



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA DE ICA"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"DANIEL ALCIDES CARRION"



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. QUISPE QUINTANILLA, LUIS

ASESOR:

Dr. BENDEZÚ MARTÍNEZ ANDRÉS GUIDO

ICA-PERU
2020

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, quien es el guía que forja mi camino, dándome las fuerzas suficientes para levantarme de cada tropiezo, siempre está a mi lado me da la gracia de vivir y me ha puesto en este camino de servicio al necesitado.

A mi Madre Hilda Luz, quien siempre me brinda su amor, confianza, ha estado a mi lado en cada tropiezo y logro.

A los maestros y maestras que pusieron en mí no solo conocimiento académico, sino que además me enseñaron que un médico, es ser una persona culta; y citando las palabras que decían en honor al doctor español José Letamendi "Quien sólo sabe de medicina, ni de medicina sabe". Pero más que eso, me enseñaron que el médico deber ser el ejemplo en donde se encuentre, siendo así alguien humanitario y con predisposición a servir a quien lo necesite.

AGRADECIMIENTO

Mis agradecimientos van dirigidos a Dios, quien ha permitido que pueda llegar hasta donde estoy y me muestra el camino que debo seguir.

A mi madre, quien me ha forjado la persona que soy actualmente, siempre con su amor incondicional, formándome en valores, con reglas, sabiendo que siempre hay deberes que cumplir y siendo mi principal motivadora.

A mis hermanos y hermanas, quienes con sus consejos y apoyo constante me ayudaron a seguir el camino que he escogido. Dándome así, el mejor regalo que alguien puede recibir, la educación, citando a Nelson Mandela “la educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”.

A todas aquellas personas que pusieron su granito de arena de muchas maneras para ayudarme y permitirme seguir con mis sueños, cumpliendo mis metas.

INDICE

• RESUMEN	5
• INTRODUCCIÓN	10
• CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	12
1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	12
1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	24
1.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	39
1.2. BASES TEÓRICAS	42
1.3. MARCO CONCEPTUAL	67
1.4. MARCO FILOSÓFICO	69
• CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	71
2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	71
2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	72
A) PROBLEMA GENERAL	72
B) PROBLEMA ESPECÍFICO	72
2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	73
2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	74
A) OBJETIVO GENERAL	74
B) OBJETIVO ESPECÍFICO	75
2.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	75
A) HIPÓTESIS GENERAL	75
B) HIPÓTESIS ESPECIFICOS	75
2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	78
A) IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	78
B) OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	79
• CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	81
3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	81
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	81
• CAPÍTULO IV: TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	82
4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	82
4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	83
4.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	84
• CAPÍTULO V: CONTRASTE DE HIPÓTESIS	85
• CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSION RESULTADOS	87
6.1. PRESENTACION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	87
6.2. DISCUSION DE RESULTADOS	126
• CONCLUSIONES	129
• RECOMENDACIONES	131
• FUENTES DE INFORMACIÓN	132
• ANEXOS	137

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio transversal-retrospectivo, descriptivo. Que se realizó en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, en las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, atendidas durante el año 2017, por el servicio de ginecología y oncología. Se realizó la revisión de las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión, para luego llenar la ficha de recolección de datos confeccionada en base a los factores de riesgo. La muestra no probabilística, por conveniencia, estuvo conformada por 50 pacientes. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 25; asimismo, mediante la prueba de chi cuadrado, se determinó la significancia estadística, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se encontró que el carcinoma in situ fue prevalente, con 58%. El grupo etario entre los 35 a 44 años, más prevalente, con 26%. Los factores de riesgo fueron: antecedentes familiares 0%, el nivel de secundaria fue el que predominó 56%, asimismo, la ocupación que desempeñan más frecuente fue ama de casa con 68%. Solo el 12% consume tabaco. La menarquia fue frecuente entre los 10 a 12 años. Iniciaron su vida sexual entre los 15 a 17 años mayormente, con 64%. La mayoría tuvo 2 compañeros sexuales (60%). Solo el 2% tuvo ITS, siendo este herpes genital. La Multiparidad predominó, siendo el 82%. Presentaron abortos el 22% (12% 1 vez y más de 1 10%). El 22% uso anticonceptivo (14% preservativo, 6% inyectable y 2% DIU). Por último, el 62% se realizó el examen de PAP (44% 1 vez, 18% 2 veces).

CONCLUSIÓN: Se encontró significancia estadística solo en dos de los factores ginecologicos mencionados: edad de inicio de relaciones sexuales y frecuencia de realización de PAP.

PALABRAS CLAVES: cáncer de cérvix y factores de riesgo.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine what are the risk factors associated with cervical cancer in patients treated at the Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica year 2017.

MATERIALS AND METHOD: Transversal-retrospective, descriptive study. What was done in the Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, in patients diagnosed with cervical cancer, attended during 2017, by the gynecobstetrics and oncology service. The review of the medical records that met the inclusion criteria was carried out, and then filled out the data collection sheet based on the risk factors. The non-probabilistic sample, for convenience, was made up of 50 patients. For the statistical analysis the SPSS 25 program was used; also, by means of the chi-square test, the statistical significance was determined, with a level of significance of $p < 0.05$.

RESULTS: It was found that carcinoma in situ was prevalent, with 58%. The age group between 35 and 44 years, more prevalent, with 26%. The risk factors were: 0% family history, the secondary level was the predominant 56%, also, the most frequent occupation was a housewife with 68%. Only 12% consume tobacco. Menarche was frequent between 10 and 12 years. They began their sexual life between the ages of 15 and 17, with 64%. The majority had 2 sexual partners (60%). Only 2% had STIs, this being genital herpes. Multiparity predominated, being 82%. 22% had abortions (12% 1 time and more than 1 10%). 22% contraceptive use (14% condom, 6% injectable and 2% IUD). Finally, 62% had the PAP test (44% 1 time, 18% 2 times).

CONCLUSION: Statistical significance was found only in two of the gynecobstetric factors mentioned: age of onset of sexual intercourse and frequency of PAP.

KEY WORDS: cervical cancer and risk factors.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA AÑO 2017**

AUTOR:

BACH. QUISPE QUINTANILLA, LUIS

ASESOR:

DR. ANDRES GUIDO BENDEZÚ MARTÍNEZ

DOCTOR EN MEDICINA

MÉDICO GINECÓLOGO

INTRODUCCIÓN

Una de las patologías oncológicas muy frecuentes en las mujeres es el cáncer de cuello uterino, representando un problema de salud. Es así, que globalmente es el cáncer femenino más frecuente, sobre todo en países en vías de desarrollo. Cada año, aproximadamente 9 millones de personas en el mundo padecen cáncer y 5 millones mueren por su causa. (1) Situación similar en nuestro continente, donde el cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más frecuente en mujeres de países en vías de desarrollo, presentándose anualmente casi 68 000 nuevas pacientes con este tipo de cáncer. (2)

Nuestro país no es ajeno a esta tendencia epidemiológica, ocupando el tercer lugar de causa de muerte por cáncer en la población femenina. Asimismo, es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres). (3) Además, de acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). (4) Es decir, que representa una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por ende, un problema de salud pública (Ministerio de Salud-MINSA, 2017) (3)

Siendo un tipo de cáncer prevenible gracias a las distintas pruebas que se realizan dentro del tamizaje, y teniendo estrategias como “TAMIZAJE y TRATAMIENTO” o “VER Y TRATAR”, en el Perú existe una tasa muy alta de cáncer cervical. Aunque el examen de Papanicolaou (PAP) puede detectar las lesiones precancerosas, pocas mujeres lo realizan, debido a diferentes motivos ya sea por difícil accesibilidad geográfica, bajos recursos económicos, insuficiente material en los establecimientos de salud o simplemente desconocimiento de la importancia que tiene este examen. (2)

Por todo ello, resulta importante saber cuáles son los factores de riesgo para que se desarrolle el cáncer cérvix, en especial en la población de Ica, ya que no se cuentan con muchos trabajos de investigación sobre este tema. Siendo uno de los pocos estudios, los realizados en el Hospital Santa María del socorro, sobre factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino, y otro en relación a

la anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino; pero no siendo suficientes para reflejar la realidad de nuestra localidad. Es así, que este trabajo de investigación tiene por objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Asimismo, con esta investigación permitirá que, conociendo cuales son los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, las instituciones pertinentes desarrollen medidas para actuar sobre estos factores, previniendo el cáncer de cuello uterino, disminuyendo la elevada tasa y consecuentemente la mortalidad que de ello deriva.

CAPITULO I.-MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedentes internacionales

Castro P y Peña E. Solca – Cuenca, 2013 (5) realizaron un estudio descriptivo retrospectivo, en las áreas de ginecología y patología de Solca –cuenca Ecuador. Revisando las historias clínicas de los pacientes que asistieron a este servicio. De un total de 14 877 citologías revisadas durante el año 2011 y 2012, presentando alguna lesión premaligna o maligna un total de 1011 citologías. Se incluyeron historias clínicas de pacientes entre los 15 y 80 años de edad que acudieron a la consulta a quienes se les realizó el examen cervico uterino. Se excluyó las pacientes que tuvieron una muestra inadecuada o registros citológicos incompletos. Determinándose la frecuencia de los factores de riesgo detallados a continuación: inicio de vida sexual, compañeros sexuales, nivel de educación, estado civil e infección por VPH.

Del total de resultados positivos que representa un 6.79 %, el 0.53% presento lesiones malignas. Asimismo, en cuanto a los factores de riesgo se encontró mayor frecuencia en los siguientes: el grupo etario entre los 25 -64 años, la edad de comienzo de relaciones sexuales menores de 19 años, infección por virus de papiloma humano y el nivel de educación primaria. Siendo el carcinoma escamoso el que predomino en cada uno de estos, teniendo en cuenta solo las lesiones malignas. De todos los factores de riesgo mencionados, 3 son los que resultaron más frecuentes, nivel de educación con 40 casos, seguidos de inicio de la vida sexual y compañeros sexuales con 37 casos ambos.

Díaz Y. et al. Cuba, 2014 (6) Estudiaron a las mujeres pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 1 del Policlínico Docente "Tula Aguilera", del municipio Camagüey, desde septiembre a diciembre del año 2011. Estudio descriptivo observacional. En las historias clínicas de salud familiar estaban registradas 997 mujeres, siendo seleccionadas 191 por

el programa EPIDAT, mediante muestreo aleatorio. Teniendo como variables: edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, hábito de fumar, antecedentes de infección vaginal.

Se encontró que prepondero el grupo de edades entre 35-39 años con un 24,0 %, el 90,0 % comenzaron a tener relaciones antes de los 20 años, el 64,3 % tuvieron tres y más compañeros sexuales, 70,7 % padecieron de infección vaginal. Además de ello, la mayoría refirió infección vaginal, siendo las monilias y las trichomonas los gérmenes más frecuentes.

Cruz V. Guayaquil, 2015 (7) Investigación de características descriptivas, retrospectiva y transversal. En el que se estudió los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de cáncer cervicouterino, además de la relación entre las alteraciones citológicas que luego desarrollan cáncer con el virus del papiloma humano. Teniendo como población los pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino monitorizados por el Servicio de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Se establecido como objetivo identificar los factores de riesgo más frecuentes en el desarrollo de cáncer cervicouterino a través de la información obtenida en las historias clínicas y la base de datos. Para ello, compilo la información de 92 pacientes con cáncer cervicouterino monitorizados por el servicio de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón de enero del 2010 a diciembre del 2014.

El grupo etario con mayor frecuencia son las mujeres mayores de 40 años. Sobre los factores de riesgo se encontró los siguientes: multiparidad (55.43 %), inicio de vida sexual antes de los 15 años (53.26 %), infección por virus del papiloma humano (50.34%), número de parejas sexuales en toda su vida mayor a 4 (46.74%), consumo de tabaco (30.43%) (principal factor ambiental). Estableciéndose que el principal factor de riesgo es la falta de educación y control de la salud sexual. Por ello se debería informar a la población sobre cómo prevenir

el desarrollo de esta enfermedad y que siendo diagnosticado en etapas tempranas las alteraciones del epitelio cervicouterino, las probabilidades de reducir la mortalidad y mejor pronóstico, son mayores.

Domínguez J. Loja, 2015 (8) se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el barrio Capulí de la ciudad de Loja, durante el periodo comprendido entre abril-septiembre del 2014. El universo de este estudio es la población femenina que vive en el barrio capulí, que tengan vida sexual activa y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, siendo en total 51 mujeres.

Entre las características sociodemográficas de la población tenemos que la edad que predomina se encuentra en un rango de entre 23-33 años en 29%, de estado civil casadas en 67%, de ocupación amas de casa en 64%, y en cuanto a la escolaridad primaria completa en 29%.

Dentro de los factores de riesgo encontrados en la población estudiada los más importantes que se evidencian son: multiparidad en 64%, y la falta de uso de preservativo antes de tener relaciones sexuales con un 88%, lo que nos indica claramente que los mayores índices de las mujeres están susceptibles a la infección y propagación del virus papiloma humano. Asimismo, el 39% de mujeres si se han realizado una citología exfoliativa de cérvix en el rango de entre 1 a 2 años, mientras que un 29% nunca se la ha realizado.

Hernández M. Guayaquil, 2013-2015. (9) Investigación de características transversal y retrospectivo, realizado en el Hospital Especializado Abel Gilbert Pontón ubicado en las calles 29 y Galápagos al suroeste de la ciudad de Guayaquil provincia del Guayas – Ecuador. El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo de cáncer de cérvix uterino y la utilidad de las pruebas diagnósticas en pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo 2013-2015, mediante la

revisión estadística para disminuir la morbimortalidad Esta investigación comprende el periodo 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2015. Se realiza motivados por el problema de salud pública que representa el cáncer de cérvix.

La población de estudio fueron 100 pacientes con diagnóstico del cáncer de cérvix. De ellos se obtuvo que el cáncer cervicouterino afecta principalmente, al grupo de mujeres de 40 a 50 años, seguido de las mujeres de 50 a 60 años, también existe un gran porcentaje de mujeres jóvenes de 30 a 40 años, y las de más de 60 también les afecta este tipo de enfermedad (6%), y por ultimo está el grupo de mujeres que aún no presentan la patología de 20 a 30 (7%). En cuanto a la raza se obtuvo que existe una distribución por tipo de raza y en la que se registra mayor prevalencia es en la raza mestiza (32%) seguida de la raza blanca (28%) ambas razas las más vulnerables a este tipo de enfermedad, en tercer lugar, lo ocupa las mujeres de raza negra (22%), y por último la de otros tipos de raza (18%). Por ocupación el primer lugar lo ocupa las mujeres que trabajan fuera de casa (52%), en segundo lugar, las mujeres que estudian (12%), y las amas de casa (32%).

Por otro lado, el factor número uno a la presencia de esta problemática es la edad 37%, mientras que en segunda categoría queda la obesidad (33%), en tercer lugar, está el factor hereditario 20%, y otro factor que también se halla presenta a esta problemática es los problemas de fertilidad 10%. En cuanto a las pruebas diagnósticas eficaces para detectar a tiempo la presencia de cáncer cervicouterino, la primera es Examen pélvico 27%, seguido de la prueba Papanicolaou 23%, en tercer lugar, está la colposcopia 21%, la biopsia es otro método de diagnóstico que sirve para detecta malformaciones en las células (14%) la laparoscopia 11%, y la cistoscopia (4%).

Se concluyó que el adecuado control de los factores de riesgo mediante una prueba de diagnóstico ayudará a reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y de los índices de morbilidad y mortalidad a nivel local.

De la investigación realizada, los resultados evidencian aumento de mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix, sobre todo en el grupo etario de 25-39 años, en la consulta citológica inciden las edades entre 40 -59 años.

Asimismo, se encontró deficiencia en actividades promocionales. Por lo que un boletín informativo como material de apoyo y referencial para las actividades de promoción de salud, es necesario.

Pedreros M. Guayaquil, 2015-2016. (10) Investigación con el objetivo de establecer los factores de riesgo más frecuentes en las lesiones intraepiteliales cervicales en pacientes mayores de 30 años atendidas en el área de colposcopia de la consulta externa del Hospital Guayaquil periodo 2015-2016. De corte transversal, descriptivo y observación indirecta. Se observaron las historias clínicas de 100 pacientes (muestra). Obteniéndose del Papanicolaou (8%) ASCUS (50%) Lesión intraepitelial de bajo grado (24%) lesión intraepitelial de alto grado (3%) negativo para lesión intraepitelial y cáncer (15%). Con edad promedio de 50 años. Los factores de riesgo fueron: inicio de la vida sexual con una edad promedio de 17 años con una desviación estándar de 2,66 años con mayor frecuencia 28 (28%) en edades comprendidas entre 40-49 años y con menos frecuencia 16 (16%) en mujeres con edad mayor a 20 años, en cuanto a las gestas la mayor frecuencia 48 (48%) entre 3-4 gestas, con menos frecuencia 4 (4%) en nuligestas, se obtuvo una media de 4 gestas.

Se llegó a concluir que el factor de riesgo más frecuente en el inicio de vida sexual se encuentra en el rango de 17 a 18 años con un 37%, con una moda de 17 años, con el mínimo de 13 años y máximo de 23 años. Coincidiendo con diferentes estudios que hay mayor riesgo de tener lesiones intraepiteliales y con ello a desarrollar cáncer cervical en pacientes que tengan relaciones sexuales antes de los 17 años por el motivo de cambio metaplasico fisiológico que se produce en el cérvix a

esa edad y mayor riesgo de contraer malignidad y de poder desarrollar VPH.

En cuanto a la edad el rango más frecuente fue 40-49 años con un 28% con una moda de 52 años, en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos la mayoría 88% no utilizaban ningún método anticonceptivo debido a la mayor cantidad de mujeres postmenopáusicas, y a la menor cantidad con su 12% si lo utilizaban y de las cuales se encontraban en el rango de edad más joven 30-39 años con un 12%, siendo más frecuente el uso de métodos anticonceptivos orales. Y de las cuales el 7% se detectó LIEBG, los restantes se encontraron un 4% LIEAG y el 1% cáncer de aquellas mujeres que si utilizaban anticonceptivos. Esto demuestra que a pesar de la minoría que se encontró igual fue un factor de riesgo para desarrollar lesiones intraepiteliales.

En cuanto el número de gestas el más frecuente fue de 3 a 4 gestas con un 48% siguiendo en frecuencia 36% en pacientes con 5 gestas en adelante siendo el máximo de 10 gestas y el mínimo pacientes nuligestas con un 4%.

En cuanto a los antecedentes de enfermedad de transmisión sexual el 98% no mencionaban ningún antecedente, y 2% con VIH.

En todas las pacientes el tipo de lesión más frecuente fue LIEBG con un 50%, seguido de LIEAG con un 24%, Cáncer con un 15%, ASCUS CON UN 8% y por ultimo 3% negativo para lesión intraepitelial.

En cuanto a la relación del tipo de lesión con la edad es más frecuente 20% de LIEBG en pacientes con edad de 40-49 años, seguida con un 14% LIEBG con un rango de 50-59 años y con un 8% con cáncer en mujeres de 60 años en adelante.

La relación del inicio de vida sexual con el tipo de lesión el más frecuente fue con un 20% de 17 a 18 años en pacientes con LIEBG, seguidos con un 13% en pacientes de 13-16 años con LIEBG, 8% 13-16 años con LIEAG, pacientes con cáncer iniciaron su vida sexual a los 13-16 años con un 8% esto vuelve a demostrar el inicio de vida sexual a temprana edad compromete daño en el epitelio cervical y por ende a desarrollar cáncer.

Se concluyó que si existe relación entre los diversos factores de riesgo con las lesiones intraepiteliales.

Cordero J y García M. La Habana, 2015. (11) Investigación de casos y controles de características analíticas y retrospectivas. Motivada porque, en Cuba, a pesar de existir un programa de detección precoz, el cáncer de cérvix ocupa el tercer y cuarto lugar en incidencia y en mortalidad del tercero al quinto, siendo un problema de salud. El lugar de realización fue el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”, desde enero del 2011 hasta diciembre 2012. Estableciéndose el objetivo de relacionar diferentes factores de riesgo de cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres, con el resultado de su citología.

Se estudiaron a 500 pacientes de la consulta con patología de cérvix y la misma cantidad de mujeres con citología negativa (grupo control), con la misma edad. Teniendo como variables de investigación fueron: las relaciones sexuales con la menstruación y contra natura, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, de partos y abortos provocados, de parto en la adolescencia, utilización de anticoncepción oral, hábito de fumar y la susceptibilidad genética. En las que se comprobó relación de estas y la citología cervical alterada.

Cordero J y García M. Mayabeque, Cuba, 2015. (12) Estudio de casos y controles, de características retrospectivas y analíticas. Realizado en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”, desde enero de 2011 a diciembre de 2012. Ya que en Cuba el número de fallecimientos por cáncer de cérvix desde el 2009 a la fecha de realización de este trabajo está por encima de 400. Por ello, se plantea como objetivo relacionar los factores de riesgo para el cáncer Cérvico-uterino con el resultado de algunas citologías alteradas en un grupo de mujeres.

Se estudiaron a 500 pacientes de la consulta con patología de cérvix y la misma cantidad de mujeres con citología negativa (grupo control), con la misma edad. Teniendo como variables de investigación: relación sexual durante la

menstruación y/o contra natura, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedentes obstétricos, hábito de fumar, uso de anticoncepción oral y susceptibilidad genética.

Se determinó que existe una importante relación entre los factores de riesgo y la alteración citológica. Así, tenemos que, Al unir dos formas de relación sexual (durante la menstruación y el coito anal), el riesgo se eleva al 6,0 de tener una citología alterada presentándose en el 48,7 % I. Si se tiene antecedente de al menos una ITS el riesgo es de 6,7 de citología alterada. Además, del hábito de fumar que se reporta como factor de riesgo.

Malagon L. et al. La Habana del Este, 2015. (13) Investigación retrospectiva, acerca las lesiones premalignas y el cáncer Cérvico uterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a estas patologías en el Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera" perteneciente al municipio La Habana del Este. Cuyo objetivo es describir los factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Este estudio se llevó a cabo entre enero de 2008 a diciembre de 2010 comparado con el periodo de enero de 2011 a diciembre de 2013.

Con muestra conformada por 115 pacientes con citología alterada. en el 2008-2010 y las 193 de 2011-2013. Los que salieron del Universo formado por mujeres mayores de 25 años, a quienes se le realizo prueba citológica, siendo 3561 en el primer periodo y 7572 en el segundo. Siendo las lesiones premalignas: neoplasias intraepiteliales o intracervicales - NIC I, II y III o carcinoma *in situ* –CIS y como carcinoma invasivo a todas las pacientes con diagnóstico citológico de carcinoma invasivo.

La alteración citológica más frecuente fue la neoplasia intraepitelial cervical I (44,3 %) en el periodo 2008-2010, de igual manera el 2011-2013 con el 63,2 %. Los antecedentes obstétricos de mayor frecuencia fueron la multiparidad y el aborto. Además, predominan las mujeres con más de 4 compañeros sexuales, 93 casos (80,9 %).

Concluyendo, que el porcentaje de lesiones premalignas y de cáncer cérvicouterino fue bajo. La neoplasia intraepitelial cervical I es la alteración citológica más frecuente. Entre los 25-39 años es más frecuente las citologías positivas. La multiparidad y el aborto son los antecedentes obstétricos más frecuentes. Las relaciones sexuales en edades tempranas (primera relación sexual antes de los 20 años) aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. Poseen mayor riesgo de cáncer cervicouterino las mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales y mantienen relaciones sin protección. Alta Alamar fue el consejo popular con mayor incidencia de mujeres con citologías anormales.

Cabrera I. et al. Granma, Cuba, 2016. (14) Investigación tipo de casos y control, de características analíticas. Realizada ante el problema de salud pública que representa el cáncer de cuello uterino (CCU), pues es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres, asimismo es la causa más frecuente de muerte en países en desarrollo y más aún en América Latina y el Caribe. Es así que, se plantea el objetivo de identificar los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer Cérvico uterino en féminas. El lugar de estudio es el área de salud del policlínico de Santa Rita, del municipio Jiguaní, provincia Granma, entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014.

A partir de una plantilla de recolección de datos aplicada a los pacientes y la historia clínica se obtuvo los datos de las 50 mujeres mayores de 25 años con diagnóstico de la patología, las que conformaron la muestra. Para establecer la relación entre el factor de riesgo y la patología.

