

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO
EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2015-2019**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
FUERTES BADILLO LUIS ANGEL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA - PERÚ

2020

ASESOR
DR FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

AGRADECIMIENTO

A mis docentes por el conocimiento impartido hacia mí durante estos siete años de estudio y a mis padres quienes gracias a su apoyo supieron guiarme no solo a lo largo de toda la carrera sino de mi vida.

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar, por mostrarnos el camino, a mis hermanos quienes son mi ejemplo a seguir y a mis padres, quienes son el pilar y el motor de mi vida a los que les debo todo.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2019.

METODOLOGÍA: Se desarrolló un estudio de tipo no experimental, analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se tomó como muestra un total 208 pacientes que cumplían tanto con los criterios de inclusión como de exclusión, se trabajó con una relación de 1 caso para 1 control, con un equivalente de 104 casos y 104 controles.

RESULTADOS: Se halló que los casos que habían iniciado las relaciones sexuales antes de los 18 años, se obtuvo un p-valor de 0.037 (p-valor <0.05), OR=1.790, IC al 95%=1.033-3.103; en los casos que habían tenido 4 o más parejas sexuales, se obtuvo un p-valor de 0.037 (p-valor <0.05), OR=1.875, IC al 95%=1.035-3.397; en los casos que presentaban infección por el virus del papiloma humano, se obtuvo un p-valor de 0.000 (p-valor <0.05), OR=5.219, IC al 95%=2.782-9.793; en los casos con antecedente familiar, se obtuvo un p-valor de 0.015 (p-valor <0.05), OR=3.192, IC al 95%=1.204-8.457.

CONCLUSIONES: Existen factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, como los ginecológicos los cuales son: el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, el haber tenido ≥ 4 parejas sexuales, la infección por el virus del papiloma humano y el antecedente familiar.

PALABRAS CLAVE: Número de parejas sexuales, virus del Papiloma Humano (VPH), antecedente familiar.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the risk factors associated with cervical cancer at the National Hospital Hipolito Unanue 2015.2019.

METHODOLOGY: A non-experimental, analytical, retrospective, cross-sectional study of cases and controls was developed. A total of 208 patients who met both the inclusion and exclusion criteria were taken as a sample, we worked with a ratio of 104 cases and 104 controls.

RESULTS: It was found that the cases that had initiated sexual intercourse before the age of 18, a p-value of 0.037 was obtained (p-value <0.05), OR=1.790, 95% CI=1.033-3.103; in the cases that had 4 or more sexual partners, a p-value of 0.037 was obtained (p-value <0.05), OR=1.875, 95% CI=1.035-3.397; in the cases that presented infection by the human papillomavirus, a p-value of 0.000 was obtained (p-value <0.05), OR=5.219, 95% CI=2.782-9.793; 16.3% in cases with a family history, a p-value of 0.015 was obtained (p-value <0.05), OR=3.192, 95% CI=1.204-8.457.

CONCLUSIONS: There are risk factors associated with cervical cancer, such as gynecologists, which are: the beginning of sexual intercourse before the age of 18, having had 4 or more sexuals partners, infection with Human Papillomavirus and family history.

KEYWORDS: Number of sexual partners, Human Papillomavirus (HPV), family history.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está basada en el cáncer de cuello uterino, esta neoplasia tiene un gran impacto en la morbilidad a nivel mundial, ubicándose entre los más frecuentes que se presentan en la mujer. Además, se conoce que en los países desarrollados a través de determinadas pruebas se logra la detección temprana de lesiones premalignas, lo que permite ofrecer un tratamiento eficaz y prevenir los casos de este tipo de cáncer.

Por otro lado, en los países con vías al desarrollo, existe un limitado acceso a dichas medidas preventivas y por lo general el cáncer de cuello uterino se detecta en estadíos avanzados, siendo muchas veces el tratamiento ineficaz debido a la fase en la que se diagnóstica, es por eso que se encuentra una mortalidad más elevada con respecto a otros países.

El Perú es uno de esos países en desarrollo, por lo tanto, es muy importante estudiar dicha enfermedad; a pesar de que se busca un enfoque integral, es decir multidisciplinario, se necesita concientizar a la población a realizarse un control periódicamente con la finalidad de poder encontrar lesiones malignas o premalignas.

Por todo lo mencionado anteriormente, es de suma importancia lograr enfrentar esta patología a través de la prevención y detección temprana de este tipo de cáncer, para ello debemos reconocer aquellos factores de riesgo que se presenten con mayor frecuencia en las mujeres, ya que esta entidad es curable siempre y cuando se haga un diagnóstico temprano para poder empezar un tratamiento oportuno.

INDICE

| | |
|---|-------------|
| CARÁTULA..... | I |
| ASESOR..... | II |
| AGRADECIMIENTO..... | III |
| DEDICATORIA..... | IV |
| RESUMEN..... | V |
| ABSTRACT..... | VI |
| INTRODUCCIÓN..... | VII |
| INDICE..... | VIII |
| LISTA DE TABLAS..... | X |
| LISTA DE GRÁFICOS..... | XII |
| LISTA DE ANEXOS..... | XIV |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.2.1 GENERAL..... | 2 |
| 1.2.2 ESPECÍFICOS..... | 2 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN..... | 2 |
| 1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO..... | 2 |
| 1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 3 |
| 1.6 OBJETIVOS..... | 3 |
| 1.6.1 GENERAL..... | 3 |
| 1.6.2 ESPECÍFICO..... | 4 |
| 1.7 PROPÓSITO..... | 4 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS..... | 5 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS..... | 18 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 2.3 | MARCO CONCEPTUAL..... | 36 |
| 2.4 | HIPÓTESIS | 37 |
| 2.4.1 | GENERAL..... | 37 |
| 2.4.2 | ESPECÍFICA..... | 37 |
| 2.5 | VARIABLES | 38 |
| 2.6 | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS | 39 |
| | CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 42 |
| 3.1 | DISEÑO METODOLÓGICO | 42 |
| 3.1.1 | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 42 |
| 3.1.2 | NIVEL DE INVESTIGACIÓN..... | 42 |
| 3.2 | POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 42 |
| 3.3 | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 45 |
| 3.4 | DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 46 |
| 3.5 | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 46 |
| 3.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 47 |
| | CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 48 |
| 4.1 | RESULTADOS | 48 |
| 4.2 | DISCUSIÓN | 60 |
| | CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 63 |
| 5.1 | CONCLUSIONES..... | 63 |
| 5.2 | RECOMENDACIONES | 63 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA N° 1: ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 48 |
| TABLA N° 2: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 49 |
| TABLA N° 3: ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 50 |
| TABLA N° 4: ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 51 |
| TABLA N° 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 52 |
| TABLA N° 6: ASOCIACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 53 |
| TABLA N° 7: ASOCIACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 54 |
| TABLA N° 8: ASOCIACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 55 |
| TABLA N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE EL USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 56 |
| TABLA N° 10: ASOCIACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 57 |

| | |
|--|----|
| TABLA N° 11: ASOCIACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 58 |
| TABLA N° 12: ASOCIACIÓN ENTRE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019. | 59 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO N° 1: ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 48 |
| GRÁFICO N° 2: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 49 |
| GRÁFICO N° 3: ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 50 |
| GRÁFICO N° 4: ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 51 |
| GRÁFICO N° 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 52 |
| GRÁFICO N° 6: ASOCIACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 53 |
| GRÁFICO N° 7: ASOCIACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 54 |
| GRÁFICO N° 8: ASOCIACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 55 |
| GRÁFICO N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE EL USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 56 |
| GRÁFICO N° 10: ASOCIACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 57 |

| | |
|--|----|
| GRÁFICO N° 11: ASOCIACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019..... | 58 |
| GRÁFICO N° 12: ASOCIACIÓN ENTRE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019. | 59 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|------------|
| ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 75 |
| ANEXO N° 2: INSTRUMENTO..... | 77 |
| ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA EXPERTO | 80 |
| ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 844 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix o también llamado de cuello uterino, es una de las neoplasias más frecuentes en las mujeres, ocupando el cuarto lugar según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el 2018 se estimó aproximadamente 570 000 casos nuevos, que corresponde a un 7,5% de la mortalidad en las mujeres que padecen dicha enfermedad.¹ A pesar de los avances médicos sigue siendo un problema de salud pública debido al diagnóstico tardío, sobre todo en aquellos países en desarrollo que no cuentan con políticas de lucha contra el cáncer.

En el Perú los tipos de cáncer en el sexo femenino que se presentan con mayor frecuencia son los siguientes; cáncer de cérvix que corresponde a un 32.9%, cáncer de mama que corresponde a un 13.2%, y cáncer de piel que corresponde a un 10.4%. la mayoría de casos fueron detectados cuando se encontraba en un estadio sintomático es decir en estadios avanzados, que corresponde a un 67.5%. Los departamentos que se encuentran con mayor frecuencia afectados por esta patología son los siguientes en primer lugar; Junín que corresponde a un 69,5%, Lima Metropolitana que corresponde a un 69,2%, Ancash que corresponde a un 57,7%, Madre de Dios que corresponde a un 55,0% y finalmente Loreto que corresponde a un 50,9%.

A pesar de los esfuerzos por hacer un diagnóstico temprano y tener políticas dirigidas a la prevención, no se logra concientizar a todas las personas a realizarse un control mediante la toma del Papanicolaou. Si además de eso le agregamos que cada vez existen más personas que realizan prácticas sexuales con parejas ocasionales y muchas de ellas tienen infección o son portadoras del virus del papiloma humano, la magnitud del conflicto aumenta. En vista de esta problemática, se buscará encontrar aquellos factores de riesgo más cruciales.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019?
- ¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019?
- ¿Cuáles son las comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El cáncer tiene un impacto emocional, social y económico; no es una enfermedad que compromete solamente al paciente sino también a toda su familia y entorno. A pesar de que en nuestro país existen programas y campañas para la prevención y detección precoz, el cáncer de cérvix sigue siendo una de las tres neoplasias más frecuentes en el sexo femenino, es por eso que este trabajo tiene como finalidad resaltar la importancia de reconocer los diversos factores de riesgo que nos permita poder intervenir de manera temprana, oportuna y eficaz; generando un impacto positivo en el pronóstico de la enfermedad para poder llevar una mejor calidad de vida.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

DELIMITACIÓN ESPACIAL

La presente tesis se desarrolló en el departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

La presente tesis se llevó a cabo utilizando como base de datos las historias clínicas proporcionadas, que correspondan durante el periodo de enero del 2015 hasta junio del 2019.

DELIMITACIÓN SOCIAL

La presente tesis se realizó con una población que estuvo conformada por aquellas mujeres de edad entre 30 a 70 años, y que tengan factores de riesgo para presentar cáncer cervicouterino.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La presente tesis consideró como mujeres con cáncer de cérvix a todas aquellas que tuvieron un diagnóstico anatomopatológico.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Las restricciones en la accesibilidad a los datos o bases estadísticas y a las historias clínicas requeridas para haber realizado la tesis.
- La calidad con las que se hicieron las historias clínicas no fueron buenas debido a que no se encontraban con una letra legible y no estaban llenadas correctamente.
- El tiempo que se invirtió en poder hacer todos los trámites administrativos requeridos por parte de la universidad (permisos, solicitudes, etc.) así como el tiempo que se tardaron en responder la solicitud para poder tener la aprobación para poder desarrollar mi investigación en el hospital.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

1.6.2 ESPECÍFICO

- Establecer los factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.
- Conocer los factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.
- Identificar las comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

1.7 PROPÓSITO

El propósito por el cual se desarrolló la investigación fue reconocer aquellos factores de riesgo más importante que se presentan con mayor frecuencia en la población expuesta con el motivo de poder reportar dichos factores a las autoridades correspondientes para que de esta manera se logre poner mayor énfasis a estos riesgos para poder hacer una detección más temprana y reducir la mortalidad de esta enfermedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Pérez P, Rosales Y, Fernández I, Sánchez E. (Cuba, 2019) en su investigación llamada “Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba, tuvo como objetivo caracterizar los principales factores asociados al cáncer de cuello uterino en un área de salud. Para ello desarrolló un trabajo de serie de casos, en la cual tomaba a aquellas personas que diagnóstico tanto de carcinoma como de displasia de cérvix, en el año 2017. La población estuvo conformada por 1638 participantes a las cuales se les hizo una prueba de tamizaje de tipo citológico, resultando positivas 33 féminas quienes conformarían la muestra. Se obtuvo como resultado que la displasia leve y también la moderada fueron el diagnóstico más común, representando el 54.5% y el 36.3% respectivamente. Siendo las características más frecuentes en forma creciente: la multiparidad que corresponde a un 42.4%, tener 5 o más parejas sexuales a un 57.5% y el iniciar las relaciones sexuales antes de cumplir los 20 años a un 78.8%. Por último en dicho estudio se concluyó que para promover un estilo de vida sano es necesario tomar medidas que estén orientadas a generar un impacto en el grupo o población de riesgo”.⁵⁵

Pérez A, Gonzáles I, Rodríguez R, Terrero L. (Holguín-Cuba, 2019) en su investigación “Agregación familiar para cáncer de cuello uterino, buscaron como objetivo el poder determinar la existencia de agregación familiar en dicho cáncer. Se efectuó un tipo de investigación analítico, transversal, de casos y controles, en la cual se tomó como muestra a un total de 60 mujeres que tenían un diagnóstico anatomopatológico de cáncer, mientras que el grupo sin ese diagnóstico también contó con la cantidad de 60 participantes. En esta investigación se obtuvo como

resultados que el antecedente familiar se encontró más frecuentemente en los casos, representado por un 41.3%. Por otro lado el antecedente de tener o haber tenido alguna infección vaginal se encontró con más regularidad en el grupo de los casos siendo un 36.7% y en el grupo de los controles representó un 37.1%. Es por eso que se evidenció que el antecedente familiar aumenta 4 veces más el riesgo de padecer este cáncer, mientras que el antecedente de la infección vaginal representaba un 4.8 de veces más riesgo. Para finalizar, se concluye que las personas con una historia familiar para tal patología o que tengan antecedente de infección vaginal, realmente presentan un incrementado riesgo de padecer cáncer cervicouterino”.⁵⁷

Montero Y, Ramón R, Valverde C, Escobedo F, Hodelín E. (Santiago de Cuba-Cuba, 2018) realizaron una investigación llamada “Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino, en ella su objetivo fue describir los principales factores que propiciaron la aparición del cáncer. Ellos lograron ejecutar un estudio tipo observacional, transversal y descriptivo, conformada de 125 pacientes de sexo femenino, las cuales fueron atendidas en el transcurso del año 2016. Los datos recolectados se llevaron a cabo mediante una ficha donde incluían siete variables, las cuales fueron: antecedente de leucorrea, número de parejas, infecciones por el VPH, sangrado poscoital, edad de la primera relación sexual, historia de consulta en obstetricia y patología diagnosticada. Los resultados arrojaron que las variables de más significancia fueron aquellas féminas que tenían antecedente de infección por el virus del papiloma humano, el sangrado poscoital y la presencia de leucorrea. Finalmente se logra concluir que para poder disminuir la mortalidad y la morbilidad se debe realizar un diagnóstico precoz así como un control adecuado de los principales factores de riesgo, también es importante que el personal en el área de salud, esté capacitado en temas de educación sexual y reproductiva”.⁵²

Cabrera I, et al. (Granma-Cuba, 2016) en su trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita, tuvo como objetivo principal poder identificar los factores de riesgos asociados con la presencia de cáncer de cérvix en mujeres. Para el desarrollo de este estudio se tomó una muestra poblacional conformada por 50 mujeres cuya edad se encontraba por encima de los 25 años y tuvieran el diagnóstico previo de dicha patología. Se utilizó una hoja de recolección de datos que permitió que se obtenga la información de las historias clínicas y de las pacientes. Se utilizaron pruebas estadísticas como la prueba no probabilística del Chi cuadrado, con un índice de confianza del 95% y una probabilidad inferior al 0.05. De las variables en estudios las que obtuvieron una significancia estadística (odds ratio) fueron: la menarquia precoz, el antecedente familiar de cáncer, el inicio precoz de relaciones sexuales. A partir de ello se pudo concluir que, la edad del primer parto sobre todo si este se da antes de los 17 años de edad, el número de parejas sexuales igual o superior a 3, uso de anticonceptivos orales tienen significancia estadística como factores de riesgo”.²

Narváez L et al. (Cali-Colombia, 2019) en su investigación llamada “Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica, tuvieron como objetivo el poder determinar el grado de conocimiento tanto de la prevención como de los factores de riesgo. Este trabajó fue transversal, el cual fue compuesto por 131 pacientes, las cuales pertenecían al centro educativo donde se realizó el estudio. El resultado obtenido fue, que el promedio de todos los aciertos sobre el conocimiento de los factores de riesgo arrojó un 34.6%, mientras que la media correspondiente al conocimiento de la prevención fue de 86.1%. A partir de ello se puede concluir que, existe un alto nivel de conocimiento tanto en lo relacionado con la vacuna del VPH y la citología”.⁵³

