



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL HOSPITAL

HIPÓLITO UNÁNUE (LIMA), DURANTE EL PERIODO 2018

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de Doctora en Salud Pública

Autora:

Aguirre Zender, Viviana Patricia

Asesora:

Valencia Vera, Teresa Consuelo

ORCID: 0000-0002-2933-988X

Jurado:

Paucar Rodríguez de Granados, Elizabeth

Castro Rojas, Miriam Corina

Tapia Bernal, Segundo Leocadio

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

[1A_AGUIRRE_ZENDER_VIVIANA_PATRICIA_DOCTORADO_2022.Docx](#)

Fecha del Análisis:

18/11/2022

Analizado por:

Astete Llerena, Johnny Tomas

Correo del analista: jastete@unfv.edu.pe

Porcentaje:

14 %

Título:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE (LIMA), DURANTE EL PERIODO 2018

Enlace:

<https://secure.arkund.com/old/view/143126378-449597-119116#FYIBDslwDAT/kvMlxU5jJ/0K4oAqQD3QS4+lv7NoNSuP91PeZ1mvFcNUdYiJyf5qLhbRRQrNpIvmWTiuNEWWtLpkyCcaMRC6E5iEJMkK+Iki4McKJXhjM68Uc79dezPfbsf26Os9WltZhv5x6v38f0B>



DRA. MIRIAM LILIANA FLORES CORONADO
JEFA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE (LIMA), DURANTE EL PERIODO 2018

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el grado académico de Doctora en Salud Pública

Autora:

Aguirre Zender, Viviana Patricia

Asesora:

Valencia Vera, Teresa Consuelo

ORCID: 0000-0002-2933-988X

Jurado:

Paucar Rodríguez de Granados, Elizabeth

Castro Rojas, Miriam Corina

Tapia Bernal, Segundo Leocadio

Lima – Perú

2023

Dedicatoria

El presente estudio se lo dedico a mi amado esposo Daniel Dávila, quien al lado de nuestro Dios continuará su legado.

Para mi amada hija Vivian, para que ella continúe con el legado de la investigación. A mis padres, un abrazo desde la tierra hasta el cielo.

Para todos los investigadores que se atrevan a descubrir nuevos conocimientos científicos y seguir cultivando el espíritu de la investigación.

INDICE

Resumen	VII
Abstract.....	VIII
I: Introducción	01
1.1 Planteamiento del problema	01
1.2 Descripción del problema	03
1.3 Formulación del Problema.....	05
- Problema General.....	05
- Problemas Específicos	05
1.4 Antecedentes.....	06
1.4.1 Antecedentes Nacionales.....	06
1.4.2 Antecedentes Internacionales	09
1.5 Justificación e importancia de la Investigación	16
a) Justificación Teórica.....	16
b) Justificación Práctica	17
c) Justificación Social	17
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	17
1.7 Objetivos.....	17
- Objetivo General.....	17
- Objetivos Específicos.....	17
1.8 Hipótesis	18
II: Marco Teórico	19
2.1 Marco conceptual	19
2.1.1 Términos y conceptos utilizados en el cáncer cérvico-uterino	19
2.1.2 Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino (CACU)	30
2.2 Marco Filosófico	38
2.3 Aspectos de responsabilidad social	39
III: Método.....	40
3.1 Tipo de Investigación	40
3.2 Población y muestra	40

3.3 Operacionalización de variables	43
3.4 Instrumentos	43
3.5 Procedimientos	44
3.6 Análisis y elaboración de los datos	44
3.7 Consideraciones éticas.....	44
IV: Resultados	45
4.1 Estadística Descriptiva	45
4.2 Estadística Inferencial	57
V: Discusión de resultados	60
VI: Conclusiones	63
VII: Recomendaciones	64
VIII. Referencias	66
Anexos.....	74
Anexo A: Matriz de consistencia	74
Anexo B: Ficha para la recolección de datos	76
Anexo C: Validación del Instrumento	80
Anexo D: Historia del Hospital Hipólito Unanue (Lima).....	83
Anexo E: Patologías confirmadas de la investigación.....	84

Índice de Tablas

Tabla 1	Edad de las pacientes	45
Tabla 2	Estado civil de las pacientes.....	46
Tabla 3	Grado de instrucción de las pacientes	47
Tabla 4	Índice de Masa Corporal de las pacientes	48
Tabla 5	Tabaquismo de las pacientes.....	49
Tabla 6	Infección de transmisión sexual de las pacientes	50
Tabla 7	Nuliparidad de las pacientes	51
Tabla 8	Aborto de las pacientes	52
Tabla 9	Antecedente familiar de cáncer de las pacientes	53
Tabla 10	Edad de Inicio de relaciones sexuales de las pacientes	54
Tabla 11	Número de parejas sexuales de las pacientes	55
Tabla 12	Uso prolongado de métodos anticonceptivos de las pacientes	56
Tabla 13	Factores sociodemográficos de las pacientes	57
Tabla 14	Factores de riesgo reproductivo de las pacientes	58
Tabla 15	Factores reproductivos e historia sexual de las pacientes.....	59
Tabla 16	Patologías confirmadas de la investigación.....	84

Índice de Figuras

Figura 1.	Distribución porcentual de la Edad de los pacientes.....	45
Figura 2.	Distribución porcentual del Estado civil de los pacientes.....	46
Figura 3.	Distribución porcentual del Grado de instrucción de los pacientes	47
Figura 4.	Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de los pacientes.	48
Figura 5.	Distribución porcentual del Tabaquismo de los pacientes	49
Figura 6.	Distribución porcentual del Índice de Infección de Transmisión Sexual de los pacientes	50
Figura 7.	Distribución porcentual de Nuliparidad de los pacientes.....	51
Figura 8.	Distribución porcentual de Aborto de los pacientes	52
Figura 9.	Distribución porcentual de Antecedente familiar de cáncer de los pacientes	53
Figura 10.	Distribución porcentual de Edad de Inicio de relaciones sexuales de los pacientes	54
Figura 11.	Distribución porcentual de Numero de parejas sexuales de los pacientes	55
Figura 12.	Distribución porcentual de Numero de parejas sexuales de los pacientes	56
Figura 13.	Distribución porcentual de la patología confirmada de los pacientes	84

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo:** Determinar si los factores de riesgo se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.

Método: La investigación corresponde al diseño no-experimental de tipo observacional, transversal, analítico, retrospectivo de casos y controles. Se estableció un tamaño de muestra de 82 casos y de 82 controles. Se utilizó como instrumento un cuestionario para la recolección de datos, se procesó con uso del programa SPSS 26, se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado y se realizó análisis bivariado utilizando la técnica estadística de factor de riesgo (odd ratio) para las variables nominales. **Resultados:** Los factores de riesgo asociados para el cáncer del cuello uterino fueron; el estado civil de conviviente, es 3.45 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=3.456). La infección de transmisión sexual (ITS) es 4.21 veces de factor de riesgo con un (OR=4.216). Antecedentes familiares de cáncer cervical, se tiene 4 veces de factor de riesgo con un (OR=4.015). Inicio de relaciones sexuales menor de 15 años, tienen 7.92 veces riesgo de presentar cáncer cervical, con un (OR=7.922). Las pacientes con más de tres de parejas sexuales tienen 10.36 veces más riesgo de presentar cáncer cervical, con un (OR=10.364). Se **concluyó:** que existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo sociodemográfico, reproductivo e historia sexual con el cáncer de cuello uterino.

Palabras clave: Factores de riesgo, cáncer de cuello uterino, estado civil de conviviente, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), antecedentes familiares de cáncer cervical, Inicio de relaciones sexuales menor de 15 años.

ABSTRACT

The general objective of the research was to determine whether risk factors are associated with cervical cancer in patients who attend the Hipólito Unanue Hospital (Lima) during the 2018 period. The research corresponds to an observational, cross-sectional, analytical, retrospective non-experimental design of cases and controls. A sample size of 82 cases and 82 controls was established. A questionnaire was used as an instrument for data collection, it was processed using the SPSS 26 program, the Chi-square statistical test was applied, and a bivariate analysis was performed using the risk factor statistical technique (odd ratio) for the nominal variables. Results: The associated risk factors for cervical cancer were; As a result, it was obtained that the marital status of cohabitant is 3.45 times more risk of presenting cervical cancer with a (OR=3,456). Sexually transmitted infection (STI) is a 4.21-fold risk factor with an (OR=4,216). Family history of cervical cancer, there is a 4-fold risk factor with an (OR=4.015). Initiation of sexual relations under 15 years of age, have a 7.92 times risk of cervical cancer, with an (OR=7,922). Patients with more than three sexual partners have a 10.36 times higher risk of developing cervical cancer, with an (OR=10,364). It was concluded that there is a statistically significant relationship between the sociodemographic, reproductive and sexual history risk factors with cervical cancer.

Keywords: Risk factors, cervical cancer, cohabiting marital status, Sexually Transmitted Infections (STIs), family history of cervical cancer, Initiation of sexual relations under 15 years of age.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El cáncer de cérvix o cáncer cervical es una transformación celular que tiene origen en el epitelio del cérvix uterino, y en fases primarias se manifiesta a través de daños pioneros de pausada y gradual transformación a través del tiempo. “El cáncer cervical evoluciona a displasia severa cuando compromete sólo al epitelio superficial y en cáncer invasor cuando traspasa la membrana basal”. (Ministerio de Salud de Chile [Minsal], 2015)

“El cáncer cervical presenta tres tipos según su clasificación histológica: a) Carcinoma de células escamosas, b) Adenocarcinoma y c) Otros tipos de carcinomas” (Minsal, 2015). Los tumores presentados están relacionados con el virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncogénico, “donde se presentan las mismas características clínicas y los mismos factores de riesgo, pero los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos con frecuencia no son detectados en los análisis de rutina, por lo que suelen encontrarse en fases más avanzadas” (Holschneider et al., 2014).

El cáncer cervical se constituye como la neoplasia de mayor frecuencia en mujeres menores de 40 años, teniendo así, “que en mujeres jóvenes el cáncer cervical se presenta con características más agresivas (estadio avanzado al momento del diagnóstico, mayor tamaño tumoral, alta tasa de compromiso parametrial, metástasis a distancia)” (Ruiz et al., 2017)

En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical; la vigilancia epidemiológica de cáncer notificó un total de 14,115 casos de cáncer de cérvix a nivel nacional lo que representó el 14.6% de los cánceres notificados. El cáncer de cérvix fue

el más frecuente de los cánceres notificados, presentándose con mayor frecuencia en mujeres entre los 40 y 59 años de edad (52.6%). (...) “El cáncer cervical suele ser de evolución lenta: Las lesiones premalignas tempranas tardan de 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad” (Ministerio de Salud [MINSA], 2017).

La detección del Cáncer cervical se ve influenciada por las diferencias de la atención médica con los que cuentan los distintos países del mundo.

Los países en desarrollo no cuentan con la adecuada infraestructura y equipos para realizar pruebas de detección a mujeres (asintomáticas), y a su vez, los prejuicios culturales contribuyen en obstaculizar la detección precoz de esta enfermedad. En los países en desarrollo por lo general se detecta el cáncer cervical en etapas avanzadas donde se ven comprometidos la vesícula, el recto, los nervios pélvicos o el hueso. (Hernández-Hernández et al., 2015)

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical se tiene al inicio temprano de las relaciones sexuales (<18 años), múltiples parejas sexuales, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual (ITS), utilización de anticonceptivos orales combinados, embarazo adolescente, virus del papiloma humano (VPH), condiciones socioeconómicas de pobreza, analfabetismo y tabaquismo. (Ybaseta-Medina et al., 2014)

En una investigación realizada en el departamento de La Libertad, Perú, “sobre factores sociales y culturales asociados al tamizaje de cáncer de cérvix; en relación a las características sociodemográficas, el estado civil de la mayoría de mujeres fue conviviente (50.6%), el 15.4% estuvo casada” (Goicochea e Iglesias, 2017).

1.2. Descripción del Problema

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud y la Organización de las

Naciones Unidas (OPS y ONU, 2018). En la 162ª Sesión del Comité Ejecutivo Mundial en Washington –USA, se planteó el “Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030”.

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en: Belice, Bolivia, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela. Es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en: Brasil, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Jamaica, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago. (...). Cada año se diagnostica a unas 83.200 mujeres y 35.680 fallecen por esta enfermedad en la Región; una proporción significativa (52%) de ellas son menores de 60 años. El cáncer cervicouterino está causado por la infección persistente por tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual.

El cáncer cervicouterino se puede prevenir mediante la vacunación contra el VPH y también con el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

Es posible tratarlo eficazmente si se diagnostica en sus fases iniciales. Los programas de promoción de la salud y de salud sexual, así como los programas de prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), también contribuyen a prevenir el cáncer cervicouterino. La vacuna contra el VPH se ha introducido en los programas nacionales de vacunación desde el 2006. (Organización Panamericana de Salud y Organización de las Naciones Unidas [OPS y ONU], 2018)

Según ONU (2018) indica que: “Más de 500.000 mujeres desarrollan cada año cáncer de cuello uterino, una enfermedad que puede evitarse mediante la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y que puede curarse si se detecta y trata temprano”. La mitad de ellas fallecen a causa de dicha

enfermedad. Si no se amplían urgentemente “los esfuerzos en la prevención, realización de pruebas y tratamiento del cáncer de cuello uterino, se calcula que para 2035 podrían ser el doble (...) Nueve de cada diez mujeres que fallecen viven en países de rentas bajas y medias” (ONU, 2018).

El cáncer cervical representa un problema de salud pública a nivel mundial, “siendo el cuarto cáncer de mayor frecuencia en mujeres con 570 mil nuevos casos en el 2018 y con una tasa de mortalidad femenina por cáncer del 7.5%, donde el 85% de estas defunciones se produjeron en países menos desarrollados” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

“En el contexto de América Latina y Caribe, según cifras de la OPS se tiene que aproximadamente se registran 56 mil mujeres diagnosticadas con cáncer cervical al año y más de 28 mil mujeres pierden la vida” (OMS, 2019).

En el contexto nacional, según las cifras indicadas por el Minsa, “se diagnostican alrededor de 4 mil casos nuevos de cáncer cervical, siendo aproximadamente el 75% de los casos diagnosticados en fases o estadios avanzados”. “De los datos anteriormente expuestos, alrededor de 1800 mujeres fallecen por cáncer al año, lo que hace un promedio de 5 mujeres fallecidas por cáncer al día” (MINSA, 2019).

El Perú al ser un país en vías de desarrollo no cuenta con un adecuado programa de detección temprana del cáncer cervical, lo que, sumado a una falta de infraestructura, factores sociodemográficos y factores culturales de cada región del país, dificultan la realización del tamizaje para el diagnóstico temprano. “Es así, que los departamentos con mayor tasa de mortalidad por cáncer cervical son Madre de Dios (62.5%), Huánuco (29.8%), Amazonas (22.9%), Apurímac (22.5%), San Martín (28.5%), Loreto (29.4%), Ucayali (28.6%) y Madre de Dios (28.5%)” (MINSA, 2018).

1.3. Formulación del Problema

Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018?

Problemas específicos

- ¿En qué medida los factores de riesgo sociodemográficos se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018?
- ¿En qué medida los factores de riesgo reproductivos se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018?
- ¿En qué medida los factores de riesgo reproductivos e historia sexual se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018?

1.4 Antecedentes

1.4.1 Antecedentes Nacionales

En el ámbito Nacional, se han podido ubicar a través de Internet, revistas indexadas y textos científicos, así como centros de documentación, los siguientes estudios:

Garagondo (2020) realizó una investigación titulada “Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional ‘Miguel Ángel Mariscal Llerena’ de Ayacucho 2016 - 2017” – Lima. Tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino. La investigación utilizó una metodología de estudio tipo observacional, analítico y retrospectivo, diseño caso – control.