El riesgo de CCU es 9 veces mayor en mujeres con antecedentes familiares de cáncer en comparación con la que no tenían antecedente. Es 5 veces mayor en mujeres que consumieron al menos un cigarrillo diario y hubiera fumado al menos por 6 meses que aquellas que no fumaron. Es 3 veces mayor en féminas cuya menarquia fue antes de los 12 años. El valor del OR mayor a 1 en cuanto al inicio de la vida sexual antes de los 17 años, lo constituye como factor de riesgo. Asimismo, el

contacto sexual con 3 o más compañero del sexo opuesto, se convirtió en un factor de riesgo, pero significativo, al realizar el análisis univariado, de igual manera edad del primer parto antes de los 18 años y el uso de anticonceptivos orales. Además de ello, se confirma que la multiparidad, el tipo de parto, las infecciones de transmisión sexual, en la muestra de estudio no se asocian con la aparición de CCU, al obtener valores de OR inferiores a 1.

Bautista L. et al. Manzanillo, Granma, 2016. (15) Estudio realizado entre octubre de 2013 y marzo de 2014. De tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. El cual es motivado por el alto porcentaje de mortalidad por cáncer de cuello uterino, siendo a nivel mundial la segunda causa en mujeres y la principal en países en vías de desarrollo. Por ello, se estableció el objetivo de describir los factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino presentes en las adolescentes que asisten a la consulta de patología de cuello del Hospital “Fe del Valle Ramos”.

Se elaboró una encuesta en base a 14 preguntas cerradas y de selección múltiple, que permitieron obtener información de 64 adolescentes que asistieron a la consulta por primera vez, quienes constituyen la población de estudio. Asimismo, esto permitió adquirir conocimiento sobre las variables: edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, empleo métodos anticonceptivos, interrupciones de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

El 85.9 % de adolescentes inicio su vida sexual previo a los 16 años. Tuvieron más de un compañero sexual el 65.7 %. No usan ningún método anticonceptivo sistemáticamente, el 100 %. Se realizaron alguna interrupción el 62.5 %. Además, presentaron infección de transmisión sexual el 31.2%, sobre todo por el virus de papiloma humano siendo el 26.5 %.

Se concluyó que la mayoría de los adolescentes inician su vida sexual antes de los 16 años, tuvieron más de un compañero sexual; se realizaron alguna interrupción de embarazo y no usan métodos anticonceptivos de

forma sistemática. Asimismo, un tercio de las encuestadas presento alguna infección de transmisión sexual, a predominio de virus de papiloma humano.

Armenteros E. et al. Cienfuegos, Cuba, 2016. (16) Investigación de casos y controles, de características analíticas. Motivada por la alta mortalidad por cáncer de cérvix, constituyendo la segunda mundialmente. El periodo de realización fue desde noviembre del 2013 hasta noviembre 2014. Estableciéndose el objetivo de determinar los factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales en el municipio Cruces.

Mediante encuestas y revisión de historias clínicas se recolecto los datos. El grupo de casos lo conformaron 34 féminas, mientras que el de control 64 mujeres.

Se encontró que las féminas con neoplasias con edad inferior a 25 años, fue 56.2 %. Asimismo, se hallaron diferencias significativas que relacionan las neoplasias con relaciones sexuales precoces, infecciones de transmisión sexual por papiloma virus, los condilomas planos y la ingestión de anticonceptivos orales. Así como, antecedentes de múltiples compañeros sexuales.

Los factores de riesgo que presentaron asociación con las neoplasias intraepiteliales de cérvix fueron: inicio temprano de relaciones sexuales, sobre todo antes de los 15 años, múltiples compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual y la ingestión de anticonceptivos orales por más de 5 años.

Jaramillo M. Loja, 2017. (17) Realizo un estudio prospectivo, descriptivo, analítico, transversal, cuanti- cualitativo. El objetivo en este estudio es analizar los principales factores que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 45 años que laboran en el mercado Pequeño Productor de Loja en el periodo mayo - octubre del 2016. Motivados por que en Solca Loja el cáncer de cérvix, continúa ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad dentro de los tumores femeninos. 75

féminas fue la muestra. La que se obtuvo de un universo de 184 mujeres que laboran en el establecimiento ya mencionado. Mediante encuestas se recolectaron los datos.

De las 75 mujeres objeto de estudio, de acuerdo a la edad un 37% se halla entre las edades de 41-45 años y una minoría con el 13% en las edades de 31-35. Referente al comienzo de actividad sexual con la edad el 75% se presenta En las edades de 13-18 años un 20% en las edades de 19-25 años, un 4% en las edades de 26-31 años y el 1% en mujeres mayores de 32 años. En lo referente al número de parejas sexuales el 99% de mujeres encuestadas tienen de 1-3 parejas sexuales, y el 1% de 4-5 parejas sexuales. En las 75 mujeres encuestadas se puede determinar que el 73% no presenta sangrado al momento del acto sexual y un 27% refiere presentar sangrado en el acto sexual. En lo referente a la multiparidad el 72% de mujeres encuestadas tienen entre 1-3 hijos; el 21% de 4-6 hijos, el 4% no tienen hijos y el 3% tienen más de 6 hijos. Referente a la presencia de alguna ETS el 45% de mujeres no presentan una enfermedad de transmisión sexual, el 40% presenta una enfermedad de transmisión sexual y el 15% desconoce presentar alguna enfermedad de transmisión sexual. Referente a la presencia de VHP el 67% de mujeres encuestadas no presentan VHP el 19% presenta VHP y el 15% desconocen saber si presentan VHP. Referente al uso de condón tenemos que de las 75 mujeres encuestadas el 58% no usan condón como medio de protección y un 42% si lo utilizan.

Se concluye lo siguiente: los principales factores que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el Mercado Pequeño Productor De Loja en el periodo 2016 son: múltiples parejas sexuales, Inicio temprano de su primera relación sexual, numerosos hijos, enfermedades de transmisión sexual y coitorragia. Además, es alarmante conocer, que las mujeres que laboran en esta unidad, presentan el VHP, manteniendo relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos de barrera como lo es el condón y aún más preocupante es saber que estas mujeres no se han realizado un examen citológico en su vida, como lo es el Papanicolaou.

Montesino J. et al. Miranda, Venezuela, 2017. (18) Investigación que se ejecuta ante las diversas repercusiones del cáncer de cérvix para la población femenina mundialmente, sobre todo países subdesarrollados. Planteándose como objetivo identificar los factores de riesgo biológico y de comportamiento asociados a resultados citológicos anormales. Estudio de tipo descriptivo observacional.

Los datos de las 872 féminas con citología anormal, que conformaron el universo, se obtuvieron del tarjetero de citología y un formulario diseñado en base a los objetivos establecidos, el que se aplicaba en las consultas de patología de cérvix. Todo ello se realizó en el Laboratorio de Citodiagnóstico de la Misión Barrio Adentro en el Estado Miranda durante el año 2015.

Los resultados obtenidos fueron: Grupo etario de 35 a 44 años, fue el más frecuente con 45 %, 61.6 % presento antecedentes familiares de cáncer, multíparas 74.9 %, 70.9 % antecedente de infección genital, siendo por virus de papiloma humano el 58.5 %, 62.5 % presento promiscuidad. Asimismo, la neoplasia cervical grado II, fue la que predominó con 46 %.

Concluyéndose que se estableció relación entre antecedentes de cáncer y multíparas entre 35 y 44 años con resultados citológicos anormales.

1.1.2 Antecedentes nacionales

Gómez J. Trujillo, 2013. (19) Realizo una investigación de casos y controles. Por qué en el Perú se incrementó la cantidad de pacientes con cáncer de cérvix en 31 %. Es así que, se planteó como objetivo determinar si la multiparidad, el uso de anticonceptivos orales, la primera relación sexual en la adolescencia, el tabaquismo, los múltiples compañeros sexuales y el bajo grado de instrucción están asociados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino en mujeres que son atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Se inició con la firma del consentimiento informado, voluntariamente, para luego obtener los datos necesarios por un cuestionario, mediante una entrevista. Por cada caso se escogieron 4 controles.

El número de partos, inicio de actividad sexual en la adolescencia, el haber tenido parto en esta etapa y con el bajo grado de instrucción aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. No siendo así con el uso de anticonceptivos orales y con la presencia de múltiples compañeros sexuales.

Se concluyó que en cáncer de cérvix el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, el parto en la adolescencia, la multiparidad y el bajo grado de instrucción son factores de importancia.

Carranza V, Nacimiento F y Vásquez C. Iquitos, 2014. (2) Realizaron un estudio no experimental de tipo descriptivo correlacional, transversal. Teniendo por objetivo determinar los factores predictores del cáncer cervical en las mujeres atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto. Motivados por que en el Perú se observan 5400 nuevos casos cada año, lo que representa un alto índice de incidencia en relación con otros países a nivel mundial. Además de ello, a nivel regional, en el año 2006 se reportaron 538 nuevos casos de cáncer cervical; en el 2007, 2008 y 2009 se reportaron 473, 510 y 422 nuevos casos respectivamente; sin embargo, en los años 2010,2011, 2012 y 2013 se han reportado 1046, 1069, 1090, 1143 nuevos casos de cáncer cervical, revelando una alta tendencia a seguir incrementándose con el pasar de los años lo que representa un grave problema de salud pública.

Las 82 féminas con diagnóstico de cáncer de cérvix atendidas por el departamento de oncología a quienes se le aplicó cuestionario sobre factores predictores, así como visitas domiciliarias; conformaron la muestra.

Se encontraron como factores predictores de cáncer de cérvix: edad e entre 31 y 60 años (66.2 %); con 38 años en promedio, el 58.8% tiene pareja; el 50% cuenta con ingreso mensual entre 750 y 1500 soles (1040 soles en promedio), inicio de relaciones sexuales antes de 18 años (86.8 %); usó métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más (77.9%);, 2 a más parejas (75%), de 0 a 3 hijos (86.8%); menos de 1 aborto (94.1%); periodo intergenésico menor a 2 años (57.4%).

Se concluyó lo siguiente: Que del 100% (68) mujeres con cáncer cervical atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, el 66.2% (45) tenía entre 31 y 60 años con 38 años en promedio; el 58.8% (40) de las mujeres tienen pareja. Con respecto al ingreso económico de las mujeres en estudio el 50% (34) tiene ingresos que fluctúan entre 750 a 1500 soles siendo el ingreso económico promedio 1040 soles. Por otro lado, el 86.8% (59) se han iniciado sexualmente siendo menores de edad; también se observa que el 77.9% (53) uso métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más. A su vez se observa que el 75% (51) respondieron que tienen mayor número de parejas sexuales. Con respecto al número de hijos de las mujeres en estudio el 86.8% (59) tienen menor número de hijos (de 0 a 3), el 94.1% (64) manifestaron que han tenido menor número de abortos (de 0 a 1) y el 57.4% (39) presentan un espacio intergenésico inadecuado. Asimismo, Los factores que predicen la aparición del cáncer cervical son: edad (psig=0.001), el tiempo de uso de métodos anticonceptivos hormonales (psig=0.045), ingreso económico (psig=0.048), número de hijos (psig=0.032) y el espacio intergenesico (psig=0.009).

Fernández C e Izaguirre E. Chimbote, 2014. (20) El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, reporto en el 2011 que el cáncer de cérvix ocupó el primer lugar en Perú en casos atendidos desde el 2000 al 2009. Es por ello, que se inició esta investigación de corte transversal, descriptiva. Estableciendo como objetivo determinar los

factores de riesgo socioeconómico y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino.

Se recolectaron los datos mediante un cuestionario a 115 féminas entre 10 y 34 años del H.U.P "Luis Alberto Sánchez". Para luego procesarse en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS 18.

Los resultados fueron: tienen un ingreso menor al mínimo vital (68.6%), presenta grado de instrucción primaria (57.1 %), son amas de casa (74.3%) y no consumen tabaco (71.4%) (factores socioeconómicos). Asimismo, entre los 14 y 19 años iniciaron vida sexual (68.6%), tuvieron 2 compañeros sexuales (62.9 %), no tuvieron infecciones de transmisión sexual (71.4%), tuvieron más de 3 partos (68.6%), uso anticonceptivo oral (65.7%) y no recibieron vacuna contra el virus del papiloma humano (97.1%) (factores ginecobstetricos). Además, el 28.5 % tiene riesgo bajo, 31.4% mediano riesgo y 40% alto riesgo de presentar cáncer de cérvix.

Concluyéndose que la población de estudio, la mayoría, tiene riesgo de cáncer de cérvix.

Conde A. Lima, 2014. (21) El cáncer de cérvix en el Perú representa la primera causa de muerte en féminas y en Lima luego del cáncer de mama es la segunda. Por ello, comenzó este estudio retrospectivo de casos y controles. Estableciéndose el objetivo de determinar factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil. Ello, en el Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013.

La muestra lo integran las 118 historias clínicas examinadas de mujeres en edad fértil. Las que se obtuvieron de una población de 248 mujeres con resultados de Papanicolaou en el Hospital "María Auxiliadora", (julio y agosto del 2013). Se usaron χ^2 y OR como pruebas estadísticas.

Obteniéndose como resultados que como factor asociados significativamente al riesgo: *antecedente familiar* [χ^2 7.07 p=0.0081

OR 4.0186 IC 1.3631-11.8472]; *consumo de tabaco* [chi2 9.84 p=0.0017 OR 4.0729 IC 1.6384-10.1249]; intervalo entre las tomas de PAP, mayor de dos años [chi2 32.20 p=0.0000 OR 14.688 IC 5.1311-42.0454]; *motivo de estudio* por control médico [chi2 4.28 p=0.0386 OR 2.2019 IC 1.0366 -4.6774]; *edad de primera relación sexual*, entre los 14 a 16 años [chi2=16.14 p=0.0001 OR 5.1717 IC 2.2515-11.8797]; infecciones de transmisión sexual, *la presentaron en los últimos cinco años* [chi2=33.54 p=0.0000 OR 11.70 IC 4.78–28.64]; presencia del Papiloma Virus Humano [chi2=19.51 p=0.0000 OR 27.55 IC 3.5436-214.1917], de dos a cinco partos [chi2=10.81 p=0.0010 OR 3.8347 IC 1.683-8.7372]; *edad del primer embarazo* entre los 14 y 24 años [chi2=7.25 p=0.0071 OR 2.9032 IC 1.3203-6.3839]; *usuarias anticonceptivo hormonales* [chi2=25.44 p=0.0000 OR 7.8961 IC 3.3933-18.374], de *tipo oral* [chi2=10.02 p=0.0015 OR 0.1542 IC 0.0449 -0.5293]; y con tiempo de uso mayor de cinco años [chi2=10.46 p=0.0012 OR 14.8085 IC 1.8575 - 118.0589].

Se encontró asociación significativa de riesgo el tener antecedente familiar de cáncer de cuello; el consumo de tabaco; intervalo entre las tomas de Papanicolaou mayor a dos años; el solicitar el estudio PAP por solicitud médica; la primera relación sexual entre los 14 a 16 años; la presencia de ITS en los últimos 5 años y en los tipos de ITS tenemos al Papiloma Virus Humano y el Condiloma Acuminado; tener más de dos partos; haberse embarazado a edades tempranas, entre los 14 a 19 años; el uso de anticonceptivo hormonales, de tipo oral (píldoras) por más de tres años.

De igual manera, se halló asociación significativa de protección al riesgo, precisamente la edad fértil entre 25 años a 35 años; el intervalo anual entre las tomas; inicio de primera relación sexual entre las edades de 25 a 29 años; una sola pareja sexual; no tener ningún tipo de infección de transmisión sexual; presentar sólo un parto; y edad del primer embarazo entre 25 y 34 años; y, finalmente el tiempo de uso de método hormonal, menor a un año.

Jacobo S, Janeiro C y Rodríguez L. Iquitos, 2015. (22) Investigación de diseño no experimental, correlacional, retrospectivo y método cuantitativo. Realizada por el alto porcentaje de cáncer de cérvix en nuestro país, en el que 80 % de la población femenina estarían propensas a desarrollarlo. Además de que, en Loreto la Dirección Regional de Salud, encontró que de 147 casos de cáncer el 48 % era de cérvix y durante el primer semestre del año 2015 de los 60 casos de cánceres diagnosticado, 38% (23) pertenecen a cáncer cervicouterino en mujeres entre 20 a 64 años. Es así que, el objetivo fue determinar la asociación entre los factores de riesgo y cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015.

Se revisaron 70 historias clínicas de féminas con diagnóstico de cáncer de cérvix. Para luego aplicar una ficha en la que se registraba los factores de riesgo y cáncer cervicouterino; pero no fue validado, ya que registraba información existente de un documento formal. Se procesó la información obtenida mediante el programa SPSS versión 22 para Windows XP. Estableciéndose un nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p < 0,05$).

Se obtuvo que el primer parto antes de los 20 años se encontró en el 54.1% de los casos, paridad baja (57.1%), no abortos (70%), antecedentes de cáncer de cérvix no lo presentaron 71.4%. En cuanto a los grados de cáncer de cérvix: grado I (60%), grado II (24.3%), grado III (11.4%), grado IV (4.3); al asociar factores de riesgo y cáncer cervicouterino, se obtuvo relación estadística significativa entre aborto y cáncer cervicouterino ($p = 0,013$; $p < 0,05$) y entre antecedente familiar y cáncer cervicouterino ($p = 0,0000$; $p < 0,05$), y que no existe relación estadística significativa entre edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,549$; $p > 0,05$) y entre número de hijos y cáncer cervicouterino ($p = 0,140$; $p > 0,05$).

Pérez R y Toribio D. Iquitos, 2015. (1) Realizaron una investigación descriptiva, observacional, prospectiva, longitudinal de corte transversal y correspondiente a un diseño analítico correlacional. Ello fue motivado por que el cáncer de cérvix representa la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina en nuestro país. Siendo el objetivo conocer la asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer cervical de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García Iquitos -2014.

Mediante un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas se recogieron los datos referenciales de 153 pacientes (muestra), además de ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

Se encontró a 58 pacientes con resultado positivo de PAP y 95 pacientes con resultado negativo. Con una edad promedio de diagnóstico de 33 años. De los resultados positivos: tenían tres o más compañeros sexuales (56.9%), iniciaron su primera relación sexual antes de los 18 años (31.4%), los compañeros sexuales tenían ocupaciones elementales (26.8%), infección por VPH, 20.3%, de las el de las enfermedades de transmisión sexual, multíparas (29.9%) , con 2.40 de promedio de partos vaginales; no usaron métodos anticonceptivos (48.3%), procedentes de Iquitos (48.3%), son de zona urbano marginal (29.9%), tienen como grado de instrucción primaria (17.6%), son amas de casa (29.4 %); son convivientes (53.4 %). De los resultados negativos: tenían tres o más compañeros sexuales (33.7%), iniciaron su primera relación sexual antes de los 18 años (48.8%), los compañeros sexuales tenían ocupaciones elementales (47.1%) multíparas (39.2%), 2.41 de promedio de partos por vía vaginal, no usaron métodos anticonceptivos (48.3%), procedentes de Iquitos (42.1%), habitan zona urbano marginal (5.2%), tienen como grado de instrucción primaria (18.3%), son amas de casa (49.7%); son convivientes (60%).

Con un valor de $p < 0.05$, se concluyó que los factores asociados al cáncer cervical en la dimensión conducta sexual son: la cantidad de compañeros sexuales, ocupación del compañero sexual y el PVH como enfermedad

de transmisión sexual. En la dimensión socioeconómica fueron la zona de residencia y el grado de instrucción de las pacientes.

Cosser M. Lima, 2015. (23) Investigación de diseño no experimental, tipo cuantitativo, analítico, observacional, retrospectivo de corte transversal. Que es realizado debido a los valores alarmantes de cáncer de cuello uterino; en donde los últimos 5 años se detectaron en Lima 2000 casos; presentando solo en el 2014, el 2.9 % con anomalías del total de 44023 citologías. Planteándose como objetivo identificar los factores asociados a la citología anormal del cérvix en la Liga Contra el Cáncer Lima-Perú, 2010-2014, determinando la prevalencia de la citología anormal asociada a las características socio demográficas de las pacientes.

En este estudio se tomó como población total a todas las pacientes que tuvieron el examen citológico de Papanicolaou en La Liga Contra el Cáncer, Lima, Perú en 2010-2014 que hacen un total de 216 604, y tomando en cuenta el factor de exclusión como aquellas en las cuales la prueba citológica fue inadecuada para el estudio (10 401) queda para estudio 206 203 citologías. El instrumento de recolección de datos fue una ficha confeccionada a partir de la ficha - historia clínica de cada paciente.

Se encontró que la prevalencia de citología anormal fue de 1.8%. En donde el 3.06% de las pacientes entre de 15 a 24 años tuvieron citología anormal, a predominio de lesión intraepitelial de bajo grado (3,04%). Además, las edades entre 35 y 49 años presentaron lesión intraepitelial de alto grado (0.34%). Los factores de riesgo para citología anormal fueron: inicio precoz de relaciones sexuales (13 a 15 años), 3 a más compañeros sexuales y nivel socioeconómico bajo.

En conclusión, en la Liga Contra el Cáncer Lima-Perú entre el 2010-2014, se estudió, 206 203 citologías de cérvix y se encontró 3,014 citologías anormales, lo que representa 1,80% de prevalencia de citología anormal, en los últimos dos años 2013 y 2014, esta prevalencia fue de 2,51% y 2,93% respectivamente. El número de pacientes continuadores ha ido

umentando en los últimos dos años en un 30% para el 2013 y 32% para el 2014; encontrando menor porcentaje de citología anormal en éstos, en relación a los que tuvieron citología por primera vez (1,84% con un $p = 0.014$); además se encontró el mayor porcentaje de citología anormal (3,06%), en el rango de edad de 15 a 24 años, siendo esta anomalía, LEI BG 3,04%, y el mayor porcentaje de citología anormal de LEI AG, en el rango de edad de 35 a 49 años (0,34%), concluyéndose como población objetiva el rango de edad de 25 a 49 años.

Se identificó como factores asociados a esta citología anormal:

- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad (13 a 15 años) con una prevalencia de citología anormal de 2,63% ($p = 0.001$).
- Número de parejas (p) sexuales (1 p, 2 a 3 p y más de 4 p) con una mayor prevalencia de citología anormal cuando mayor era el número de parejas. ($p = 0.001$).
- En cuanto al estado civil y el tipo de ocupación, las casadas y las de ocupación su casa, presentaron el menor porcentaje de prevalencia de citología anormal. ($p = 0.001$).
- En cuanto al grado de instrucción cuanto mejor fue éste nivel, menor fue la prevalencia de anomalía citológica. ($p = 0.027$).

En cuanto al lugar de procedencia, esta variable se correlacionó con la tabla del APEIM por zonas distritales, para establecer el nivel socio económico (NSE), y se encontró, mayor prevalencia de citología anormal cuando menor era el NSE (D, E) y menor prevalencia de esta citología cuando mejor era el NSE (A, B), de igual forma se aprecia esta correlación cuando se adapta el mapa del nivel de pobreza distrital de Lima Metropolitana del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del 2013, con la citología anormal de este estudio, donde la mayor parte de distritos con más porcentaje de pobreza tenían también altos índices de prevalencia de citología anormal.

Arotoma M. et al. Huaraz, 2015. (24) Realizo un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo; epidemiológico de casos y

controles. Motivado por la elevada incidencia de cáncer de cuello uterino, ocupando el tercer lugar en féminas, sobre todo en países en vías de desarrollo. Siendo el objetivo determinar los factores de riesgo para anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en los establecimientos de salud: Hospital Víctor Ramos Guardia, Centros de Salud: Huarupampa, Nicrupampa y Monterrey, de la Provincia de Huaraz, 2013.

Luego de firmar el consentimiento informado, las muestras se procesaron en el laboratorio de patología, quien informo sobre los resultados según el sistema de BETHESDA. Es así que se obtuvo la muestra conformada por 65 mujeres con anormalidades citológicas (caso) y la misma cantidad sin anormalidades (control) La muestra estuvo constituida por 65 mujeres con anormalidades citológicas del cuello uterino (casos). Los datos obtenidos se procesaron en SPSS 20.0.

Se identificaron las siguientes anormalidades citológicas: 35,4% (23) ASCUS, LEI-BG: 27,7% (18), LEI-AG: 18,5% (12) y PVH: 18,4% (12). Además, los siguientes factores de riesgo: edad de inicio de vida sexual \leq de 18 años, primer parto \leq de 18 años, gran múltipara \geq de 5 partos, parejas sexuales \geq de 2, sin estudio citológico y exposición a método anticonceptivo oral \geq 5 años.

Concluyendo que se detectaron en 35.4% células escamosas de significado indeterminado en mujeres de 20-29 años, seguido de LEI-BG en 27,7% de 30-39 años, LEI-AG en 18,5% de 40-49 años y PVH en 18,4% de mujeres cuyas edades correspondieron al rango de 30-39 años. No se logró detectar ningún caso de cáncer al cuello uterino.

