

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



**CONDUCTAS SEXUALES Y ASPECTOS
REPRODUCTIVOS COMO FACTORES DE
RIESGO PARA CANCER DE CUELLO UTERINO
EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014 - 2015**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
YOVANA SOLEDAD CARDENAS BERECHÉ**

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

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESOR
Dr. WALTER BRYSON MALCA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme fortaleza y perseverancia para culminar mi carrera.

DEDICATORIA

A mi hijo, quien es mi motor y motivo
para culminar esta etapa de mi vida.
Te amo hijito!!!.

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación tuvo como objetivo determinar si las conductas sexuales y los aspectos reproductivos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.

Material y Método: El presente estudio es, analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles. La población de estudio estuvo conformada por las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, atendidas en el Hospital de Baja Complejidad de Huaycan, obteniendo una muestra de 113 para los casos y 113 para los controles.

Resultados: Las conductas sexuales como la edad de primera relación sexual y el número de parejas, son factor significativamente asociado al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino. En relación a los aspectos reproductivos, la edad del primer embarazo se presenta como factor significativamente asociado al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

Conclusiones: Las conductas sexuales y los aspectos reproductivos si son factores significativamente asociados al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

Palabras Claves: Conductas sexuales, aspectos reproductivos, cáncer de cuello uterino, factor de riesgo.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine whether sexual behavior and reproductive aspects are risk factors for cervical cancer in women treated at the Hospital Low Complexity Huaycan, 2014-2015.

Material and Methods: This study is analytical, retrospective, observational case-control. The study population consisted of total medical records of women diagnosed with cervical cancer, treated at the Hospital of Huaycan Low Complexity, obtaining a sample of 113 to 113 cases and for controls

Results: Sexual behaviors such as age of first intercourse and number of partners, are significantly associated with the risk factor for developing cervical cancer. Regarding the reproductive aspects, the age of first pregnancy occurs as a factor significantly associated with the risk of cervical cancer.

Conclusions: Sexual behavior and reproductive aspects if they are significantly associated with risk of developing cervical cancer factors.

Keywords: Sexual behavior, reproductive aspects, cervical cancer risk factor.

PRESENTACION

La realidad de la Salud en el país, aún enfrenta desafíos y retos en la lucha por lograr reducir las brechas económicas y sociales, que hacen sentir al ciudadano de a pie, que aún persisten el clasismo social en pleno siglo XXI.

Sumado a los enfermedades más comunes y frecuentes, tales como anemia, parasitosis, desnutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, etc en grupos vulnerables como niños, mujeres, gestantes y adultos mayores, se suman a esta realidad las distintos tipos y variedades de neoplasias cada vez más frecuentes en nuestra población, siendo el cáncer ginecológico y de entre ellos el de cuello uterino, el que ocasiona gran mortalidad en el país, que es el resultado de la escaso o nula educación de salud en las mujeres en edad reproductiva y con vida sexual activa, los errores en la toma de muestras de secreción cervico vaginal, escasa cantidad de médicos especialistas en anatomía patológica y/o personal de salud capacitado en la lectura de PAPs así como la demora en la remisión de resultados en las localidades distantes a las capitales de Departamentos que si cuentan con recursos suficientes, detectándose el 80% de ellos en promedio en estadio avanzado.

El presente estudio, analiza las conductas sexuales y los aspectos reproductivos en una población urbana marginal, relacionando estas características con la ocurrencia de casos de cáncer de cuello uterino, a fin de ser tenidos en cuenta como factor de riesgo y/o factor protector para el cáncer de cuello uterino.

ÍNDICE

Pág

1. CARATULA.....	I
2. ASESOR.....	II
3. AGRADECIMIENTO.....	III
4. DEDICATORIA.....	IV
5. RESUMEN.....	V
6. ABSTRACT.....	VI
7. PRESENTACION.....	VII
8. INDICE.....	VIII
9. LISTA DE TABLAS.....	X
10. LISTA DE GRAFICOS.....	XI
11. LISTA DE ANEXOS.....	XIII

CAPITULO I : EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.3 JUSTIFICACION.....	3
1.4 OBJETIVOS.....	5
1.4.1 GENERAL	
1.4.2 ESPECIFICO	
1.5 PROPOSITO.....	5

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.....	7
2.2 BASE TEORICA.....	13
2.3 HIPOTESIS.....	25
2.4 VARIABLES.....	26
2.5 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS.....	27

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	Pág
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	29
3.2 AREA DE ESTUDIO.....	29
3.3 POBACION Y MUESTRA.....	29
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	29
3.5 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS.....	30
3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	31
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS.....	32
4.2 DISCUSION.....	42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES.....	44
5.2 RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla N° 1	FACTORES ATRIBUIDOS A CONDUCTAS SEXUALES, SEGÚN CASO - CONTROL.....	36
------------	--	----

Tabla N° 2	FACTORES REPRODUCTIVOS, SEGÚN CASO - CONTROL.....	39
------------	--	----

LISTA DE GRAFICOS

Pág

Gráfico N° 1	EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.....	32
Gráfico N° 2	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.....	32
Gráfico N° 3	INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.....	33
Gráfico N° 4	EDAD DEL PRIMER PARTO, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.	33
Gráfico N° 5	PARIDAD, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.....	34
Gráfico N° 6	ABORTO, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.....	34
Gráfico N°7	DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO, EN MUERES TENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE HUAYCAN, 2014-2015.....	35
Gráfico N°8	EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES, SEGÚN CASOS Y CONTROLES.....	37

Gráfico N° 9	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES, SEGÚN CASOS Y CONTROLES.	37
Gráfico N° 10	PARIDAD, SEGÚN CASOS Y CONTROLES.....	40
Gráfico N° 11	EDAD DEL PRIMER PARTO, SEGÚN CASOS Y CONTROLES.....	40

LISTA DE ANEXOS

Pág

Anexo N° 1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	50
Anexo N° 2	INSTRUMENTOS.....	51
Anexo N° 3	VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.....	53
Anexo N° 4	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	54

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente el cáncer es un problema de salud pública tanto a nivel mundial, como en la región de América Latina y el Caribe y por supuesto en nuestro país, por su alta mortalidad y por la discapacidad que produce ⁸. Siendo el cuarto tipo de cáncer más frecuente y ocupa el mismo lugar entre las tasas de mortalidad ².

La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres que viven en regiones desprovistas de protocolos de detección adecuados ⁴. La mortalidad varía de 18 veces entre las diferentes regiones del mundo, con tasas que van desde menos de 2 por 100.000 en Asia occidental, Europa Occidental y Australia / Nueva Zelanda a más de 20 por 100.000 en Melanesia ^{20,6}, medio y Este de África ^{22,2, 27,6}.

En Estados Unidos, el cálculo del número de casos nuevos y defunciones por cáncer de cuello uterino es de 12 990 y 4 120 respectivamente ³. En Colombia, también constituye la segunda causa de mortalidad en mujeres (16/100. 000) y registra una incidencia de 32 por cada 100.000 mujeres. En Venezuela se describieron 18.543 (15,32%) muertes para el año 2006, donde el grupo de edad más afectado por el cáncer de cuello uterino es el de 45-64 años con 942 defunciones seguido por el de 25-44 con 478 muertes ⁷.

En el Perú, el comportamiento epidemiológico del cáncer en la región de la Costa es homogéneo observándose que los cánceres de cuello uterino, estómago y mama constituyen los más frecuentes. Esto se observa en Ancash (9.3%), Ica (12.9%), La Libertad (15.4%), Lambayeque (16.2%), Lima (13.1%), Piura (11.8%) y Tumbes (16.3%) ⁸.

En la Sierra se puede observar dos perfiles epidemiológicos, el primero, correspondiente a departamentos como Arequipa (17.4%), Cajamarca (18.0%) y Cusco (18.8%), de mejores condiciones socioeconómicas, donde el cáncer de cuello uterino constituye el cáncer más frecuente. Puede apreciarse también un segundo perfil, en los departamentos de mayor pobreza como Huancavelica (16.4%), Ayacucho (15.7%), Apurímac (14.7%) y Huánuco (17.8%), en los que predomina el cáncer de estómago sobre el cáncer de uterino ⁸.

En la Selva, el cáncer de cuello uterino constituye el cáncer más frecuente ⁸. El cáncer de cuello uterino continúa siendo la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina del Perú y demás países subdesarrollados, a pesar de ser una enfermedad de evolución lenta y el órgano afectado fácilmente accesible al examen. En nuestro país se encuentra una incidencia mucho más elevada que en los países desarrollados, donde no tiene la magnitud de problema de salud pública ¹⁵. En el Perú de acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más

frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%) ¹⁶.

Por lo mencionado párrafos arriba considero de suma importancia realizar la investigación: “Conductas sexuales y aspectos reproductivos como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 - 2015”

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

GENERAL:

¿Son las conductas sexuales y los aspectos reproductivos factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015?