La muestra estuvo constituida por 120 casos con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y 120 controles sin diagnóstico de cáncer de cuello uterino. La investigación obtuvo como resultados que riesgo de cáncer de cuello uterino aumentó con el número de parejas sexuales mayor o igual a 3 (OR = 3.39), primera relación sexual antes de los 18 años (OR = 3.21), primer parto antes de los 18 años (OR = 3.44), multiparidad (OR = 3.22), parto vaginal (OR = 3.35), residencia en área rural (OR = 5.35), bajo grado de instrucción (OR = 3.00) y no tener antecedente de Papanicolaou (PAP) (OR = 5.16).

Gallegos et al. (2019) realizaron una investigación indicando que la displasia cervical es la lesión precursora del cáncer de cuello uterino, se observan alteraciones de las células cervicales sin llegar a adoptar características de malignidad. Tuvo como objetivo: Identificar los factores predisponentes para displasia cervical en las pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora durante el 2013 al 2017. Método: Estudio de diseño casos y controles, analítico y observacional. Se analizaron 216 historias clínicas de pacientes, dividiéndose en 72 casos y 144 controles. Resultados: En el análisis bivariado, resultaron significativos la menarquia temprana (OR=2,071; p=0.024), el inicio temprano de relaciones sexuales (OR=2,213; p=0.017), el tener múltiples parejas sexuales (OR=3,036; p=0.001) y la multiparidad (OR=2,316; p=0.005). En el análisis multivariado las variables independientes fueron el tener múltiples parejas sexuales (OR=2,626; p=0.003) y la multiparidad (OR=2,759; p=0.045) las cuales resultaron significativas. Conclusión: Se concluye que los factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical fueron tener múltiples parejas sexuales y la multiparidad.

Quispe et al. (2017) realizaron una investigación titulada: “Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015”. Tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en

pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia–Huaraz, 2014-2015. Investigación observacional, analítica, de Casos y Controles, tuvo una muestra de 183 mujeres con lesiones cervicales (casos) y 183 mujeres sin lesiones cervicales (controles). Utilizándose un instrumento validado por la institución, se procesó con uso del programa SPSS V20, se ejecutó la contrastación de la hipótesis mediante las pruebas estadísticas el χ^2 y Odds Ratio (OR). Los resultados obtenidos fueron: Edad, mayores de 35 años: 54.6% y (OR = 1,94), bajo grado de instrucción (OR = 1,84), estado civil de convivencia 58.50% y (OR = 1,67), procedencia rural 37.2% y (OR = 3,92), inicio de las relaciones sexuales < de 16 años, 24.6% y (OR = 29,51), más de 2 parejas sexuales 72.7% y (OR = 16,06), Papiloma Virus Humano (VPH) (OR = 2,51), multiparidad 74.9% y (OR = 17,21), utilización de métodos anticonceptivos hormonales (OR = 1.70) y antecedentes familiares (OR = 3,13). Conclusiones: Los factores de riesgo personal, sexual y reproductivo mostraron asociación significativa con las lesiones precancerosas del cuello uterino.

Goicochea e Iglesias (2017) en su investigación titulada: Factores sociales y culturales asociados al tamizaje de cáncer de cérvix. Tuvo como objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos, el grado de instrucción, el nivel de ingreso y la asistencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de 20 a 49 años, en el Centro de Salud Aranjuez, distrito de Trujillo, provincia de Trujillo, región La Libertad 2016. La investigación fue correlacional transversal, con una muestra de 156 mujeres a las que se les aplicó una encuesta con un cuestionario previamente validado. En relación a las características sociodemográficas, el mayor porcentaje tiene educación secundaria (47.4%) o superior (39.7%), el estado civil de la mayoría de mujeres fue conviviente (50.6%), el 15.4% estuvo casada; en su mayoría fueron independientes (44.2%) o empleadas (19.9%). Se encontró que no existe relación significativa entre el grado de instrucción, nivel de ingresos y la asistencia al tamizaje de cáncer de cérvix, pero sí

($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento de las mujeres participantes del estudio y la asistencia al tamizaje de cáncer de cérvix.

Aguilar (2015) realizó una investigación titulada: “Factores de Riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital Vitarte durante el año 2015”. Tuvo como Objetivo: Demostrar la asociación entre los factores de riesgo estudiados; edad, grado de instrucción, edad de inicio de vida de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y el cáncer de cérvix, en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Materiales y métodos: Se realizó estudio analítico, retrospectivo, observacional de corte transversal con enfoque cuantitativo en el cual se revisó historias clínicas del Hospital Vitarte. Resultados: La muestra tuvo 105 pacientes ($n=105$), el 84% tuvo el diagnóstico de carcinoma epidermoide y al 16% se le diagnosticó adenocarcinoma, también, la distribución en cuanto a su estadiaje se ubicó: 81% en estadio I, 18% en el estadio II, el 9% en el estadio III y el 3% en el estadio IV. Respecto a la edad con mayor frecuencia para el carcinoma escamoso, las edades de mayor prevalencia fueron comprendidas entre los 40 y 49 años, representando el 40% de la muestra total. El adenocarcinoma es más frecuente en el grupo etario comprendido entre los 60 y 69 años. Las pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron asociación estadística entre dicho factor y el cáncer cervicouterino (CCU) ($p=0.01$; $p < 0.05$) y grado de instrucción ($p=0.08$; $p > 0.05$) no se halló asociación estadística con el cáncer cervicouterino. Conclusiones: Se confirmó asociación estadística entre los factores de riesgo: inicio temprano de relaciones sexuales y poliandria con respecto al cáncer cervicouterino. Es necesario dar a conocer a la población la importancia del cribado para el diagnóstico temprano de las lesiones premalignas y prevenir el CCU.

1.4.2 Antecedentes Internacionales

En el ámbito Internacional, se ha logrado detectar las siguientes referencias:

Pérez et al. (2019) en su artículo científico titulado “Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba” – Cuba. Tuvo como objetivo: Caracterizar los principales factores asociados al cáncer de cuello uterino en un área de salud. La investigación utilizó una metodología descriptiva. La muestra estuvo constituida por 33 pacientes a los que se les realizó la pesquisa con citología vaginal. La investigación obtuvo como resultados que el diagnóstico más frecuente fue la displasia leve (54.5%) y moderada (36.3), en mujeres cuya edad estuvo principalmente entre los 40 y los 44 años y los 25 a 29 años. Entre las características principales que definen el riesgo de cáncer de cuello uterino se encuentran el inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años (78.8%), las relaciones sexuales con ≥ 5 parejas (57.5%) y la multiparidad (42.4%) entre 2 y 3 hijos.

Rozario y Da Silva (2019) en su estudio titulado Caracterización de mujeres con cáncer de cuello uterino atendidas en Inca por tipo histológico. Tuvo como objetivo: Determinar la distribución de hábitos sociodemográficos, reproductivos, clínicos y de estilo de vida en la cohorte de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, atendidas en Inca entre 2012 y 2014, según el tipo histológico. Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte hospitalaria de 1.004 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. Los datos se obtuvieron del registro de cáncer del hospital Inca, registros físicos y electrónicos. Resultados: El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide (83,9%). Aproximadamente el 70% de las mujeres mayores de 40 años. El estudio incluye mujeres no blancas (67,4%), con menos de 8 años de educación (51,9%), con inicio de actividad sexual hasta los 16 años (40,7%), que estaban

embarazadas antes (95,5%), con más de un embarazo (82,9%) y más de dos hijos (52,7%); El 45,8% de las mujeres eran fumadoras o exfumadoras. El adenocarcinoma de cuello uterino se asoció positivamente con una estadificación más temprana (IA-IIA) (OR = 1,79; IC 95% 1,03- 3,13), así como mujeres con ≥ 12 años de educación (OR = 6,30; IC 95% 1,97- 20,13), que no tenían hijos (OR = 3,81; IC del 95%: 1,20 - 12,08) o que tenían hasta dos hijos (OR = 1,74; IC del 95%: 1,05 - 2,87). Conclusiones: Se destaca la diferencia entre los tipos histológicos, lo que sugiere que las mujeres con adenocarcinoma de cuello uterino pueden representar una entidad clínica distinta de neoplasia cervical, que puede requerir enfoques diferentes de los utilizados en el carcinoma de células escamosas.

Montero et al. (2018). Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino, Cuba; se realizó un estudio descriptivo y transversal de 125 pacientes, atendidas en la Consulta de Patología de Cuello, perteneciente al área de salud del Policlínico Universitario "Municipal" de Santiago de Cuba, durante el 2016, con vistas a describir los principales factores que propiciaron la aparición del cáncer cervicouterino. En la serie predominaron la neoplasia intracervical de grado I, la cervicitis crónica y las mujeres que comenzaron sus relaciones sexuales a los 15-19 años de edad (68,8%). Resultó significativa la presencia de leucorrea, sangrado poscoital y el virus del papiloma humano como antecedente de infección de transmisión sexual. Se destacó el papel negativo del cambio frecuente de pareja. Quedó demostrada la necesidad de que los profesionales de la salud consoliden sus conocimientos teóricos y prácticos sobre el cáncer cervicouterino, con énfasis en la educación sexual y reproductiva de las féminas, a través de la promoción y prevención de salud en la atención primaria. Los resultados de esta serie muestran que la aparición del cáncer cervicouterino tiene una estrecha relación con el inicio temprano de las relaciones sexuales. Resulta importante

señalar que un gran número de féminas iniciaron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años, lo cual constituye un factor muy importante a tener en cuenta por el equipo básico de salud para ejercer acciones de promoción y prevención con las adolescentes, en aras de incrementar la labor educativa para su actual y posterior conducta sexual. El inicio del primer coito en edades tempranas, antes de los 20 años de edad, y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años, es abordado mundialmente desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general acerca de que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales. Los resultados obtenidos al respecto coincidieron con los de un estudio sobre el tema, donde se encontró una mayor incidencia de esta afección en mujeres que habían tenido sus primeras relaciones sexuales a temprana edad. Por otra parte, existió un predominio de aquellas mujeres que tuvieron de 2 a 4 parejas sexuales, seguidas del grupo con 5 y más. 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.

Sharma (2017) “Un estudio sobre los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en pacientes que asisten a un hospital de atención terciaria: un estudio de casos y controles”. Antecedentes: El cáncer es un problema de salud importante. Según el informe de la OMS, a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino comprende el 12% de todos los cánceres en las mujeres y es la principal neoplasia maligna ginecológica del mundo. En muchos países en desarrollo, es el cáncer más común entre las mujeres, donde el 85% de los 493 000 casos nuevos estimados y 273 000 muertes en 2002 ocurrieron en todo el mundo. Tuvo como Objetivos: - Estudiar la asociación entre el cáncer de cuello uterino y la paridad. - Estudiar la asociación entre el cáncer de cuello uterino y otras variables de exposición seleccionadas. Configuración y Diseño: se realizó un estudio de

casos y controles en un hospital en el Centro de Investigación y Hospital de Cáncer Shirdi Sai Baba, Manipal, distrito de Udupi. Métodos y material: Se incluyeron un total de 273 participantes (91 casos y 182 controles). La información sobre demografía, hábitos, historia reproductiva, historia sexual e historia menstrual se tomó mediante un cuestionario semiestructurado. Análisis estadístico utilizado: Los datos se analizaron con SPSS versión 15. Se utilizó regresión logística univariante y multivariante para averiguar la asociación entre las variables de resultado y exposición. Los resultados se expresan en razón de posibilidades. Resultados: El estado civil (casado) es un factor de riesgo importante para el cáncer de cuello uterino, OR = 2,98 (1,23- 7,20). Las personas con antecedentes de consumo de alcohol tenían 4,55 (1,17-17,73) veces de riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino en comparación con las que no consumían alcohol. Se encontró que la edad de la menarquia de 13 a 14 años es un factor de riesgo significativo de cáncer de cuello uterino con una OR de 2,91 (1,18 a 7,20). La edad al 1er coito de <18 años tuvo una razón de probabilidades de 5,44 (2,73-6,38) y se asoció significativamente. Al menos un aborto es un factor de riesgo importante con probabilidades de 2.61 (1.70-18.96). Además, la razón de posibilidades ajustada para la paridad de 3-5 fue de 3,16 (1,12-8,91) y 5,57 (1,70-18,96) para las mujeres que tenían una paridad >= 6 en comparación con las mujeres que tenían una paridad de menos de 3 y fue estadísticamente significativa. Conclusiones: El estudio mostró que el estado civil, antecedentes de consumo de alcohol, <18 años de edad al primer coito, edad de la menarquia y paridad de >= 3 como factores de riesgo de cáncer de cuello uterino. Caracterización de mujeres con cáncer de cuello uterino atendidas en Inca por tipo histológico.

Dahiya et al. (2017) en su investigación titulada: Perfil sociodemográfico, reproductivo y clínico de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino avanzado

en un instituto de atención terciaria de Delhi. Indican lo siguiente: El cáncer de cuello uterino es uno de los principales tipos de cáncer entre las mujeres indias, con un estimado de 123.000 casos nuevos y 67.477 muertes en 2012. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad de múltiples etiologías. Se han sugerido como determinantes factores como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de tabaco, los factores sexuales y reproductivos, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y el uso prolongado de anticonceptivos orales. La evaluación del perfil sociodemográfico y la historia reproductiva ofrece una mejor imagen de los determinantes del carcinoma de cuello uterino en entornos de bajos recursos. Este estudio transversal de base hospitalaria se llevó a cabo en un instituto de atención terciaria de salud en Nueva Delhi, India. Se incluyeron 67 mujeres recién diagnosticadas con cáncer de cuello uterino avanzado (estadio 2B-4B), que estaban recibiendo radioterapia y /o quimioterapia, para evaluar su perfil sociodemográfico, reproductivo y clínico. La edad media de las mujeres en el momento de la detección del cáncer de cuello uterino era de 52,28 +/- 11,29 años (rango 30-75 años). Más del 60% de los pacientes eran analfabetos y pertenecían a un nivel socioeconómico medio. Treinta y nueve por ciento de los sujetos del estudio tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años. Casi el 54% de las mujeres tuvo 5 o más embarazos. Casi el 73% de las mujeres tuvieron todos los partos en casa. La mayoría (69%) de las mujeres presentaba síntomas que sugerían una infección del tracto reproductivo. Entre ellos, la secreción inusual de la vagina (73,13%) seguida de sangrado después de la menopausia (55,10%) y dolor en el abdomen (44,77%) fueron las quejas de presentación más frecuentes. La palidez estuvo presente en casi dos tercios (63,93%) de los sujetos del estudio. Más de la mitad (56,72%) de los sujetos del estudio tenían anemia moderada y el 7,46% tenía anemia grave antes del tratamiento. El nivel medio de hemoglobina de los sujetos del estudio fue 10,35 +/- 1,72 g% antes del tratamiento y

9,69 +/- 1,29 g% después del tratamiento. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Alrededor del 97% de los sujetos del estudio tenían carcinoma de células escamosas del cuello uterino. La mayoría (53,73%) de los sujetos del estudio estaban en la etapa 3B de cáncer de cuello uterino. La combinación de radioterapia y quimioterapia fue la modalidad de tratamiento más común (77,67%). En la mayoría de las mujeres con cáncer de cérvix avanzado se observaron analfabetismo, bajo nivel socioeconómico, debut sexual precoz, alta fertilidad, parto a domicilio, infecciones del tracto reproductivo, uso de ropa insalubre durante la menstruación y anemia. La presencia de estos factores indica un posible riesgo de cáncer de cuello uterino y debe tenerse en cuenta cuando las mujeres buscan servicios de salud. Para obtener mejores resultados, es necesario garantizar el diagnóstico temprano mediante exámenes de detección oportunistas o de alto riesgo y el tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino.