Amaro S. Juliaca, 2016. (25) El cáncer de cuello uterino representa un problema de salud pública, con aumento progresivo de su incidencia, constituyendo la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. Ante esta problemática se inicia este estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Con el objetivo de Identificar los factores que influyen en el riesgo en el cáncer de cérvix en mujeres que acuden al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el año 2015.

El tamaño de nuestra población en el presente estudio de investigación está comprendido por las pacientes con cáncer de cérvix que acuden al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno durante el año 2015, que son 50. Se registraron los datos en una ficha de recolección de datos. Se registraron los datos encontrados en la historia clínica como son los antecedentes de cada paciente como la edad, número de parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos orales, enfermedades de transmisión sexual y paridad.

En cuanto a los resultados De las 50 pacientes se observó que el 32% tienen una edad en la categoría de 34 a 42 años, las cuales presentan cáncer de cérvix en estadio IA, IB, IIA y IIB con 10%, 10%, 6% y 6% respectivamente. También el 28% tiene una edad comprendida entre 43 y 51 años, de los cuales presentan cáncer de cérvix en estadio IIA, IIB, IA y IB con 12%, 12%, 2% y 2% respectivamente. Por otro lado, el 16% tiene una edad comprendida entre 52 y 60 años, las cuales presentan cáncer de cérvix en estadio IIB, IIA y III con 10%, 4%, y 2% respectivamente. El 8% tiene las edades entre 25 a 33 años, todas presentan cáncer de cérvix en estadio IA. El 8% tiene la edad entre 61 a 70 años, las cuales presentan cáncer de cérvix en estadio IIB, IIA con 6%, y 2% respectivamente. El otro 8% tiene la edad entre 79 a 88 años, las cuales presentan cáncer de cérvix en estadio III, IV con 4%, y 4% respectivamente. Al respecto no existe ninguna paciente en el rango de 70 a 78 años de edad. Cabe indicar también, que los pacientes con cáncer de cérvix estadio IIB representan el 34%; el estadio IIA con 24%, el estadio IA con 20%, el estadio III con 6%, el estadio IV con 4%.

En este estudio se identificó los factores que influyen en el riesgo en el cáncer de cérvix en mujeres que acuden al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el año 2015 y estos son: la edad, el número de parejas sexuales, el uso de anticonceptivos orales y la paridad (número de gestaciones) que resultan estadísticamente significativos con un nivel de significancia de $p: 0.000$, $p: 0.000$, $p: 0.005$ y $p: 0.000$ respectivamente.

Carrasco C y La Chira C. Lima, 2016. (4) Investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal. Que se realizó motivada, por el problema que representa el cáncer de cérvix, siendo un problema de salud pública. Por

ello, se estableció como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo del cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

Mediante una ficha de recolección de datos, dividida en 3, se obtuvo la información de las historias clínicas de 65 pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Se utilizó el SPSS versión 21.

Se encontró que predominó la etapa adulta (66.2%). El número de parejas sexuales fue 2 a 3 parejas en la etapa adulta con (53.8%). El último PAP realizado (40 %) no se ha realizado hace ≥ 5 años siendo frecuente en la etapa adulta. El inicio de relaciones sexuales fue a los 15 a 17 años con mayor frecuencia en la adultez siendo (35.4%). La paridad (80%) con 3 a más partos con mayor frecuencia en la adultez y la ocupación (93,8%) fueron amas de casa.

Se concluyó que la prevalencia y factores de riesgo predominaron en la etapa adulta.

Marruffo B. Lima, 2016. (26) Realizo un estudio retrospectivo y descriptivo. Debido a que en nuestro país el cáncer de cérvix y mama representan la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en edad fértil según MINSA 1992. Siendo el objetivo analizar los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de Ginecología del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz durante el periodo de enero 2014 a agosto 2015. Las 23 historias clínicas de las féminas con diagnóstico de cáncer de cérvix, conformaron la población y muestra

Los resultados obtenidos fueron: el carcinoma epidermoide fue el más frecuente (60.9%). Teniendo como factores de riesgo: la presencia de HPV (78.3%), inicio de vida sexual en ≤ 18 años (73.9%), ≥ 18 años (26.1%), más de 2 parejas sexuales (82.6%) y el consumo de tabaco (56.5%).

Concluyendo que los factores de riesgo más reconocidos para el cáncer de cuello uterino fueron la presencia del VPH, la precocidad sexual y la promiscuidad sexual.

Abad E y Celiz M.Tarapoto, 2017. (27) Realizaron un trabajo de investigación de tipo no experimental, descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal. Teniendo como objetivo Determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico, periodo 2011 - 2015. Ya que, El cáncer de cuello uterino continúa siendo la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina del Perú y demás países subdesarrollados, a pesar de ser una enfermedad de evolución lenta y el órgano afectado fácilmente accesible al examen.

La población estuvo conformada por 120 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Amazónico durante el periodo 2011-2015. En cuanto a la muestra estuvo constituida por el 100% de las historias clínicas. El método utilizado fue la revisión documentaria y como instrumento se aplicará una ficha de colección de datos.

Los resultados de riesgos medioambientales asociados al cáncer de cuello uterino, fueron: 60% raza mestiza y 56% situación socioeconómica media. Los factores de riesgo conducta sexual asociados al cáncer de cérvix, fueron: 45% con 2 paridad, 63% empezaron a la edad menor de 19 años sus relaciones sexuales; el 67% tiene 1 compañero sexual; 53% tuvieron un compañero sexual promiscuo; 37 % consumen de manera ocasional el tabaco y el 21% tiene adicción; 56% usan métodos anticonceptivos, 63% no realizan pruebas de amizaje. Los factores de riesgo hereditarios, 56% si tienen. El tipo de cáncer de cérvix predominantemente fue en 44% el carcinoma escamoso in Situ.

En conclusión, al asociar el tipo de cáncer con el nivel de influencia de los factores de riesgo, las variables son dependientes y existe influencia y asociación significativa entre ellas, χ^2 de Person=132.419, mayor al Chi tabular con 4 grado de libertad (9.488), $p=0.000$.

Aguilar G. Lima, 2017. (28) Trabajo de investigación analítico, retrospectivo, observacional de corte transversal con enfoque cuantitativo; cuyo objetivo es

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. Debido al aumento de la incidencia de cáncer de cérvix, teniendo entre el 2000 y 2013 20772 casos, siendo Trujillo el departamento con más casos, con altas tasas de morbi-mortalidad. Se revisó historias clínicas del Hospital Vitarte.

En cuanto a los resultados, este estudio cuya muestra tiene 105 pacientes (n=105), el 84% tuvo el diagnóstico de carcinoma epidermoide y al 16% se le diagnosticó adenocarcinoma, a su vez, 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. En cuanto a la edad con mayor frecuencia para el carcinoma escamoso, las edades comprendidas entre los 40 y 49 años fueron las de mayor prevalencia, 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 una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer cervicouterino (CCU) ($p=0.01$; $p<0,05$). El número de parejas sexuales como factor de riesgo para cáncer cervicouterino presenta una asociación estadísticamente significativa ($p=0.01$; $p<0,05$). En cuanto a los factores: estado civil de la paciente ($p=0.648$; $p>0,05$) y grado de instrucción ($p=0.08$; $p>0,05$) no se halló asociación estadística con el cáncer cervicouterino.

En cuanto a la conclusión, se confirma la 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.

Arias R y Escobar F. Huancavelica, 2017. (29) Estudio de casos y controles con características analíticas, transversal, observacional y retrospectivo. Que inicia porque existen distintos factores de riesgo para cáncer de cérvix a los

que las mujeres están expuestas. Estableciéndose como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2015.

Los casos estuvieron conformados por 15 féminas con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, mientras que el control por 45 mujeres con resultado negativo. Teniendo intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Los factores de riesgo encontrados fueron: inicio de las relaciones sexuales en mujeres < de 18 años (OR = 4,5), número de compañeros sexuales < 2 (OR = 0,2), número de compañeros sexuales \geq 2 (OR = 4,4), infecciones de transmisión sexual (OR = 6,2), siendo por Chlamydia Trachomatis (OR = 6,8). Estos factores se asociaron con un Chi2 y corrección de Yates mayores a 3.841, P-valor < 0.05, para los grados de asociación todos con un IC 95% mayor que no contiene al 1. En cuanto a los factores: inicio de las relaciones sexuales en mujeres \geq a 18 años, uso de métodos anticonceptivos orales, infecciones de transmisión sexual por Herpes Simple e infecciones de transmisión sexual por Gardnerella se encontró un Chi2 y corrección de Yates menores a 3.841 y P-valor > 0.05.

Sobre los resultados, los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino fueron: inicio de las relaciones sexuales en mujeres < 18 años, número de compañeros sexuales de 2 a más, infecciones de transmisión sexual, infecciones de transmisión sexual por Chlamydia Trachomatis. Se encontró un factor protector que es número de compañeros sexuales < 2.

Ruiz A, Bazán S y Mejía C. Talara, 2017. (30) Siendo el cáncer de cérvix un problema de salud pública. Se realiza este estudio analítico transversal. Para así lograr el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a los hallazgos citológicos anormales de cuello uterino en las mujeres de pescadores de una ciudad del norte peruano.

De una población semi-urbana del norte de nuestro país, se ejecutó un muestreo por conveniencia en las féminas con vida sexual activa (144

encuestadas). Teniendo como variable principal el hallazgo de lesiones pre invasoras e invasoras del cuello uterino según la citología observada, se cruzó con otras variables sociales, ginecológicas y sexuales; encontrando estadísticos de asociación crudos y ajustados.

Se encontró que presentaron una alteración citológica (20%), mientras que en un 26 % no se habían realizado la prueba hace más de 3 años. Es así que, presentaron lesión escamosa intraepitelial de bajo grado el 14%, tuvo un carcinoma escamoso invasor el 1%. Al realizar el análisis multivariado, se obtuvo una asociación entre lesión citológica y VPH ($p < 0,001$), el tener inflamación severa ($p < 0,001$), el tener un germen ($p = 0,001$) y el haber iniciado las relaciones sexuales a los 14 años o menos ($p = 0,024$), ajustado por el usar anticonceptivos y el haberse realizado un Papanicolaou.

En cuanto a los resultados se reporta algunos factores asociados en una población sexualmente activa, que reflejan una gran prevalencia de lesiones asociada a factores que deben ser intervenidos.

1.1.3 Antecedentes locales

Ybaseta J, Paccori F y Vilca A. Ica, 2014. (31) Se realizó un estudio de serie de casos. Teniendo como objetivo determinar los factores clínico epidemiológicos más frecuentes del cáncer de cuello uterino (CCU) en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Ya que, El cáncer de cuello uterino (CCU) es considerado actualmente como un problema de salud pública y es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en los países subdesarrollados. Asimismo, Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) tiene una curva de incidencia con crecimiento exponencial a partir de los de 35 -39 años de edad y un pico a los 55 años.

El universo de estudio estuvo constituido por 46 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino de todas las edades que fueron atendidas en consultorios de ginecología y servicio de emergencia en el período comprendido desde 1998 al 2010 registradas en el servicio de estadística del Hospital Santa María del socorro de Ica. Del universo

revisado en nuestra serie, 27 mujeres cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron: contar con resultados anatomopatológico de las biopsias de cérvix y con historias clínicas en el hospital. Se revisaron las historias clínicas y llenaron las fichas de recolección de datos correspondientes. Los datos fueron procesados en el programa Microsoft Excel 2000. Se realizó el análisis estadístico descriptivo correspondiente en base a medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias.

En cuanto a los resultados, Las características epidemiológicas más frecuentes fueron: edad media de $47,2 \pm 8.7$ años, mayores de 35 años (77,8%), convivientes (40.8%), instrucción secundaria (48,2%), procedían del área urbana (70,4%), nivel socioeconómico familiar medio (44,5%). Los hallazgos anatomopatológico fueron: 25,9% carcinomas invasivos y el 74,1% lesiones intraepiteliales de alto de malignidad. Las características ginecoobstétricas predominantes fueron: multigestas (59,3%), multíparas (55,6%) y menarquía igual o mayor de 15 años (25,9% y 33,3% respectivamente). El síntoma clínico más frecuente fue sangrado post-coital (29.2%). El antecedente de familiar con CCU fue de 7.4%, y el 85.2% no tuvo controles previos con Papanicolaou (PAP).

Se concluye que el CCU es una enfermedad con múltiples factores clínicos epidemiológicos en la que existe la necesidad desarrollar una amplia cobertura de diagnóstico de enfermedades preneoplásicas y neoplásicas periódicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Kuroki, A. Franco, A. & Alaba, K. Ica, 2018. (32) Realizaron un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, analítico. Con el objetivo de demostrar que la anticoncepción hormonal, los factores sociodemográficos y de la conducta constituyen factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en consultorio externo de Ginecología y Prevención del Cáncer en el

Hospital Santa María del Socorro de Ica entre enero 2015 y diciembre 2017. Ya que, según la Liga Contra el Cáncer, los últimos estudios a nivel nacional reportan al cáncer de cuello uterino como la primera causa de muerte en el Perú; asimismo, en nuestra región no existen una casuística sincerada ni actualizada al respecto y la información de probable causalidad, se establece en relación a los antecedentes de otras latitudes. La muestra lo conformo inicialmente 212 pacientes, cuyos datos se encontraban en la unidad de análisis representada por sus propias historias clínicas o sus fichas de recolección del Programa de Prevención de Cáncer, las que sometidas a los criterios de inclusión y exclusión y, debido a falta de datos o incongruencia en los diagnósticos, se realizó la exclusión de 22 de ellas, quedando constituida la muestra finalmente por 190 pacientes, que es la que se depositó en su base de datos. Los datos obtenidos de las unidades de análisis, fueron llevados a una ficha Ad-hoc, confeccionada por los investigadores, cuya base de datos se depositó en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2010. Se verificó que a los pacientes se les hubiera practicado un examen de Papanicolaou, con uniformización de los criterios de diagnóstico citológico a la clasificación de Bethesda; a los pacientes con lesión sospechosa se sometieron a colposcopia y biopsia, se verificó el informe del resultado para cáncer de cuello uterino. Haciendo uso del programa SPSS 23.0 para MS Windows, procedieron a la elaboración de la base y transferencia de la información recolectada. En cuanto a los resultados obtenidos en esta investigación determinaron que la prevalencia de cáncer de cuello uterino fue de 13.7% (13 pacientes de cada 100 atendidas tuvieron cáncer de cuello uterino). Además de ello, hubo mayor prevalencia en las mujeres mayores de 35 años, casadas o convivientes, sin estudios o con primaria completa, multíparas, con inicio de vida sexual después de los 14 años y no usuarias de anticonceptivos hormonales. Concluyendo que no se demostró asociación entre anticoncepción hormonal y cáncer de cuello uterino. Los factores sociodemográficos y de la conducta algunos con mayor prevalencia no fueron estadísticamente significativos.

1.2 BASES TEÓRICAS

1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de cuello uterino es muy frecuente tanto a nivel mundial, como en Sudamérica, y en nuestro país. Es así que, mundialmente, es el segundo cáncer más común en mujeres, después del cáncer de mama (4). Además de ello, en el 2012 se diagnosticaron 528 000 casos nuevos, y 266 000 mujeres murieron de esta enfermedad, donde la mayoría de ellas, el 90%, son de países de ingresos bajos o medianos. Además, se pronostica que, sin atención urgente, las defunciones podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años. (“OMS: Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales,” 2017). (17)

Las defunciones pronosticadas en América Latina y el Caribe son 37.640, con 92.136 casos diagnosticados. (4)

En nuestro país, es el cáncer más notificado en las mujeres, 24.1% de los cánceres que afectan a la población femenina; y, es la tercera causa de muerte por cáncer en esta población. (MINSA, guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino, 2017). (3)

En el año 2016 el Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia elaboro un reporte sobre el cáncer de cérvix en el Perú basándose de la información de Globocan. En donde, se estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por este cáncer. Con incidencia cruda anual de 31.3 por 100, 000 habitantes. Comparándose con la sudamericana que es de 22.2 y la mundial de 15.1. La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo. (3)

Asimismo, en cuanto a la frecuencia por departamentos en Perú tenemos que es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4%), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las tasas de mortalidad más altas de cáncer de cérvix por 100, 000 habitantes son:

Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2). (3)

Teniendo en cuenta la epidemiología por regiones de nuestro país, como se puede evidenciar por lo escrito anteriormente, el cáncer de cérvix constituye el cáncer más frecuente en la región selva. Es así que representa el segundo o tercer cáncer más frecuente. (27)

En cuanto a las regiones de la costa es homogéneo observándose que los cánceres de cérvix, estómago y mama constituyen los más frecuentes. Esto se observa en Ancash, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Piura y Tumbes con la excepción de Callao donde el primer lugar es ocupado por el cáncer de estómago, seguido por el cáncer de mama (El cáncer de cérvix es el cuarto en frecuencia). (4)

En los departamentos de la Sierra se presenta dos perfiles epidemiológicos distintos, el primero, en el que el cáncer de cuello uterino es el más frecuente, esto se observa en los departamentos de Arequipa, Cajamarca y Cusco, de mejores condiciones socioeconómicas. En el segundo perfil, predomina el cáncer de estómago sobre el de cérvix, encontrándose en los departamentos de mayor pobreza como Huancavelica, Ayacucho, Apurímac y Huánuco. (4)

1.2.2 ETIOLOGÍA

El virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. (3) La infección se produce generalmente al inicio de la actividad sexual. Resultando infectadas en algún momento del transcurso de su vida, estas infecciones suelen resolverse espontáneamente entre 6 y 24 meses. (3) Cursando en el hombre como portador asintomático. (20)

Por otro lado, se sabe que la infección por el VPH es una infección de transmisión sexual (ITS) y que ha tenido un importante aumento en la última década convirtiéndose en una de las principales ITS. No

obstante, no es necesario que suceda el coito vaginal para contraer la infección, ya que este virus se puede transmitir por el contacto de piel entre las áreas genitales. (28)

La prevalencia estimada de infección por VPH es de 10.4%, con estimación de 32% de las infecciones causadas por los serotipos 16, 18 o por ambos. Además de ello, mundialmente, es la infección más frecuente en mujeres menores de 35 años, con un segundo pico después de los 45 años sólo en Europa, América y África. (3)

Un metanálisis estimó que la infección por VPH 16 o 18 en el Perú, tiene una relación directamente proporcional con la gravedad de la lesión. Encontrándose en el 6.6% de mujeres con citología normal, en el 27.3% de lesiones cervicales de bajo grado, en el 53.1% de lesiones de alto grado y en el 65.9% de cáncer de cuello uterino. (3)

1.2.3 TEORÍAS SOBRE EL CÁNCER

Existen diversas teorías que intentan explicar por qué se desarrolla el cáncer de cérvix, estas son las principales:

- **Teoría del virus Cancerígeno:** propuesto por Peyton Rous (ganador del Premio Nobel de la Medicina en 1966) en 1911 al descubrir un virus asociado al cáncer en aves de corral. Siendo la más antigua, pero aún en vigencia, ya que actualmente se conoce que los virus de las hepatitis B y C pueden causar tumores hepáticos, así como ciertas cepas del VPH producen cáncer de cérvix, que el virus HTLV-1 familia del VIH está vinculado a las leucemias y el virus Epstein-Barr estaría asociado a ciertas formas de linfomas y/o leucemias. (28)
- **Teoría del Oncogén:** propuesto por Robert Huebner y George Todaro en 1969, postulando que había un gen en el organismo que se podía activar por los rayos X o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable del cáncer de cérvix. Además, se ha descubierto que hay formas mutadas de genes que pueden inducir el cambio de células normales en células cancerosas y desde 1984 surge la teoría de la existencia de los genes supresores de tumor, encargados de detener el

proceso de proliferación celular desmedida, que, si fallan, permiten que el cáncer progrese. (28)

- **Teoría Génica:** surgida en los noventa, sugiere que se produce una cascada de eventos que combinan mutaciones de ciertos genes (oncogenes) y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores, y esa combinación puede ser activada por virus, químicos, tabaco, dietas con grasas en exceso, radiación ultravioleta y otros agentes que actuarían de la misma manera sobre el código genético, dañando algunos genes en el ADN nuclear. (28) Por ejemplo, el VPH causa la producción de dos proteínas conocidas como E6 y E7, las cuales desactivan a algunos genes supresores de tumores. Esto podría permitir que las células que recubren el cérvix crezcan demasiado y desarrollen cambios en genes adicionales, lo que en ciertos casos causará cáncer. (4)
- **Teoría de la Inflamación:** explica que el sistema inmune que defiende contra bacterias o virus tiene un papel protagónico, al generar una respuesta en forma inflamatoria que puede favorecer o frenar el crecimiento de un tumor. Por ejemplo, el virus por papiloma humano puede producir inflamación crónica del cuello uterino y desencadenar en cáncer cervicouterino. (28)

1.2.4 FISIOPATOLOGÍA

Para que se desarrolle el cáncer de cérvix, se produce primero la infección por el Virus del Papiloma Humano. Este tiene distintos tipos, dependiendo de cuál sea el causante de la infección, esta puede resolverse espontáneamente en unos meses, cuando es causada por las variedades no oncogénicas, o persistir como sucede con algunos tipos de alto riesgo; entonces las células epiteliales se convierten en células precancerosas, para posteriormente progresar a carcinoma e

invasión de la membrana basal. (3) Es importante conocer que la mayoría de cáncer de cérvix inicia en la unión escamocolumnar, que es la zona de transición de endocérvix (células glandulares) a exocérvix (células escamosas). Sin embargo, la ubicación exacta de esta zona cambia con el envejecimiento y luego de la gestación. (4)

El 70 % de cánceres cervicales son producidos por los tipos de VPH 16 y 18. El 20 % son causados por tipos más comunes 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%. (3)

Resulta de importancia tener en cuenta que todas las infecciones producirán cáncer, ya que existen diversos factores que son determinantes en el proceso de carcinogénesis para el desarrollo de cáncer de cérvix. Algunos de los factores postulados en el desarrollo de displasia de alto grado son: (3)

- El tipo de VPH de alto riesgo y la infección viral persistente predicen un elevado riesgo de progresión.
- Susceptibilidad genética: La cual aporta menos del 1 % de casos. Los estudios en gemelos, familiares de primer grado y de asociación genómica han permitido identificarlo. Es así que, el riesgo de desarrollar un tumor de cérvix se duplica en aquellas mujeres con un familiar de primer grado afectado en comparación con las que no tienen ningún familiar de primer grado con tumoración cervical.
- Condiciones del huésped que afecten la inmunidad (por ejemplo, deficiente estado nutricional, y la infección por VIH que aumenta 5 veces el riesgo de cáncer de cérvix).
- Factores ambientales como: exposición al humo del tabaco.
- Los otros factores se relacionan con el elevado riesgo de infección por el VPH, como: inicio precoz de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

1.2.5 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El cáncer de cuello uterino, se produce luego de una sucesión de diversas lesiones que, según diversos factores de riesgo estas van progresando, y pueden o no culminar en cáncer. Es así que, las lesiones iniciales o precursoras son las displasias o lesiones intraepiteliales, progresan de manera constante de leve, moderada y severa, a carcinoma in situ (CIS) y, a continuación, cáncer. Teniendo como el precursor directo de cáncer de cuello uterino a la displasia de alto grado, que durante un periodo de hasta 10 años puede progresar a cáncer de cérvix. (3) Ello se puede evidenciar al revisar la literatura de los últimos 40 años que indica una mayor probabilidad de persistir o progresar las lesiones con mayor severidad (neoplasia intracervical – NIC III), en relación a las de menor grado (NIC I). Se ha encontrado que la NIC III puede regresar espontáneamente, pero parece que en más del 15% de los casos progresa a cáncer, mientras que la NIC I progresa a cáncer sólo el 1% de los casos; esta proporción es similar en la NIC II. (26)

Se ha evidenciado con respecto a la progresión de esta patología oncológica que el mayor grado de lesión predispone a cáncer de cérvix. Es así que, el 14 % de las pacientes con lesión intraepitelial (I a III) desarrollará un carcinoma *in situ* y un 1,4% carcinoma invasor. Sin embargo, el comportamiento en general de la lesión intraepitelial grado I es diferente: el 70% de las lesiones presentarán regresión espontánea, un 20% persistirá como lesión intraepitelial I y el 10% restante progresará a una lesión intraepitelial de alto grado. (26)

Es importante tener en cuenta que en caso de no recibir tratamiento el riesgo de desarrollar cáncer varía según el tipo de lesión. Alrededor del 15 % de mujeres con lesión intraepitelial III, progresan a cáncer invasor; mientras que el 36 % de las que presentan cáncer in situ evolucionaran a cáncer invasor, de no realizar algún tratamiento. (26)

Las displasias de menor grado se producen en mujeres más jóvenes (34 años o menos), estas displasias generalmente regresionan o no

progresan. Situación diferente en los casos más prevalentes, que tienen menos tendencia a regresionar. Por otro lado, en el cáncer de cérvix la edad de presentación es alrededor de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. Pudiendo detectarse cuando se encuentra como displasia severa, la que generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años. (3)

historia natural del cáncer de cérvix

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA		
Infección VPH	Displasia cervical de bajo grado (NIC 1)	Displasia cervical de alto grado (NIC 2-3)	Cáncer invasor
Adaptado de Herdman C. Sherris J. Planning appropriate cervical cancer control programs. Seattle (WA) PATH, 2000			
Características: La infección por VPH es extremadamente común entre mujeres en edad reproductiva. La infección puede permanecer estable, llevar a displasia o volverse indetectable.	Características: Las lesiones de bajo grado usualmente son temporales y desaparecen con el tiempo. Algunos casos sin embargo progresan a lesiones de alto grado.	Características: Son significativamente menos comunes que las displasias de bajo grado. Pueden progresar de lesiones de bajo grado o directamente de la infección por VPH.	Características: Las mujeres con displasia de alto grado están en riesgo de desarrollar cáncer invasivo, esto generalmente ocurre muy lento en un periodo aproximado de 10 a 15 años.

