



**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

PREVALENCIA DE NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO Y SU ASOCIACIÓN  
CON FACTORES DE RIESGO Y CITOLOGÍA ANORMAL, HOSPITAL REGIONAL  
DE MOQUEGUA-2017

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar por el grado académico de Doctora en Salud Pública

**Autora:**

Guevara Gómez, Hilda Elizabeth

**Asesor:**

Medina Soriano, Carlos Germán

**Jurado:**

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

Cruz Gonzáles, Gloria Esperanza

Díaz Dumont, Jorge Rafael

**Lima - Perú**

**2021**

**Referencia:**

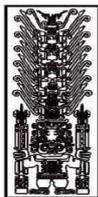
Guevara, H. (2021). *Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal, Hospital Regional de Moquegua-2017*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5813>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

PREVALENCIA DE NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO Y SU  
ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO Y CITOLOGÍA ANORMAL,  
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA-2017

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar por el grado académico de

Doctora en Salud Pública

**Autora:**

Guevara Gómez, Hilda Elizabeth

**Asesor:**

Medina Soriano, Carlos Germán

**Jurado**

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

Cruz Gonzáles, Gloria Esperanza

Diaz Dumont, Jorge Rafael

**Lima – Perú**

**2021**

## **DEDICATORIA**

A mi hija Carolina, a mi esposo, por su constante motivación que me ha permitido culminar con éxito el doctorado en salud pública.

A mi asesor por su ayuda, esfuerzo, paciencia y entendimiento para poder hacer este trabajo.

### **AGRADECIMIENTOS**

Expreso mi eterna gratitud a todos mis compañeros de trabajo del Hospital Regional de Moquegua por el apoyo brindado en sus valiosas sugerencias, críticas y material brindado para la elaboración de la presente investigación.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
RÉSUMÉ.....	8
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
1.1.Planteamiento del problema.....	10
1.2. Descripción del problema.....	11
1.3. Formulación del problema.....	12
1.4. Antecedentes.....	14
1.5. Justificación de la investigación.....	17
1.6. Limitaciones de la investigación.....	18
1.7.Objetivos.....	18
1.8. Hipótesis.....	19
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1. Marco filosófico.....	21
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Marco conceptual.....	33
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>36</b>
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Población y muestra.....	37
3.3. Operacionalización de variables.....	39
3.4. Instrumentos.....	44
3.5. Procedimientos.....	45
3.6. Análisis de datos.....	46

3.7. Consideraciones éticas.....	46
IV. RESULTADOS.....	47
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	76
VI. CONCLUSIONES.....	77
VII. RECOMENDACIONES.....	78
VIII. REFERENCIAS.....	78
IX. ANEXOS.....	84
Anexo A: Matriz de consistencia.....	85
Anexo B.....	88
Anexo C.....	90
Anexo D.....	92

## RESUMEN

**Objetivo:** El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores de riesgo y citología anormal en mujeres que acudieron a consulta en el Hospital Regional de Moquegua en el 2017. **Método:** La investigación fue de tipo aplicada de nivel descriptivo, correlacional, retrospectivo y diseño de campo o no experimental. Se trabajó con una muestra de 152 pacientes mujeres que fueron atendidas en el Hospital Regional de Moquegua. Se utilizó como instrumentos de investigación una guía de observación estructurada de datos validados y confiables. Se planteó como hipótesis que la prevalencia de neoplasias de cuello uterino es alta y están asociados a los factores de riesgo y citología anormal. **Resultados:** Los factores de riesgo socioeconómicos fueron el grado de instrucción secundaria (44.1%), edad entre 22 a 49 años (69.1%) y ser convivientes (42.8%), bajos ingresos económicos y ocupación ama de casa (71,1%), sin ingresos propios (64.5%). El inicio sexual entre los 16 a 21 años (67,1%), tener dos parejas sexuales (55.3%), haber tenido una infección de transmisión sexual (57.2%). Los FR reproductivos fueron la paridad de dos partos (34.9%), el primer parto a los 16 a 21 años (68.4%) y el número de partos vaginales mayor o igual a 3 (42,1%). **Conclusiones:** Se concluyó que la prevalencia de neoplasias de cuello uterino es alta y estuvieron asociados a los factores de riesgo económico, social, sexual y reproductivo; así como a la citología anormal.

*Palabras clave:* neoplasias de cuello uterino, factores de riesgo, citología anormal.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this research work was to determine the prevalence of cervical neoplasms and their association with risk factors and abnormal cytology in women who attended the Regional Hospital of Moquegua in 2017. **Method:** The investigation was of an applied type of descriptive, correlational, retrospective level, and field or non-experimental design. We worked with a sample of 152 female patients who were treated at the Regional Hospital of Moquegua. A structured observation guide of validated and reliable data was used as research instruments. It was hypothesized that the prevalence of cervical neoplasms is high and they are associated with risk factors and abnormal cytology. **Results:** The socioeconomic risk factors were the level of secondary education (44.1%), age between 22 to 49 years (69.1%) and cohabitation (42.8%), low income, and housewife occupation (71.1%). , without their own income (64.5%). The sexual debut between 16 to 21 years (67.1%), having two sexual partners (55.3%), having had a sexually transmitted infection (57.2%). The reproductive RFs were the parity of two deliveries (34.9%), the first delivery at 16 to 21 years (68.4), and the number of vaginal deliveries greater than or equal to 3 (42.1%). **Conclusions:** It was concluded that the prevalence of cervical neoplasms is high and they were associated with economic, social, sexual and reproductive risk factors; as well as abnormal cytology.

*Keywords:* cervical neoplasms, risk factors, abnormal cytology.

## RÉSUMÉ

**Objectif:** L'objectif de ce travail de recherche était de déterminer la prévalence des néoplasmes cervicaux et leur association avec des facteurs de risque et une cytologie anormale chez les femmes qui ont fréquenté l'hôpital régional de Moquegua en 2017. **Méthode:** La recherche a été appliquée. descriptive, corrélationnelle, rétrospective au niveau et sur le terrain ou conception non expérimentale. Nous avons travaillé avec un échantillon de 152 patientes qui ont été traitées à l'hôpital régional de Moquegua. Un guide d'observation structuré de données validées et fiables a été utilisé comme instrument de recherche. Il a été émis l'hypothèse que la prévalence des néoplasmes cervicaux est élevée et est associée à des facteurs de risque et à une cytologie anormale. **Résultats:** Les facteurs de risque socioéconomiques étaient le niveau d'études secondaires (44,1%), l'âge entre 22 et 49 ans (69,1%) et la coexistence (42,8%), les faibles revenus et l'occupation ménagère (71,1%). , sans leurs propres revenus (64,5 %). Débuts sexuels entre 16 et 21 ans (67,1%), ayant deux partenaires sexuels (55,3%), ayant eu une infection sexuellement transmissible (57,2%). Les FR reproductifs étaient la parité de deux accouchements (34,9 %), le premier accouchement à 16-21 ans (68,4 %) et le nombre d'accouchements par voie basse supérieur ou égal à 3 (42,1 %). **Conclusions:** Il a été conclu que la prévalence des néoplasmes cervicaux est élevée et qu'ils sont associés à des facteurs de risque économiques, sociaux, sexuels et reproductifs ; ainsi qu'une cytologie anormale.

*Mots-clés :* néoplasmes cervicaux, facteurs de risque, cytologie anormale

## I. INTRODUCCIÓN

Según la Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino “el cáncer del cuello uterino es una alteración celular cuyo origen se inicia en el epitelio del cérvix, observándose lesiones precursoras de inicio lento las cuales progresan en años a cáncer in situ” (Ministerio de Salud, 2017, p.11).

Para el Perú, el cáncer de cuello uterino es un problema social y de salud pública, dado que sigue siendo la primera causa de muerte en las mujeres sexualmente activas. Las normas existentes señalan que el despistaje del cáncer de cuello uterino se realiza por el tamizaje del Papanicolaou (PAP), que según las investigaciones empíricas presentan problemas de sensibilidad, especificidad y baja cobertura; así como la demora en la entrega de resultados y un pobre seguimiento a los casos que requieren estrategias de prevención y control.

En las últimas décadas, se han encontrado varios estudios que tratan de determinar las causas y/o factores del cáncer de cuello uterino. En ellos se comparan casos con cáncer invasivo y/o casos de mujeres con cuellos uterinos normales. En general, las unidades de estudio se agrupan por edades, número de partos, número de parejas sexuales, nivel social, etc., los cuales son considerados como los factores relacionados al desarrollo de la neoplasia cervical. Sin embargo, en dichas investigaciones, no se evidencia un factor único como causa de la enfermedad; por lo que las hipótesis planteadas que se homologan en dichos factores actúan en combinación, éstos son los hábitos sexuales, uso de anticonceptivos, fumar y el estado inmunológico. Además, se exponen evidencias sobre que el agente de transmisión sexual “Virus Papiloma Humano” es uno de los principales sospechosos.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, se detalla la descripción de la realidad problemática, los antecedentes del problema, lo que permite formular la pregunta de

investigación, los objetivos y la justificación.

Capítulo II: Marco teórico, se presentan el marco filosófico, los antecedentes teóricos y se describen las teorías generales y especializadas; así como el marco conceptual, lo que permite dar sustento al trabajo de investigación y las hipótesis de investigación.

Capítulo III: Método, se selecciona el tipo, nivel y diseño de investigación, la determinación de la población y la muestra, la validez del instrumento y las técnicas para el procesamiento y análisis de resultados.

Capítulo IV: Presentación de los resultados, se presenta a manera de tablas y gráficos los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación, con su respectivo análisis e interpretación; así como la contrastación de la hipótesis.

Capítulo V: Discusión, se realiza la discusión de los resultados comparándolos con otros investigadores, se formula las conclusiones y recomendaciones las cuales se han desprendido de los objetivos de la investigación.

### **1.1. Planteamiento del problema**

En documentos oficiales del Minsa, el 24.1% del cáncer en el país se presenta en la mujer. Es el más informado como una causa importante de muerte en las mujeres (MINSA, 2017). En el mundo el virus Papiloma Humano (VPH) se presenta con mayor frecuencia en las mujeres de 35 años a menos, con estadísticas de infección de 10.4%, donde 32% presentan los tipos 16 y 18 o ambos; sin ignorar que a los 45 años se incrementa la frecuencia (MINSA, 2017).

Según la Organización Panamericana de Salud en las Américas “en 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas” (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Además, la APS infiere que para el 2030, las muertes se incrementarían en un 45%.

En Perú, se informó que la primera causa de muerte en las mujeres 2006-2011, de 14 115 casos, el 14.6% correspondía al cáncer de cérvix; con mayor frecuencia en las mujeres de 40 a 59 años, siendo el porcentaje de 52.6% (MINSa, 2017, p.14).

En la OMS/Institut Català d' Oncologia, en el informe Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Perú 2010 estimaron la presencia del VPH con los subtipos 16 y 18 en el 7.5% de las mujeres con citología normal (MINSa, 2017).

## **1.2. Descripción del problema**

El cáncer de cuello uterino cervical es un problema social y de salud pública, dado que sigue siendo la primera causa de muerte en las mujeres sexualmente activas. Las normas existentes señalan que el despistaje del cáncer de cuello uterino se realiza por el tamizaje del Papanicolaou (PAP), que según las investigaciones empíricas presentan problemas de sensibilidad, especificidad y baja cobertura; así como la demora en la entrega de resultados y un pobre seguimiento a los casos que requieren estrategias de prevención y control.

En las investigaciones revisadas y normas técnicas del país, este tipo de cáncer “se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años” (MINSa, 2017, p. 15).

En el Perú, el cáncer de cuello uterino presenta tasas significativas e importantes a tener en cuenta, donde Loreto es la región con el porcentaje más alto (29.4%) de todos los cánceres, Ucayali ocupa un segundo lugar con el 28.6%, seguido de Madre de Dios con el 28.5% y Moquegua no menos importante con el 28.4% (MINSa, 2017, p. 13). Para el presente estudio, se constataron dichos datos en la Dirección Regional de Moquegua en la tabla 1.

**Tabla 1***Cáncer de cuello uterino en Moquegua, 2006-2011*

Localización topográfica	Masculino	Femenino	Total	%
Cérvix	-	73	73	28.4
Mama	-	24	24	9.3
Próstata	15	-	15	5.8
Hematológico	4	10	14	5.4
Estómago	4	6	10	3.9
Pulmón	7	1	8	3.1
Piel	4	3	7	2.7
Colon	2	5	7	2.7
Otros	37	62	99	38.5
Total	73	184	257	100.0

Nota: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2013.

Además, son críticas las tasas significativas de alta mortalidad por 100,000 habitantes por cáncer de cuello uterino, cuyos valores se duplican y cuadruplican a las de Lima, así en las regiones de Loreto la tasa de mortalidad es de 18.0 por 100 mil habitantes, en Huánuco 12.8, Ucayali 10.3 respectivamente.

Los datos señalados en los párrafos precedentes y la bibliografía revisada, explicaría que existen factores determinantes relacionados con la vida sexual de las personas, sumándose a ello la inequidad al acceso de la atención primaria y secundaria de los servicios de salud con diferencias injustas y evitables en los sistemas sanitarios del país.

Por lo que, en el estudio se pretende delimitar los factores de riesgo (FR) asociados a los resultados de citología anormal o positiva, en las mujeres que consultaron en el 2017 en el Hospital de la Región de Salud de Moquegua.

### **1.3. Formulación del problema**

#### ***1.3.1. Problema general***

¿Cuál es la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de

Moquegua - 2017?

### ***1.3.2. Problemas Específicos***

¿Qué factores de riesgo social se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?

¿Qué factores de riesgo económico se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?

¿Qué factores de riesgo sexual se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?

¿Qué factores de riesgo reproductivo se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?

¿Cuál es la prevalencia de citología anormal en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?

## **1.4. Antecedentes**

### ***1.4.1 Antecedentes internacionales***

Chávez y Quiñones (2012) en el estudio sobre Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años, en un estudio descriptivo – retrospectivo en 67 mujeres con neoplasia intraepitelial cervical, recibieron como tratamiento radiocirugía; se clasificaron por tipo y grado de NIC, así como la presencia de VPH y la edad. Los investigadores concluyeron que se presentó una alta prevalencia de las NIC en las mujeres de 20-25 años, donde el 86, 56 % de las lesiones fueron de alto grado y constituye un problema de salud.

Díaz et al. (2014) investigaron sobre la presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales en el Policlínico Docente "Tula Aguilera", del municipio Camagüey – 2011, cuyo objetivo era analizar la presencia de ciertos factores de riesgo de Cáncer de cérvix, el diseño utilizado fue observacional – descriptivo en 191 historias

clínicas elegidas por muestreo aleatorio simple. En la investigación se concluye que sobre la edad el 90,0 % iniciaron relaciones sexuales con 20 años o menos, 64,3 % señalaron tener más de parejas sexuales y el 70,7 % presentaron alguna infección de transmisión sexual.

Barrios et al. (2016) realizaron el estudio del 2007 al 2012 en una Clínica en Cartagena (Colombia), la investigación fue de diseño observacional-descriptivo sobre factores de riesgo en pacientes que presentaron lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix; encontraron que en 150 mujeres mayores a 18 años se presentaron lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cérvix; resaltaron como factores de riesgo a la multiparidad, así como el número de partos y un inicio temprano de relaciones coitales sumado al número de parejas sexuales y el uso de anticonceptivos orales.

Malagón et al. (2015) en la investigación de diseño observacional, descriptiva-comparativa y retrospectiva sobre los factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva en el periodo comprendido entre enero del 2008 a diciembre del 2010 comparando con el periodo de enero de 2011 a diciembre de 2013, concluyeron que las más afectadas son mujeres que se encontraban en edades muy jóvenes (menores de 20) y además se incrementaron dichos factores.

Mendoza et al. (2012) en el estudio sobre prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en mujeres de 15 a 75 años del 2008 al 2010, que radicaban en Tuluá. Para ello, analizaron estadísticamente los promedios de las varianzas, frecuencias y proporciones, arribando a la conclusión de que la anormalidades citológicas fueron bajas, existiendo un mayor número de LSIL a partir de los 40 años, además evidenciaron una contradicción (relación inversa) con el número de partos, el uso de anticonceptivos y la presencia de daños pre malignos en cérvix

#### ***1.4.2 Antecedentes nacionales***

Del Castillo (2016) en su estudio sobre los factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix en Punta del Este- distrito de Tarapoto 2015- 2016 en una población de mujeres que fueron evaluadas por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y Papanicolau (PAP), con un diseño de investigación de estudio caso- control, señalaron que el 25.09% de 71 mujeres dieron resultado positivo a una lesión premaligna. Se llega a concluir que entre los factores de mayor riesgo se encuentran la edad mayor a 45 años, infecciones de transmisión sexual y multiparidad. Además, se encontró que el ser iletrada, estudiante y menor de 24 años se asocia con mayor frecuencia a lesiones premalignas de cérvix.