Cabrera, et al. (2016) en su artículo titulado: “Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita” – Cuba. Tuvo como objetivo: Identificar los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino en féminas. La investigación utilizó una metodología de estudio analítico del tipo de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 180 mujeres mayores de 25 años, de las cuales 50 tenían diagnóstico de la enfermedad. La investigación obtuvo como resultados que los antecedentes patológicos familiares de cáncer, el hábito de fumar, la menarquía precoz, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años son factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

1.5 Justificación de la investigación

Esta investigación titulada: “Factores de riesgo asociados al cáncer cervical del Hospital Hipólito Unanue”, es importante para la salud pública y las autoridades,

organizaciones e instituciones públicas y privadas, al proporcionar información actualizada sobre la asociación entre el Cáncer de Cuello Uterino y los factores de Riesgo en el Hospital Hipólito Unanue.

Asimismo, es una base científica para sustentar la toma de decisiones políticas, así como de prevención y control de las mismas en la zona de influencia y con repercusión Nacional.

Sirve como referencia para replicar el estudio en otras ubicaciones geográficas a nivel nacional e internacional.

Justificación teórica: El Cáncer Cérvico Uterino es uno de los principales problemas de salud pública asociado a los factores de riesgo reproductivo. Se investigó aspectos teóricos referentes a los factores de riesgo relacionados al cáncer cervical con la finalidad de comprobar si estos se replican en la realidad nacional o tienen variaciones dadas las distintas características sociodemográficas del país y del Distrito El Agustino. Además, la investigación realiza un aporte teórico a futuras investigaciones ya que se ha realizado un proceso de sistematización y análisis de las fuentes bibliográficas de fuentes directas e indirectas.

Justificación práctica: Al investigar el Cáncer Cérvico Uterino en forma oportuna y precoz en los diferentes niveles de atención de la salud, se determinan las características, factores asociados al riesgo de CACU y evalúan la mejor aplicación de medidas de control y prevención.

Este estudio es importante porque plantea la mejora de las acciones de prevención y diseño de nuevas estrategias acordes con el entorno sociodemográfico que deben ser implementadas en los Programas de detección de cáncer cervical a nivel nacional para lograr una apropiada calidad de vida de las mujeres y la disminución de la tasa de mortalidad.

Justificación social: Se identificó a las mujeres de alto riesgo de CACU lo cual nos permitió proponer programas sociales-poblacionales de detección oportuna del cáncer.

1.6 Limitaciones de la Investigación

La presente investigación tuvo las siguientes limitantes:

- Las restricciones en accesibilidad y transporte general por el estado de emergencia nacional vigente durante la investigación.
- El tiempo invertido para realizar las coordinaciones administrativas fueron limitadas por la reducida disponibilidad de los trabajadores del hospital, la cual se agudizó a partir de marzo 2020.

1.7 Objetivos

Objetivo General

Determinar si los factores de riesgo se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.

Objetivos específicos

- Determinar si los factores de riesgo sociodemográficos se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.
- Determinar si los factores de riesgo reproductivo se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.
- Determinar si los factores de riesgo reproductivos e historia sexual se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.

1.8 Hipótesis

Hipótesis general

Existen factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.

Hipótesis específicas

- Existen factores de riesgo sociodemográficos que se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.
- Existen factores de riesgo reproductivo que se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.
- Existen factores de riesgo reproductivos e historia sexual que se asocian al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1 *Sobre términos y conceptos utilizados en el cáncer cérvico-uterino(CACU)*

A. El cáncer cérvico-uterino (CACU):

La American Cancer Society define que el cáncer cervical se origina en el cuello uterino:

El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama cérvix uterino. El cuerpo del útero (parte superior) es el lugar donde se desarrolla el feto. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). El punto en el que estos dos tipos de células se encuentran se llama zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en la zona de transformación. (American Cancer Society, 2013)

La Organización Mundial de la Salud OMS (2018) define que: “Cáncer Cervical o Cáncer de Cuello Uterino, es también conocido como CCU o CACU es la enfermedad más frecuente entre las relacionadas con los PVH. Casi todos los casos de CCU pueden atribuirse a una infección por PVH”.

“Los papilomavirus humanos (PVH) son la causa de la infección vírica más común del tracto reproductivo. La mayoría de las mujeres y los hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento de su vida” (OMS, 2018). “Los PVH se transmiten por vía sexual, si bien no es necesario que haya una relación sexual con

penetración para que se produzca la transmisión” (OMS, 2018)

El contacto directo con la piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido. Hay muchos tipos de PVH y una gran mayoría de ellos no causa problemas. Por lo general, las infecciones por PVH suelen desaparecer sin ninguna intervención, unos meses después de haberse contraído, y alrededor del 90% remite al cabo de dos años. Un pequeño porcentaje de las infecciones provocadas por determinados tipos de PVH puede persistir y convertirse en cáncer. (OMS, 2018). “El cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas” (OMS, 2019)

B. Sobre las características clínicas del cáncer cérvico-uterino (CACU)

- El objetivo de las pruebas para detectar el cáncer de cuello uterino consiste en encontrar los cambios de las células del cuello y los cánceres cervicales temprano, antes de que empiecen a causar síntomas:

Las pruebas de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad, como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma. La detección temprana significa la aplicación de una estrategia que resulte en un diagnóstico más temprano de cáncer de cuello uterino. Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para detectar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz. (American Cancer Society, 2013)

- Además, las pruebas de detección pueden en realidad prevenir la mayoría de los cánceres cervicales mediante la detección de los cambios anormales de las células del cuello uterino (precánceres) para que puedan ser tratados antes de que éstos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical. (American Cancer Society, 2013)

Según el Ministerio de Salud; el cáncer de cuello de útero avanza silente, sin síntomas. Para cuando hay síntomas la enfermedad esta usualmente muy avanzada. Por ello, es que es necesario hacer el tamizaje o despistaje para encontrar la infección o las lesiones tempranas.

➤ Los Signos y síntomas son:

- a. Infección por el VPH- Esta es totalmente asintomática, pero puede producir lesiones de bajo grado, que luego la mayoría regresionan.
- b. Lesiones premalignas y cáncer en estadio temprano- Las lesiones premalignas no producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología.
- c. Cáncer de cuello uterino en estadio avanzado- Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado incluyen:
 - Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables.
 - Sangrado cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo, durante el coito o el uso de diafragma.
 - Dolor durante el coito, alternativas de tratamiento. (MINSA, 2017)

Diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino- Criterios de diagnóstico. La toma de la muestra para citología del cuello del útero tiene por objeto obtener células de la zona de transformación, que es donde asientan la mayoría de las lesiones premalignas. (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia [AEPCC], 2018)

Biopsia- El diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) o

colposcopia. La estrategia “tamizar o ver y tratar” recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica. (MINSA, 2017)

La detección de una prueba de cribado cervical anormal implica, la mayoría de veces, realizar una colposcopia y una biopsia dirigida.

La colposcopia informa del patrón arquitectónico del epitelio y clasifica cada imagen anormal según presente alteraciones (cambios grado 1, grado 2 o cambios sugestivos de carcinoma) de acuerdo con las características definidas en la clasificación de la International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. (AEPCC, 2018)

Examen físico- Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino:

La visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. Cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical. Las únicas lesiones visibles que no requieren biopsia son los quistes de Naboth, y sólo cuando este diagnóstico se confirma por un examinador experimentado. (MINSA, 2017)

El cáncer usualmente se origina en la zona de transformación: “(la unión del epitelio escamoso del ectocérnix y el epitelio glandular endocervical). La lesión puede manifestarse como una ulceración superficial, un tumor exofítico en la exocérnix o una infiltración en el endocérnix”. (MINSA, 2017)

Diagnóstico diferencial- El diagnóstico diferencial de cáncer cervical incluye otras condiciones que dan lugar a lo siguiente:

Sangrado vaginal irregular o fuerte, flujo vaginal, o una lesión cervical visible. El sangrado del tracto genital y flujo vaginal pueden ser causados por una variedad de condiciones. El sangrado post-coital, que es la presentación más específica de cáncer de cuello uterino, también puede resultar de cervicitis. Las lesiones de tipo tumoral benignos que pueden confundirse con el cáncer de cuello uterino incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes meso néfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis. (MINSA, 2017)

C. Sobre las características microbiológicas:

- El screening o detección precoz de lesiones ha demostrado reducir la mortalidad del cáncer de cuello uterino siendo el examen citológico cervical (Papanicolaou) el método de elección de screening utilizado en la actualidad.

La efectividad de la citología cérvico-uterina como prueba de tamizaje para el cáncer de cuello uterino ha sido demostrada en diferentes países donde se ha observado importante reducción de la mortalidad; sin embargo, en muchos países en vías de desarrollo que han implementado programas de detección temprana basados en la citología, la reducción no ha sido la esperada, proponiéndose nuevos enfoques sobre el screening de esta neoplasia.

La tasa estimada de cobertura del PAP varía de 7 a 42.9% en Perú o ciertas ciudades peruanas, los datos a nivel nacional son escasos. (Gutiérrez et al., 2013). “Para que se inicien las alteraciones patológicas del epitelio del cuello uterino no se requieren largo tiempo de actividad sexual”. (Koss, 1987)

- “Los cánceres cervicales comienzan en las células de la superficie del cuello uterino. Existen dos tipos de células en dicha superficie: escamosas y

columnares. La mayoría de los cánceres de cuello uterino provienen de las células escamosas” (Instituto Nacional de la Salud [NIH USA], 2013)

➤ **Pruebas y exámenes**

El examen pélvico generalmente es normal.

La displasia cervical que se observa en una citología vaginal se denomina lesión escamosa intraepitelial (LEI). Estos cambios pueden ser:

- De bajo grado (LEIBG)
- De alto grado (LEIAG)
- Posiblemente cancerosos (malignos)
- Células glandulares atípicas (CGA)

Si una citología vaginal muestra células anormales o displasia cervical, se necesitarán pruebas adicionales: (NIH USA, 2013)

- Se pueden recomendar citologías si la afección es leve.
- Una biopsia dirigida por colposcopia puede confirmar la afección.
- Se puede hacer una conización quirúrgica después de la colposcopia.

La displasia que se observa en una biopsia del cuello uterino se denomina neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y se agrupa en tres categorías:

- NIC I: displasia leve
- NIC II: displasia moderada a acentuada
- NIC III: displasia severa a carcinoma in situ

Se sabe que algunas cepas del virus del papiloma humano (VPH) causan cáncer del cuello uterino.

Con un examen de ADN para el VPH, se pueden identificar los tipos de

VPH de alto riesgo ligados a dicho cáncer. Esto se puede hacer: Como una prueba de detección para mujeres de más de 30 años. Para mujeres de cualquier edad que tengan un resultado ligeramente anormal en su citología vaginal. (NIH USA, 2013)

➤ **Exámenes auxiliares**

Citología cervical o Papanicolaou (PAP)- Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, de la siguiente manera:

Se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación. (MINSA, 2017)

- **Inspección visual con Ácido Acético (IVAA)-** Consiste en la observación del cérvix un minuto después de la aplicación de ácido acético 3 -5% con un hisopo de algodón. Se consideró “IVA positiva” la visualización de manchas blancas densas y definidas en o cerca de la unión escamo-columnar en la zona de transformación o cerca del orificio cervical externo cuando ésta no se visualizaba. (Solana et al., 2015)

La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas. Las ventajas del IVAA son los siguientes: su sencillez, se puede enseñar a obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud; menor costo que otros enfoques en el

uso rutinario, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retorno para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia. Existen estudios en el Perú sobre el potencial beneficio del IVAA, especialmente cuando se usa la estrategia “VER Y TRATAR”, usando crioterapia. La inspección visual debe ser realizada por personal de la salud entrenado. (MINSA, 2017)

Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH)- El desarrollo e innovación de nuevas tecnologías ha permitido mejorar la detección de la infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo. Captura de híbridos II es un ensayo que se basa en hibridación y quimioluminiscencia. Cobas VPH Test es una PCR cualitativa y Aptima VPH Assay permite detectar la expresión de ARN mensajero de las oncoproteínas E6/E7 del VPH de alto riesgo. Estas técnicas presentan ventajas, en comparación, con la citología convencional que se utiliza como prueba de rutina para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. (Linerós-Hurtado, 2020)

Existen también hoy pruebas moleculares del VPH que son menos costosas, requieren menos equipo y podrían ser manejadas por personal con un entrenamiento mínimo. Además, el uso de muestras auto colectadas (auto toma por la misma paciente) para la prueba del VPH podría mejorar significativa mente la cobertura y ha demostrado ser muy bien aceptada por las mujeres. (MINSA,2017)

Colposcopia- Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y premalignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. (MINSA, 2017)

La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso. La sensibilidad de la colposcopia tampoco es óptima ya que el diagnóstico colposcópico detecta 70 -80% de las lesiones de alto grado. El objetivo principal de la colposcopia es identificar lesiones precancerosas y cancerosas de modo que puedan ser tratadas temprano. La colposcopia puede ser realizada por personal de la salud entrenado para ello. También se recomienda la estrategia de “Ver y tratar”, usando crioterapia siempre que sea posible. (MINSA, 2017)

D. Sobre las características demográficas; una investigación en Chile sobre aspectos y características demográficas, se establecieron los siguientes puntos resaltantes:

Objetivo: modelar estadísticamente los niveles de riesgo al absentismo preventivo de Papanicolaou que presentan las mujeres chilenas según variables sociodemográficas. (...) Los resultados de esta investigación problematizan las características de la mujer contemporánea y sus comportamientos, además de plantear la necesidad de considerar la intervención socioeducativa como requisito para generar actitudes favorables hacia la prevención; factores que debiera considerar la política social de prevención del cáncer en general y de cérvix en particular. (Rodríguez y Padilla, 2018)

- En Brasil, se realizó una investigación sobre el cáncer de cuello de útero, lo cual constituye en todo el mundo, un serio problema de salud pública y puede afectar especialmente a mujeres de nivel socioeconómico bajo y en el grupo de edad reproductiva (...):

Como resultado se muestra que el grupo de edad predominante fue entre 40 y

57 años. La mayoría inició actividad sexual entre 15 y 18 años, tuvo hasta cinco parejas sexuales y nunca usó preservativo. Prevalían las casadas, blancas, enseñanza básica, católicas, renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y vivienda propia. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la colecta citopatológica ocurrió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad. (Conde et al.,2020)

-En el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es “ el cáncer de cuello uterino (24.90%); el cual se diagnostica, en su mayoría en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza” (Gutiérrez y Alarcón 2008).

E. Tratamiento del cáncer cérvico-uterino (CACU)

- El tratamiento depende del grado de la displasia. La displasia leve (LEIBG o NIC I) puede desaparecer en forma espontánea.

Lo único que se necesita es una observación cuidadosa con citologías vaginales repetitivas por parte del médico cada 3 a 6 meses.

Si los cambios no desaparecen o empeoran, es necesario el tratamiento.

El tratamiento para la displasia de moderada a grave o la displasia leve que no desaparece puede abarcar:

Criocirugía para congelar las células anormales.

Terapia con láser, la cual usa luz para quemar el tejido anormal.

Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés), el cual utiliza electricidad para eliminar tejido anormal.

Cirugía para extirpar el tejido anormal (conización quirúrgica).

En raras ocasiones, se puede necesitar una histerectomía. (NIH USA, 2013)

Según lo informado por GTT-VIH, del Servicio Nacional de Salud Británico [NHS]. El cáncer cervical se trata como cualquier otra forma de cáncer. Se usa la cirugía y/o radioterapia para extirpar y destruir la zona anómala. “ En algunos casos, se emplea quimioterapia, aunque su eficacia es limitada en mujeres con VIH. La radioterapia puede usarse como único tratamiento en estadios iniciales del cáncer, pero normalmente se usa como terapia complementaria a la cirugía” (GTT-VIH, 2020).