Ministerio de Salud, Perú (2017)

1.2.6 FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgos que aumentan la probabilidad de cáncer de cérvix. Dentro de los cuales están:

- a) **Infección por VPH:** El VPH infecta células epiteliales, como las de la superficie de la piel, las que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta; sin embargo no así con la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. En los últimos años, se ha notificado la existencia de más de 100 tipos de VPH, siendo las variantes de alto riesgo las que se asocian con cáncer de cérvix en más de 95% de caso, estas son 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Por otro lado, las variantes de bajo riesgo tienen pobre asociación con el cáncer, relacionándose sobre todo con lesiones no invasivas, estas variantes son 6, 11, 42, 43. (4)

- b) **Antecedentes de ITS:** Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. El riesgo de padecer cáncer de cuello uterino incrementa tres veces por *Trichomonas vaginalis*. Por otro lado, en el 50 % de pacientes con tumores malignos de cérvix se detecta la *Gardnerella vaginalis*. Asimismo, en mujeres que presenten evidenciada una infección pasada o reciente por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, son más propensas a desarrollar cáncer de cuello uterino en comparación con aquellas con análisis sanguíneo normal. Además de ello, producen inflamación crónica que interfiere con la respuesta inmunitaria cervical, favoreciendo a la adquisición y persistencia, así como efecto patológico sinérgico del VPH, al igual que *Ureaplasma urealyticum*, *herpes tipo 2*. El virus de inmunodeficiencia adquirida, causante del SIDA, produce daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. (4)

- c) **Antecedente familiar de cáncer cervicouterino:** Como ya se ha mencionado anteriormente el factor genético, está asociado con el desarrollo de esta patología oncológica. Representando de un 5 a

10 % de los casos. Tener en cuenta que lo que se hereda no es el cáncer sino el gen anormal que lo origina. Asimismo, las mutaciones que dan lugar a este gen son de dos tipos las heredadas de los padres y las adquiridas somáticas. (22)

En el cáncer cervicouterino, influyen los antecedentes genéticos en las familias con dos miembros afectados, con una relación de primer grado (padre, madre, hermano) y la otra si cumple una o más de las siguientes condiciones: (22)

- Dos o más tipos de cáncer en una sola persona (uno de mama y otro de ovario)
- Dos familiares con cáncer, más aún si ambos son hermanos de la madre o padre o que uno sea hermano del padre y el otro hermano de la madre.
- 3 o más miembros de la misma familia afectados por el mismo cáncer, sobre todo aquellos que sean de primer grado.
- Muchos familiares con más de un tipo de cáncer, es más alarmante que si se trata de varios tipos distintos de cáncer.
- Afección psicológica de la persona que es conoce que tiene mayor riesgo de cáncer.

d) **Características de la conducta sexual:**

- **Número de compañeros sexuales:** El riesgo de lesión intraepitelial es directamente proporcional al número de parejas sexuales. Ello, basado en la probable exposición al VPH.
- **Edad del primer coito:** Los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos en la adolescencia, además de que el tiempo de exposición a un agente infeccioso será mayor. Asimismo, El riesgo de lesión intraepitelial es de 2.4 veces mayor cuando el primer coito se realiza a los 17 años o menos en comparación cuando se tiene a los 21 años.
- **Características del compañero sexual:** la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. En un

estudio realizado se halló que las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer sus maridos habían tenido mayor número de compañeras sexuales, en comparación con el grupo control. Otros aspectos relacionados frecuentemente fueron la mayor cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. (27)

e) **Factores relacionados con la reproducción:**

- **Paridad:** Las mujeres con dos o más hijos tienen mayor riesgo de desarrollar lesión intraepitelial (80%) en comparación con las nulíparas; este aumentara a mayor cantidad de hijos, con cuatro el riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. Esto se debe a que probablemente la inmunosupresión durante el embarazo, así como el influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH. Sin embargo, la literatura no es concluyente respecto a la precisión de esta explicación. (27, 22)
- **Edad del primer embarazo:** El riesgo de tener cáncer de cuello uterino se duplica en las mujeres que su primera gestación a término fue a la edad de 17 años o menos, que aquellas que lo tuvieron a los 25 años o después. (4)
- **Edad del primer parto:** El riesgo de presentar alteraciones citológicas aumenta a menor edad en el primer parto. (22) Bosch demostró que se cuadruplica el riesgo de neoplasia de cérvix, con la presencia de uno o más partos antes de los 22 años. (27)
- **Aborto:** El riesgo relativo de desarrollo de cáncer cervical en mujeres con un aborto es de 2.3, con dos o más es de 4.92 en comparación con las que no han abortado. Esto, debido a la a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan a la gestación, además de las lesiones cervicales producidas durante el procedimiento y que no fueron tratados oportunamente. (22)
- **Partos vaginales:** Existe un riesgo 70 % mayor de presentar lesión intraepitelial en mujeres con 1 o más partos vaginales en

comparación con las que fueron por cesárea, únicamente. Lo cual se explicaría por el repetido traumatismo de cérvix durante el parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto, resultando controvertido. (27)

- **Periodo intergenésico:** Cuando el tiempo de recuperación es corto debido a diferentes factores influyentes, las células del cuello uterino enferman y esto se convierte en factor predictor para el cáncer cervical. Ello debido a que Muchas veces el cuello uterino sufre lesiones traumáticas como los desgarros, rupturas de vasos, entre otros, que necesariamente tienen que ser reparadas con cirugía menor (suturas). (2)

f) Factores relacionados con los hábitos:

- **Tabaquismo:** Los fumadores presentan el doble de riesgo, en promedio, de lesión intraepitelial, en relación a los no fumadores. Es así que, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial de encontró nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco. Además, se sabe que produce daño molecular al ADN de tejido cervicouterino; agregándose recientemente un efecto inmunosupresor local. (27, 4)
- **Alcoholismo:** En el alcoholismo, el alcohol promueve a la infección por VPH, se conoce que el etanol presente en las bebidas alcohólicas inhibe la producción de la proteína p53. (4)
- **Drogadicción:** El riesgo está relacionado a las consecuencias que acarrea el uso de estas sustancias como un comportamiento desinhibido y despreocupado, que puede llevar a prácticas sexuales irresponsables o el abuso sexual que generalmente es sin protección. (4)
- **Uso de anticonceptivos:** En un estudio, se evidencio que el riesgo de cáncer de cérvix se duplico en mujeres que tomaron anticonceptivos (píldoras) durante 5 años, normalizándose luego de 10 años de dejar de consumirlas. (4,2) Otro estudio indicó que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar

hasta cuatro veces el riesgo de cáncer de cérvix en las mujeres infectadas con el VPH. Un estudio reciente descubrió que existe un menor riesgo de cáncer de cuello uterino en las mujeres que en algún momento usaron un dispositivo intrauterino. (4) Todo ello, posiblemente se debe a que el tejido cervical posee receptores hormonales y la administración de asociaciones de estrógenos-progestágenos puede determinar alteraciones de tipo histológico. (20)

- **Falta de tamizaje de detección temprana:** La citología cervicovaginal mundialmente, sigue siendo la más utilizada y apropiada para el tamizaje de lesiones pre malignas de cuello uterino, con impacto importante sobre los resultados en la disminución de la incidencia y en las tasas de mortalidad. (27)

g) **Factores sociodemográficos:** Estudios han encontrado mayor proporción de lesiones de cuello uterino en mujeres con menor nivel educacional que en aquellas con niveles educacionales más elevados. (4) El cáncer de cérvix en mujeres de edad avanzada es relativamente escaso, por otro lado, hay un aumento en la tasa de incidencia en mujeres jóvenes, en un estudio realizado de las 17, 326 pacientes con cáncer registradas en el INEN entre 1952 y 1979 hubo 403 casos que tenían en edad en promedio 76 años lo que correspondería solo el 2.3 % de los casos. En otro estudio la edad promedio de cáncer in situ fue de 41 años la paciente más joven tenía 23 años y la mayor tenía 69 años (4). Asimismo, en otro estudio las mujeres mayores de 45 años y post menopaúsicas, presentaron mayor frecuencia de cáncer de cuello uterino. (2). Teniendo mayor mortalidad entre la 5ta y 6ta décadas de vida. (4).

h) **Ingreso económico:** Las mujeres con un nivel socioeconómico bajo se encuentran predispuestas a padecer de cáncer cervical, debido a que su misma condición económica las obliga a buscar una pareja que pueda solventar sus necesidades básicas y esto repercute en la salud sexual de estas mujeres, puesto que dicha situación las llevara a tener un inicio temprano de las relaciones sexuales, lo que multiplicara el potencial de que adquieran el Virus del Papiloma Humano. A ello, se les agrega el

menor acceso a servicios de salud y todo lo que derive de la atención como no realizar pruebas de despistaje. (2)

1.2.7 CLASIFICACIÓN DE BETHESDA

- **ASCUS:** células atípicas escamosas de importancia indeterminada.
- **ASC-H:** células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado.
- **Lesión intraepitelial de bajo grado:** es el equivalente de displasia leve o NTC 1, debe ser vigilada no hay tratamiento estándar.
- **Lesión intraepitelial de alto grado:** es el equivalente de displasia moderada y severa o de NIC-2, NIC-3 o cáncer in situ, requiere tratamiento. (1)

1.2.8 ESTADIAJE

En la actualidad la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha integrado el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) para la estadificación del carcinoma cervicouterino y los ha clasificado en cuatro, teniendo en cuenta la sugerencia hacia el plan de trabajo del médico tratante.

estadificación FIGO 2008 para cáncer de cuello uterino

Carcinoma de cuello uterino (Estadificación FIGO 2008)
Estadío 0 También llamado carcinoma in situ, son pequeñas lesiones confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino (que se asemeja a la piel). No invaden al estroma.
Estadío I El carcinoma está confinado al cuello uterino (la extensión al cuerpo uterino debe ser ignorada) ➤ IA: Carcinoma invasor que solo puede ser diagnosticado por microscopia, con invasión más profunda ≤ 5mm y extensión máxima ≤ 7mm.

- IA1 Invasión estromal medida ≤ 3 mm en profundidad y extensión ≤ 7 mm.
- IA 2 Invasión estromal medida más de 3 mm en profundidad y extensión no mayor a 7mm
- IB: Lesiones visibles clínicamente limitadas al cuello uterino o cáncer pre-clínico mayor que el estado IA.
 - IB 1 Lesión visible clínicamente ≤ 4 cm en su dimensión mayor
 - IB 2 Lesión visible clínicamente de más de 4 cm en su dimensión mayor.

Estadío II Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no hasta la pared pélvica ni tercio inferior de la vagina.

- II A: Sin invasión parametrial
 - IIA 1 Lesión visible clínicamente ≤ 4 cm en su dimensión mayor
 - IIA 2 Lesión visible clínicamente de más de 4 cm en su dimensión mayor
- II B: Evidencia de invasión parametrial.

Estadío III El tumor se extiende hasta la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina.

- IIIA: El tumor invade el tercio inferior de la vagina, sin compromiso parametrial.
- IIIB: Extensión hasta pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionante.

Estadío IV El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha invadido mucosa vesical o rectal (comprobado mediante biopsia). El edema buloso, como tal, no permite que un caso no pueda ser asignado como estadío clínico IV.

- IV A: Extensión hacia órganos adyacentes.

➤ IV B: Extensión a órganos distantes.

Toda lesión macroscópica, aunque solo tenga invasión superficial, es considerada carcinoma IB. La profundidad de la invasión se reporta siempre en mm, aún en los casos de invasión estromal (mínima) temprana (-1mm). El compromiso del espacio vascular y linfático no cambia el estado del carcinoma.

Asimismo, existe una estadificación según NIC, en la que se divide en los grados 1, 2 y 3. NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia grave y al CIS. (4)

- **NIC I:** Existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas, las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). (4) lesión con compromiso de 1/3 inferior del espesor del epitelio. (28)
- **NIC II:** Se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1. (4) Compromiso de 2/3 inferiores. (28)
- **NIC III:** La diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. (4) la lesión compromete todo el espesor del epitelio del cuello de cérvix. (28)

1.2.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El cáncer de cuello uterino, generalmente es asintomático en las etapas iniciales, manifestando sintomatología cuando este se torna invasivo y compromete tejido adyacente. (4, 25) Presentando la siguiente sintomatología:

- Sangrado vaginal anormal: tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y

manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. (4,25).

- También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico. (4)
- Secreción vaginal inusual: la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia. (4, 25)
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito). (4, 25)

Los uréteres se pueden obstruir, al crecer los parametrios lateralmente, pudiendo presentarse anuria y uremia cuando se obstruyen ambos. El dolor ciático y el linfedema de miembros inferiores, se puede presentar cuando se compromete la pared pélvica. El crecimiento anterior del tumor en estadios avanzados de la enfermedad puede ocasionar dolor vesical y hematuria. (3)

Asimismo, puede causar retención urinaria, la que podría convertirse en una fistula vesico-urinaria, cuando se extiende a vejiga. El dolor lumbar, tenesmo y la formación de fistulas recto vaginales, podrían presentarse al extenderse posteriormente. Al examinar el cérvix se puede apreciar rojo, friable, xerofítico o una lesión ulcerada. Se pueden detectar induraciones o nódulos en los parametrios, en lesiones avanzadas a la palpación recto vesical. (3)

No obstante, se debe tener en cuenta que esa sintomatología se puede presentar en otras patologías. (26) Así tenemos que el flujo vaginal puede confundirse como una cervicitis severa, especialmente si la paciente es joven y presenta inflamación severa en la citología cervical, el cual es un hallazgo común en la detección de malignidad. También pueden referir dolor pélvico o de espalda el cual puede irradiar hacia la parte posterior de las extremidades inferiores durante enfermedad avanzada. (4)

El cáncer de cérvix es silencioso y asintomático. Los síntomas aparecen en etapas muy avanzadas. Debido a esto, es indispensable identificar

lesiones tempranas mediante el tamizaje y brindar alternativas de tratamiento. (3)

1.2.10 DIAGNÓSTICO

- **Examen físico:** Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello del útero luego de la especuloscopia puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. (3) Además se debe realizar tacto vaginal y tacto rectal para poder definir el estadio clínico de la enfermedad en caso de cáncer de cérvix invasivo. (25) Se debe biopsar cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical. Sin embargo, existen lesiones visibles que no requieren biopsia, estos son los quistes de Naboth y sólo si se confirma por un examinador experimentado. (3)
- **Prueba de Papanicolaou (PAP):** Prueba utilizada en el tamizaje de cáncer de cérvix, con una sensibilidad estimada del 50 %; que consiste en realizar un “raspado” con un cepillo en la zona de transición, ello puede realizarlo un médico o personal de salud entrenado. La muestra es colocada en una lámina, se fija, se realiza coloración especial para luego examinarlo bajo el microscopio. (3) La habilidad y entrenamiento adecuado del personal que toma la muestra influye en la calidad del frotis. (27) 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. (3)

Por otro lado, esta prueba no es para diagnóstico, sino para detección de lesiones precancerosas. Por ello, es necesario realizar otras pruebas complementarias que determinen si en realidad hay cáncer o un precáncer, en caso de resultado anormal. (4)

- **Inspección visual con ácido acético (IVAA):** Prueba con una sensibilidad entre el 70 al 80 % para identificar NIC 2 y lesiones más severas, este porcentaje varía según el entrenamiento y práctica. Este examen visual se realiza con especulo y ácido acético al 5 % aplicado al cérvix. Tornándose de color blanco el epitelio displásico (anormal), para que sea fácil de identificar. (3)

Es una prueba más económica en relación con otras de rutina, que permite inmediata acción, evitándose el retorno para recibir 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. (3)

- **Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH):** Consiste en la detección del ADN de VPH de alto riesgo. Resultando más efectivas que el IVAA y el PAP, según estudios realizados. Pero, su complejidad y costo limitan su utilización. (3)
- **Colposcopia:** Procedimiento diagnóstico que, mediante un colposcopio, se visualiza de manera aumentada e iluminada el cuello uterino, vagina y vulva. Lo que permite diferenciar lo normal de lo anormal y poder biopsar tejidos sospechosos. El objetivo primordial es la identificación de lesiones precancerosas y cancerosas, para que se puedan tratar precozmente. Esto es posible gracias a la capacidad del colposcopio para reconocer las características macroscópicas relacionadas con su contorno, color y patrón vascular de las lesiones epiteliales premalignas y malignas. (3)

- **Biopsia:** Permite el diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer. No obstante, las lesiones de cérvix identificadas por IVAA o colposcopia se tratan si requerir de biopsia. Como lo recomienda la estrategia “tamizar o ver y tratar”, mediante el uso de crioterapia. (3)
- **Curetaje endocervical (raspado endocervical):** Mediante la inserción de la cureta en el canal endocervical se realiza un raspado de endocervix. Para así, extraer algo de tejido para enviarlo a patología. Un leve sangrado, podría presentarse luego del procedimiento. (25)
- **Estudios por imágenes:**
 - **Tomografía computarizada:** Esta prueba puede ayudar a determinar en caso de cáncer si este ha hecho metástasis a otros órganos o si se ha propagado a los ganglios linfáticos en el abdomen y la pelvis. (25)
 - **Resonancia magnética:** Los exámenes de resonancia magnética son muy útiles para examinar los tumores pélvicos y permite evaluar parametrios a diferencia de la tomografía. (25)
 - **Tomografía por emisión de positrones:** Este estudio puede ayudar a ver si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos y se utiliza más en cáncer de cérvix avanzado. (25)

1.2.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En cuanto diagnóstico diferencial de cáncer cervical se tiene en cuenta todas las patologías que cursan con un cuadro clínico similar, principalmente sangrado vaginal irregular o fuerte, flujo vaginal, o una lesión cervical visible. La cervicitis puede causar sangrado post-coital, siendo esta presentación específica de cáncer de cérvix. Existen lesiones que se confunden con cáncer de cérvix, entre ellas tenemos: pólipos, quiste de Naboth,

mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis. (3)

1.2.12 PREVENCIÓN

1.2.12.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

- **Vacuna contra el virus de papiloma humano**

Existen tres tipos de vacunas contra el virus papiloma humano (VPH): la bivalente (previene los tipos VPH16, VPH18), tetravalente (previene los tipos VPH16, VPH18, VPH6, VPH11) y la nonavalente (previene los tipos VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58); sin embargo, esta última no se encuentra disponible en el mercado. (3)

Las vacunas poseen un buen perfil de seguridad, no presentando efectos secundarios graves, en caso de presentarlos son leves, sobre todo locales y autolimitados. Ello lo evidencian los ensayos clínicos, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Food Drugs Administration (FDA) y los reportes post-licencia.

1.2.12.2 Prevención secundaria

- **Tamizaje en población general**

Recomendaciones a tomarse en cuenta según guías prácticas esenciales de control integral del cáncer de cuello uterino, hechas por la OPS-OMS: (3)

- El cáncer de cuello uterino progresa lentamente, resulta raro antes de los 30 años, ya que las lesiones premalignas demoran de 10 a 20 años en progresar a cáncer invasor. En función de costos, el tamizaje no resulta eficaz, debido a que en mujeres en edades tempranas diagnosticará y se tratara muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer.

- El cáncer de cuello uterino en su mayoría puede ser prevenible. Mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, con el consiguiente tratamiento de las lesiones premalignas que se detecten.
- Las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje.
- En el enfoque de “TAMIZAJE y TRATAMIENTO” o “VER Y TRATAR”, luego de una prueba positiva de tamizaje, idealmente se debería dar tratamiento.
- Esto disminuye la pérdida de pacientes para el seguimiento, así como el retraso en comenzar el tratamiento.
- Si resultara negativo la prueba de IVAA o el PAPA, en tres años debería realizarse el nuevo tamizaje.
- En caso resulte negativo el tamizaje de VPH, el nuevo tamizaje debería realizarse en 5 años.

1.2.13 TRATAMIENTO

El manejo de las lesiones premalignas se realiza de dos formas mediante la ablación (crioterapia y termo coagulación) y la escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP). Que proporcionan un tratamiento eficaz y apropiado a la mayoría de mujeres con tamizaje positivo. (3)

- **Ablación:** Por congelación (método de ablación) la crioterapia elimina las áreas precancerosas del cérvix. Mediante una criosonda, disco metálico extremadamente frío, el que utilizando un tanque de dióxido de carbono (CO₂) o óxido nitroso (N₂O) comprimido permite el superenfriamiento, ello se aplica sobre las áreas anormales (junto con las normales) del cérvix. Demora alrededor de 15 minutos, bien tolerada generalmente, presentado un leve malestar; pudiendo realizarse sin anestesia. El área afectada se reepiteliza, luego del procedimiento.