Mora A, Pacha N. (Guayaquil, Ecuador, 2018) en su trabajo “Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40-50 años. Los autores plantearon como objetivo, determinar los factores asociados al cáncer de cuello uterino, para ello se tomó a 40 personas como población de estudio; este estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Para la obtención de datos se basaron bajo una encuesta además de una guía de observación indirecta. Lograron obtener como resultado lo siguiente: se encontró que la población tenía un diagnóstico del virus del papiloma humano en un 30%; presentaban educación secundaria en un 50%, la edad comprendía desde los 46-50 años en un 62.5%; las féminas presentaban conocimiento con respecto a la patología en estudio en un 62.5%; el primer contacto sexual fue entre los 17-20 años en un 62.5%; cerca del 65% no contaba con un trabajo y en el 75% de casos se logró aislar a los serotipos 16 y 18. Se logró concluir que el papiloma humano es el factor más resaltante para desarrollar esta patología”.⁶⁸

Jaramillo M. (Loja-Ecuador, 2017) en su investigación “Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el mercado Pequeño Productor de Loja. En dicho estudio se tuvo como objetivo analizar los principales factores que predisponen a dicho tipo de cáncer en aquellas mujeres entre 25-45 años, para ello realizó un estudio descriptivo, analítico, transversal, donde se contó con 184 mujeres, cuya muestra fue igual a 75, una vez aplicado los criterios tanto de exclusión como inclusión, además se usó una encuesta para reunir los datos. Los resultados demostraron que el 75% comenzaron su primera experiencia sexual entre los 13-18 años; el 72% presentaba entre 1-3 hijos, el 40% tenía una enfermedad venérea, el 27% presento sangrado después del acto sexual. Las conclusiones arrojaron que el tener muchas parejas, muchos hijos, sangrado poscoital, enfermedades venéreas y el inicio precoz de la primera relación sexual, son los principales riesgos para tener dicha enfermedad”.⁶⁶

Montesino J, Arronte M, Matos A, Arias D, Fernández A (Miranda-Venezuela, 2017) realizaron un estudio llamado “Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. Tuvieron como objetivo poder identificar los factores de riesgo biológico y de comportamiento asociados a resultados citológicos anormales. Desarrollaron una investigación observacional, descriptiva, cuya población abarcaba 872 mujeres las cuales contaban con un resultado anormal citológico. Los resultados mostraron que el grupo más frecuente fue entre 35-44 años, la historia familiar de cáncer correspondía al 61.6%; el antecedente de infección genital al 70.9%, la multiparidad al 74.9%, las personas promiscuas al 62.5%, siendo la NIC grado II el resultado anormal más común. Por ello se pudo concluir que la citología anormal se presentó con mayor frecuencia en las mujeres entre 35-44 años, con multiparidad y que hayan tenido algún antecedente familiar”.⁶⁸

Cordero J, García M. (San José-Cuba, 2015) en su estudio “Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, plantearon como objetivo relacionar diferentes factores de riesgo en un grupo de féminas, para llevarlo a cabo, se ejecutó un estudio de tipo analítico, retrospectivo, de casos y controles; el tiempo que abarco el trabajo fue desde el mes de enero del año 2011 hasta diciembre del 2012, efectuándose en el Hospital General Docente Leopoldo Martínez, conformado por 500 personas tanto para los casos como los controles. En los resultados se observó que si existía una relación significativa de las siguientes variables: el antecedente de paridad en la adolescencia, el antecedente de infecciones venéreas, la costumbre de fumar, el haber tenido coito durante la menstruación, el empleo de anticonceptivos orales, el producirse un aborto y la alteración de la citología cervical. De este modo se llegó a la conclusión de que si hubo relación entre los factores de estudio con las citologías anormales”.⁷²

Thakur A, et al. (Shimla-India, 2015) en su trabajo de investigación “Risk Factors for Cancer Cervix among Rural Women of a Hilly State: A Case-Control Study, tuvo como objetivo estudiar los factores comunes asociados con el cáncer de cuello uterino. Para eso realizaron un estudio de casos y controles; con una cantidad de 226 casos recientemente diagnosticados y un número igual para los controles, el trabajo se llevó a cabo en el Regional Cancer Center, Himachal Pradesh durante el período de julio de 2008 a Octubre de 2009. Los resultados determinaron que de 10 factores de riesgo solo siete de ellos se encontraron asociados de forma significativa con la enfermedad. Estos fueron: Edad al nacer del primer hijo, tiempo intergenésico, edad al casarse, alfabetismo, nivel socioeconómico, multiparidad e higiene genital deficiente. En este estudio se pudo concluir que la pobre higiene de los genitales, la edad de nacimiento del primer hijo antes de los <19 años, el matrimonio precoz, el analfabetismo, la multiparidad así como el bajo nivel socioeconómico, fueron prevalentes en los sujetos del estudio, encontrándose significativamente relacionados al cáncer de cérvix”.³

ANTECEDENTES NACIONALES

Saldaña E, Silva J. (Tarapoto-Perú, 2018) en su trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2013-2017. Plantean como objetivo determinar los factores de dicho cáncer, para ello llevaron a cabo un estudio de casos y controles, transversal; compuesta por un total de 125 pacientes para los casos y 120 para los controles, además se realizó un revisión documentaria utilizando una ficha para recolectar datos. Como resultados se halló que aquellas personas que no eran mestizas tenían 2.043 más riesgo de presentar la enfermedad ($p=0.001$) (IC= 1.793-2.329; OR=2.043); las personas que tenían un comienzo temprano en las relaciones sexuales, mostraban 5.663 más probabilidad de expresar el cáncer a diferencia de

las mujeres que empezaron a los 19 años ($p=0.000$) ($IC=2,916 - 11,000$; $OR=5.663$); el hábito de fumar aumenta exponencialmente 6.538 veces el riesgo ($p=0.000$) ($IC=2,621 - 16,306$; $OR = 6,538$). Por otro lado, refieren que la carga genética no presenta significancia. Los tipos histológicos que lograron encontrar en fueron los siguientes: carcinoma escamoso infiltrante, carcinoma escamoso microinfiltrante y carcinoma escamoso in situ, representado con un 13.6%, 29.6% y 56.8% respectivamente. Como conclusión se expone que el comienzo temprano del sexo y los que no son mestizos (nativos), se asocian con mayor significancia estadística para expresar o padecer el cáncer de cérvix”.⁷⁰

Cárdenas Y. (Lima-Perú, 2018) en su estudio “Conductas sexuales y aspectos reproductivos como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycán, 2014-2015, tuvo como objetivo determinar si las conductas sexuales y los aspectos reproductivos son factores de riesgo. La investigación es de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Se seleccionó una muestra de 113 mujeres para el grupo de casos y 113 para el grupo control. Los resultados evidenciaron que la edad del primer coito representa un 50.4% ($p=0.0001$) ($OR=2.2515$) así como la cantidad de parejas sexuales que corresponde a un 71.7% ($p=0.0009$) ($OR=0.0521$), son riesgos significativos para desarrollar cáncer cervicouterino. Con respecto a los factores que guardan relación a la parte reproductiva, la edad en la cual se tiene la primera gestación comprendió entre 20 y 35 años representando un 79.6%, además resulto un riesgo estadísticamente significativo para poder expresar dicha patología. Es por ello que se llega a la conclusión de que tanto los factores de reproducción como la conducta sexual, están asociados de manera significativa para padecer cáncer de cuello uterino por otro lado la edad de inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales resultaron factores protectores”.⁷¹

Ruíz R et al. (Lima-Perú, 2017) en su trabajo “Características clínico-patológicas y sobrevivida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: Análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, tuvieron como objetivo determinar las características histológicas, clínicas y los factores pronósticos en peruanas jóvenes, basado en un análisis de tipo retrospectivo, se estudió en una muestra conformada por mujeres cuya edad fue inferior los 35 años y además tenían el diagnóstico de cáncer de cuello uterino por el INEN durante el periodo de tiempo conformado por los años del 2008 hasta el 2012. Obteniéndose como resultado que los tipos histológicos más frecuentes como el carcinoma de células escamosas que corresponde a un 84,9%, adenocarcinoma que corresponde a un 11,0% y carcinoma adenoescamoso que corresponde a un 2,4%. El tamaño tumoral promedio fue 4,98 cm. La enfermedad se encontró localmente ubicada en estadios avanzadas que corresponde a un 82,3%. Los estadios que se hallarlo de manera más representativa en este estudio fueron; estadios IIB que corresponde a un 47,4% y IIIB que corresponde a un 25,8%. El porcentaje de sobrevivida posterior a los 5 años correspondió a un 59,5% (I, 90,9%; II, 57,5%; III, 42,7% y IV, 13,3%) según cada estadio respectivamente; sin embargo no se encontró variación con respecto al tipo histológico. A partir de ello se pudo concluir que el cáncer de cérvix es diagnosticado en la mayoría de los casos en estadios avanzados de la enfermedad y no hay diferencias significativas relacionadas a la edad”.⁶⁰

Aguilar R (Lima-Perú, 2017) en su investigación “Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015, suscita como objetivo demostrar la asociación entre los factores estudiados. Se efectuó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de un corte transversal, se realizó con una muestra de 105 personas y se obtuvo como resultado lo siguiente: el

carcinoma epidermoide fue el diagnóstico más común con un 84% mientras que el 16% correspondió al adenocarcinoma, el grupo etario de mayor prevalencia comprendió desde los 40 años hasta los 49 años con un 40%, dentro de ello se observó que el carcinoma epidermoide se presentó con más frecuentemente en las personas que tenían entre 60-69 años; también mostró que si hubo significancia entre el número de compañeros sexuales ($p=0.01$) así como con aquellas personas que tuvieron su primer acto sexual entre los 10-13 años ($p=0.01$). Con respecto al nivel instrucción y el estado civil, no se encontró asociación significativa con la neoplasia estudiada. La conclusión mostró que si hay asociación entre la poliandria, y el empezar pronto las relaciones sexuales con relación a la neoplasia cervical”.⁴⁸

Ybaseta J, et al. (Ica-Perú, 2014) en su trabajo “Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro, tuvo como objetivo determinar los factores clínico epidemiológicos más frecuentes del cáncer de cuello uterino. Se tomó una población total conformada 46 pacientes, como grupo caso hubieron 27 pacientes que padecían de dicha patología confirmada con resultado de biopsia de cérvix. Y además dicho diagnóstico se haya realizado durante el periodo de tiempo conformado del 2008 hasta el 2010. La información se obtuvo mediante una hoja de recolección de datos que se consiguieron a través del uso de historias clínicas. En el análisis estadístico se utilizó medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias. Obteniéndose como lo más frecuente, los siguientes resultados; edad por encima de los 35 años de edad que corresponde a un 77,8%, instrucción secundaria que corresponde un 48,2%, estado civil convivientes que corresponde a un 40.8%, procedencia del área urbana que corresponde a un 70,4%, instrucción secundaria que corresponde a un 48,2%, nivel socioeconómico familiar medio que corresponde a un 44,5%. Además se evalúa desde el punto de vista de

anatomía patológica donde se encontró que los tipos de cáncer de cérvix se presenta según frecuencia de la siguiente manera; el carcinoma invasivo corresponde a un 25.9%, mientras que las lesiones intraepiteliales de alto grado de malignidad corresponden a un 74.1%. También se evaluaron ciertas características gineco-obstétricas; hallando como resultados que; la paridad corresponde a un 59,3%, multiparidad corresponde a un 48,2%, y menarquía igual o mayor de 15 años que corresponde a un 25,9% y 33,3% respectivamente, síntoma clínico más frecuente es el sangrad después del coito que corresponde a un 29.2%, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino que corresponde a un 7.4%, y el no tener controles previos de Papanicolaou corresponde a un 85.2%. A partir de ello se pudo concluir que, existen múltiples factores que predisponen el cáncer de cuello uterino es por esta razón que es necesario tener una política de salud que permita un diagnóstico y tratamiento oportuno para las mujeres que lo padecen”.⁵¹

Bazán S, Valladares D, Benites Y, Bendezú G, Ruiz M, Mejía C. (Piura-Perú, 2017) en su investigación “Severidad de la inflamación en los reportes de Papanicolaou según agente etiológico encontrado en un hospital público del norte de Perú. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre el grado de severidad del reporte y el agente etiológico encontrado en la citología del área cérvico-vaginal. Por eso se realizó un estudio de tipo transversal analítico, utilizando como información reportes de Papanicolaou de pacientes que se aprendieron en el Hospital de Apoyo-Sullana II-2, ubicado en Piura-Perú, durante el periodo de tiempo que abarca del 2007 hasta el 2011. Se realizó un muestreo por conveniencia tipo censal con una población total de 1535 mujeres. Se realizó análisis estadístico de tipo tanto descriptivo como analítico, usando las siguiente pruebas, la prueba no probabilística de χ^2 y U de Mann Whitney. Los resultados determinaron que, la edad promedio que tenían las pacientes fue de 36 años. Se demostró que existe asociación

con diversos agentes patógenos en un 34%; entre los agentes más frecuentes se aislaron a la Cándida en un 64%, seguido por la Gardnerella en un 28%. Se llegó a la conclusión que, la severidad de los casos de Papanicolao se encuentra asociada a lo siguiente; al tipo de germen, la infección de dos o más gérmenes y la edad de la paciente, debiendo ser considerados para el posterior manejo terapéutico que llevará la paciente”.⁶

Ruiz A, Bazán Ruiz S, Mejía C. (Piura, Perú-2017) en su trabajo de investigación “Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Tuvo como objetivo determinar prevalencia y factores asociados a hallazgos citológicos anormales de cuello uterino. Por eso se realizó un estudio de tipo transversal analítico, con un muestreo por conveniencia, se tomó una población total de 144 participantes a quienes se le realizó encuestas. La variable de estudio principal fue la presencia de lesiones en el cuello uterino tanto de tipo pre invasoras como invasoras según la citología realizada, además se buscó su relación con otras características de índole social, ginecológica y sexual entre ellas tenemos; que no se habían realizado la prueba hace más de 3 años que corresponde a un 26%, carcinoma escamoso invasor que corresponde a un 1%, la alteración citológica que corresponde a un 20% positivo para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado que corresponde a un 14%. Se realizó un análisis estadístico multivariado, donde se obtuvo una asociación ente la lesión citológica, el virus del papiloma humano y cervicitis severa con un p-valor de $p < 0,001$, tener un germen con un p-valor de $p = 0,001$, inicio de relaciones sexuales a una edad inferior a los 14 años con un p-valor de $p = 0,024$. A partir de ello se pudo concluir que, en una población que tiene como característica una sexualidad activa precoz existe una gran prevalencia de presentar lesiones premalignas en el caso de las mujeres”.⁹

Madrid D. (Lima-Perú, 2016) en su estudio de investigación “Análisis de los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Central PNP Luis N. Saenz en el periodo de enero-diciembre 2014, tuvo como objetivo analizar los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, para ello realizó un estudio el cual fue descriptivo, retrospectivo. Se halló que el tipo de neoplasia más común fue el carcinoma epidermoide representando un 60.9 %; la infección por el VPH representó un 78.3 %, la precocidad de tener relaciones sexuales fue un 73.9% en aquellas personas menores a 18 años o las que tengan la misma edad y las que tenían más de 18 años estuvo representado por un 26.1%. Los resultados manifestaron que la promiscuidad, iniciar precozmente las relaciones sexuales y la presencia de infección por el VPH fueron los factores estadísticamente más importantes con una asociación significativa”.⁶⁹

Bautista F, Vallejos C, Bances G, Galdos O, Santos C. (Lima-Perú, 2013) en su trabajo de investigación “Prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino e infección por papilomavirus humano en madres del Comité del Vaso de Leche de la Municipalidad de Surquillo. Tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de lesiones premalignas en cérvix y factores de riesgo del virus del papiloma humano de alto grado. Por eso se llevó a cabo un estudio de tipo prospectivo, descriptivo y transversal en una población de madres conformado por 1142 participantes que cumplían con las siguientes características, una edad inferior a los 55 años, y a quienes posterior a un resultado citológico anormal, se les realizó una colposcopia con toma de biopsia que dio como resultado lesiones malignas. Obteniéndose los siguientes resultados; la prevalencia de infección por virus del papiloma humano de alto riesgo que corresponde a un 15.2%, prevalencia de la citología convencional anormal que corresponde a un 2.2%, prevalencia de neoplasia

interepitelial cervical (NIC) que corresponde con un 1.3% de los cuales 0.79% correspondieron a NIC II y NIC III. A partir de ello se pudo concluir que, la prevalencia de infección por virus del papiloma humano de tipo oncogénico en la madres del Comité del Vaso de Leche es alta que corresponde a un 15.2%; la prevalencia de lesiones cervicales corresponde a un 1.3% y para ambos casos los grupos de edad que se ven más afectados se encuentran entre el rango de edad que comprende entre los 26 y 35 años”.²⁴

Malca M, López A, Álvarez M, Santos C. En su trabajo de investigación “¿Preservación de la fertilidad en cáncer de cérvix? Es posible. Nos dice que el cáncer de cérvix es la causa más común de muerte por cáncer ginecológico en el mundo. Debido al aumento del diagnóstico en los estadios tempranos en mujeres en edad fértil, hacemos énfasis en los nuevos conceptos de preservación de la fertilidad y tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo. El cono frío de cérvix con o sin linfadenectomía pélvica representa un esquema de tratamiento adecuado para el manejo de cáncer de cérvix en estadio IA1-2 en pacientes que desean conservar su fertilidad. Sin embargo, su potencial curativo no ha sido explorado extensamente en lo que concierne a la enfermedad en estadios IB1. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), desde hace cinco años se ha iniciado el manejo individualizado de estas pacientes por la mayor demanda de pacientes jóvenes, quienes desean preservar la fertilidad, con el consentimiento informado de las pacientes y con resultados óptimos hasta la actualidad. Se presenta cuatro casos de cáncer de cérvix en estadios IA2 y IB1 con factores patológicos de riesgo bajo, en quienes se planteó cirugía conservadora para concervar fertilidad. Los resultados demostraron que la cirugía conservadora en estadios tempranos de cáncer de cérvix de riesgo bajo es factible en aquella mujeres jóvenes, logrando preservar su fertilidad, con las mismas tasas de curación que la cirugía radical”.²³

2.2 BASES TEÓRICAS

CUELLO UTERINO

- **ANATOMÍA**

Es la región fibromuscular ubicada en la parte inferior del útero, que se limita por arriba mediante el istmo (divide el cuerpo con el cuello del útero). Tiene una forma cilíndrica o cónica, siendo más angosto en los extremos que en la media, y mide entre 2.5 cm hasta 4 cm de longitud por 2.5 de diámetro aproximadamente, sin embargo dichas medidas pueden variar según el momento del periodo menstrual, la edad y la paridad.