ESPECÍFICOS:

a) ¿Son las conductas sexuales factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015?

b) ¿Son los aspectos reproductivos factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, y es el resultado de la progresión de leves anomalías epiteliales llamadas

displasias, diagnóstico frecuente en mujeres entre los 20 y 30 años de edad, pasando por carcinoma in situ, entre los 25 y 35 años, a carcinoma invasivo en mujeres mayores de 40 años ⁹.

Las conductas sexuales de riesgo, sin ser sinónimo de cáncer de cuello uterino, constituye un importante factor de riesgo, numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales, entre ellos la edad del comienzo de las relaciones sexuales y la transmisión de agentes infecciosos, tales como: trichomonas, gardnerella, herpes y virus tipo II ¹³⁻¹⁴.

Actualmente es aceptado como principal causa la infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y sus precursores ¹¹ sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infestadas con VPH eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma in situ, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidades ¹².

Los tumores malignos del cuello uterino en estadios tempranos son claramente identificables, aún así, las cifras de incidencia de esta enfermedad continúan alarmando ¹⁰.

Ante ello, y siendo un problema de salud pública que repercute a la sociedad ya que, la madre peruana constituye una parte fundamental en la familia, se realizará este presente estudio con la finalidad de identificar los factores de

riesgo y poner énfasis en aquellos, para la prevención y promoción y disminución de la morbilidad y mortalidad de las mujeres.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

Determinar si las conductas sexuales y los aspectos reproductivos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

1.4.2 ESPECÍFICOS

- a) Conocer si las conductas sexuales son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.
- b) Identificar si los aspectos reproductivos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

1.5 PROPÓSITO

El propósito de la investigación es disminuir la incidencia de cáncer de cuello uterino conociendo los factores de riesgo en especial mediante la detección de VPH en las neoplasias cervicales de alto grado y / o intraepitelial, con la

finalidad de promover el autocuidado en la población y de esta manera reducir el número de muertes por cáncer de cuello uterino.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.

A nivel internacional encontramos los siguientes antecedentes:

Aguilar, A. y et al. (2016). En su investigación: “El control de cáncer cervicouterino en Perú: barreras y retos para el futuro”. Tuvo como objetivo realizar un análisis de la situación actual del cáncer de cuello uterino en el Perú desde el punto de vista de la epidemiología, iniciativas para el control del cáncer, barreras para el control del cáncer de cuello uterino y enfoques para mejorar la detección temprana del cáncer cervical cáncer en Perú. El estudio concluye que las barreras predominantes para el control del cáncer de cuello uterino son la falta de especialistas en pueblos remotos, problemas culturales, la pérdida de pacientes en el seguimiento, la falta de acceso a las vacunas al VPH y la falta de cumplimiento de la vacunación contra el VPH³¹.

Cordero, J. García, M. (2015) En su investigación: “Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino”. Fue un estudio cuyo propósito fue asociar los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres, con el resultado de su citología. Estudio, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” desde enero del 2011 hasta diciembre 2012, con una población de 500 pacientes para los casos y 500 mujeres con citología negativa para los controles. Concluye que el tener relaciones sexuales con la menstruación, las relaciones sexuales anales, los antecedentes de ITS, los antecedentes obstétricos, el uso de anticoncepción oral y la susceptibilidad genética tienen importante relación con las citologías cervicales ¹⁶.

Medina, M.; Medina, G. y Merino, L. (2014). En su investigación: “Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina”. Tuvo por objetivo describir las principales conductas de riesgo y el nivel de conocimientos sobre VPH en

estudiantes universitarios, para lo cual se seleccionaron estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste durante 2010. Luego del consentimiento informado, se empleó cuestionario anónimo sobre conductas sexuales de riesgo y conocimientos de VPH. Los datos se procesaron por programa estadístico. Resultados: Se incluyeron 61 estudiantes; 47 (77%) mujeres y 14 (23%) hombres. Edad media 22 años. Se observó que 36(59%) tuvieron relaciones sexuales precozmente. En 41 (67%) se refirió haber tenido dos o más parejas sexuales. Se observó que 26 (43%) nunca o rara vez usaron preservativos. 33 (54%) refirió sexo oral; 25 (41%) no es usuaria de anticonceptivos orales. Consumo de alcohol se observó en 31 (51%). El conocimiento sobre VPH en el nivel académico básico fue 67% de insuficiente a bueno, y en el nivel académico clínico fue 61% de muy bueno a excelente. El desconocimiento mayor fue: 33 (54%) tipos de lesiones; 33 (54%) tratamiento; 32 (52%) factores de riesgo; 30 (49%) métodos preventivos.

Concluye que las principales conductas de riesgo para la infección por VPH en esta población fueron haber tenido dos o más parejas sexuales, sexo oral y consumo de alcohol. Se observó alto desconocimiento, pudiendo ser el principal factor de riesgo para adquirir dicha infección”.²²

Cabrera, D. y et al. (2013) En su investigación: “Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel”. Tuvo por objetivo determinar el perfil sexual de un grupo de mujeres con citología cervical en una unidad de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México. Sus resultados citológicos se emitieron entre 2009 y 2010 fueron 299 mujeres; 67.56 % solo tenía una pareja sexual. La tendencia de infección por VPH descendió discretamente conforme se incrementó la edad. Las mujeres con más de una pareja sexual presentaron un riesgo mayor para desarrollar algún tipo de neoplasia intracervical Concluye que se requiere una mayor labor de educación sexual. Las mujeres jóvenes

presentan con mayor frecuencia determinantes relacionados con infección por VPH y con el desarrollo de neoplasia intracervical¹⁹.

Carters, C. (2012). En su investigación: “Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España”. Tuvo por objetivo describir aquellas conductas y conocimientos de mujeres jóvenes españolas y chilenas respecto de VPH y en general sobre salud sexual y reproductiva responsable. Material y Método: La investigación se enmarcó dentro del enfoque de la Antropología Médica y la Epidemiología Sociocultural, y para aproximarse al terreno se utilizaron tanto métodos cualitativos como cuantitativos, con técnicas de producción de datos y análisis pertinentes. Se realizaron entrevistas cualitativas a ocho mujeres chilenas y españolas de entre 18 y 29 años de edad, y se aplicó una encuesta cuantitativa a 338 mujeres de las mismas características. Resultados: En relación a las nociones sobre salud sexual y reproductiva las mujeres chilenas presentan mayor nivel de conocimiento que las españolas y en relación al conocimiento del VPH todas las encuestadas conocen sobre el virus ²⁰.

Urrutia, T. y et al. (2012). En su investigación: “Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas”. Tuvo como objetivo Describir el grado de conocimiento que tiene un grupo de adolescentes chilenas en relación al Cáncer Cervico uterino (CC), al VPH y su relación con las conductas preventivas. Métodos: Estudio analítico, con una muestra aleatoria de 226 adolescentes de tres colegios municipalizados de la Región Metropolitana. Resultados: El 20% de la muestra desconoce la presencia de una vacuna contra el VPH. Las adolescentes señalan como factor de riesgo para desarrollar CC tener múltiples parejas sexuales (70,8%), VPH (78,3%) y la herencia (60,3%). La transmisión del VPH mediante relaciones sexuales sin protección es reconocida por 68,2% de la muestra. El 31,1% de las

adolescentes sexualmente activas usa condón durante las relaciones sexuales. Aquellas adolescentes que usan condón señalan un conocimiento significativamente mejor solamente en lo que respecta al número de parejas sexuales y edad de inicio de las relaciones sexuales como factor de riesgo de CC. Conclusión: Las adolescentes conocen sobre la transmisión del VPH; sin embargo, las conductas preventivas no se relacionan con dicho conocimiento ²¹.

Picón, M. (2009). En su estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano”, “cuyos resultados fueron: de un total de 10 entrevistadas, la mayoría tenían entre 18 y 21 años. Todas las mujeres estaban viviendo en Arica. La mayoría de las mujeres todavía vivía con su familia. La mitad de las mujeres tenían dos padres que trabajaban. La religión es un factor que puede tener gran influencia en temas sexuales, tanto conocimientos como prácticas. La mayoría de las mujeres no practicaba una religión. La mitad de las mujeres asistieron a un colegio particular subvencionado por el estado. Solamente tres de las diez mujeres habían recibido educación sexual de parte del colegio y de su familia. El 90% de las mujeres tenía bajo conocimiento o falta de conocimiento acerca del Papiloma Virus Humano. El 80% de las mujeres no se sentía a riesgo de una infección de Papiloma Virus Humano. Dos tuvieron su primera relación sexual a una edad precoz, entre 14 y 16 años. Dos de las mujeres han tenido relaciones sexuales con tres diferentes parejas y una tenía alto riesgo, porque ha estado con seis diferentes parejas sexuales. Solamente dos de las diez no tenían idea de lo que era un examen de Papanicolaou. La mitad de las mujeres dijeron que no se habían hecho el Papanicolaou porque no se sentían en riesgo; tres de ellas reconocían la necesidad de hacerlo, pero en un tiempo futuro bastante alejado del presente ²³.