Con respecto a las vacunas del VPH para las lesiones intraepiteliales cervicales y el cáncer cervical, actualmente disponemos de dos vacunas que protegen de los subtipos de mayor riesgo del VPH; “(Gardasil, subtipos 6, 11, 16 y 18; Cervarix subtipos 16 y 18). Ambas vacunas tienen una eficacia al 95% frente a la infección primaria de los subtipos de alto riesgo, que suponen aproximadamente el 70% de los cánceres cervicales”. (GTT-VIH, 2020)

Las directrices recomiendan la vacunación rutinaria del VPH a niñas de 11 y 12 años de edad, aunque niñas de 9 años de edad también podrían vacunarse.

La vacuna también está recomendada para las jóvenes de edades comprendidas entre los 13 y 18 años con el fin recuperar dosis perdidas o completar la serie de vacunación. La vacuna del VPH no se recomienda actualmente a mujeres mayores de 26 años. (GTT-VIH, 2020)

2.1.2 Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino (CACU)

La American Cancer Society define: Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición de la piel a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. El hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer. Pero tener uno o incluso varios factores de

riesgo no significa que usted padecerá la enfermedad. (American Cancer Society, 2013)

Varios factores de riesgo aumentan sus probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad:

Aunque estos factores aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres con estos factores de riesgo no padecen esta enfermedad. Cuando una mujer desarrolla cáncer de cuello uterino o cambios precancerosos del cuello uterino, no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa. (American Cancer Society, 2013)

Los factores o características relacionados con la realización del PAP son: Conocimiento sobre el PAP, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, vivir en áreas urbanas, número de embarazos, uso de anticonceptivos, actitud frente al PAP, tener actividad sexual, vivir en la costa, visitar periódicamente a un médicoo ginecólogo, nivel socioeconómico, inicio temprano de relaciones sexuales, nivel de conocimiento sobre PAP, edad, nivel educativo, tener algún seguro de salud, índice de masa corporal (IMC) normal, no fumadoras, tener tamizaje previo para VIH, ser profesionalmente activa, mayores ingresos mensuales, estado civil (casada) e historia de infección cervical. (Gutiérrez et al., 2013)

En una investigación titulada; Prevención y control del cáncer de cuello uterino, en Cuba indican: Los factores de riesgo para la adquisición de la infección por HPV son históricamente asociados a:

- Inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana
- Elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes
- Un elevado número de parejas sexuales del marido o de la pareja masculina.

Aunque los factores de riesgo para la persistencia y progresión a cáncer no se han determinado con precisión, se identifican evidencias de algunos potenciales cofactores

y se pueden agruparse en tres categorías:

- Cofactores ambientales o exógenos: incluyendo consumo de tabaco, uso a largo plazo de anticonceptivos orales, alta paridad y co- infección con otras enfermedades de transmisión sexual.
- Cofactores virales: tales como infección por tipos específicos del HPV, coinfección con otros tipos del HPV, variantes del HPV, carga viral e integración viral.
- Cofactores del huésped: incluyendo hormonas endógenas, factores genéticos y otros factores relacionados con la respuesta inmunológica, embarazo a término en edades tempranas. Las mujeres con dietas bajas en frutas y verduras pueden tener un riesgo mayor de CCU. (Marañón et al., 2017)

Si ocurre la persistencia viral y en lugar de la eliminación de la infección y la progresión clonal del epitelio, con infección persistente, da lugar a la aparición de las lesiones precancerosas e invasión. “La displasia intraepitelial premaligna, lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado o neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de grados I-III, son generalmente asintomáticas, aunque en ocasiones pueden presentarse síntomas locales, pero no es frecuente”. (Marañón et al., 2017)

La mayoría de las NIC I se asocia a infección por el HPV y tienen una alta tasa de regresión espontánea. Las mujeres con un diagnóstico persistente de NIC I pueden progresar a NIC II- III con una frecuencia del 15% en los dos años siguientes. Las NIC II son heterogéneas. En algunos casos se produce como consecuencia de infecciones por HPV no carcinógenos, y se produce una regresión espontánea potencial que es medida en el 40% de los casos en los dos años siguientes. (Marañón et al., 2017)

Las NIC II son lesiones precancerosas equívocas, pero en algunas regiones son tratadas por razones de seguridad ante el riesgo de desarrollo de cáncer cervical.

El indicio más fiable del cáncer cervical invasivo es el carcinoma in situ que abarca el espesor completo del epitelio/NIC III; sin embargo, muchas lesiones NIC III detectadas mediante cribado son muy pequeñas y plantean dudas sobre el riesgo de invasión. Aun así, las NIC III comparten los mismos tipos de HPV y de co- factores de riesgo que el cáncer cervical. El NIC III es el auténtico precursor de las lesiones precancerosas, y si no se trata, progresa a cáncer cervical en una proporción de alrededor del 30% en los siguientes 20 años. (Marañón et al., 2017)

El CDC Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, en su página oficial publica un artículo denominado: ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino? donde indica que: “Casi todos los cánceres de cuello uterino son causados por el virus del papiloma humano (VPH), un virus común que se puede transmitir de persona a persona durante las relaciones sexuales” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2017).

Hay muchos tipos de VPH. Algunos tipos de VPH pueden ocasionar cambios en el cuello uterino de la mujer que con el paso del tiempo pueden convertirse en cáncer, mientras que otros pueden causar verrugas genitales o de la piel. El VPH es tan común que la mayoría de las personas lo contraen en algún momento de su vida y por lo general no causa síntomas, por lo cual usted no sabrá si lo tiene. En la mayoría de las mujeres, el VPH desaparece por sí solo; si esto no ocurre, es posible que con el tiempo cause cáncer de cuello uterino. (CDC, 2017)

Otros factores pueden aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino:

- Fumar.
- Tener el VIH, el virus que causa el sida u otra afección que debilite el sistema

inmunitario (es decir, que limite la capacidad del cuerpo para combatir enfermedades y problemas de salud).

- Tomar pastillas anticonceptivas durante mucho tiempo (cinco años o más).
- Haber dado a luz a tres bebés o más.
- Tener varias parejas sexuales. (CDC, 2017)

Geosalud, publica en su página oficial el siguiente artículo: ¿Cuáles son los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino?, donde indica que: (...) “Solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por virus de papiloma humano (VPH) evolucionan de neoplasia intraepitelial cervical I (NIC I) a NIC II, NIC III y cáncer cervicouterino” (Geosalud, 2017). Se han encontrado algunos factores de riesgo asociados al VPH que son determinantes para que evolucione a un cáncer y los más importantes son: “conducta sexual, consumo de tabaco, mujeres con alto número de embarazos, sistema inmunológico deprimido, uso prolongado de anticonceptivos, malnutrición” (Geosalud, 2017); describiéndolos a continuación:

1. **Conducta Sexual.** - Se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o bulbar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69 -83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales. La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que transmite después a su pareja. En población de prostitutas la frecuencia de infección por virus de alto riesgo VPH-16, 18, 31 y 58 es hasta 14 veces más frecuente que en la población general.

2. **Fumar.** - Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer

de cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco.

3. **Alto Número de Embarazos.** Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.

4. **Sistema Inmunológico Deprimido,** Factores genéticos o enfermedades como el SIDA, medicamentos, consumo de drogas, etc. que provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predispone al desarrollo de cáncer anogenitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano.

5. **Uso Prolongado de Anticonceptivos.** -El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

6. **Factores Nutricionales.** -Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones de NIC I a NIC II, III y cáncer cervicouterino. (Geosalud,2017)

Cancer Net indica: Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer.

Si bien los factores de riesgo con frecuencia influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa. Algunas personas con varios factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que otras personas sin

factores de riesgo conocidos sí lo hacen. Conocer los factores de riesgo y hablar con el médico al respecto puede ser de ayuda para tomar decisiones más informadas sobre las opciones de estilo de vida y atención médica. Los siguientes factores pueden elevar el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de cuello uterino. (Cáncer Net, 2017)

- **Infección por el virus del papiloma humano (Human papillomavirus, HPV).** El factor de riesgo más importante del cáncer de cuello uterino es la infección por HPV. “Las investigaciones indican que la infección por este virus es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Mantener actividades sexuales con una persona que tiene el HPV es la forma más frecuente de contraer el HPV” (Cáncer Net, 2017). “Existen más de 100 tipos diferentes de HPV, y no todos están vinculados al cáncer. Los tipos de HPV que con mayor frecuencia están asociados con el cáncer de cuello uterino son el HPV16 y el HPV18” (Cáncer Net, 2017).
- **Deficiencia del sistema inmunitario.** Las mujeres con un sistema inmunitario disminuido tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. “Un sistema inmunitario disminuido puede deberse a la inmunodepresión producida por medicamentos corticosteroides, trasplantes de órganos, tratamientos para otros tipos de cáncer o por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH; en inglés)”, (Cáncer Net, 2017)
- **Herpes.** Las mujeres que tienen herpes genital presentan un riesgo mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino.
- **Tabaquismo.** Las mujeres que fuman tienen dos veces más riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino que las mujeres que no fuman.
- **Edad.** Las niñas menores de 15 años de edad rara vez desarrollan cáncer de cuello uterino. El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y mediados

delos 30 años de edad. Las mujeres mayores de 40 años de edad siguen en riesgo y deben continuar sometiéndose con regularidad a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, que incluyen pruebas de Papanicolaou y de HPV.

- **Factores socioeconómicos.** El cáncer de cuello uterino es más frecuente en grupos de mujeres que tienen menos probabilidades de tener acceso a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. Dichas poblaciones incluyen más probablemente mujeres negras, hispanas e indígenas (Cáncer Net, 2017).
- **Anticonceptivos orales.** Algunos estudios de investigación sugieren que los anticonceptivos orales, que son las píldoras anticonceptivas, pueden estar asociados a un aumento en el riesgo del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, una mayor investigación es necesaria para entender cómo se vincula el uso de anticonceptivos orales con el desarrollo de cáncer de cuello uterino. (Cáncer Net, 2017)
- **Exposición a dietilestilbestrol (DES).** Las mujeres cuyas madres recibieron este fármaco durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo tienen un mayor riesgo de padecer un raro tipo de cáncer de cuello uterino o de vagina. DES era administrado por estos motivos desde 1940 hasta 1970 aproximadamente. Es recomendable que las mujeres expuestas al DES se realicen un examen pélvico anual que incluya una prueba de Papanicolaou en los 4 cuadrantes, en la que se toman muestras de células de todos los lados de la vagina para detectar la presencia de células anormales.

Las investigaciones continúan estudiando qué factores provocan este tipo de cáncer y qué pueden hacer las mujeres para reducir su riesgo personal. No existe una forma comprobada de prevenir por completo esta enfermedad, pero se pueden tomar medidas para reducir su riesgo de cáncer. (Cáncer Net, 2017)

2.2 Marco filosófico

Esta investigación, posee un fundamento epistemológico, también conocido como la teoría del conocimiento, donde se emplea la lógica formal y la comprobación científica; esta disciplina filosófica investigará los métodos de formación, de corroboración y evaluación de las teorías propuestas y conceptos científicos, para fundamentarlos y evaluarlos. La ética y epistemología en la investigación científica es una necesidad básica y fundamental para la ciencia debido a su dimensión filosófica. “La ética es una disciplina teórica de la filosofía estudia los principios que regulan el comportamiento y la conducta del ser humano, y la epistemología estudia los procesos y resultados de la investigación científica” (Romero, 2016), ambas son consideradas como observadores de la construcción de la ciencia, es decir la validez o invalidez de la investigación.

Esto concuerda con Bunge, quien nos refiere que una real epistemología debe reflexionar sobre la axiología de la ciencia o el estudio del sistema de valores de la comunidad científica. Según Bunge: “La epistemología es la reflexión crítica sobre la investigación científica y su producto, el conocimiento; es la ciencia de la ciencia” (Bunge, 2014).

En tal sentido, esta investigación considera fundamental incluir la epistemología como base del conocimiento racional y la generación de actitud científica, como una condición ética, reflexiva y cognitiva, en búsqueda de la verdad, a efectos de tener una aceptación científica, como apreciamos a continuación:

La ausencia de reflexión epistemológica tiene efectos adversos tales como: “crecimiento invertebrado de la ciencia que redundo en su marginación o invisibilidad en las taxonomías científicas (ausente o subsumida por otras disciplinas) y, ausencia de pertinencia teórica, metodológica y técnica incidiendo en el aumento del dilema teórico-práctico”. (Siles, 2015)

2.3 Aspectos de responsabilidad social

El ámbito de esta investigación se relaciona directamente con la Responsabilidad social, dada la gran importancia y efecto sobre las causas de muerte en nuestro país, la cual según la ONU, OPS y MINSA (2018), nos reportan que “el cáncer cérvico uterino, es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres”; asimismo las OMS ha informado que “el virus del papiloma humano VPH ha provocado riesgos para con el virus del VIH al disminuir las defensas corporales”. (OPS y ONU, 2018); se requiere entonces “mayor sensibilización en la población peruana, siendo esta una alta responsabilidad de las autoridades de salud mundial, regional, nacional y local” (Geosalud, 2017).

Selmouni (2017). indicó como resultado de su investigación sobre el programa de prevención del CACU en Marruecos que: “La tasa de captación de la población diana ha sido muy baja en comparación con el objetivo del programa, con un número muy elevado de mujeres positivas y pérdida de vidas”. “El tratamiento de las lesiones precancerosas no se realiza siempre según el protocolo seleccionado en el programa”.

En el Perú no se han logrado los resultados porque el CACU a finales del 2018, se mantiene como segunda causa de muerte en las mujeres con cáncer (OPS y ONU, 2018); los resultados de esta investigación aportarán mayor sustento para mejorar la efectividad de dichos programas nacionales de Salud Pública, siendo por ello un aporte a la sociedad.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se realizó la medición de las variables: los factores de riesgo relacionados al cáncer cervical en el Hospital Hipólito Unanue.

La presente investigación corresponde al diseño no-experimental de tipo observacional, transversal, analítico, retrospectivo de casos y controles.

Observacional: Debido a que en la toma de datos no se realiza manipulación de las variables de investigación, ya que solo observa el comportamiento de las mismas.

Transversal: Debido a que el estudio fue realizado con datos obtenidos en un periodo de tiempo menor a 1 año.

Analítico: Debido a que el estudio tiene la finalidad de realizar un estudio analítico sobre la relación o asociación entre variables.

Retrospectivo: Debido a que los datos fueron obtenidos de años anteriores, en específico en el año 2018.

Casos y controles: Se busca comparar los resultados obtenidos en ambos grupos para poder establecer la incidencia de los factores.

Casos: Mujeres con cáncer de cuello uterino
Controles: Mujeres sin cáncer de cuello uterino

3.2. Población y muestra

Población

Todas las pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima), durante el periodo 2018. Dieron un total de 760 pacientes adultas.

Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de estimación para casos y controles con un nivel de confianza del 95%, nivel de potencia de 0.8, un odd ratio previsto de 2.46 y frecuencia de exposición entre los controles de 0.312 Grajeda (2018).

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

Donde:

p_1 = Frecuencia de exposición entre los casos = 0.312

p_2 = Probabilidad de exposición entre los controles = 0.778

p = Probabilidad promedio = 0.425

α = Nivel de significancia = 0.05 (95% de confianza)

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1.96

β = Nivel de potencia = 0.80

$Z_{1-\beta/2}$ = 0.84

Se ha podido establecer un tamaño de muestra de 82 casos y de 82 controles.

Criterios de inclusión para los Casos

- Pacientes adultas entre las edades de 30 a 60 años.
- Pacientes adultas que fueron atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de 2018.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Pacientes que hayan iniciado relaciones sexuales.