Quispe-Gómez et al. (2019) evaluaron los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital de la ciudad de Huaraz 2014-2015, en muestras de 183 mujeres con lesiones cervicales y 183 mujeres sin lesiones cervicales (estudio caso-control), se contrastaron los resultados con pruebas estadísticas, arribando a concluir que las prácticas sexuales y reproductivas evidencian asociación importante a lesiones premalignas.

Arotoma et al. (2014) determinaron que los factores de riesgo para anomalías citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – 2013, estudio de diseño observacional-descriptivo, transversal y prospectivo con casos versus controles en 65 mujeres respectivamente. Se encontró una relación significativa entre las citologías anormales en las mujeres con factores predisponentes; contrariamente a las que no lo tuvieron. Se concluyó que los partos en número mayor a 5, el inicio menor a 18 años en las relaciones sexuales, más de dos parejas sexuales, uso de MAO y falta de tamizaje de PAP fueron los FR más frecuentes.

Arias y Escobar (2017) evaluaron los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello

uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, con un estudio de diseño observacional, retrospectivo y transversal en una muestra de 15 casos con cáncer de cuello uterino y 45 controles identificados de manera aleatoria; identificaron como FR al inicio de relaciones sexuales en < de 18 años, al número mayor a 2 de parejas sexuales, a la exposición de ITS con predominio de la Chlamydia Trachomatis; y el tener menos de 2 parejas se destaca como un elemento preventivo.

### **1.5 Justificación de la investigación**

Se plantearon los siguientes motivos que justificó este estudio:

#### ***1.5.1. Aporte teórico – práctico***

La educación, es la herramienta que acerca a los expertos de salud y la población objetivo, y en ella se abordan varios aspectos relacionados con los procedimientos de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las actividades de los servicios de tamizaje.

Los aspectos conceptuales y empíricos del presente estudio, arribarán a proponer soluciones y recomendaciones basadas en la evidencia empírica.

#### ***1.5.2. Aporte filosófico***

Ya se ha señalado en la descripción del tema, como el cáncer de cérvix presenta creciente incidencia, lo que a su vez presenta consecuencias familiares y sociales irreparables, por lo que al no intervenir con eficacia y calidad en la prevención y tratamiento oportuno, puede llevarnos a convivir con el problema sin remediarlo. Con este trabajo se ahondará en investigar el origen del cáncer cérvico-uterino y su evolución en la historia como problema de salud pública.

#### ***1.5.3. Aporte social y económico***

La muerte de una mujer por cáncer de cuello uterino es uno de los componentes del Índice de Desarrollo Humano (IDH) que se denomina “esperanza de vida al nacer”. Y, así como

en la mortalidad materna se evalúa la presencia de las inequidades sociales y económicas a la que están expuestas las mujeres en países en desarrollo y su alto impacto en la sociedad; las mujeres al morir por una enfermedad degenerativa como el cáncer, éstas muertes impactan en la cohesión familiar, en la economía y metas de crecimiento en la familia como en la comunidad.

En lo que respecta al presente estudio, éste permitirá tomar medidas preventivas del cáncer cérvico-uterino, constituyendo un aporte para la comunidad a través de medidas eficientes de prevención para una institución pública, como es el sector salud. En este sentido, serán las autoridades encargadas de la gestión del Hospital Regional de Moquegua quienes evaluarán las estrategias y actividades más factibles, viables y eficaces en la prevención, control y recuperación del cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad sexual y reproductiva.

#### ***1.5.4. Pertinencia***

El estudio planteado es oportuno, por las estadísticas significativas de morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix. Por lo tanto, se plantea estimar la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y aproximarse a los factores de riesgo que se relacionan con tal prevalencia para proponer alternativas de control.

#### ***1.5.5. Viabilidad***

Como investigadora, se señala que se contó con los recursos humanos y económicos; y por la institución de salud se brindaron las facilidades necesarias para la recolección de la información. Así mismo se destaca el compromiso de que se alcancen las conclusiones y recomendaciones que resulten producto de este estudio.

#### ***1.5.6. Importancia de la Investigación***

Los resultados serán de alto significado, consideración e interés para la toma de

decisiones de las autoridades del Hospital en el control de Neoplasias del cuello uterino.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional de Moquegua de enero a junio del 2017.

Las limitaciones de la investigación estuvieron determinadas por:

La poca disponibilidad del tiempo de la investigadora para llevar a cabo la investigación, lo cual se ha superado reajustando el cronograma de actividades.

El trabajo ha sido autofinanciado, ajustándose al presupuesto de la investigadora.

Las características profesionales del personal de salud que labora en el Hospital Regional de Moquegua.

### **1.7. Objetivos de la investigación**

#### ***1.7.1. Objetivo general***

Determinar la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

#### ***1.7.2. Objetivos específicos***

Identificar los factores de riesgo social que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

Estimar los factores de riesgo económico que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

Identificar los factores de riesgo sexual que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua -

2017

Identificar los factores de riesgo reproductivo que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

Determinar la prevalencia de citología anormal en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua – 2017

## **1.8 Hipótesis**

### ***1.8.1. Hipótesis principal***

Existen factores de factores de riesgo que se asocian significativamente a neoplasias de cuello uterino de las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

### ***1.8.2. Hipótesis Específicas***

El nivel de instrucción se asocia significativamente a neoplasias de cuello uterino de las mujeres que acuden a consulta.

Los bajos ingresos económicos se asocia significativamente a neoplasias del cuello uterino de las mujeres que acuden a consulta.

El inicio sexual a temprana edad se asocia significativamente s neoplasias del cuello uterino de las mujeres que acuden a consulta.

La alta paridad se asocia significativamente a neoplasias del cuello uterino de las mujeres que acuden a consulta.

La prevalencia de citología anormal es alta en mujeres que acuden a consulta.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco filosófico

#### 2.2.1. *El autocuidado y nivel de incertidumbre frente al cáncer de cuello uterino*

Prado et al. (2014) evaluaron los aspectos conceptuales sobre el autocuidado de la salud que se prodigan las personas, entre las teorías que revisaron se encuentra la teoría de Dorotea Orem, a quien se atribuye la teoría del déficit del autocuidado, esto quiere decir que los seres humanos en para su desarrollo integral y ser felices, han de practicar cuidados básicos y elementales que los conducen a tener una vida feliz y calidad de vida.

Y, es que la visión filosófica de la existencia del hombre a través de su evolución siempre ha concebido vivir en armonía con su entorno social y ambiental, a lo que se conoce como postura filosófica del realismo moderado. Las actividades sobre autocuidado forman parte del proceso de maduración y desarrollo de las personas, las que se convierten en requisito elemental para satisfacer ambos procesos.

En el artículo de Prado et al. (2014) se menciona ocho requisitos para promover el autocuidado: el aire, el alimento, el agua, el equilibrio entre trabajo y descanso, así como la soledad y las relaciones sociales, la prevención de riesgos y la búsqueda de bienestar.

En el estudio de Cardona et al. (2019, p. 8) se presenta como definición de autocuidado a “la habilidad de cuidarse a uno mismo y el desempeño de cumplir actividades necesarias para alcanzar, mantener y promover una salud óptima”.

En el mismo orden de ideas, Lowell S. Levin y Ellen L. Idler; mencionados en el artículo de Cardona et al. (2019, p.8) definen el autocuidado en un artículo “Self-care in health” como las “actividades individuales que realiza el ser humano para promover su salud, prevenir, limitar su enfermedad y restaurar la misma, son estas actividades llevadas a cabo por saberes laicos y algunas experiencias de profesionales”

Ahora bien, al enfocarse en el autocuidado que las mujeres prodigan a su vida sexual y

activa en los aspectos de prevención y tratamiento, la vulnerabilidad es un aspecto que no se reflexiona respecto a contraer una infección de transmisión sexual y CACU; siendo la conducta sexual sobre todo de las mujeres más jóvenes, quienes presentan actitudes favorables a la exposición de factores de riesgo y consecuencias serias para su salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, “Las actitudes negativas de las mujeres, la insuficiente información acerca del examen citológico, (...), así como la infección por el virus del papiloma humano, constituyen algunos factores para el incremento del cáncer cérvico uterino” (Abrahantes et al., 2019).

En el mismo sentido, sobre la prevención y control del cáncer de cuello uterino, se señala que éste se controlaría siempre y cuando se detecte oportunamente, y se enfatiza que “el conocimiento de los factores de riesgo que no se pueden modificar es relevante porque puede ayudar a sensibilizar a las mujeres que los presentan” (Marañón et al., 2017).

Para Mishel, al observar en el paciente cuando presenta actitudes y comportamientos de emociones cargados de incertidumbre, el identificarlos y analizarlos “ayuda a los profesionales de enfermería a evaluar y programar las actividades del cuidado de enfermería” (Johnson y Hurtado, 2017). En otro apartado de la investigación ambos autores mencionaron que para Mishel, el estado de incertidumbre sería consecuencia de “el estado cognitivo; el marco de los estímulos, referido a la tipología de los síntomas o la coherencia y familiaridad de los hechos; y aquellas entidades sociales proveedoras de estructura tales como la educación, el apoyo social, la autoridad con credibilidad, etc.” (Johnson y Hurtado, 2017).

En este marco de experiencias, para Johnson y Hurtado (2017) “el Cáncer es una enfermedad que se caracteriza por generar temor, tristeza, angustia, incertidumbre y desconsuelo tanto en el paciente como en sus familiares, amigos, e incluso en el personal de salud”.

Finalmente, los pacientes, así como los profesionales de la salud y la familia involucrada en la atención de una mujer o paciente con cáncer, manifiestan con regularidad

diversos niveles de incertidumbre y desesperanza en el proceso de tratamiento, recuperación y rehabilitación asignados.

## **2.2 Bases teóricas**

### ***2.2.1 Cáncer de cuello o uterino en el mundo y el Perú***

La epidemiología se encarga de estudiar el origen, difusión y descenso de las enfermedades infecciosas en grupos de poblaciones humanas, así como de la profilaxis y su erradicación. Se la define, como la ciencia que estudia las causas, génesis e inicio, así como la transmisión, la dispersión y vigilancia de las enfermedades en las poblaciones; entendiendo como causa, el origen de una serie de hechos que ayudan a describir la presencia de una o más enfermedades, además de los factores desencadenantes que abona para que se propaguen las enfermedades infectocontagiosas.

La epidemiología es “la ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos” (Alarcón, 2009, p. 2). El autor reconoce otros enfoques y perspectivas de la epidemiología, como el biomédico, que se asume cuando una enfermedad se propaga, lo hace respondiendo a la particularidad de quienes sufren el problema y que no aparecen en aquellos que no tienen el problema de salud; siendo tales particularidades primordialmente de origen individual, pudiendo también presentar una génesis de orden grupal o ambiental.

Así mismo, Alarcón sustenta que la salud es también el resultado de circunstancias y componentes sociales, a lo que llama enfoque social. Culmina señalando que una población se caracteriza por poseer leyes y costumbres de origen ancestral que forman parte de su identidad sociocultural, las que provienen de su desarrollo histórico (enfoque histórico).

En este marco de ideas, el detrimento de la salud individual y colectiva se presenta

como consecuencia de múltiples eventos histórico-sociales, y se recurre a la epidemiología para el estudio de estos eventos.

Son varias décadas que los informes con indicadores epidemiológicos señalan que el cáncer de cuello uterino viene presentando características clínicas de inicio y evolución semejante a las enfermedades de transmisión sexual. Dentro de ellas se encuentran el inicio de relaciones a edad temprana, la promiscuidad sexual, el bajo nivel socioeconómico, la alta paridad, la edad del primer parto, los factores relacionados con la inmunosupresión, el uso de anticonceptivos orales (ACO), el déficit nutricional, la presencia de fumar en exceso (tabaquismo) que aunados a los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) provocadas por virus del herpes simple tipo 2, la Chlamydia Trachomatis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH) que es considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer cervical.

En referencia a las causas Espín et al. (2012) citan a Montiel Carbajal MM y Urquidi Treviño (1998), que señalan al CACU como una morbilidad multideterminada de origen multifactorial con la participación de factores de naturaleza biológica, psicológica y sociocultural, con algunas características individuales en los resultados de algún tipo de cáncer.

Para Martínez (2010) citado por Espín et al. (2012) menciona que en la vida de la mujer se dan al menos tres episodios donde se presentan transformaciones del epitelio cervical conocida también como línea escamocolumnar, esto se da en el desarrollo fetal, en la adolescencia y el primer embarazo; mientras que en el CACU las células malignas proliferan la porción fibromuscular inferior del útero, proyectándose hacia el canal vaginal.

Recientemente en las páginas de la OMS se informa al CACU como el cuarto cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo, y que, si no se anticipan acciones complementarias, se espera “que la cifra anual de nuevos casos de cáncer del cuello uterino aumente de 570 000 a 700 000 entre 2018 y 2030, y que la cifra anual de muertes aumente de

311 000 a 400 000” (Organización Mundial de la salud, 2020).

Con los pronósticos anteriores, los casos nuevos de CACU se estarían duplicando en los próximos años en los países en vías de desarrollo, siendo más vulnerables los países con ingresos bajos y medianos, mientras los índices de letalidad se triplicarían en relación a los que se presentarán los países desarrollados.

En las páginas de la Sociedad Española de Oncología Médica se afirma que:

La causa fundamental es la infección por alguno de los virus oncogénicos de la familia del virus del papiloma humano (VPH). Entonces, se habla de una infección de transmisión sexual por VPH tras un contagio y su posterior cronificación. Es decir, que generalmente hay una larga evolución de las mujeres infectadas con el VPH hasta la aparición de las lesiones premalignas y el desarrollo del cáncer invasor. Por ello, tanto la prevención como la detección precoz es la mejor arma que se tiene para el tratamiento y erradicación de este cáncer. (Navarro, 2018).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

- En 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas.
- Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030.
- Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud. (OPS, 2012)

Al revisar los documentos de vigilancia epidemiológica y políticas públicas del Perú se encontraron datos de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre el 2000 al 2011 donde se precisa que de “7.7 muertes por 100,000 habitantes, bajó a 5.6 con índices que superan al promedio nacional en Ucayali, Loreto, Madre de Dios, Huánuco, San

Martín, Amazonas, Pasco, Tacna y La Libertad” (MINSa, 2017, p.11)

En el documento anterior, lo que se observa para el Perú es que se sustentan tasas significativas de incidencia para el CACU que se expresan en 31.3/100,000 y con un índice relacionado con la edad de 34.5/100,000; según la información de GLOBOCAN (2012) mencionado en la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino, se destaca que “al menos 4,636 mujeres se diagnosticaron con cáncer cervical cada año, siendo el cáncer más frecuente el de las mujeres del Perú” (MINSa, 2017, p. 9).