A nivel nacional encontramos los siguientes antecedentes:

Castro E. (2014). En su investigación: “Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II -2”. Fue un estudio cuyo propósito fue “determinar si la edad de inicio de las relaciones coitales y número de compañeros sexuales son factores de riesgos para el Cáncer de Cuello Uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2. Se tomaron 50 casos confirmado de cáncer de cuello uterino del programa de cáncer del Hospital de Apoyo II – 2 Sullana, Enero – Diciembre 2013 y los controles (100) fueron las mujeres en edad fértil atendidas en dicho programa. Luego de haber obtenido los datos se utilizó la prueba de Chi Cuadrado, fijando el nivel de significancia en $P < 0,05$. Concluye que la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). En relación al número de compañeros sexuales la población estudiada presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20) ²⁴.

Gómez, J. (2013). En su investigación: “Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Hospital Regional Docente de Trujillo 2007-2012”. Tuvo por objetivo Determinar si la multiparidad, el uso de Anticonceptivos Orales (ACO), la primera relación sexual en la adolescencia, el primer parto en la adolescencia, el tabaquismo, los múltiples compañeros sexuales y el bajo grado de instrucción están asociados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino en mujeres que son atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, se hizo un estudio de casos y controles para establecer los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2007-2012. Se seleccionó cuatro controles por caso, las mujeres fueron entrevistadas a través de un cuestionario para recolectar los datos requeridos. Resultados: El riesgo de cáncer de cuello uterino aumentó con el número de partos (OR 4.46, X² 18.89, p=0.00), con

tener la primera relación sexual en la adolescencia (ETA=0.43), el haber tenido parto en la adolescencia (OR 22.34, $X^2=146.24$) y con el bajo grado de instrucción ($X^2 31.51$, $p=0.00$). No se presentaron de igual forma con el uso de anticonceptivos orales (OR 1.3, IC 95%, $p=0.76$), el tabaquismo ($X^2 4.95$, $p=0.084$) y con la presencia de múltiples compañeros sexuales (ETA=0.067). Concluye que: El estudio de factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en la población atendida en el Hospital Regional Docente de Trujillo mostró que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el parto en la adolescencia, la multiparidad, y el bajo grado de instrucción son importantes factores de riesgo para cáncer de cuello uterino ²⁵.

Lazo, E. y Aguilar, F. (2012). En su investigación: “Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011”. El propósito fue buscar la asociación entre factores de riesgos reproductivos de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de ginecología del Hospital II” - 2Tarapoto, en el periodo comprendido Enero – Junio del 2011. Material y Métodos: fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó la ficha de recolección de datos, basándose en la observación de las historias clínicas. Para determinar el nivel de concordancia entre la presencia de lesión y las distintas variables epidemiológicas seleccionadas se empleó la prueba Chi-cuadrado de independencia y homogeneidad. En ambos casos se fijó un nivel de significación de 0.05. Resultados: En cuanto a la edad, el 33.33% (14) de la población tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, se aprecia que el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% de las pacientes atendidas proceden de la zona urbana, en el Distrito de residencia se observa que el 52.38% residen en otros distritos, el 30.95% en Tarapoto, El 93% tenían una menarquía entre los 12 y 14 años,

El 50% iniciaron relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, el 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, el 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos. Se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etáreo de 45 -54 siendo este el grupo más afectado, el 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS. Con respecto al número de parejas sexuales se observa que 33 (78.6%) pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU. Concluye que sí existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas¹⁵.

Huamaní, Ch. y colbs. (2007). En su estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007”, se incluyeron a 502 mujeres, con una edad promedio de 27 años. El 15% inicio sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9%, el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuada. La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7%, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, historia inadecuada de PAP y haber tenido más de dos parejas sexuales ²⁶.

2.2 BASE TEÓRICA

El cáncer una dificultad en la salud pública.

El cáncer es una dificultad de la “salud pública a nivel mundial por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce”. “A nivel mundial se

diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos”.

La Organización Mundial de la Salud estimó que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar ⁸.

Incidencia y Mortalidad por cáncer de cuello uterino en América Latina

“El cáncer de cuello uterino constituye uno de los ejemplos claros de inequidad en salud y la carga de la enfermedad difiere ampliamente entre países y en regiones dentro de los mismos”. Asimismo, el cáncer cervicouterino es más grave en los países de Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia, donde las tasas de incidencia son superiores a 35 por 100000, mientras que en Puerto Rico es tan sólo de 7.5, la mitad de la tasa global mundial^{15,3}. Asimismo, la mortalidad es mayor en regiones con deficientes condiciones sociales y económicas, como los extremos norte y sur de Argentina, algunas zonas centrales de Colombia y el sur de Chile y en el sur de México. Los datos sobre tendencias de la incidencia muestran una reducción en los países de Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Puerto Rico. Sin embargo, las limitaciones de la cobertura de los registros,

las deficiencias en los sistemas de estadísticas vitales y la carencia de información sobre el estadio de los tumores invasores al momento del diagnóstico no permiten valorar si los programas de tamización han tenido un efecto real o si la reducción de las tasas de cáncer de cuello uterino se debe a mejoras sociales y/o a la disminución de las tasas de natalidad ²⁷.

Definición de Cáncer de Cuello Uterino

“El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero”. “La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix. Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). El punto en el que estos tipos de células se encuentran se llama zona de transformación de los epitelios. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y a los partos. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación”.²⁸

“Casi todos los cánceres de cuello uterino son causados por el virus del papiloma Humano (VPH)”, se “tiene más probabilidades de contraer VPH si ha comenzado a tener relaciones sexuales desde muy joven, o si su pareja ha tenido relaciones sexuales con varias personas. Finalmente, todas las mujeres que hayan tenido relaciones sexuales corren el riesgo de contraer el VPH” ²⁹

Estadios

La enfermedad se dividió en “tres grupos: leves, moderados y severos según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas”. Luego por muchos años, las lesiones precancerosas cervicales se notificaron usando las categorías de displasia y CIS, usada actualmente en los países tercermundistas¹⁸.

I) Estadios según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

A. Estadio 0:

“Presentan lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino (que se asemeja a la piel). Tales lesiones también se conocen como carcinoma in situ y la neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC)”. Sin embargo, no hay invasión al estroma ³⁷.

B. Estadio I:

Es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix, “el primer estadio del cáncer invasivo, incluso cuando no sea visible a simple vista, pero que se ha determinado mediante el examen de las biopsias con microscopio en laboratorio, presenta un crecimiento en profundidad en el estroma, es decir, el tejido bajo la capa superficial del cuello uterino. En su anchura, la lesión no se extiende más allá del cuello uterino en sí, es decir, no afecta la vagina ni los parametrios. Dependiendo de las dimensiones de la lesión y de su visibilidad macroscópica (es decir, su visibilidad a simple vista), pueden distinguirse varios sub estadios ³⁷.

1) Estadio IA

“Carcinoma pre clínico cervicales es decir que solo fueron diagnosticado microscópicamente este cáncer invasivo que no es visible de forma macroscópica y que ha crecido menos de 5 mm de profundidad en el estroma y que se ha extendido menos de 7 mm de ancho ³⁷.

– Estadio IA1

“Invasión del estroma inferior a 3 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a los 7 mm” ³⁷.

– **Estadio IA2**

“Invasión del estroma entre 3 y 5 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a 7 mm”.³⁷

2) Estadio IB

Lesiones clínicas limitadas al cérvix, “cáncer visible a nivel macroscópico o lesiones preclínicas más invasivo a nivel microscópico de mayor extensión que el estadio IA2”³⁷.

– **Estadio IB1**

Lesión con diámetro máximo inferior a 4 cm³⁷.

– **Estadio IB2**

Lesión con diámetro máximo superior a 4 cm³⁷.

C. Estadio II:

“El cáncer se extiende en los tejidos más allá del cérvix uterino, pero no llega a los huesos de la pelvis, afecta la vagina, pero no al tercio inferior”.³⁷

1) Estadio IIA

“Cáncer visible a nivel macroscópico que se extiende más allá del cuello uterino, sin extensión a los parámetros, los dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentra complicado”³⁷.

– **Estadio IIA1**

La lesión visible a nivel macroscópico tiene menos de 4 cm de diámetro máximo³⁷.

– **Estadio IIA2**

La lesión visible a nivel macroscópico tiene más de 4 cm de diámetro máximo³⁷.

2) Estadio IIB

“Cáncer visible a nivel macroscópico con extensión a los parámetros, pero no a la pared pélvica lateral”³⁷.

D. Estadio III:

“El cáncer se extiende a la pared pélvica, los huesos o que el tumor afecte el tercio inferior de la vagina y comprime uno o ambos uréteres. Todos los casos de hidronefrosis o insuficiencia renal están incluidos, a menos que se sepa que la hidronefrosis se debe a otra causa”³⁷.