La cavidad del cuello uterino es fusiforme, aplanada, que presenta dos caras aplanadas convexas (anterior y posterior), en cada extremo se ubican los orificios interno y externo; teniendo en cuenta la inserción de la vagina sobre el útero, se dividirá en tres porciones: supravaginal, vaginal y subvaginal o intravaginal. Por otro lado, la fijación y suspensión está dada tanto por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cardinales de Mackenrodt, que inician en la porción lateral y posterior del cérvix y se dirigen a la pelvis.

Por último tanto la irrigación arterial como la venosa fluyen de manera paralela; la primera de ellas está a cargo de las arterias uterinas que atraviesan la parte lateral de los ligamentos de Mackenrodt. Por otro lado el drenaje linfático inicia su recorrido proximo a la mucosa y en lo profundo del estroma, de esta manera da origen a cuatro canales que drenan hacia los ganglios hipogástricos, obturadores e iliacos externos iliacos externos. En cuanto a la inervación, esta se lleva a cabo por los plexos hipogástricos (ganglios de Franckenhauer) y del plexo útero vaginal así como los dos últimos nervios sacros.

- **HISTOLOGÍA**

El cérvix se subdivide en dos porciones muy bien delimitadas; el límite superior corresponde al orificio cervical interno del endocérvix (canal endocervical) y el límite inferior al orificio cervical externo que lo comunica al ectocérvix (porción vaginal). El endocérvix está tapizado por un epitelio de una sola capa de células cilíndricas secretoras de moco, que se introduce en el estroma para dar origen a las glándulas endocervicales mientras que el ectocérvix se encuentra recubierto por un epitelio de tipo escamoso estratificado no queratinizado, que se continúa con la cúpula vaginal, que converge centralmente en el orificio cervical externo.

Existe un lugar de unión entre el epitelio de tipo cilíndrico simple y el escamoso, a este punto se le denomina como unión escamocilíndrica o escamocolumnar. En la niñez y la perimenarquia, el sitio donde se unen el epitelio cilíndrico con el epitelio escamoso se ubica en el orificio cervical externo y se conoce como la unión original escamocolumnar. Durante la infancia y una vez transcurrida la pubertad, debido a la acción de los estrógenos, se produce un alargamiento de dicha zona, lo que conlleva a un ectropion o eversión fisiológica del epitelio cilíndrico; haciéndose mucho más pronunciado durante la gestación. Posterior a eso, el epitelio escamoso se transforma a uno de tipo metaplásico, produciendo una nueva unión escamocolumnar llamada fisiológica o funcional.

El área que abarca desde la unión original hasta la unión escamocolumnar fisiológica se le conoce como zona de transformación. La metaplasia de un epitelio cilíndrico a uno de tipo escamoso produce un epitelio poliestratificado con múltiples

capas. Este evento se puede dar a través de dos mecanismos: debido a la proliferación de células en reserva que llegan a diferenciarse hacia el epitelio escamoso o por el crecimiento de dicho epitelio en la zona de unión es decir por epitelización. Siendo el primer suceso conocido como metaplasia escamosa. Cuando la metaplasia empieza a originarse, inicialmente se presentan células inmaduras como reserva y es debido a ello que se tiene que realizar el diagnóstico para poder discernir de aquellas lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. Esas células escamosas inmaduras son susceptibles a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y como veremos más adelante, las lesiones pre-malignas así como los carcinomas cervicales se desarrollan en esta zona con mucha más frecuencia.

LESIONES PRE-MALIGNAS

La historia natural del cáncer de cuello uterino se caracteriza por ser una patología cuya progresión en el tiempo es lenta, caracterizada por un constante recambio en el epitelio de dicha zona en un periodo de tiempo de aproximadamente diez años, de tal manera que incluso pueden evidenciarse diferentes etapas que se clasificaran como lesiones precancerosas, estas se pueden denominar de la siguiente manera; displasia, lesión intraepitelial escamosa (LIE) y neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

- El sistema más antiguo de la OMS clasificaba las lesiones de las siguiente forma:
 - Displasia leve: lesión que compromete el 1/3 inferior del grosor epitelial del cérvix.
 - Displasia moderada: lesión que compromete los 2/3 inferiores del grosor epitelial del cérvix.
 - Displasia severa y/o Carcinoma in situ (Cis): compromete más de los 2/3 inferiores o todo el grosor epitelial del cérvix.

- Histológicamente las lesiones premalignas se clasifican de la siguiente manera:
 - NIC I o neoplasia intraepitelial cervical I (siglas en inglés, CIN I): representa una leve displasia.
 - NIC II o neoplasia intraepitelial cervical II (siglas en inglés, CIN II): representa una moderada displasia.
 - NIC III o neoplasia intraepitelial cervical III (siglas en inglés, CIN III): representa una grave displasia o carcinoma in situ.

- En las extensiones citológicas, el sistema que permitía clasificar a las lesiones precancerosas se llegó a simplificar en:
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado o LIE-BG (siglas en inglés, L-SIL/SIL-L): corresponde a NIC I o a los condilomas planos.
 - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado o LIE-AG (siglas en inglés, H-SIL/SIL-H): corresponde a NIC II o NIC III.

- Nomenclatura citológica de acuerdo al sistema de clasificación BETHESDA:
 - Anormalidades de las Células Epiteliales Escamosas:
 - Células escamosas atípicas o CEA (siglas en inglés, ASC)
 - ASC-US: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance, células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto.
 - ASC-H: Atypical Squamous Cells, células escamosas atípicas no puede descartarse SIL-H.
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL, low-grade squamous intraepithelial lesión)
 - Virus del papiloma humano (VPH).
 - NIC I (Displasia leve).

- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado o LIE-AG (H-SIL, high-grade squamous intraepithelial lesion)
 - NIC II (Displasia Moderada).
 - NIC III (Displasia Severa/Carcinoma in situ, Cis).
 - Carcinoma epidermoide o escamoso
- Anormalidades de las Células Epiteliales Glandulares:
- Células glandulares atípicas o CGA (siglas en inglés, AGC)
 - Células glandulares endocervicales atípicas.
 - Células glandulares endometriales atípicas.
 - Adenocarcinoma in situ.
 - Adenocarcinomas invasor.

CÁNCER

El cuerpo humano está constituido por diversos sistemas y estos a su vez se encuentran constituido por un sin número de células; es normal que estas se dividan y generen otras células; debido a que están en constante cambio se mantiene un equilibrio entre las que se forman y las que se destruyen por apoptosis, que es la muerte celular programada.

Cuando una de estas células comienza a dividirse sin detenerse empieza la proliferación de células; que ya se por su tamaño, su forma o su núcleo, se consideran atípicas. El conjunto de estas células atípicas forman tumores que progresan con el tiempo y van aumentando bidireccionalmente en tamaño y en profundidad, infiltrando las diversas capas de tejidos.

Sin embargo es importante recalcar que un tumor puede clasificarse en benigno o en maligno, y dependiendo de eso tendrán características clínicas e histopatológicas muy diferentes. Solo a las masas tumorales malignas se les denomina cáncer.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Esta neoplasia se produce por la alteración en las células que se localizan en la porción inferior del útero, esta sección abarca desde el endocérvix hasta el ectocérvix, es decir desde la porción más cercana al cuerpo del útero hasta la más cercana a la vagina respectivamente. Estas células pueden ser de dos tipos las que más destacan son las localizadas en el endocérvix que son las células glandulares productoras de moco y las células del exocérvix que son de tipo escamosas; existe una zona denominada de transformación donde convergen ambos tipos de células ya mencionadas; esta zona varía de acuerdo a la edad de la paciente y a la paridad.

Es importante destacar que esta patología es una neoplasia progresiva en el tiempo es decir que los cambios se producen gradualmente y dependiendo del tipo de células es el nombre con el que recibirá denominación; de tal manera los tipos más frecuentes son el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma.

TIPOS HISTOLÓGICOS

- Carcinoma Epidermoide.⁴⁶
- Adenocarcinoma.⁴⁶
- Carcinoma Adenoescamoso.⁴⁶
- Tumores Neuroendocrinos del cérvix.⁴⁶

CUADRO CLÍNICO

Los pacientes como en otros tipos de cáncer, suelen ser asintomáticos en estadios tempranos; se puede decir que únicamente los síntomas empiezan a aparecer en estadios avanzados, siendo el síntoma más precoz el sangrado vaginal o metrorragia. También puede presentarse dolor asociado al coito (dispareunia o dolor post coital), leucorrea, que puede contener un flujo mucoso seroso o purulento y puede ser fétido si

la enfermedad está muy avanzada. Además es posible que haya dolor pélvico, dolor de espalda, disuria, hematuria, rectorragia así como síntomas consuntivos como pérdida de peso, astenia y anorexia en estadios finales.³⁷

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del cáncer cervicouterino se debe tener una muestra anatomopatológica, es decir a través de una biopsia del cérvix. Los procedimientos diagnósticos pueden ser a través de:

- Citología cervical (Papanicolaou): “es el principal método para la detección del cáncer de cuello uterino. La citología también debe realizarse en mujeres con sospecha de cáncer cervical”.⁶⁵
- Biopsia cervical por colposcopia: “se puede realizar como parte de una evaluación inicial o junto con un procedimiento completo de estadificación, según el nivel de sospecha de malignidad y el acceso del paciente a la atención médica”.⁶⁵
- Conización: posee dos objetivos, el de diagnóstico y terapéutico; “es necesaria en casos de sospechar malignidad “.⁶⁵

ESTADIFICACIÓN

Una vez que se ha realizado el diagnóstico, el siguiente paso es conocer que tan avanzado o diseminado está el cáncer, para ello se debe hacer el estadiaje del tumor, es decir se debe clasificar y determinar la etapa o estadio en la que se presenta dicha enfermedad. Además el hecho de conocer la etapa es muy importante ya que nos ayuda a decidir el tratamiento que se debe realizar y también permite saber el pronóstico de la sobrevida de la persona.

Es por esta razón que debe ser evaluado desde diferentes aspectos; se debe empezar realizando un examen físico completo sobre todo de la región de la pelvis, exámenes de imágenes, de esta manera se puede

obtener características detalladas del tumor como; invasión de los parametrios y compromiso ganglionar, por este motivo se ha decidido unificar las propuestas de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y del sistema de estadificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y), obteniendo lo siguiente:

- Según Tumor Primario (criterios unificados del sistema de estadificación TNM de la AJCC y FIGO); en la categoría T se describe que tan lejos el tumor primario ha crecido en el cuello uterino y si existe invasión o extensión a los tejidos adyacentes:
 - T1= estadio I FIGO: Carcinoma cervical confinado al útero (la extensión al cuerpo no debe ser tenida en cuenta).⁶³
 - T1a= estadio IA FIGO: Carcinoma invasor diagnosticado sólo mediante microscopía. Invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal \leq a 7 mm. El compromiso del compartimento vascular, venoso o linfático no afecta la clasificación.⁶³
 - T1a1= estadio IA1 FIGO: Invasión estromal \leq 3 mm en profundidad y \leq 7 mm de extensión horizontal.⁶³
 - T1a2= estadio IA2 FIGO: Invasión estromal $>$ 3 mm y \leq 5 mm en profundidad, con una extensión horizontal \leq a 7 mm.⁶³
 - T1b= estadio IB FIGO: Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a/IA2. Incluye aquellas lesiones que son visibles macroscópicamente y las que tienen invasión superficial.⁶³
 - T1b1= estadio IB1 FIGO: Lesión clínicamente visible \leq 4 cm en su mayor diámetro.⁶³
 - T1b2= estadio IB2 FIGO: Lesión clínicamente visible $>$ 4 cm en su mayor diámetro.⁶³
 - T2= estadio II FIGO: Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no compromete la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.⁶³

- T2a= estadio IIA FIGO: Tumor sin invasión de los parametrios.⁶³
- T2a1= estadio IIA1 FIGO: Lesión clínicamente visible \leq 4 cm en su mayor diámetro.⁶³
- T2a2= estadio IIA2 FIGO: Lesión clínicamente visible $>$ 4 cm en su mayor diámetro.⁶³
- T2b= estadio IIB FIGO: Tumor con invasión de los parametrios, sin llegar a la pared pelviana.⁶³
- T3= estadio III FIGO: Tumor que se extiende a la pared lateral pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o falla de la función renal normal.⁶³
- T3a= estadio IIIA FIGO: El tumor compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.⁶³
- T3b= estadio IIIB FIGO: El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o falla de la función renal normal.
- T4= estadio IVA FIGO: El tumor invade la mucosa de la vejiga o del recto y/o se extiende más allá de la pelvis (el edema bulloso no es suficiente para clasificar un tumor como T4).⁶³
 - FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis: Carcinoma in situ).
 - Todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial, son consideradas como T1b/IB.

Las categorías T que solo pertenecen al sistema de estadificación TNM de la AJCC y que no fueron descritas anteriormente son las siguientes:

- TX: El tumor primario no puede evaluarse.⁶³
- T0: No hay evidencia de tumor primario.⁶³
- Tis: Carcinoma in situ (carcinoma preinvasor).⁶³

- Según Nódulos Linfático Regionales (criterios unificados de la AJCC y FIGO); en la categoría N nos indica cualquier propagación a los ganglios linfáticos cercanos al cuello uterino:
 - N1= estadio IIIB FIGO: Presencia de ganglios linfáticos regionales metastásicos.⁶³

Las categorías N que solo pertenecen al sistema de estadificación TNM de la AJCC y que no fueron descritas anteriormente son las siguientes:

- NX: Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
 - N0: No hay ganglios linfáticos regionales metastásicos.⁶³
- Según metástasis a distancia (criterios unificados de la AJCC y FIGO); en la categoría M nos indica si el cáncer se ha propagado (metástasis) a lugares distantes, como a otros órganos o ganglios linfáticos que no están cerca del cuello uterino:
 - M1= estadio IVB FIGO: Metástasis a distancia (incluyendo siembra peritoneal, ganglios linfáticos supraclaviculares, mediastinales o para-aórticos, pulmón, hígado o hueso).⁶³

La categoría M que solo pertenece al sistema de estadificación TNM de la AJCC y que no fue descrita anteriormente es la siguiente:

- M0: No hay metástasis a distancia.⁶³
- Estadio Anatómico-Grupos Pronósticos (criterios unificados de la AJCC y FIGO):
 - Estadio 0 = Tis N0 M0.⁶³
 - Estadio I = T1 N0 M0.⁶³
 - Estadio IA = T1a N0 M0.⁶³

- Estadio IA1 = T1a1 N0 M0.⁶³
- Estadio IA2 = T1a2 N0 M0.⁶³
- Estadio IB = T1b N0 M0.⁶³
- Estadio IB1 = T1b1 N0 M0.⁶³
- Estadio IB2 = T1b2 N0 M0.⁶³
- Estadio II = T2 N0 M0.⁶³
- Estadio IIA = T2a N0 M0.⁶³
- Estadio IIA1 = T2a1 N0 M0.⁶³
- Estadio IIA2 = T2a2 N0 M0.⁶³
- Estadio IIB = T2b N0 M0.⁶³
- Estadio III = T3 N0 M0.⁶³
- Estadio IIIA = T3a N0 M0.⁶³
- Estadio IIIB = T3b cualquier N M0 o T1-3 N1 M0.
- Estadio IVA = T4 cualquier N M0.⁶³
- Estadio IVB = cualquier T cualquier N M1.⁶³
 - FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis: Carcinoma in situ).