Criterios de exclusión para los Casos

- Pacientes adultas menores de 30 años y mayores de 60 años
- Pacientes adultas que no fueron atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de 2018.
- Pacientes que no cuentan con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Pacientes que no hayan iniciado relaciones sexuales.

Criterios de inclusión para los Controles

- Pacientes adultas entre las edades de 30 a 60 años.
- Pacientes adultas que fueron atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de 2018.
- Pacientes sin diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Pacientes que hayan iniciado relaciones sexuales.

Criterios de exclusión para los Controles

- Pacientes adultas menores de 30 años y mayores de 60 años
- Pacientes adultas que no fueron atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de 2018.
- Pacientes que cuentan con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Pacientes que no hayan iniciado relaciones sexuales.

3.3. Operacionalización de Variables

Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
VI: Factores Sociodemográficos	Edad	Años cumplidos	Nominal	30 - 40 años 41 - 60 años
	Estado Civil	Estado civil	Nominal	Soltera Conviviente Casada Otros
	Grado de instrucción	Nivel de instrucción	Nominal	Sin instrucción primaria Secundaria superior
	Índice de Masa Corporal	Estatura Peso	Nominal	Obesidad No obesidad
	Fuma	Hábito de fumar	Nominal	Si No
VI: Factores de Riesgo reproductivo	Infección de transmisión sexual	Presencia de ITS	Nominal	Si No
	Nuliparidad	No tener partos	Nominal	Si No
	Aborto	Antecedente de aborto	Nominal	Si No
	Antecedente familiar de cáncer cervical	Antecedente de CACU en la familia	Nominal	Si No
VI: Factores Reproductivos e historia de vida sexual	Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de la vida sexual	Nominal	<15 años ≥15 años
	Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales	Nominal	>3 parejas ≤3 parejas
	Uso prolongado de métodos anticonceptivos	Uso de métodos anticonceptivos durante un largo periodo de tiempo	Nominal	Si No
VD: Cáncer cervical		Diagnóstico de cáncer cervical	Nominal	Si No

Fuente: Elaboración propia

3.4. Instrumentos

Para la recolección de datos se confeccionó una ficha de recolección de datos (Anexo B) para la historia clínica de los pacientes.

3.5. Procedimientos

Se redactó y envió la documentación necesaria a las instituciones involucradas en el recojo de datos. Se siguió el procedimiento metodológico del estudio, así como el uso del instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente en el logro de los objetivos del estudio.

La recolección de la información fue trabajada con las historias clínicas, por lo que no fue necesario procedimientos de muestras biológicas. El procesamiento de datos se realizó y validó con la ficha técnica de recolección de datos para luego procesar la información con la base de datos SPSS 26.

3.6. Análisis de datos

Los datos fueron revisados, verificados, codificados y procesados con ayuda del programa estadístico SPSS versión 26. Evaluando los datos categóricos con tablas de distribución de frecuencia y gráfico de barras, se realizó análisis bivariado utilizando la técnica estadística de factor de riesgo (odd ratio) para las variables nominales.

3.7. Consideraciones éticas

El estudio es tipo observacional transversal analítico retrospectivo donde se tomaron datos directamente consignados de la historia clínica los cuales no alteran física ni emocionalmente a los sujetos evaluados,

Se respetó los principios de la ética y deontología médica se tomó en cuenta la declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

4.1. Estadística descriptiva

Tabla 1

Edad de las pacientes adultas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital

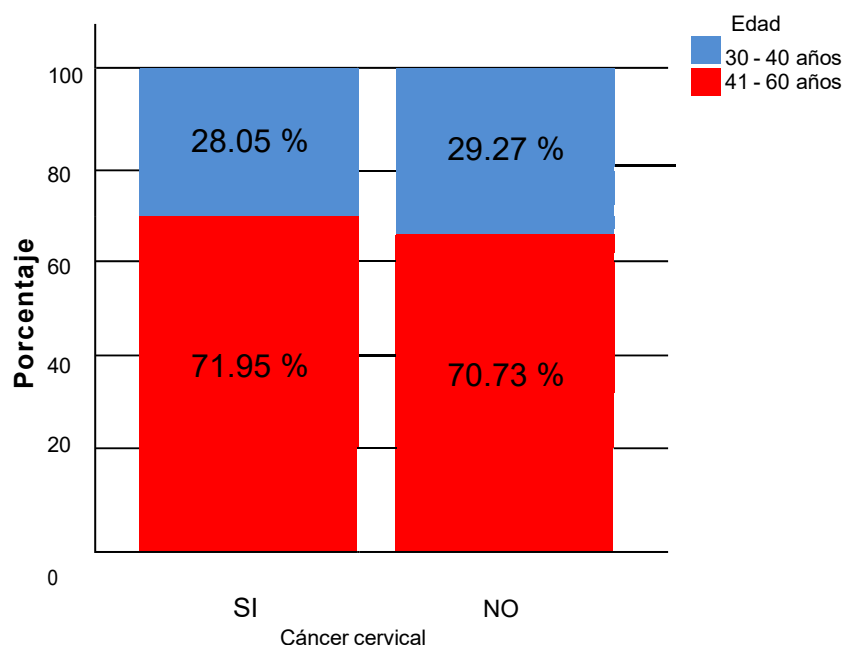
Hipólito Unanue (Lima)

Edad	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	n	%
30 - 40 años	23	28.0%	24	29.3%
41 - 60 años	59	72.0%	58	70.7%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 1

Distribución porcentual de edad de las pacientes adultas



Nota. De la tabla 1 y figura 1, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 71.95% tiene entre 41 a 60 años y en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 70.73% tiene entre 41 a 60 años. De forma general, podemos observar que la mayoría de pacientes del estudio está en el rango de edad de 41 a 60 años.

Tabla 2

Estado civil de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito

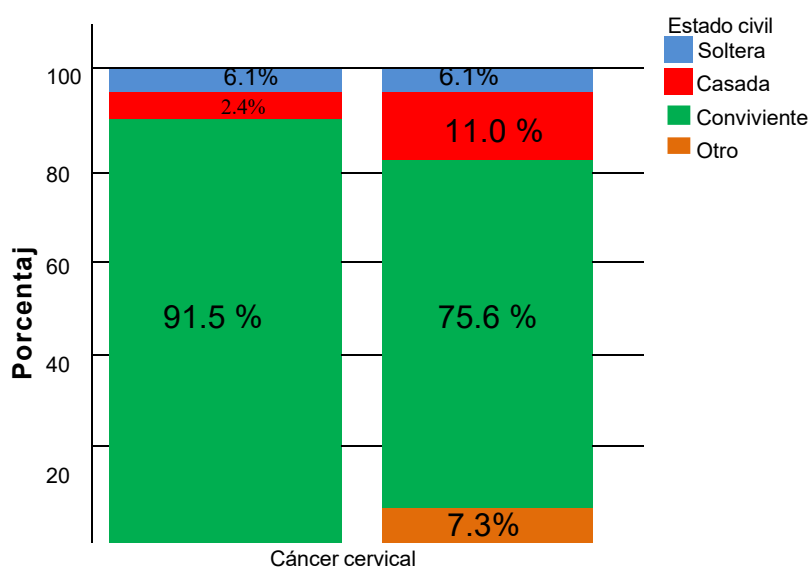
Unanue (Lima)

Estado Civil	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	N	%
Soltera	5	6.1%	5	6.1%
Casada	2	2.4%	9	11.0%
Conviviente	75	91.5%	62	75.6%
Otro	0	0.0%	6	7.3%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 2

Distribución porcentual de estado civil de las pacientes



Nota. De la tabla 2 y figura 2, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 91.5% es conviviente y el 6.1% son solteras; mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 75.61% son convivientes y el 11% son casadas. De forma general, podemos observar que la mayoría de pacientes del estudio tienen un estado civil de conviviente.

Tabla 3

Grado de instrucción de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital

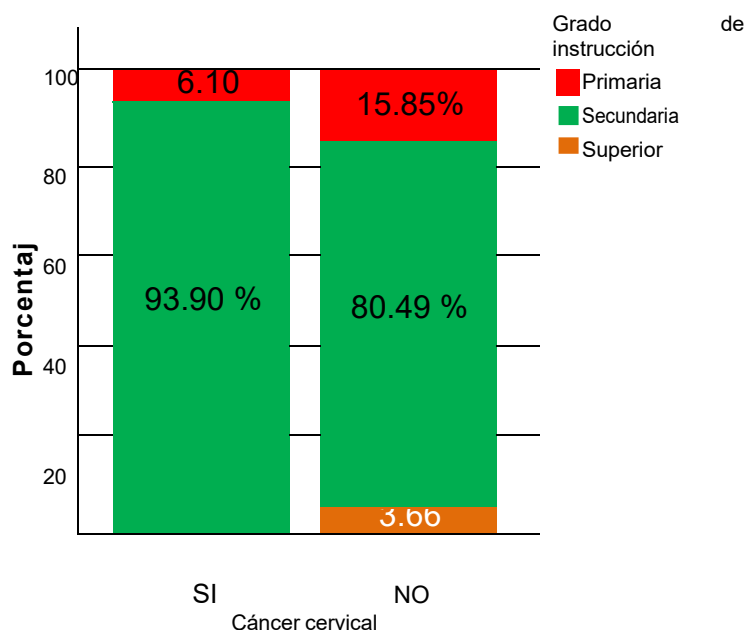
Hipólito Unanue (Lima)

Grado de instrucción	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Sin instrucción	0	0.0%	0	0.0%
Primaria	5	6.1%	13	15.9%
Secundaria	77	93.9%	66	80.5%
Superior	0	0.0%	3	3.7%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 3

Distribución porcentual de grado de instrucción de las pacientes



Nota. De la tabla 3 y figura 3, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 93.90% tiene nivel secundario y el 6.10% tiene nivel primario; mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 80.49% tienen nivel secundario y el 15.85% tiene nivel primario. De forma general, podemos observar que la mayoría de pacientes del estudio tienen un nivel secundario de instrucción educativa.

Tabla 4

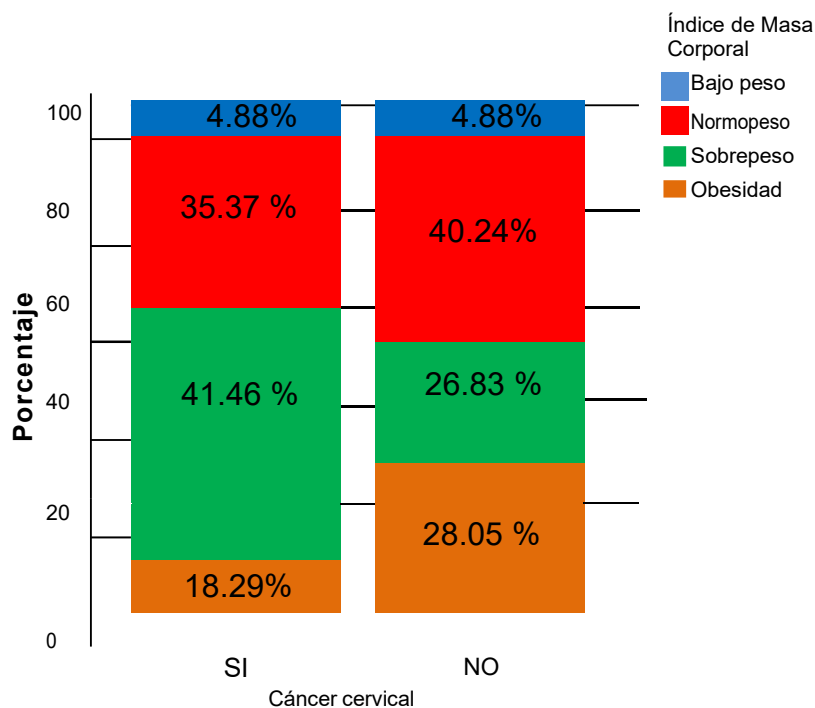
Índice de Masa Corporal de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Índice de Masa Corporal	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Bajo peso	4	4.9%	4	4.9%
Normopeso	29	35.4%	33	40.2%
Sobrepeso	34	41.5%	22	26.8%
Obesidad	15	18.3%	23	28.0%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 4

Distribución porcentual de Índice de Masa Corporal de las pacientes



Nota. De la tabla 4 y figura 4, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 41.5% tiene sobrepeso y el 35.4% tiene peso normal; mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 40.2% tienen peso normal y el 28% tiene obesidad. De forma general, podemos observar que la mayoría de pacientes del estudio se encuentra dentro de los límites normal del IMC.

Tabla 5

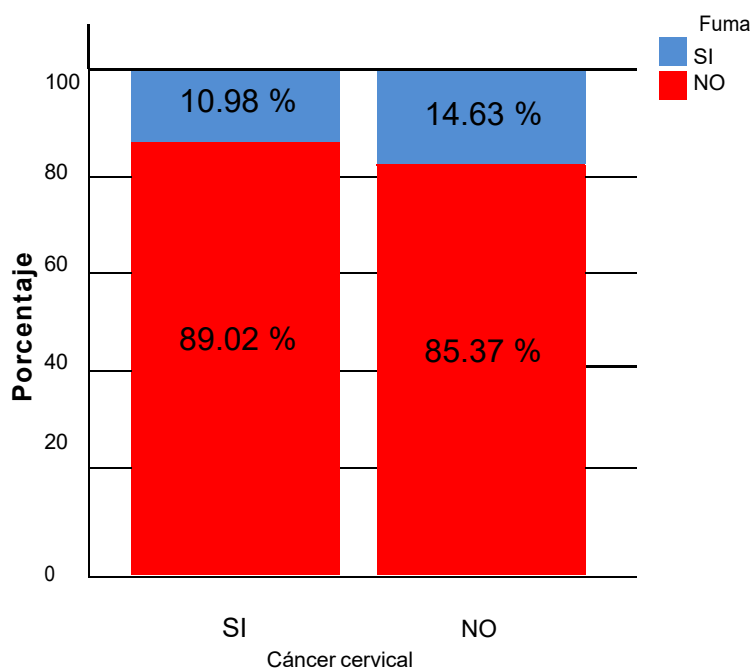
Tabaquismo como factor de riesgo de cáncer de cuello uterino en pacientes adultas del Hospital Hipólito Unanue (Lima), periodo 2018.

Fuma	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	N	%
Si	9	11.0%	12	14.6%
No	73	89.0%	70	85.4%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 5

Distribución porcentual de tabaquismo como factor de riesgo de cáncer de cuello uterino de las pacientes



Nota. De la tabla 5 y figura 5, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 89% no fuma, de igual forma en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 85.4% no fuma. De forma general, podemos observar que casi la totalidad de pacientes del estudio no presenta tabaquismo.

Tabla 6

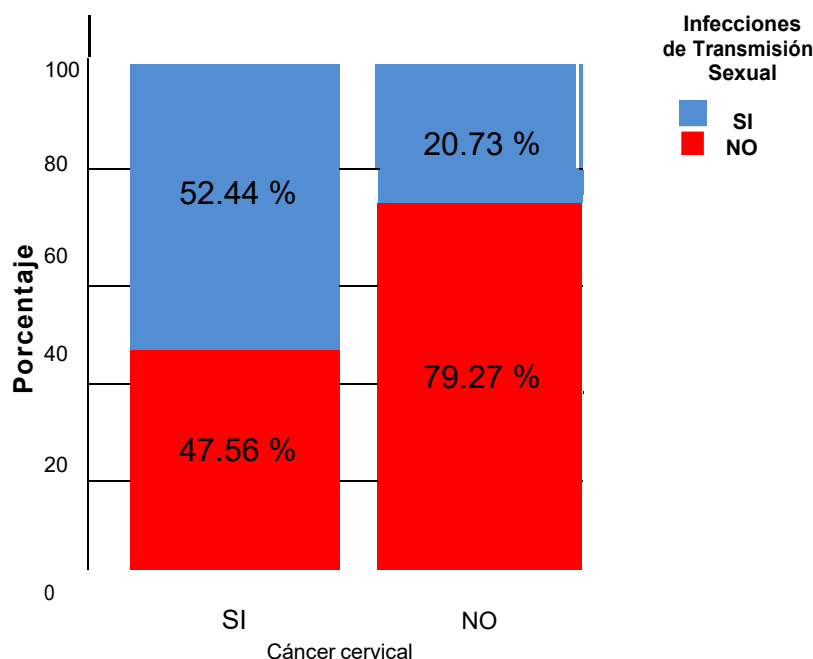
Infección de transmisión sexual como factor de riesgo de cáncer de cuello uterino en pacientes adultas del Hospital Hipólito Unanue (Lima), periodo 2018.