– Estadio IIIA

No se extiende a las paredes laterales de la pelvis, pero el tumor se extiende al tercio inferior de la vagina³⁷.

– Estadio IIIB

El cáncer se extiende a la pared pélvica y/o comprime uno o ambos uréteres, teniendo hidronefrosis o insuficiencia renal³⁷.

E. Estadio IV:

“Cáncer avanzado y metastásico, implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal”³⁷.

1) Estadio IVA

“Invade los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) y/o se extiende más allá de la pelvis en sí misma, es decir, al abdomen o la ingle”.³⁷.

2) Estadio IVB

“Con metástasis, distantes, es decir, a los pulmones o el hígado”³⁷.

Estadificación según los NIC:

“Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que

algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3. NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia grave y al CIS”¹⁸.

“En los años ochenta, fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anátomo-patológicas, esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados. En 1990, se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC 1, y NIC de alto grado que comprendía NIC 2 y NIC 3. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor”. “La displasia grave se diferencia del carcinoma in situ en la presencia de alguna capa superficial de células diferenciadas y la ausencia de éstas en el carcinoma in situ”¹⁸.

A. NIC I:

Existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas, las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior)¹⁸.

B. NIC II:

“Se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1”¹⁸.

C. NIC III:

“La diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio”¹⁸.

Factores de Riesgo

“El impacto en la salud pública radica en que, una reducción en la frecuencia de los factores modificables en la población general tendría impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer”¹⁵.

Tenemos:

Infección por VPH: Los VPH son la causa de la infección vírica más común del tracto reproductivo. La mayoría de las mujeres y los hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento de su vida y algunas personas pueden tener infecciones recurrentes³⁰.

Se ha descrito que el VPH ocasiona una infección selectiva de la piel y la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar relacionadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus¹⁵.

“El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral. Los tipos de VPH que son llamados de alto riesgo están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cánceres de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en varones, y cáncer anal y oral tanto en varones como en mujeres. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un VPH de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer”²⁸.

Características de la conducta sexual

Número de compañeros sexuales; las mujeres de estado civil “solteras, viudas o divorciadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales” ¹⁵.

Edad del primer coito; “en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años” ¹⁵.

Perfil de la pareja sexual; “en un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar” ¹⁵.

Infecciones de transmisión sexual; “se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La coinfección con el VIH facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH” ¹⁵.

Factores Relacionados con la Reproducción

Paridad: “Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial;

luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces”³⁶.

Edad del primer parto: Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino”³⁶.

Partos vaginales: “Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea”¹⁵.

Tabaquismo

Las mujeres “fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Se ha demostrado la presencia de nicotina, cotonina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial”¹⁵.

Métodos Anticonceptivos

Anticonceptivos Orales: hay estudios que indican “que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial”. “La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente”³⁶.

Factores Socio demográficos

“El Cáncer de cuello uterino se ha asociado también a la pobreza relativa y a factores socio demográfico como la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación etc³⁸. Estudios han encontrado mayor proporción de lesiones de cuello uterino en mujeres con menor nivel educativo que en aquellas con niveles educativos más elevados. El cáncer de cérvix en mujeres de edad avanzada es relativamente escaso, por otro lado, hay un aumento en la tasa de incidencia en mujeres jóvenes, en un estudio realizado de las 17, 326

pacientes con cáncer registradas en el INEN entre 1952 y 1979 hubo 403 casos que tenían en edad en promedio 76 años lo que correspondería solo el 2.3 % de los casos. En otro estudio la edad promedio de cáncer in situ fue de 41 años la paciente más joven tenía 23 años y la mayor tenía 69 años. Y que la mayor mortalidad se observó entre la 5ta y 6ta décadas de la vida”³⁹.

En resumen, “Danaei y col. encontraron que tanto a nivel mundial como en países de bajos-medianos ingresos como el nuestro, el mayor número de muertes por cáncer es explicado por factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y bajo consumo de frutas y verduras en la dieta; mientras que, en países de altos ingresos, los factores de riesgo que explican el mayor número de muertes por cáncer son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Para el caso del cáncer de cérvix, la transmisión sexual del virus del papiloma humano constituyó la principal causa de muerte en países de bajos y medianos ingresos”⁸.

Medidas de Prevención

Prevención Primaria:

Se da en grupos de riesgo, mediante la estrategia de IEC (Información, Educación y Comunicación), acciones de promoción y prevención de la salud encaminada a un cambio en los estilos de vida de la población.

Prevención Secundaria

“Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer. Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas”⁴¹.

El tamizaje “consiste en someter a pruebas diagnósticas a todas las mujeres que corren el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, la mayoría de las cuales no presentará ningún síntoma. La finalidad es detectar cambios

precancerosos en el cuello del útero que pueden provocar cáncer si no se dispensa el debido tratamiento”⁴⁰.

La citología exfoliativa es la única prueba que se ha utilizado en grandes grupos poblacionales y ha demostrado que reduce la incidencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad en las mujeres⁴⁰.

Prevención terciaria

“Se refiere al tratamiento de los pacientes para evitar las complicaciones clínicas y las recidivas, y para promover la rehabilitación más rápida y para limitar la discapacidad” y de esta manera reintegrarlos a la sociedad⁴¹.

Vacunas para VPH

“El primer elemento central del enfoque que propone la OMS a los países es la vacunación de niñas entre nueve y trece años para prevenir la infección con el virus del papiloma humano, responsable de la mayoría de casos de cáncer de cuello uterino”³³.

“La principal novedad en esta área es que si hasta ahora esta vacuna se administraba en tres dosis, la OMS avala ahora sólo dos dosis en un periodo de seis meses, tras haberse establecido que son tan efectivas como las tres preconizadas anteriormente”³³.

“Actualmente se conocen dos vacunas Gardasil® que actúa sobre los genotipos 6, 11, 16 y 18 y Cervarix® que actúa sobre los genotipos 16 y 18 para prevenir la infección de VPH aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration). Estas vacunas solo actúan sobre ciertos tipos de VPH razón por la cual no protegen contra todos los genotipos que pudieran causar cáncer de cérvix siendo recomendable que mujeres que reciban la vacuna sigan realizándose exámenes selectivos de detección de cáncer de cérvix”³².

Retos para el futuro

En Perú, es posible disminuir la incidencia del cáncer de cuello de útero mediante la detección de VPH en las neoplasias cervicales de alto grado y /

o intraepitelial. Varios esfuerzos por parte del gobierno, organizaciones no gubernamentales e investigadores individuales han determinado la epidemiología e identificado varios obstáculos y desafíos futuros para reducir el cáncer de cuello uterino en el Perú. El caso de la cohorte de Oncosalud es interesante con 750.000 afiliados inscritos en un sistema de pre-pago para prevenir el cáncer (alrededor de la mitad son mujeres), la incidencia del cáncer de cuello uterino es de 5,8 / 100.000 mujeres, una tasa más baja en comparación con la incidencia nacional (32,7 / 100.000) o la incidencia de Lima Metropolitana (19,2 / 100.000). Los afiliados a Oncosalud son predominantemente de los estratos socioeconómicos A y B, y en el contexto de la prevención del cáncer en este grupo, el cribado de forma gratuita se ofrece, incluyendo mamografías, examen de papanicolaou y colposcopia para las mujeres. Los fondos para el tratamiento del cáncer es importante para mejorar los resultados de cáncer de cuello uterino. En 2014, el 64,31% de los pacientes en el Instituto Nacional del Cáncer de Perú fueron cubiertos por el Seguro Integral de Salud en el marco del "Plan Esperanza". Sin embargo, el nivel de cobertura para el cáncer en Lima debe mejorar, ya que el 41% del presupuesto nacional para detección de cáncer cervical se gasta en Lima, según datos del Ministerio de Economía y Finanzas. Establecimiento de prevención del cáncer han proporcionado la infraestructura para potenciar las estrategias de cribado para la detección precoz de tumores malignos, principalmente de mama y cáncer de cuello uterino. Estos servicios deben ser de forma masiva generalizada y, además, la participación de los medios de comunicación es muy importante con el fin de educar a la población ³¹.

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis General

H₁: Las conductas sexuales y los aspectos reproductivos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital

Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

H₀: Las conductas sexuales y los aspectos reproductivos no son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica1

H1: Las conductas sexuales son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

H₀: Las conductas sexuales no son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

Hipótesis Específica 2

H1: Los aspectos reproductivos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

H₀: Los aspectos reproductivos no son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

2.4 VARIABLES

Variable Independiente:

Conductas sexuales

- Edad de inicio de relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Antecedente de Infección de Transmisión Sexual.

Aspectos reproductivos

- Edad del primer parto.
- Paridad.
- Abortos.

Variable Dependiente

Cáncer de cuello uterino: “El cáncer de cuello uterino es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero”.

Estadíos:

Grado I: “Es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix, la lesión no se extiende más allá del cuello uterino en sí, es decir, no afecta la vagina ni los parametrios” ³⁷.