PRONÓSTICO

Existen varios aspectos que determinan el pronóstico entre ellos tenemos; el tamaño del tumor, el compromiso del área muscular mayor a la mitad, de los parametrios, hasta la pared pélvica, ganglios linfáticos y en los casos más avanzados del compromiso a distancia.²⁷ “La invasión metastásica de los ganglios linfáticos es un factor de mal pronóstico independiente, así como también la presencia de metástasis a distancia”.²⁷

“Por otra lado existe cierta controversia sobre si el tipo histológico es o no, un factor pronóstico independiente en el cáncer cervical. Cuando se ajusta por etapa, algunas series respaldan la equivalencia pronóstica del adenocarcinoma cervical versus el carcinoma de células escamosas,

pero la mayoría ha demostrado que el adenocarcinoma tiene un pronóstico peor”.⁶⁴

“Un estudio incluyó 24,562 personas que tenían cáncer cervical, de los cuales 77, 17 y 6 por ciento tenían células escamosas, adenocarcinoma y carcinoma adenoescamoso, respectivamente. Los principales hallazgos fueron: mayor riesgo de muerte para las mujeres con adenocarcinoma en comparación con el carcinoma de células escamosas (odds ratio 1.39, IC 95% 1.23-1.56) y mayor riesgo de muerte para las mujeres con adenocarcinoma (OR 1.21, IC 95% 1.10-1.32)”.⁶⁴ Es por ello la importancia de un diagnóstico temprano para empezar el tratamiento apropiado.

FACTORES DE RIESGO

Existen ciertos factores que hacen más propensa a padecer cáncer de cuello uterino, dichas condiciones son las siguientes: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el grado de instrucción, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, la infección por el virus del papiloma humano, entre otros.³⁸

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Entre los factores sociodemográficos que se investigará en este estudio destacan los siguientes; la edad de las pacientes, el estado civil y el grado de instrucción:

- Edad: la edad de la mujer es un determinante importante ya que el cáncer del cuello uterino según diversos estudios produce el desarrollo de enfermedad en aproximadamente diez años posteriores al a primoinfección; es por esta razón que a medida que aumenta la edad es más factible encontrar estadios más avanzados de dicha enfermedad; por eso alrededor de los 30 años se pueden encontrar lesiones de bajo grado, las de alto grado a

los 40 años y posterior a esta edad ya se diagnostica etapas avanzadas del carcinoma invasor.

- Estado civil: con mayor frecuencia se encuentra un resultado de Papanicolaou alterado es alrededor de los 30 años, la mayoría de mujeres a esta edad ya se encuentran casadas; sin embargo teniendo en consideración que la infección se produjo 10 años atrás, más bien se debe tomar en cuenta la situación en la que se encontraba a los 20 años aproximadamente, si era soltera, tenía una pareja estable o tenía una conducta sexual de riesgo con múltiples parejas sexuales; ya que en esta situación fue más propensa de contraer el virus y posteriormente desarrollar algún tipo de lesión cervical que puede ser de bajo o alto grado que conlleve a la expresión del cáncer.

Por esta razón diversos estudios concluyen que es más frecuente que las mujeres jóvenes y solteras tengan infección por el virus del papiloma humano en relación a aquellas que no lo son.

- Grado de instrucción: la importancia de reconocer el grado de instrucción de cada mujer es porque existe una asociación inversamente proporcional del grado de estudio y la presentación de cáncer de cuello uterino, probablemente esto sea debido a que existe una relación entre el analfabetismo con la pobreza y en general con la desigualdad social, ya que al no tener acceso a una educación tiende a tener pobre conocimiento acerca de temas como salud tanto sexual como reproductiva y esto se representa en conductas sexuales peligrosas, con múltiples parejas sexuales, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad así como maternidad precoz que también son factores de riesgo de gran importancia.

FACTORES GINECOLÓGICOS

Dentro de los factores ginecológicos tenemos a la edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, uso prolongado de anticonceptivos orales y la multiparidad.

- **Edad de inicio de las relaciones sexuales:** Diversos estudios confirman la asociación del cáncer de cuello uterino con la edad de inicio de las relaciones sexuales, de tal manera que se puede concluir que a menor edad el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino en el futuro es mayor sobre todo si esto se da antes de los 18 años de edad, debido a que generalmente las adolescentes presentan una conducta sexual de riesgo puede contraer con mayor facilidad el virus del papiloma humano, que generara rápidamente inflamación y lesiones a nivel del cérvix de tal manera que a largo plazo generará la neoplasia antes descrita.
- **Número de parejas sexuales:** se ha demostrado que existe una clara asociación directamente proporcional al número de parejas sexuales y al desarrollo de lesiones intraepiteliales, afectando principalmente a mujeres solteras, viudas o separadas que tienen mayor probabilidad de tener varios compañeros sexuales.
- **Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino:** esta patología tiende a ser más frecuente en mujeres que tengan familiares de primer grado como una madre o una hermana que también hayan padecido cáncer de cuello uterino hasta en dos o tres veces es por esta razón que se postula que habría una relación genética que genera cierta predisposición entre estas mujeres para contagiarse del virus del papiloma humano y para el desarrollo de dicha enfermedad.

- Uso prolongado de anticonceptivos orales: al parecer la asociación con el uso de anticonceptivos orales tiene una relación más estrecha desde el aspecto del tiempo que se ha utilizado este método anticonceptivo, si esto ha sido durante más de diez años el riesgo incrementa hasta en cuatro veces; pero si la mujer solo lo ha consumido por un tiempo menor a los cinco años o nunca lo ha consumido entonces el uso de los anticonceptivos orales no guarda relación con la neoplasia.

Esto nos lleva a postular que la relación está más bien ligada a la razón del uso prolongado de anticonceptivos orales en algunos casos por tener una conducta sexual de riesgo con múltiples compañeros sexuales.

- Multiparidad: La relación con la multiparidad se da probablemente porque durante la gestación la mujer está expuesta a diversos cambios hormonales, además durante el trabajo de parto se producen pequeñas lesiones en el área del cérvix además de algunos desgarros, esto se encuentra relacionado con el cáncer de cuello uterino tomando en cuenta como punto de corte de tres partos a más que incrementa hasta en tres veces el riesgo de padecer la neoplasia maligna, ya que se asume que pueda estar relacionado con un inicio temprano de relaciones sexuales y una maternidad precoz.
- Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH): “Las infecciones de transmisión sexual, en especial las del Papiloma virus humano (PVH) presentan un alto grado de asociación con la presencia de lesiones precancerosas en el cuello uterino. Debido a que esta infección puede encontrarse oculta por otro proceso infeccioso en el aparato reproductor femenino, muchos estudios

han reportado que la sola presencia de una infección de transmisión sexual, independiente de que se haya comprobado o no la existencia del virus PVH, debe ser tratado como un factor de riesgo”.⁴⁵

“Al ocurrir la infección por VPH, el genoma viral es sintetizado en las células basales a partir de copias episomales, afectando a la progenie, en donde una célula perpetuará la infección y aquella destinada al cambio de estrato epitelial, presentará la expresión de genes tardíos, dando inicio a la fase vegetativa del ciclo de vida del VPH. Finalmente el ADN viral es empaquetado en la cápside y los viriones son liberados para reiniciar un nuevo ciclo de vida.

Cabe anotar que la diferencia en el riesgo para la progresión a carcinoma cervical radica en la persistencia de la infección y por ende a la integración del ADN viral al de la célula del huésped. Los tipos de VPH de bajo riesgo tienden a permanecer como episomas, en tanto que los de alto riesgo se integran de forma covalente al ADN hospedero”.⁶⁶

“Evidencia experimental sugiere que la integración al genoma es consecuencia de la inestabilidad y el compromiso de la integridad cromosómica en las células basales, todo ello expresado por la expresión de las oncoproteínas E6 y E7. La relativa expresión de los oncogenes y sus productos, podría estar directamente influenciado por el contexto de la secuencia en el sitio individual de integración”.⁶⁶

“Los genes E6 y E7 son los responsables de la oncogénesis. Los productos de los genes E6 y E7, desempeñan un papel importante en la carcinogénesis cervical mediada por VPH. Las células infectadas por el VPH, tienen ADN viral que se integra al azar en

el genoma de la mayoría de las células del carcinoma cervical. La integración ha demostrado que los genes E6 y E7 se transcriben activamente”.³⁷

“El descubrimiento de que E6 y E7 son proteínas que inducen transformación celular in vitro. VPH16: E6 y E7 son capaces de immortalizar queratinocitos humanos. Estudios bioquímicos han aclarado el mecanismo de acción de E6 y E7. Las oncoproteínas virales son capaces para formar complejos estables con proteínas celulares y alteran o neutralizan completamente sus funciones normales. La interacción de E6 y E7 con las proteínas supresoras de tumores TP53 y pRb, que conducen a una rápida degradación de la celular proteínas a través de la vía de la ubiquitina. La pérdida de la función de pRb y TP53 resulta en la abrogación de la apoptosis y en la proliferación celular y las células infectadas por VPH evolucionan hacia la malignidad”.³⁷

COMORBILIDADES

También existen ciertas comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino como la infección por el virus del papiloma humano, la obesidad, el tabaquismo.

- Obesidad: el peso de una persona puede ser operacionalizado por el valor del índice de masa corporal, existe una relación con el cáncer de cuello uterino cuando el índice de masa corporal es igual o mayor a 25 kg/m² en comparación con aquellas mujeres cuyo IMC es normal, es decir va entre rango de 18,5-23 kg/m².³¹

Tanto el exceso del peso corporal como del tejido adiposo tiene una relación con la resistencia a la insulina que inicialmente produce una hiperestimulación del páncreas con la finalidad de producir un aumento en la producción de la insulina, y a su vez los

nivel elevados de insulina en la sangre está condicionado al rápido crecimiento y mayor agresividad en cualquier tipo de cáncer por el incremento de la activación de la mitosis celular esta es la justificación fisiopatológica de la relación entre la obesidad y el cáncer de cuello uterino.³¹

La insulina presente tanto el en intra como en el extracelular, y los receptores tipo IGF-1 para la insulina generan que se produzca un efecto proliferativo en el tumor; estudios demuestra mayor asociación en la proliferación de células cancerígenas localizadas en el tejido mamario, prostático y hematopoyético.³¹

- Hábitos nocivos (tabaquismo): Dentro de los hábitos nocivos podemos describir dos; el alcohol y el tabaco; sin embargo en el primer caso no hay estudios que demuestren una asociación directa entre el alcoholismo y el desarrollo de cáncer de cuello uterino, es por esta razón que no será utilizado como variable en nuestra investigación; sin embargo si hay asociación con el segundo el tabaquismo que describiremos con más detalle a continuación.³¹

Es ampliamente conocido que el cigarrillo está conformada por múltiples sustancia dañinas entre ellas tenemos; a la nicotina que posee un alto nivel oncogénico después de ir por el torrente sanguíneo hasta las células del cuello donde son capaces de producir alteración en su mitosis, además de alteración en la conformación del moco cervical y la presencia de metabolitos que inhiben a los antígenos y de esta manera se genera una afectación del sistema autoinmune que lo vuelve incapaz de reconocer y actuar a tiempo mientras se produce el desarrollo del cáncer de cuello uterino.³¹

- Otras ITS: existen múltiples infecciones de transmisión sexual entre ellas destaca con más frecuencia la infección por *Chlamydia trachomatis*, sin embargo muchas mujeres por falta de conocimiento o descuido no acuden oportunamente al ginecólogo cuando presenta una ITS, por eso en algunos estudios donde se ha diagnosticado dicha infección ha sido como un hallazgo incidental durante uno de los chequeos para descartar infección por el virus del papiloma humano.³¹

2.3 MARCO CONCEPTUAL

CÁNCER: conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo.⁴⁵

CUELLO UTERINO: conocido también como cérvix; ubicada anatómicamente en la parte inferior del útero.^{45, 46}

LESIONES PREMALIGNAS: denominadas también como lesiones precancerosas; se refieren a una porción o parte de cualquier tejido, morfológicamente alterado, que permite que aumente la probabilidad de cáncer en dicha zona.

FACTORES DE RIESGO: eventos o situaciones que aumentan las probabilidades de padecer una enfermedad por parte de una persona.⁷²

CÁNCER DE CUELLO UTERINO: enfermedad crónica en la cual se desarrolla una proliferación desordenada de células cancerosas (malignas) ubicado en el tejido cervicouterino.⁷²

ASOCIACIÓN: Establecer o buscar una relación entre dos o más cosas, conceptos o ideas para un fin común.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: aquellas condiciones que influyen para expresar algún trastorno o enfermedad en una persona.

FACTORES GINECOLÓGICOS: situación que incrementan la predisposición de tener o presentar ciertas patologías en una persona.

COMORBILIDADES: son aquellas patologías o trastornos adicionales de una persona que previamente presenta una enfermedad de fondo.

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): Conformado por un grupo de patologías principalmente venéreas que tienen como característica común la vía de contagio mediante el contacto sexual.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Hi:

Si existen factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

Ho:

No existen factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

2.4.2 ESPECÍFICA

- Hi:

Si existen factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

- Ho:

No existen factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

- Hi:
Si existen factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.
- Ho:
No existen factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.
- Hi:
Si existen comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.
- Ho:
No existen comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.

2.5 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Cáncer de cuello uterino.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores de riesgo.
 - Factores Sociodemográficos
 - Edad
 - Grado de instrucción
 - Estado civil
 - Factores Ginecológicos
 - Antecedente familiar.
 - Edad de inicio de las relaciones sexuales.
 - Número de parejas sexuales.

- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Multiparidad.
- Infección por el virus del papiloma humano.
- Comorbilidades
 - Obesidad
 - Hábitos nocivos (tabaquismo).
 - Otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

EDAD: tiempo que ha vivido una persona, expresado en años.

- 30-40
- 41-60
- 61-70

ESTADO CIVIL: situación legal de una persona en relación a si tiene o no pareja, según el registro civil.

- Soltero
- Conviviente/Casado
- Viudo/Divorciado

GRADO DE INSTRUCCIÓN: nivel o grado de estudio más elevado que ha terminado una persona.

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior

INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH): infección de transmisión sexual que tiene como agente etiológico al VPH que puede o no causar enfermedad.

- Si
- No

ANTECEDENTE FAMILIAR: presencia de una determinada patología en familiares de primer o segundo grado.

- Si
- No

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: edad en años cumplidos en la cual se tuvo el primer acto coital.

- < 18 años
- > o igual a 18 años

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: cantidad nominal de personas con las cuales se ha tenido como consecuencia el acto sexual.

- 1-3
- >4

USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACOS): uso seguido de ACOS por más de 5 años.

- Si
- No

MULTIPARIDAD: número de veces en la cual una mujer ha tenido más de un parto.

- Si
- No

OBESIDAD: enfermedad crónica, nutricional caracterizada por un aumento en el porcentaje de grasa que se traduce en un IMC >30.

- Si
- No

HÁBITO NOCIVO (TABAQUISMO): el consumo seguido de cigarrillos por una persona.

- Si
- No

OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): aquellas infecciones adquiridas a través de relaciones sexuales que no sean por el agente etiológico el virus del papiloma humano.

- Si
- No

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación será de tipo no experimental (observacional), analítico, retrospectivo, transversal.

- No experimental (observacional): porque no se manipulará o intervendrá en ninguna de las variables estudiadas.
- Analítico: porque se buscará comparar o establecer asociaciones entre dos variables; los factores de riesgo y el cáncer de cuello uterino.
- Casos y controles: porque el estudio seleccionará una muestra conformada por las mujeres que tengan cáncer de cuello uterino y otra muestra por mujeres sin la enfermedad.
- Retrospectivo: porque se recolectará la información en el pasado por medio de las historias clínicas en donde encontraremos las variables registradas.
- Transversal: porque cada variable de estudio se medirá una sola vez en el tiempo.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación será de nivel explicativo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019; esta población se encontrará dividida en dos grupos después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión que se detallará más adelante; el primero será conformado por el grupo de los casos, pacientes con cáncer de cuello uterino, con un total de 104 pacientes y el segundo, por el grupo de los controles, pacientes sin cáncer de cuello uterino, con un total de 104.