Los requisitos a tener en cuenta para este procedimiento son: mujeres con resultado de tamizaje positivo o confirmación histológica de una NIC2+, en las que sea visible toda la lesión y la unión escamoso-cilíndrica y que esta no cubra más de las tres cuartas partes endocervicales. En caso de ser más extensa la lesión, o si es sospechosa de cáncer invasor, es recomendable otro tratamiento incluyendo la posibilidad de cono LEEP. (3)

- **Escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP):** Procedimiento que puede realizarse con anestesia local ambulatoriamente, en un tiempo de 30 minutos o menos. En este, mediante un asa de alambre delgado, la que se acciona por una unidad electro quirúrgica, remueve las áreas anormales del cérvix. Esta asa corta y coagula. Permitiendo la extracción de la lesión y la zona de transformación, para luego enviar el tejido al laboratorio de histopatología para que lo evalúen. Es decir, que tiene doble fin tratamiento y obtención de muestra para estudio. (3)

Estos son otros procedimientos a realizar para el cáncer de cuello uterino:

- **Conización:** Procedimiento en el que mediante un bisturí quirúrgico o bisturí láser (biopsia de cono con bisturí frío) o utilizando un alambre delgado calentado mediante electricidad (procedimiento electro quirúrgico, LEEP o LEETZ), extirpa del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono. Ello sirve en el diagnóstico y tratamiento. En el primero en caso de cáncer previo a tratamiento adicional con cirugía o radiación. En el segundo, como tratamiento único en etapa temprana (etapa IA1) que quieren preservar su capacidad para tener hijos. (4)
- **Histerectomía:** Cirugía en la que se extirpa el útero (tanto el cuerpo del útero como el cérvix). (4) Mas no parametrio, ligamentos uterosacros, vagina ni los ganglios linfáticos de la pelvis se extirpan. Los ovarios y las trompas de Falopio, solo

si existe razón alguna para ello. (25) Permite tratar el cáncer de cuello uterino en la etapa IA1. La operación también se realiza para algunos tumores cancerosos en la etapa 0 (carcinoma in situ). (4)

- **Histerectomía radical:** A diferencia de la anterior, aquí si se extirpa los tejidos contiguos al útero (el parametrio y los ligamentos uterosacros), además de la parte superior (alrededor de una pulgada) de la vagina contigua al cérvix. Se usa como tratamiento junto a la disección de los ganglios linfáticos pélvicos, contra el cáncer de cérvix en las etapas IA2, IB, y con menos frecuencia en la etapa IIA, especialmente en las jóvenes. (4)
- **Cervicectomía:** la cervicectomía radical, consiste en la extracción del cuello uterino y la parte superior de la vagina, mas no el cuerpo uterino. Permitiendo el tratamiento sin que pierdan la capacidad de procrear, además del bajo riesgo de reaparición del cáncer. (4,25) Como lo demuestra un estudio en el que la tasa de embarazo después de 5 años fue de más del 50 %, no obstante, el riesgo de abortos aumento en comparación con mujeres saludables. (4)
- **Exenteración pélvica:** Cirugía, en la que se extirpan, todos los mismos órganos y tejidos que en la histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos. También, se pueden extraer la vejiga, la vagina, el recto y parte del colon, dependiendo del lugar hacia donde se propagó el cáncer. (4)
- **Disección de los ganglios linfáticos pélvicos:** Los ganglios son grupos de tejido inmunológico, a los que el cáncer se puede propagar. Por ello, se extirpan algunos para determinar la propagación del cáncer de cuello uterino. Pero, podría producirse linfedema, debido a problemas con el drenaje de líquido a las piernas. (4)
- **Radioterapia externa:** Dirige los rayos desde fuera del cuerpo hacia el cáncer. Generalmente se combina con

quimioterapia, siendo frecuente con una dosis baja de cisplatino, aunque también se pueden usar otros medicamentos de quimioterapia. Entre los efectos secundarios tenemos: Cansancio, problemas estomacales, diarrea o deposiciones blandas o acuosas, náuseas y vómitos, cambios en la piel, también puede afectar a otros órganos como la vejiga y producir una cistitis, síndrome doloroso en la vulva y vagina y alteración en el ciclo menstrual por secreción en los ovarios. (4)

- **Braquiterapia:** Terapia de radiación interna, en la que esta viaja solo a corta distancia. Es así que, los efectos principales son en el cuello uterino y paredes vaginales. Teniendo como efectos secundarios: irritación de la vagina, la cual se torna enrojecida y sensible al dolor, puede presentar secreción e irritación en vulva. Además de los efectos similares a la radioterapia externa. (4)
- **Quimioterapia:** Terapia, en la que se administran medicamentos, por vía oral o endovenosa, contra el cáncer. Para que lleguen a todo el cuerpo a través del torrente sanguíneo. De esta manera, elimina las células cancerosas de gran parte de todo el cuerpo, pero también afecta a las células normales. Presentando efectos secundarios como náuseas y vómitos, pérdida de apetito, caída del cabello, úlceras en la boca, cansancio, etc. Los medicamentos más usados son: Cisplatino, Carboplatino, Paclitaxel (Taxol®), Topotecán, Gemcitabina (Gemzar®). (4)
- **Tratamiento del cáncer de cérvix según estadios clínicos:** Luego de realizar la biopsia y establecer el estadio. Si el diagnóstico es NIC 1 (PAP previo: ASC ó LSIL) realizar PAP cada 6 meses. Pero, el diagnóstico es NIC 1 (PAP previo: AGC ó HSIL), NIC 2 ó NIC 3, Adenocarcinoma in situ, Carcinoma microinvasor el tratamiento será LEEP o conización. La histerectomía radical tipo I, en algunos casos es recomendable. Para estadio IA1 (sin permeación

linfovascular) se realizará histerectomía abdominal total, histerectomía ampliada a vagina, Conización (para conservar fertilidad) IA1 (con permeación linfovascular) para estadio IA2 se realizará histerectomía radical tipo II, con disección ganglionar pélvica para estadio IB1 y IIA1 se realizará histerectomía radical tipo III, con disección ganglionar pélvica. Radioterapia y quimioterapia concurrente para estadio IB2, IIA2, IIB, IIIA, IIIB y IVA. Radioterapia, en caso de estar contraindicado la cirugía. Para estadios IVB se indicarán medidas paliativas quimioterapia sistémica con o sin radioterapia. (4)

Por otro lado, se debe tener en cuenta que el tratamiento no es solo a base de fármacos o procedimientos médicos, sino que además es importante incidir en la dimensión psicológica del paciente.

- **Tratamiento psicológico:** La depresión es frecuente en pacientes con cáncer. Esto se debe a temores, percepciones, síntomas en relación a la enfermedad. Asimismo, el miedo de una muerte dolorosa, principal preocupación; incapacidad, dependencia, cambios en la apariencia, la soledad. Ante esto, resulta importante dar soporte al paciente. Como se describió en 1998 por Massie y Popkin, "Ante Perdidas". En donde manifiesta que se debe cuidar y responder a las necesidades del paciente; para que así tenga una vida de esperanza, satisfacción o muerte digna en pacientes terminales, además de brindar compañía para atenuar su sufrimiento y lograr el bienestar espiritual del paciente y la familia. (4)

1.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Cáncer de cérvix:** cambio de células normales del cuello uterino por células cancerígenas, produciendo un crecimiento anormal y descontrolado de las células afectadas.
- **Edad:** Sera expresada en años cumplidos para el momento en que se registró los datos.
- **Antecedentes familiares de Cáncer de cérvix:** presencia de cáncer de cuello uterino en familiares con algún grado de consanguinidad.
- **Grado de instrucción:** nivel de preparación en un centro educativo alcanzada por la paciente. Es decir, años de estudios aprobados por el usuario en una institución educativa, hasta el momento en que se elaboró la historia clínica.
- **Ocupación:** Actividad diaria que realiza la paciente y que puede o no generar un ingreso económico.
- **Consumo de tabaco:** Consumo del tabaco en algún momento de su vida.
- **Menarquía:** edad de inicio del primer periodo menstrual.
- **Edad de inicio de relaciones sexuales:** edad en la que comenzó la actividad sexual; es decir cuando se realizó la primera relación sexual coital.
- **Número de parejas sexuales:** cantidad de compañeros sexuales a lo largo de su vida. Es decir, número de personas con las que realizo relaciones sexuales coitales, hasta el momento en que se elaboró la historia clínica.
- **Presencia de ITS:** presencia de alguna infección de transmisión sexual en algún momento de su vida. Es decir, si se le diagnóstico de ITS, hasta el momento en que se ejecuta el estudio.
- **Tipos de ITS:** tipo específico de ITS diagnosticada.
- **Paridad:** número de embarazos finalizados. Es decir, veces que ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) con un peso mayor igual a 500 gr o con una edad gestacional mayor igual a 22 semanas.

- **Aborto:** interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance un peso de 500 gr a lo largo de su vida hasta la fecha de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- **Número de abortos:** cantidad de abortos que ha tenido la paciente a lo largo de su vida, hasta el momento en que se elaboró la historia clínica.
- **Periodo del embarazo en que se produjo el aborto:** periodo de tiempo estimado en meses en el cual se produjo el aborto.
- **Edad del primer embarazo:** edad presentada por la paciente durante su primera gestación.
- **Uso de métodos anticonceptivos:** uso de algún método para prevenir el embarazo.
- **Tipo de métodos anticonceptivos:** especificación del método anticonceptivo usado para prevenir el embarazo.
- **Realización de PAP:** Realización de la citología cervical en algún momento de su vida, hasta el momento en que le diagnosticaron el cáncer de cuello uterino.
- **Frecuencia de realización de PAP:** número de veces en que se realizó la citología cervical a lo largo de su vida, hasta el momento en que se realizó la historia clínica.

1.4 MARCO FILOSÓFICO

1.4.1 Misión

Desarrollar un trabajo de investigación sobre los factores de riesgo para cáncer de cérvix, en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica.

1.4.2 Visión

Establecer cuáles son los factores de riesgo y cuál es la asociación estadística en el desarrollo del cáncer de cérvix, en pacientes atendidas en el Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2017.

1.4.3 Valores

- **Confidencialidad:** la información obtenida mediante el uso de las historias clínicas de las pacientes atendidas por el servicio de gineco obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, será usada estrictamente con fines académicos, de investigación.
- **Honestidad:** la información resultante de la investigación será confiable y no estará sujeta a ningún tipo de falsificación de datos.
- **Dedicación:** la obtención de los datos de las historias clínicas de las pacientes atendidas por el servicio de gineco obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, se realizará de manera muy rigurosa y minuciosa, no permitiendo los errores por parte del investigador en el registro de la información.
- **Ética:** las actividades que se desarrollan con las historias clínicas de las pacientes atendidas por el servicio de gineco obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, se realizan bajo criterios de confidencialidad y profesionalismo; se fundamentan en el cumplimiento de la normatividad vigente y de los principios universales de búsqueda de bienestar común.
- **Autonomía:** la ejecución de todas las actividades que se desarrollan con las historias clínicas de las pacientes atendidas por el servicio de gineco obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández

Mendoza, se realizan bajo el conocimiento de la institución de salud mencionada.

- **No maleficencia:** la ejecución de las actividades que se desarrollan con las historias clínicas de las pacientes atendidas por el servicio de gineco obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, se realizan sin causar daño de cualquier tipo.
- **Beneficencia:** actuó en la búsqueda de un interés común, mis acciones están encaminadas a obtener bienes comunes en beneficio de la población femenina y no beneficio personal o de algún grupo en particular.
- **Compromiso:** promover la participación activa en las actividades de investigación y generación de conocimiento orientada al cumplimiento de la misión y al desarrollo de una vida saludable.
- **Responsabilidad:** en el cumplimiento de los objetivos establecidos, asumiendo el compromiso de ello.
- **Transparencia:** en el manejo ético y difusión de información resultante de la investigación, en favor de la población femenina.

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El cáncer femenino más frecuente es el que afecta el cérvix. Es así que, cada año, aproximadamente 9 millones de personas en el mundo padecen cáncer y 5 millones mueren por su causa. (1) En nuestro continente también se refleja esta situación, calculándose que en todas las Américas el cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres de países en vías de desarrollo, presentándose cada año casi 68 000 nuevas pacientes con este tipo de cáncer. (2)

En nuestro país cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical, siendo la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Asimismo, es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres). (3)

El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia, que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan. De este reporte, se estima que en el 2012 hubo 4636 13 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino o. En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3. Esto se compara con la de Sudamérica que es 22.2 y la mundial que es 15.1. La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo. (3)

Por otro lado, en cuanto a la distribución epidemiológica en regiones de la costa es homogéneo observándose que los cánceres de cérvix, estómago y mama constituyen los más frecuentes. Esto se observa en Ancash, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Piura y Tumbes con la excepción de Callao donde el primer lugar es ocupado por el cáncer de estómago, seguido por el cáncer de mama (El cáncer de cérvix es el cuarto en frecuencia). (4)

Como se puede evidenciar el cáncer de cuello uterino tiene una alta frecuencia a nivel mundial, Latinoamérica, nuestro país y en nuestra

región Ica. Por lo que, se debe tener en cuenta cuales son los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de cérvix, siendo la infección por virus de papiloma humano (VPH) una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino (3), ya que depende de otros factores. Factores que este trabajo de investigación tiene por objetivo determinar, específicamente cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

a) Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017?

b) Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores de riesgo personales asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo socioeconómicos asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo ginecobstétricos asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017?
- ¿Cuál es la asociación estadística que existe entre los factores de riesgo establecidos y el cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017?

2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1 JUSTIFICACIÓN

En nuestra localidad, la ciudad de Ica, no se cuentan con muchos trabajos de investigación respecto a este tema en específico. Las únicas investigaciones encontradas por quien está realizando esta investigación, son las que se realizaron en el Hospital Santa María del Socorro, sobre factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino y otra relacionada a la anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Sin embargo, estas no resultan suficientes para mostrar la realidad de nuestra ciudad, ya que, si bien se realizaron en un Hospital perteneciente al MINSA, resulta importante ver cuáles son los factores en un hospital perteneciente a ESSALUD; por ello, con esta investigación busca determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Asimismo, la información resultante de esta investigación, aportará datos estadísticos confiables y actualizados, los que pueden usarse por las instituciones pertinentes, para que los centros, puestos de salud y hospitales intervengan sobre ellos, con el objetivo de prevenir el cáncer de cuello uterino y consecuentemente reducir la elevada tasa de cáncer de cérvix.

Además, esta investigación puede ser el punto de partida para que se desarrollen otros trabajos similares en nuestra ciudad, siendo de beneficio para la población de la nuestra localidad. Por otro lado, el costo de esta investigación no representa un valor elevado.

2.3.2 IMPORTANCIA

El cáncer de cuello uterino, es un problema de salud pública que aqueja a la población femenina, sobre todo, en edad reproductiva, aun cuando se cuenta con diversas medidas de tamizaje para prevenirlo y tratarlo,

presenta una elevada tasa de casos. En nuestro país y nuestra ciudad de Ica, la distribución epidemiológica evidencia esta misma tendencia.

Por esta razón, es importante saber qué factores contribuyen a que se desarrolle esta patología oncológica, especialmente los factores de nuestras pobladoras de Ica. Situación que esta investigación tiene muy presente, ya que es el objetivo principal el poder determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017. En donde la población de estudio son mujeres con cáncer de cérvix, en las cuales se determinará los factores que las llevaron al desarrollo este problema de salud pública.

Es importante señalar que el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, es un nosocomio de alta referencia a nivel de ESSALUD, tanto en nuestra ciudad de Ica como en el departamento de Ica. Ello debido a la complejidad-categoría III-1, por lo que recibe gran cantidad de pacientes. Siendo esta investigación de relevancia por las características ya mencionadas. Asimismo, es un estudio nuevo pues como se ha mencionado anteriormente no existan trabajos de investigación en ESSALUD de Ica, sobre este tema.

Además de ello, esta investigación incentivará a que se realicen otras similares, que puedan mostrar la realidad de nuestra ciudad de Ica, para futuras intervenciones en beneficio de la población femenina.

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

c) Objetivo general

Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

d) Objetivos específicos

- Determinar cuáles son los factores de riesgo personales asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.
- Determinar cuáles son los factores de riesgo socioeconómicos asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.
- Determinar cuáles son los factores de riesgo ginecobstétricos asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017
- Determinar qué asociación estadística existe entre los factores de riesgo establecidos y el cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

2.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

a) Hipótesis general

Hi: Los factores de riesgo ginecobstétricos tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix en pacientes atendidas en Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho: Los factores de riesgo ginecobstétricos no tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

b) Hipótesis específicas

Hi1: La menor edad de menarquia está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho1: La menor edad menarquia no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi2: La edad precoz de inicio de las relaciones sexuales está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho2: La edad precoz de inicio de las relaciones sexuales no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi3: El número de parejas sexuales está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho3: El número de parejas sexuales no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi4: La presencia de ITS está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho4: La presencia de ITS no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi5: La paridad está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho5: La paridad no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi6: El uso de métodos anticonceptivos está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho6: El uso de métodos anticonceptivos no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi7: El tipo de método anticonceptivo está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho7: El tipo de método anticonceptivo no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi8: La no realización de Papanicolaou está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Ho8: La realización de Papanicolaou está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi9: La frecuencia de Papanicolaou está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Hi9: La frecuencia de Papanicolaou no está asociada al cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

a) Identificación de las variables

➤ **DEPENDIENTE**

- ✓ Cáncer de cérvix

➤ **INDEPENDIENTE**

- ✓ Factores de riesgo personales:
 - Edad
 - Antecedentes familiares de cáncer de cérvix
- ✓ Factores de riesgo socioeconómicos:
 - Grado de instrucción
 - Ocupación
 - Consumo de tabaco
- ✓ Factores de riesgo ginecobstétricos:
 - Menarquía
 - Edad de inicio de las relaciones sexuales
 - Número de parejas sexuales
 - Presencia de ITS
 - Tipos de ITS
 - Paridad
 - Abortos
 - Número de abortos
 - Uso de métodos anticonceptivos
 - Tipo de método anticonceptivo
 - Realización de PAP
 - Frecuencia de PAP

➤ **INTERVINIENTE**

- ✓ Adecuada elaboración de historias clínicas.

b) Operacionalización de las variables

VARIABLES		INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR	TIPO	ESCALAS	UNIDADES	INSTRUMENTO	TÉCNICA
DEPENDIENTE										
CANCER DE CÉRVIX			cambio de células normales del cuello uterino por células cancerígenas, produciendo un crecimiento anormal y descontrolado de las células afectadas.	Revisión del informe de patología (clasificación FIGO o TNM)	Estadio 0 Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV	Cualitativa	nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de informe de patología
INDEPENDIENTE										
FACTORES DE RIESGO PERSONALES	Edad		Sera expresada en años cumplidos para el momento en que se registró los datos.	Revisión de historia clínica en años.	25-34 35-44 45-54 55-64 65-74 ≥ 75	Cuantitativa discreta	Razón	Años	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Antecedentes familiares de Ca. de cérvix		presencia de cáncer de cuello uterino en familiares con algún grado de consanguinidad.	Revisión de historia clínica	Madre Hermana Abuela Ninguna	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS	Grado de instrucción		nivel de preparación en un centro educativo alcanzada por la paciente. Es decir, años de estudios aprobados por el usuario en una institución educativa, hasta el momento en que se elaboró la historia clínica.	Revisión de historia clínica	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completo Superior incompleto	Ordinal	Ordinal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Ocupación		Actividad diaria que realiza la paciente y que puede o no generar un ingreso económico.	Revisión de historia clínica		Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Consumo de tabaco		Consumo del tabaco en algún momento de su vida.	Revisión de historia clínica	Si No	cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Menarquía		edad de inicio del primer periodo menstrual.	Revisión de historia clínica	<10 10-14 15-20	Cuantitativa discreta	Razón	Años	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	relaciones sexuales	Edad de inicio de las relaciones sexuales	edad en la que comenzó la actividad sexual; es decir cuando se realizó la primera relación sexual coital.	Revisión de historia clínica	10-14 15-19 20-25 25-30	Cuantitativa discreta	Razón	Años	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
		Nº de parejas sexuales	cantidad de compañeros sexuales a lo largo de su vida. Es decir, número de personas con las que realizo relaciones sexuales coitales, hasta	Revisión de historia clínica	1 2 3 ≥4	Cuantitativa discreta	Razón	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas

FACTORES DE RIESGO GINECOBISTETRICOS			el momento en que se elaboró la historia clínica.							
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Presencia de ITS	presencia de alguna infección de transmisión sexual en algún momento de su vida. Es decir, si se le diagnóstico de ITS, hasta el momento en que se ejecuta el estudio.	Revisión de historia clínica	Si No	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
		Tipos de ITS	tipo específico de ITS diagnosticada.	Revisión de historia clínica	Herpes Sífilis Chancroide Gonorrea	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Paridad		número de embarazos finalizados. Es decir, veces que ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) con un peso mayor igual a 500 gr o con una edad gestacional mayor igual a 22 semanas.	Revisión de historia clínica (fórmula obstétrica)	Nulipara Primípara 2 a 5 partos Más de 5 partos	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Aborto	Abortos	interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance un peso de 500 gr a lo largo de su vida hasta la fecha de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.	Revisión de historia clínica (fórmula obstétrica)	Si No	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
		Número de abortos	cantidad de abortos que ha tenido la paciente a lo largo de su vida, hasta el momento en que se elaboró la historia clínica.	Revisión de historia clínica (fórmula obstétrica)	0 1 >1	Cualitativa discreta	Razón	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Anticonceptivos	Uso de métodos anticonceptivos	uso de algún método para prevenir el embarazo.	Revisión de historia clínica	Si No	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
		Tipo de método anticonceptivo	especificación del método anticonceptivo usado para prevenir el embarazo.	Revisión de historia clínica	Preservativo Oral Inyectable DIU Ligadura Otros Ninguno	cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
	Citología cervical (PAP)	Realización de PAP	Realización de la citología cervical en algún momento de su vida, hasta el momento en que le diagnosticaron el cáncer de cuello uterino.	Revisión de historia clínica	Si No	cualitativa	Nominal	Frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas
		Frecuencia	número de veces en que se realizó la citología cervical a lo largo de su vida, hasta el momento en que le diagnosticaron el cáncer de cuello uterino.	Revisión de historia clínica	0 1 2 ≥3	Cuantitativa discreta	Razón	frecuencia	Cuestionario	Observación y revisión de historias clínicas

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

➤ TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el periodo en que se capta la información: retrospectivo ya que este estudio se realiza en base a las historias clínicas del servicio de ginecobstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica -2017 Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

Según la evolución del fenómeno estudiado: transversal porque se realizó una sola observación, es decir los de datos consignados en las historias clínicas se anotaron en un determinado momento por única vez.

Según la comparación de las poblaciones muestrales: descriptivo ya que se estima los parámetros de la población a partir de la muestra.

➤ NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de este estudio es descriptivo, ya que describe las variables en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

➤ DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene diseño de clase no experimental, específicamente descriptivo – transversal.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

➤ POBLACIÓN

La población está formada por todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix atendidas por el servicio de ginecobstetricia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

➤ MUESTRA

- ✓ **Tipo de muestreo:** el presente estudio utilizo el muestreo no probabilístico, específicamente por conveniencia.
- ✓ **Selección de muestra:** para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los criterios de inclusión.
- ✓ **Unidad de muestra:** Historia clínica de mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix atendidas por el servicio de ginecobstetricia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

CAPITULO IV: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este estudio, la técnica empleada fue la observación y revisión de historias clínicas e informes de histopatología de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, procedentes del servicio de ginecobstetricia y oncología durante el año 2017. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

Autorizaciones: Inicialmente se procedió a solicitar la autorización del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, para el uso de las historias clínicas e informes de histopatología de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. La comisión de ética, de este nosocomio, evaluó el proyecto, el cual ya contaba con resolución decanal de aprobación de la facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”, después de esto, emitió un documento donde acreditaba la realización del proyecto de tesis. Posterior a ello, se solicitó la lista de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino atendidas durante el año 2017. Con la relación de pacientes, autorizada para fines de estudio, la cual utilizo como criterio de selección todas las pacientes con el CIE-10 C53.9 (tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación), se procedió a seleccionar las historias clínicas

Proceso de selección: Se seleccionó las Historias Clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se detallan a continuación:

➤ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Todas las mujeres atendidas por los servicios de ginecobstetricia y oncología, ya sea por consultorio externo, emergencia y/o hospitalización.
- ✓ Todas las mujeres atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica durante el año 2017.
- ✓ Todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix comprobado histopatológicamente.
- ✓ Todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix estadios clínicos 0, I, II, III y IV.

- ✓ Todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix, no diagnosticadas de otra enfermedad neoplásica maligna.
- ✓ Pacientes que cuenten con una historia clínica con datos completos.
- ✓ Todas aquellas mujeres que hayan iniciado la actividad sexual.

➤ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Todas aquellas mujeres que no tengan diagnóstico de cáncer de cérvix.
- ✓ Todas aquellas pacientes diagnosticadas con alguna enfermedad neoplásica maligna diferente al cáncer de cérvix.

De las 61 pacientes de la lista inicial, solo se encontró las historias clínicas de 53, los 8 restantes no estaban disponibles. De estas 53, 3 se apartaron del estudio, ya que tenían otros diagnósticos como: tumor maligno de mama, cáncer de año y displasia leve. Quedando finalmente 50.

Recolección de los datos: Se recolectó la información de las Historias clínicas seleccionadas y los informes de histopatología.

4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se registró en un instrumento de recolección de datos, que fue una ficha diseñada en base a: Factores personales con 2 preguntas, factores socioeconómicos con 3 preguntas y los factores ginecobstetricos con 13 preguntas; teniendo un total de 18 preguntas. Cada uno de los datos se obtuvieron de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y los informes de histopatología.

Preguntas del cuestionario:

- Preguntas abiertas:
 1. Edad
 2. Ocupación
 3. Menarquía

4. Edad de inicio de relaciones sexuales
5. Número de parejas sexuales

➤ Preguntas estructuradas, cerradas o de respuesta múltiple:

Preguntas dicotómicas:

1. Presencia de ITS: si o no
2. Consumo de tabaco: si o no
3. Abortos: si o no
4. Uso de anticonceptivos: si o no
5. Realización de PAP: si o no

Preguntas politómicas:

1. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino: madre, abuela, hermana, ninguna.
2. Grado de instrucción: sin instrucción, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, superior completo, superior incompleto.
3. Paridad: nulípara, primípara, 2 a 5 partos (multípara), > 5 partos (gran múltipara).
4. Número de abortos: ninguno, 1, > 1.
5. Tipo de método anticonceptivo: preservativo, oral, inyectable, DIU, ligadura, otros, ninguno.
6. Frecuencia de realización de PAP: 0, 1, 2, \geq 3.
7. Diagnóstico de cáncer de cuello uterino: Cáncer Cérvico-uterino, estadio 0, Cáncer Cérvico-uterino, estadio I, Cáncer Cérvico-uterino, estadio II, Cáncer Cérvico-uterino, estadio III, Cáncer Cérvico-uterino, estadio IV.