Grado II: “El cáncer se extiende en los tejidos más allá del cérvix uterino, pero no llega a los huesos de la pelvis, afecta la vagina, pero no al tercio inferior” ³⁷.

Grado III: “El cáncer se extiende a la pared pélvica, los huesos o que el tumor afecte el tercio inferior de la vagina y comprime uno o ambos uréteres. Todos los casos de hidronefrosis o insuficiencia renal están incluidos, a menos que se sepa que la hidronefrosis se debe a otra causa” ³⁷.

Grado IV: “Cáncer avanzado y metastásico, implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal” ³⁷.

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

a) Conductas sexuales, “se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en grupo” ²¹.

b) Cáncer de cuello uterino, “es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal”¹⁵.

c) Virus Papiloma Humano, “microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio proteico, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella, causa lesiones contagiosas en la piel y las mucosas, como, por ejemplo, las verrugas o el cáncer del cuello del útero”²².

d) Factores de riesgo, es toda probabilidad de sufrir un daño.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es, analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles.

3.2 AREA DE ESTUDIO

El presente estudio es de diseño casos y controles. Este problema se ubica en el campo de las Ciencias de la Salud, área de Gineco-Obstetricia y en la línea de investigación de cáncer en la mujer.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por el total de historias clínicas de mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, atendidas en el Hospital de Baja Complejidad de Huaycan; que acudieron al consultorio de Gineco – Obstetricia entre el 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

MUESTRA.

Para los casos se trabajó con 113 que fue el universo de la población. Con respecto a los controles, la muestra estuvo dada por 137 casos hallados.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

La técnica empleada para la recolección de los datos que se utilizó fue una ficha de recolección de datos. Se realizaron las siguientes actividades:

a) Autorizaciones: Se solicitó la autorización del Director General del Hospital Baja Complejidad de Huaycan, posterior a ello se solicitó autorización al área del consultorio externo de ginecología – obstetricia para el ingreso, al profesional correspondiente.

b) Proceso de selección:

- Se seleccionaron las historias clínicas de una muestra de población con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- A las historias clínicas de esta muestra se les llama casos.
- Se seleccionaron una muestra de la población de riesgo de enfermar pero que está libre de la enfermedad, que será el grupo control.
- Se midieron las variables predictoras, que son los factores de riesgo.

c) Recolección de los datos: Se recolectó la información de las historias clínicas seleccionadas.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento fue una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador, que se aplicó tanto para el grupo de casos y controles y estuvo dividida en 3 partes:

- **Parte I** : Conducta Sexual con cinco ítems.
- **Parte II** : Aspectos reproductivos con tres ítems.
- **Parte III** : Cáncer de cuello uterino con cuatro ítems.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS

a) Criterios de Inclusión

Para los casos:

Historias clínicas de mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, que acudieron al consultorio de Ginecología- Obstetricia del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

Para los controles:

Historias clínicas de mujeres que fueron atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, que acudieron al consultorio de Ginecología-Obstetricia del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

b) Criterios de Exclusión**Para el grupo de casos y el grupo de controles**

Historias clínicas de mujeres que fueron atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, que acudieron al consultorio de Ginecología-Obstetricia del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015, que no contaron con los datos completos requeridos para el estudio.

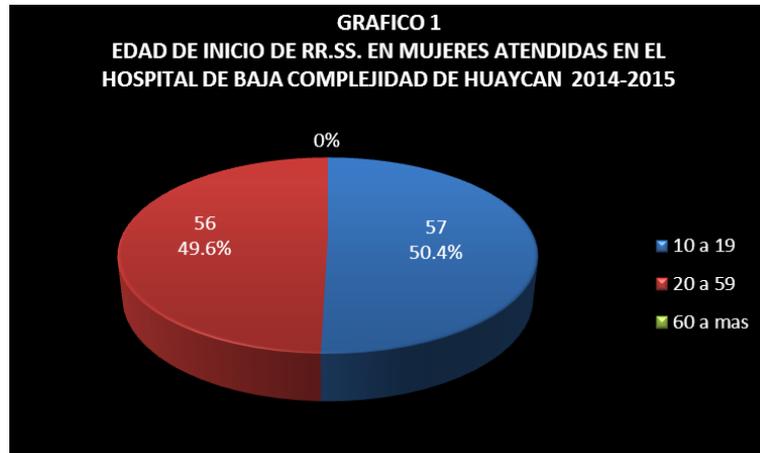
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con las variables consideradas en el presente estudio se elaboró una base de datos en el programa de SPSS 22.0.

“Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, tablas y gráficos) y para ver si hay relación entre las variables de estudio se utilizó la estimación del ODDS RATIO (OR), el cual permitió cuantificar la magnitud del riesgo. Se consideró que hay significancia estadística si se tiene un valor $P < 0.05$ ”.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

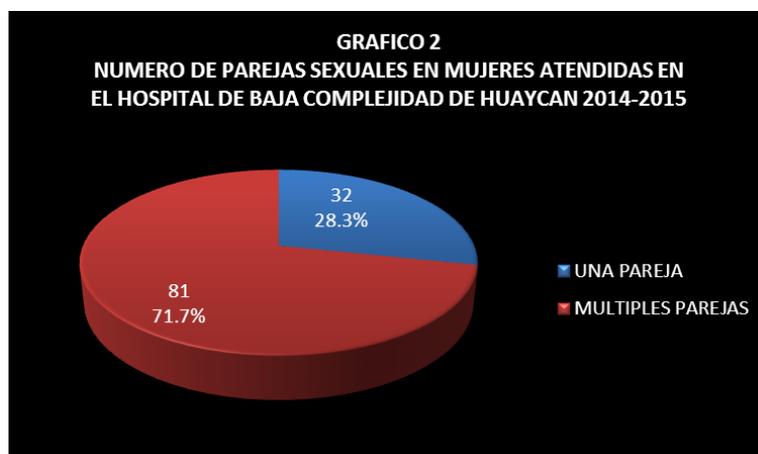
4.1 RESULTADOS



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

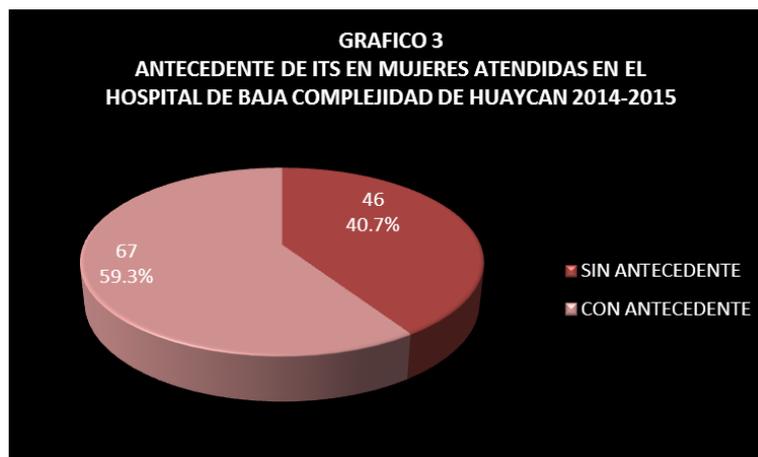
En el gráfico N° 1 sobre la edad de inicio de relaciones sexuales, en 113 mujeres atendidas en los años 2014 y 2015 en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, se observa que el 50,4% presenta inicio de relaciones sexuales entre 10 y 19 años y 49,6% inicia relaciones sexuales entre 20 y 59 años. No se encontró datos de mujeres que iniciaran su relación sexual entre 60 a más años. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales de las mujeres en estudio fue de 19,24 años, con una desviación típica de $\pm 4,60$ años.



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

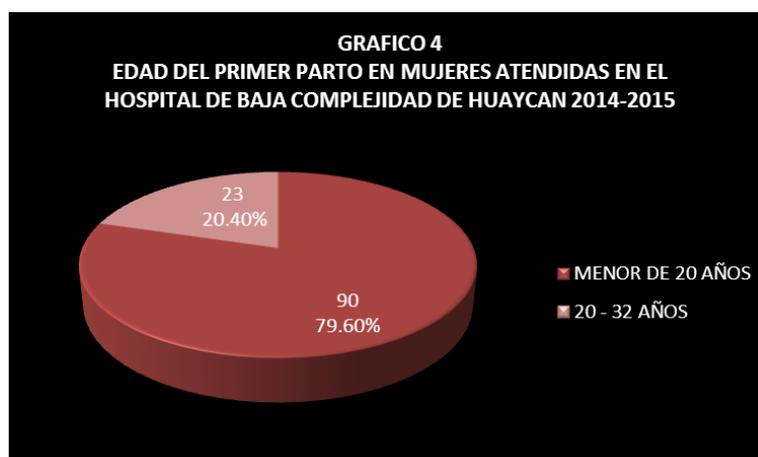
En el gráfico N° 2, sobre el número de parejas sexuales en mujeres atendidas los años 2014 y 2015, en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, el 71,7% tuvieron múltiples parejas sexuales y solo 28,3% mantuvieron una sola pareja sexual.