### **2.2.2. Cáncer de cuello uterino**

**2.2.2.1. Definición.** Para comprender el inicio y evolución del cáncer de cuello uterino, se presenta el concepto de cáncer:

Por cáncer, se entiende al crecimiento maligno, autónomo y descontrolado de células y tejidos, dando lugar a tumores que pueden invadir tejidos circundantes y provocar nuevas proliferaciones similares al cáncer original en partes distantes del cuerpo humano, que se conoce como metástasis; en este proceso el crecimiento descontrolado e invasivo abre su paso destruyendo tejidos normales, compitiendo a su vez con los nutrientes y el oxígeno. (OPS, 2016, p. 40)

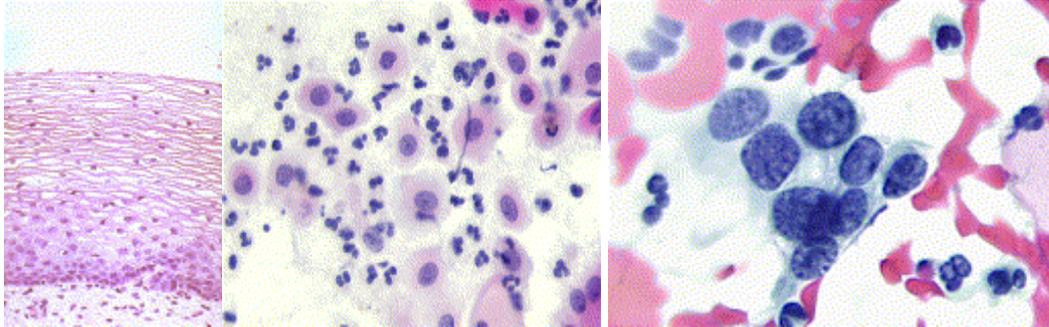
Según las normas del país (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino del 2017) señalan que:

El cáncer cervical se presenta con alta frecuencia en las mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años, cuya displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años, es decir que las lesiones precancerosas del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente

o prolongada por VPH como se observa en la figura 1:

### Figura 1

*Reacciones proliferativas benignas, neoplasia intraepitelial y cáncer invasivo del cuello uterino.*



*Nota.* (Vooijs, 2008, p. 134)

#### 2.2.2.2. Historia natural de la infección por VPH y el cáncer de cuello uterino.

Existen tres momentos en la vida de la mujer que se presentan cambios anatomo-funcionales del epitelio cervical, conocida también como línea escamocolumnar; esto ocurre en el desarrollo fetal, la adolescencia y el primer embarazo. Espín et al. (2012), menciona que este proceso “está estimulado por un ambiente de pH ácido y considerablemente influido por niveles de estrógenos y de progesterona. Es esta misma zona muy propensa a las infecciones y al desarrollo de los tumores escamoides” (Espín, et al., 2012).

Los factores de riesgo para el inicio de una neoplasia se asocian a cambios en la zona de transformación, así como al comportamiento sexual y reproductivo y otros de índole social y económica como se amplía en párrafos posteriores. A los cambios en la zona de transformación se conocen como cambios precancerosos a lo que se denominan neoplasia intraepitelial cervical (CIN), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia; sin embargo, estos eventos precursores pueden ser tan breves y no detectarse que evolucionan en relativos periodos de tiempo para convertirse en cáncer invasor. Al respecto, en la Guía de prácticas esenciales de la OPS se señala que:

En las mujeres, durante la pubertad y el embarazo se agranda la zona de transformación

en el exocérvix. La exposición al VPH en esos momentos puede facilitar la infección y puede explicar las asociaciones del cáncer cervicouterino de células escamosas con un inicio precoz de la actividad sexual, con un primer parto a una edad temprana o con antecedentes de múltiples embarazos. Algunos comportamientos que también pueden aumentar el riesgo de infección por VPH (y por lo tanto de cáncer cervicouterino) son tener múltiples parejas sexuales, o compañeros íntimos con múltiples parejas sexuales. (OPS, 2016, p. 41)

En las investigaciones realizadas se ha encontrado que el VPH representa y está relacionado con un rol importante en la etiología de las lesiones benignas, premalignas y malignas del cérvix uterino y en otras localizaciones. Los investigadores vienen describiendo a más de 150 tipos de VPH de los cuales aproximadamente 50 causan infecciones en el epitelio genital. “Los genotipos incluidos en el grupo de virus de alto riesgo oncogénico son 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68” (Bernal et al., 2018). La clasificación anterior, se relaciona con la incidencia de neoplasia intraepitelial cervical (CIN).

Bernal et al. (2018) inciden en que una lesión cervical persistente de bajo grado (LSIL) causada por VPH al no ser diagnosticada ni tratada, éstas pueden evolucionar a una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) y cáncer en un promedio de 5 a 14 años.

Cabe señalar que como medidas de prevención desde la OMS, la OPS y otros organismos internacionales y nacionales se viene imprimiendo grandes esfuerzos en la prevención primaria, así desde el 2011 en el Perú se ha implementado el programa nacional de vacunación contra el VPH dirigido a las mujeres de 9 a 13 años. Mientras, en las mujeres mayores de 30 se da la prevención secundaria que consiste en la detección y tratamiento mediante las “pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje” (Ministerio de Salud, 2017). En prevención secundaria al utilizar la IVAA; además se puede realizar pruebas de detección de los tipos de VPH 16 y 18 que son de

alto riesgo.

Sin embargo, al existir en el mercado cerca de cien pruebas comerciales para la detección de VPH, y a pesar de que se trata de técnicas producto de investigaciones empíricas; es importante tener en cuenta que aquellas que no son reproducibles o que no han sido validadas y carecen de pruebas de fiabilidad y precisión, no deberían ser utilizadas en la gestión clínica, ni en programas de detección comunitaria. En este sentido, las pruebas de detección del VPH deben presentar la máxima sensibilidad clínica sin comprometer la especificidad, como señala Espinoza y colaboradores respecto a los genotipos de alto riesgo del VPH:

(...) alrededor de 15 genotipos de alto riesgo (VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68), los VPH 16 y 18 son los más frecuentes en el cáncer invasivo de cuello uterino en Francia (> 80% de los casos). El VPH 16 está implicado en el 20% de las infecciones cervicales y en el 40% de las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. (Espinoza, Verano y García, 2021)

**2.2.2.3. Clasificación.** Según la UICC International- Union Against Cáncer (2009) presenta la Classification of Malignant Tumours (TNM), como método de estadificación o clasificación por etapas resume la amplitud de la proliferación, más el criterio de la International Federación of Gynecology and Obstetrics (FIGO), son los métodos que aplican los especialistas en la actualidad para su diagnóstico. La nomenclatura se presenta en el siguiente esquema:

**Figura 2***Clasificación de tumores malignos (TNM)*

Estadio I	<p>El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.</p> <p>Estadio IA: Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.</p> <p>Estadio IA1: La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.</p> <p>Estadio IA2: La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.</p>
Estadio II	<p>Estadio IB: Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB</p> <p>Estadio IB1: Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.</p> <p>Estadio IB2: Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm</p> <p>El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.</p> <p>Estadio IIA: Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.</p> <p>Estadio IAB: Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.</p>
Estadio III	<p>El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.</p> <p>Estadio IIIA: Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.</p> <p>Estadio IIIB: Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.</p>
Estadio IV	<p>El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.</p> <p>Estadio IVA: Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.</p> <p>Estadio IVB: Extensión a los órganos distantes.</p>

*Nota.* UICCInternational - Union Against Cancer (2009)

**2.2.2.4. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.** Se define como factor de riesgo todo aquello que está vinculado a su probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer (MINSA, 2017). A continuación se detallan los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

**A) Edad de la primera relación sexual.** Diversos estudios señalan que el comienzo del contacto sexual en la adolescencia y el tener más de dos compañeros sexuales, con tejidos epiteliales aún en desarrollo, son más sensibles a la acción de agentes infecciosos y carcinógenos. Al respecto Novoa, señala que en América Latina se ha registrado una mayor incidencia de CaCu entre las mujeres de 35 a 65 años. En México la incidencia de infección por HPV es responsable de las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) a partir de los 20 años. (Vargas, 2011)

**B) Características del compañero sexual.** Sobre las características del compañero sexual, en el estudio realizado por Montero et al. (2018), se sustenta, que: El aumento del número de estas parejas acrecienta el riesgo de la afección, por lo que constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. En el mismo sentido, Silva mencionado por Montero et al. (2018) también consideró al compañero sexual como factor primario en la aparición de esta enfermedad, incide además que la promiscuidad con parejas sexuales numerosas o una pareja masculina con muchas parejas sexuales, presenta la probabilidad de transmisión de un agente infeccioso.

Diversos estudios demuestran que el número de parejas sexuales de la mujer se relacionan con el riesgo de presentar una displasia o cáncer de cuello uterino, entonces; el “tener antecedente de 3 o más compañeros para la actividad sexual está en relación con la aparición de las lesiones premalignas o la neoplasia de cérvix, lo que incrementa en más de 8 veces la posibilidad de desarrollar esta enfermedad” (Pérez, et al., 2019).

**C) Condición socioeconómica y cultural.** Las situación social, económica y cultural,

explicarían una mayor frecuencia de CACU. Diversas investigaciones demuestran una alta incidencia de lesiones de cuello uterino en mujeres iletradas y bajo grado de instrucción, así como en multíparas; en comparación a las que ostentan mayor educación. mayoría de estas mujeres son analfabetas y de recursos económicos bajos, lo que motiva una alimentación de mala calidad, deficiente en aporte proteico, tanto de vitaminas A, B, C y D como una pobre ingesta de folatos, lo que determina una deficiente síntesis de los epitelios, como en el cérvix, en 65% de los casos. (Vargas, 2011)

**D) Paridad y edad del primer parto.** Según Lobatón et al. (2013) mencionados por Enciso (2016) se señala que “mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de los cuatro hijos este riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces” (Enciso, 2016, p. 27). Se piensa que algunas condiciones como la inmunosupresión del embarazo o su flujo hormonal aumentaría la susceptibilidad a la infección y conducirían a infecciones causadas por el VPH progresen hacia cáncer. Probablemente se deba al tipo y grado de patogenicidad del VPH, que a su vez encuentra un huésped con un estado inmunitario deficiente, como una mujer infectada por VIH; por tanto presentaría mayor vulnerabilidad a contagiarse por el VPH y progresar aceleradamente hacia un pre-cáncer o cáncer. (OPS, 2016)

**E) Sobre el uso de anticonceptivos hormonales.** Se cree que su uso prolongado de anticonceptivos hormonales se asociaría a un mayor riesgo de lesión intraepitelial. Por lo que la Sociedad Americana del cáncer, señala:

Existe evidencia de que el uso de anticonceptivos orales (píldoras de control natal) por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Los estudios de investigación sugieren que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras, y el riesgo regresa a lo normal muchos años después de suspenderlas. (ACS, 2018)

**F) *Tabaquismo*.** Los estudios demuestran que en el moco cervical se presentan concentraciones importantes de elementos mutágenos en fumadoras, habiéndose demostrado la “asociación con la alteración de las células escamosas a todos los niveles, tanto del tracto respiratorio como de los genitales, predominante en el cáncer” (Vargas, 2011, p. 640). La teoría, es que estos carcinógenos provenientes del tabaco entran al sistema circulatorio siendo secretados por el epitelio cervical previo impacto en el epitelio cervical que ante la presencia de los herpes virus tipo II y el HPV subtipos oncogénicos 16, 18 y 31 aceleran la acción oncogénica en el cuello uterino.

**G) *Enfermedades de transmisión sexual*.** En recientes investigaciones se demuestran los grados de asociación entre CACU e ITS. Pinzón-Fernández, et al. (2019) demostraron que:

La C. Trachomatis es un cofactor de cáncer de cuello uterino. La infección por C. Trachomatis está relacionada con la persistencia dentro de la célula y su capacidad de reactivación y de reinfección, la propiedad de producir lesión tisular, la intensidad de la respuesta inmunológica, la capacidad de la bacteria para modular respuesta inmune y la complejidad de estos mecanismos que, finalmente, inducen a inflamación crónica y alteraciones citológicas. La infección por C. Trachomatis confiere un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino.

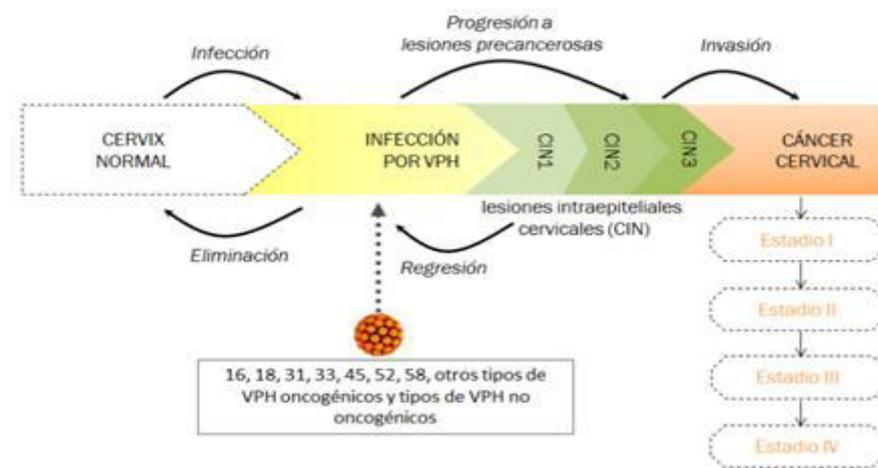
Vargas (2011) señala que desde 1970, se comenzó a identificar “la presencia del herpes virus tipo II en las infecciones cervicales, y se creyó que era uno de los iniciadores del fenómeno de la carcinogénesis” (p. 681).

Posteriormente, se informaron de estudios donde al VPH se le ha asociado en forma más directa con la patogenia del CaCu hasta hoy en día. En este libro se destaca a los subtipos 16, 18, 31 y 35 como responsables de las lesiones de alto riesgo (NIC II y NIC III), y a los subtipos 6, 11 y 54 se les asocia con las lesiones de bajo grado (NIC I), tal como se puede

observar en el esquema simplificado del modelo de simulación de Monte-Carlo que muestra los estados transitorios de salud de la historia natural de la infección por VPH y del cáncer de cérvix (Figura 3).

### Figura 3

*Estados transitorios de salud de la historia natural de la infección por VPH y del cáncer de cérvix*



Nota: Presentación esquemática del genoma del VPH. Sanchez (2020)

## 2.3. Marco Conceptual

### 2.3.1. Factores de riesgo

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

### 2.3.2. Citología anormal

Identificación de células anormales en el tejido que cubre la parte exterior del cuello uterino. Las células escamosas atípicas de importancia no determinada son el hallazgo anormal más común en una prueba de Papanicolaou. Pueden ser un signo de infección por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH).

### 2.3.3. Neoplasias del cuello uterino

Las células cancerosas invaden los tejidos aledaños y pueden desprenderse de un tumor para expandirse (formar metástasis) en otras partes del cuerpo. No queda claro cuál es la causa del cáncer de cuello de útero, pero, definitivamente, el virus del papiloma humano (VPH) participa en el proceso.

#### **2.3.4. *Comportamiento sexual***

El comportamiento sexual humano es por lo tanto el comportamiento que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros sexuales, obtener la aprobación de posibles parejas, formar relaciones, mostrar deseo sexual, y el coito.

#### **2.3.5. *Comportamiento reproductivo***

Para entender la anatomía del aparato reproductor de los distintos grupos de mamíferos, y de las notables diferencias existentes entre ellos, hay que saber que el desarrollo embrionario tiene lugar independientemente en ambas mitades corporales, siendo una el espejo de la otra, y que éste tiene lugar además, estrechamente relacionado con el del aparato urinario.

#### **2.3.6. *Prevalencia***

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

#### **2.3.7. *Prueba de Papanicolaou***

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

##### 3.1.1. Tipo de investigación

Según su propósito el tipo de investigación es aplicada, también llamada “utilitaria”, dado que en este tipo de Investigación se dirige fundamentalmente a la resolución de problemas. (Baena, 2014, p. 11).

También se puede decir que la investigación fue de tipo aplicada, porque se encargó de determinar la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua – 2017. Este tipo de investigación se caracteriza porque los resultados obtenidos pretenden aplicarse o utilizarse en forma inmediata para resolver alguna situación problemática. Busca el conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar. Le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial, antes que el desarrollo de una teoría.

Por el nivel de profundidad, se trata de un estudio descriptivo – correlacional; y por el tiempo en la recolección de datos: retrospectivo; dado que se tomaron los datos de las historias clínicas (HCL) con resultados de citología negativa, anormal o positiva para calcular la prevalencia de citologías anormales (citología positiva de PAP) y evaluar el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a las citologías anormales en el Hospital Regional de Moquegua, en el periodo comprendido entre enero a junio del 2017.

##### 3.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación fue "De Campo", ya que permitió la observación y la recolección de datos directamente de la realidad en un ambiente cotidiano a través de la determinación de la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores

de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

Por otro lado, también se dice que la investigación fue "No Experimental", ya que su elaboración contribuyó en la realización de un programa de prevención de neoplasias del cuello uterino.

### 3.2. Población y muestra

La población de estudio está conformada por el total de mujeres entre los 15 y 65 años, que acudieron a los servicios de consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2017, el cual está constituida por 1,728 pacientes.

**Unidad de análisis o de observación:** Son las mujeres de los servicios de consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Moquegua.

**Criterios de Inclusión:** Mujeres cuyas edades oscilen entre los 15 y 65 años, que acudan a consulta externa por resultados de PAP.

**Criterios de exclusión:**

- Mujeres que hayan padecido o padezcan Cáncer Cervicouterino.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio.

