neoplasia intraepitelial cervical (NICI) 61%, (NICII) 32%,(NICIII) 7%.

Palabras claves: Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil, factores sociodemográficos, factores ginecológicos.

ABSTRACT

Cervical cancer is one epithelial malignancy that originates in this part of the body at the expense of the squamous epithelium, columnar or glandular lining it, this cancer is very common in women.

The uterine cervical cancer is a major public health problem worldwide, not only by high magnitude and importance involved, but because it is a disease that, despite being preventable, almost 100% still it remains fatal in the female population.

A descriptive study for which the present investigation did not present hypothesis. To investigate risk factors sociodemographic

In cervical cancer in women of childbearing age treated at the Huacho Regional Hospital during the period 2012-2014 which were studied in 132 patients diagnosed with cervical cancer, the instrument used was the clinical history of patients with cancer cervix. In this investigation it was found that patients 36years older was 45.5%, cohabiting with 62%, rural origin 52% complete secondary 58%, multiparous with 78% family history 58%, smoking 38%, quarterly contraceptive methods blister 33%, sex starting 10 -14 years 40% 15-19 53%, Andria 1-2- four sexual partners, 49%,3-4 four sexual partners 47% history of sexually transmitted infections 61%,diagnosed with cervical cancer cervical uterine neoplasia intraepitelial cervical (NICI) 61% (NICII) 32%,(NICIII) 7%.

Keywords: factors for cervical cancer in women of childbearing age, sociodemographic factors, gynecological factors.

Índice

CARATULA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
.....	Índice
e.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPÍTULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	12
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1. Delimitación Espacial:	14
1.2.2. Delimitación temporal:.....	14
1.2.3. Delimitación social:.....	14
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Problema principal	14
1.3.2. Problemas secundarios	15
1.4. Objetivo de la investigación	15
1.4.2. Objetivos secundarios	15
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1. Hipótesis Principal:	16
1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPÍTULO II	19
2.1. Antecedentes de la investigación	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales	21
2.1.2. Antecedentes Nacionales.	24
2.2. Bases teóricas.....	28
2.2.1. Aparato genital de la mujer.....	28
• Órganos genitales externos	28

•	Órganos genitales internos	30
•	Menarquía	32
	2.2.2. Adolescencia	33
	2.2.3. Cáncer de cuello uterino.....	35
•	Histología	35
•	Relación entre el virus y el cáncer de cuello uterino	36
•	Estadios	36
•	Factores de riesgo.....	37
•	Manifestaciones clínicas	38
•	Diagnostico	39
•	Tratamiento	40
•	Prevención	42
	2.3. Definición de términos básicos	43
	CAPÍTULO III	47
	3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
	3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
	3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
	3.3.1. Población:	48
	3.3.2. Muestra:	48
	3.4. VARIABLES	48
	3.4.1 Variable x.....	48
	3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	49
	3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
	3.5.1. TÉCNICAS	50
	3.6. PROCEDIMIENTOS.....	51
	CAPÍTULO IV	53
	4. RESULTADOS	53
	4.1. Factores sociodemográficos.....	53
	TABLA N° 1	53
	TABLA N° 2.....	55
	TABLA N° 3	56

4.2. Factores ginecológicos.....	57
TABLA N°4	57
TABLA N°5	58
4.2. Factores sexuales	59
TABLA N° 6	59
TABLA N° 7	60
TABLA N° 8	61
TABLA N° 9	62
4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	62
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	70
ANEXO N° 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	74

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial. Mundialmente cada año se reportan alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80% corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa.

En el Perú, el cáncer ginecológico (cuello uterino y mama), es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en edad fértil.

La mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 x 100.000 mujeres mayores de 15 años, correspondiente a Ucayali el 22,9% la más alta tasa y a Huancavelica el 13,55% la menor. ²

El cáncer de cuello uterino está considerado en la actualidad como un problema de salud pública y aunque ha disminuido los índices de mortalidad aún no se puede determinar su incidencia real debido al sub registro, además solo el 7% de la población acude a un PAP (papanicolaou) y que solo el 40% de ellos son muestras tomadas de forma adecuada. El cáncer de cuello uterino está considerado en la actualidad como un problema de salud pública y aunque ha disminuido los índices de mortalidad aún no se puede determinar su incidencia real debido al sub registro, además solo el 7% de la población acude a un PAP (papanicolaou) y que solo el 40% de ellos son muestras tomadas de forma adecuada.

En la presente tesis determina los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en edad fértil, y a su vez identifica los factores que encontramos en esta localidad y tal cual dividirla en factores sociodemográficos, en el Hospital Regional de Huacho.

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también de sus objetivos y

justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo.

El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y los procedimientos de estos. En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamiento estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad el número de muertes en mujeres en edad fértil se ha hecho muy evidente a causa del cáncer de cuello uterino, y aunque existen medidas preventivas para disminuir el gran porcentaje de muertes, este no se toma en cuenta.

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo. Mundialmente cada año se reportan alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa.¹

Concluyendo de que el cáncer de cérvix uterino constituye uno de los principales problemas de salud del mundo siendo la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, después de cáncer de mamas.

Así mismo la mortalidad aumenta a partir de los 35 años, presentando sus más altas tasas a partir de los 60 años.

¹ Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 – diciembre 2012.

Además, en la actualidad cada año en el mundo se producen alrededor de 466.000 nuevos casos y cerca del 80% de ellos ocurre en el mundo en desarrollo.²

De otro lado, encontramos a África oriental con el mayor porcentaje de casos 24.24% y a América del Norte con el menor porcentajes de casos 3.23%.²

En el Perú, el cáncer ginecológico (cuello uterino y mama), es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en edad fértil.

La mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 x 100.000 mujeres mayores de 15 años, correspondiente a Ucayali la más alta tasa y a Huancavelica la menor.²

El grupo etáreo más afectado por estadios clínicos avanzados de la enfermedad es entre los 40 y 49 años.²

La citología cervical anormal y el cáncer de cuello uterino son más frecuentes entre las mujeres de los países en desarrollo y ocupa el segundo lugar por orden de frecuencia en todo el mundo, con más de medio millón de casos nuevos al año.

El cáncer de cuello uterino está considerado en la actualidad como un problema de salud pública y aunque ha disminuido los índices de mortalidad aún no se puede determinar su incidencia real debido al sub registro, además solo el 7% de la población acude a un PAP (Papanicolaou) y que solo el 40% de ellos son muestras tomadas de forma adecuada.

²Perfil epidemiológico y clínico de cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología en el Hospital Edgardo Rebagliategui Martins Hernandez Alarcon Ronald.1992. Perú

Así mismo en el Hospital Regional de Huacho se realizó un registro de 251 papanicolaou para lesión intraepitelial, en el año 2012 se registró un total de 113 Papanicolaou positivos para lesión intraepitelial, en el 2013 se registró un total de 85 casos papanicolaou positivos para lesión intraepitelial, actualmente para el año 2014 se registró un total de 53 casos positivos papanicolaou positivos para lesión intraepitelial teniendo en cuenta de que esos años no se realizó papanicolaou a menores de 14 años.³

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Delimitación Espacial: La investigación se realizó en el Hospital Regional de Huacho en el área de cáncer.

1.2.2. Delimitación temporal: Mujeres en edad fértil atendidas de enero a diciembre del año 2012 al 2014.

1.2.3. Delimitación social: El estudio se ha realizado con las historias clínicas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital Regional de Huacho 2012 - 2014?

³ Información Estadística Del Hospital Regional De Huacho- Oyon S.B.S. 2016

1.3.2. Problemas secundarios.

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014?
2. ¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014?
3. ¿Cuáles son los factores sexuales asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014?
4. ¿Cuáles son los estadios de cáncer de cuello uterino diagnosticadas en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012–2014?

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo principal

- Identificar los factores de riesgo asociados de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014

1.4.2. Objetivos secundarios

1. Identificarlos factores sociodemográficos asociados cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 -2014.

2. Identificar los factores ginecológicos asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014.
3. Identificar los factores sexuales asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014.
4. Identificar los estadios de cáncer de cuello uterino diagnosticadas en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 - 2014.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis Principal:

- ✓ (Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis).

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Debido a la incidencia de casos de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil que acuden a recibir atención en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Huacho, esta investigación se basó en el estudio de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino.

Aspecto Teórico: El aporte de la presente investigación pretende construir un criterio más amplio de fundamentos, factores de riesgo y estrategias que ayuden a mejorar el manejo oportuno y adecuado de esta patología.

Aspecto Práctico: De acuerdo a los objetivos de la presente investigación, sus resultados permitirán sugerir estrategias específicas para realizar la prevención y promoción de los factores de riesgo que condicionan el cáncer de cuello uterino.

Aspecto Metodológico: El presente estudio que se somete a consideración, constituye un valioso aporte teórico referencial en función al análisis de los efectos que se manifiestan en los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino. Con el aporte de este estudio servirá como consulta para trabajos sucesivos y además para realizar la prevención de este hecho.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito mundial, no solo por la alta magnitud y trascendencia que implica, sino porque se trata de una enfermedad que, a pesar de ser prevenible, casi en el 100%, aún continúa siendo mortal en la población femenina.⁴ Cada año alrededor de 500,000 casos nuevos de mujeres con neoplasias cervicales, son diagnosticados en todo el mundo. Se estima que alrededor de 231 000 muertes son atribuidas a esta patología, de ellas cuatro de cinco, ocurren en países que se encuentran en vías de desarrollo.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSA), durante el año 2011, realizó un análisis de la situación del cáncer, estimándose que el número de defunciones por neoplasia maligna del cuello del útero fue 1 603, con una tasa de mortalidad ajustada del 5,6 por 100 000 mujeres.⁵ Asimismo, el Registro de Cáncer de Lima y de Trujillo ha coincidido en que la incidencia de cáncer cervical en el Perú tiene una de las incidencias más altas del mundo. En base a estos registros la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer estimó que el número de casos esperados de cáncer de cuello uterino en la población femenina del Perú en el

⁴Cabrera D, Palacios R, Guzmán J. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. *RevMedInstMex Seguro Soc.* 2014; 52(2):168-75.

⁵Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología; 2013.

año 2010 fue de 5.581, con una tasa de incidencia de 37.03%, número que se incrementaría a 6.473 en el año 2015 (40.25%)⁶

Por ello a todas las mujeres que acceden a los servicios de Ginecología y Obstetricia de los diferentes establecimientos de salud se les concientiza sobre la importancia de la práctica de citología cervical o Papanicolaou como método de tamizaje; sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, esta neoplasia continúa siendo una de las primeras causas de muerte en mujeres de 25 a 64 años.

Existen programas o estrategias de detección y prevención del cáncer cérvico-uterino que tienen como objetivo detectar lesiones cervicales en etapas tempranas, por ello en algunos países como Estados Unidos, tras la implementación de estrategias de este tipo, la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino se redujo en más del 70% (años 1950-1970). Por el contrario, en países que carecen de programas de “screening” (tamizaje), la mayoría de los casos son diagnosticados en etapas tardías.