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

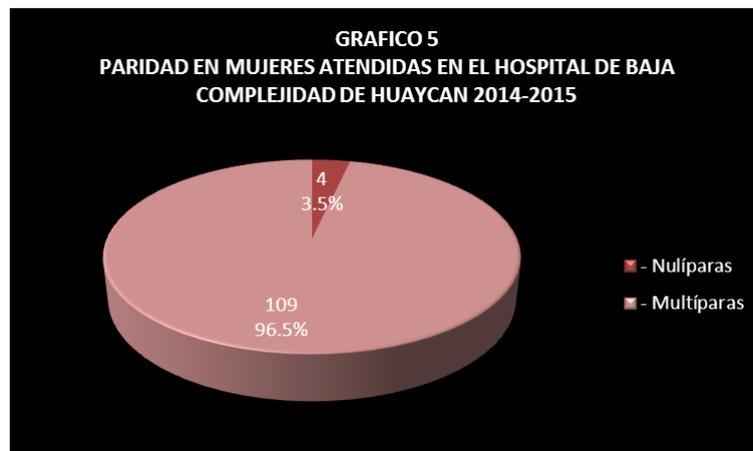
El gráfico N° 3, relacionado a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en 113 mujeres atendidas los años 2014 y 2015 en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, el 59,3% presentaron antecedentes de ITS y el 40,7% no presentan antecedentes de ITS.



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

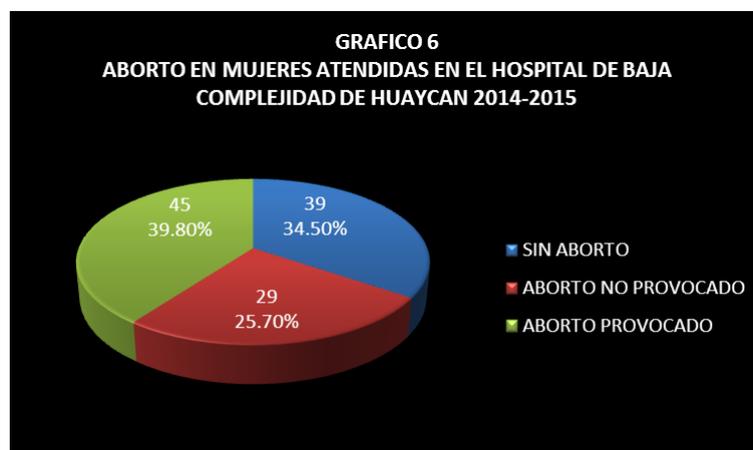
El gráfico N° 4, sobre la edad materna al momento del primer parto, en 113 mujeres atendidas en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, en los años 2014 y 2015, el 79,6% tuvieron su primer parto de 20 años a menos y 20,4% lo tuvieron entre 20 - 35 años de edad; siendo la edad promedio del primer parto de 17,32 años, con una desviación típica de $\pm 3,40$ años.



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

El gráfico N° 5, acerca del número de hijos o paridad de las 113 (100%) mujeres atendidas los años 2014 y 2015, en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, el 96,5% de mujeres son multíparas y solo el 3,5% de ellas son nulíparas.



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

Con relación al aborto, el grafico 6, muestra a las 113 (100%) mujeres atendidas los años 2014 y 2015, en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, el 39,8% de mujeres tuvieron aborto provocado, 34,5% no lo presentaron y 25,7% presentan aborto no provocado.



Fuente: Historias Clínicas

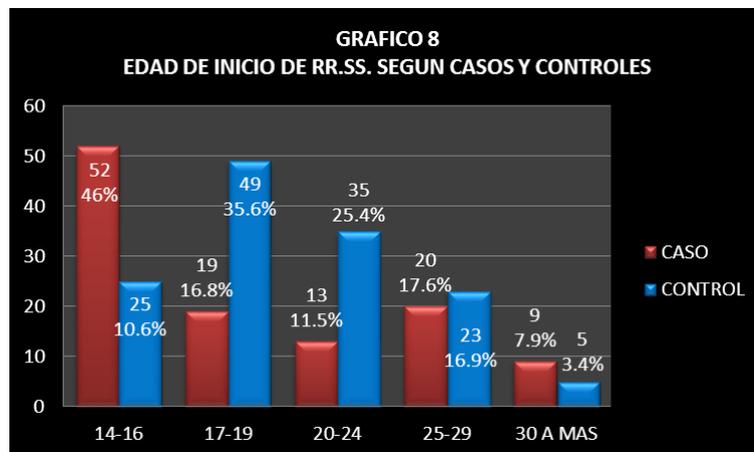
Interpretación:

El gráfico N° 7 sobre el diagnóstico de Cáncer Cervico uterino en 113 (100%) mujeres atendidas los años 2014 y 2015 en el Hospital de baja complejidad de Huaycan, distrito de Ate Vitarte, se aprecia que al momento del diagnóstico, el estadio de esta neoplasia fue 57,5% (65 mujeres) en grado III, grado II de 18,6% (21 mujeres), grado IV de 13,3% (15 mujeres) y grado I con 10,6% (12 mujeres) respectivamente.

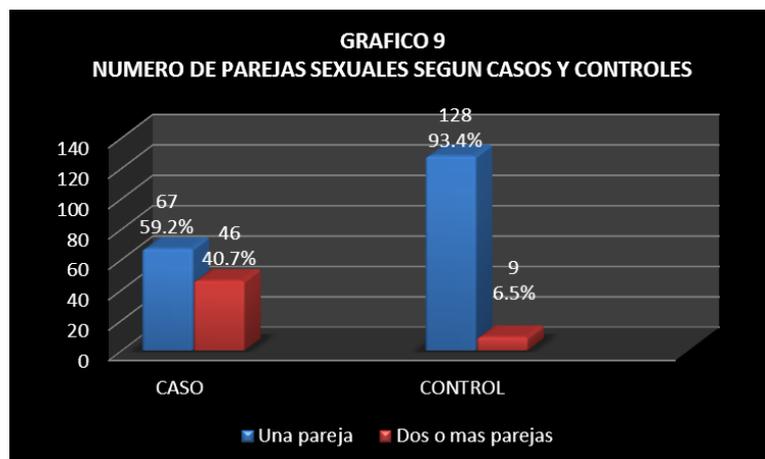
TABLA 1
FACTORES ATRIBUIDOS A LAS CONDUCTAS SEXUALES, SEGÚN CASO - CONTROL

FACTORES	Caso N=113=100%		Control N=137=100%		TOTAL N=250=100%		chi ²			OR
	N°	%	N°	%	N°	%	α = 0.05	p	α = 0.05	IC
Edad de inicio de relaciones sexuales										
14 a 16 años	52	46.0	25	18.6	77	30.8	16.14	0.0001	5.1717	2.2515 - 11.8797
17 a 19 años	19	16.8	49	35.6	68	27.2	1.99	0.1583	0.563	0.2524 - 1.256
20 a 24 años	13	11.5	35	25.4	48	19.2	0.79	0.3743	0.6722	0.2791 - 1.619
25 a 29 años	20	17.6	23	16.9	43	17.2	8.12	0.0044	0.0845	0.0104 - 0.6836
30 a más	9	7.9	5	3.4	14	5.6	0.34	0.5587	0.4914	0.0433 - 5.5716
Número de parejas sexuales										
Una sola pareja	67	59.2	128	93.4	195	78	10.95	0.0009	0.1657	0.0521 - 0.5267
2 a más parejas	46	40.7	9	6.5	55	22				

Fuente: Historias Clínicas



Fuente: Historias Clínicas



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

El gráfico N° 8 sobre la edad de inicio de relaciones sexuales, para el grupo de casos, esta oscilo de 14 a 16 años (52%) mientras que para el grupo control fue de 17 a 19 años (49%). Sin embargo, la edad entre 14 a 16 años ($\chi^2=16.14$ $p=0.0001$ OR 5.1717 IC) presentó como factor significativamente asociado al riesgo; y la edad 25 a 29 años ($\chi^2=8.12$ $p=0.0044$ OR 0.0845 IC) se presenta como factor significativamente asociado a protección al riesgo.

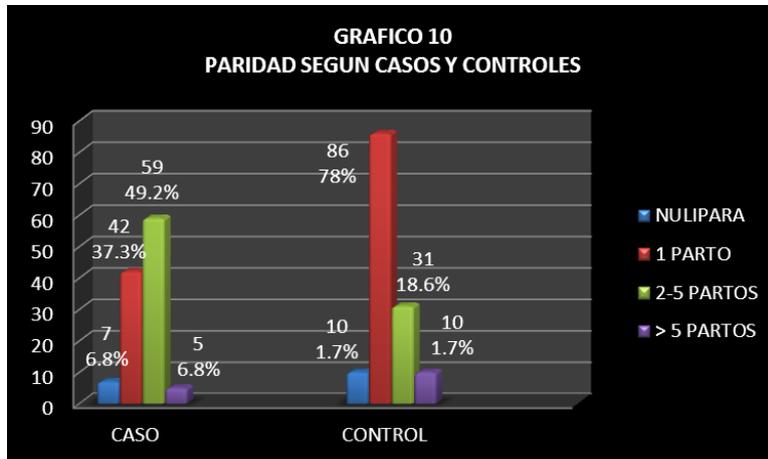
El gráfico N° 9 en relación al número de parejas, tanto para el grupo casos como para el grupo control, presentaron una sola pareja (67% vs 93.4%).