Para determinar el tamaño de la muestra se hará uso de un muestreo aleatorio simple cuya fórmula se precisa a continuación:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 (N - 1) + Z^2}$$

Dónde:

Z<sup>2</sup> = intervalo de confianza (0.95) o 95% Valor tabular: (1.96)<sup>2</sup> = 3.8416

P = proporción de aciertos (0.50)

Q = proporción de desaciertos (1 – p)

N = población total (1728)

e<sup>2</sup> = margen de error calculado (0.035) o (3.5%)<sup>2</sup> = 0.001225

m = muestra

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p Q N}{e^2 N + Z^2 p Q}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 480}{0,0012 \times 1727 + 0.5 \times 0.5 \times 3.84}$$

$$n = \frac{460.80}{2.07 + 0,96} = \frac{460.80}{3.03} = \boxed{152.0}$$

Muestra final: 152 pacientes.

### 3.3. Operacionalización de variables

**Factor de riesgo**, viene a ser cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS 2020).

**Neoplasias del cuello uterino**, son masas anormales de tejido que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, superando a los tejidos normales en velocidad de crecimiento y que poseen rasgos funcionales y morfológicos diferentes a los de sus precursoras (OPS, 2016).

**Citología anormal**, se refiere a la existencia de al menos una anomalía en un estudio de citología de cuello uterino.

**Variables Independientes (VI):**

X= Factores de riesgo

- Factores sociales
- Factores económicos
- Comportamiento sexual
- Comportamiento reproductivo

**Variable Dependiente (VD):**

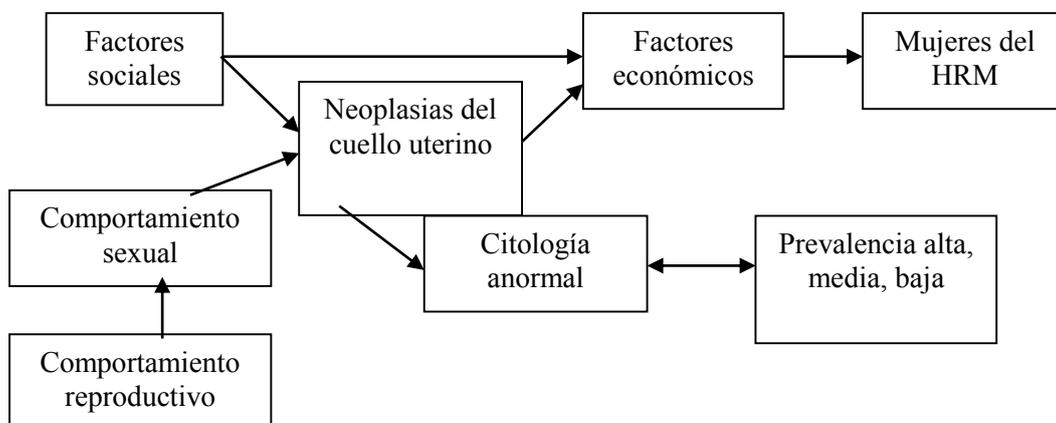
Y1= Citología anormal

- Negativa
- Positiva

Y2 = Neoplasias del cuello uterino

**Categorías TNM y etapas del cáncer de cérvix****Figura 4**

*Esquema de relación de variables*



<i>Tabla de Operacionalización de variables</i>					
<b>Variables</b>	<b>Subvariables</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Criterios de medición</b>	<b>Técnica o instrumento de medición</b>
<b>Factores de Riesgo</b>	Factores Sociales	Edad	Ordinal	0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: 22 – 49 años 3: Más de 49 años	Guía de observación
		Instrucción	Ordinal	0: S/Instrucción 1: Primaria 2: Secundaria 3: Sup. Técnica 4: Sup. Univer.	Guía de observación
		Estado conyugal	Ordinal	0: Soltera 1: Casada 2: Conviviente 3: Viuda 4: Divorciada	Guía de observación
	Factores económicos	Ocupación	Nominal	0: su casa 1: Trabajo temporal 2: Trabajo permanente	Guía de observación
		Ingresos	Ordinal	0: ninguno 1: Sueldo básico 2: Mayor al sueldo básico	Guía de observación
	Comportamiento sexual	Edad de inicio de relaciones sexuales	Ordinal	0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años	Guía de observación

		Número de parejas sexuales	Ordinal	0: $\geq 3$ parejas 1: 2 parejas 2: 1 parejas 3: No se consigna	Guía de observación
		Infección de Transmisión Sexual	Ordinal	0: SI 1:NO	Guía de observación
		Tratamiento de la Infección de Transmisión Sexual	Ordinal	0:NO 1: SI	Guía de observación
		Uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral	Ordinal	0: SI 1: NO	Guía de observación
		Uso de preservativo en las relaciones sexuales	Ordinal	0: Nunca 1: En ocasiones 2: Siempre	Guía de observación
	Comportamiento reproductivo	Paridad	Ordinal	0: Multípara 1: 3 Partos 2: 2 Partos 3: Primípara 4: Nulípara	Guía de observación
		Edad del primer parto	Ordinal	0: $\leq 15$ años 1: 16-21 años 2: $\geq 22$ años	Guía de observación
		Número de partos vaginales	Ordinal	0: $\geq 3$ partos 1: 2 Partos 2: 1 Parto	Guía de observación
		Primera Prueba de Papanicolaou	Ordinal	0: En cualquier momento 1: Después del inicio	Guía de observación

				de relaciones sexuales	
		Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou	Ordinal	0: No se lo realiza periódicamente 1: Cada año	Guía de observación
		Última Prueba de Papanicolaou	Ordinal	0: > 1 año 1: ≤ 1 año	Guía de observación
		Cantidad de Pruebas de Papanicolaou	Ordinal	0: Ninguno 1: 2-3 2: 4-53: ≥ 6	Guía de observación
<b>Prevalencia de citología anormal (PAP)</b>			Ordinal	0: Negativa 1: Positiva	Guía de observación (HCL)
<b>Neoplasias del cuello uterino</b>			Ordinal	Clasificación por Categorías TNM y Etapas del cáncer de cérvix FIGO	Guía de observación (HCL)

### 3.4 Instrumentos

#### 3.4.1 Validez y confiabilidad del instrumento

Validez del instrumento, se realizó a través de una ficha de validación el cual fue proporcionado a los expertos constituidos por médicos con grados académicos de doctores en salud pública (Ver Anexo 04).

Confiabilidad del instrumento, fue sometida a prueba de Alpha Cronbach.

El estadístico de fiabilidad empleado, Alfa de Cronbach, reveló que los instrumentos empleados son fiables y hacen mediciones estables y consistentes.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,81	12
0,61	04
0,71	08

Estadísticos de validez

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,824
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	142,032
	Gl	12
	Sig.	0,000

El estadístico de fiabilidad y validez empleado, Kaiser-Meyer-Olkin, revela que los instrumentos empleados son válidos ( $KMO > 0,5$ ).

### 3.5 Procedimientos

Previamente se gestionó el permiso de la Dirección del Hospital Regional de Moquegua para realizar la investigación. Los instrumentos de recolección de datos (Cuestionarios, guías de discusión, etc.) son imprescindibles para la construcción de la Matriz de datos, para obtener información sobre las variables.

En la muestra seleccionada se asignó un número a cada sujeto de investigación preservando la confidencialidad de su identificación.

Los datos primarios se obtuvieron realizando las encuestas y entrevistas según cronograma a través de un cuestionario validado y una guía estructurada de preguntas relacionadas al problema y objetivos planeados. Así, mismo se utilizó un Focus Group a través de una guía estructurada de discusión.

Los datos secundarios se recabaron de los documentos normativos y de gestión institucional, información estadística y trabajos que previamente se realizó, así como la información bibliográfica en general.

Los datos primarios de entrada fueron evaluados y ordenados, para obtener información significativa, que luego serán analizados para la siguiente etapa.

Las etapas programadas para el procesamiento de datos:

Entrada: Los datos serán obtenidos y llevados a un bloque central (Programa SPSS) para ser procesados.

Proceso: Durante el proceso se ejecutaron las operaciones necesarias para convertir los datos en información significativa. Cuando la información esté completa se ejecutará la operación de salida, en la que se prepara un informe provisional.

Salida: En todo el procesamiento de datos se plantea como actividad adicional, la administración de los resultados de salida, que se puede definir como los procesos necesarios para que la información útil llegue al usuario. La función de control asegura que los datos estén

siendo procesados en forma correcta.

Codificación. Se asignó un código numérico a cada una de las alternativas de las preguntas del cuestionario (s) o guía y de esta manera facilitar la tabulación y conteo de los datos.

- ✓ Codificación de una pregunta cerrada: Para esta tipo de pregunta, dicho código se asigna en el momento que se diseña el instrumento.
- ✓ Codificación de preguntas abiertas: las preguntas abiertas se codificaron después de haber recopilado los datos, de manera de asignar los códigos a las respuestas dadas por los informantes.

### **3.6. Análisis de datos**

Tabulación. El recuento de las respuestas contenidas en los instrumentos se realizó a través del conteo de los códigos numéricos de las alternativas de las preguntas cerradas y de los códigos asignados a las respuestas de las preguntas abiertas, con la finalidad de generar resultados que se muestran en cuadros (o tablas) y en gráficos. La tabulación se hará en forma combinada manual y electrónica para reducir errores de procesamiento.

Registro de Datos. Se le asignó automáticamente un número consecutivo (número de registro) a cada registro un campo clave para su búsqueda.

Se utilizó el Excel para la construcción y codificación de variables en el cuestionario (Base de datos, elaboración de cuestionarios) y el Word perfect 12 para elaborar la guía estructurada de discusión; para luego alimentar el programa SPSS.

### **3.7. Consideraciones éticas**

Se usó el consentimiento informado oral y escrito voluntario de cada personal médico entrevistado. No se consignará el nombre del médico en los cuestionarios e instrumentos de investigación. Se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida sobre los participantes. La información obtenida es solo para los objetivos del estudio. A los médicos

se les otorgó el derecho a retirarse del estudio sin perjuicio para ellos.

Se respetó los principios éticos de Belmont, incluyendo: el Respeto a la dignidad humana, de beneficencia, y el principio de justicia (Selección justa no discriminatoria), Trato respetuoso y amable en todo momento.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Contrastación de la hipótesis

#### 4.1.1. *Contrastación de hipótesis general*

Hipótesis general

H1: La prevalencia de neoplasias de cuello uterino es alta y están asociados a los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

H0: La prevalencia de neoplasias de cuello uterino no es alta y no están asociados a los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

Comprobación de hipótesis

En la hipótesis general, la prevalencia de neoplasias de cuello uterino se comprobó con los resultados de la tabla y gráfico 19, en el cual todas las mujeres evaluadas tenían prevalencia positiva según clasificación de Bethesda, lo cual indica prevalencia alta.

La asociación de los factores de riesgo se contrastó a partir de las sub-hipótesis, en las cuales se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado para cada factor por separado, para así determinar si existe o no asociación significativa.

Hipótesis específica 1

H1: Los factores de riesgo sociales están asociados significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

H0: Los factores de riesgo sociales no están asociados significativamente con las

neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua – 2017

### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado para determinar la relación o asociación significativa entre los factores de riesgo y las neoplasias del cuello uterino.

### Tabla 2

*Prueba Chi cuadrado para factores de riesgo sociales y neoplasias del cuello uterino*

Factores de riesgo sociales	$\chi^2$	Valor P
Edad	15.052	0.005*
Instrucción	19.745	0.011*
Estado conyugal	12.426	0.133

Fuente: Elaboración en SPSS

Decisión: en la tabla 2 se aprecia que, los factores de riesgo sociales asociados significativamente a las neoplasias del cuello uterino son la edad y la instrucción ya que su p-valor\* < 0.05, por lo cual se rechaza H0 y se concluye que dichos factores son significativos. El factor que no guarda relación es el estado conyugal.

### Hipótesis específica 2

H1: Los factores de riesgo económicos están asociados significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

H0: Los factores de riesgo económicos no están asociados significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

#### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado para determinar la relación o asociación significativa entre los factores de riesgo y las neoplasias del cuello uterino.

**Tabla 3**

*Prueba Chi cuadrado para factores de riesgo económicos y neoplasias del cuello uterino*

Factores de riesgo económicos	$\chi^2$	Valor P
Ocupación	6.308	0.177
Ingresos	14.105	0.007*

Fuente: Elaboración en SPSS

Decisión: en la tabla 3 se aprecia que, el factor de riesgo económico asociado significativamente a las neoplasias del cuello uterino son los ingresos ya que su p-valor\* < 0.05, por lo cual se rechaza H0 y se concluye que dicho factor es significativo. El factor que no guarda relación es la ocupación de la mujer.

#### Hipótesis específica 3

H1: Los factores de riesgo en comportamiento sexual están asociados significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

H0: Los factores de riesgo en comportamiento sexual no están asociados

significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado para determinar la relación o asociación significativa entre los factores de riesgo y las neoplasias del cuello uterino.

**Tabla 4**

*Prueba Chi cuadrado para factores de riesgo en comportamiento sexual y neoplasias del cuello uterino*

Factores de riesgo sexual	$\chi^2$	Valor P
Edad de inicio de relaciones sexuales	19.376	0.001*
Número de parejas sexuales	16.065	0.013*
Infección de Transmisión Sexual	10.480	0.005*
Tratamiento de la Infección de Transmisión Sexual	0.869	0.648
Uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral	1.411	0.494
Uso de preservativo en las relaciones sexuales	14.969	0.005*

Fuente: Elaboración en SPSS

Decisión: en la tabla 4 se aprecia que, los factores de riesgo en comportamiento sexual

asociados significativamente a las neoplasias del cuello uterino son aquellos cuyo p-valor\* es menor a 0.05, por lo cual se rechaza H0 y se concluye que dichos factores son significativos. Los factores que no guardan relación son el tratamiento de la infección de transmisión sexual y uso prolongado del método anticonceptivo hormonal oral.

#### Hipótesis específica 4

H1: Los factores de riesgo en comportamiento reproductivo están asociados significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017

H0: Los factores de riesgo en comportamiento reproductivo no están asociados significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua – 2017.

#### Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado para determinar la relación o asociación significativa entre los factores de riesgo y las neoplasias del cuello uterino.

**Tabla 5**

*Prueba Chi cuadrado para factores de riesgo en comportamiento reproductivo y neoplasias del cuello uterino*

Factores de riesgo reproductivo	$\chi^2$	Valor P
Paridad	23.404	0.003*
Edad del primer parto	6.779	0.148
Número de partos vaginales	17.231	0.002*
Primera Prueba de Papanicolaou	0.062	0.970
Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou	6.127	0.047*
Última Prueba de Papanicolaou	7.790	0.020*
Cantidad de Pruebas de Papanicolaou	13.696	0.008*

Fuente: Elaboración en SPSS

Decisión: en la tabla 5 se aprecia que, los factores de riesgo en comportamiento reproductivo asociados significativamente a las neoplasias del cuello uterino son aquellos cuyo p-valor\* es menor a 0.05, por lo cual se rechaza H0 y se concluye que dichos factores son significativos. El factor que no guarda relación es el referido a primera prueba de Papanicolaou.

## **4.2. Procesamiento de datos: resultados**

### ***4.2.1. Factores de riesgo sociales***

**Tabla 6**

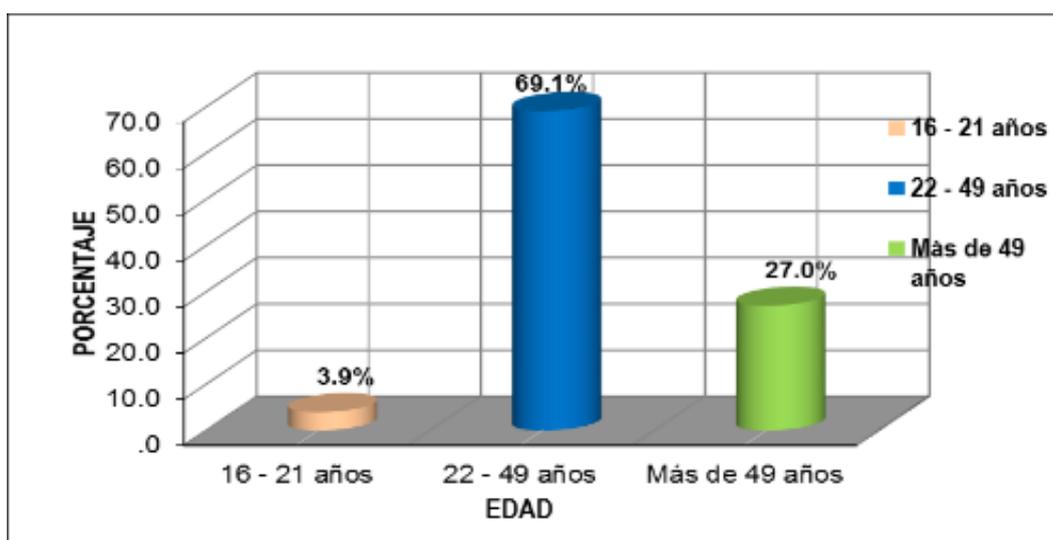
*Edad. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Edad	N°	%
Total	152	100
16 - 21 años	6	3.9
22 - 49 años	105	69.1
Más de 49 años	41	27.0

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 5**

*Edad. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* En la figura anterior se observa que, entre las mujeres encuestadas, la edad del mayor porcentaje corresponde al grupo de 22 a 49 años con 69.1%, seguido del grupo de más de 49 años con 27% y en menor porcentaje de 16 a 21 años con 3.9%.