Diversos estudios señalan que existe una asociación entre los resultados de la citología cervical y las características personales de mujeres que acuden a realizarse la prueba de Papanicolaou, los cuales son:⁷

Tafurt y asociados en el año 2012, en su estudio titulado “Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia” encontraron que tener relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, el uso de anticonceptivos hormonales y no realizarse la citología anualmente fueron factores de riesgo asociados a citología anormal.

⁶Rodríguez G, Barrios E, Vasallo J. Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en Uruguay. RevMed Uruguay 2005; 21: 200-206.

⁷Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O; Galdós R, Cáceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. 2014. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/enefeb04/29-33.html>

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- 1. Cáncer de cuello uterino. Henry Luis Dávila Gómez; Abel García Valdés; Félix Álvarez Castillo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba. 2010.⁸** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar el comportamiento del cáncer de cuello uterino en una muestra de 162 pacientes con este diagnóstico durante el periodo 2003 - 2009, en la Isla de la Juventud. A partir de la revisión de los reportes de casos de la Unidad Nacional de Cáncer, las historias clínicas individuales del Hospital General Docente de la Isla de la Juventud y del Instituto Nacional de Oncología y Radiología (INOR), así como los reportes de fallecidos, se pudo observar que el 63 % de los casos se presentaron en mujeres de 34 a 57 años y que el 20 % estaban en edades fuera del programa de pesquisa. El antecedente de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y/o infección por virus del papiloma humano (HPV) y el tabaquismo fueron los factores de riesgo más frecuentes. Predominó el carcinoma epidermoide no queratinizado de células grandes y el estadio 0 o *si situ*. A la mayor parte de las pacientes se les practicó tratamiento quirúrgico como terapia inicial. La mayor mortalidad se observó entre la 5ta y 6ta décadas de la vida, con una supervivencia "aceptable" al término de 5 años.
- 2. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cérvico vaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de Salud de Medellín, 2010-2012 Jaiberth Antonio Cardona-Arias,**

⁸Cáncer de cuello uterino. Henry Luis Dávila Gómez; Abel García Valdés; Félix Álvarez Castillo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba. 2010. 36(4)603-612

Colombia. 2012.⁹ El cáncer cérvico-uterino es la enfermedad maligna más frecuente en mujeres colombianas; la tamización con la citología cérvico-vaginal ha sido útil para disminuir su morbilidad y mortalidad. Objetivo: determinar la prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervical, en mujeres atendidas en una institución prestadora de servicios de salud, Medellín 2010 - 2012. Métodos: estudio de prevalencia en 205 917 mujeres del programa de detección y prevención del cáncer cervico-uterino de Metro salud. Se calculó la prevalencia global de cada uno de los hallazgos oncológicos y de forma específica según el grupo etario y el método de planificación y sector de residencia. Resultados: la prevalencia global de alteraciones citológicas fue 8,5 %; las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de bajo grado se presentaron en el 2%, las de alto grado en 0,3%; las células escamosas atípicas de significado indeterminado en 3,2% y las células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC-US) 0,4 %. En las menores de 30 años se obtuvo una mayor prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, las neoplasias intraepiteliales vaginales de alto grado y células escamosas atípicas de significado indeterminado; en las mayores de 50 se observaron las prevalencias más elevadas de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, inflamación y atrofia. Conclusión: la prevalencia de alteraciones citológica cervicales fue baja en los subgrupos estudiados; las adolescentes constituyen un grupo de mayor riesgo para las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado.

3. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. MSc. Dalgy Rodríguez González, Dra. C. Julia Pérez Piñero, Dr. C. Miguel Sarduy Nápoles. Revista

⁹Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cérvico vaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012 Jaiberth Antonio Cardona-Arias, Colombia. 2012. Pag.219-245

Cubana de Ginecología y Obstetricia. Cuba. 2014¹⁰ La infección genital por el virus del papiloma humano desempeña un rol importante en la génesis de las lesiones precursoras y del cáncer de cérvix. Objetivos: describir la frecuencia de infección por el virus papiloma humano, características sociodemográficas y antecedentes de interés e identificar la posible asociación de esta infección con esas variables. Métodos: el estudio clasifica como descriptivo de corte transversal, en mujeres en edad mediana del municipio Cotorro que realizaron la prueba citológica entre el 1ro. de junio de 2012 y el 31 de mayo de 2013. Se constituyeron dos grupos: el primero de 177 mujeres con el diagnóstico citológico de la presencia del virus del papiloma humano y otro de 165 pacientes que no la tenían, se investigó sobre la posible asociación de diferentes variables con la infección de referencia. Resultados: el 68,4 % con infección viral tenía entre 40 y 49 años. Más del 85 % en los dos grupos, tuvo sus primeras relaciones sexuales entre los 15 y 17 años. La multiparidad y las relaciones de pareja fueron halladas en mayor número en las mujeres con infección. Conclusiones: entre las variables estudiadas en el momento del estudio, la edad, la paridad, las relaciones de pareja y la existencia infección de transmisión sexual concomitante estuvieron asociadas a la infección por el virus del papiloma humano.

4. **Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. Francisco Javier Ochoa Carrillo Y María Teresa Velasco Jiménez, Diana Beatriz Guarneros de Regil. Gaceta Mexicana de Oncología. México. 2015.**¹¹ El cáncer cervicouterino es una de las neoplasias que ocupa las primeras causas de muerte en la

¹⁰Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. MSc. Dalgy Rodríguez González, Dra. C. Julia Pérez Piñero, Dr. C. Miguel Sarduy Nápoles. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Cuba. 2014

¹¹Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. Francisco Javier Ochoa Carrillo Y María Teresa Velasco Jiménez, Diana Beatriz Guarneros de Regil. Gaceta Mexicana de Oncología. México 2015.

mujer a nivel mundial, especialmente en países subdesarrollados. Los factores de riesgo asociados guardan estrecha relación con conductas como el inicio de la vida sexual a edad temprana, la multiparidad, la promiscuidad sexual y, especialmente, las infecciones de transmisión sexual como la causada por el virus del papiloma humano. Aunque tradicionalmente se ha relacionado al virus del papiloma humano -16 y 18- con los principales agentes etiológicos de lesiones precancerosas, estudios recientes sobre la prevalencia del virus del papiloma humano en la población mexicana han identificado que la distribución del tipo de virus es diferente en distintas regiones del país, especialmente en el sur del mismo. En cuanto al tipo de virus del papiloma humano más prevalente en mujeres mexicanas, se identificó al 16 en dos de cada tres mujeres. En la última década se han logrado importantes avances en el campo de la inmunización, lo cual ha permitido que se disponga de dos vacunas para brindar protección contra esta infección de transmisión sexual. Evidencia científica surgida de estudios clínicos ha permitido que esta medida preventiva no solo beneficie a la mujer, sino también extender los beneficios al hombre como protagonista del mecanismo de transmisión y de esta manera en un futuro mediano se observe una disminución en la incidencia y la mortalidad por este tipo de cáncer.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

- 1. García Ipanaque Carol. Factores asociados a la no realización del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del centro poblado Manzanares Huacho, de la Universidad José Faustino Sánchez Carrión. Huacho. 2007.** Su objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil de Manzanares. Su hipótesis fue la relación de nivel de conocimientos sobre el Papanicolaou con el nivel de educación afecta la no realización del mismo. Se utilizó un análisis descriptivo, experimental, con una muestra de 208 mujeres. El

cáncer de cuello uterino es la principal causa de muerte y muchas veces esto está relacionado por la falta de desconocimiento, en la realización de pruebas preventivas como el Papanicolaou.¹²

- 2. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. Huamán Cubas, María Milenith. Trujillo 2010.**¹³
- Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. Huamán Cubas, María Milenith. Trujillo 2010.**¹⁴ Con la finalidad de identificar los determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino, se entrevistó 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo, para lo cual se seleccionó de manera aleatoria 25 mujeres de los distritos de Víctor Larco, Florencia de Mora, El Porvenir, La Esperanza, Moche, Salaverry, Simbal, Laredo, Huanchaco, Poroto y 30 mujeres del distrito de Trujillo quienes fueron entrevistadas durante los meses de julio a octubre del 2008. Cada una de las mujeres tuvieron que responder un instrumento destinado a averiguar si las mujeres se habían o no realizado el examen del Papanicolaou durante el transcurso de su vida, así como los posibles determinantes de este procedimiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Z para medias, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello

¹² García Ipanaque Carol, 2007. Factores Asociados A La No Realización Del Papanicolaou En Mujeres En Edad Fértil Del Centro Poblado Manzanares. UNJFSC. Huacho.

¹³ Determinantes Administrativos, Psicológicos Y Culturales En La Actitud Hacia La Prueba Citológica De Cuello Uterino De Mujeres Trujillanas. Huamán Cubas, María Milenith. Trujillo 2010.

¹⁴ Determinantes Administrativos, Psicológicos Y Culturales En La Actitud Hacia La Prueba Citológica De Cuello Uterino De Mujeres Trujillanas. Huamán Cubas, María Milenith. Trujillo 2010.

uterino fue del 15.4%. El tipo de relaciones proveedor y usuario inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino. ($P < 0.05$).

- 3. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Cáncer de cuello uterino: Aspectos inmunológicos y genéticos de mayor relevancia. Revista cubana de medicina. Cuba.2010.** Se hizo una revisión del tema sobre el cáncer de cérvix, problema de salud no resuelto al nivel mundial. Se ha comprobado que, a pesar de existir varios programas de detección precoz, las cifras de incidencia y mortalidad continúan alarmando a la comunidad científica dado que, clínicamente, aun cuando la lesión es localizada, del 15 al 20 % de las pacientes presentan recurrencias.¹⁵

- 4. Características personales y su asociación con los hallazgos de citología cervical de las usuarias que acudieron al Hospital San Juan de Lurigancho. Enero - diciembre 2013. Mesares Salcedo, Elizabeth Sharón. Lima 2015.**¹⁶ Determinar la asociación entre las características personales y los hallazgos de citología cervical de las usuarias que acudieron a los consultorios externos de ginecología del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero a diciembre del 2013. Su metodología es el estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo de corte transversal. En la investigación participaron en total 150 usuarias que acudieron a consultorios externos de ginecología del Hospital San

¹⁵Instituto Nacional De Oncología Y Radiobiología. 2008. Cáncer De Cuello Uterino: Aspectos Inmunológicos Y Genéticos De Mayor Relevancia. Revista Cubana De Medicina. Cuba.

¹⁶Características Personales Y Su Asociación Con Los Hallazgos De Citología Cervical De Las Usuarias Que Acudieron Al Hospital San Juan De Lurigancho. Enero-Diciembre 2013. Mesares Salcedo, Elizabeth Sharón. Lima. 2015.