Al análisis ($\chi^2=10.95$ $p=0.0009$ OR 0.1657 IC 0.0521 - 0.5267) se constituyó como factor significativamente

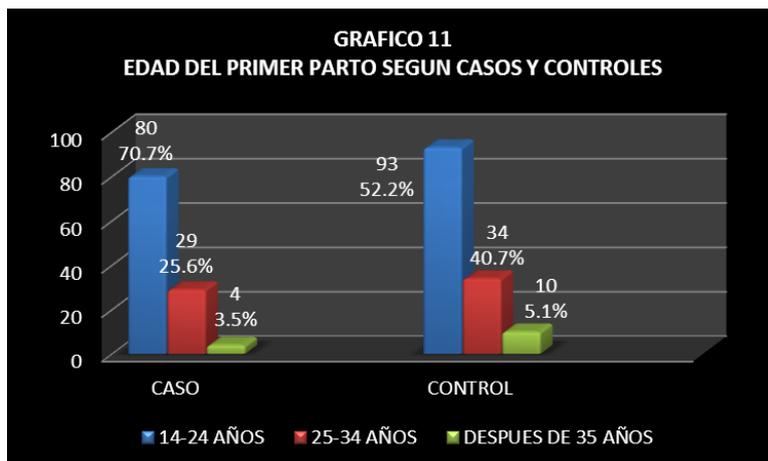
TABLA 2
ASPECTOS REPRODUCTIVOS, SEGÚN CASO CONTROL

FACTORES	Caso N=113=100%		Control N=137=100%		TOTAL N=250=100%		chi ²		OR		
	N°	%	N°	%	N°	%	α = 0.05p	α = 0.05	IC		
Paridad											
Nulípara	7	6.8	10	1.7	17	6.8	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 -	38.9231
Un parto	42	37.3	86	78.0	128	51.2	19.99	0.0000	0.168	0.0747 -	0.378
Dos a cinco partos	59	49.2	31	18.6	90	36	10.81	0.0010	3.8347	1.683 -	8.7372
Más de 5 partos	5	6.8	10	1.7	15	6	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 -	38.9231
Edad del primer parto											
Entre 14 y 24 años	80	70.7	93	52.5	173	69.2	7.25	0.0071	2.9032	1.3203 -	6.3839
Entre 25 y 34 años	29	25.6	34	40.7	63	25.2	9.47	0.0021	0.2625	0.1089 -	0.6325
Después de los 35 años	4	3.5	10	5.1	14	5.6	1.04	0.6110	0.3218	0.0325 -	3.1867

Fuente: Historias Clínicas



Fuente: Historias Clínicas



Fuente: Historias Clínicas

Interpretación:

El gráfico N° 10 sobre la paridad en el grupo de casos, el mayor porcentaje de casos fue de 2 a 5 partos (49.2%, $\chi^2=10.81$ $p=0.0010$ OR 3.8347 IC 1.683 - 8.7372) siendo este factor significativo de riesgo. Así mismo en el grupo control fue de un solo un parto (78%, $\chi^2=19.99$ $p=0.0200$ OR 0.168 IC 0.0747-0.378); siendo este un factor significativo de protección del riesgo.

Sobre la edad del primer parto, el gráfico N° 11 muestra que tanto para el grupo de casos como el de control, este se presentó entre los 14 y 24

años (70.7% vs 52.2%), lo que al análisis ($\chi^2=7.25$ $p=0.0071$ OR 2.9032 IC 1.3203 - 6.3839), la menor edad al momento del primer parto constituye factor significativo de riesgo.

4.2 DISCUSION

En la presente investigación titulada: “Conductas sexuales y aspectos reproductivos como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 - 2015”, encontramos que en relación a:

Las conductas sexuales, la edad inicio de relaciones sexuales de mayor prevalencia fue de 10 a 19 años en 50.4%, el número de parejas sexuales fueron múltiples en un 71.7%, con antecedentes de infecciones de transmisión sexual en un 59.3%, lo que coincide con la investigación de Cordero y García (2015) donde “concluye que las relaciones sexuales con la menstruación y anales, los antecedentes de ITS, los antecedentes obstétricos, el uso de anticoncepción oral y la susceptibilidad genética tienen importante relación con las citologías cervicales alteradas por lo tanto recomiendan incrementar la campaña a favor del diagnóstico precoz del CCU, dando a conocer riesgos que la población femenina”¹⁶.

Los aspectos reproductivos encontramos que la edad del primer parto fue menor a los 20 años en un 79.6%, multíparas en un 96.5% y con aborto provocado un 39.8%, lo que coincide con la investigación de Lazo y Aguilar (2012) donde el 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos y con la de Gómez (2013) donde “el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el parto en la adolescencia, la multiparidad, y el bajo grado de instrucción son importantes factores de riesgo para cáncer de cuello uterino”²⁵.

Diagnóstico de cáncer de cuello uterino, encontramos que el de mayor prevalencia fue el de grado III en un 57.5%, lo que coincide con la

investigación de Lazo y Aguilar (2012) donde “se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado” ¹⁵

En relación a las conductas sexuales la **edad de inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales**, se constituyeron como factores significativamente asociados a protección al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino, lo que coincide con la investigación de Castro (2014) donde “la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). En relación al número de compañeros sexuales la población estudiada presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20)”. ²⁴

En relación a los aspectos reproductivos, **la edad del primer parto** se presenta como factor significativamente asociado al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino, lo que coincide con la investigación de Gomez (2013) donde “el haber tenido parto en la adolescencia (OR 22.34, X²=146.24) es un factor de riesgo de cáncer de cuello uterino”.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Las conductas sexuales y los aspectos reproductivos si son factores significativamente asociados al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.
2. Las conductas sexuales como la edad de inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales, se constituyeron como factores significativamente asociados a protección al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.
3. En relación a los aspectos reproductivos, la edad del primer parto se presenta como factor significativamente asociado al riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino en las poblaciones más vulnerables mediante campañas informativas, tamizajes de toma de muestra de Papanicolaou.
2. Capacitar al personal de salud en actividades de promoción y prevención de la salud promoviendo el autocuidado de la salud en las poblaciones más vulnerables.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010. Available at: <http://globocan.iarc.fr>, 2010.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. IARC CancerBase No. 11. Available online. Notificación de salida. Last accessed July 5, 2016.
3. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2016. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2016.
4. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cancer de Cuello Uterino. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>. (Último acceso 7 noviembre de 2016).
5. Agencia Internacional para la investigación en cáncer. Cancer: Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012. Disponible. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp> Visto: 04 de julio 2016.
6. Miñarro R, Black RJ, Martínez C, Navarro C, Garau I, Izarzugaza I. Cancer incidence and Mortality in Spain- Patterns and Trends. IARC Technical Report 2000; 36: 27.
7. Oliveros J, Pérez N, Montiel L, Meza N. Anuario de Mortalidad 2006. Ministerio del Poder Popular para la Salud Disponible: <http://www.msds.gov.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=1346>
8. MINSA. Análisis De La Situación Del Cáncer en el Perú, 2013. Dirección General de Epidemiología. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf. (Último acceso 27 junio de 2016).
9. Solidoro, A. Apuntes de Cancerología. Perú. CONCYTEC – DOMINUS. 2005. Págs. 17-19.
10. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas de Salud Mortalidad por Neoplasias Malignas. Perú. 2014.

11. INEN. Cáncer ocasiona 450 mil muertes en Latinoamérica. Junio. 2010. Pág. 4.
12. Lewis, M. Análisis de la situación de Cáncer de cervicouterino en América Latina y el Caribe Washington. OPS. 2004. Pág. 1.
13. Coalición Multisectorial “Perú Contra En Cáncer”. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del Cáncer en el Perú. Diciembre 2010. Pág. 22.
14. INEN. Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer: Quienes somos. Perú. 2013. Pág. 1.
15. Lazo, E. Aguilar, F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. Tesis para obtener Título Profesional en Obstetricia. Universidad Nacional de San Martín; 2011.
16. Cordero, J. García, M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Revista de Ciencias Médicas de La Habana 2015; 21(2): 357-370.
17. Ybaseta, J. et al. Factores clínico epidemiológicos del cáncer del cérvix en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Revista Médica Panacea 2015; 4(3): 61-65.
18. Velásquez, V. et al. Factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino en el departamento de Chimaltenango, 26 de marzo al 6 de mayo 2015. Tesis para optar Título de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
19. Cabrera, D. et al. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52(2): 168-75.
20. Carters, C. En su investigación: “Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España”. Tesis para obtener el Grado de Maestro en Antropología Aplicada, Salud y Desarrollo Comunitario. Universidad de Salamanca. 2012.
21. Urrutia M. Teresa, Concha Ximena, Riquelme Giselle, Padilla Oslando. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Jul 03] ; 29(6): 600-606. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000700003

22. Medina, M.; Medina, G. y Merino, L. En su investigación: "Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina". ENF INF MICROBIOL 2014 34 (4): 140-144.