Infección de transmisión sexual	n	Cáncer cervical		
		Casos	Controles	
		%	N	%
Si	43	52.4%	17	20.7%
No	39	47.6%	65	79.3%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 6

Distribución porcentual de Infección de transmisión sexual como factor de riesgo en las pacientes



Nota. De la tabla 6 y figura 6, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 52.44% presenta ITS, mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 20.73% presenta ITS. De forma general, podemos observar que existe una mayor prevalencia de ITS en el grupo de pacientes que presentan CACU.

Tabla 7

Nuliparidad de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito

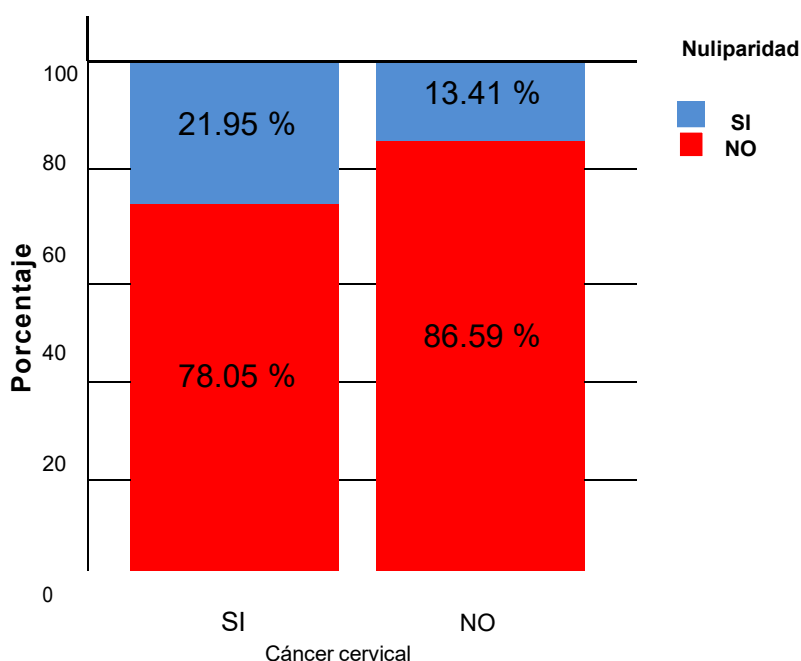
Unanue (Lima)

Nuliparidad	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	N	%
Si	18	22.0%	11	13.4%
No	64	78.0%	71	86.6%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 7

Distribución porcentual de Nuliparidad de las pacientes



Nota. De la tabla 7 y figura 7, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 78.05% no presenta nuliparidad, de igual forma en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 86.6% no presenta nuliparidad. De forma general, podemos observar que la gran mayoría de pacientes del estudio tienen hijos.

Tabla 8

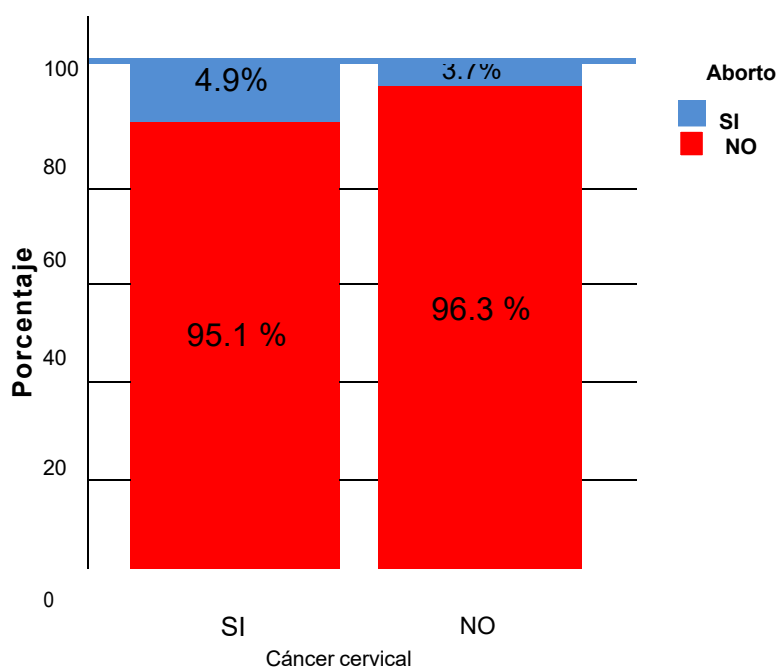
Aborto de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Aborto	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Si	4	4.9%	3	3.7%
No	78	95.1%	79	96.3%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 8

Distribución porcentual de aborto de las pacientes



Nota. De la tabla 8 y figura 8, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 95.1% no presenta abortos, de igual forma en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 96.3% no presenta abortos. De forma general, podemos observar que casi la totalidad de pacientes no ha presentado abortos.

Tabla 9

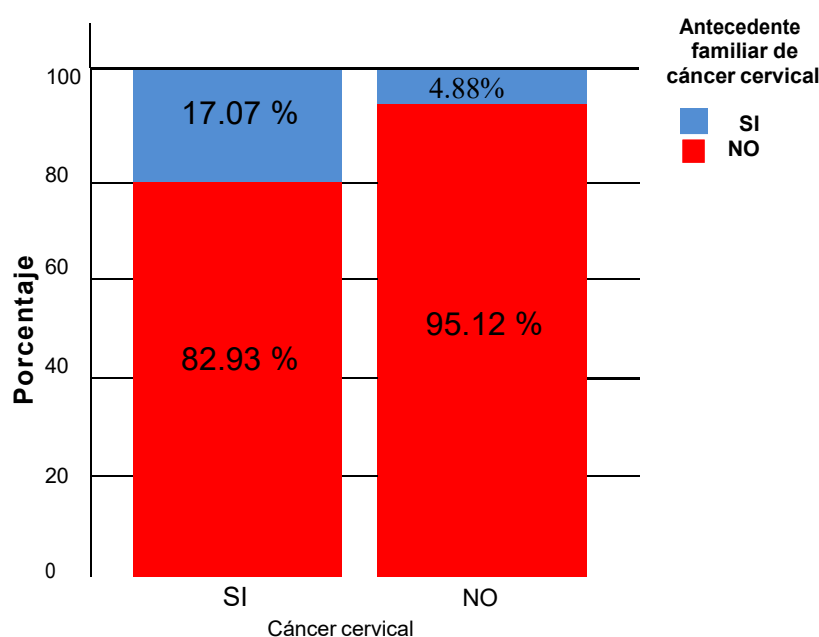
Antecedente familiar de cáncer cervical de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Antecedente familiar de cáncer cervical	n	Cáncer cervical		Controles
		Casos	N	
		%		%
Si	14	17.1%	4	4.9%
No	68	82.9%	78	95.1%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 9

Distribución porcentual de antecedente familiar de cáncer cervical de las pacientes



Nota. De la tabla 9 y figura 9, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 17.07% presenta antecedentes familiares de cáncer cervical, mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 4.88% presenta antecedentes familiares de cáncer cervical. De forma general, podemos observar que casi la totalidad de pacientes no tiene antecedentes familiares de cáncer cervical.

Tabla 10

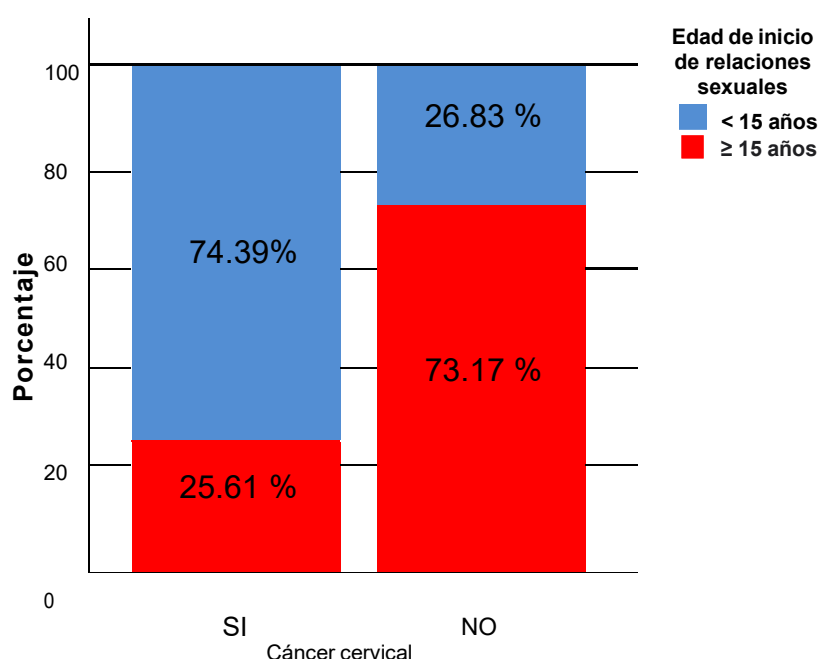
Edad de Inicio de relaciones sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Edad de inicio de relaciones sexuales	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	n	%
<15 años	61	74.4%	22	26.8%
≥15 años	21	25.6%	60	73.2%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 10

Distribución porcentual de la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes



Nota. De la tabla 10 y figura 10, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 74.4% inicio su actividad sexual a una edad menor a los 15 años, mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 73.17% inicio su vida sexual después de los 15 años. De forma general, se evidencia un comportamiento distinto en el inicio de las relaciones sexuales entre los grupos de pacientes del estudio.

Tabla 11

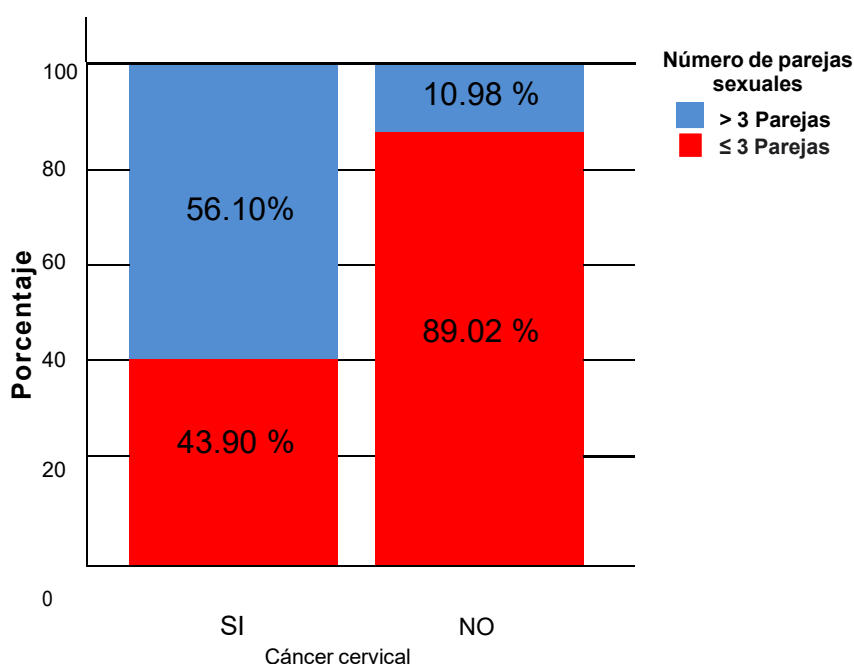
Número de parejas sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Número de parejas sexuales	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	N	%
>3 parejas	46	56.1%	9	11.0%
≤3 parejas	36	43.9%	73	89.0%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 11

Distribución porcentual del número de parejas sexuales de las pacientes



Nota. De la tabla 11 y figura 11, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 56.1% tuvo más de 3 parejas sexuales, mientras que en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 89% tuvo menos de 3 parejas. De forma general, se evidencia que la mayoría del total de pacientes tuvo de 3 o menos parejas sexuales.

Tabla 12

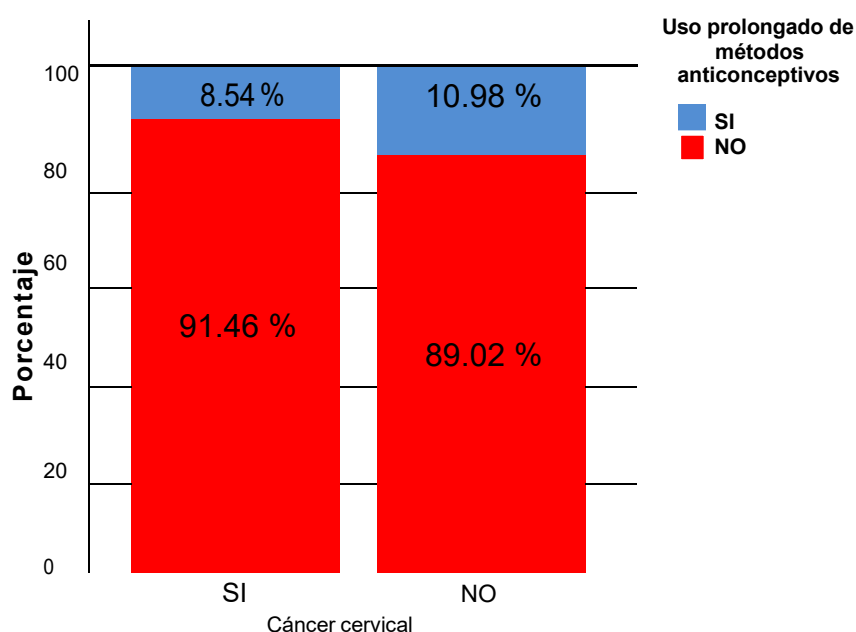
Uso prolongado de métodos anticonceptivos de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Uso prolongado de métodos anticonceptivos	Cáncer cervical			
	Casos		Controles	
	n	%	N	%
Si	7	8.5%	9	11.0%
No	75	91.5%	73	89.0%
Total	82	100.0%	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos

Figura 12

Distribución porcentual de uso prolongado de métodos anticonceptivos de las pacientes



Nota. De la tabla 12 y figura 12, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con CACU) el 91.5% no utiliza por tiempo prolongado métodos anticonceptivos, de igual forma en el grupo de control (pacientes sin CACU) el 89% no utiliza por tiempo prolongado métodos anticonceptivos. De forma general, se evidencia que la mayoría del total de pacientes no utiliza por tiempos prolongados métodos anticonceptivos.