**Tabla 7**

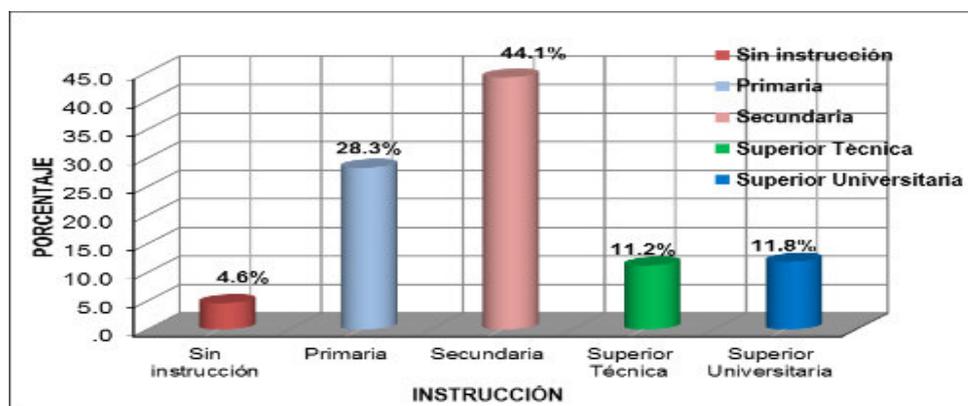
*Instrucción. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Instrucción	N°	%
Total	152	100
Sin instrucción	7	4.6
Primaria	43	28.3
Secundaria	67	44.1
Superior Técnica	17	11.2
Superior Universitaria	18	11.8

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 6**

*Edad. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas, la instrucción del mayor porcentaje corresponde al nivel de secundaria con 44.1%, seguido de primaria con 28.3%, superior técnica 11%, Superior universitaria 11% y en menor sin instrucción con 4.6%.

**Tabla 8**

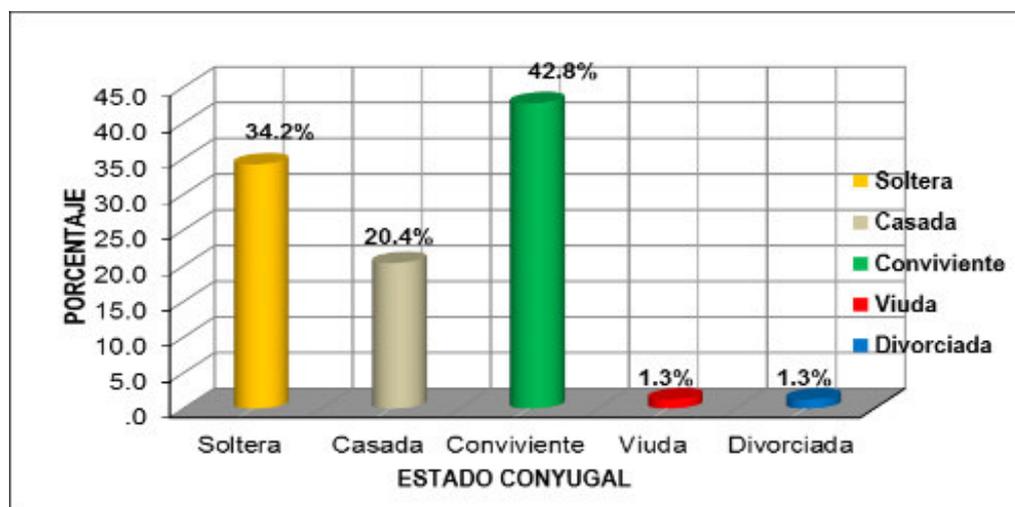
*Estado conyugal. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Estado conyugal	N°	%
Total	152	100
Soltera	52	34.2
Casada	31	20.4
Conviviente	65	42.8
Viuda	2	1.3
Divorciada	2	1.3

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 7**

*Estado conyugal. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas, el estado conyugal del mayor porcentaje corresponde a convivientes con 42.8%, seguido de solteras con 34.2%, casadas 20.4% y en menor porcentaje viudas y divorciadas con 1.3% cada una.

#### 4.2.2. Factores de riesgo económicos

**Tabla 9**

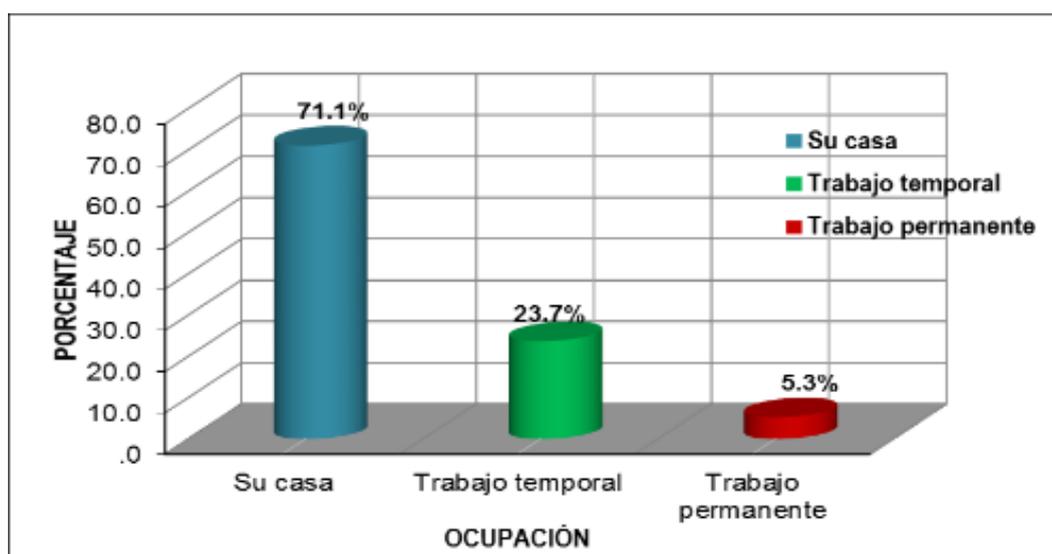
*Ocupación. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Ocupación	N°	%
Total	152	100
Su casa	108	71.1
Trabajo temporal	36	23.7
Trabajo permanente	8	5.3

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 8**

*Ocupación. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal, Hospital Regional de Moquegua – 2017*



*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas, la ocupación del mayor porcentaje corresponde a las de casa con 71.1%, siguen las que tienen trabajo temporal con 23.7% y en menor porcentaje las de trabajo permanente con 5.3%.

**Tabla 10**

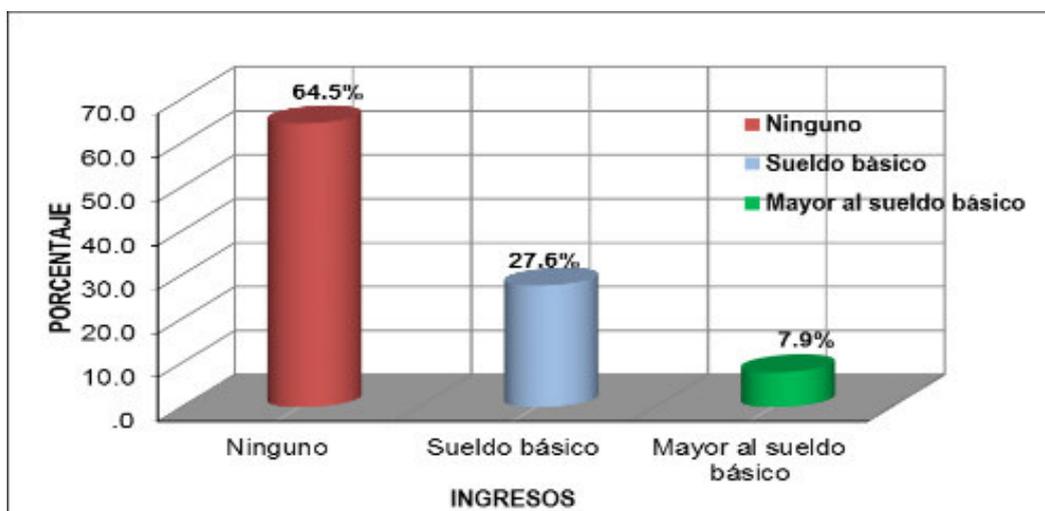
*Ingresos. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Ingresos	N°	%
Total	152	100
Ninguno	98	64.5
Sueldo básico	42	27.6
Mayor al sueldo básico	12	7.9

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 9**

*Ingresos. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas, los ingresos del mayor porcentaje corresponde a las que no tienen ninguno con 64.5%, seguido de las que perciben sueldo básico con 27.6% y en menor porcentaje perciben mayor al sueldo básico con 7.9%.

### 4.1.3. Comportamiento sexual

**Tabla 11**

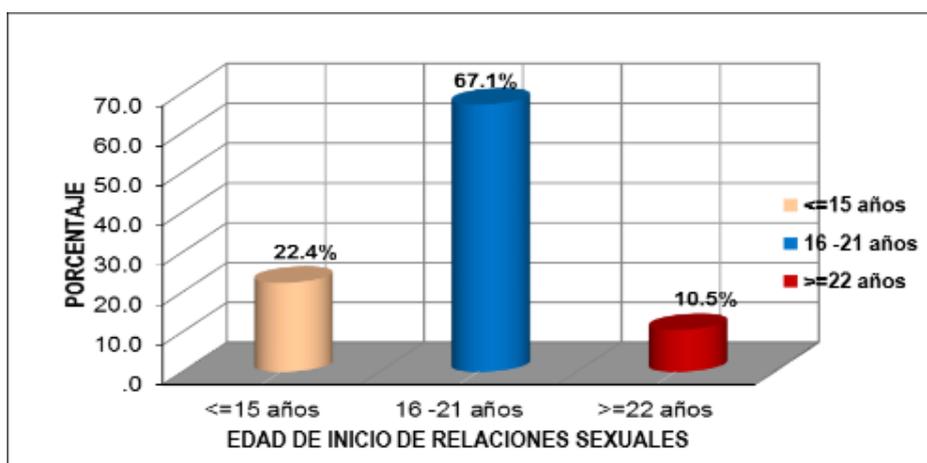
*Edad de inicio de relaciones sexuales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Edad de inicio de relaciones sexuales	N°	%
Total	152	100
<=15 años	34	22.4
16 -21 años	102	67.1
>=22 años	16	10.5

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 10**

*Edad de inicio de relaciones sexuales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas, la edad de inicio de relaciones sexuales del mayor porcentaje corresponde a 16 – 21 años con 67.1%, seguido de las menores o iguales a 15 años con 22.4% y en menor porcentaje las mayores o iguales a 22 años con 10.5%.

**Tabla 12**

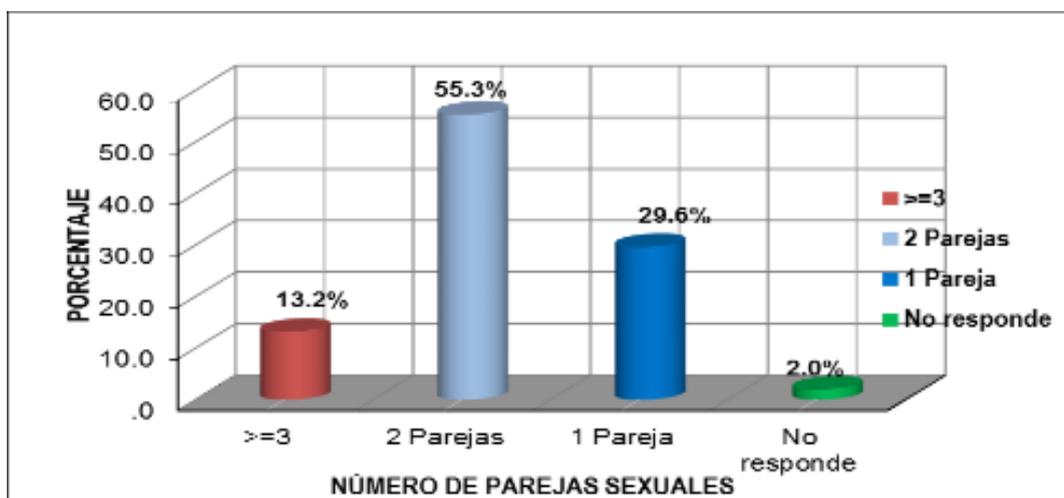
*Número de parejas sexuales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Número de parejas sexuales	N°	%
Total	152	100
>=3	20	13.2
2 Parejas	84	55.3
1 Pareja	45	29.6
No responde	3	2.0

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 11**

*Número de parejas sexuales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas, el número de parejas sexuales del mayor porcentaje corresponde a las que han tenido dos parejas con 55.3%, seguido de las que tienen una pareja con 29.6%, mayor o igual a 3 parejas 13.2% y en menor porcentaje no respondieron con 2%.

**Tabla 13**

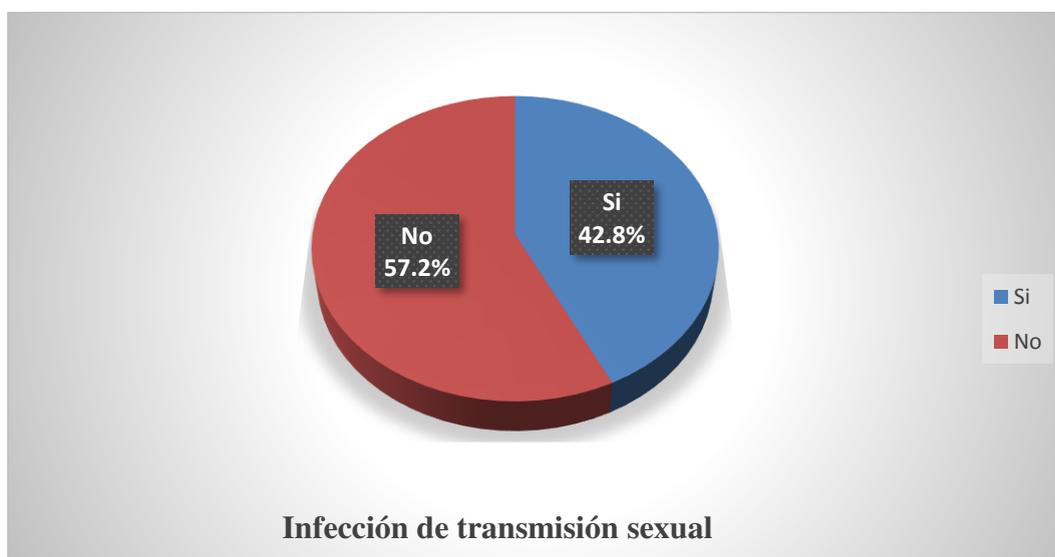
*Infección de transmisión sexual. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Infección de transmisión sexual	N°	%
Total	152	100
Si	65	42.8
No	87	57.2

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 12**

*Infección de transmisión sexual. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino*

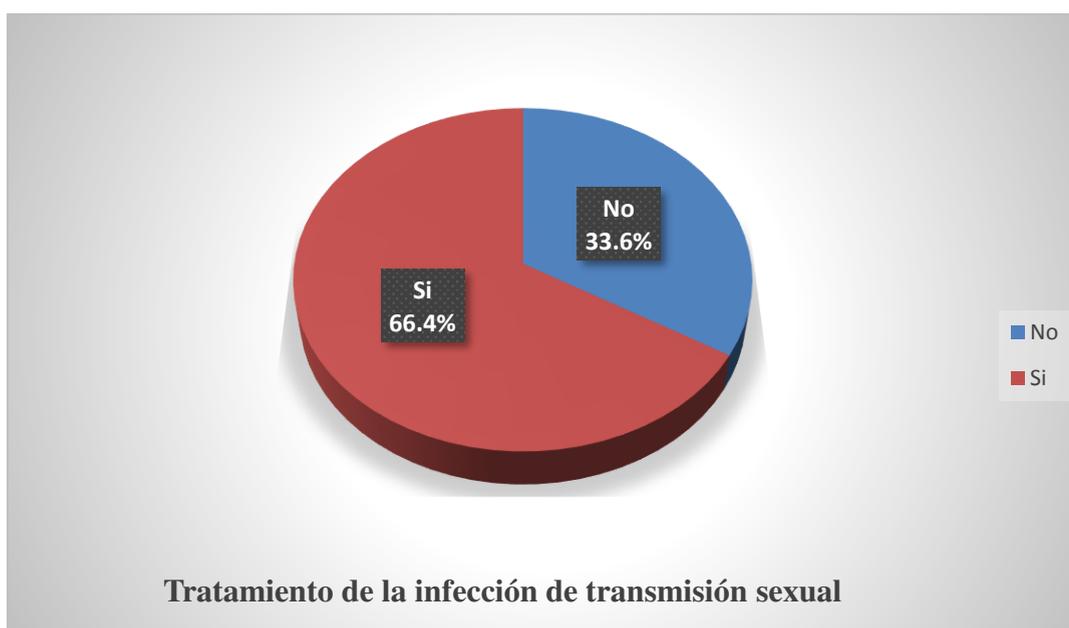


*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre infección de transmisión sexual, el mayor porcentaje si lo tienen con 57.2%, seguido de las que no tienen infección con 42.8%

**Tabla 14***Tratamiento de la infección de transmisión sexual*

Tratamiento de la infección de transmisión sexual	N°	%
Total	152	100
No	51	33.6
Si	101	66.4

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 13***Tratamiento de la infección de transmisión sexual*

*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre tratamiento de la infección de transmisión sexual, el mayor porcentaje si se han tratado con 66.4% y no se han tratado de la infección 33.6%.