Juan de Lurigancho en el año 2013, tomándose en cuenta dos grupos muestrales: Grupo de casos (50 usuarias con diagnósticos patológicos de citología cervical) y grupo control (100 usuarias con citología cervical negativo). Se estimaron frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central para el análisis descriptivo. Para el análisis inferencial se calculó la prueba Chi cuadrado, con un nivel de confianza de 95%, y para cálculo del riesgo se calculó el Odd Ratio. En sus resultados existe asociación entre el rango de edad entre 20 a 29 años con el hallazgo normal de citología cervical, ($p=0.025$), siendo considerado un factor protector ($OR=0.255$). Respecto a la asociación entre las características gineco-obstétricas y los hallazgos de citología cervical, se observó que la edad de inicio de las relaciones sexuales después de los 19 años ($p=0.034$), la multiparidad ($p=0.014$), el uso de acetato de medroxiprogesterona ($p=0.044$), el bloqueo tubárico ($p=0.027$), el resultado previo de citología cervical patológica ($p<0.001$), el resultado previo de ITS ($p=0.002$) se asocia al hallazgo patológico o normal de citología cervical, evidenciándose que el inicio de relaciones sexuales después de los 19 años y el uso de medroxiprogesterona fueron factores protectores para la presencia de hallazgos normales ($OR=0.444$ y $OR=0.327$ respectivamente); y la multiparidad, el bloqueo tubárico bilateral, el resultado previo de citología cervical y el antecedente de ITS representaron factores de riesgo ($OR=2.364$, $OR=3.097$, $OR=5.359$, $OR=3.765$ respectivamente). Asimismo, respecto a los estilos de vida, el Índice de Masa Corporal normal se asoció significativamente para un hallazgo normal ($p=0.005$) considerándose un factor protector ($OR=0.224$), mientras que el consumo de alcohol se asoció ($p=0.029$) como factor de riesgo ($OR=4.409$) para hallazgo patológico. En las conclusiones se observa principal asociación entre el índice de masa corporal normal con los hallazgos normales de citología cervical, siendo un factor protector ($OR=0.22$); y asociación entre los resultados

previos de citología cervical con los hallazgos de citología cervical patológica como factor de riesgo (OR=5.35).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aparato genital de la mujer

El aparato genital femenino es un tubo que presenta la particularidad anatómica de poner en comunicación una cavidad serosa con el exterior. Se le divide en órganos genitales internos y externos.

- **Órganos genitales externos**

Es la porción de aparato genital limitada por los surcos genitocrurales, el monte de Venus y el ano, y en profundidad se extiende hasta el diafragma pelviano accesorio.

Comprenden: el monte de Venus, la vulva y el perineo ginecológico.

- ✓ **Monte de Venus:** Es una prominencia celuloadiposa situada delante de la sínfisis del pubis, que tiene forma triangular, que se encuentra cubierta de vello, que sirven de protección y amortiguación.
- ✓ **Vulva:** Es una hendidura sagital mediana, que anatómicamente se divide en:
 - **La región labial:** De origen ectodérmico, que consta de los labios mayores y menores, clítoris y capuchón del clítoris.
 - **La región vestibular:** Cuyo origen es endodérmico, situada entre la sínfisis y el himen.
 - **Labios mayores:** Representan dos rodetes cutáneos, ricos en grasa, que cubren a los labios menores, en las multíparas se encuentran semi abiertos debido a la distensión de los músculos del suelo de la

pelvis, con lo que queda al descubierto la entrada del conducto genital. Los grandes labios están recubiertos de piel y vello por fuera, por dentro, su superficie ofrece un carácter semejante a las mucosas y contienen numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas.

- **Labios menores:** O también llamadas ninfas recubiertos enteramente por mucosa, se hallan situados por dentro de los mayores, de los que están separados por el surco interlabial, rodean al vestíbulo de la vagina y al orificio uretral y poseen numerosas glándulas sebáceas. En el tercio posterior de la cara interna de los labios menores se encuentran a ambos lados los orificios excretorios de las glándulas de Bartholino. Son glándulas acinosas cuyos cuerpos están situados en las partes profundas de los labios mayores y menores.
- **Clítoris:** Se presenta en la parte anterior de la hendidura vulvar, por encima del meato urinario. Está rodeado por la comisura superior de los labios menores, estos forman por encima el glande del clítoris el capuchón o prepucio y por debajo el frenillo clitoridiano.
- **Vestíbulo:** Es la región que se extiende entre los pequeños labios y el orificio de la vagina, bien delimitado hacia adentro por un surco que lo separa del himen (surco vestíbulo himeneal). Su tegumento es de aspecto liso y rosado, contiene formaciones glandulares y eréctiles que rodean la entrada de la vagina. En el vestíbulo desemboca el meato uretral, en un punto situado entre el clítoris y el orificio vaginal.
- **Himen:** Repliegue membranoso de la mucosa vaginal que generalmente presenta una perforación en el centro, abertura que tiene por objeto dar salida a la sangre menstrual, la abertura puede tener también otras dos formas. El himen desgarrado por el primer

coito, se destruye por completo en el parto, quedando solo restos cicatrizales, llamados carúnculas mirtiformes.

- ✓ **Perineo:** El perineo ginecológico es la pequeña región de 3 o 4 cm comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Constituye la base de la formación conjuntivo muscular cuneiforme (por eso se llama cuña perineal) situada entre la vagina y el recto.

- **Órganos genitales internos**

Comprende vagina, útero, trompas y ovarios.

- ✓ **Vagina:** Es un conducto musculo membranoso, orientado en forma de arco de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Forma con el eje longitudinal del útero un ángulo abierto hacia adelante. Se ha demostrado que posee contractibilidad activa, debido a sus capas musculares; internas circular y externa longitudinal. Sus dos caras anterior y posterior, presenta en la línea media de espesamientos longitudinales: las columnas de la vagina. Su extremidad superior se ensancha y forma un fondo de saco circular que rodea al cuello uterino y que se divide en fondo de saco anterior, posterior y laterales.
- ✓ **Útero:** Es un órgano muscular hueco, que tiene la forma de una pera achatada cuya porción más delgada está dirigida hacia abajo, situado en la cavidad pelviana, entre la vejiga y el recto. Comprende dos grandes segmentos. El cuerpo y el cuello, entre los cuales se intercala el istmo, que anatómicamente e histológicamente representa una región de transición. En las nulíparas el útero tiene un diámetro de 6 a 7 cm. Y en las multíparas de 8cm.

El cuerpo constituye el segmento muscular más activo del útero: en la porción superior, de forma triangular, aplanada en sentido antero

posterior. El fondo uterino es la parte del órgano situada por encima de la inserción de las trompas. Los cuernos uterinos son las porciones donde se une el fondo con los bordes laterales del útero. En esta región se fijan los ligamentos útero ovárico hacia atrás, los ligamentos anchos se insertan en los bordes laterales. El cuello representa la zona más baja del útero, mide entre 20 y 30 mm de largo. La inserción vaginal divide al cuello en dos segmentos: el supravaginal y el intravaginal.

- ✓ **Trompas de Falopio:** La trompa llamada también oviducto, se divide anatómicamente en tres partes: intramural, ístmica y ampular. La porción intramural se encuentra en el espesor de la pared muscular del útero. Constituye el segmento más angosto del oviducto, tiene apenas 1mm de diámetro de luz y alrededor de 10mm de largo, se continúa con la porción ístmica de 20 a 40mm de largo y 3 a 4 mm de calibre. La porción ampular que le sigue, por el menor espesor de sus paredes, es más blanda y flexuosa y se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón que termina en pequeños repliegues de la mucosa. Estas lengüetas denominadas franjas del pabellón o fimbrias, rodean el orificio abdominal de la trompa, entre estas franjas existe especialmente desarrollada adherida al ligamento tubo ovárico, que forma el canal que corre a través de la trompa y el ovario, se supone que servirá de desfiladero para el ovulo durante la fecundación, durante este proceso hay una gran actividad ciliar del epitelio de la trompa y los movimientos peristálticos de la musculatura longitudinal y anular de la misma.

- ✓ **Ovarios:** Son 2 órganos del tamaño y forma aproximado a una almendra. Situados en la aleta posterior del ligamento ancho, a los lados del útero. Su tamaño sufre modificaciones cíclicas, alcanzando su mayor porción durante la ovulación y cuando existe el cuerpo

amarillo en la gestación. En el corte, se distinguen 2 porciones:

a) CORTICAL:

Es blanquecina, constituida por tejido conjuntivo denso, en el cual se alojan los folículos que encierran el plasma germinativo. Se halla revestida por el epitelio ovárico (una capa de células cilíndricas, prismáticas, que descansan sobre una lámina conjuntiva que es la albugínea). En el hilio, el epitelio ovárico se continúa sin transición con el endotelio peritoneal a nivel de la línea de Farre- Waldeyer, lo que hace que sea el único órgano intra peritoneal propiamente dicho.

b) MEDULAR:

Es rojiza y está formada por tejido conjuntivo muscular, por ella discurren los vasos y nervios que han penetrado a través del hilio. En la región + interna de la cortical, se encuentran los folículos primordiales. Las gónadas están ricamente irrigadas y los vasos provienen de la arteria ovárica (rama de la aorta), que llega al órgano a través del ligamento infundíbulo ovárico o pelviano. Después de emitir la tubárica externa, alcanza al ovario y se anastomosa con la rama de la uterina en forma terminal, quedando constituido 1 arco de donde salen numerosas ramas que irrigan al ovario.

- **Menarquía**

Se llama menarquia, a la fecha en que aparece el primer periodo menstrual. Esto indica el comienzo de la capacidad reproductiva. El desarrollo de las características sexuales secundarias se asocia a desarrollo mamario, aparición del vello púbico y axilar y aumento de la

estatura. El estirón de la pubertad produce un incremento de la estatura de 8 a 9 cm. anuales durante unos dos años.

El resurgimiento de la frecuencia y amplitud de la liberación de ciertas sustancias del hipotálamo en la pubertad produce la liberación pulsátil de hormona folículo-estimulante y hormona luteinizante, que a su vez inicia la actividad ovárica y el crecimiento folicular. La liberación de la primera de ellas, puede tardar varios meses o incluso años, en ajustarse al patrón adulto y, por lo tanto, el crecimiento folicular será errático al principio. La actividad ovárica aumenta los niveles de estradiol que inducen los cambios puberales, incluyendo el crecimiento del útero y endometrio.

El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y 16 años de edad en la mayoría de las muchachas de países desarrollados. Los primeros ciclos suelen ser anovulatorios y su duración es muy variable.

2.2.2. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años¹⁷.

Sin embargo la Fondo para las Naciones Unidas señala que la adolescencia es una etapa de búsqueda de identidad y de un camino para darle un sentido a la vida y encontrar un lugar en el mundo y que esta etapa

¹⁷OMS. FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA: TENDENCIAS, RASGOS EMERGENTES Y ORIENTACIONES DE POLITICA. Pág. 13

esta abarcada por jóvenes de entre 10 y 19 años de edad que se encuentran dispersos con mayor frecuencia en países desarrollados¹⁸.

La Organización Mundial de la Salud señala que la adolescencia está comprendida por 3 etapas, que son:

- **Adolescencia temprana:** Es aquella que data entre los 10 y 13 años, quien tendrá diferentes cambios a nivel biológico que es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
- **Adolescencia intermedia:** Es la adolescencia propiamente dicha entre los 14 y 16 años; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.
- **Adolescencia tardía:** Es aquella que se presenta entre los 17 y 19 años, aquí no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía;

¹⁸UNICEF. ADOLESCENCIA. Pág. 2

desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales¹⁹.