4.2. Estadística inferencial

Para determinar qué factores sociodemográficos se establecen como factores de riesgo asociado al cáncer cervical se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y el Factor de Riesgo (odd ratio). En la tabla 13 se muestran los resultados de ambas pruebas:

Tabla 13

Factores sociodemográficos del cáncer cervical de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Factores Sociodemográficos		Cáncer cervical				P	OR	IC
		Casos		Controles				
		n	%	n	%			
Edad	30 - 40 años	23	28.0%	24	29.3%	0.863	0.942	(0.4798 - 1.854)
	41 - 60 años	59	72.0%	58	70.7%			
Estado Civil	Conviviente	75	91.5%	62	75.6%	0.006	3.456	(1.372 - 8.709)
	No conviviente	7	8.5%	20	24.4%			
Grado de instrucción	Sin instrucción y/o primaria	5	6.1%	13	15.9%	0.046	0.345	(0.117 - 1.016)
	Secundaria y/o superior	77	93.9%	69	84.1%			
Índice de Masa Corporal	Obesidad	15	18.3%	23	28.0%	0.139	0.574	(0.274 - 1.202)
	No obesidad	67	81.7%	59	72.0%			
Fuma	Si	9	11.0%	12	14.6%	0.483	0.719	(0.285 - 1.813)
	No	73	89.0%	70	85.4%			

*p=probabilidad de éxito

**OR = ODD RATE

***IC= Intervalo de confianza

Nota. Podemos establecer que el Estado Civil (OR=3.456; IC: 1.372 – 8.709) es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical. Donde se tiene que las pacientes con estado civil de conviviente tienen un 3.456 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=3.456).

Para determinar qué factores de riesgo reproductivo se establecen como factores de riesgo asociado al cáncer cervical se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y el Factor de Riesgo (odd ratio). En la tabla 14 se muestran los resultados de ambas pruebas:

Tabla 14

Factores de riesgo reproductivo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Factores de Riesgo reproductivo		Cáncer cervical				p	OR	IC
		Casos		Controles				
		n	%	n	%			
Infección de transmisión sexual	Si	43	52.4%	17	20.7%	0.000	4.216	(2.119 - 8.385)
	No	39	47.6%	65	79.3%			
Nuliparidad	Si	18	22.0%	11	13.4%	0.152	1.815	(0.797 - 4.133)
	No	64	78.0%	71	86.6%			
Aborto	Si	4	4.9%	3	3.7%	0.699	7.454	(0.293 - 6.232)
	No	78	95.1%	79	96.3%			
Antecedente familiar de cáncer cervical	Si	14	17.1%	4	4.9%	0.012	4.015	(1.261 - 12.778)
	No	68	82.9%	78	95.1%			

*p=probabilidad de éxito

**OR = ODD RATE

***IC= Intervalo de confianza

Nota. Podemos establecer que la Infección de transmisión sexual (OR=4.216; IC: 2.119 – 8.385) y el Antecedente familiar de cáncer cervical (OR=4.015; IC: 1.261 – 12.778) son factores de riesgo asociados al cáncer cervical. Donde se tiene que las pacientes que presentan una infección de transmisión sexual tienen 4.216 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=4.216) y las pacientes que presentan antecedente familiar de cáncer cervical tienen 4.015 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=4.015).

Para determinar qué factores reproductivos e historia sexual se establecen como factores de riesgo asociado al cáncer cervical se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y el Factor de Riesgo (odd ratio). En la tabla 15 se muestran los resultados de ambas pruebas:

Tabla 15

Factores reproductivos e historia sexual de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue (Lima)

Factores Reproductivos e historia de vida sexual		Cáncer cervical				p	OR	IC
		Casos		Controles				
		n	%	n	%			
Edad de inicio de relaciones sexuales	<15 años	61	74.4%	60	73.2%	0.000	7.922	(3.949 - 15.981)
	≥15 años	21	25.6%	22	26.8%			
Número de parejas sexuales	>3 parejas	46	56.1%	9	11.0%	0.000	10.364	(4.572 - 23.493)
	≤3 parejas	36	43.9%	73	89.0%			
Uso prolongado de métodos anticonceptivos	Si	7	8.5%	9	11.0%	0.599	0.757	(0.268 - 2.140)
	No	75	91.5%	73	89.0%			

*p=probabilidad de éxito

**OR = ODD RATE

***IC= Intervalo de confianza

Nota. Podemos establecer que el Edad de inicio de relaciones sexuales (OR=7.922; IC: 3.949 – 15.981) y el Número de parejas sexuales (OR=10.364; IC: 4.572 – 23.493) son factores de riesgo asociados al cáncer cervical. Donde se tiene que las pacientes con una edad de inicio de relaciones sexuales menor a 15 años tienen 7.922 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=7.922) y las pacientes con más de tres parejas sexuales tienen 10.364 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=10.364).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- Con respecto a los factores sociodemográficos asociado al cáncer cervical; se establece que el estado civil de conviviente, es un factor de riesgo asociada al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue, donde se tiene que el estado civil, la mayoría de las pacientes es conviviente y tienen 3.456 veces más riesgo de presentar cáncer cervical con un (OR=3.456).

En tal sentido la investigación de Goicochea e Iglesias (2017), señala que el estado civil de la mayoría de mujeres fue conviviente en un (50.6%). Así mismo Quispe et al. (2017) en su estudio indican que las pacientes que mantienen su estado civil de convivencia se asocian a lesiones y/o cáncer cervical expresado en un 58.50% y un (OR = 1,67).

Considerar los factores sociodemográficos de la población en lo que respecta a la importancia del estado civil para la mantención de relaciones sexuales en forma responsable por parte de la pareja; es decir el hecho de que las mujeres son convivientes, se convierten en vulnerables y un factor de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino.

- En lo que respecta a los factores de riesgo reproductivo; se estableció que las pacientes que presentan una infección de transmisión sexual tienen 4.216 veces más riesgo de presentar cáncer cervical. Así mismo en los estudios realizados por Montero et al. (2018); Dahiya, et al. (2017) y Marañón et al. (2017); señalan que las ITS es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical destacando el virus del papiloma humano (VPH). Diversas publicaciones están de acuerdo en la relación directa entre la infección del virus papiloma humano y el cáncer cérvico uterino; tomar en consideración los antecedentes de las infecciones de transmisión sexual con respecto a las características de la actividad sexual y las posibilidades de contagio con el (VPH).

Asimismo, se estableció que los antecedentes familiares de cáncer cervical tienen 4.015 veces más riesgo de presentar cáncer cervical. En tal sentido, Cabrera et al. (2016) refiere que los antecedentes patológicos familiares de cáncer son un factor de riesgo asociado para la presencia de cáncer cervical. También Quispe et al. (2017) establece que las mujeres con antecedentes familiares presentan un (OR = 3.13) como factor de riesgo asociado con lesiones pre cancerosas. Es importante el reconocer que los antecedentes familiares es uno de los factores que se asocian al cáncer de cuello uterino.

- Con respecto a los factores reproductivos e historia sexual; las pacientes que inician su vida sexual con menos de 15 años representan 7.9 veces mayor riesgo de presentar cáncer cervical, en las investigaciones de Garagondo (2020) y Gallegos et al. (2019) determinaron que el inicio temprano de relaciones sexuales es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, obteniendo un factor de riesgo de 3.4 y de 2.2 respectivamente. Así mismo Aguilar (2015), indica de pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años. También Montero et al. (2018), refiere de pacientes que iniciaron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años. Do Rozario y Da Silva (2019), reportan de mujeres que iniciaron su actividad sexual hasta los 16 años en un 40.7%. Dahiya, et al. (2017) señala que el 39% de los sujetos de estudio tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años.

El inicio precoz de las relaciones sexuales se considera como uno de los factores predisponentes al cáncer de cuello uterino; la etapa de la adolescencia es un periodo por el cual el cuello uterino se considera como inmaduro y cual se encuentra vulnerable a adquirir la infección del VPH.

Ante esta realidad como medidas de prevención, se recomienda seguir con las campañas de vacunación a niños y niñas en los colegios contra el virus papiloma humano entre los 11 y 12 años, (antes que tengan contacto sexual).

El número de parejas sexuales se constituye como un factor de riesgo asociado para la presencia de cáncer cervical en las pacientes, quienes presentan 10.4 veces el mayor riesgo de presentar la enfermedad. Asimismo, Gallegos et al. (2019) establecieron que el tener múltiples parejas sexuales, es un factor predisponente para la displasia cervical expresado en un (OR=3,036). También (Garagondo, 2020) obtuvo como resultado que el número de parejas sexuales (>3) es un factor de riesgo asociado para el cáncer de cuello uterino. (Montero et al., 2018), señala que existió un predominio de mujeres que tuvieron de 2 a 4 parejas sexuales, seguidas del grupo de 5 a más; lo cual constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. Asimismo, Quispe et al. (2017) establece que las mujeres con más de dos parejas sexuales presentan un (OR = 16,06) constituyendo un factor de riesgo asociado con lesiones precancerosas. Son diversas las investigaciones en que manifiestan que existe asociación del número de parejas sexuales como factor de riesgo y el desarrollo del cáncer cervical; sin embargo, ante esta realidad se sugiere incluir a la pareja y determinar si sus parejas pasadas han adolecido de dicha enfermedad.

VI. CONCLUSIONES

- El Estado Civil, es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical, donde las pacientes que son convivientes tienen 3.556 veces más riesgo de presentar cáncer cervical.
- La Infección de transmisión sexual (ITS), es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical, donde las pacientes con infección de transmisión sexual tienen 4.216 veces más riesgo de presentar cáncer cervical.
- Los Antecedentes familiares de cáncer cervical, es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical, donde las pacientes con antecedente familiar de cáncer cervical tienen 4.015 veces más riesgo de presentar cáncer cervical.
- La Edad de inicio de relaciones sexuales es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical, donde las pacientes que inician su vida sexual siendo menores de 15 años tienen 7.922 veces más riesgo de presentar cáncer cervical.
- El factor reproductivo e historia sexual; Número de parejas sexuales es un factor de riesgo asociado al cáncer cervical, donde las pacientes con más de 3 parejas tienen 4.572 veces más riesgo de presentar cáncer cervical.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar programas de intervención educativa en el Hospital Hipólito Unanue, el cual este orientado a las acciones preventivo-promocionales del cáncer cervical considerando los factores de riesgo, causalidad, transmisión; utilizando metodologías educativas interactivas, didáctica clara y entendible y asimismo el manejo de herramientas y materiales audiovisuales por personal de salud capacitado.
- Promocionar el programa de prevención de cáncer cervical tomando en cuenta los factores sociodemográficos de la población que se atiende en el Hospital Hipólito Unanue, el cual debe orientarse a la definición y concepto sobre la importancia del estado civil para la mantención de relaciones sexuales en forma responsable.
- Implementar a nivel nacional, campañas masivas de despistaje de cáncer cervical en la población, en la cual se deben brindar promociones o incentivos económicos para realizar los exámenes. Además, de crear conciencia en la población femenina sobre la importancia de la detección temprana del cáncer cervical.
- Ejecutar planes, programas, proyectos y acciones promocionales-educativas en centros educativos de la zona de influencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para lograr que la población de estudio, adopten estilos de vida saludables con respecto a la prevención de Infecciones de Transmisión sexual (ITS); al inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años de edad ,en este aspecto se sugiere reforzar las campañas de vacunación a niños y niñas en los colegios contra el virus papilomahumano entre los 11 y 12 años, (antes que tengan contacto sexual).

Con respecto al número de parejas sexuales mayores a tres se sugiere incluir a la pareja y determinar si sus parejas pasadas han adolecido de dicha enfermedad; para

posteriores estudios.

- Replicar esta investigación en otras zonas geográficas, priorizando las ubicaciones con mayor incidencia de casos de cáncer de cuello uterino.

VIII. REFERENCIAS

Acosta, P., Muñoz, S., Álvarez, R., Rodríguez, J., Orejuela, Arboleda y., Sierra, H. (s.f.).

Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en el Departamentodel Cauca.

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/septiembre/Factores%20de%20Riesgo%20Cancer.html>

Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia [AEPCC] (2018). Guía:

Colposcopia. estándares de calidad. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/01/AEPCC_revista10-colposcopia-web.pdf

Aguilar, G. (2015). *Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital de Vitarte durante el año 2015.* [Tesis de grado, Universidad Ricardo Palma].

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/932/1/Aguilar%20Palomino%20Gabriela%20Raquel_2017.pdf

American Cancer Society (2021). *Factores de riesgo.*

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

Bunge, M. (2014). *Las Pseudociencias ¡Vaya Timo!* Editorial Laetoli.

https://www.todostuslibros.com/libros/las-pseudociencias-vaya-timo_978-84-92422-70-8

Cabrera, I., Ortiz, Y., Suarez, Y., Socarras, R., & Vázquez, N. (2016). Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Multimed Revista Médica Granma*, 20(5), 110-128.

<https://www.medigraphic.com/cgi->

bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70839

Cancer.Net (2017). *Cáncer de cuello uterino: Factores de riesgo; Miembro de American Society of Clinical Oncology (ASCO)*. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] (2017). *¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino?* https://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/basic_info/risk_factors.htm

Clínica Mayo (2021). *Cáncer de cuello uterino*. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501>

Conde, C., Rossi, T. y Marques, M. (2020). Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. *Revista electrónica de Enfermería. Global*, 17(49). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412018000100348

Dahiya, N., Bachani, D., Acharya, A., Sharma, D., Gupta, S., Haresh, K. (2017). Perfil sociodemográfico, reproductivo y clínico de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino avanzado en un instituto de atención terciaria de Delhi. *Revista de Obstetricia y Ginecología de la India* 67 (1). [Socio-Demographic, Reproductive and Clinical Profile of Women Diagnosed with Advanced Cervical Cancer in a Tertiary Care Institute of Delhi | The Journal of Obstetrics and Gynecology of India \(springer.com\)](https://www.springer.com/journal/13051/1412018000100348).

Do Rozario, S. y Da Silva, IF. (2019). Caracterización de mujeres con cáncer de cuello uterino atendidas en Inca por tipo histológico. *Revista de Saude Publica* 5(88), 1-12.

Gallegos, R., Fuentes, M., Gonzales, J. (2019). Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2013-2017,

artículo publicado en la *Revista de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma* 2019, Lima, 19(2), 47-56
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/download/2065/2041/>

Garagondo, J. (2020). *Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho 2016 - 2017*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad San Martín de Porres]
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aZgxFKSw-ooJ:https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1937242+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Geosalud (2017). *¿Cuáles son los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino?* artículo publicado en la página oficial de la organización. Recuperado de
<https://www.geosalud.com/vph/factores.riesgo.htm>

Goicochea, B. e Iglesias, N. (2017). Factores sociales y culturales asociados al tamizaje de cáncer de cérvix. *Pueblo Cont.* 30(2), 335 - 342
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5wAF40p7-50J:journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/download/1341/1150+&cd=15&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Grajeda, C. (2018). *Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud, Cusco, 2017*. [Tesis de grado], Universidad Andina de Cusco.

GTT-VIH (2020). *¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cervical?* <http://gtt-vih.org/book/print/2090>

Gutiérrez, C. y Alarcón E. (2008). Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *An. Fac. Med., Dic. Perú*, 2008, 69(4), 239-243.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n4/a04v69n4.pdf>

- Gutiérrez C, Romani F., Ramos J., Alarcón E. y Wong P. (2013). Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996- 2008. *Revista Peruana de Epidemiología*. 14(1), 39-49. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805006.pdf>
- Hernández-Hernández, D., Apresa-García, T., & Patlán-Pérez, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(S2), 154-161.
- Holschneider, C. (2014). *Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos*, (11va ed.). McGraw-hill Interamericana Editores S.A. de C.V. <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1494>
- Linerós, J., Romero, P., Salgado, Y., Martínez, S. y Wiesner C. (2020). Características operativas de técnicas moleculares empleadas para la detección del virus del papiloma humano en el proyecto ESTAMPA, *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(3), 135-140. <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/106>
- Koss Lg. (s.f.). (1987). Cytologic and Histologic Manifestation of Papilloma Virus Infection of the Female Genital Tract and their Clinical Significance. *Cancer*, (60), 1942-1950.
- Marañón, T., Mastrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L., Landázuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino, *Correo Científico Médico*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015
- Ministerio de Salud [MINSA] (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2018). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018*. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
- Ministerio de Salud [MINSA] (2019). *Minsa aprueba Directiva Sanitaria para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45199->

[minsa-aprueba-directiva-sanitaria-para-la-prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino](#)

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2015). *Guía Clínica. Cáncer Cervicouterino (CaCu)*. Ministerio de Salud de Chile.