MUESTRA

Para hallar el tamaño de la muestra, se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

En donde:

N = muestra

Z1-a = valor estándar 1.96

Z1-b = valor estándar 0.80

p = $\frac{p_1 + p_2}{2}$

p1 = proporción de casos expuestos = 0.2

p2 = proporción de controles expuestos = 0.8

IC = 0.95

OR = 2.45

La proporción de exposición de los controles, se tomó según el estudio de Cabrera I, et al. ² En dicho estudio el número de casos fue 36 y el número de controles 144.

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.5)(1-0.5)} + 0.80 \sqrt{0.5(1-0.5) + 0.5(1-0.5)}]^2}{(0.2 - 0.8)^2}$$

$$n = \frac{[1.96 (0.70) + 0.80 (0.56)]^2}{0.36}$$

$$n = \frac{[1.82]^2}{0.36}$$

$$n = \frac{3.3124}{0.36}$$

$$n = 9.20 \Rightarrow 9$$

Después de la aplicación de la fórmula se tuvo como resultado que el tamaño de muestra mínimo es de 9, sin embargo la población de estudio total estará conformada por 104 pacientes, es por esta razón que se ha decidido trabajar el número total para los casos y 104 para los controles, de tal manera que se tenga una relación de 1 a 1 respectivamente.

GRUPO CASOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 30-70 años de edad.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres menores de 30 años de edad.
- Mujeres mayores de 70 años de edad.
- Mujeres que no fueron atendidas entre los años 2015-2019.
- Mujeres que no hayan pasado por el servicio de Gineco-obstetricia.

GRUPO CONTROL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 30-70 años de edad.
- Mujeres sin diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres menores de 30 años de edad.
- Mujeres mayores de 70 años de edad.
- Mujeres que no fueron atendidas entre los años 2015-2019.
- Mujeres que no hayan pasado por el servicio de Gineco-obstetricia.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la presente investigación se obtuvo datos de las historias clínicas pertenecientes a pacientes que acudieron durante el periodo 2015-2019 al departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, la información acerca de los factores de riesgo se logró registrar a través de una ficha de recolección de datos.

En la parte superior se coloca el número de la ficha que se está utilizando en números arábigos, además se registra el número de historia clínica, después se marca con un aspa para clasificar a la paciente en dos grupos, en caso de que si tiene o no cáncer de cuello uterino.

La ficha de recolección de datos constará de 03 secciones, la primera será la de factores sociodemográficos que a su vez se subdividirá en 3 ítems que son; edad, que puede tener 03 opciones, 30-40, 41-60, 61-70, estado civil, que puede tener 03 opciones, soltera, conviviente/casada, viuda/divorciada, grado de instrucción, que puede tener 04 opciones, sin instrucción, primaria, secundaria, superior.

La segunda sección está conformada por factores ginecológicos que a su vez se subdividen en 05 ítems; antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, que tiene 02 opciones, sí o no; número de parejas sexuales, que tiene 02 opciones, 1-3 y >4; uso prolongado de anticonceptivos orales, que tiene 02 opciones, sí o no; inicio de relaciones sexuales, que tiene 02 opciones, < 18 años y 18 años a más; multiparidad, que tiene 03 opciones, 2, 3 y >4.

La tercera sección está conformada por la variable de comorbilidades que a su vez se subdivide en 03 ítems; paciente que presenta obesidad,

que tiene 02 opciones, sí o no; paciente que consume tabaco, que tiene 02 opciones, sí o no; y finalmente paciente con otras infecciones de transmisión sexual, que tiene 02 opciones, sí o no.

Por último, este instrumento, la ficha de recolección de datos, ha sido sometido a un juicio de expertos; entre ellos se tuvo a un metodólogo, un estadístico y un especialista; de tal manera esto permitió que la información sea pertinente, tenga relevancia y sea clara.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de procesamiento de datos que se empleó fue a través de un análisis documental, siendo la ficha de recolección de datos el instrumento que se utilizó, la cual permitió obtener la información mediante las historias clínicas.

El objetivo del procesamiento de datos fue poder estudiar las variables, siendo las variables consideradas las siguientes: el cáncer de cuello uterino y los factores de riesgo que está conformado por 3 dimensiones; los factores sociodemográficos, factores ginecológicos y comorbilidades.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de datos mediante en el cual se analizó la información que se obtuvo fue a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

El análisis estadístico que se efectivizó fue de tipo descriptivo, porque se logró describir a las diferentes variables de estudio mediante porcentajes, frecuencias, tablas y gráficas que se lograron plasmar a través del programa Microsoft Excel 2010.

Además el análisis estadístico de tipo inferencial se realizó mediante la utilización de una tabla de contingencia, lo que permitió evaluar cada una de las variables de estudio, y compararlo con las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, a los resultados se le aplicó diversas pruebas entre ellas, la prueba no paramétrica del Chi cuadrado la cual nos permitió medir la asociación que exista entre las variables de estudio, con un p-valor <0.05 y con un intervalo de confianza mayor o igual al 95 % para que tenga una validez científica significativa. De este modo se obtuvo el odds ratio, es decir la medida de asociación del riesgo para cada una de las variables.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo de investigación tuvo como pilar los principios de la bioética: se respetó el principio de beneficencia ya que se busca actuar en beneficio del paciente así como respetar el principio de la no maleficencia ya que no se busca producir o hacer daño en contra de la persona; siguiendo el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, se respetará la confidencialidad y privacidad de los datos recopilados de las historias clínicas solamente para fines de la investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

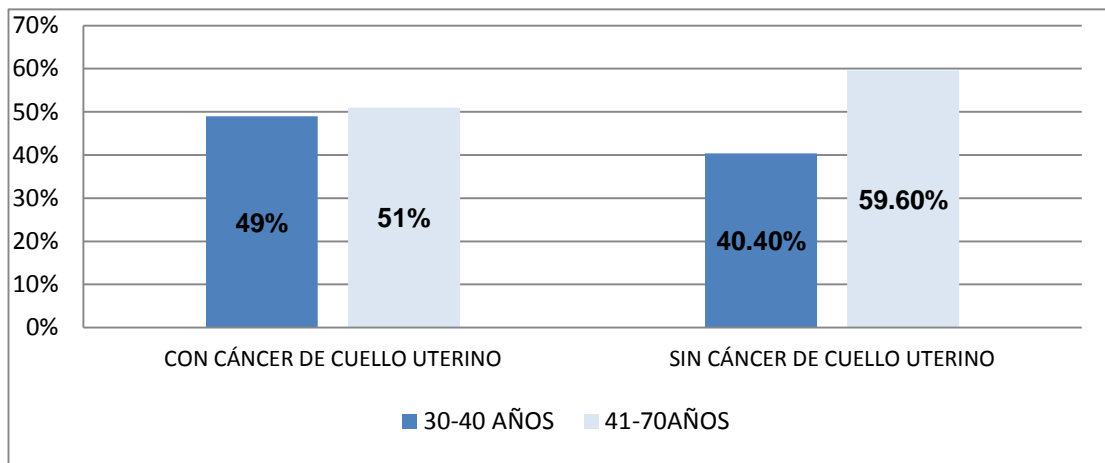
4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------|------------|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| EDAD | 30-40 años | 51 | 42 | 0.209 | - | - |
| | | 49% | 40.4% | | | |
| | 41-70 años | 53 | 62 | | | |
| | | 51% | 59.6% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 1: ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



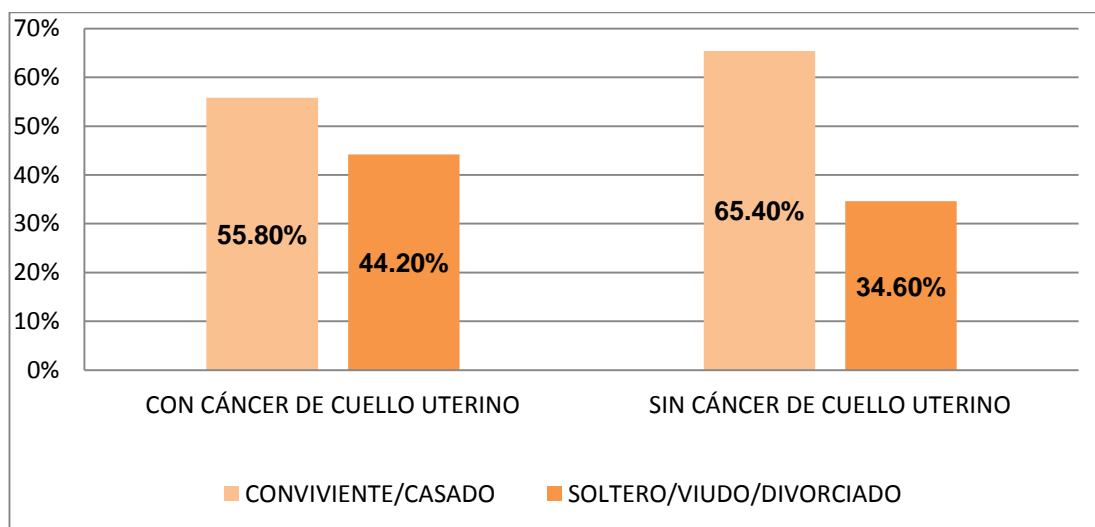
INTERPRETACIÓN: Tabla 1, Gráfico 1; se evidencia que los pacientes con cáncer de cuello uterino que comprendían entre las edades de 30-40 años equivale al 49%, los que tenían entre 41-70 años era igual al 51%; además se obtuvo un p-valor de 0.209 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre la edad y el cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 2: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|--------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| ESTADO CIVIL | Conviviente/ casado | 58 | 68 | 0.156 | - | - |
| | | 55.8% | 65.4% | | | |
| | Soltero/ viudo/ divorciado | 46 | 36 | | | |
| | | 44.2% | 34.6% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 2: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



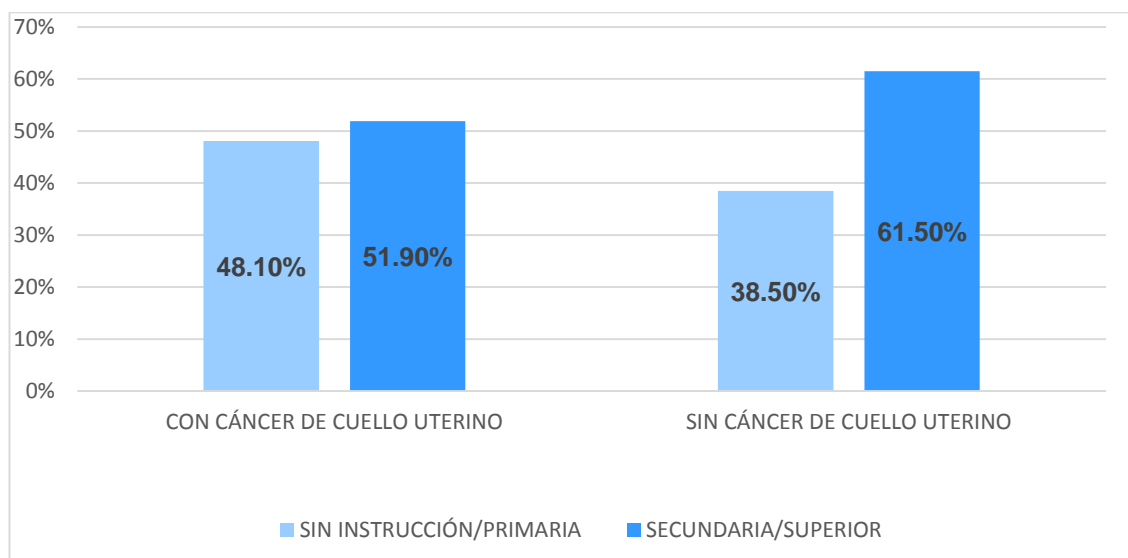
INTERPRETACIÓN: Tabla 2, Gráfico 2; se evidencia que el grupo conformado por los convivientes/casados y que tenían cáncer de cuello uterino era igual al 55.8%, por otro lado el grupo de los solteros/viudos/divorciados representó un 44.2%; además se obtuvo un p-valor de 0.156 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre el estado civil y el cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 3: ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Sin instrucción / primaria | 50 | 40 | 0.162 | - | - |
| | | 48.1% | 38.5% | | | |
| | Secundaria / superior | 54 | 64 | | | |
| | | 51.9% | 61.5% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 3: ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



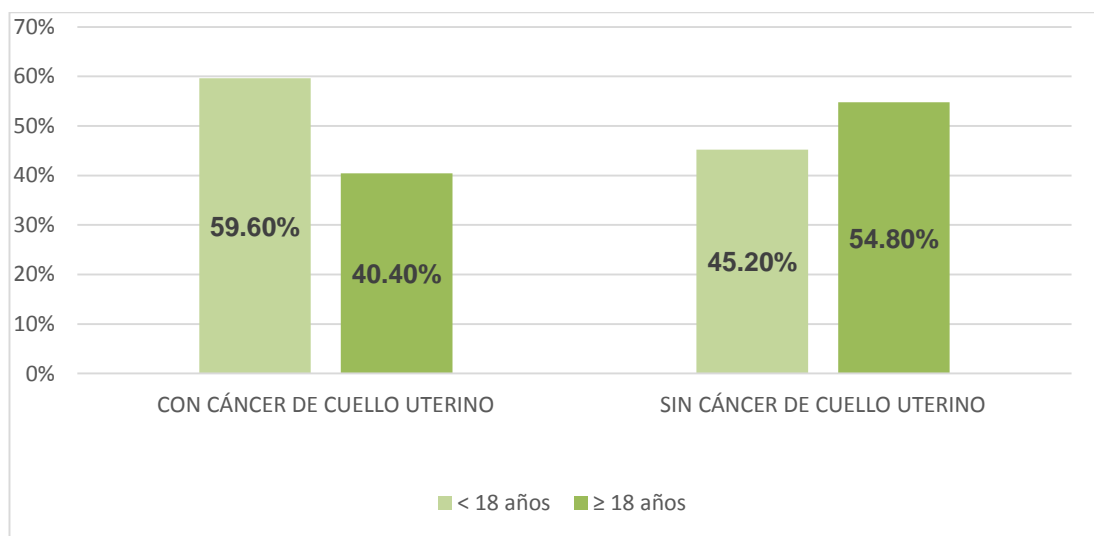
INTERPRETACIÓN: Tabla 3, Gráfico 3; se evidencia que los pacientes sin instrucción/primaria y que tenían cáncer de cuello uterino representaban un 48.1%, mientras los que tenían secundaria/superior eran un 51.9%; además se obtuvo un p-valor de 0.162 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre el grado de instrucción y la enfermedad.

TABLA N° 4: ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|-------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------------|---------|-------|---------------------|
| INICIO DE RELACIONES SEXUALES | < 18 años | 62 | 47 | 0.037 | 1.790 | 1.033 - 3.103 |
| | | 59.6% | 45.2% | | | |
| | ≥ 18 años | 42 | 57 | | | |
| | | 40.4% | 54.8% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 4: ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



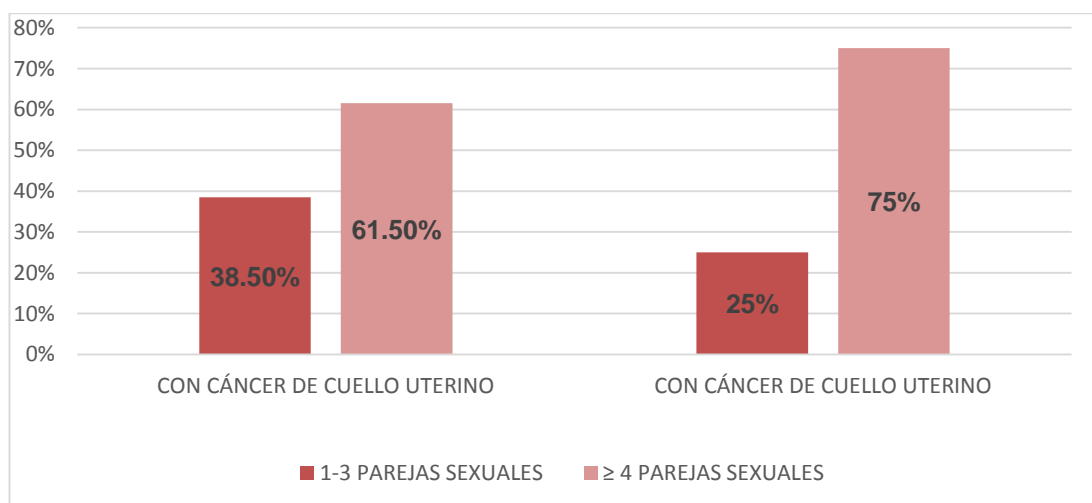
INTERPRETACIÓN: Tabla 4, Gráfico 4; se evidencia que los pacientes que tenían cáncer de cuello uterino y además habían iniciado las relaciones sexuales antes de los 18 años lo que equivale a 59.6%, además se obtuvo un p-valor de 0.037 (p-valor <0.05), con un OR=1.790, IC del 95% (1.033-3.103); nos dice que el inicio precoz de las relaciones sexuales es un factor de riesgo estadísticamente significativo.