Pero para la Fondo para las Naciones Unidas, la adolescencia está comprendida por dos fases:

- **Etapa precoz:** Esta etapa está comprendida desde los 10 a los 14 años y son personas que psicológicamente buscan llamar la atención de sus pares y tratan de encajar en grupos sociales.
- **Etapa tardía:** Esta comprendida por un grupo etéreo de 15 a 19 años, en esta etapa los adolescentes ya dejan de preocuparse por encajar en otros.

2.2.3. Cáncer de cuello uterino

El cáncer del cuello uterino es aquella neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo reviste, este cáncer es muy común en las mujeres.²⁰

También conocido como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino, suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, en sus inicios algunas células comienzan a convertirse de células normales en células pre-cancerosas y luego pasan a ser células cancerosas (proceso conocido como Displasia)²¹.

- **Histología**

¹⁹OMS. FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA: TENDENCIAS, RASGOS EMERGENTES Y ORIENTACIONES DE POLITICA. Pág. 13 - 14

²⁰SCHWARCKZ RICARDO. OBSTETRICIA. Pág. 465

²¹LIFSHITZ ALBERTO. QUE ES EL CANCER. Pág. 105

Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino:

- ✓ **Carcinoma Escamoso.**- A expensas del epitelio pavimentoso, es el más frecuente y tiene dos variables:
 - Carcinoma escamoso de células grandes (queratinizantes)
 - Carcinoma escamoso de células pequeñas
- ✓ **Carcinoma Epidermoide.**- Se origina del epitelio columnar o glandular.

- **Relación entre el virus y el cáncer de cuello uterino**

Las células del cuello uterino son constantemente reemplazadas, y este proceso de división celular se desarrolla normalmente hasta que algo ocasione un cambio.

Estas interrupciones en la división normal casi siempre son causadas por el virus de papiloma humano (VPH), también conocido como verrugas genitales. El virus que se introduce en el cuello uterino durante las relaciones sexuales, tiene la capacidad exclusiva de infectar las células en dicho órgano.

Una vez que se encuentra dentro de la célula, el virus de papiloma humano se inserta en el ADN de la célula del cuello uterino y modifica su capacidad para producir nuevas células y con el transcurso de muchos años, las células tienden a convertirse en células cancerosas.

- **Estadios**

Se inicia con el carcinoma in situ y tiene cuatro etapas:

- ✓ **Estadio I:** Confinado al cuello del útero
- ✓ **Estadio II:** Se extiende más allá del útero y afecta la vagina

- ✓ **Estadio III:** El carcinoma se extiende a la pared pelviana; en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- ✓ **Estadio IV:** En esta etapa el cáncer se infiltra en la pared de la vagina, recto, etc. Es la forma diseminada con metástasis y toma de ganglios lumboaórticos a distancia.

- **Factores de riesgo**

El principal factor de riesgo es la infección con el virus del papiloma humano (VPH), aunque no hay cura para el virus de papiloma humano, se han creado vacunas que previenen la infección con algunos tipos de virus de papiloma humano, no obstante la infección desaparece a menudo por si sola sin necesidad de ningún tratamiento.

A pesar de que el virus de papiloma humano es un factor de riesgo importante para el cáncer del cuello uterino, la mayoría de las mujeres con esta infección no contraen cáncer.

Algunos factores se presentan a continuación:

- ✓ **Fumar.-** Las fumadoras tienen mayor probabilidad de contraer el cáncer de cuello uterino, ya que el humo del tabaco produce químicos que pueden dañar el ADN de las células del cuello uterino.
- ✓ **Infección con virus de inmunodeficiencia humana.-** La infección con VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer este menos apto para combatir el virus de papiloma humano y los tumores cancerosos en sus primeras etapas.

- ✓ **Alimentación.-** La falta de consumo de frutas, vegetales o verduras y el sobrepeso tienen un mayor riesgo a contraer este tipo de cáncer.
- ✓ **Píldoras Anticonceptivas.-** Algunos estudios han indicado un mayor riesgo si se usan las píldoras anticonceptivas por 5 o más años.
- ✓ **Embarazos Múltiples.-** Las mujeres que han tenido muchos embarazos completos tienen un riesgo mayor de contraer cáncer del cuello uterino, aunque no se sabe cuál es la principal causa que ocasiona este cáncer
- ✓ **Ingresos Bajos.-** Las mujeres de bajos recursos tienen mayor riesgo de contraer este cáncer, ya que no pueden pagar una buena atención médica (Prueba de Papanicolaou)
- ✓ **Antecedentes Familiares.-** Las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayor probabilidad de contraer esta enfermedad. Esto se debería a que estas mujeres son menos capaces de combatir el virus de papiloma humano en comparación con otras mujeres, u otros factores podrían estar involucrados
- ✓ la actividad sexual a temprana edad
- ✓ Tener debilitado el sistema inmunitario
- ✓ Promiscuidad

- **Manifestaciones clínicas**

En su primera fase no presenta síntomas, cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el cérvix, los síntomas que se pueden presentar abarcan:

- ✓ Flujo vaginal continuo que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, sanguinolento o de olor fétido.
- ✓ Sangrado anormal, el cual puede comenzar y parar entre los periodos menstruales regulares y ocurrir después de las relaciones sexuales; los lavados vaginales o un examen pélvico.
- ✓ Dolor durante las relaciones sexuales(coito)
- ✓ Sangrado menstrual más pesado, el cual puede durar más de lo usual.
- ✓ Presencia de sangrado después de la menopausia.
- ✓ Hábitos urinarios anormales: Dificultad para iniciar el flujo de orina, urgencia urinaria, dolor al orinar, orina con sangre (casos avanzados).
- ✓ Pérdida de peso, dolor de espalda y piernas, fatiga y fracturas óseas (casos avanzados).

- **Diagnostico**

Para detectar y diagnosticar el cáncer de cuello uterino se utilizan pruebas que examinan el cuello uterino. Pueden utilizarse los siguientes procedimientos:

- ✓ **Prueba de Papanicolaou:** Este procedimiento consiste en tomar células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se va a utilizar un algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina. Las células son examinadas bajo un microscopio para determinar si son anormales. Este procedimiento es conocido también como Prueba Papanicolaou.
- ✓ **Colposcopia:** Para realizar este procedimiento se utiliza un colposcopio (instrumento con aumento de luz), para determinar si hay áreas anormales en la vagina o en el cuello uterino. Se pueden extraer muestras de tejido con una cureta (herramienta

con forma de cuchara con borde cortante) para observarlas bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad.

- ✓ **Biopsia:** Si se detecta presencia de células anormales, el médico puede realizar una biopsia, la que consiste en cortar una muestra del tejido del cuello uterino para que luego estas muestras van a ser observadas por un patólogo que determinara si hay signos de cáncer.
- ✓ **Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica en asa (LEEP):** Es un procedimiento en el cual se usa un aro de alambre eléctrico delgado para obtener un pedazo de tejido.
- ✓ **Examen Pélvico:** Se realiza en la vagina, cuello uterino, útero, trompas de Falopio, ovarios y recto. El médico o personal de enfermería que va a introducir uno o dos dedos cubiertos con guantes lubricados en la vagina, mientras que con la otra mano ejerce una ligera presión sobre el abdomen para palpar el tamaño, forma y posición del útero y los ovarios.
- ✓ **Legrado Endocervical:** Procedimiento mediante el cual se extraen células o tejidos del canal del cuello uterino mediante una legra (instrumento en forma de cuchara). Se puede extraer muestras de tejido y observarlas bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer, la mayoría de veces, este procedimiento se lleva a cabo en el mismo momento que la colposcopia.

- **Tratamiento**

Las opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino dependen principalmente de la etapa de cáncer, otros factores aparte de la etapa, como la edad, estado de salud general y los tres tipos principales de tratamiento contra el cáncer de cuello uterino son la

cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, aunque algunas veces el mejor plan de tratamiento incluye dos de estos métodos o más:

- ✓ **Cirugía:** Existen varios tipos de cirugía contra el cáncer del cuello uterino. En algunos casos se hace la extirpación del útero (histerectomía), mientras que en otros no. Si el cáncer se ha propagado fuera del útero, puede que sea necesario extirpar otros órganos tales como el colon o el recto. Los tipos de cirugía más comunes contra el cáncer del cuello uterino son:
 - **Criocirugía:** Se utiliza para tratar el cáncer pre invasivo del cuello uterino, pero no para el cáncer invasivo. Las células cancerosas se destruyen mediante la congelación.
 - **Cirugía por Láser:** Se emplea un rayo láser para quemar las células o para extraer una muestra pequeña de tejido para estudiarlo.
 - **Biopsia Cónica:** Se extrae del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono.
 - **Histerectomía Simple:** Se extirpa en el útero, pero no los tejidos contiguos al útero.
 - **Histerectomía Radical y Disección de los Ganglios Linfáticos de la Pelvis:** En este procedimiento se extirpa el útero, así como los tejidos contiguos al útero, la parte superior de la vagina y los ganglios linfáticos de la pelvis. También se puede hacer a través de una incisión en la parte delantera del abdomen o través de la vagina. Después de esta operación, una mujer no puede quedar embarazada
 - **Exenteración pélvica:** Además de extirpar todos los órganos y tejidos mencionados anteriormente, en esta operación también pueden extirparse la vejiga, la vagina, el recto y la parte del colon. Si se extirpa la vejiga, será necesario crear una vía para almacenar y eliminar la orina; si se extirpa el recto y parte del

colon, se necesita crear una vía nueva para eliminar el desecho sólido. La recuperación de esta cirugía puede tomar mucho tiempo (6 meses o más). No obstante, las mujeres que han tenido esta cirugía pueden tener vidas felices y productivas.

- ✓ **Radioterapia.**-Tratamiento que usa rayos de alta energía (como los rayos X) para eliminar y encoger las células del cáncer. Esta radiación puede causar efectos secundarios como: fracturas en la pelvis, cansancio, malestar estomacal o excremento líquido.
- ✓ **Quimioterapia.**-Es el uso de medicamentos para destruir las células del cáncer. Usualmente los medicamentos se administran por vía intravenosa u oral, una vez que el medicamento entra por el torrente sanguíneo, llega a todo el cuerpo. La quimioterapia puede ocasionar efectos secundarios tales como:
 - Malestar estomacal y vómitos
 - Pérdida del apetito
 - Caída del cabello
 - Llagas en la boca
 - Aumento de la probabilidad de infecciones
 - Sangrado o hematomas después de pequeñas
 - Cortaduras o lesiones menores
 - Dificultad para respirar
 - Cansancio

Estos efectos secundarios dependerán del tipo de medicamento administrado, la cantidad administrada y duración del tratamiento.