Montero, Y., Ramón R., Valverde C. y Escobedo F. (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

NIH USA, (2013). *NIH Institutos Nacionales de la Salud, Biblioteca Nacional de Medicina USA*. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encv/article/000893.htm>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Por un futuro sin cáncer del cuello uterino: por primera vez el mundo se ha comprometido a eliminar un cáncer*.
<https://www.who.int/es/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. Artículo de la página oficial de la Organización.
[http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2018). *Cervical Cáncer. Cáncer de cuello uterino y VIH: dos enfermedades, una sola respuesta*.
http://www.unaids.org/es/cervical_cancer

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14947:cervical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=1926&lang=es

OPS y ONU (2018). *Plan de Acción sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino 2018-2030. En la 162ª Sesión del Comité Ejecutivo Mundial en Washington – USA.* Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=162-es-9842&alias=45149-ce162-15-s-poa-cervical-cancer-149&Itemid=270&lang=es

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Enfermedades y daños. La salud de la Américas. Washington DC, Edición 1.998; 1:180. Salud.*

Pérez, P., Rosales, Y., Fernández, I., & 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 (CCM)*, 23(4),1949-1961. <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/3418/1537>

Quispe, M., Valencia, C. y Rodriguez, A. (2017). Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuellouterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015, *Aporte Santiaguino* 11(1), 81-94. <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2200?show=full>

Rodríguez, C. y Padilla G. (2018). Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad: perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión. *Centro de Investigación CIDCIE, Universidad del Bío-Bío. Chillán, Chile.* 18(1). <https://produccion.aulavirtualusmp.pe/ojshorizonte/index.php/horizontemed/article/view/702>

- Romero, R. (2016). Ética y epistemología en la investigación científica. Tendencias y perspectivas, Quipucamayoc, *Revista de la Facultad de Ciencias Contables*, 24(46), 139-150.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rkoUrBN4yiwJ:revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/quipu/article/download/13208/11743/+&cd=7&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Ruiz, R., Serrano, M., Ruiz, E., Mantilla, R., Valdivieso, N., Olivera, M., Álvarez, M., Mas, L. y Gómez, Henry L. (2017). Características clínico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del instituto nacional de enfermedades neoplásicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34(2), 218-27.
- Selmouni, F. (2017). *Evaluación de la implementación del programa de detección precoz del cáncer del cuello uterino-región*. Universidad Complutense de Madrid.
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/43459/1/T38968.pdf>
- Sharma, P. (2018). Un estudio sobre los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en pacientes que asisten a un hospital de atención terciaria: un estudio de casos y controles. *Epidemiología Clínica y Salud Global*, 6(2), 83-87
- Siles, J. (2015). La utilidad práctica de la Epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. *Revista Index de Enfermería*, 25(1-2). <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/monografico7.pdf>
- Terrazas, S., Ibáñez, C., Lagos, M., Poggi, H., Brañes, J., Barriga, M., Cartagena, J., Nuñez, F., Gonzáles, F., Cook, P., Van De Wyngard, V., Ferreccio, C. (2015). Examen de detección de virus papiloma humano en el tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 143, 56-62.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000100007
- Ybaseta-Medina, J., Paccori-Rodrigo, F., & Vilca-Yange, A. (2014). Los factores clínico

epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro.

Revista Médica Panacea, 4(3), 61-65.

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de Consistencia: “factores de riesgo asociados al cáncer cervical Hospital Hipólito Unanue (Lima), durante el periodo 2018”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	ESCALA MEDICIÓN	DISEÑO METODOLÓGICO
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL				
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018? PROBLEMAS ESPECÍFICOS 1. ¿Serán los factores sociodemográficos considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018? 2. ¿Serán los factores de riesgo reproductivos considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018? 3. ¿Serán los factores reproductivos e historia sexual considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al	Determinar los factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Determinar los factores sociodemográficos considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018 2. Determinar los factores de riesgo reproductivo considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018 3. Determinar los factores reproductivos e historia sexual considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes	Existen factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 1. Existen factores sociodemográficos considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018 2. Existen factores de riesgo reproductivo considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018. 3. • Existen factores reproductivos e historia sexual considerados como factor de riesgo asociado al cáncer cervical en pacientes que acuden al	Variable Independiente: Factores del Riesgo Variable Dependiente: Cáncer Cervical	- Factores Sociodemográficos - Factores de Riesgo reproductivo	Edad Estado Civil Grado de instrucción Índice de Masa Corporal Fuma Infección de transmisión sexual Nuliparidad Aborto Antecedente familiar de cáncer cervical Edad de inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales Uso prolongado de métodos anticonceptivos	La investigación tuvo un enfoque cuantitativo. El método de la investigación es cuantitativo Diseño no-experimental de tipo observacional, transversal, analítico, retrospectivo de casos y controles Todas las pacientes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue (Lima), durante el periodo 2018. Dieron un total de 760 pacientes adultas. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de estimación para casos y controles con un nivel de confianza del 95%, nivel de potencia de 0.8, un odd ratio

al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018?	que acuden al Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.	Hospital Hipólito Unanue (Lima) durante el periodo 2018.		- Factores Reproductivos e historia de vida sexual		previsto de 2.46 y frecuencia de exposición entre los controles de 0.312 Se ha podido establecer un tamaño de muestra de 82 casos y de 82 controles.
---	--	--	--	--	--	---

Anexo B. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociados al cáncer cervical Hospital Hipólito Unánue (Lima), durante el periodo 2018

FACTORES DE RIESGO

4.2.1. DATOS GENERALES

- HNHU- H.C. N°
- Edad (años cumplidos)
- Fecha / /

4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Cáncer Cérvico Uterino (CACU) Asignación de las mujeres con CACU y sin CACU

4.2.2.1. Mujeres con CACU (1)

	1
	2

4.2.2.2. Mujeres sin CACU (2)

- Casos positivos a CACU confirmados histológicamente
Si (1) No (2)

	1
	2

- Controles: Resultado de la muestra de + (1)
Citología exfoliativa cervical - (2)

	1
	2

- **Categorías de CACU:**

- NIC I: Displasia leve (1)
- NIC II: Displasia moderada a acentuada (2)
- NIC III: Displasia Severa a carcinoma in situ (3)

	1
	2
	3

4.2.3. VARIABLE INDEPENDIENTE: Características Socio - Demográficas,
Factores de riesgo reproductivo, historia sexual.

4.2.3.1. Características Socio – Demográficas:

1. **Edad (Según grupos etarios)**

Grupo de casos

Grupos de controles

- 30 a 40 años (1)

	1
	2

	1
	2

- 41 a 60 años (2)

2. **Grado de Instrucción**

- Sin educación (1)
- Primaria (2)
- Secundaria (3)
- Secundaria (4)
- Superior (5)

	1
	2
	3
	4
	5

	1
	2
	3
	4
	5

3. **Estado Civil**

- Soltera (1)
- Casada (2)
- Conviviente (3)
- Separada (4)

	1
	2
	3
	4

	1
	2
	3
	4

4. **Ocupación**

- Ama de casa (1)
- Estudiante (2)
- Empleada (3)

	1
	2
	3

	1
	2
	3

5. **Índice de Masa Corporal**

- Bajo (1)
- Normo peso (2)
- Sobrepeso (3)
- Obesidad (4)

	1
	2
	3
	4

	1
	2
	3
	4

4.2.4. DATOS SOBRE FACTORES REPRODUCTIVOS

6. Numero de Gestaciones

- Primigesta (1)
- Segundigesta (2)
- Tercigesta (3)
- Multigesta (4)

	1
	2
	3
	4

	1
	2
	3
	4

• Nuliparidad

- Si (1)
- No (2)

	1
	2

	1
	2

• Abortos

- Si (1)
- No (2)

	1
	2

	1
	2

4.2.5. DATOS SOBRE FACTORES REPRODUCTIVOS E HISTORIA DE VIDASEXUAL

• Edad de Inicio de relaciones sexuales

- 10 a 14 años (0)
- 15 a 19 años (2)
- 20 a 24 años (3)
- 25 a 29 años (4)
- > 30 años (5)

Grupo de casos

Grupos de controles

	1
	2
	3
	4
	5

	1
	2
	3
	4
	5

• Número de parejas Sexuales

- 1 a 2 parejas (1)
- 3 a 4 parejas (2)
- 5 a 6 parejas (3)
- >7 parejas (4)

Grupo de casos

Grupos de controles

	1
	2
	3
	4

	1
	2
	3
	4

- **Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual**

- SI (1)

	1
	2

	1
	2

- NO (2)

- **Uso prolongado de métodos anticonceptivos.**

- SI (1)

	1
	2

	1
	2

- NO (2)

- **Índice de Tabaquismo**

- SI (1)

	1
	2

	1
	2

- NO (2)

Anexo C. Factores de riesgo asociados al cáncer cervical hospital Hipólito Unánue (Lima), durante el periodo 2018

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- | Menos de | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 |
|--|-------------------------------------|
| 1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto? | () () () () () (X) |
| 2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema? | () () () () () (X) |
| 3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos? | () () () () () (X) |
| 4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión? | () () () () () (X) |
| 5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica? | () () () () () (X) |
| 6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras? | () () () () () (X) |

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?

.....

2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?

.....

3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?

.....

Fecha: 10-12-2021

Validado por: ...Dra. Magna Guzmán Avalos

Firma:

Anexo C. Factores de riesgo asociados al cáncer cervical hospital Hipólito Unánue (Lima), durante el periodo 2018

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- | Menos de | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 |
|--|------------------------------|
| 1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto? | () () () () () (X) |
| 2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema? | () () () () () (X) |
| 3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos? | () () () () () (X) |
| 4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión? | () () () () () (X) |
| 5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica? | () () () () () (X) |
| 6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras? | () () () () () (X) |

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?

.....

2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?

.....

3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?

.....

Fecha: 01-12-2021

Validado por: ...Dra. Consuelo Teresa Valencia Vera



 Dra. Consuelo Teresa Valencia Vera

Firma:

Anexo C. Factores de riesgo asociados al cáncer cervical hospital Hipólito Unanue (Lima), durante el periodo 2018

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- | Menos de | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 |
|--|-------------------------------------|
| 1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto? | () () () () () (X) |
| 2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema? | () () () () () (X) |
| 3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos? | () () () () () (X) |
| 4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión? | () () () () () (X) |
| 5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica? | () () () () () (X) |
| 6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras? | () () () () () (X) |

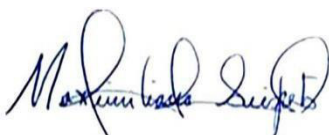
SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse? Está bien la cantidad
2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?
...Ninguna...
3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?

Fecha: 12-12-2021

Validado por: MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ (Dra. Planificación y Gestión)

Firma: ...



Anexo D. Historia del Hospital Hipólito Unanue

Es un Hospital Nacional que pertenece al Ministerio de Salud- MINSA, Creado en 1943, El Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra situado en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino, desarrollando su actividad dentro de la jurisdicción asignada por la Dirección de Salud Lima – Este como Hospital de Nivel III, cabeza de red de Lima - Este. Recibe en forma permanente pacientes referidos por los Hospitales, Centros y Postas de Salud de la jurisdicción que presentan problemas de alta complejidad en las diversas especialidades con que cuenta. Una muestra de ello, es el funcionamiento de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), para adultos y neonatos llegando anualmente a atender al interior del Servicio de Neonatología alrededor de 5,000 recién nacidos. El Hospital está ubicado en una zona estratégica, con grandes facilidades de acceso. Tiene un área construida de 15,161m², cuenta con 653 camas físicas de las cuales 621 camas funcionales a más distribuidas en los diversos pabellones con que cuenta; así como 28 camas en Emergencia. Atiende a una población de 1'200,000 personas procedentes de los Distritos de El Agustino, Ate - Vitarte, Santa Anita, La Molina, Cercado de Lima y a una población flotante cercana a las 850,000 personas del distrito de San Juan de Lurigancho. Tiene un helipuerto. Se ha efectuado un intensivo plan de capacitación de personal y una sistematización informática de los procesos del área administrativa, trabajando así para convertirse en el Hospital del Ministerio de Salud de más alta diversidad y complejidad de atención en el Perú. En el 2014, se ha puesto en funcionamiento la Planta Ecológica de Residuos Sólidos Hospitalarios, y culminado con el equipamiento del laboratorio de micobacterias el mismo que permite que el diagnóstico y tratamiento se puedan suministrar en el menor tiempo posible. (HNHU, 2019) <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>

Anexo E. Patologías confirmadas de la investigación

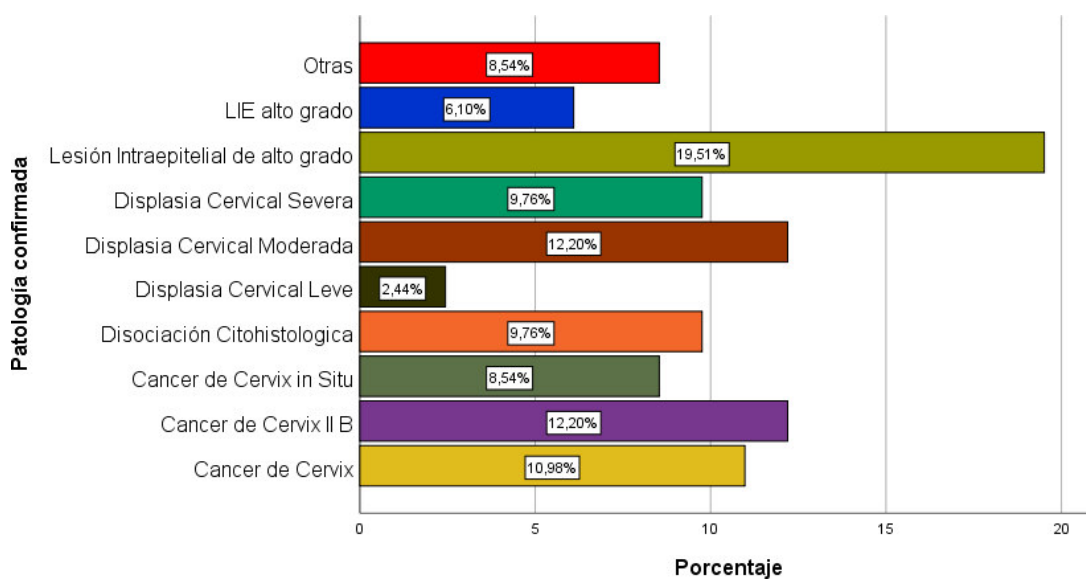
Tabla 16

Patologías confirmadas

Patología	n	%
Cáncer de Cervix	9	11.0%
Cáncer de Cervix II B	10	12.2%
Cáncer de Cervix in Situ	7	8.5%
Disociación Citohistologica	8	9.8%
Displasia Cervical Leve	2	2.4%
Displasia Cervical Moderada	10	12.2%
Displasia Cervical Severa	8	9.8%
Lesión Intraepitelial de alto grado	16	19.5%
LIE alto grado	5	6.1%
Otras	7	8.5%
Total	82	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Distribución porcentual de la patología confirmada de los pacientes



De la tabla 16 y figura 13, podemos observar que el 19.5% de los pacientes presenta Lesión Intraepitelial de alto grado, el 12.2% de los pacientes presenta displasia cervical moderada, el 12.2% presenta cáncer de cérvix II B y el 11% presenta cáncer de cérvix.