**Tabla 15**

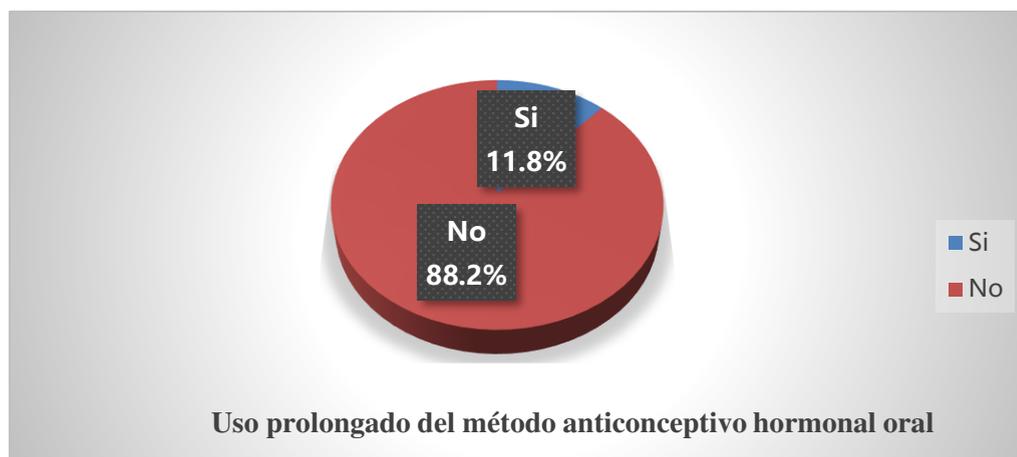
*Uso prolongado del método anticonceptivo hormonal oral. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Uso prolongado del método anticonceptivo hormonal oral	N°	%
Total	152	100
Si	18	11.8
No	134	88.2

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 14**

*Uso prolongado del método anticonceptivo hormonal oral. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre uso prolongado del método anticonceptivo hormonal oral, el mayor porcentaje no ha prolongado el uso con 88.2% y si han prolongado el uso 11.8%.

**Tabla 16**

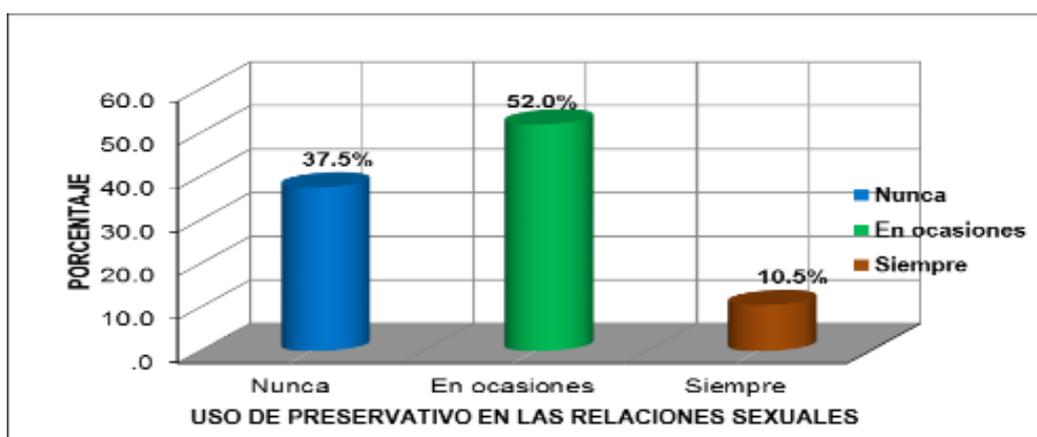
*Uso de preservativo en las relaciones sexuales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Uso de preservativo en las relaciones sexuales	N°	%
Total	152	100
Nunca	57	37.5
En ocasiones	79	52.0
Siempre	16	10.5

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 15**

*Uso de preservativo en las relaciones sexuales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre uso de preservativo en las relaciones sexuales, el mayor porcentaje en ocasiones lo usa con 52%, seguido de las que nunca lo usan con 37.5% y en menor porcentaje siempre lo usan con 10.5%.

#### 4.1.4. Comportamiento reproductivo

**Tabla 17**

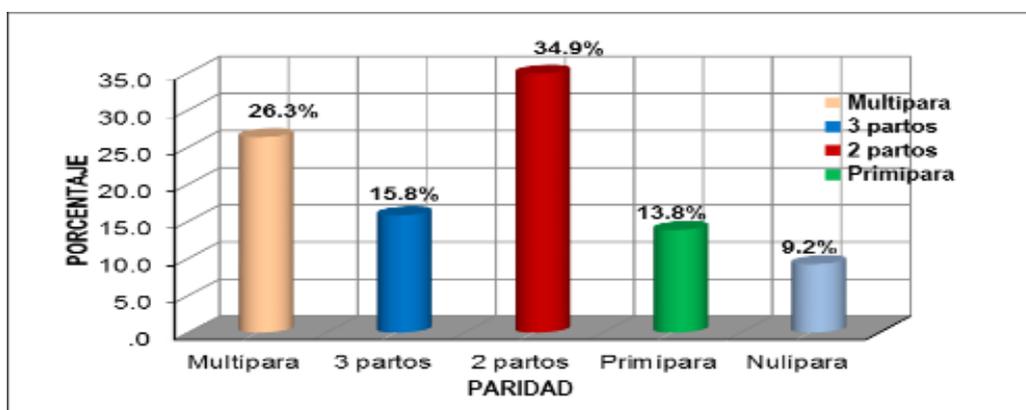
*Paridad. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Paridad	N°	%
Total	152	100
Múltipara	40	26.3
3 partos	24	15.8
2 partos	53	34.9
Primípara	21	13.8
Nulípara	14	9.2

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 16**

*Paridad. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre Paridad, el mayor porcentaje ha tenido dos partos con 34.9%, seguido de las que son múltiparas con 26.3%, con 3 partos 15.8%, primíparas con 13.8% y en menor porcentaje nulíparas con 9.2%.

**Tabla 18**

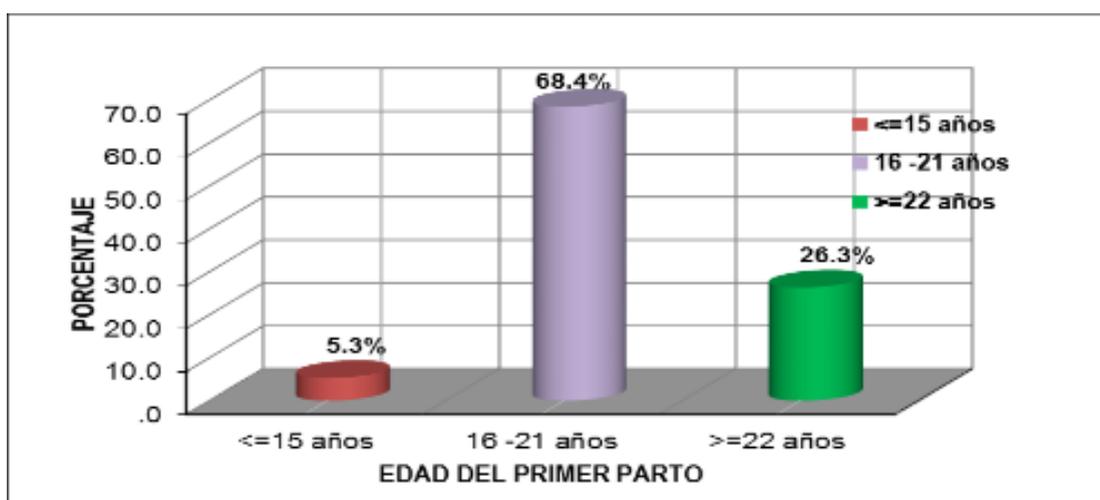
*Edad del primer parto. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Edad del primer parto	N°	%
Total	152	100
<=15 años	8	5.3
16 -21 años	104	68.4
>=22 años	40	26.3

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 17**

*Edad del primer parto. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre su edad en el primer parto, el mayor porcentaje tenía de 16 a 21 años con 68.4%, seguido de las de mayores o iguales a 22 años con 26.3% y en menor porcentaje las eran menores o iguales a 15 años con 5.3%.

**Tabla 19**

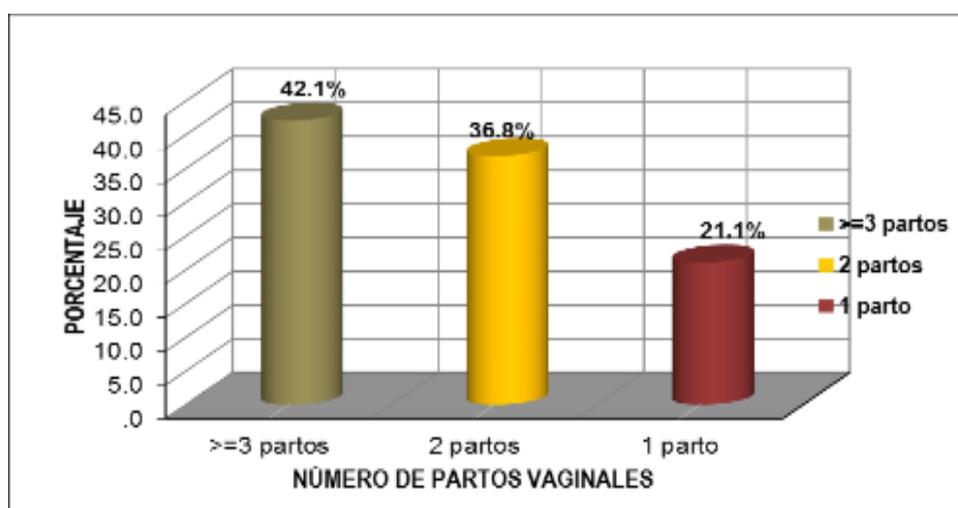
*Número de partos vaginales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Número de partos vaginales	N°	%
Total	152	100
>=3 partos	64	42.1
2 partos	56	36.8
1 parto	32	21.1

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 18**

*Número de partos vaginales. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre número de partos vaginales, el mayor porcentaje ha tenido mayor o igual a 3 partos con 42.1%, seguido de las que han tenido 3 partos con 36.8% y en menor porcentaje las que han tenido solo un parto vaginal con 21.1%.

**Tabla 20**

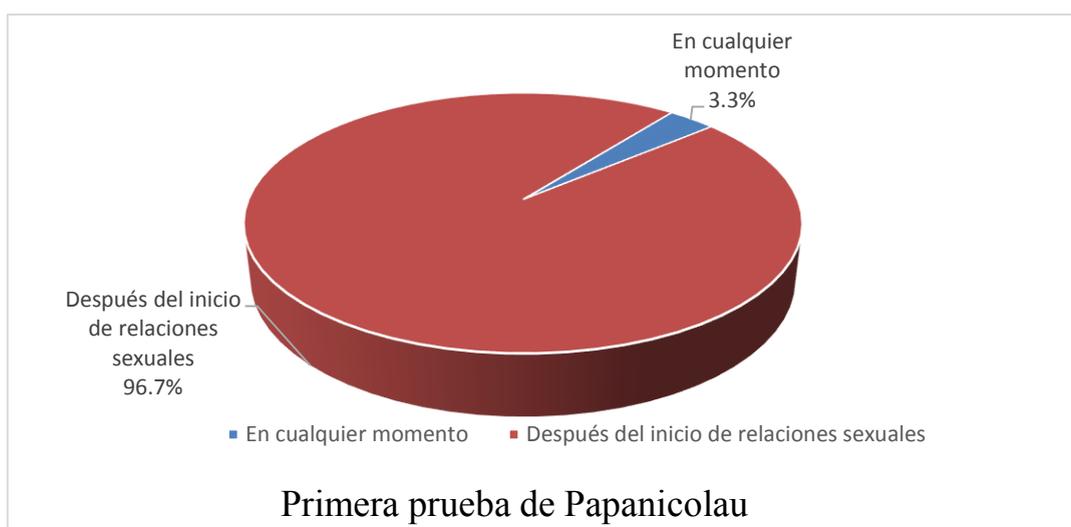
*Primera prueba de Papanicolau. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Primera prueba de Papanicolau	N°	%
Total	152	100
En cualquier momento	5	3.3
Después del inicio de relaciones sexuales	147	96.7

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 19**

*Primera prueba de Papanicolau. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

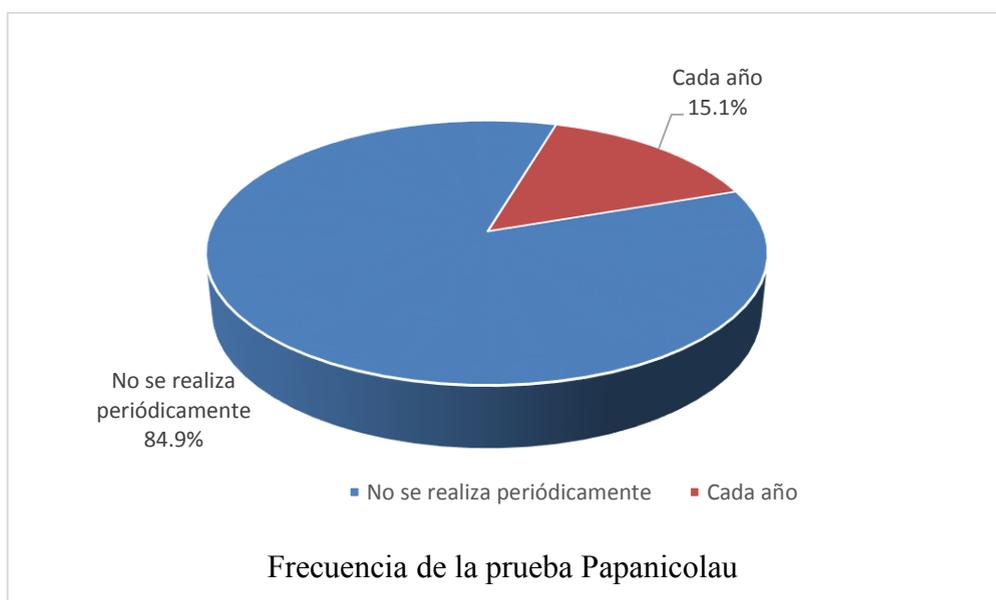


*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre la primera prueba de Papanicolau, el mayor porcentaje la tuvo después del inicio de relaciones sexuales con 96.7% y en cualquier momento se realizó la prueba con 3.3%.