4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El registro de los datos se realizó en Microsoft Excel 2013. Mientras que para el análisis estadístico descriptivo se utilizó el software SPSS V 25.0. Por otro lado, el texto está redactado en Microsoft Word 2013. Se aplicó estadística descriptiva univariada y bivariada; para la determinación de la significancia estadística de variables la prueba chi cuadrado a un nivel de significancia de $p < 0.05$.

CAPITULO V: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

PASO 1: FORMULAR LA H₀ Y LA H₁

H_i: Los factores de riesgo ginecobstétricos tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix en pacientes atendidas en Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

H_o: Los factores de riesgo ginecobstétricos no tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica año 2017.

- **H₀ : $\mu < 60\%$**
- **H₁ : $\mu \geq 60\%$**

PASO 2: DETERMINAR SI LA PRUEBA ES UNILATERAL O BILATERAL

La prueba es Unilateral o de una cola, porque hay una sola posibilidad en la H₁

PASO 3: ASUMIR EL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA PRUEBA (α)

Asumimos el nivel de significación del 5%, con lo que estamos aceptando de que con la probabilidad de 0.05.

$$\alpha = 0.05$$

Prueba de una cola cuando es

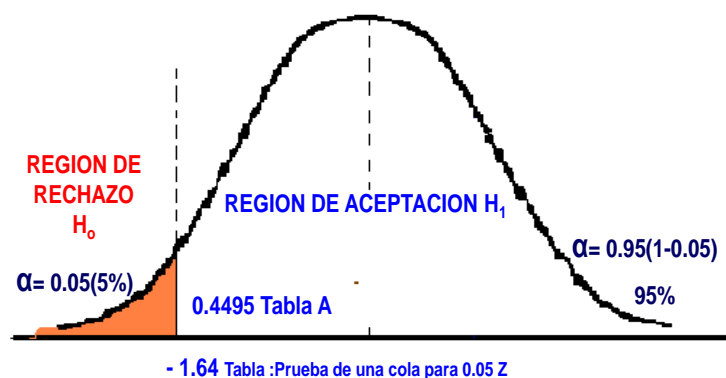
$$0.05 \rightarrow Z = -1.65$$

De la Tabla A : con 1.65 el area bajo la curva normal = 0.4495

PASO 4: DETERMINAR LA DISTRIBUCIÓN MUESTRAL QUE SE USARÁ EN LA PRUEBA

EL DATO ES UNA PROPORCION MUESTRAL, Y EN H₀ HAY UNA PROPORCION POBLACIONAL, USAREMOS LA DISTRIBUCION MUESTRAL DE PROPORCIONES.

PASO 5: ELABORAR EL ESQUEMA DE LA PRUEBA



PASO 6: CALCULAR EL ESTADÍSTICO DE LA PRUEBA

$$Z = \frac{\hat{P}_s - P}{\sigma_p}$$

\hat{p} = Proporción de la muestra = 0.40

P = media de la distribución muestral de proporciones = 0.60

σ_p = desviación estándar de la distribución muestral de proporciones, llamada también error estándar de la proporción

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{PQ}{n}}$$

Datos: P=0.50

Q=0.50

n=50

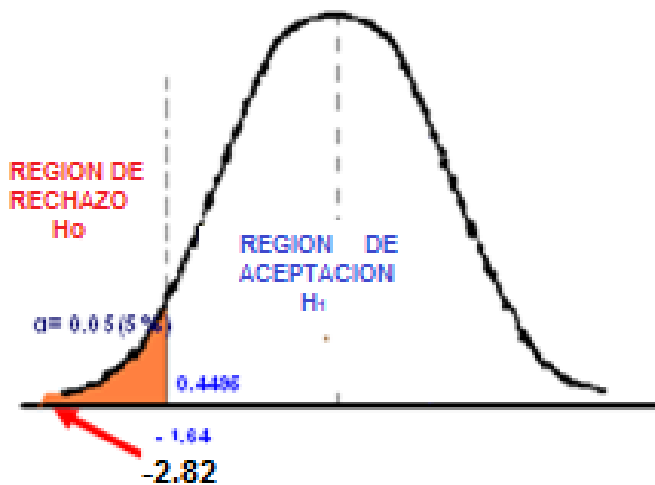
$$\sigma_p = \sqrt{(0.50)(0.50) / 50} \rightarrow \sigma_p = \sqrt{0.25/50} = 0.07071 \rightarrow \sigma_p = \mathbf{0.07071}$$

Reemplazando en Z:

$$Z = (0.40 - 0.60) / 0.07071 \rightarrow \mathbf{Z = -2.8284}$$

SE RECHAZA H_0

SE ACEPTA H_1



CAPÍTULO VI

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Presentación e interpretación de resultados

TABLA Nª 01

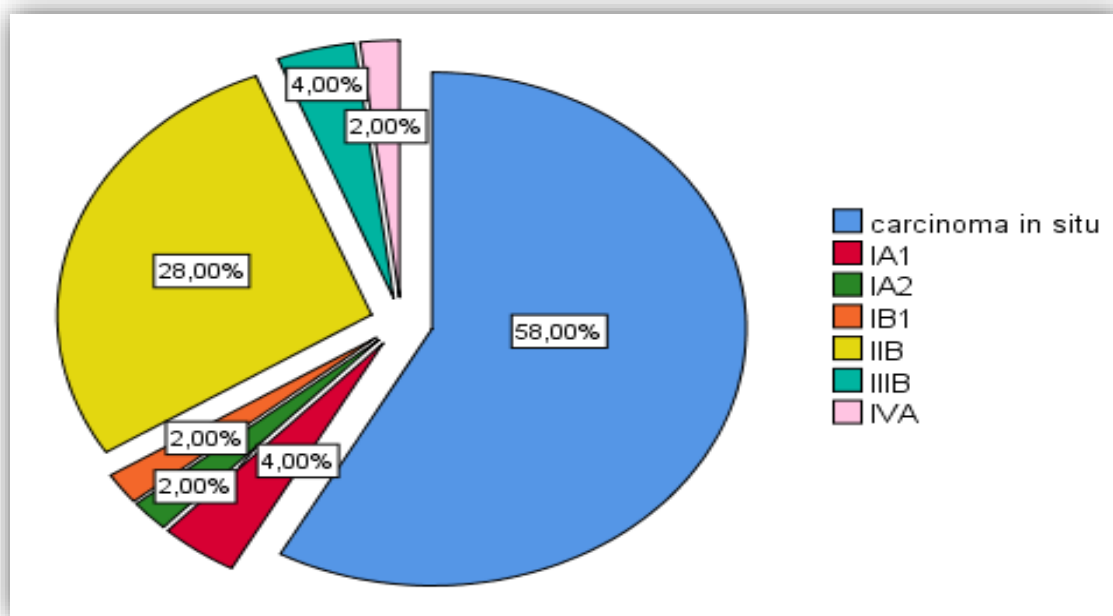
**ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARCINOMA IN SITU	29	58,0
IA1	2	4,0
IA2	1	2,0
IB1	1	2,0
IIB	14	28,0
IIIB	2	4,0
IVA	1	2,0
Total	50	100,0

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRAFICO Nº 01

ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

De las 50 historias clínicas observadas, se pudo evidenciar que el estadio más frecuente fue el carcinoma in situ, con 29 pacientes siendo el 58 % del total. En cuanto a los demás estadios que presentaron en orden descendente fueron los siguientes: estadio IIB 28 % (14 pacientes), estadio IA1 y estadio IIIB 4% (2 pacientes) y los estadios IA2, IB1I y VA 2% (1 paciente).

TABLA N° 02

**GRUPOS ETARIOS CON CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA
AÑO 2017**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
25-34	3	6,0	6,0
35-44	13	26,0	32,0
45-54	10	20,0	52,0
55-64	11	22,0	74,0
65-74	4	8,0	82,0
MAYOR IGUAL A 75	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N° 03

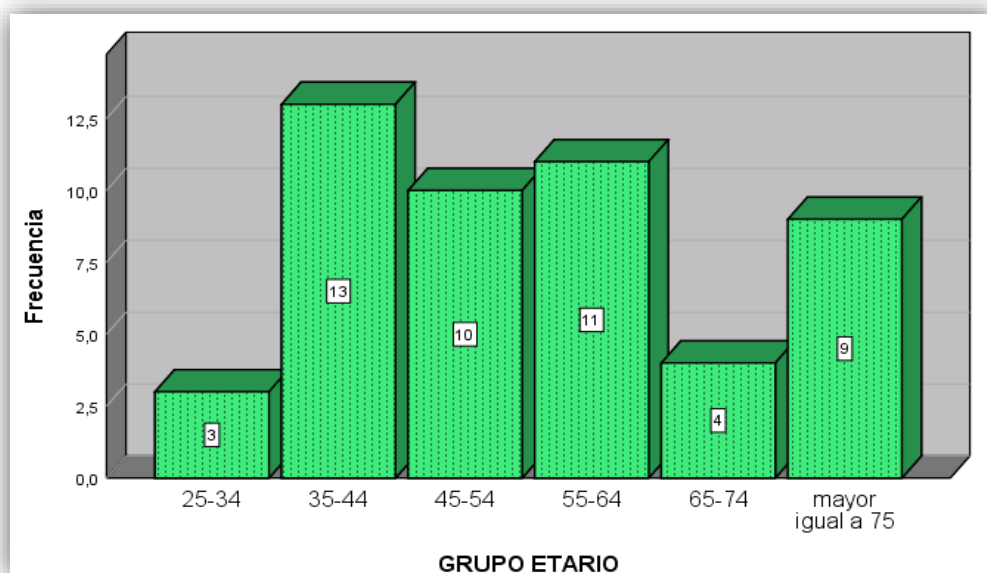
**ESTADÍSTICOS DE LAS EDADES DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE
CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA AÑO 2017**

EDAD	
MEDIA	55,58
MEDIANA	53,50
MODA	58
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	14,879
MÍNIMO	32
MÁXIMO	85

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRAFICO Nº 02

GRUPOS ETARIOS CON CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA



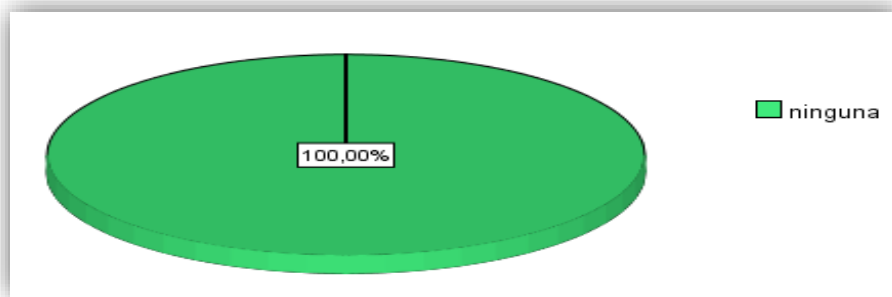
AÑO 2017

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

La mediana de la edad es de 54 años (53.5) con una desviación estándar de 14.88 años. Asimismo, la edad más frecuente fue 58 años, la mínima fue de 32 años, la máxima de 85 años y un promedio de edad de 56 años. Teniendo al grupo etario de 35 a 44 años como el más frecuente con un porcentaje de 26 %, seguido por el de 55 a 64 años con 22 %, 45 a 54 años con 20%, ≥ 75 años con 18%, 65 a 74 años con 8% y 25 a 34 años con 6%.

GRÁFICO N° 03

ANTECEDENTES FAMILIAR DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N° 04

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMARIA COMPLETA	4	8,0	8,0
PRIMARIA INCOMPLETA	1	2,0	10,0
SECUNDARIA COMPLETA	27	54,0	64,0
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	2,0	66,0
SUPERIOR COMPLETO	17	34,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 05

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
AMA DE CASA	34	68,0	68,0
DOCENTE	13	26,0	94,0
OBRERA EN FABRICA	2	4,0	98,0
ASISTENTE ADMINISTRATIVA	1	2,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 06

CONSUMO DE TABACO EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	6	12,0	12,0
NO	44	88,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Se observó que el 100 % de las pacientes no presento antecedente familiar de cáncer de cuello uterino. En cuanto a los factores de riesgo socioeconómicos se obtuvo, que el grado de instrucción con mayor frecuencia fue el nivel secundario con 56 % (28 pacientes) de los cuales el 54 % lo completo (27 pacientes) y 2 % (1 paciente) no culmino; seguido por el nivel superior con 34 % (17 pacientes) todas culminaron y por ultimo primaria con 10 % (5 pacientes) habiendo culminado 8 % (4 pacientes). Asimismo, la ocupación que desempeña la mayoría

es ser ama de casa con 68 % del total (34 pacientes), seguido por docencia 26 % (13 pacientes), obrera en fábrica 4 % (2 pacientes) y asistente administrativa 2 % (1 paciente). Por último, el 88 % (44 pacientes) no lo ha consumido tabaco, solo el 12 % (6 pacientes) lo consumieron.

TABLA N ° 07

MENARQUÍA EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
10-12	28	56,0	56,0
13-15	22	44,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 08

ESTADÍSTICOS DE LA MENARQUÍA EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

MENARQUÍA	
MEDIA	12,44
MEDIANA	12,00
MODA	12
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	,787
MÍNIMO	11
MÁXIMO	15

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 09

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
12-14	5	10,0	10,0
15-17	32	64,0	74,0
18-20	11	22,0	96,0
21-23	1	2,0	98,0
24-26	1	2,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 10

ESTADÍSTICOS DE EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	
MEDIA	16,32
MEDIANA	16,00
MODA	16
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2,035
MÍNIMO	14
MÁXIMO	25

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 11

COMPAÑEROS SEXUALES EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	17	34,0	34,0
2	30	60,0	94,0
3	3	6,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 12

ESTADÍSTICOS DE COMPAÑEROS SEXUALES EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

COMPAÑEROS SEXUALES	
MEDIA	1,72
MEDIANA	2,00
MODA	2
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	,573
MÍNIMO	1
MÁXIMO	3

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 13

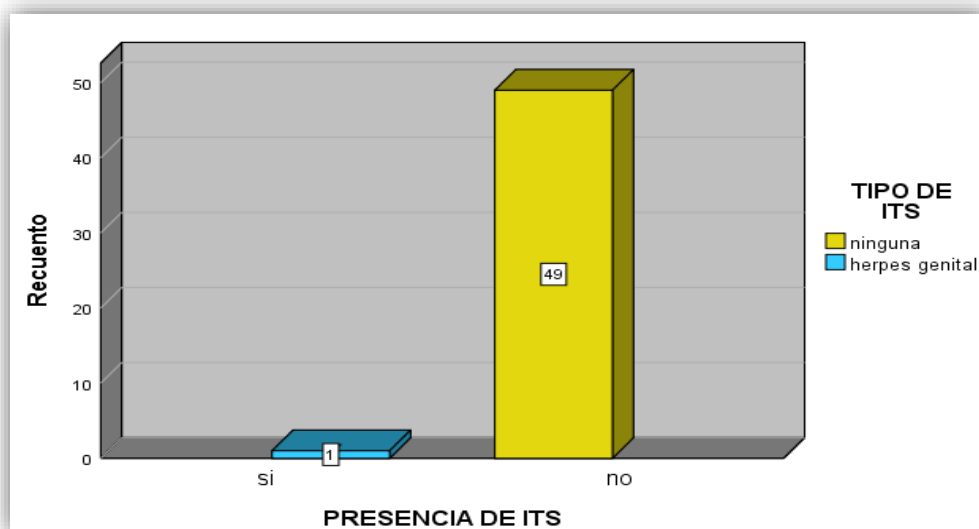
**PRESENCIA DE ITS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA
AÑO 2017**

			TIPO DE ITS		TOTAL
			NINGUNA	HERPES GENITAL	
PRESENCIA DE ITS	SI	RECuento	0	1	1
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%
	NO	RECuento	49	0	49
		% DEL TOTAL	98,0%	0,0%	98,0%
TOTAL		RECuento	49	1	50
		% DEL TOTAL	98,0%	2,0%	100,0%

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 4

**PRESENCIA DE ITS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA
AÑO 2017**



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 14

PARIDAD EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NULIPARA	1	2,0	2,0
PRIMIPARA	2	4,0	6,0
MULTIPARA (2 A 5 PARTOS)	41	82,0	88,0
GRAN MULTIPARA (MAS DE 5 PARTOS)	6	12,0	100,0
TOTAL	50	100,0	

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 15

ESTADÍSTICOS DE PARIDAD EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

PARIDAD	
MEDIA	3,32
MEDIANA	3,00
MODA	3
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,659
MÍNIMO	0
MÁXIMO	8

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 16

ABORTOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

			ABORTOS		TOTAL	
			SI	NO		
NUMERO DE ABORTOS	0	RECuento	0	39	39	
		% DEL TOTAL	0,0%	78,0%	78,0%	
	1	RECuento	6	0	6	
		% DEL TOTAL	12,0%	0,0%	12,0%	
	MAS DE 1	RECuento	5	0	5	
		% DEL TOTAL	10,0%	0,0%	10,0%	
TOTAL			RECuento	11	39	50
			% DEL TOTAL	22,0%	78,0%	100,0%

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 5

ABORTOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 17

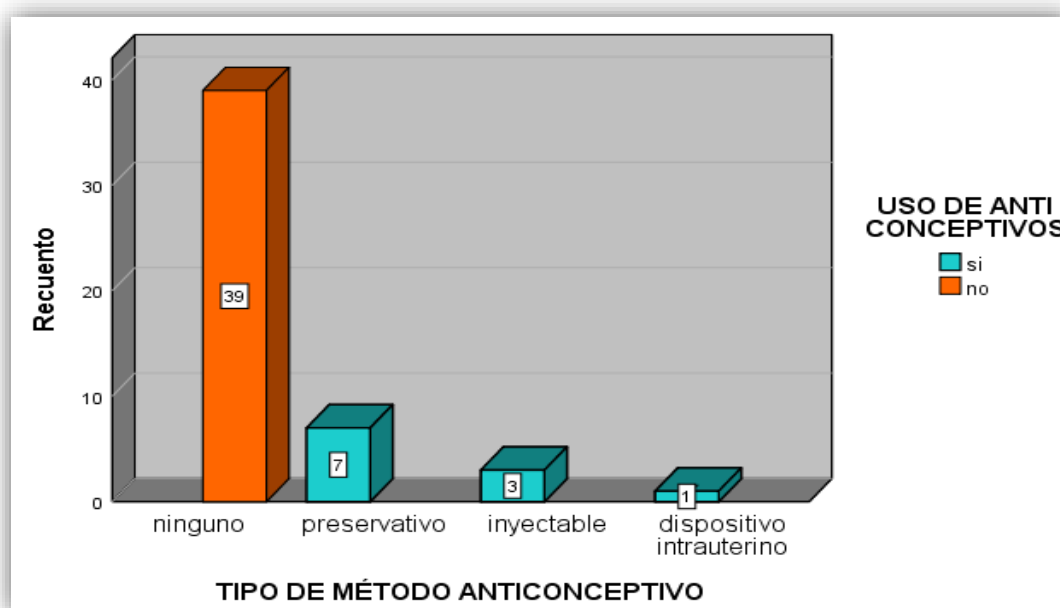
USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX		USO DE ANTI CONCEPTIVOS		TOTAL
		SI	NO	
NINGUNO	RECuento	0	39	39
	% DEL TOTAL	0,0%	78,0%	78,0%
PRESERVATIVO	RECuento	7	0	7
	% DEL TOTAL	14,0%	0,0%	14,0%
INYECTABLE	RECuento	3	0	3
	% DEL TOTAL	6,0%	0,0%	6,0%
DISPOSITIVO INTRAUTERINE	RECuento	1	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	11	39	50
	% DEL TOTAL	22,0%	78,0%	100,0%

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 6

USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



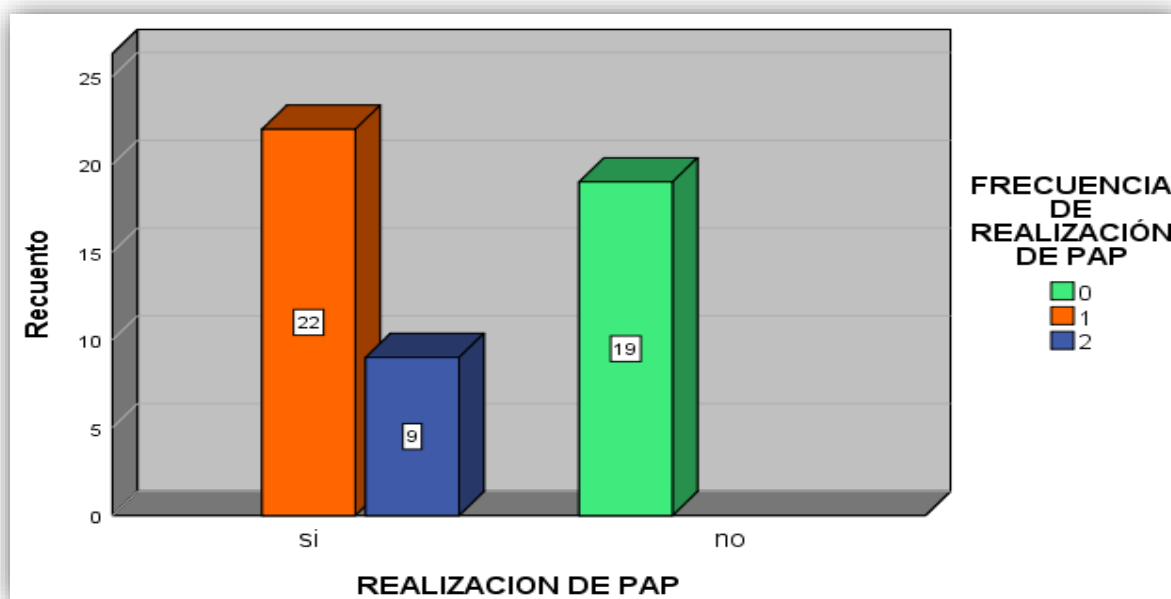
Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 18
REALIZACIÓN DE PAP EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA
AÑO 2017

			FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PAP			TOTAL
			0	1	2	
REALIZACION DE PAP	SI	Recuento	0	22	9	31
		% del total	0,0%	44,0%	18,0%	62,0%
	NO	Recuento	19	0	0	19
		% del total	38,0%	0,0%	0,0%	38,0%
TOTAL		Recuento	19	22	9	50
		% del total	38,0%	44,0%	18,0%	100,0%

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 7
REALIZACIÓN DE PAP EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA
AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

En los factores de riesgo ginecobstétricos se encontró que la menarquia fue más frecuente a los 12 años, el promedio de edad fue 12 años (12.44) también, al igual que la mediana 12 años con desviación estándar de 0.787 años, siendo la edad mínima de 11 años y la edad máxima 15 años. El grupo etario de 10 a 12 años 56 % (28 pacientes) y 13 a 15 años 44 % (22 pacientes). La edad de inicio de relaciones sexuales coitales fue más frecuente entre los 15 a 17 años 64 % (32 pacientes), sobre todo a los 16 años, siendo también la edad promedio y la mediana con desviación estándar de 2.035 años, la edad mínima 14 años y la máxima 25 años. Siguiendo en orden descendente 18 a 20 años 22 % (11 pacientes), 12 a 14 años 10 % (5 pacientes), 21 a 23 años y 24 a 26 años con 2 % (1 paciente). La mayoría tuvo 2 compañeros sexuales 60 % (30 pacientes), seguido por 1 compañero sexual 34 % (17 pacientes) y 3 compañeros sexuales 6% (3 pacientes); en promedio fue de 2 (1.72), con mediana de 2 y desviación estándar de 0.573.

Las infecciones de transmisión sexual, no se presentaron en el 98 % (49 pacientes), solo en el 2 % (1 paciente) siendo este herpes genital. La mayoría de las pacientes fueron multíparas 82 % (41 pacientes), seguido por gran multíparas 12% (6 pacientes), primípara 4% (2 pacientes) y nulípara 2% (1 paciente); siendo más frecuente la cantidad de 3 hijos, misma cantidad del promedio (3.32), el mínimo fue 0 hijos y el máximo 8. El aborto no lo tuvieron el 78% (39 pacientes), el 22% (11 pacientes) restante si lo tuvieron, de los cuales el 12 % (6 pacientes) fue 1 vez y el 10%(5 pacientes) más de 1 vez. La mayoría no usa anticonceptivos 78% (39 pacientes), de los que si usan 22% (11 pacientes) el 14 % (7 pacientes) usa preservativo, 6% (3 pacientes) inyectable y 2% (1 paciente) dispositivo intrauterino. El 62% (31 pacientes) se realizaron examen de Papanicolaou, de los cuales el 44 % (22 pacientes) lo hizo 1 vez y 18% (9 pacientes) lo hizo 2 veces; mientras que el 38% (19 pacientes) restante no se realizó este examen.