- **Prevención**

- ✓ Diagnóstico del cáncer de cuello uterino mediante el examen anual de Papanicolaou
- ✓ Mejorar la higiene personal, empleando agua y jabón

- ✓ Tratamiento rápido y adecuado de las infecciones vaginales (descensos) y del cuello uterino
- ✓ Tratamiento rápido de las lesiones sospechosas (inflamaciones, heridas, úlceras) encontradas en el examen de papanicolaou
- ✓ Vacuna contra el virus del papiloma humano
- ✓ Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales
- ✓ No fumar
- ✓ No beber
- ✓ Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

2.3. Definición de términos básicos

- **Biopsia:** Es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para examinarla al microscopio.
- **Cáncer:** Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).
- **Canal Endocervical:** Empieza desde el orificio externo hasta el orificio cervical interno; mide 6 mm. de diámetro; recubierto por epitelio cilíndrico mono estratificado que secreta mucus.
- **Estrógeno:** Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del ciclopentanoperhidrofenantreno) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.
- **Endocérvix:** Poco visible, ubicado en el centro del cérvix el cual forma el canal endocervical, el cual está recubierto por epitelio cilíndrico rojizo de una sola capa celular.

- **Exocérvix o Ectocérvix:** Parte más visible por medio de la colposcopia, recubierta por epitelio escamoso estratificado rosado, que contiene glucógeno y tiene múltiples capas celulares.
- **Embarazo:** Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.
- **Fertilidad:** La fertilidad es la capacidad de un animal, planta o terreno de producir o sustentar una progenie numerosa. En los animales, incluido el hombre, es el resultado de la interacción de numerosos factores, tanto biológicos la edad, el estado de salud, el funcionamiento del sistema como culturales las prescripciones respecto al sexo y el matrimonio, la división sexual del trabajo, el tipo y ritmo de ocupación, que la hacen variar espectacularmente entre situaciones distintas.
- **Infecciones de transmisión sexual:** Son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas. Se transmiten de persona a persona por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas, o contacto con la sangre y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo de madre a hijo.
- **El moco cervical:** Constituye el llamado tapón mucoso endocervical, el cual protege de los gérmenes a los órganos genitales internos, este tapón se expulsa en el momento del parto en forma de flemas.
- **Muerte:** Es, en esencia, un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida. El proceso de fallecimiento -aunque está totalmente definido en

algunas de sus fases desde un punto de vista neurofisiológico, bioquímico y médico-, aún no es del todo comprendido en su conjunto desde el punto de vista termodinámico y neurológico y existen discrepancias científicas al respecto. Adicionalmente no se ha definido científicamente en qué parte del proceso está el umbral en que se pasa de la vida a la muerte.

- **Metástasis:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició. Ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática. Aproximadamente, el 98% de las muertes por cánceres no detectados, son debidas a la metastatización de éste.
- **Orificio Cervical Externo:** Se comunica con el orificio cervical interno, encontrándose en la nulípara en forma de una abertura circular de poco diámetro.
- **Orificio Cervical Interno:** A simple vista no es muy observable, mide no más de 10 mm., delimita con el canal endocervical y el útero. Durante el embarazo actúa como esfínter; que al fallar ocasiona aborto tardío y el nacimiento pretérmino.
- **Papiloma virus humano:** Es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. Es también la causa principal de los cambios precancerosos en el cuello uterino y del cáncer de cuello uterino. El virus del papiloma humano también causa verrugas genitales.
- **Progesterona:** (también conocida como P4) Es el principal de los progestágenos. Junto con los estrógenos, los progestágenos forman el binomio hormonal femenino por excelencia. Su principal fuente es el ovario (cuerpos lúteos) y la placenta, si bien también pueden sintetizarse en las glándulas adrenales y el hígado.
- **Quimioterapia:** El término se refiere más frecuentemente a los medicamentos para combatir el cáncer y este artículo se enfoca en la quimioterapia para tratar esta enfermedad.
- **Relaciones coitales:** Es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos.

- **Tumor:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por tanto hinchada o distendida.
- **Unión Escamoso Cilíndrico:** Conocida como escamo-columnar, unión del epitelio cilíndrico con el epitelio escamoso, su localización suele variar pero generalmente se ubica en el orificio cervical externo.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista: La presente tesis de investigación es de tipo descriptivo transversal retrospectivo.

Es **descriptivo**, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.

Es **transversal**, porque se evalúan las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. En la muestra extraída de la población se encuentra tanto los predictores con los desenlaces.

Es **retrospectivo**, porque en esta parte de lo investigado indaga sobre los hechos ocurridos antes del estudio, puesto que se revisaron las historias clínicas de las mujeres en edad fértil con cáncer de cuello uterino.²²

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación es no experimental transversal.

²²Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

Estuvo conformada por 251 mujeres en edad fértil en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el mes de Enero a diciembre del 2012 - 2014.

3.3.2. Muestra:

La muestra estuvo conformada por 132 mujeres en edad fértil atendidas con diagnóstico de NIC I, NIC II, NIC III, que cumplieron los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante el período de Enero a Diciembre del 2012 - 2014 en el servicio de Emergencia de Gineco- obstetricia del Hospital Regional de Huacho.

3.3.2.1 Muestreo:

No probabilístico intencionado

A. CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. INCLUSIÓN:

- Mujeres en edad fértil con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

b. EXCLUSIÓN:

- Mujeres con diagnóstico de ascus.

3.4. VARIABLES

3.4.1 Variable x

Factores de riesgo asociados a Cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil

3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>(Variable x) Factores de riesgo asociados de Cáncer de cuello uterino</p>	<p>Factores sociodemográficos</p>	<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10-14 • 15-19 • 20-25 • 26-35 • 36 a mas <p>Nivel de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Técnico • universitaria <p>Hábito de fumar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	<p>Factores Ginecológicos</p>	<p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • nulípara • múltipara • gran múltipara <p>Métodos anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral • Ampolla mensual • Ampolla trimestral • T de cobre • Implanóm • Condón femenino • Condón masculino

	Factores sexuales	Inicio de relaciones sexuales <ul style="list-style-type: none"> • 10-14 • 15-19 • 20-25 • 26 a mas N° de parejas sexuales <ul style="list-style-type: none"> • 1-2 • 3-4 • 5 a mas Antecedentes de infecciones de transmisión sexual <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
ESTADIOS DE LESIONES DE CANCER DE CUELLO UTERINO		<ul style="list-style-type: none"> • NIC I • NIC II • NIC III

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

- Previa coordinación con las autoridades del Hospital Regional de Huacho a fin de poder realizar la investigación. Nos ubicamos en el archivo del Hospital Regional de Huacho en el cual realizamos el retiro de información con la ficha recolectora de datos.
- La información se recolecto directamente de las historias clínicas.

- Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual constara de las siguientes partes.
 - Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil

3.6. PROCEDIMIENTOS

- Para el análisis de los datos se usa el programa SPSS 21.0 Para confeccionar tablas de contingencia, ordenar la información y expresarla en gráficas.

Para analizar los datos tendremos que realizar lo siguiente.

- Ordenamiento de los datos
- Tabulación de los datos
- Presentación de cuadros y gráficos de acuerdo al nivel de medición.

La interpretación de los datos se procedió a hacer una vez que éstos son codificados, transferidos a una matriz y guardados en un archivo.

Se efectuó sobre la matriz de datos, utilizando un programa de computadora. Así, se realizó, en primer término, la interpretación de la estadística descriptiva de los datos para posteriormente efectuar relaciones entre algunas variables.

Para el análisis se empleó distribución de frecuencias, cuadros y gráficos; específicamente los histogramas y las gráficas barras.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

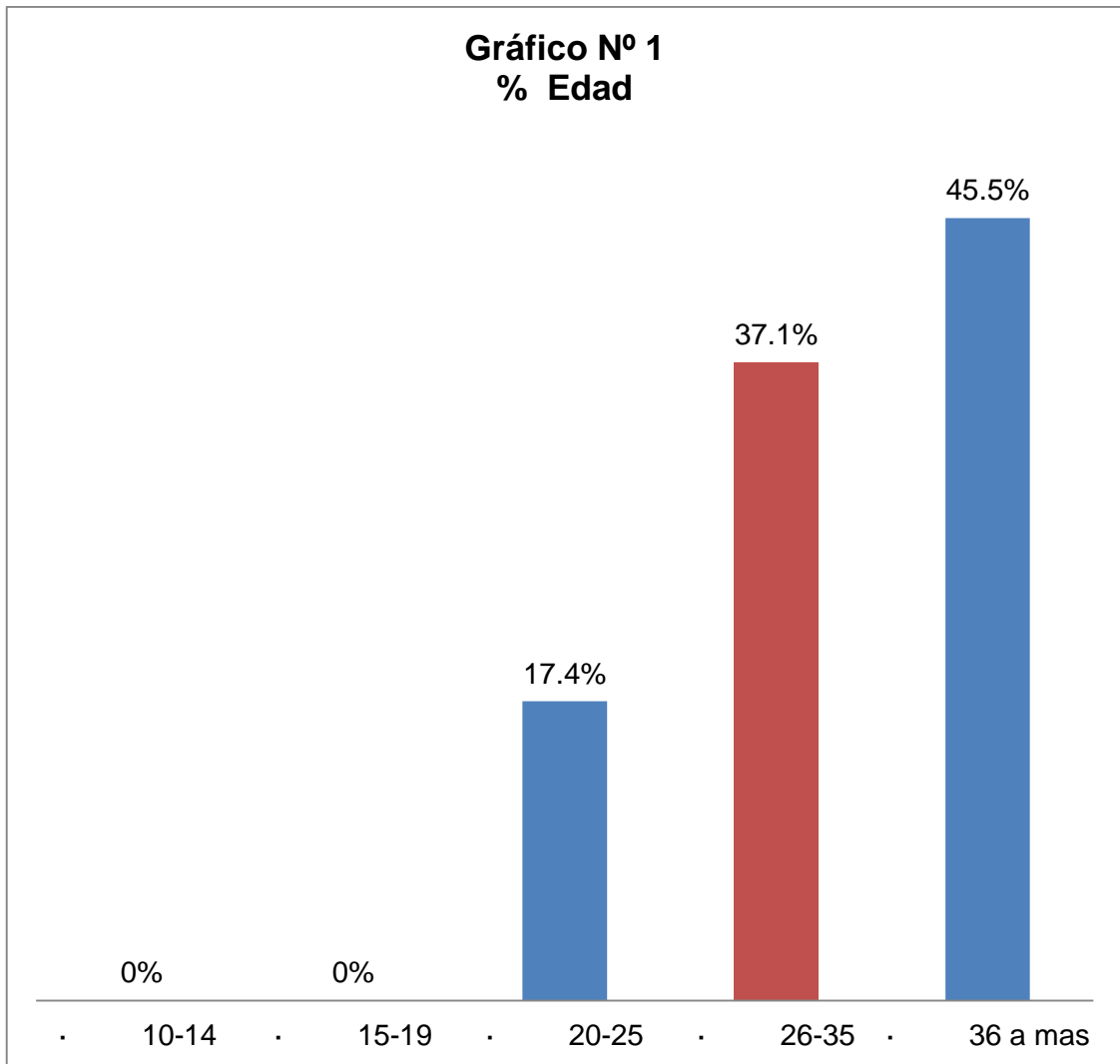
4. RESULTADOS

Los resultados se expondrán a continuación mediante tablas con datos estadísticos descriptivos en lo que se refiere a la prevalencia, características demográficas y obstétricas del grupo de estudio y para la asociación de los factores de datos estadísticos inferenciales.