TABLA N° 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------------------------|-----|------------------------------|------------------------------|---------|-------|---------------------|
| NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES | 1-3 | 40 | 26 | 0.037 | 1.875 | 1.035 - 3.397 |
| | | 38.5% | 25% | | | |
| | ≥ 4 | 64 | 78 | | | |
| | | 61.5% | 75% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



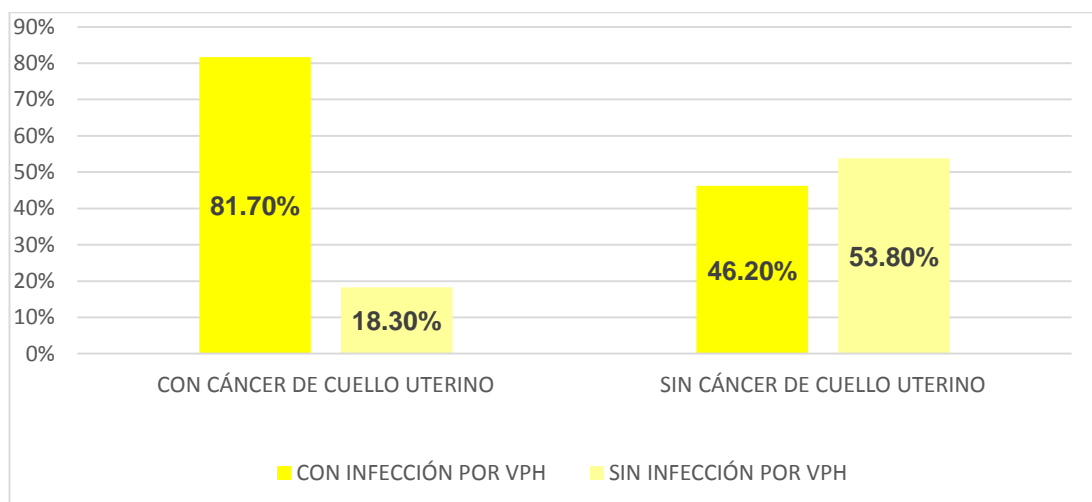
INTERPRETACIÓN: Tabla 5, Gráfico 5; se evidencia que los pacientes que tenían cáncer de cuello uterino y además han tenido ≥ 4 parejas sexuales, representan el 61.5%, por otro lado los que tenían 1-3 parejas era igual al 38.5%; además se obtuvo un p-valor de 0.037 (p-valor < 0.05), con un OR=1.875, con un IC del 95% (1.035-3.397); nos dice que el número de parejas sexuales ≥ 4 es un factor de riesgo estadísticamente significativo.

TABLA N° 6: ASOCIACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------------------|----|------------------------------|------------------------------|---------|-------|---------------------|
| INFECCIÓN POR EL VPH | Sí | 85 | 48 | 0.000 | 5.219 | 2.782 - 9.793 |
| | | 81.7% | 46.2% | | | |
| | No | 19 | 56 | | | |
| | | 18.3% | 53.8% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 6: ASOCIACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



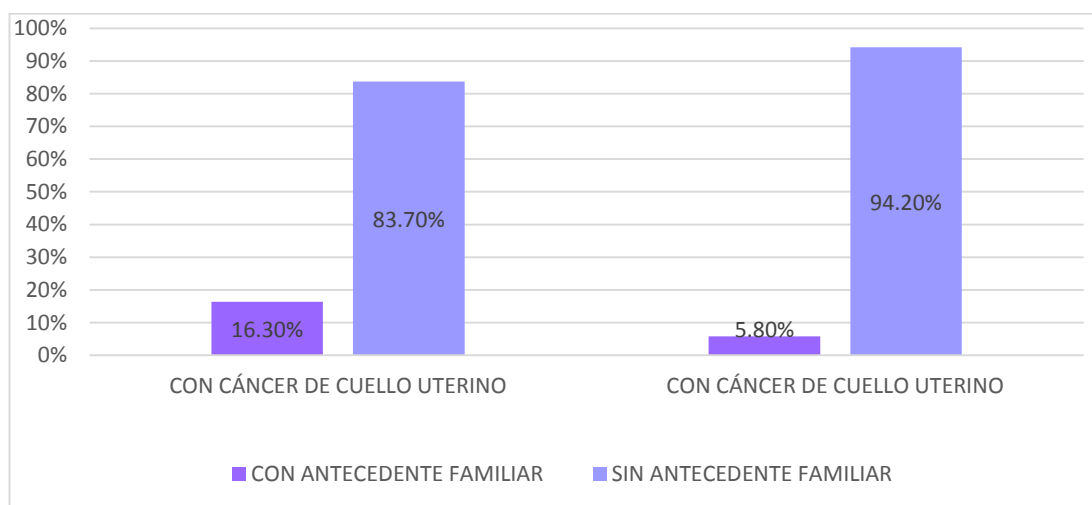
INTERPRETACIÓN: Tabla 6, Gráfico 6; se evidencia que los pacientes que tenían infección por el VPH y que además presentaban cáncer de cuello uterino representan el 81.7%, mientras los que no tenían la infección por el VPH era igual al 18.3%; además se obtuvo un p-valor de 0.000 (p-valor <0.05), con un OR=5.219, con un IC del 95% (2.782-9.793); nos dice que la infección por el VPH es un factor de riesgo estadísticamente significativo.

TABLA N° 7: ASOCIACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------------------|----|------------------------------|------------------------------|---------|-------|---------------------|
| ANTECEDENTE FAMILIAR | Sí | 17 | 6 | 0.015 | 3.192 | 1.204 - 8.457 |
| | | 16.3% | 5.8% | | | |
| | No | 87 | 98 | | | |
| | | 83.7% | 94.2% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 7: ASOCIACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



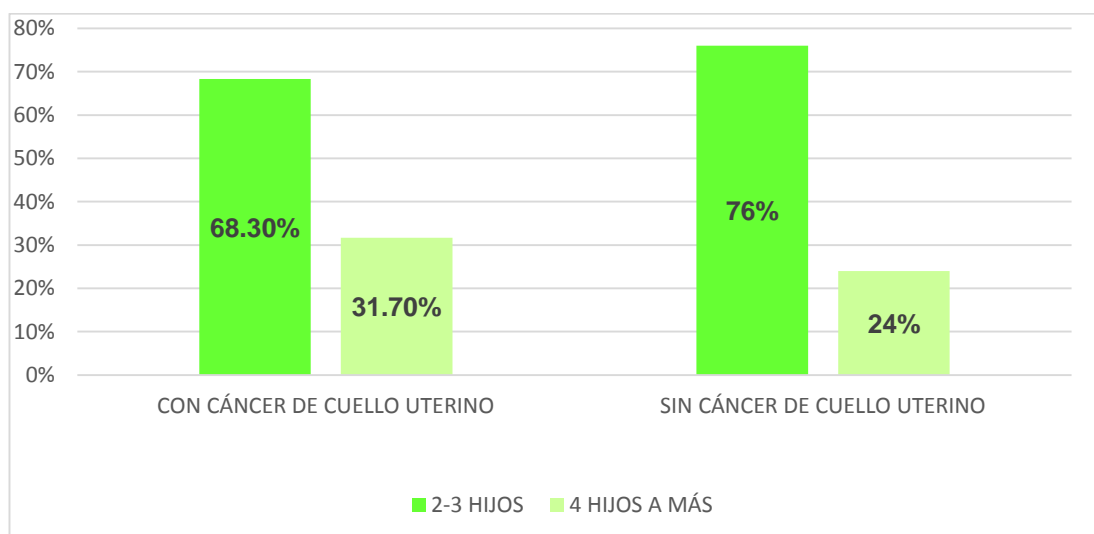
INTERPRETACIÓN: Tabla 7, Gráfico 7; se evidencia que los pacientes sin antecedente familiar y que además presentaban cáncer de cuello uterino representan el 83.7%, mientras los que tenían el antecedente familiar eran igual al 16.3%; además se obtuvo un p-valor de 0.015 (p-valor <0.05), con un OR=3.192, con un IC del 95% (1.204-8.457); nos dice que el antecedente familiar es un factor de riesgo estadísticamente significativo.

TABLA N° 8: ASOCIACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|--------------|-----------|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| MULTIPARIDAD | 2-3 hijos | 71 | 79 | 0.216 | - | - |
| | | 68.3% | 76% | | | |
| | ≥4 hijos | 33 | 25 | | | |
| | | 31.7% | 24% | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 8: ASOCIACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



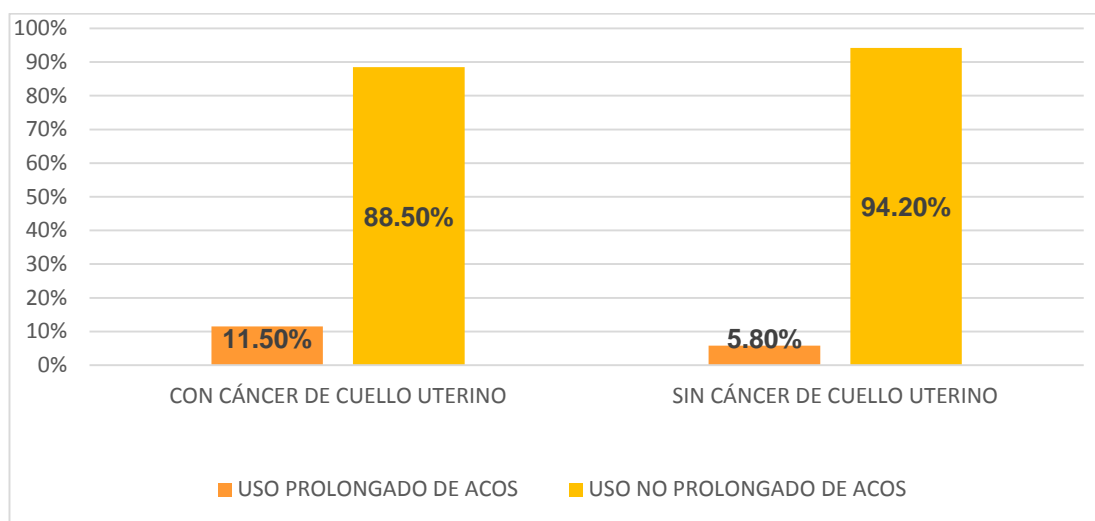
INTERPRETACIÓN: Tabla 8, Gráfico 8; se evidencia que los pacientes que tenían 2-3 hijos y que tenían cáncer de cuello uterino representaban un 68.3%, mientras los que tenían ≥4 hijos y también presentaban la enfermedad eran un 31.7%; además se obtuvo un p-valor de 0.216 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre la multiparidad y el cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE EL USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|------------------------|----|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| USO PROLONGADO DE ACOS | Sí | 12 | 6 | 0.139 | - | - |
| | | 11.5 % | 5.8 % | | | |
| | No | 92 | 98 | | | |
| | | 88.5% | 94.2 % | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE EL USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



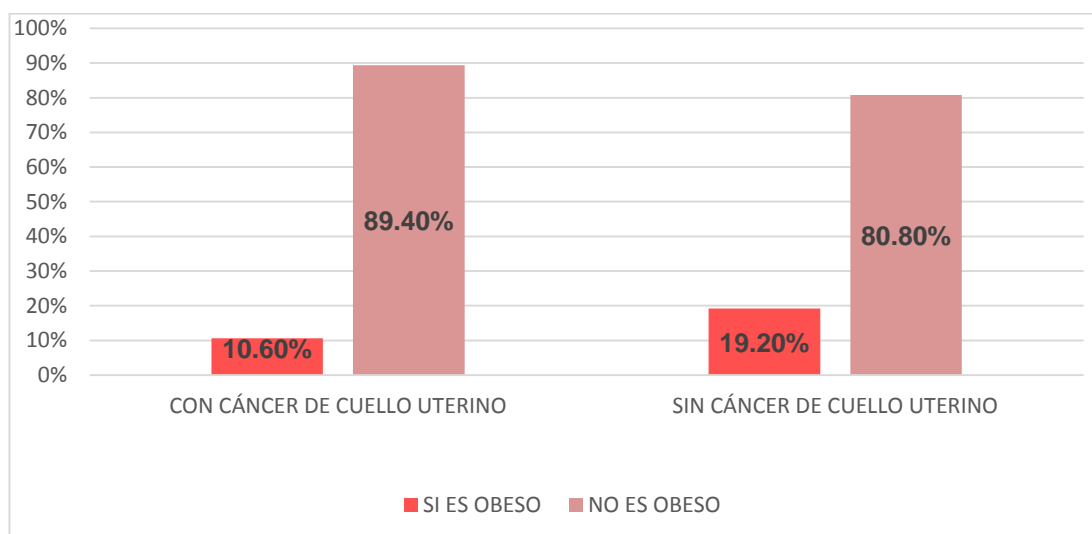
INTERPRETACIÓN: Tabla 9, Gráfico 9; se evidencia que los pacientes que no usaron ACOS de manera prolongada y los que tenían cáncer de cuello uterino representaban un 88.5%, mientras los que sí usaron ACOS de manera prolongada y también tenían cáncer eran un 11.5%; además se obtuvo un p-valor de 0.139 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre el uso prolongado de ACOS y la enfermedad.

TABLA N° 10: ASOCIACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------|----|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| OBESIDAD | Sí | 11 | 20 | 0.080 | - | - |
| | | 10.6 % | 19.2 % | | | |
| | No | 93 | 84 | | | |
| | | 89.4 % | 80.8 % | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 10: ASOCIACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



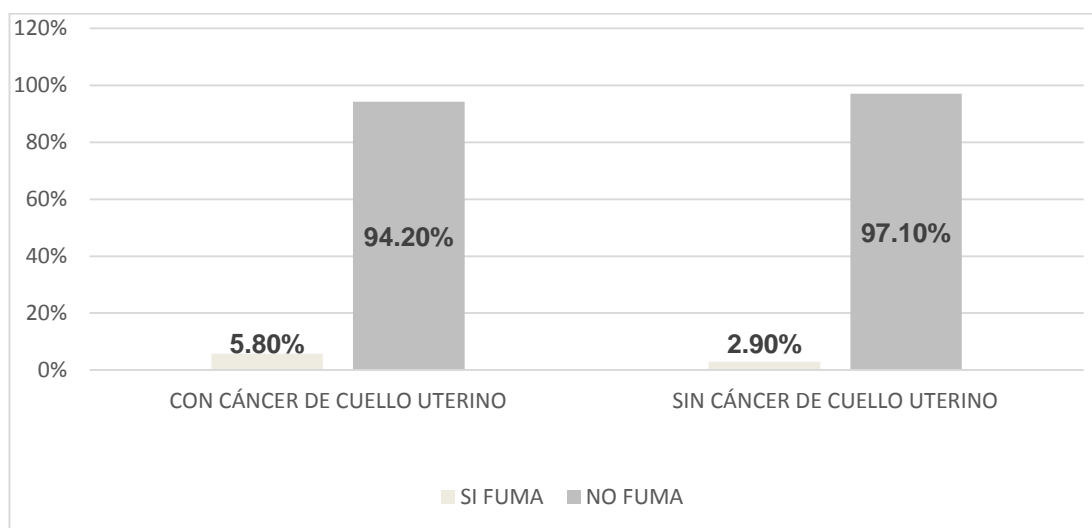
INTERPRETACIÓN: Tabla 10, Gráfico 10; se evidencia que los pacientes que no presentan obesidad y los que tenían cáncer de cuello uterino representaban un 89.4%, mientras los que sí presentaban obesidad y también tenían cáncer eran un 10.6%; además se obtuvo un p-valor de 0.080 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre la obesidad y la enfermedad.