**Tabla 21***Frecuencia de la prueba de Papanicolau*

Frecuencia de la prueba de Papanicolau	N°	%
Total	152	100
No se realiza periódicamente	129	84.9
Cada año	23	15.1

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 20***Frecuencia de la prueba de Papanicolau*

*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre frecuencia de la prueba de Papanicolau, el mayor porcentaje no se realiza periódicamente con 84.9% y cada año se realiza la prueba el 15.1%.

**Tabla 22**

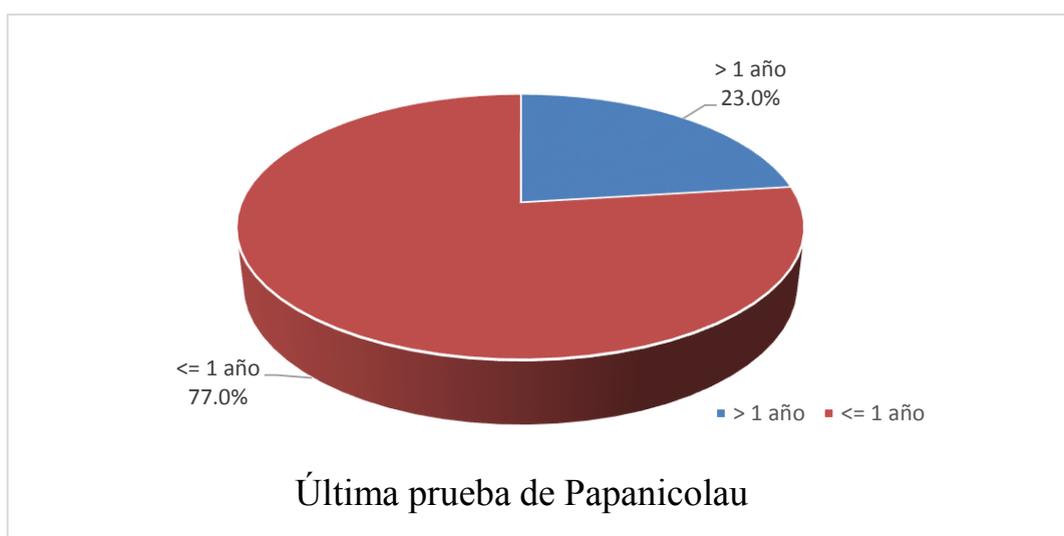
*Última prueba de Papanicolau. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Última prueba de Papanicolau	Nº	%
Total	152	100
> 1 año	35	23.0
<= 1 año	117	77.0

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 21**

*Última prueba de Papanicolau. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre última prueba de Papanicolau, el mayor porcentaje se la realizó en menos o igual a 1 año con 77% y en más de 1 año se realiza la prueba el 23%.

**Tabla 23**

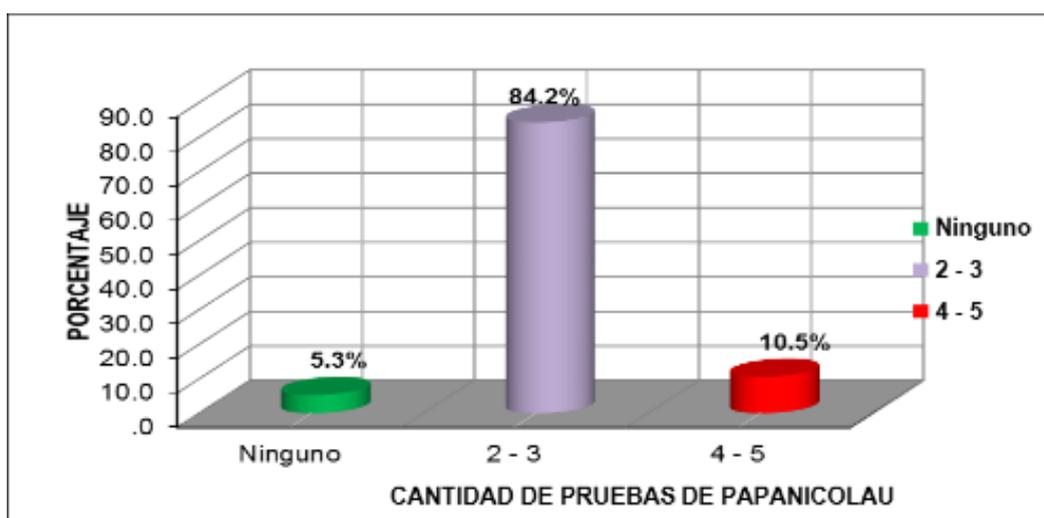
*Número de pruebas de Papanicolau. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*

Número de pruebas de Papanicolau	Nº	%
Total	152	100
Ninguno	8	5.3
2 – 3	128	84.2
4 – 5	16	10.5

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 22**

*Número de pruebas de Papanicolau. Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal*



*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre cantidad de pruebas de Papanicolau, el mayor porcentaje se realizó de 2 a 3 pruebas con 84.2%, seguido de 4 a 5 pruebas con 10.5% y en menor porcentaje las que no se hicieron ninguna prueba con 5.3%.

#### 4.1.5. Evidencia en historia clínica

**Tabla 24**

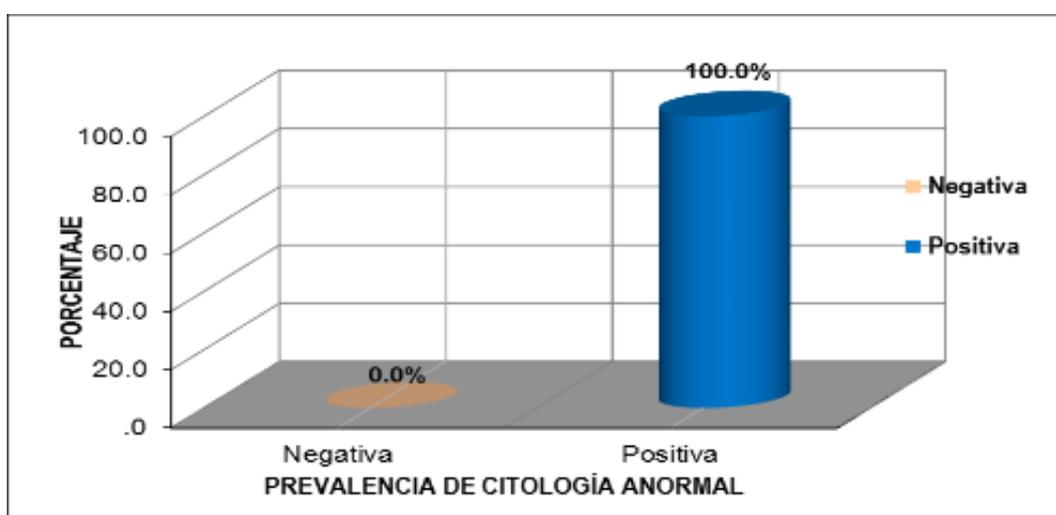
*Prevalencia de citología anormal.*

Prevalencia de citología anormal	N°	%
Total	152	100
Negativa	0	0.0
Positiva	152	100.0

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 23**

*Prevalencia de citología anormal.*

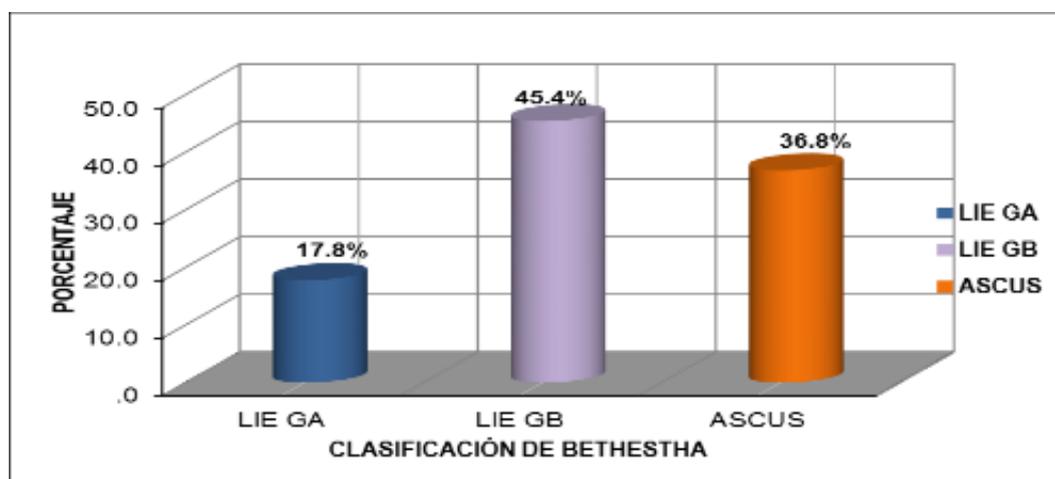


*Nota.* Se observa que, entre las mujeres encuestadas sobre Prevalencia de citología anormal, todas tenían prevalencia positiva según clasificación de Bethesda.

**Tabla 25***Clasificación de Bethesda*

Clasificación de Bethesda	N°	%
Total	152	100
LIE GA	27	17.8
LIE GB	69	45.4
ASCUS	56	36.8

Fuente: Hospital Regional de Moquegua – 2017

**Figura 24***Clasificación de Bethesda*

*Nota.* En la figura se observa que, entre las mujeres encuestadas según Clasificación de Bethesda para medir la citología anormal, la mayoría tienen nivel LIE GB con 45.4% seguido de los que están en ASCUS con 36.8% y en menor porcentaje las que están clasificadas en LIE GA con 17.8%.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados de nuestro trabajo de investigación se demuestra que la prevalencia de neoplasias de cuello uterino fue alta y estuvieron asociados a los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acudieron a consulta en el Hospital Regional de Moquegua. Los factores de riesgo social fueron el grado de instrucción de nivel secundaria (44.1%), el grupo de edad entre 22 a 49 años (69.1%) y ser convivientes (42.8%). Los factores de riesgo económicos fueron bajo ingreso económico, ocupación ama de casa (71,1%) y no tuvieron ingresos propios (64.5%). Los factores de riesgo sexual fueron inicio sexual a temprana edad entre los 16 a 21 años (67,1%), tener dos parejas sexuales (55.3%), haber tenido una infección de transmisión sexual (57.2%), siendo estas tratadas (66.4%), no han usado en forma prolongada un anticonceptivo hormonal oral (88.2%) y han usado el preservativo en forma ocasional (52%). Los factores de riesgo reproductivo fueron tener como paridad dos partos (34.9%), el primer parto lo tuvo entre 16 a 21 años (68.4%) y el número de partos vaginales mayor o igual a 3 (42,1%). La prevalencia de citología anormal según la clasificación de Bethesda fue 100%, la frecuencia de la prueba de Papanicolaou fue periódicamente. En el trabajo de Chávez y Quiñones (2012) en la investigación Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años, describieron el comportamiento de las neoplasias intraepiteliales cervicales diagnosticadas en mujeres menores de 25 años y tratadas con radiocirugía, señalaron que la presencia de NIC en mujeres menores de 25 años se configura en nuestro medio como problema de salud.

En la investigación realizada por Díaz et al. (2014) sobre presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales, en 997 mujeres predominó el grupo de edades entre 35-39 años con un 24,0 %, el 90,0 % comenzaron a tener relaciones antes de los 20 años, el 64,3 % tuvieron tres y más compañeros sexuales, 70,7 % padecieron de

infección vaginal. En el trabajo de Barrios et al. (2016) sobre Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia), en 150 mujeres de 18 años a más, con lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cérvix, encontraron como factores de riesgo a la multiparidad, la cantidad de embarazos, la sexar quía temprana, el múltiple número de parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción.

En el estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva, investigación realizada por Malagón et al. (2015), destacaron que las más afectadas se encuentran en edades muy jóvenes, y que antes de los 20 años se incrementa el riesgo de cáncer de cuello uterino. Mientras, Mendoza et al. (2012) determinaron la prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en mujeres de 15 a 75 años del 2008 al 2010, evaluaron promedios de las varianzas, frecuencias y proporciones, arribando a la conclusión de que la anormalidades citológicas fueron bajas, existiendo un mayor número de LSIL a partir de los 40 años , además evidenciaron una relación “inversa” entre la incidencia de partos, planificación familiar hormonal con la presencia de lesiones pre malignas. En la investigación “Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el centro de salud punta del este distrito de Tarapoto 2015- 2016” Del Castillo (2018) estudió qué factores de riesgo se asociaban a las lesiones premalignas de cérvix. Del total de usuarias 71 usuarias (25.09%) resultaron positivas a lesiones premalignas. Se llega a concluir que los factores de mayor riesgo en la aparición de lesiones premalignas de cérvix se encuentran a la edad (45 a más años), con un OR=2.28; IC: 0.91-5.72; la multiparidad (mayor a 5), con un OR=2.30; IC:0.71-7.61); sumándose antecedente a ITS con un OR=2.92; IC:1.02-8.4. Además, se encontraron factores con riesgo muy alto para la aparición de lesiones premalignas de cérvix como el grado de instrucción iletrada con el OR=6.02; IC: 1.08-33.883; ocupación estudiante

con un OR=3.14; IC: 0.97-10.16 y la edad menor a 24 años con un OR=3.42; IC:1.46-7.98. En la investigación “Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015”, Quispe et al. (2018), en una muestra de 183 mujeres con lesiones cervicales y 183 mujeres sin lesiones cervicales como controles, aplicándose una guía de observación, con datos contrastados con pruebas estadísticas el  $\chi^2$  y Odds Ratio (OR). “Se concluyó que los factores de riesgo personal, sexual y reproductivo mostraron asociación significativa con las lesiones precancerosas del cuello uterino”. Finalmente, en la tesis “Factores de riesgo para anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en los establecimientos de salud, de la provincia de Huaraz, 2013” Arotoma et al. (2015) , en una muestra de 65 mujeres con anormalidades citológicas del cuello uterino (casos) y 65 sin anormalidades citológicas (controles), se concluyó que entre los factores de riesgo para anormalidades citológicas del cuello uterino se encuentran la edad en el inicio de relaciones sexuales  $\leq$  de 18 años, el parto  $\leq$  de 18 años, la gran múltipara  $\geq$  de 5 partos, el número de parejas sexuales  $\geq$  de 2, además de las mujeres sin estudio citológico y exposición a método anticonceptivo oral  $\geq$  5 años. Arias y Escobar (2015) evaluaron los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, identificaron como FR al inicio de relaciones sexuales en  $<$  de 18 años, al número mayor a 2 de parejas sexuales, a la exposición de ITS con predominio de la Chlamydia Trachomatis; y el tener menos de 2 parejas se destaca como un elemento preventivo.

## VI. CONCLUSIONES

- ✓ La prevalencia de neoplasias de cuello uterino fue alta y estuvieron asociados a los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acudieron a consulta en el Hospital Regional de Moquegua el año 2017.
- ✓ Los factores de riesgo social asociados con las neoplasias del cuello uterino fueron el grado de instrucción de nivel secundaria (44.1%), el grupo de edad entre 22 a 49 años (69.1%) y ser convivientes (42.8%)
- ✓ Los factores de riesgo económicos asociados con las neoplasias del cuello uterino fueron bajo ingreso económico, ocupación ama de casa (71,1%) y no tuvieron ingresos propios (64.5%).
- ✓ Los factores de riesgo sexual asociados con las neoplasias del cuello uterino fueron inicio sexual a temprana edad entre los 16 a 21 años (67,1%), tener dos parejas sexuales (55.3%), haber tenido una infección de transmisión sexual (57.2%), siendo estas tratadas (66.4%), no han usado en forma prolongada un anticonceptivo hormonal oral (88.2%) y han usado el preservativo en forma ocasional (52%)
- ✓ Los factores de riesgo reproductivo asociados con las neoplasias del cuello uterino fueron tener como paridad dos partos (34.9%), el primer parto lo tuvo entre 16 a 21 años (68.4%) y el número de partos vaginales mayor o igual a 3 (42,1%).
- ✓ La prevalencia de citología anormal según la clasificación de Bethesda fue 100% de nivel LIE GB (45.4%), ASCUS (36.8%) y LIE GA (17.8%), la primera prueba de Papanicolaou la tuvo después del inicio de relaciones sexuales (96.7%), la frecuencia de la prueba de Papanicolaou fue periódicamente (84.9%), la última prueba de Papanicolaou se realizó

en menos o igual a 1 año (77%) y la cantidad de pruebas de Papanicolaou que se realizaron fue de 2 a 3 (84.2%).

## VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Disminuir la prevalencia de neoplasias de cuello uterino a través de la implementación de programas de prevención sobre los factores de riesgo con citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua.
- ✓ Realizar programas de prevención sobre los factores de riesgo sociales asociados con las neoplasias del cuello uterino mejorando el grado de instrucción, orientado al grupo de edad entre 22 a 49 años y que son convivientes.
- ✓ Prevenir los factores de riesgo económicos asociados con las neoplasias del cuello uterino mejorando el ingreso económico y generando empleo en las mujeres para ingresos propios.
- ✓ Prevenir los factores de riesgo sexual asociados con las neoplasias del cuello uterino, brindando orientación sobre el peligro del inicio sexual a temprana edad, tener dos parejas y el haber tenido una infección de transmisión sexual; así como el control médico del uso del tiempo adecuado del anticonceptivo hormonal oral y la importancia del uso del preservativo.
- ✓ Prevenir los factores de riesgo reproductivo asociados con las neoplasias del cuello uterino controlando la paridad, evitando el parto a temprana edad y disminuyendo el número de partos.
- ✓ Disminuir la prevalencia de citología anormal según la clasificación de Bethesda, y reforzar la importancia de la realización periódica del Papanicolau como medida preventiva de efectividad.

## VIII. REFERENCIAS

- Abrahantes, R., Oliver, C., González, G., Rodríguez, P. y Muñoz, H. (2019). Cáncer cérvicouterino. Algo para reflexionar. *Medisur*, 17(6).  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96129>
- Alarcón, J. (2009). Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. *Revista peruana de epidemiología*, 13(1).  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13\\_n1/pdf/a02v13n1.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13_n1/pdf/a02v13n1.pdf)
- American Cancer Society. (3 de 11 de 2018). ACS. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion.html>
- Arias, P. Escobar, F. (2017). *Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica*, 2015 [Tesis para optar título profesional, Universidad Nacional de Huancavelica].  
[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH\\_0fb21a56f45dbb81304509a253af\\_aa01](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_0fb21a56f45dbb81304509a253af_aa01)
- Arotoma, M., Cayra, O., Arotoma, E., Mendoza, A. y Rios, R. (2014). *Factores de riesgo para anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en los establecimientos de salud, Huaraz -2013* [Informe final de trabajo de investigación, Universidad Nacional San Antonio Antunez de Mayolo]. Repositorio Institucional UNASAM. <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2283>
- Baena, G. (2014). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria.  
<https://books.google.com.pe/books?id=6aCEBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+Guillermina+Baena+Paz&hl=es>

[419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20Guillermina%20Baena%20Paz&f=f](https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1222)

Barrios, L; Lecompte, P; Leones, A. y López, F. (2016). Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. *Revista Archivos de Medicina*, 16(1).

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1222>

Bernal, L; Mongelós; P; Alfonzo, T; Cardozo, F. y Mendoza, L. (2018). Optimización de una técnica de PCR convencional para detección de virus de papiloma humano tipo 16 y 18. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la salud*, 16(3).

<http://archivo.bc.una.py/index.php/RIIC/article/view/1369/1404>

Cardona, T., Euscátegui, C., Pardo, S., Triviño, M. y Valdivieso, M. (2019). *Fuentes de los conceptos de autocuidado de la salud que se trabajan en las publicaciones del área de la salud: Estado del Arte*. Artículo, Universidad El Bosque.

[https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2880/Cardona.Betancourt\\_Tomas.2020.pdf.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2880/Cardona.Betancourt_Tomas.2020.pdf.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

Chávez, B. y Quiñones, A. (2012). Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años. *12(1)*. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/98>

Del Castillo, L. (2016). *Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este distrito de Tarapoto* [Tesis de maestría

Universidad Nacional de San Martín de Tarapoto].

[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSM\\_12be1f7c8aaf8cb1e1a9dab133d1c362](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSM_12be1f7c8aaf8cb1e1a9dab133d1c362)

Díaz, B., Báez, P., Pérez, R. y García, P. (2014). Presencia de algunos factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres con resultados normales de la prueba de Papanicolaou. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 30(2).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2014/cmi142e.pdf>

Enciso, P. (2016). *Factores de riesgo asociados a la displasia de cérvix en pacientes atendidas en la unidad de displasia en el hospital San José* [Tesis para obtener título profesional Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP.

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1159/TESIS%20EDITH%20PAMELA%20ENCISO%20CEBRI%C3%81N%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Espín, J.C, Cardona, A., Acosta, Y., Valdez, M. y Olano, M. (2012). Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(4).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016)

Espinosa, L., Verano, N. y García, C. (2021). Cáncer de cuello uterino y el papiloma humano. *Neutrosophic Computing and Machine Learning*, 17.

<https://zenodo.org/record/5115222#.YkbeUSjMLic>

Johnson, M. y Hurtado, P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y enfermería*, 23(1).

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100057>

- Malagón, L., Pérez, Y., Acuña, A.-M. y Fuentes, G. (2015). Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(3). <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/rt/printerFriendly/59/17>
- Marañón, T., Matrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L. y Landazuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1). <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2196>
- Mendoza, L., Pedroza, M., Micolta, P., Ramirez, A., Cáceres, C., López, D. y Acuña, M. (2012). Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200009>
- Ministerio de Salud. (2017) . *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino*. Norma, MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284801-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-manejo-del-cancer-de-cuello-uterino-guia-tecnica>
- Montero, Y., Ramón, R., Valverde, C., Escobedo, F. y Pozo, E. (2018). Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. *Medisan*, 22(5). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000500010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010)
- Navarro, M. B. (26 de 3 de 2018). El cáncer de cérvix, un tumor prevenible. [https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP\\_HITOS\\_EN\\_cancer\\_de\\_cervix\\_2018.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP_HITOS_EN_cancer_de_cervix_2018.pdf)
- Organización Mundial de la salud. (2020). OMS. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cervical->

[cancer#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20mundial%2C%20el.de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos.](#)

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Control integral del cáncer de cuello.

<https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>

Pérez, P., Rosales, Y., Fernández, Y. y Sánchez, E. (2019). Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*, 23(4).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812019000401242](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401242)

Pinzón-Fernández, L., Caldas-Arias, L., Ibarra-Gimbuel, D. y Valencia, C. (2019). Mecanismos de patogenicidad y respuesta inmune de la infección por *Chlamydia trachomatis* y su relación con cáncer cervical. *CES Medicina*, 33(1).

<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4600>

Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 30(6).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53881>

Quispe-Gómez, M., Valencia-Vera, C., Ruiz-Guio, L. y Salazar-Quispe, P. (2019). Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014-2015. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(1).

<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/135>

Sanchez, L. (2020). *Sociedad Española de Oncología Médica*. [https://seom.org/174-  
Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20-  
%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix](https://seom.org/174-<br/>Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20-<br/>%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix)

Vargas Hernández, V. M. (2011). *Cáncer del cuello uterino. Aspectos epidemiológicos en Latinoamérica*. Editorial Alfil, S. A.  
<https://elibro.net/es/ereader/ujcm/40768?page=100>

Vooijs, G-P. (2008). CHAPTER 8 - Benign Proliferative Reactions, Intraepithelial Neoplasia, and Invasive Cancer of the Uterine Cervix. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-4208-2.00041-5>

## **IX. ANEXOS**

### **ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Prevalencia de neoplasias del cuello uterino y su asociación con factores de riesgo y citología anormal, Hospital Regional de Moquegua – 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?</p> <p><b>P. ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. ¿Qué factores de riesgo social se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?</p> <p>b. ¿Qué factores de riesgo económico se</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la prevalencia de neoplasias de cuello uterino y su asociación con los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p><b>OB. ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. Identificar los factores de riesgo social que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>b. Estimar los factores de riesgo</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>La prevalencia de neoplasias de cuello uterino es alta y están asociados a los factores de riesgo y citología anormal en las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>a. El grado de instrucción es un factor de riesgo social significativo asociado con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>b. Los bajos ingresos económicos se asocia significativamente</p>	<p>Variables Independiente (VI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Factores de riesgo</li> <li>Factores sociales</li> <li>Factores económicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento sexual</li> <li>• Comportamiento reproductivo</li> </ul> </li> <li>-Citología anormal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia alta</li> <li>• Prevalencia media</li> <li>• Prevalencia baja</li> </ul> </li> </ul> <p>Variable Dependiente (VD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Neoplasias del cuello uterino <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorías TNM y</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>POBLACIÓN:</b></p> <p>Mujeres entre los 15 y 65 años de edad, que acudieron a los servicios de consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2016, el cual estuvo constituido por 1,728 pacientes.</p> <p><b>MUESTRA:</b></p> <p>La muestra está representada por 152 mujeres obtenidos de la fórmula para población conocida</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Descriptivo</li> <li>-Correlacional</li> <li>-Retrospectivo</li> </ul> <p><b>INSTRUMENTOS A UTILIZARSE</b></p>

<p>asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?</p> <p>c. ¿Qué factores de riesgo sexual se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?</p> <p>d. ¿Qué factores de riesgo reproductivo se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?</p> <p>e. ¿Cuál es la prevalencia de citología anormal en las mujeres que</p>	<p>económico que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>c. Identificar los factores de riesgo sexual que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>d. Identificar los factores de riesgo reproductivo que se asocian con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>e. Determinar la</p>	<p>con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>c. El inicio sexual a temprana edad se asocia significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>d. La alta paridad dentro de los factores de riesgo reproductivo se asocia significativamente con las neoplasias del cuello uterino en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017</p> <p>e. La prevalencia de citología anormal es alta en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapas del cáncer de cérvix FIGO</li> </ul>	<p>Guía de observación de factores de riesgo</p> <p><b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b></p> <p>Fox Pro 6.0 para la conformación de la base de datos (codificación); el Programa SPSS v. 21 para el análisis matemático y el Programa Excel versión 2000</p>
---	---	---	--	--

acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017?	prevalencia de citología anormal en las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital Regional de Moquegua - 2017	Regional de Moquegua - 2017		
---	--	-----------------------------	--	--

## ANEXO B: GUÍA DE OBSERVACION

Instrucciones generales: La presente Guía de observación, tiene como propósito evaluar los factores de riesgo asociados a la citología positiva en las mujeres que acudieron por toma de PAP en la consulta externa del Hospital Regional de Moquegua – 2017.

HC: \_\_\_\_\_

1. Factores de riesgo sociales		Observación
Edad	0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: 22 – 49 años 3: Más de 49 años	
Instrucción	0: S/Instrucción 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior Técnica 4: Superior Universitaria	
Estado conyugal	0: Soltera 1: Casada 2: Conviviente 3: Viuda 4: Divorciada	

2. Factores de riesgo económicos		Observación
Ocupación	0: su casa 1: Trabajo temporal 2: Trabajo permanente	
Ingresos	0: ninguno 1: Sueldo básico 2: Mayor al sueldo básico	

3. Comportamiento sexual		Observación
Edad del primer parto	0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: ≥ 20 años	
Número de parejas sexuales	0: ≥ 3 1: 2 Parejas 2: 1 Pareja 3: No consigna/o no responde	

Infección de Transmisión Sexual	0: SÍ	
	1: NO	
Tratamiento de la Infección de Transmisión Sexual	0: NO	
	1: SÍ	
Uso prolongado del	0: SÍ	

Método Anticonceptivo Hormonal Oral	1: NO	
Uso de preservativo en las relaciones sexuales	0: Nunca	
	1: En ocasiones	
	2: Siempre	

4. Comportamiento reproductivo		Observación
Paridad	0: Multípara	
	1: 3 Partos	
	2: 2 Partos	
	3: Primípara	
	4: Nulípara	
Edad del primer parto	0: <input type="checkbox"/> 15 años	
	1: 16-21 años	
	2: $\geq$ 22 años	
Número de partos vaginales	0: $\geq$ 3 partos	
	1: 2 Partos	
	2: 1 Parto	
Primera Prueba de Papanicolaou	0: En cualquier momento	
	1: Después del inicio de relaciones sexuales	
Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou	0: No se lo realiza periódicamente	
	1: Cada año	
Última Prueba de Papanicolaou	0: <input type="checkbox"/> 1 año	
	1: <input type="checkbox"/> 1 año	
Cantidad de Pruebas de Papanicolaou	0: Ninguno	
	1: 2-3	
	2: 4-5	
	3: $\geq$ 6	

### RESULTADOS DE EVIDENCIA EN HISTORIA CLÍNICA:

VI= Prevalencia de citología anormal (PAP)	0: Negativa	
	1: Positiva	
VD= Neoplasias del cuello uterino *Marcar lo que se consigna en la HCL	TNM/TX	Etapas
	T0	
	Tis	0
	T1	I0
	T1a	I A
	T1a1	IA1
	T1a2	IA2

## REFERENCIAL C: NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO - HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

### Categorías TNM y Etapas del cáncer de cérvix FIGO

TNM	FIGO	
Categorías	etapas	
TX		El tumor primario no puede ser evaluado
T0		No hay evidencia de tumor primario
Tis	0	El carcinoma in situ (carcinomas pre)
T1	Yo	carcinoma de cuello uterino confinada al útero (la extensión al cuerpo debe ser tomada en cuenta)
T1a	I A	Carcinoma invasivo diagnosticado sólo mediante microscopía. Todas las lesiones macroscópicamente visibles - incluso con invasión superficial - son T1b / Estadio IB
T1a1	IA1	invasión del estroma no superior a 3,0 mm de profundidad y 7,0 mm o menos en la propagación horizontal
T1a2	IA2	Estromal invasión más de 3,0 mm y no más de 5,0 mm con una horizontal propagación 7,0 mm o menos

Nota: La profundidad de la invasión no debe ser más de 5 mm tomadas de la base del epitelio, superficie o glandular, de la que se origina. La profundidad de la invasión se define como la medida del tumor a partir de la unión epitelial-estromal de la papila epitelial más superficial adyacente al punto de la invasión más profunda. La invasión del espacio vascular, venosa o linfática no afecta a la clasificación.

T1b	IB	Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a2 / IA2
T1b1	IB1	Lesión clínicamente visible 4,0 cm o menos en su mayor dimensión
T1b2	IB2	Lesión clínicamente visible más de 4 cm en su mayor dimensión
T2	II	El tumor invade más allá del útero, pero no a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina
T2a	IIA	Sin invasión del parámetro
T2b	IIB	Con la invasión del parámetro
T3	III	Tumor que se extiende a la pared pélvica, compromete el tercio inferior de la vagina o causa hidronefrosis o falta de funcionamiento del riñón
T3a	IIIA	Tumor que compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica
T3b	IIIB	Tumor que se extiende a la pared pélvica o causa hidronefrosis o falta de funcionamiento del riñón
T4	IVA	El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto o se extiende

		más allá de la pelvis verdadera
--	--	---------------------------------

Nota: La presencia de edema bulloso no es suficiente para clasificar un tumor como T4.

M1	IVB	metástasis a distancia
----	-----	------------------------

Fuente: Foundationforwomenscancer.org. /Guía detallada del cáncer de cuello uterino-España.

#### CONSOLIDADO

RESULTADOS NEOPLASIAS HRM			
	CATEGORIA /ETAPA	Nº	Porcentaje
TNM			
FIGO			
TOTAL		152	100%

## ANEXO D: GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO

INSTRUCTIVO: Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias en relación a los ítems propuestos.

Emplee los siguientes criterios:      A: De acuerdo      B: En desacuerdo

ASPECTOS A CONSIDERARSE	A	
1. ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?	X	
2. La pregunta realmente mide la variable	X	
2.1. Variable independiente	X	
2.2. Variable dependiente	X	
3. ¿El instrumento persigue el objetivo general?	X	
4. ¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?	X	
5. ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?	X	
6. ¿Hay claridad en los ítems?	X	
7. ¿Las preguntas despiertan ambigüedad en sus respuestas?		
8. ¿Las preguntas responden a un orden lógico?	X	
9. ¿El número de ítem por dimensiones es el adecuado?	X	
10. ¿El número de ítems por indicador es el adecuado?	X	
11. ¿La secuencia planteada es la adecuada?	X	
12. ¿Las preguntas deben ser reformuladas?	-	
13. ¿Deben considerarse otros ítems?	-	

EXPLIQUE AL FINAL:

OBSERVACIONES	SUGERENCIAS

**Nombres y Apellidos del Experto: DRA. ELIANA ROCÍO ALFARO PACO**

**Especialidad: DOCTOR EN CIENCIAS: SALUD COLECTIVA. DNI: 29590454**



-----  
Nombre y firma del Experto