4.1. Factores sociodemográficos.

TABLA N° 1

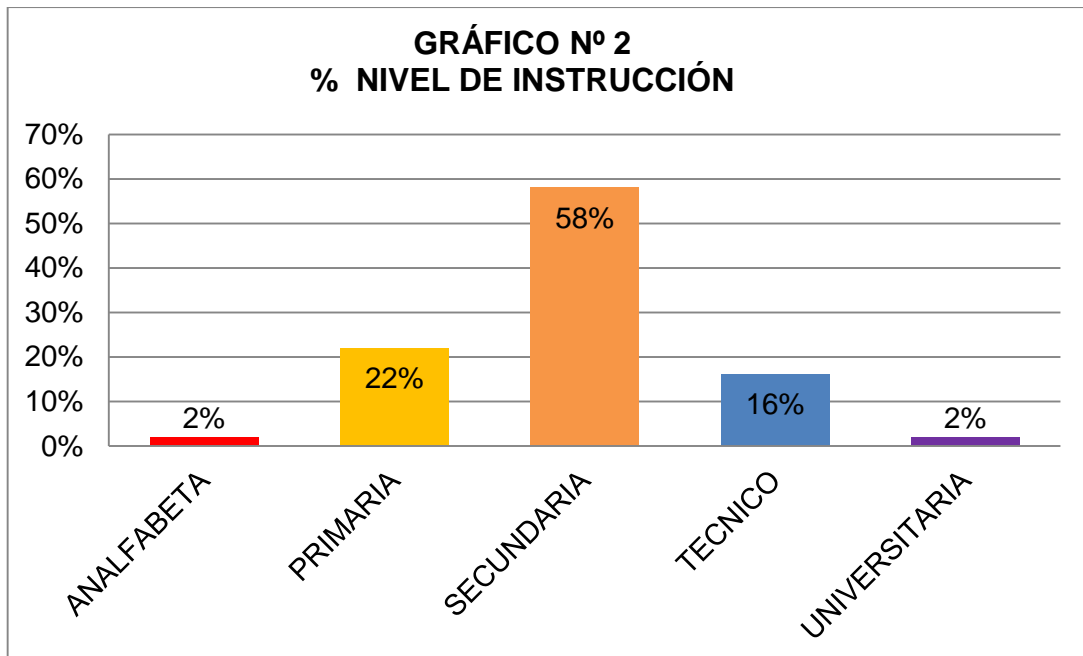
Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
10-14	0	0%
15-19	0	0%
20-25	23	17.4%
26-35	49	37.1%
36 A Mas	60	45.5%
Total	132	100%



Análisis: En la tabla N° 1 muestra que de las 132 pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino el 45.5%. Tienen una edad de 36 años a más.

TABLA N° 2

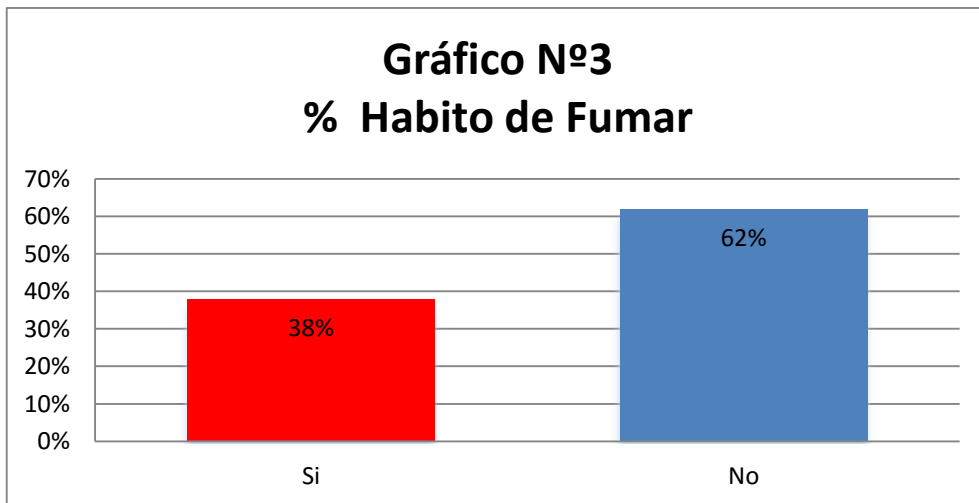
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	3	2%
PRIMARIA	29	22%
SECUNDARIA	77	58%
TECNICO	21	16%
UNIVERSITARIA	2	2%
TOTAL	132	100%



Análisis: En cuanto el grado de instrucción la tabla muestra que el 58% de los pacientes tienen grado de instrucción secundaria, un 22% de nivel primario, un 16% tiene una carrera técnica, el 2%, son universitario, y un 2% son analfabeta.

TABLA N° 3

Hábito de Fumar		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	38%
No	82	62%
Total	132	100%

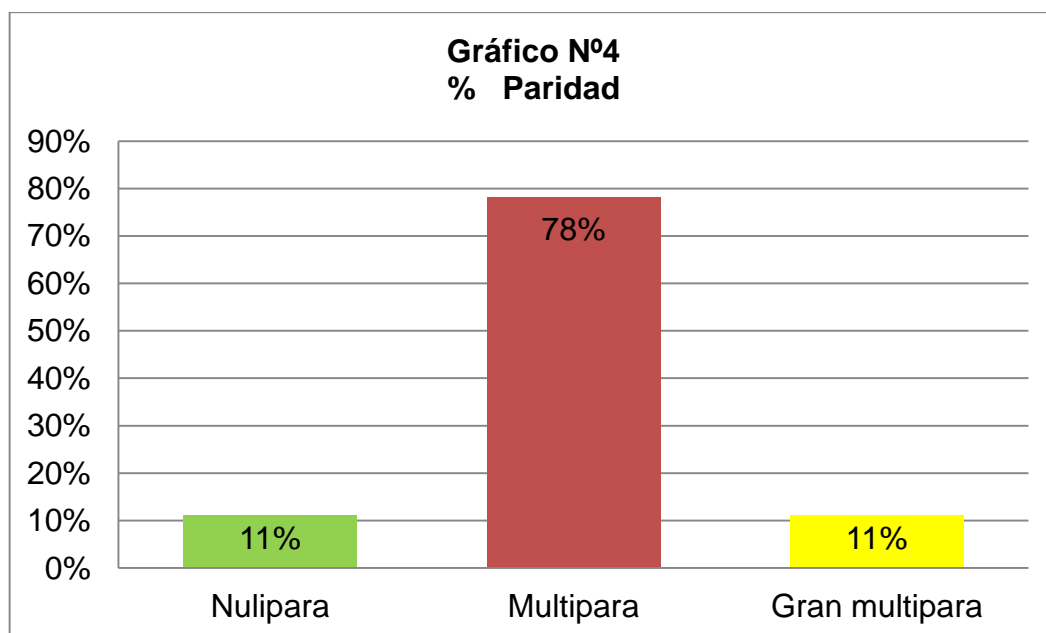


Análisis: La tabla N° 3 muestra que 82 pacientes (62%) no tienen hábito de fumar, 50 pacientes (38%) tienen el hábito de fumar.

4.2. Factores ginecológicos.

TABLA N°4

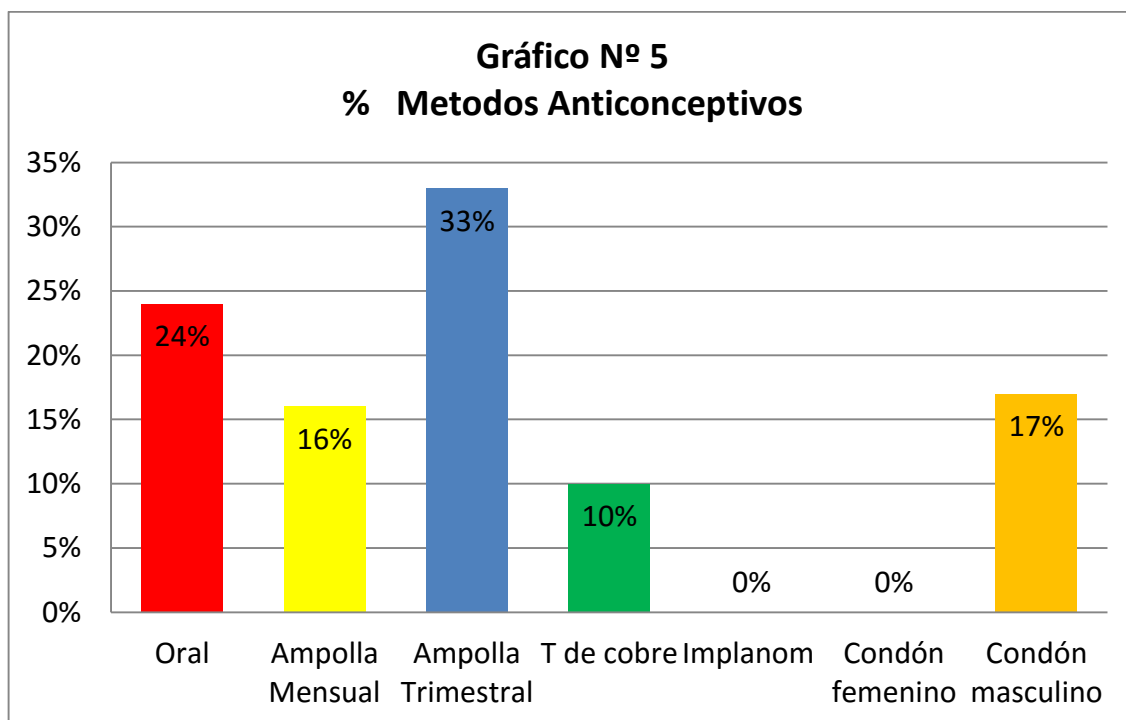
Paridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	14	11%
Multípara	103	78%
Gran Multípara	15	11%
Total	132	100%



Análisis: La tabla N° 4 se muestra que de las 132 pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino el (78%) diagnosticada con cáncer de cuello uterino son multíparas.