TABLA N° 11: ASOCIACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|----------|----|------------------------------|------------------------------|---------|----|----|
| FUMAR | Sí | 6 | 3 | 0.307 | - | - |
| | | 5.8 % | 2.9 % | | | |
| | No | 98 | 101 | | | |
| | | 94.2 % | 97.1 % | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 11: ASOCIACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



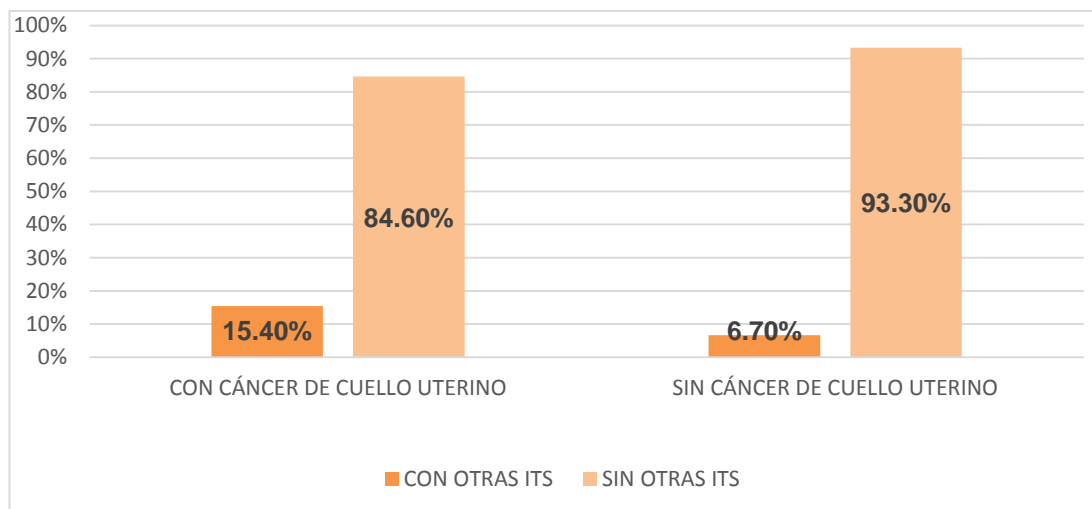
INTERPRETACIÓN: Tabla 11, Gráfico 11; se evidencia que los pacientes que no tienen el hábito de fumar y los que tenían cáncer de cuello uterino representaban un 94.2%, mientras los que sí tenían dicho hábito y también tenían cáncer eran un 5.8%; además se obtuvo un p-valor de 0.307 (p-valor >0.05), lo que se traduce como la falta de asociación entre el hábito de fumar y la enfermedad.

TABLA N° 12: ASOCIACIÓN ENTRE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.

| VARIABLE | | CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO | SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO | p-valor | OR | IC |
|-----------|----|------------------------------|------------------------------|---------|-------|---------------------|
| OTRAS ITS | Sí | 16 | 7 | 0.047 | 2.519 | 0.990 - 6.410 |
| | | 15.4 % | 6.7 % | | | |
| | No | 88 | 97 | | | |
| | | 84.6 % | 93.3 % | | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 12: ASOCIACIÓN ENTRE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2015-2019.



INTERPRETACIÓN: Tabla 12, Gráfico 12; se evidencia que los pacientes que no padecían otras ITS y los que tenían cáncer de cuello uterino representaban un 84.6%, mientras los que sí padecían otras ITS y también tenían cáncer eran un 15.4%; además se obtuvo un p-valor de 0.047 (p-valor <0.05), con un OR=2.519, con un IC del 95% (0.990-6.410); nos dice que existe una asociación no significativa entre otras ITS y el cáncer de cuello uterino.

4.2 DISCUSIÓN

La edad que se presentó en la mayoría de casos fue aquella comprendida entre los 41-70 años en un 51% y un p-valor de 0.209, coincide con Aguilar G.⁴⁹ quien refiere que el grupo etario estuvo comprendido entre los 41-70 años representando el 78% de casos, con un p-valor de 0.533.⁴⁹

El estado civil en el cual se presentaron la mayor cantidad de casos fueron conformados por los casados/convivientes con un 55.8% y un p-valor de 0.156, coincide con la investigación de Aguilar G. ⁴⁹ donde se encontró un 54.3% y un p-valor de 0.648; coincide con la investigación de Enciso E.⁴⁶ que obtuvo que el 58% de casos fueron entre casados y convivientes con un p-valor de 0.785.^{46,49}

El grado de instrucción que se presentó con mayor porcentaje de casos fue la conformada por los que tenían secundaria/superior con un 51.9% (54 mujeres), además se halló un p-valor de 0.162, coincide con los estudios de Enciso E.⁴⁶ y Aguilar G.⁴⁹ que obtuvo que el porcentaje de casos fue de 85.3% y 37.2%, con un p-valor de 0.127 y 0.80 respectivamente.^{46, 49}

La edad en la cual se iniciaron las relaciones sexuales con mayor número de casos correspondió a aquellos < 18 años, representando un 59.6% en el cual se obtuvo un p-valor de 0.037, un odds ratio de 1.790, con un IC del 95% (1.033-3.103), que coincide con el estudio de Aguilar G.⁴⁹ donde se observa un p-valor de 0.001, siendo el 69.5% de todos los casos, así como coincide Cabrera I.² donde el p-valor fue de 0.0004 y también en el estudio de Cárdenas Y.⁷² donde se evidencia un p-valor de 0.0044 con un odds ratio de 4.07, constituyeron también una asociación significativa como factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino. También coincide con Saldaña E.⁷¹ los casos en los que iniciaron

las relaciones sexuales pasados los 19 años fue el grupo que tuvo asociación significativa con un p-valor de 0.000, un odds ratio=5.663; con IC del 95%=2.916-11.000.^{2, 49, 71, 72}

El número de parejas sexuales que comprendía \geq a 4 fue el grupo con mayor porcentaje de pacientes que a su vez presentaban cáncer de cérvix, que equivale al 61.5% y además tuvo un p-valor=0.037, un OR=1.875, un IC del 95% (1.035-3.397), coincide con la investigación realizada por Aguilar G.⁴⁹ el 79.1% correspondió al mayor número de casos con un p-valor=0.001, lo que permite ver una asociación significativa con la variable dependiente en ambos estudios. Sin embargo, rechaza el estudio desarrollado por Saldaña E.⁷¹ que obtuvo un p-valor=0.146. Por otra parte en la investigación de Cárdenas Y.⁷², donde el p-valor fue 0.0009, se encuentra una asociación no significativa, al tener un OR de 0.1657, con un IC del 95%=0.0521-0.5267.^{49, 71, 72}

La infección por el virus del Papiloma Humano representó el 81.7% de todos los casos, con un p-valor de 0.000 (p-valor <0.05), un OR de 5.219 y un IC al 95% (2.782-9.793), coincide con la investigación de Enciso E.⁴⁶ y Ccoyllo N.⁴⁸, que obtiene un p-valor=0.000 con un OR de 3.40 como un OR de 6.469 respectivamente, sin embargo rechazando el estudio de Vitorino C.⁴⁴, en donde se obtiene un p-valor de 0.155, lo que refiere que no es un factor de riesgo.^{44, 46, 48}

El antecedente familiar de cáncer demostró ser un factor de riesgo significativo, por ello representó ser el 16.3% de casos, con un p-valor de 0.015, un OR=3.192 y IC al 95% (1.204-8.457); coincide con el autor Enciso E.⁴⁶ en su investigación logró obtener un p-valor de 0.000, equivalente al 54.5%, sin embargo se rechaza el estudio de Vitorino C.⁴⁴ donde no se presenta tal asociación debido a que se tiene un p-valor de 0.155, es decir no corresponde como factor de riesgo.^{44, 46}

La multiparidad, es decir los que tenían de 2-3 hijos eran un 68.3% (71 mujeres), con un p-valor de 0.216 (p-valor >0.05), no resultaba tener asociación, tal como el autor Enciso E.⁴⁶ quien encontró un p-valor de 0.802, sin asociación, de otra forma el autor Cabrera I.², encontró una asociación no significativa por tener un OR menor a 1 y un p-valor de 0.0375.^{2, 46}

El uso prolongado de anticonceptivos orales fue equivalente a un 11.5%; con p-valor de 0.139 (p-valor >0.05), lo que coincide con Vitorino C.⁴⁴, quien observó un p-valor de 0.074; así como coincide con Cabrera I.² quién presentó un p-valor de 0.2120.^{2, 44}

El hábito de fumar representaban a un 5.8% de casos; además se obtuvo un p-valor de 0.307 (p-valor >0.05), por lo que no se encuentra asociación; coincide con el estudio de Enciso E.⁴⁶ donde se obtiene un p-valor de 0.552; rechazando lo obtenido por los autores Saldaña E.⁷¹ y Cabrera I.², quienes sí demostraron asociación significativa como factor de riesgo con un p-valor=0.000 y 0.0025 respectivamente.^{2, 46, 71}

La obesidad representó un 10.6% y además obtuvo un p-valor de 0.080 (p-valor >0.05); coincide con el estudio de Ruiz A.⁹, quien presentó un p-valor de 0.0610, lo que demuestra la falta de asociación como un factor de riesgo para presentar cáncer.⁹

El presentar otras ITS correspondió al 15.4% de los casos; en esta variable se encontró asociación no significativa con un p-valor de 0.047 (p-valor <0.05), un OR=2.519, un IC al 95%=0.990-6.410; rechazando el estudio de Enciso E.⁴⁶ en el cual resultó ser un factor de riesgo con un p-valor=0.000 representando el 54.5% de los casos.⁴⁶

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se acepta la hipótesis alterna, concluyéndose que si existen factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino.
- Se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula, concluyéndose que no existen factores sociodemográficos que se encuentren relacionados con el cáncer de cuello uterino y por lo tanto no se les considera como factores de riesgo.
- Se acepta la hipótesis alterna, concluyéndose que si existen factores ginecológicos asociados a cáncer de cuello uterino, dichos factores son el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad con un riesgo de 1.7 veces más, el número de las parejas sexuales mayor o igual a cuatro con un riesgo de 1.8 veces más, la infección por el virus del papiloma humano con un riesgo de 5 veces más y el antecedente familiar con un riesgo de 3 veces más probabilidad de presentar cáncer de cuello uterino; siendo considerados como factores de riesgo.
- Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, concluyéndose que si existe una comorbilidad asociada al cáncer de cuello uterino, en este aspecto destaca la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, sin embargo esta asociación no tiene significancia estadística por lo tanto no es considerada como un factor de riesgo.

5.2 RECOMENDACIONES

- Implementar políticas públicas en salud, que permitan realizar campañas dirigidas al seguimiento de los factores de riesgo más importantes de tal manera que se pueda hacer un diagnóstico más temprano de la enfermedad.
- Informar al servicio de ginecología y obstetricia para poder buscar medidas que intervengan en toda la población femenina, debido a que

el cáncer de cuello uterino puede afectar a cualquier mujer como se ha detallado en este estudio sin importar la edad, el estado civil y/o el grado de instrucción.

- Comunicar al servicio de ginecología y obstetricia para que los especialistas o el personal de la salud encargada, den consejería a las pacientes a través de charlas de educación sexual para que retrasen el inicio de las relaciones sexuales posterior a las 18 años de edad y para procurar que las mujeres tengan una pareja sexual estable, además de fomentar el uso de métodos de barrera como el preservativo para evitar el contagio del virus del papiloma humano, y las mujeres que tengan los factores antes mencionados no modificables y además el antecedente de cáncer de cuello uterino darle un seguimiento anual y periódico con el fin de lograr la identificación temprana y precoz de la presencia de alguna displasia o lesión a través de pruebas de detección rápida buscando serotipo del virus del papiloma humano de alto riesgo y poder dar un tratamiento efectivo y precoz en caso sea necesario.
- Implementar una estrategia en el área de planificación familiar que permita distribuir o proporcionar el método de barrera adicional al método elegido por la paciente; ya que el otro método puede evitar la concepción sin embargo no previene infecciones de transmisión sexual debido a que eso solo se consigue mediante el uso de preservativo; por eso debería darse una cobertura completa; es decir usar ambos métodos de manera complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. En: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) (fecha de acceso: 08 de noviembre del 2019).
2. Cabrera I, Ortiz Y, Suárez Y, Socarrás R, Vásquez N. Factores de riesgo asociado al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Rev Med Multimed*. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 20(5):110-128.
3. Thakur A, Gupta B, Gupta A, Chauhan R. Risk Factors for Cancer Cervix among Rural Women of a Hilly State: A Case-Control Study. *Indian Journal of Public Health*. 2015 [Citado: 22 de jul 2019]; 59(1):45–48.
4. Ager BJ, Gallardo-Rincón D, de León DC, Chávez-Blanco A, Chuang L, Dueñas-González A, et al. Advancing clinical research globally: Cervical cancer research network from Mexico. *Gynecol Oncol Rep*. 2018 [Citado: 22 de jul 2019]; 25:90-93.
5. Volpato L, Ribeiro I, Dias R, Piovezan A. Association between Hormonal Contraception and Injuries Induced by Human Papillomavirus in the Uterine Cervix. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 [Citado: 22 de jul 2019]; 40:196–202.
6. Bazán S, Valladares D, Benites Y, Bendezú G, Ruiz M, Mejía C. Severidad de la inflamación en los reportes de Papanicolaou según agente etiológico encontrado en un hospital público del norte de Perú. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 81(1):32-37.
7. Martínez G, Fernández J, Madrid Marina V, Torres K. Cervical Cancer Genetic Susceptibility: A Systematic Review and Meta-Analyses of Recent Evidence. *Plos One*. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 11(7):1-23.
8. Páez M, Rodríguez M, Kasamatsu E, Castro A, Orué E, Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad,

- de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 48(1): 37-44.
9. Ruiz A, Bazán S, Mejía C. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2017 [Citado: 22 de diciemb 2019]; 82(1):37-45.
 10. Gajardo M, Urrutia M. Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2017 [Citado: 22 de jul 2019]; 82(6): 706-712.
 11. Echeverri L, López C, Rendón G, Ángel G, Pareja R. Traquelectomía radical laparoscópica en pacientes con cáncer de cuello uterino en estado IB1 en el Instituto de Cancerología - Las Américas, Medellín, Colombia. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 81(1):38-43.
 12. Brome M, Montoya D, Amell L. Cancer incidence and mortality in Medellin-Colombia, 2010-2014. Colomb Med. 2018 [Citado: 22 de jul 2019]; 49(1): 81-88.
 13. Yazigi R, Selman A, Puga O, Contreras L. Utilidad de la detección de virus papiloma de alto riesgo en pacientes con citología atípica y de neoplasia intraepitelial de bajo grado de cuello uterino. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 81(1):28-31.
 14. Guzmán P, Iriarte M. Carcinoma epidermoide de cuello uterino con extensión superficial a endometrio. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 81(2):122-125.
 15. Flores S, García C, Soriano D, Figueroa R, Márquez G. Genotipificación del virus del papiloma humano en mujeres que asisten a un hospital gineco-obstétrico de tercer nivel de la Ciudad de México. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 81(5):381-387.
 16. Hernández D, Apresa T, Patlán R. Panorama epidemiológico del cáncer de cuello uterino. Rev Med Inst Mex. 2015 [citado: 22 de jul 2019]; 53(2):154-161.

17. Goel S, Singh U, Qureshi S, Malik A, Singh N, Sankhwar PL. Evaluation of WHO guided pain management protocol in cases of cancer cervix. *Indian J Pain*. 2015 [Citado: 22 de jul 2019]; 29(1):32-35.
18. Urrutia M, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2014 [Citado: 22 de jul 2019]; 79(5):368-377.
19. Díaz Y, Báez M, Pérez J, García M. Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. *Rev Cubana Med Integral*. 2014 [Citado: 22 de jul 2019]; 30(2):198-207.
20. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev Cub Ginecol y Obs*. 2014 [Citado: 22 de jul 2019]; 40(2):218-232. Concha X, Urrutia M, Araya A. Prevención de cáncer cervicouterino: ¿qué nos señala la literatura en relación a la educación dirigida a los profesores de educación básica/media? *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2013 [Citado: 22 de jul 2019]; 78(3):187-192.
21. Jerónimo J. Cáncer de cérvix: reflexiones sobre el tamizaje y manejo. *Rev. Per. Ginecol. Obstet*. 2016 [Citado: 22 de jul 2019]; 62(3):261-264.
22. Rosazza P, Hernández J, Urtega W. Preservación de la fertilidad en estadios iniciales de cáncer de cuello uterino. *Rev. Per. Ginecol. Obstet*. 2014 [Citado: 22 de jul 2019]; 60(1):65-70.
23. Malca M, López A, Álvarez M, Santos C. ¿Preservación de la fertilidad en cáncer de cérvix? Es posible. *Rev. Per. Ginecol. Obstet*. 2013 [Citado: 22 de jul 2019]; 59(1):43-47.
24. Bautista F, Vallejos C, Bances G, Galdos O, Santos C. Prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino e infección por papilomavirus humano en madres del Comité del Vaso de Leche de la Municipalidad de Surquillo. *Carcinos*. 2013 [Citado: 22 de jul 2019]; 3(1):3-9.
25. Álvarez C, Castro E, Virginillo J, Bruno G, González C, Vallejos J, et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Rev. Argent. Radiol*. 2012 [Citado: 22 de jul 2019]; 76(2):169-171.