TABLA N ° 19

RELACIÓN ENTRE GRUPOS ETARIOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

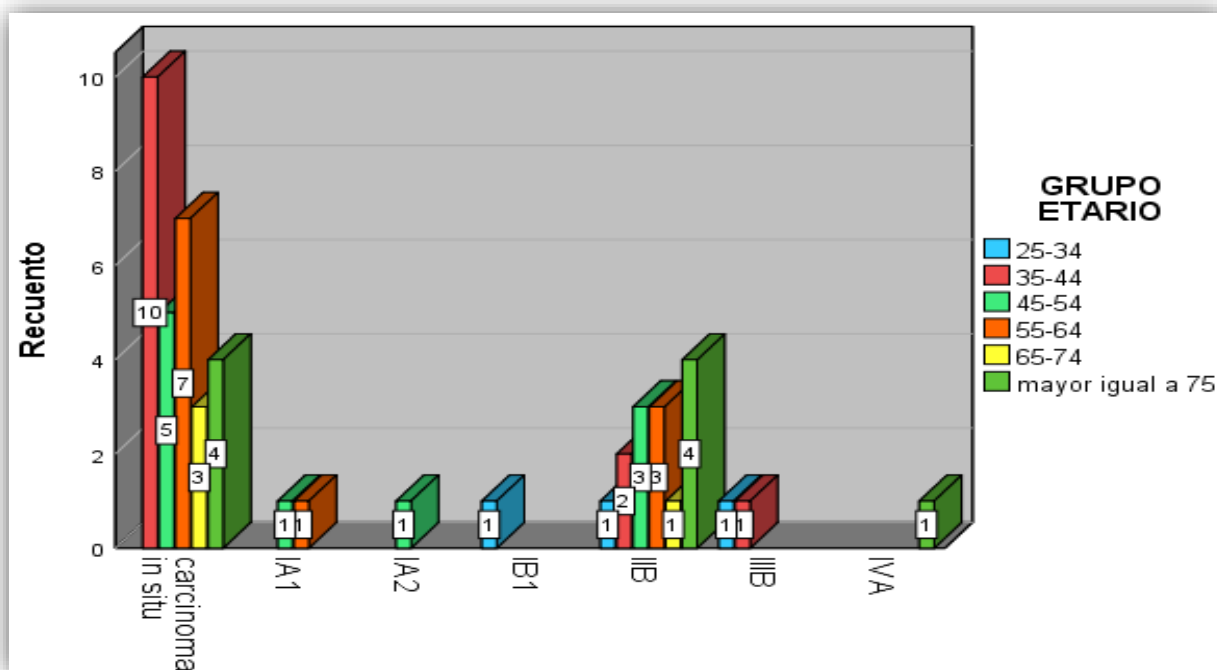
ESTADIOS DE CANCER DE CÉRVIX		GRUPO ETARIO						TOTAL
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥ 75	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	0	10	5	7	3	4	29
	% DEL TOTAL	0,0%	20,0%	10,0%	14,0%	6,0%	8,0%	58,0%
IA1	RECuento	0	0	1	1	0	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IA2	RECuento	0	0	1	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IB1	RECuento	1	0	0	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IIB	RECuento	1	2	3	3	1	4	14
	% DEL TOTAL	2,0%	4,0%	6,0%	6,0%	2,0%	8,0%	28,0%
IIIB	RECuento	1	1	0	0	0	0	2
	% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IVA	RECuento	0	0	0	0	0	1	1
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	3	13	10	11	4	9	50
	% DEL TOTAL	6,0%	26,0%	20,0%	22,0%	8,0%	18,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 40 117 P-VALOR: 0.103

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 8

RELACIÓN ENTRE GRUPOS ETARIOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGOSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Al relacionar la edad por grupos etarios con los estadios de cáncer de cérvix se observó que de 35 a 44 años del 26% (13 pacientes) el 20% (10 pacientes) tenía carcinoma in situ (estadio 0), el 4% (2 pacientes) estadio IIB y el 2% (1 paciente) estadio IIIB. De 55 a 64 años del 22% (11 pacientes), el 14% (7 pacientes), 6% (3 pacientes) y 2% (1 paciente) tenían los estadios carcinoma in situ, IIB y IA1 respectivamente. De 45 a 54 años del 20% (10 pacientes), el 10% (5 pacientes), 6% (3 pacientes), 2% (1 paciente) y 2% (1 paciente) tenían los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1 y IA2 respectivamente. Las pacientes con edad \geq 75 años del 18% (9 pacientes), el 8% (4 pacientes), 8% (4 pacientes) y 2% (1 paciente) tenían los estadios carcinoma in situ, IIB y IVA respectivamente. De 65 a 74 años, del 8% (4 pacientes), el 6% (3 pacientes) y 2% (1 paciente), tenían los estadios carcinoma in situ y IIB respectivamente. Por último, de 25 a 34 años (6%) tenían los estadios IB1, IIB y IIIB, siendo cada uno el 2% (1 paciente) del total.

Se obtuvo un chi cuadrado de 40 117, con un nivel de significancia de 0.103, indicando que no hay influencia estadísticamente significativa entre los grupos etarios y los estadios del cáncer de cuello uterino.

TABLA N ° 20

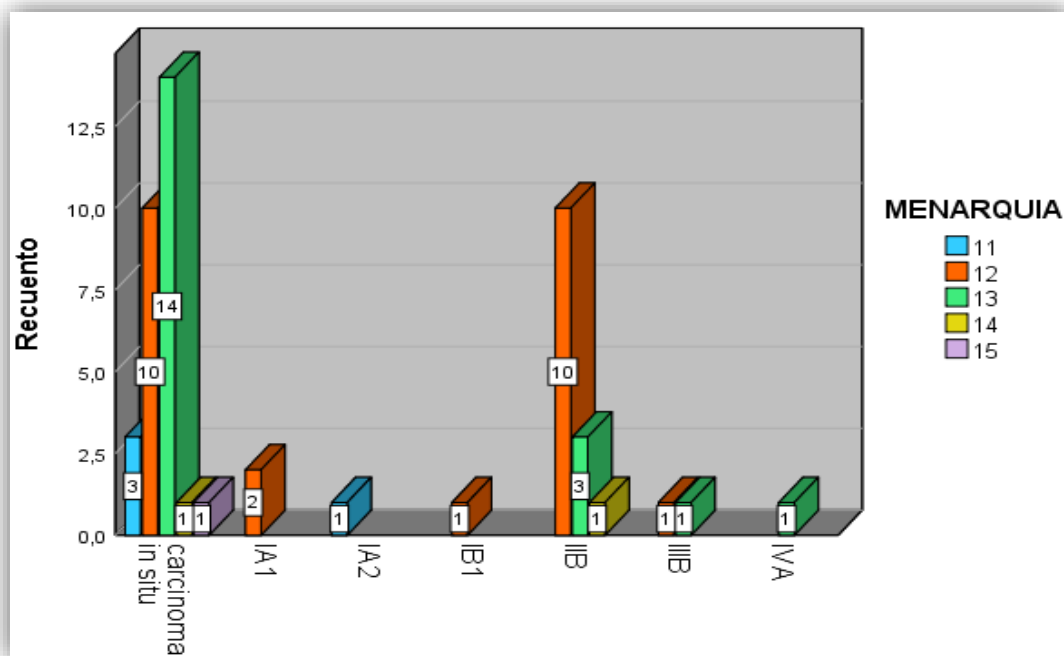
RELACIÓN ENTRE MENARQUÍA Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

ESTADIOS DEL CÁNCER DE CÉRVIX		MENARQUIA					TOTAL
		11	12	13	14	15	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	3	10	14	1	1	29
	% DEL TOTAL	6,0%	20,0%	28,0%	2,0%	2,0%	58,0%
IA1	RECuento	0	2	0	0	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IA2	RECuento	1	0	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IB1	RECuento	0	1	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IIB	RECuento	0	10	3	1	0	14
	% DEL TOTAL	0,0%	20,0%	6,0%	2,0%	0,0%	28,0%
IIIB	RECuento	0	1	1	0	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IVA	RECuento	0	0	1	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	4	24	19	2	1	50
	% DEL TOTAL	8,0%	48,0%	38,0%	4,0%	2,0%	100,0%
CHI CUADRADO CALCULADO: 23 533 P-VALOR: 0.489							

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 9

RELACION ENTRE MENARQUÍA Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Al establecer la relación entre menarquía y los estadios de cáncer de cérvix se evidencio que las pacientes que tuvieron su menarquia a los 12 años, el 48%, presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IB1 y IIIB en los porcentajes 20%, 20%, 4%, 2% y 2% respectivamente. A los 13 años, el 38% tenía los estadios carcinoma in situ, IIB, IIIB y IVA, en los porcentajes 28%, 6%, 2% y 2% respectivamente. A los 11 años, el 8%, presentaron los estadios carcinoma in situ, IA2, en los porcentajes 6% y 2% respectivamente. A los 14 años, el 4% tenían los estadios carcinoma in situ y IIB, ambos en 2%. Por ultimo a los 15 años presento el estadio carcinoma in situ 2%.

El chi cuadrado calculado es de 25 533, con un nivel de significancia de 0.489; demostrando que no hay relación estadísticamente significativa entre la menarquia y los estadios de cáncer de cuello uterino.

TABLA N ° 21
RELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y
ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

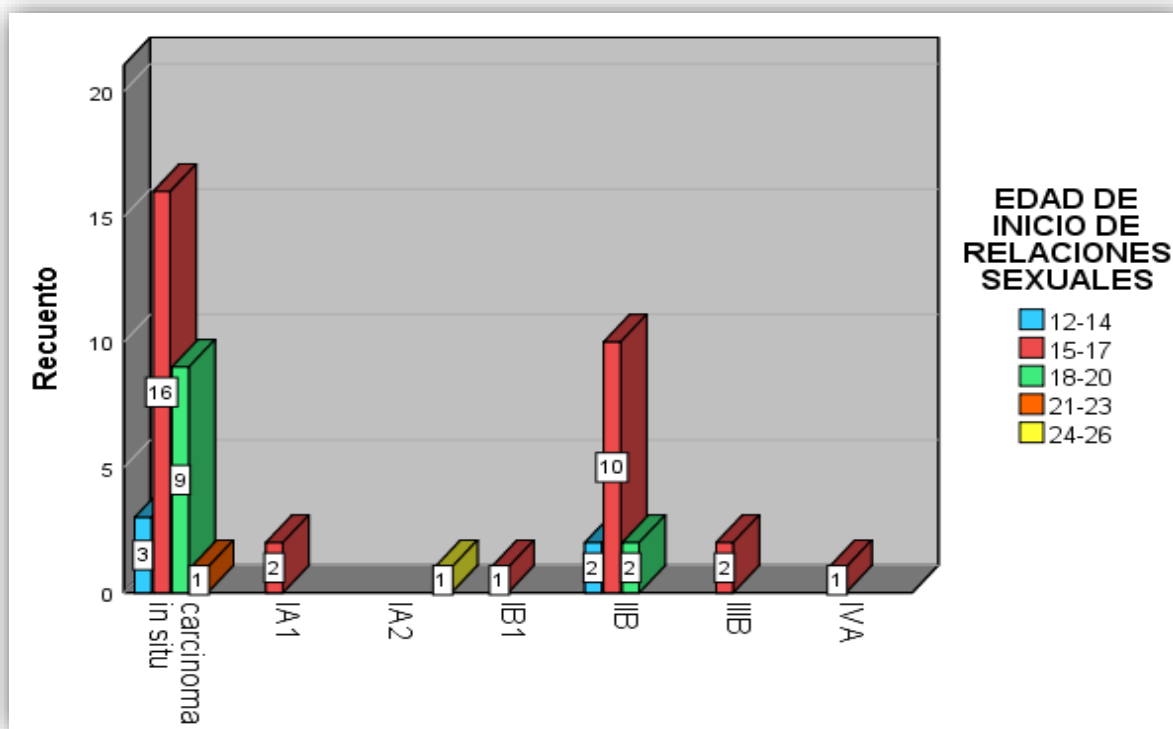
ESTADIOS DEL CÁNCER DE CÉRVIX		EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES					TOTAL
		12-14	15-17	18-20	21-23	24-26	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	3	16	9	1	0	29
	% DEL TOTAL	6,0%	32,0%	18,0%	2,0%	0,0%	58,0%
IA1	RECuento	0	2	0	0	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IA2	RECuento	0	0	0	0	1	1
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%
IB1	RECuento	0	1	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IIB	RECuento	2	10	2	0	0	14
	% DEL TOTAL	4,0%	20,0%	4,0%	0,0%	0,0%	28,0%
IIIB	RECuento	0	2	0	0	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IVA	RECuento	0	1	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	5	32	11	1	1	50
	% DEL TOTAL	10,0%	64,0%	22,0%	2,0%	2,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 56 008 , P-VALOR : 0.00

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO Nº 10

RELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Al revisar la influencia de la edad de inicio de relaciones sexuales coitales con los estadios de cáncer de cuello uterino, se observó que de los 15 a 17 años, grupo etario más frecuente, del 64% el 32%, 20%, 4%, 4%, 2% y 2% presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IIIB, IB1 y IVA respectivamente. Asimismo, de los 18 a 20 años, del 22% el 18% y 4% tuvieron los estadios carcinoma in situ y IIB respectivamente. De los 12 a 14 años, del 10% el 6% y 4%, presentaron los estadios carcinoma in situ y IIB respectivamente. De los 21 a 23 años y 24 a 26 años presentaron en 2% los estadios carcinoma in situ y IA2 respectivamente.

El chi cuadrado calculado es de 56 008, con un nivel de significancia de 0.00, demostrando que si existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de relaciones sexuales con los estadios del cáncer de cérvix.

TABLA N ° 22

RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

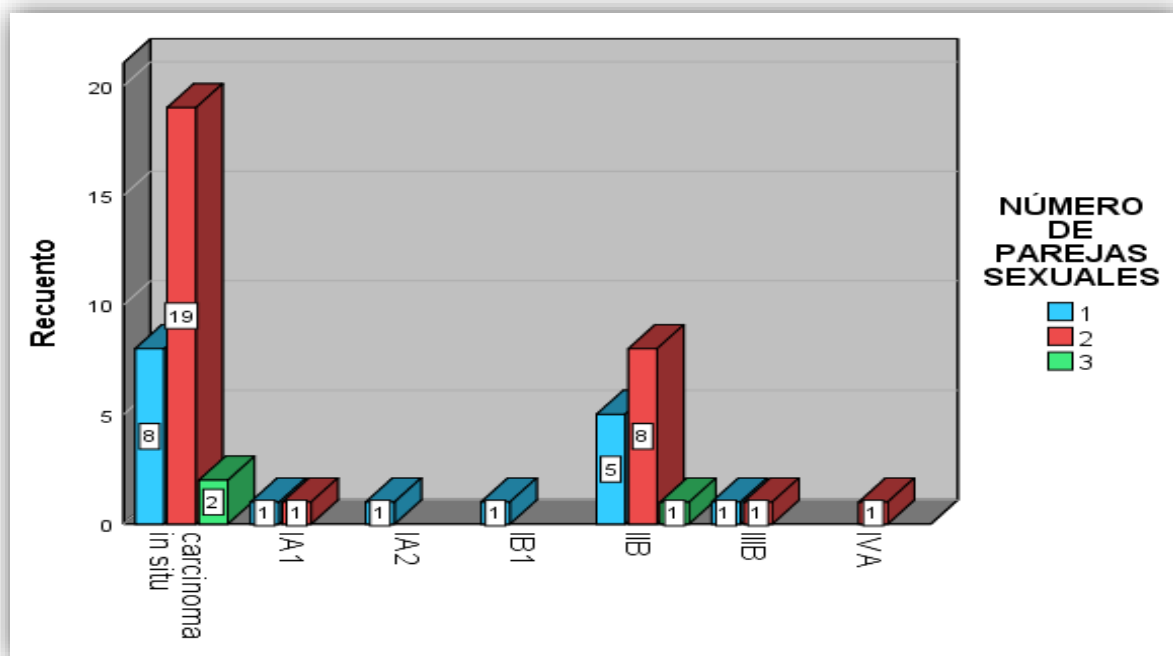
ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES			TOTAL
		1	2	3	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	8	19	2	29
	% DEL TOTAL	16,0%	38,0%	4,0%	58,0%
IA1	RECuento	1	1	0	2
	% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	0,0%	4,0%
IA2	RECuento	1	0	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IB1	RECuento	1	0	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IIB	RECuento	5	8	1	14
	% DEL TOTAL	10,0%	16,0%	2,0%	28,0%
IIIB	RECuento	1	1	0	2
	% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	0,0%	4,0%
IVA	RECuento	0	1	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	17	30	3	50
	% DEL TOTAL	34,0%	60,0%	6,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 5755 , P-VALOR :0.928

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 11

RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Analizando la influencia del número de parejas sexuales, se encontró que las pacientes que tuvieron 2 parejas, el 60%, presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IIIB y IVA, en 38%, 10% y los tres últimos 2%, respectivamente. Las que tuvieron una pareja sexual, el 34%, tuvieron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IA2, IB1 y IIIB, en 16%, 10% y los 4 últimos en 2% respectivamente. Por último las que tuvieron 3 parejas sexuales, el 6%, presentaron los estadios carcinoma in situ y IIB, en 4% y 2% respectivamente.

El valor de chi cuadrado calculado es de 5755, con un nivel de significancia de 0.928. Demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre el número de parejas sexuales y los estadios del cáncer de cuello uterino.

TABLA N ° 23

RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE ITS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

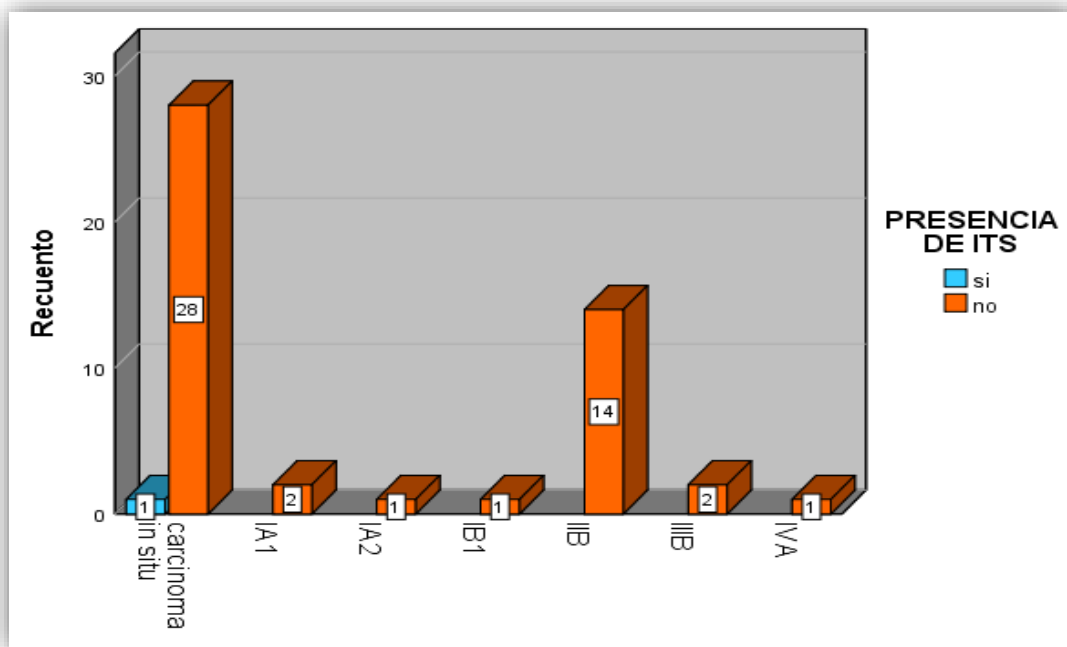
ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX		PRESENCIA DE ITS		TOTAL
		SI	NO	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	1	28	29
	% DEL TOTAL	2,0%	56,0%	58,0%
IA1	RECuento	0	2	2
	% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	4,0%
IA2	RECuento	0	1	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%
IB1	RECuento	0	1	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%
IIB	RECuento	0	14	14
	% DEL TOTAL	0,0%	28,0%	28,0%
IIIB	RECuento	0	2	2
	% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	4,0%
IVA	RECuento	0	1	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	1	49	50
	% DEL TOTAL	2,0%	98,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 739 P-VALOR: 0.994

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 12

RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE ITS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Al relacionar la presencia de ITS (infección de transmisión sexual) con los estadios de cáncer de cérvix se observe que la mayoría no tuvo, siendo el 98%, las que presentaron los estadios carcinoma in situ (56%), IIB (28%), IA1 (4%), IIIB (4%), IA2 (2%), IB1(2%) y IVA (2%). Por otro lado, solo el 2% tuvo ITS, siendo este herpes genital, teniendo el estadio carcinoma in situ.

El valor de chi cuadrado calculado fue de 739, con nivel de significancia de 0.994, indicando que no hay relación estadísticamente significativa entre la presencia de ITS con los estadios del cáncer de cuello uterino.

TABLA N ° 24

RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

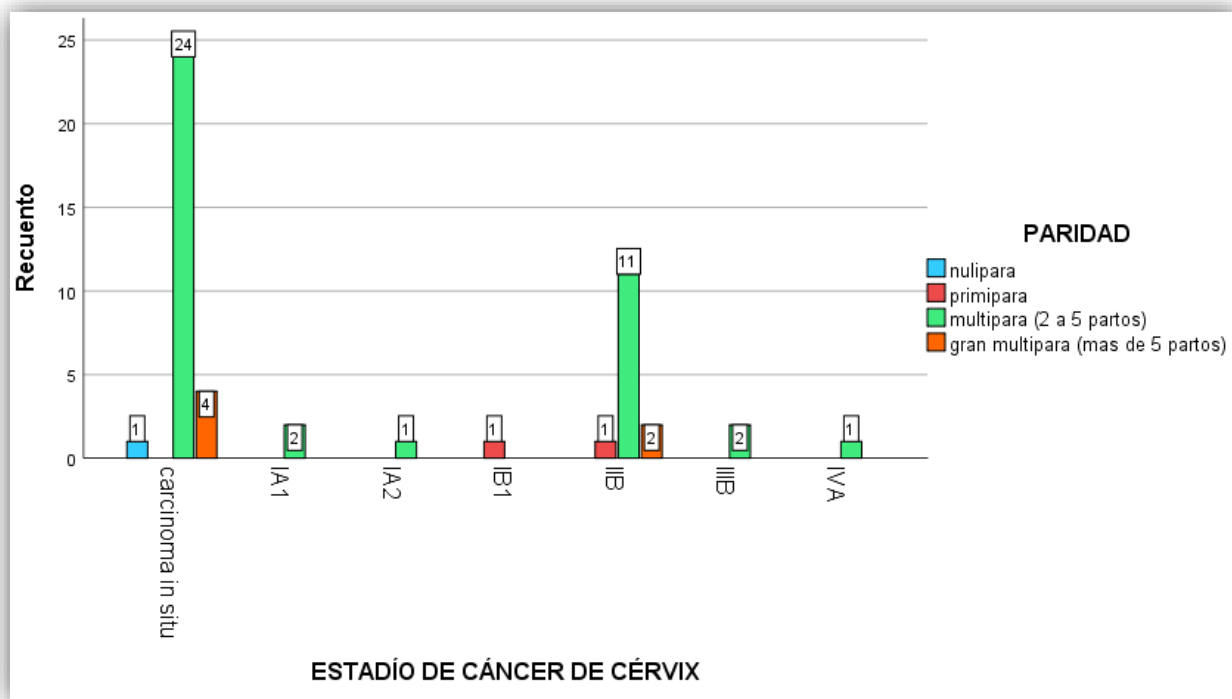
		PARIDAD				TOTAL
		NULIPARA	PRIMIPARA	MULTIPARA (2 A 5 PARTOS)	GRAN MULTIPARA (MAS DE 5 PARTOS)	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	1	0	24	4	29
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	48,0%	8,0%	58,0%
IA1	RECuento	0	0	2	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	4,0%
IA2	RECuento	0	0	1	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
IB1	RECuento	0	1	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IIB	RECuento	0	1	11	2	14
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	22,0%	4,0%	28,0%
IIIB	RECuento	0	0	2	0	2
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	4,0%
IVA	RECuento	0	0	1	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	1	2	41	6	50
	% DEL TOTAL	2,0%	4,0%	82,0%	12,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 27 568 P-VALOR: 0.069

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 13

RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Estableciendo la relación entre la paridad y los estadios del cáncer de cérvix, se evidencio que las pacientes múltiparas, el 82%, en 48%, 22%, 4%, 4%, 2% y 2% presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IIIB, 1A2 y IVA respectivamente. Asimismo, las gran múltiparas, el 12% presentaron los estadios carcinoma in situ y IIB en 8% y 4% respectivamente. Las primíparas, el 4%, presentaron los estadios IB1 y IIB en 2% ambos. Por último, la nulípara, el 2%, presento el estadio carcinoma in situ.