TABLA N°5

Métodos Anticonceptivos		
	Frecuencia	Porcentaje
Oral	32	24%
Ampolla Mensual	21	16%
Ampolla Trimestral	44	33%
T De Cobre	13	10%
Implanom	0	0%
Condón Femenino	0	0%
Condón Masculino	22	17%
Total	132	100%

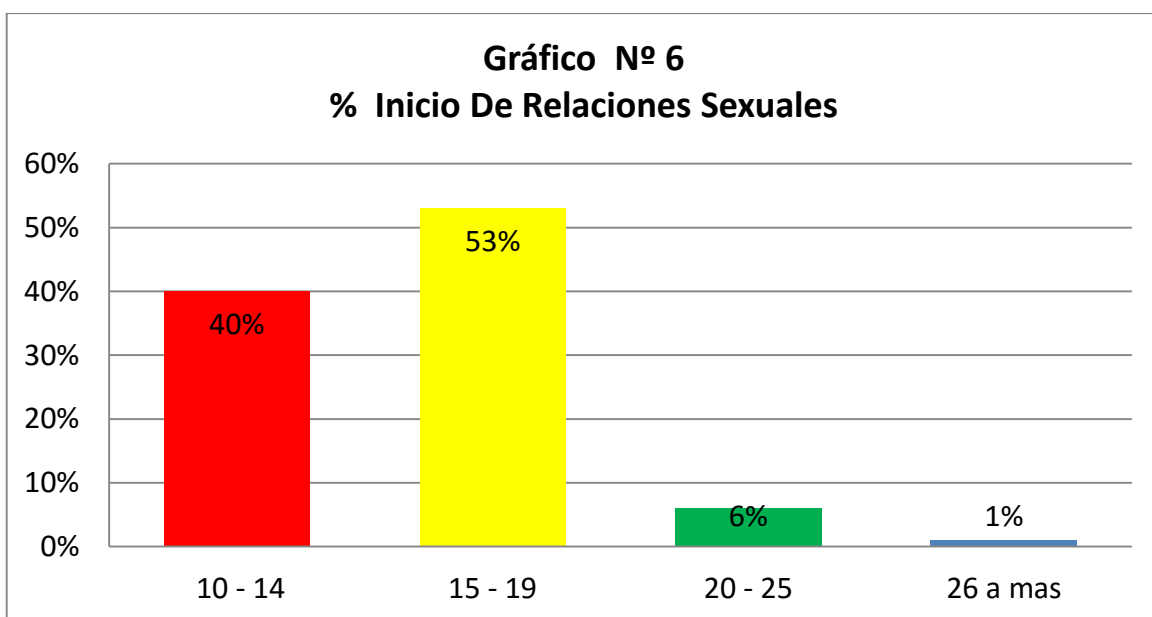


Análisis: En la tabla N° 5 se observa que 44 pacientes (33%) utilizan el método anticonceptivo ampolla trimestral, 32 pacientes (24%) utilizan el método anticonceptivo oral.

4.2. Factores sexuales

TABLA N° 6

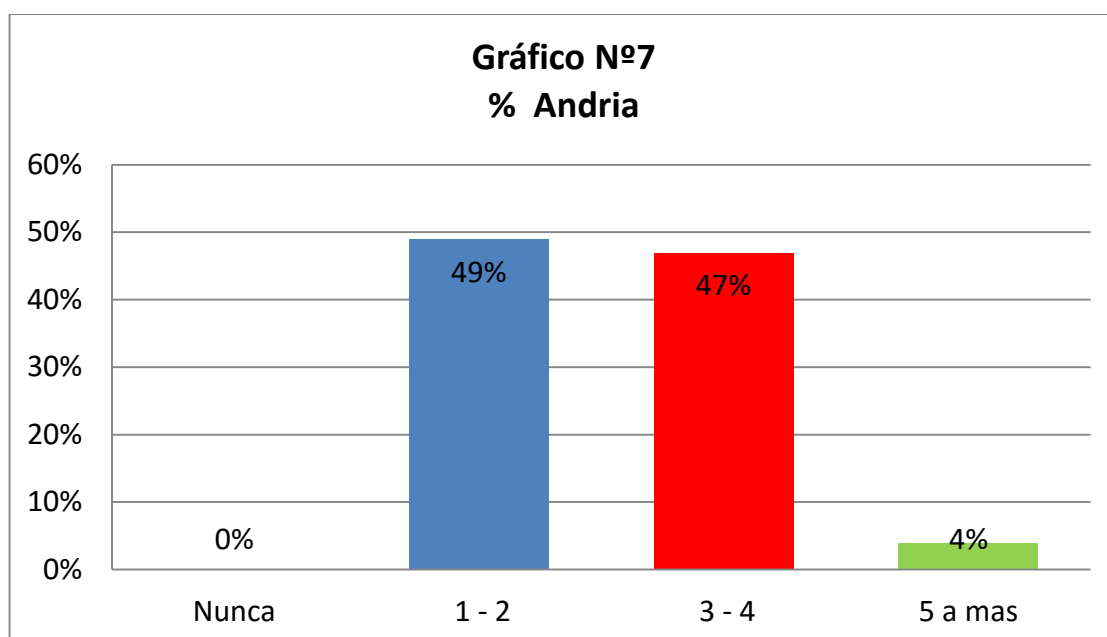
Inicio De Relaciones Sexuales		
	Frecuencia	Porcentaje
10 - 14	53	40%
15 - 19	70	53%
20 - 25	8	6%
26 A Mas	1	1%
Total	132	100%



Análisis: En la tabla N° 6 muestra que 70 pacientes (53%) inician sus relaciones coitales entre 15-19 años de edad, 53 pacientes (40%) inician sus relaciones coitales 10-14 años de edad.

TABLA N° 7

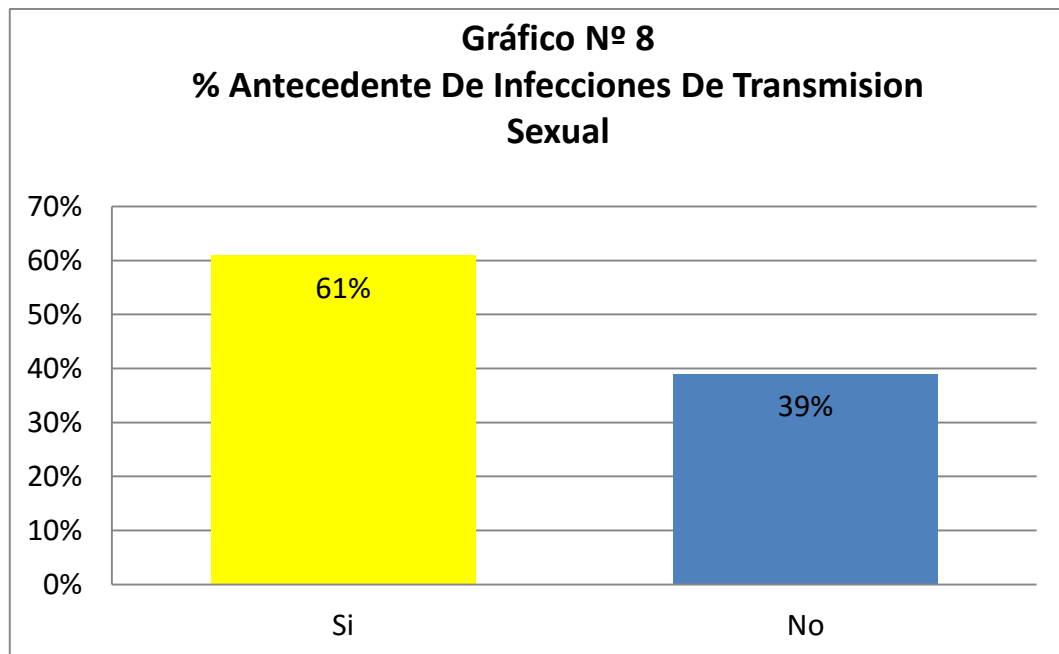
ANDRIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
1 - 2	65	49%
3 - 4	62	47%
5 A Mas	5	4%
Total	132	100%



Análisis: En esta tabla N° 7 se concluye que un 49% tienen de 1-2 parejas sexuales, seguido 47% de 3-4 parejas sexuales.

TABLA N° 8

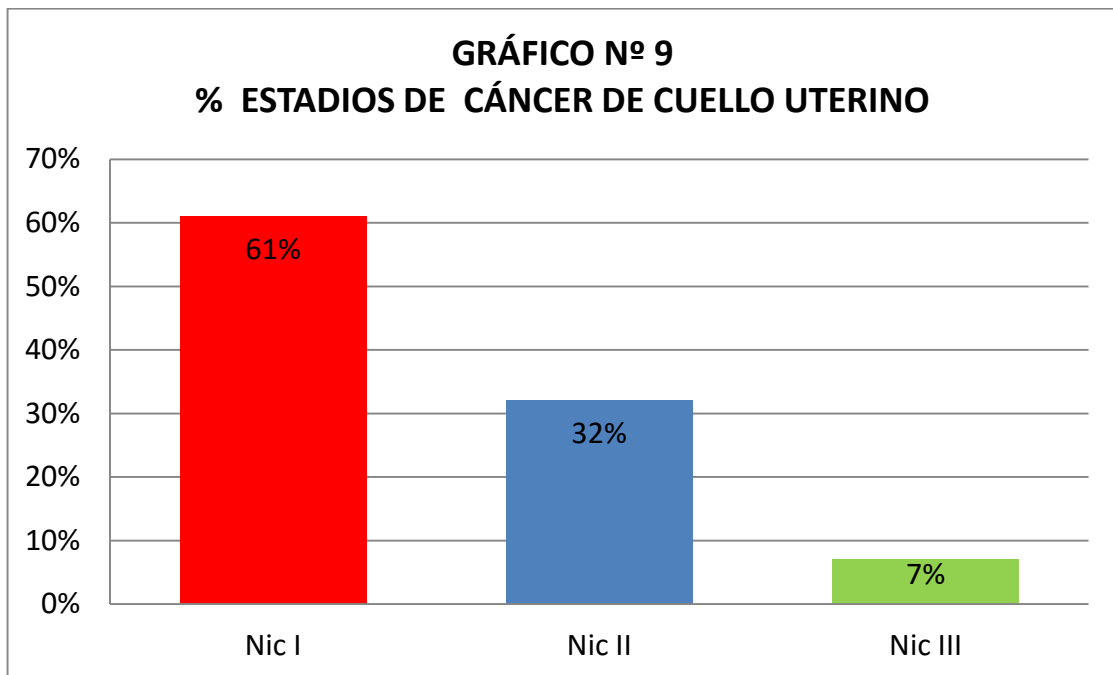
Antecedentes De Infecciones De Transmisión Sexual		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	61%
No	52	39%
Total	78	100%



Análisis: La tabla N° 8 muestra que 80 pacientes (61%) tienen antecedentes de infección de transmisión sexual, 52 pacientes (39%) no tienen antecedentes de transmisión sexual.

TABLA N° 9

ESTADIOS DE LESIONES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIC I	81	61%
NIC II	42	32%
NIC III	9	7%
TOTAL	132	100%



Análisis: La tabla N° 9 muestra que 81 pacientes (61%) son diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical 1(NIC I), 42 pacientes (32%) son diagnosticadas con (NICII), finalmente 9 pacientes (7%) diagnosticadas con (NIC III).

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. En el estudio realizado se obtuvo que la mayoría (45,5 %) de las usuarias presentaron edades de 36 años a más, un estudio realizado por Henry Luis Dávila Gómez encontró un 63% en personas de 34 a 57 años, otro

estudio realizado por MSc. Dalgy Rodríguez González el grupo de estudio que encontró fue entre 40 y 49 años (68,4%); Jaiberth Antonio Cardona-Arias en su estudio de investigación encontró el mayor porcentaje 56.6% en mujeres de 20-44 años.