23. Picón, M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano, Chile. Año 2009. Págs. 3, 15-31.

24. Castro, E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Trujillo; 2014.

25. Gómez, S. Factores de riesgo para cáncer de cérvix. Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) 2007-2012. Tesis de Grado para obtener el grado de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional de Trujillo; 2013.

26. Huamaní, Ch. y col. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007. En Revista Peruana Médica Exploratoria en Salud Pública. Perú. Vol. 25 (1). Año 2008. Págs. 44, 46, 47.

27. Almonte, M, y et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Revista de Salud pública de México / vol. 52, no. 6, noviembre-diciembre de 2010.

28. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cérvix 2014. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>
(último acceso 16 de octubre de 2016).

29. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Cáncer de Cuello Uterino. Publicación de los CDC No 99-9798. Disponible en:
http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/pdf/cervical_facts_sp.pdf. (Último acceso 16 de octubre de 2016).

30. OMS. Papiloma Virus Humano y Cáncer Cervico Uterino. Nota descriptiva N°380. Marzo 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/> (Último acceso 16 de octubre de 2016).

31. Aguilar, A. y et al. "Control of cervical cancer in Peru: Current barriers and challenges for the future (Review). DOI: 10.3892/mco.2016.926.

32. Barbecho, D. et al. Prevalencia de los genotipos del papiloma virus humano en muestras cérvico uterinas y su relación con los factores de riesgo en mujeres con vida sexual activa de los cantones Santa Isabel, Girón, Ponce Enríquez, San Fernando, Pucará, de la Provincia del Azuay 2013-2014. Tesis para obtener el Título en Lic. Laboratorio Clínico. Universidad de Cuenca; 2015.
33. El mundo.com. OMS lucha contra el cáncer de cuello uterino. WHO (World Health Organization) fights against cervical cancer. 2014 Disponible en:
http://www.elmundo.com/portal/vida/salud/oms_lucha_contra_el_cancer_de_cuello_uterino.php#.WARU5ODhDIU. . (último acceso 16 de octubre del 2016).
34. Valderrama M, Campos FE, Cárcamo CP, García PJ. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2007;24(3):234-39.
35. Almonte M, Ferreccio C, Gonzales M, Delgado JM, Buckley CH, Luciani S, et al. Risk factors for high-risk human papillomavirus infection and cofactors for high-grade cervical disease in Peru. Int J Gynecol Cancer. 2011;21(9):1654-63.
36. American Cancer Society. Cáncer de cérvix 2014
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf>. (último acceso 02 julio de 2016).
37. Fundación contra el Cáncer. Cáncer de cérvix: Una guía para pacientes. <https://www.esmo.org/content/download/6673/115548/file/ES-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>. (último acceso 07 enero de 2016).
38. Martínez, P. et al. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010; 36(1): 52-65.
39. Arzuaga, M. et al. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista Cubana de Enfermería 2012; 28(1): 63-73.
40. OMS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Una guía hacia la práctica esencial. ISBN: 978 92 4 154895 3. 2014.
41. Palma, J. "Prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011". Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.

ANEXOS

ANEXO Nº 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Instrumento de medición
Variable independiente: Conducta Sexual					
Edad de inicio de relaciones sexuales	"Se refiere a la edad en la que la usuaria tuvo su primera relación sexual".	Cuantitativa	Discontinua	En años.	Ficha de recolección de datos
Número de compañeros sexuales	Se refiere a la cantidad de personas con las que ha tenido relaciones sexuales, hasta el momento.	Cuantitativa	Discontinua	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) Más de cuatro	Ficha de recolección de datos
Antecedente de Infección de Transmisión Sexual.	Se refiere a que si la usuaria ha tenido o tiene una ITS; y si se la trató.	Cualitativa.	Nominal	a) SI b) NO	Ficha de recolección de datos
Variable independiente: Aspectos Reproductivos					
Edad del primer parto	Tiempo de vida en que la paciente tiene su parto	Cuantitativa	Discontinua	En años.	Ficha de recolección de datos
Paridad	Cantidad de veces que la paciente ha tenido un parto	Cualitativa.	Nominal	a) Nulíparas b) Multiparas	Ficha de recolección de datos
Abortos	Eliminación del producto de la concepción con un peso mayor a 500 gr y menos de 22 semanas.	Cualitativa.	Nominal	a) Sin abortos b) Aborto no provocado. c) Aborto provocado	Ficha de recolección de datos
Variable dependiente: Cáncer de cuello uterino					
Resultado de PAP	Respuesta de la última prueba de PAP tomada.	Cualitativa.	Nominal	a) Positivo b) Negativo	Ficha de recolección de datos
Estadio del Cáncer	Etapa en el que se encuentra el cáncer de cuello uterino en la paciente.	Cualitativa.	Ordinal	a) NIC I b) NIC II c) NIC III	Ficha de recolección de datos

PARTE II: CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

1. Edad de inicio de relaciones sexuales : _____

2. Número de compañeros sexuales : _____

3. Antecedentes de ITS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
3.1 ¿Cuál?	Bacteria	<input type="checkbox"/>	Virus	<input type="checkbox"/>

PARTE III: SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO - CACU

1. PAP previo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2. Resultado	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>
2.1 ¿Cuál?	GRADO I	<input type="checkbox"/>		
	GRADO II	<input type="checkbox"/>		
	GRADO III	<input type="checkbox"/>		
	GRADO IV	<input type="checkbox"/>		

ANEXO Nº 3: VALIDEZ INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3.	La estructura del instrumento es adecuado.
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6.	Los ítems son claros y entendibles.
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	4
3	1	1	1	4
4	1	1	1	5
5	1	1	1	4
6	1	1	1	5
7	1	1	1	5
TOTAL	7	7	7	30

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:
 Ta: Nº TOTAL DE ACUERDO DE JUECES
 Td: Nº TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b: grado de concordancia significativa

$$b: \frac{30}{30 + 5} \times 100 = \mathbf{0.8571}$$

Según Herrera

Confiabilidad del instrumento:
EXCELENTE VALIDEZ



0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo General	Hipótesis de la investigación	Variables	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumento
<p>1. Problema General:</p> <p>¿Son las conductas sexuales y los aspectos reproductivos factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>a) ¿Son las conductas sexuales factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en la población de estudio?</p> <p>b) ¿Son los aspectos reproductivos factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en la población de estudio?</p>	<p>2. Objetivos</p> <p>2.1 Objetivo General Determinar si las conductas sexuales y los aspectos reproductivos factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015?</p> <p>2.2 Objetivos Específicos</p> <p>a) Identificar si las conductas sexuales son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p> <p>b) Identificar si los aspectos reproductivos factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en la población de estudio?</p>	<p>3. Hipótesis General</p> <p>H1: Las conductas sexuales y los aspectos sociodemográficos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p> <p>H0: Las conductas sexuales y los aspectos sociodemográficos no son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p> <p>3.1.2 Hipótesis Específicas</p> <p>Hipótesis Específica 1</p> <p>H1: Las conductas sexuales son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p> <p>H0: Las conductas sexuales no son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p> <p>Hipótesis Específica 2</p> <p>H1: Los aspectos reproductivos son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p> <p>H0: Los aspectos reproductivos no son factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycan, 2014 – 2015.</p>	<p>4. Variables</p> <p>4.1 Independiente: Conductas sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edad de inicio de relaciones sexuales – Número de compañeros sexuales – Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual <p>4.2 Independiente: aspectos reproductivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edad del primer parto – Paridad – abortos <p>4.2 Variable dependiente: Cáncer de cuello uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Resultado del último PAP – Estadío del CACU Grado I Grado II Grado III Grado IV 	<p>1. Enfoque: Investigación cuantitativa.</p> <p>2. Tipo: Retrospectivo</p> <p>3. Nivel Aplicativo</p> <p>4. Diseño Casos y controles</p>	<p>Población:</p> <p>Para los casos: Total de Historias clínicas de Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Huaycan; que acudan al consultorio de Gineco – Obstetricia entre los años 2'14 y 2015.</p> <p>Para los controles se trabajara con el doble de los caos.</p> <p>Procedimiento de muestreo: El estudio se realizará en las historias clínicas de usuarias del Hospital Baja Complejidad de Huaycan; que acudieron a los consultorios de Obstetricia y Ginecología, durante los años 2014-2015.</p>	<p>Técnicas: Observación</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>