26. Cartaya M, Hernández I, González Y et al. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Rev AMC. 2010 [Citado: 22 de jul 2018]; 14(5):1-14.
27. León G, Bosques O, Silveira M, de la Torre A, Soto P, Rodríguez B. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev cubana med. 2009 [Citado: 22 de jul 2019]; 48(1):1-9.
28. Valer V, Jara D, Asmat G, Tello D. Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima periférica. An. Fac. Med. 2005 [Citado: 22 de jul 2019]; 66(2):100-106.
29. Valdivia H, Morales R, Taxa L, Álvarez M, Santos C, Zevallos A, et al. Ganglio centinela para estadios tempranos en cáncer de cuello uterino. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2012 [Citado: 22 de jul 2019]; 58(1):35-41.
30. Coronel J, Rivera M, Azuara H, Floriano E. Tratamiento en cáncer de cervicouterino localmente avanzado. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(4):67-70.
31. Bohorquez R, Rincón B, Martínez R. Sedentarismo y sobrepeso/obesidad asociados a la prevalencia de infección por el Virus del Papiloma Humano de alto riesgo en mujeres de la zona de Bucaramanga. Rev. Univ. Ind. Santander Salud. 2019 [Citado: 20 de ener. 2020]; 51(1):59-68.
32. Gutiérrez L, de la Fuente D, Astudillo H. Biología molecular para el diagnóstico del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(4):25-32.
33. Pérez D, Alvarado I, Chablé F, Arrazola A, Vilches N, et al. Patología del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014 [Citado: 22 de agosto 2019]; 13(4):33-38.
34. Espinosa R, Arreola R, Velázquez N, Rodríguez E. Métodos de detección oportuna del cáncer de cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014 [Citado: 22 de jul 2019]; 13(4):48-52.
35. Machado M, Jiménez R, Blanco A, Chavaro N. Estadificación y evaluación inicial del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(4):53-58.

36. Quinto I. Características sociodemográficas y obstétricas de mujeres con cáncer de cuello uterino del Hospital El Carmen-Huancayo 2016. Tesis de Bachiller. Chimbote, Perú. Universidad Católica de los Ángeles Chimbote, 2017.
37. Torres K, Cruz A, Madrid V. Epidemiología del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(4):4-17.
38. Dueñas A, Cano C, Cruz I, Flores C. Tratamiento adyuvante y neoadyuvante en cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(4):71-74.
39. Montero Y, Ramón R, Valverde C, Escobedo F, Hodelín E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. *Revista MEDISAN*. 2018; 22(5):531-537.
40. Narváez L, Collazos A, Daza K, Torres Y, Ijají J, Gómez D, Orozco C. Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2019; 65(3):299-304.
41. Arteaga A, Rodríguez A, Acevedo S, De la Garza J, et al. Tratamiento del cáncer cervicouterino en situaciones especiales. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(4):91-97.
42. Flores L, Morales M, Tokunaga J, García R, Gallardo D. Tratamiento del cáncer cervicouterino con histologías especiales. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(4):98-102.
43. Vitorino C. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Cusco, 2017. Tesis de Bachiller. Cusco, Perú. Universidad Andina del Cusco, 2018.
44. Capcha B Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de pacientes con resultados de Papanicolaou atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano en el año 2017. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista, 2018.
45. Huamán M. Factores de riesgo asociados a la displasia de cérvix en pacientes atendidas en la unidad de displasia del Hospital San José en el

- año 2016. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma, 2018.
46. Olaya M. Características que implican la discordancia entre Papanicolaou y biopsia cervical del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales año 2017. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista, 2018.
 47. Ccoyllo N. Relación entre factores reproductivos y el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad reproductiva del Hospital Rezola Cañete, 2015-2016. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad San Martín de Porres, 2018.
 48. Aguilar G. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma, 2017.
 49. Trigozo J, Torres A. Principales factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas de cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, octubre 2015-febrero 2017. Tesis de Bachiller. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín, 2017.
 50. Guevara K, Rabanal Y. Conocimiento sobre los factores de riesgo y prácticas de autocuidado para prevenir el cáncer de cuello uterino, en mujeres del Centro de Salud "Baños del Inca" Cajamarca-2017. Tesis de Bachiller. Cajamarca, Perú. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, 2017.
 51. Ybaseta J, Paccori F, Vilca A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev. Méd panacea. 2014 [Citado: 22 de jul 2018]; 4(3):61-65.
 52. Manzo J, Jiménez R, Cruz A. Biología molecular del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014; 13(4):18-24.
 53. Pérez P, Rosales Y, Fernández I, Sánchez E. Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. Revista Correo Científico Médico. 2019; 23(4):1-13.

54. Arévalo A, Arévalo D, Villarroel C. El Cáncer de Cuello Uterino. Revista Médica La Paz. 2017 [citado: 22 de jul 2019]; 23(2):45-56.
55. Marañón T, Mastrapa K, Flore Y, Vaillant L, Landázuri S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Revista Correo Científico Médico. 2017 [citado: 22 de jul 2019]; 21(1):187-203.
56. Cetina L, Enríquez M, Gómez E, Martínez J. Terapias blanco en cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014 [citado 22 de jul 2019]; 13(4):83-90.
57. Pérez A, Gonzáles I, Rodríguez R, Terrero L. Agregación familiar para cáncer de cuello uterino. Revista cubana de medicina general integral. 2019 [citado: 19 enero 2020]; 35(4):1-10.
58. Villanueva R, Ruvalcaba J. La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical. Rev, Journal of negative & no positive results. 2019 [citado: 01 feb 2020]; 4(5):537-550.
59. Torres A, Ávila S, Rico H, Caballero A, et al. Tratamiento de cáncer cervicouterino en estadios clínicos tempranos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014 [citado: 22 de jul 2019]; 13(4):59-66.
60. Ruíz R, Serrano M, Ruiz E, Mantilla R, Valdivieso N, Olivera M, et al. Características clínico-patológicas y sobrevivida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: Análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Rev Perú Med Experimental y Salud Pública. 2017 [citado: 22 de jul 2019]; 34(2):218-227.
61. Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velásco J, Ibáñez R, Sanjosé S. Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. Aten Primaria. 2018 [citado: 22 de jul 2019]; 50(3): 151-158.
62. Frumovitz M. Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. En: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis/print> (fecha de acceso: 02 de enero del 2020).

63. Del Carmen M, Schorge J. Invasive cervical adenocarcinoma. En: **<https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-adenocarcinoma>** (fecha de acceso: 02 de enero del 2020).
64. Bhatla N, Aoki D, Sharma D, Sankaranarayanan. Cancer of the cervix uteri. *Int. Journal Gynecol Obstet.* 2018 [citado: 19 enero 2020]; 143(2):22-26.
65. Grillo C, Martínez M, Morales B. Virus del Papiloma Humano: Aspectos moleculares y cáncer de cérvix. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2008; 59(4):310-315.
66. Jaramillo M. Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el mercado Pequeño Productor de Loja. Tesis de Bachiller. Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja, 2017.
67. Mora A, Pacha N. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40-50 años. Tesis de Bachiller. Guayaquil, Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2018.
68. Montesino J, Arronte M, Matos A, Arias D, Fernández A. Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. *Rev. Cub. Obst y Ginecol.* 2017; 43(1):1-11.
69. Madrid D. Análisis de los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Central PNP Luis N. Saenz en el periodo de enero-diciembre 2014. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista, 2016.
70. Saldaña E, Silva J. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2013-2017. Tesis de Bachiller. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto, 2018.
71. Cárdenas Y, Conductas sexuales y aspectos reproductivos como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycán, 2014-2015. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista, 2018.

72. Cordero J, García M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 2015; 21(2):357-370.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO. | | | |
|--|---|-------------------|-------------------------------|
| FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS | | | |
| INDICADORES | ITEMS | NIVEL DE MEDICION | INSTRUMENTO |
| Edad | 30-40 41-60 61-70 | Intervalo | Ficha de recolección de datos |
| Estado civil. | Soltero Casado/Conviviente Viudo/divorciado | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Grado de instrucción | Sin instrucción Primaria Secundaria Superior | Ordinal | Ficha de recolección de datos |
| FACTORES GINECOLÓGICOS | | | |
| INDICADORES | ITEMS | NIVEL DE MEDICION | INSTRUMENTO |
| Edad de inicio de relaciones sexuales | <18 años 18 años a más | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Número de parejas sexuales. | 1-3 ≥4 | Intervalo | Ficha de recolección de datos |
| Infección por VPH | Sí No | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino. | Sí No | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Multiparidad | 2 3 ≥4 | Intervalo | Ficha de recolección de datos |
| Uso prolongado de anticonceptivos orales | Sí No | Intervalo | Ficha de recolección de datos |

| COMORBILIDADES | | | |
|---|----------|-------------------|-------------------------------|
| INDICADORES | ITEMS | NIVEL DE MEDICION | INSTRUMENTO |
| Obesidad | Sí No | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Hábito nocivo (tabaquismo) | Sí No | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| Otras ITS | Sí No | Nominal | Ficha de recolección de datos |
| VARIABLE DEPENDIENTE: CÁNCER DE CUELLO UTERINO | | | |
| INDICADORES | ITEMS | NIVEL DE MEDICION | INSTRUMENTO |
| Diagnóstico por biopsia | Sí No | Nominal | Ficha de recolección de datos |

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TITULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2015-2019

AUTOR: FUERTES BADILLO, LUIS ANGEL

FECHA:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° FICHA:

CÁNCER DE CUELLO UTERINO: SI () NO ()

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- a. 30-40 ()
- b. 41-60 ()
- c. 61-70 ()

2. Estado civil:

- a. Soltero ()
- b. Conviviente/Casado ()
- c. Viudo/ Divorciado ()

3. Grado de instrucción:

- a. Sin instrucción ()
- b. Primaria ()
- c. Secundaria ()
- d. Superior ()

FACTORES GINECOLÓGICOS

4. Inicio de relaciones sexuales:
- a. < 18 años ()
 - b. 18 años a mas ()
5. Número de parejas sexuales:
- a. 1-3 ()
 - b. >4 ()
6. Paciente con infección por VHP:
- a. Si ()
 - b. No ()
7. Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino:
- a. Si ()
 - b. No ()
8. Multiparidad
- a. 2 ()
 - b. 3 ()
 - c. ≥4 ()
9. Uso prolongado de anticonceptivos orales
- a. Si ()
 - b. No ()

COMORBILIDADES

10. Paciente presenta obesidad:
- a. Si ()
 - b. No ()
11. Paciente consume tabaco
- a. Si ()
 - b. No ()

12. Otras infecciones de transmisión sexual (ITS):

a. Si

()

b. No

()

ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA EXPERTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista
Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección datos elaborado en base a los objetivos planteados en la investigación.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Luis Ángel Fuertes Badillo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 – 40% | Buena 41- 60% | Muy Buena 61 – 80% | Excelente 81 – 100% |
|-----------------|---|------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje claro | | | | / | |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | / | |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino | | | | / | |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | / | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad | | | | / | |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para determinar los factores de riesgo asociado a cáncer de cuello uterino | | | | / | |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos | | | | / | |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores | | | | / | |
| METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación analítico (caso - control) | | | | / | |

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Aplicable

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima 30 de enero del 2020

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
DR. EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCACION

DR. FRANCISCO A. VALLERAS PEDEMONTÉ
C.M.P. 20528 R.N.E. 032191

Firma del Experto informante

DNI N° *02406196*

Teléfono: *999850147*

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y Nombres del Informante:
- I.2 Cargo e institución donde labora:
- I.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista
 Estadístico
- I.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección datos elaborado en base a los objetivos planteados en la investigación.
- I.5 Autor (a) del instrumento: Luis Ángel Fuertes Badillo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 – 40% | Buena 41- 60% | Muy Buena 61 – 80% | Excelente 81 – 100% |
|-----------------|---|------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje claro | | | | ✓ | |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | ✓ | |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino | | | | ✓ | |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | ✓ | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad | | | | ✓ | |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para determinar los factores de riesgo asociado a cáncer de cuello uterino | | | | ✓ | |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos | | | | ✓ | |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores | | | | ✓ | |
| METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación analítico (caso - control) | | | | ✓ | |

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

..... *aplicable*

.....

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima 01 de febrero del 2020


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "MIGUELITO URANUE"
 M.C. CAYETANO SOTO HENRV
 C.M.P. N° 8600 R.N.E. 19714
 MEDICO JEFE DE SERVICIO DE OBSTETRICIA
 MEDICO QUIRURGICO

Firma del Experto informante

DNI N° 09625006

Teléfono: 996395295

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Bazán Rodríguez Eli*
- I.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UMSJB*
- I.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista
Estadístico
- I.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección datos elaborado en base a los objetivos planteados en la investigación.
- I.5 Autor (a) del instrumento: Luis Ángel Fuertes Badillo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy buena 61-80% | Muy buena 61-80% |
|-----------------|--|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje claro. | | | | | 85% |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | 85% |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los riesgos asociados y complicaciones postquirúrgicas | | | | | 85% |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | 85% |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad | | | | | 85% |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer los riesgos asociados y complicaciones postquirúrgicas | | | | | 85% |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos | | | | | 85% |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores | | | | | 85% |
| METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación analítico (caso - control) | | | | | 85% |

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Aplica

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima 30 de enero de 2020

Eli Bazán Rodríguez
ELSI BAZÁN RODRÍGUEZ
COESPE N° 444

Firma del Experto informante

DNI N° *197059833*

Teléfono: *577 4 14829*



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Comité de Ética en Investigación

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: PÉREZ VALLE, ALEJANDRO VÍCTOR
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Médico Jefe del Departamento de Pediatría HNSEB
- 1.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor del instrumento: FUERTES BADILLO, LUIS ÁNGEL

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy buena 61-80% | Excelente 81-100% |
|-----------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | 85 |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuesta. | | | | | 85 |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances de la teoría | | | | | 90 |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | 75 | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | 85 |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes. | | | | | 85 |
| CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos y científicos. | | | | | 90 |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | 85 |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación. | | | | | 90 |

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del Juez experto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACION: 85% (Excelente)

Comas, 06 de Febrero de 2020

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES

MG. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigaciones-HNSEB
CMP 22525/ RNE 9502

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES |
|---|--|--|---|
| <p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019?</p> | <p>General:</p> <p>OG: Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.</p> | <p>General:</p> <p>HG: Si existen factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.</p> | <p>Variable Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo. <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociodemográficos - Ginecológicos - Comorbilidades |

| Específicos: | Específicos: | Específicas: | Variable Dependiente: |
|---|--|--|--|
| PE 1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019? | OE 1: Establecer los factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019. | HE 1: Si existen factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019. | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de cuello uterino. Indicadores: - Diagnóstico por biopsia |
| PE 2: ¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019? | OE 2: Conocer los factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019. | HE 2: Si existen factores ginecológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019 | |
| PE 3: ¿Cuáles son las comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019? | OE 3: Identificar las comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019. | HE 3: Si existen comorbilidades relacionadas al cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019. | |

| Diseño metodológico | Población y Muestra | Técnicas e Instrumentos |
|---|---|--|
| <p>Nivel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicativo. <p>Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No experimental (observacional), analítico, de casos y controles, retrospectivo, transversal. | <p>Población:</p> <p>N = Mujeres de 30-70 años del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019.</p> <p>Grupo Casos</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres de 30-70 años de edad. - Mujeres con diagnóstico por biopsia de cáncer de cuello uterino. - Mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres menores de 30 años de edad. - Mujeres mayores de 70 años de edad. - Mujeres que no fueron atendidas entre los años 2015-2019. - Mujeres que no hayan pasado por el servicio de Gineco-obstetricia del hospital. | <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis documental. <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Recolección de datos, |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Grupo Control</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none">- Mujeres de 30-70 años de edad.- Mujeres sin diagnóstico por biopsia de cáncer de cuello uterino.- Mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none">- Mujeres menores de 30 años de edad.- Mujeres mayores de 70 años de edad.- Mujeres que no fueron atendidas entre los años 2015-2019.- Mujeres que no hayan pasado por el servicio de Gineco-obstetricia del hospital. <p>Tamaño de muestra: N= 208 (Población Objetiva)</p> <p>La muestra estará formada por 104 pacientes para el grupo de casos y 104 para el grupo de controles.</p> <p>Muestreo: aleatorio simple.</p> | |
|--|---|--|