2. Se observa a la vez que el 58% estudio su secundaria completa, no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo importante
3. El 78% son mujeres en edad fértil han tenido más de dos hijos; al igual que en un estudio realizado por MSc. Dalgy Rodríguez González se encuentra que la mayoría tiene de 1 a 2 partos en un 60.6%.
4. Se observa que el 38% tiene hábito de fumar, a diferencia del estudio realizado por Henry Luis Dávila Gómez encontró que un 61% de estas mujeres son fumadoras.
5. Un 33% utiliza como método anticonceptivo ampolla trimestral, seguido de anticonceptivo oral en un 24%, ampolla mensual un 16%, condón masculino 17%, al a diferencia que en el estudio realizado por Jaiberth Antonio Cardona-Arias en un gran porcentaje de 41,8% no se cuidan con ningún método.
6. El 40% iniciaron sus relaciones sexuales entre 10 – 14 años, 53% entre 15 – 19 años, MSc. Dalgy Rodríguez González en su estudio de investigación encontró que el 85% el inicio de sus relaciones sexuales fue entre 15 a 17 años.
7. En relación al número de parejas sexuales un 47% han tenido de 3 – 4 parejas sexuales, un 49% de 1 – 2 parejas sexuales; MSc. Dalgy

Rodríguez González en su estudio de investigación encontró que un 67,2% tuvieron 5 parejas sexuales a más.

8. Un 51% de las pacientes diagnosticadas con cáncer tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual; a diferencia del estudio realizado por Henry Luis Dávila Gómez encontró 38.3%.

9. El 61% de los pacientes fueron diagnosticadas con Nic I, el 32% Nic II, y un 7% Nic III; el estudio realizado por Henry Luis Dávila Gómez encontró con la clasificación histológica de los tumores en las pacientes con cáncer de cérvix (etapas I-IV) se pudo apreciar que predominó el carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizado, el cual estuvo presente en más de las dos quintas partes de las pacientes (43,9 %) con este diagnóstico, seguido con más de la 3ra parte adicional (37,9 %) que presentó un carcinoma epidermoide de células grandes queratinizado. El carcinoma epidermoide de células pequeñas solo estuvo presente en el 7,6 % de los casos; en el estudio realizado por Jaiberth Antonio Cardona-Arias encontró un 1.9% Lie Bajo Grado, Lie Alto Grado 0.3%, Ascus 3.2%.

CONCLUSIONES

- Con respecto a los factores sociodemográficos asociados a lesiones malignas de cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil con diagnóstico de cáncer de cuello uterino se concluye que el mayor porcentaje de mujeres tenían entre de 36 años a más; En cuanto al grado de instrucción el 45.5%; cursaron nivel secundario completo. Se observa que el 62% no tiene hábito de fumar.
- Dentro de los factores reproductivos el 78% son multíparas, Un 33% utiliza como método anticonceptivo ampolla trimestral, seguido de anticonceptivo oral en un 24%, ampolla mensual un 16%, condón masculino.
- En cuanto a los factores sexuales se concluye que el 49% han tenido de 1- 2 parejas sexuales; el 61% han tenido antecedentes de transmisión sexual; el 53% iniciaron su relación coital entre 15-19 años de edad, y el 40% inician sus relaciones coitales 10-14 años de edad .esto demuestra que la primera relación sexual se da a una edad temprana.
- En cuanto al diagnóstico de las lesiones malignas de cáncer de cuello uterino el 61% han sido diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical bajo grado (NICI), el 32% son diagnosticadas con (NICII), y el 7% han sido diagnosticadas con (NIC III).
- El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública en el Perú. En vista de que la promoción en la prevención y factores de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino no ha tenido impacto en las tasas de incidencia y mortalidad, se hace inminente la adopción de nuevas estrategias de intervención de este tema.

RECOMENDACIONES

- Realizar un consultorio de orientación y consejería sobre educación de salud sexual en mujeres en edad fértil, que incluya programas de promoción y orientación sobre los factores de riesgo que puedan ocasionar un cáncer de cuello uterino.
- Fortalecer la educación a las pacientes mediante charlas de prevención de forma adecuada durante la consulta sobre los factores de riesgo que pueden llevar a sufrir un cáncer de cuello uterino e informar sobre la patología y su sintomatología para que de esta manera pueda recibir atención inmediata.
- Continuar con las campañas de despistaje de cáncer de cuello uterino para la detección oportuna de lesiones pre-malignas.
- Realizar ferias informativas en los centros educativos del nivel secundario, para prevenir el inicio de relaciones sexuales a temprana edad ya que hoy en día es un factor de riesgo para contraer el virus del papiloma humano, porque los adolescentes están iniciando su vida sexual a muy temprana edad.
- Promover el uso del preservativo para prevenir, y poder evitar contraer las infecciones de transmisión sexual.
- Trabajar con la población rural informar a cerca de la accesibilidad para la realización de la toma del papanicolaou..
- Se debe hacer un análisis situacional de su población identificando escenarios con distintos niveles de recursos y accesibilidad para formular (o mejorar) programas de prevención que hagan uso óptimo de la capacidad instalada y los recursos humanos disponibles, y disminuir así la incidencia de cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 – Diciembre 2012 pág. 115-116.
2. Cabrera D, Palacios R, Guzmán J. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. RevMedInstMex Seguro Soc. 2014; 52(2):168-75.
3. Información Estadística Del Hospital Regional De Huacho- Oyon S.B.S. 2016
4. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología; 2013.
5. Rodríguez G, Barrios E, Vasallo J. Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en Uruguay. RevMed Uruguay 2005; 21: 200-206.
6. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O; Galdós R, Cáceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. 2014. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/enefeb04/29-33.html>
7. Cáncer de cuello uterino. Heenry Luis Dávila Gómez; Abel García Valdés; Félix Álvarez Castillo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba. 2010. 36(4)603-612
8. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervico vaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012 Jaiberth Antonio Cardona-Arias, Colombia. 2012. Pag.219-245
9. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. MSc. Dalgy Rodríguez González, Dra. C. Julia Pérez Piñero, Dr. C. Miguel Sarduy Nápoles. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Cuba. 2014.
10. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. Francisco Javier Ochoa Carrillo Y María Teresa Velasco Jiménez,

DianaBeatrizGuarnerosdeRegil. Gaceta Mexicana de Oncología. Mexico. 2015.

11. GARCÍA IPANAQUE CAROL, 2007. FACTORES ASOCIADOS A LA NO REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CENTRO POBLADO MANZANARES. UNJFSC. HUACHO.
12. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. Huamán Cubas, María Milenith. Trujillo 2010.
13. INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGÍA. 2008. CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ASPECTOS INMUNOLÓGICOS Y GENÉTICOS DE MAYOR RELEVANCIA. REVISTA CUBANA DE MEDICINA. CUBA.
14. Características personales y su asociación con los hallazgos de citología cervical de las usuarias que acudieron al Hospital San Juan De Lurigancho. enero-diciembre 2013. Mesares Salcedo, Elizabeth Sharón. Lima. 2015.
15. OMS. FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA: TENDENCIAS, RASGOS EMERGENTES Y ORIENTACIONES DE POLITICA. Pág. 13
16. UNICEF. ADOLESCENCIA. Pág. 2
17. OMS. FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA: TENDENCIAS, RASGOS EMERGENTES Y ORIENTACIONES DE POLITICA. Pág. 13 – 14
18. SCHWARCKZ RICARDO. OBSTETRICIA. Pág. 465
19. LIFSHITZ ALBERTO. QUE ES EL CANCER. Pág. 105

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE HUACHO, 2013 - 2014”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital Docente de Huacho 2012- 2014?</p> <p><u>Problemas específicos</u></p> <p>1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Docente de Huacho, 2012 - 2014?</p>	<p>Identificar los factores de riesgo asociados de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital Docente de Huacho 2012 - 2014</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>1. Identificar los factores sociodemográficos de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Docente de Huacho, 2012 - 2014.</p>	<p><u>Hipótesis general</u></p> <p>Por ser un trabajo descriptivo no necesita hipótesis</p>	<p>(VARIABLE X)</p> <p>Factores de riesgo asociados de Cáncer de cuello uterino</p>	<p>Factores sociodemográficos</p>	<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10-14 • 15-19 • 20-25 • 26-35 • 36 a mas <p>Nivel de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Técnico • Universitaria <p>Hábito de fumar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>Población :</p> <p>La población estuvo conformada 132 mujeres en edad fértil con este diagnóstico y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión</p>

<p>2. ¿Cuáles son los factores ginecológicos en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Docente de Huacho, 2012-2014?</p> <p>3. ¿Cuáles son los factores sexuales en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Docente de Huacho, 2012-2014?</p> <p>4. ¿Cuáles son los estadios de cáncer de cuello uterino diagnosticadas en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 – 2014?</p>	<p>2. Identificar los factores ginecológicos en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Docente de Huacho, 2012 - 2014.</p> <p>3. Identificar los factores sexuales asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 – 2014.</p> <p>4. Identificar los estadios de cáncer de cuello uterino diagnosticadas en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2012 – 2014</p>			<p>Factores ginecológicos</p>	<p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • nulípara • múltipara • gran múltipara <p>Métodos anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral • Ampolla mensual • Ampolla trimestral • T de cobre • Implanom • Condón femenino • Condón masculino 	<p>Muestra:</p> <p>La población estuvo conformada por 132 mujeres en edad fértil con este diagnóstico y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Tipo de Investigación:No experimental transversal, descriptivo</p> <p>Método de investigación Cualitativo</p>
--	---	--	--	-------------------------------	--	---

						<p>Diseño:</p> <p>No experimental descriptivo.</p> <p>Estadístico de prueba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPSS <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
				Factores sexuales	<p>Inicio de relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10-14 • 15-19 • 20-25 • 26 a mas <p>Andria</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-2 • 3-4 	

				<p>Estadio de cáncer de cuello uterino</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 a mas <p>Antecedentes de infecciones de transmisión sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • NIC I • NIC II • NIC II 	
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO Nº
DE



2 FICHA

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE
HUACHO, 2013 - 2014”**

Se le solicita brindar datos para la realización del proyecto que tiene como finalidad encontrar los Factores a cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital docente huacho los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

FECHA:

HC:

• FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

- 10-14 ()
- 15-19 ()
- 20-25 ()
- 26-35 ()
- 36 a mas ()

2. Nivel de instrucción

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Universitaria ()

3. Hábito de fumar

- Si ()
- No ()

II. Factores ginecológicos.

4. Paridad

- Nulípara ()
- Multípara ()
- Gran multípara ()

5. Métodos anticonceptivos

- Oral ()
- Ampolla mensual ()
- Ampolla trimestral ()
- T de cobre ()
- Implanom ()
- Condón femenino ()
- Condón masculino ()

III. Factores sexuales

1. Inicio de relaciones sexuales

- 10-14 ()
- 15-19 ()
- 20-25 ()
- 26 a mas ()

2. Andria

- Nunca ()
- 1-2 ()
- 3-4 ()
- 5 a mas ()

3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

- Si ()
- No ()

4. Estadío de cáncer de cuello uterino

- NIC I ()
- NIC II ()
- NIC III ()