El chi cuadrado calculado es de 27 568, con nivel de significancia de 0.069. Demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre la paridad y los estadios del cáncer de cuello uterino.

TABLA N ° 25

RELACIÓN ENTRE ABORTOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

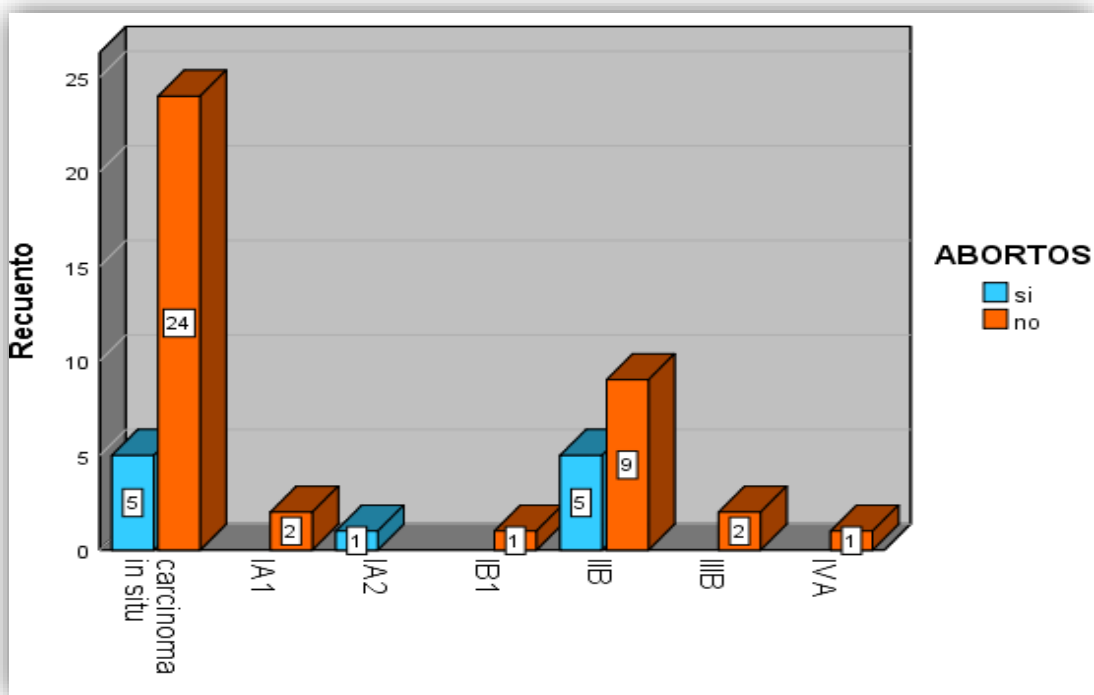
			ABORTOS		TOTAL	
			SI	NO		
ESTADÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX	CARCINOMA IN SITU	RECuento	5	24	29	
		% DEL TOTAL	10,0%	48,0%	58,0%	
	IA1	RECuento	0	2	2	
		% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	4,0%	
	IA2	RECuento	1	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	2,0%	
	IB1	RECuento	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%	
	IIB	RECuento	5	9	14	
		% DEL TOTAL	10,0%	18,0%	28,0%	
	IIIB	RECuento	0	2	2	
		% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	4,0%	
	IVA	RECuento	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%	
	TOTAL		RECuento	11	39	50
			% DEL TOTAL	22,0%	78,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 7155 P-VALOR: 0.307

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 14

RELACIÓN ENTRE ABORTOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 26

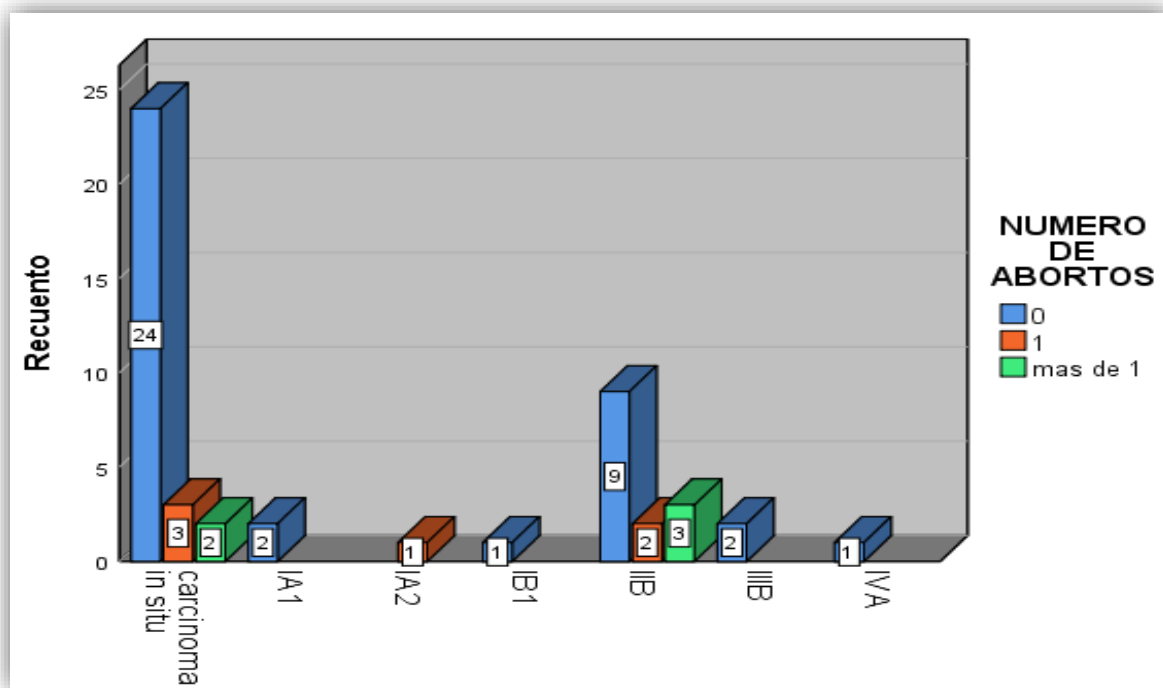
RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE ABORTOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

			NUMERO DE ABORTOS			TOTAL	
			0	1	>1		
ESTADÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX	CARCINOMA IN SITU	RECuento	24	3	2	29	
		% DEL TOTAL	48,0%	6,0%	4,0%	58,0%	
	IA1	RECuento	2	0	0	2	
		% DEL TOTAL	4,0%	0,0%	0,0%	4,0%	
	IA2	RECuento	0	1	0	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%	
	IB1	RECuento	1	0	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%	
	IIB	RECuento	9	2	3	14	
		% DEL TOTAL	18,0%	4,0%	6,0%	28,0%	
	IIIB	RECuento	2	0	0	2	
		% DEL TOTAL	4,0%	0,0%	0,0%	4,0%	
	IVA	RECuento	1	0	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%	
	TOTAL		RECuento	39	6	5	50
			% DEL TOTAL	78,0%	12,0%	10,0%	100,0%
CHI CUADRADO CALCULADO: 11 682 P-VALOR: 0.472							

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICA N ° 15

RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE ABORTOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Estableciendo la relación entre los abortos y los estadios de cáncer de cérvix, se observó que quienes no presentaron aborto, el 78%, en 48%, 18%, 4%, 4%, 2% y 2%, tuvieron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IIB, IB1 y IVA respectivamente. Mientras, que quienes, si tuvieron abortos, el 22%, en 10%, 10% y 2%, presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB y IA2 respectivamente. Por otro lado, al establecer la relación con la cantidad de abortos se encontró que el 12 % tuvo 1 de los cuales el 6%, 4% y 2%, tuvieron los estadios carcinoma in situ, IIB y IA2; asimismo, el 10% tuvo más de 1 aborto presentando los estadios IIB y carcinoma in situ en 6% y 4% respectivamente.

El chi cuadro calculado es de 7155, con nivel de significancia de 0.307. Demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre los abortos y los estadios del cáncer de cérvix. Igualmente, al relacionar el número de abortos con los estadios de cáncer de cérvix no se encontró relación

estadísticamente significativa, teniendo Chi cuadrado calculado 11 682, nivel de significancia de 0.472

TABLA N ° 27

RELACIÓN ENTRE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

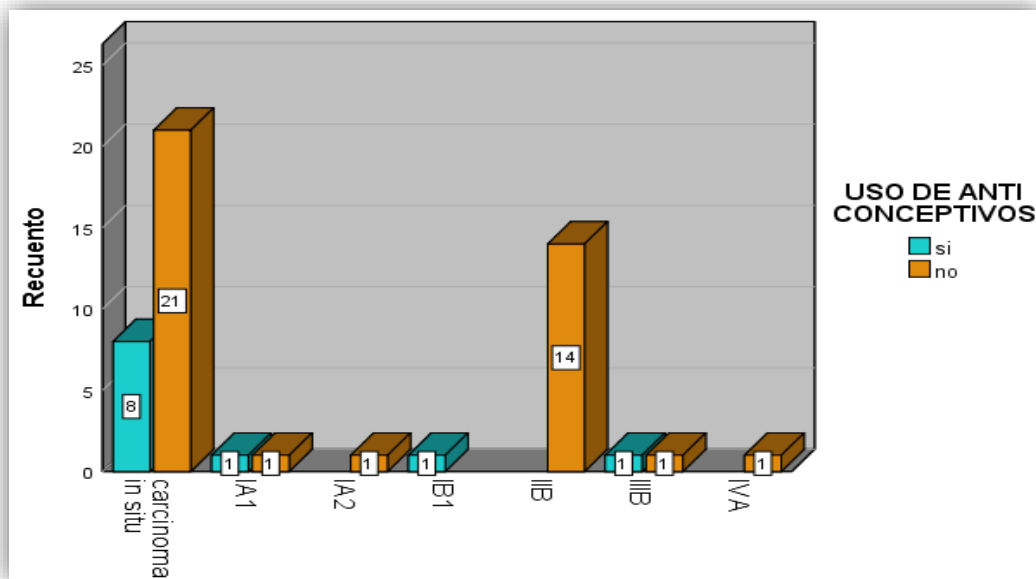
			USO DE ANTI CONCEPTIVOS		TOTAL	
			SI	NO		
ESTADÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX	CARCINOMA IN SITU	RECuento	8	21	29	
		% DEL TOTAL	16,0%	42,0%	58,0%	
	IA1	RECuento	1	1	2	
		% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	4,0%	
	IA2	RECuento	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%	
	IB1	RECuento	1	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	2,0%	
	IIB	RECuento	0	14	14	
		% DEL TOTAL	0,0%	28,0%	28,0%	
	IIIB	RECuento	1	1	2	
		% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	4,0%	
	IVA	RECuento	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%	
	TOTAL		RECuento	11	39	50
			% DEL TOTAL	22,0%	78,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 10 413 P-VALOR: 0.108

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 16

RELACIÓN ENTRE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 28

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE ANTICONCEPTIVOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

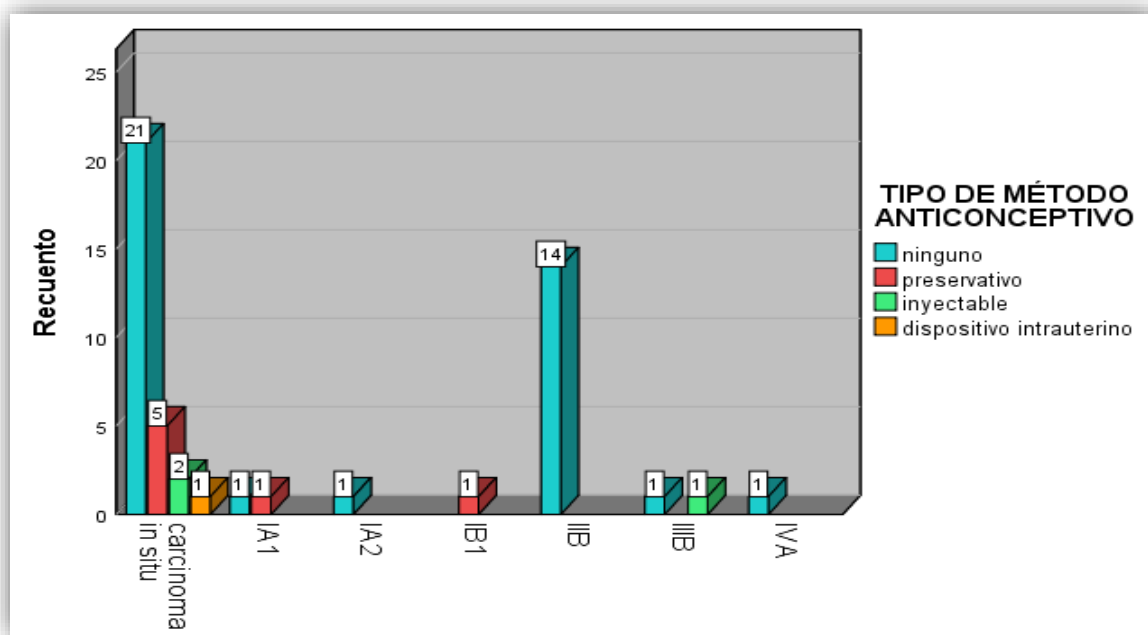
ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX		TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL
		NINGUNO	PRESERVATIVO	INYECTABLE	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	
CARCINOMA IN SITU	RECuento	21	5	2	1	29
	% DEL TOTAL	42,0%	10,0%	4,0%	2,0%	58,0%
IA1	RECuento	1	1	0	0	2
	% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	0,0%	0,0%	4,0%
IA2	RECuento	1	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IB1	RECuento	0	1	0	0	1
	% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
IIB	RECuento	14	0	0	0	14
	% DEL TOTAL	28,0%	0,0%	0,0%	0,0%	28,0%
IIIB	RECuento	1	0	1	0	2
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	2,0%	0,0%	4,0%
IVA	RECuento	1	0	0	0	1
	% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
TOTAL	RECuento	39	7	3	1	50
	% DEL TOTAL	78,0%	14,0%	6,0%	2,0%	100,0%

CHI CUADRADO CALCULADO: 20 519, P-VALOR: 0.304

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 17

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE ANTICONCEPTIVOS Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Analizando la relación entre el uso de anticonceptivos y los estadios del cáncer de cérvix, se encontró que del 78% que no usa métodos anticonceptivos, el 42%, 28% y los cuatro últimos 2% presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1, IA2, IIIB y IVA respectivamente. Mientras que los que, si usan, el 22%, el 16% y los tres últimos 2% presentaron los estadios carcinoma in situ, IA1, IB1 y IIIB respectivamente. Por otro lado, el 14% uso preservativo, teniendo los estadios carcinoma in situ, IA1 y IB1 en 10%, y los dos últimos 2% respectivamente. Además, las que usaron inyectables, el 6%, tuvieron los estadios carcinoma in situ y IIIB en 4% y 2% respectivamente. Por último, presentaron 2% carcinoma in situ las que usaron dispositivo intrauterino.

El Chi cuadrado calculado es de 10 413, con nivel de significancia de 0.108. Evidenciando que no existe relación estadísticamente significativa entre el uso de anticonceptivos y los estadios del cáncer de cuello uterino. Igualmente, al relacionarlo con los tipos de métodos anticonceptivos no hay, teniendo como valores Chi cuadrado calculado de 20 519 y nivel de significancia de 0.304.

TABLA N ° 29

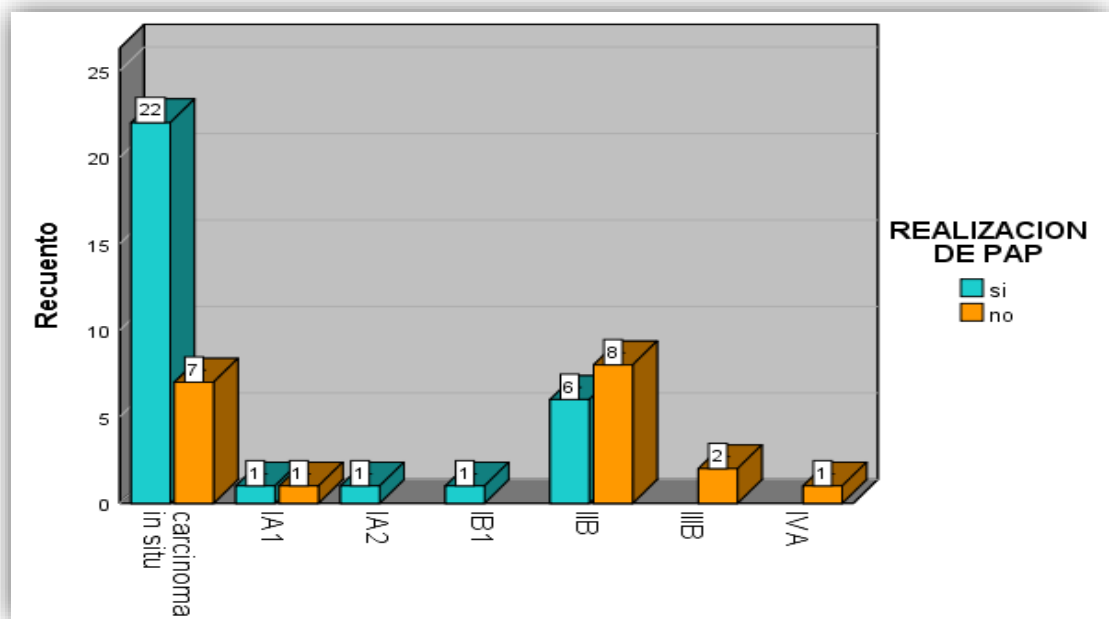
RELACIÓN ENTRE REALIZACIÓN DE PAP Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

			REALIZACION DE PAP		TOTAL	
			SI	NO		
ESTADÍOS DE CÁNCER DE CÉRVIX	CARCINOMA IN SITU	RECuento	22	7	29	
		% DEL TOTAL	44,0%	14,0%	58,0%	
	IA1	RECuento	1	1	2	
		% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	4,0%	
	IA2	RECuento	1	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	2,0%	
	IB1	RECuento	1	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	2,0%	
	IIB	RECuento	6	8	14	
		% DEL TOTAL	12,0%	16,0%	28,0%	
	IIIB	RECuento	0	2	2	
		% DEL TOTAL	0,0%	4,0%	4,0%	
	IVA	RECuento	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	2,0%	2,0%	
	TOTAL		RECuento	31	19	50
			% DEL TOTAL	62,0%	38,0%	100,0%
CHI CUADRADO CALCULADO: 10 786 P-VALOR: 0.95.						

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 18

RELACIÓN ENTRE REALIZACIÓN DE PAP Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

TABLA N ° 30

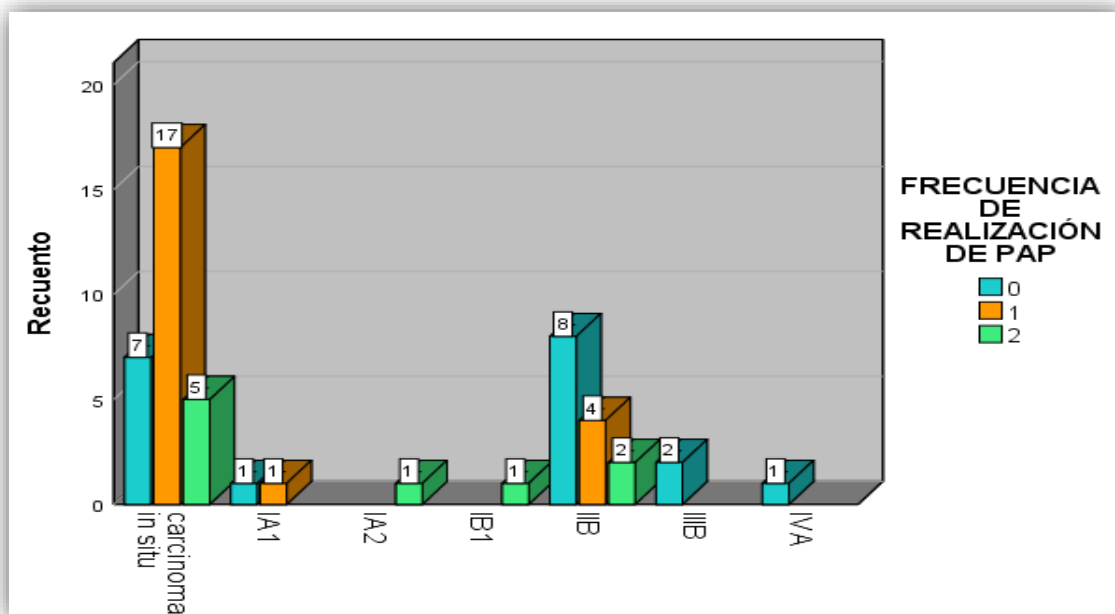
REALACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PAP Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

			FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PAP			TOTAL	
			0	1	2		
ESTADÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX	CARCINOMA IN SITU	RECuento	7	17	5	29	
		% DEL TOTAL	14,0%	34,0%	10,0%	58,0%	
	IA1	RECuento	1	1	0	2	
		% DEL TOTAL	2,0%	2,0%	0,0%	4,0%	
	IA2	RECuento	0	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%	
	IB1	RECuento	0	0	1	1	
		% DEL TOTAL	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%	
	IIB	RECuento	8	4	2	14	
		% DEL TOTAL	16,0%	8,0%	4,0%	28,0%	
	IIIB	RECuento	2	0	0	2	
		% DEL TOTAL	4,0%	0,0%	0,0%	4,0%	
	IVA	RECuento	1	0	0	1	
		% DEL TOTAL	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%	
	TOTAL		RECuento	19	22	9	50
			% DEL TOTAL	38,0%	44,0%	18,0%	100,0%
CHI CUADRADO CALCULADO: 19 557 P-VALOR:0.029							

Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

GRÁFICO N ° 19

REALACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PAP Y ESTADIOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017



Fuente: Historias clínicas – Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

Al relacionar la realización del Papanicolaou (PAP) con los estadios del cáncer de cérvix, se evidencio que, si se habían realizado este examen el 62% presentando los estadios de carcinoma in situ, IIB, IA1, IA2 y IB1 en 44%, 12% y 2% los tres últimos respectivamente. Mientras que aquellas pacientes que no se habían realizado el PAP, el 38%, presentaron los estadios IIB, carcinoma in situ, IIB, IA2 y IVA en 16%, 14%, 4% y 2%, los dos últimos, respectivamente. Por otro lado, las pacientes que realizaron la citología vaginal 1 vez, del 44%, el 34%, 8% y 2% presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB y IA1 respectivamente. Las que lo hicieron 2 veces, del 18%, el 10%, 4% y los dos últimos 2%, presentaron los estadios carcinoma in situ, IIB, IA1 y IB1 respectivamente.

El Chi cuadrado calculado es de 10 786, con nivel de significancia de 0.95. Demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre la realización de PAP con los estadios del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, al relacionar la frecuencia de realización de PAP con los estadios de cáncer de cérvix, si existe relación estadísticamente significativa, con Chi cuadrado calculado de 19 557 y nivel de significancia de 0.029.

6.2 Discusión de resultados

Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino. Fue realizada en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza. La muestra estuvo comprendida por 50 pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. El grupo etario entre 35 a 44 años fue más prevalente, coincidiendo con otros estudios (25, 28) como el de Carranza V, Nacimiento F y Vásquez C. Iquitos, (2014), el 66.2%, tenía entre 31 a 60 años (2) . Además de los realizados por Ybaseta J, Paccori F y Vilca A. Ica, (2014). (31) y Kuroki, A. Franco, A. & Alaba, K. Ica, (2018), (32) en los que encontraron mayor frecuencia a la edad mayor de 35 años siendo 77.8% y 15.5% respectivamente. Sin embargo, en esta investigación la edad no tuvo relación estadísticamente significativa con los estadios de cáncer de cérvix. De los que fue más frecuente el carcinoma in situ (estadio 0), al igual que Abad E y Celiz M. Tarapoto, (2017) encontrándose en 44%. (27) Mientras que en otros estudios el predominio fue de los estadios I, IIB. (28, 22, 25)

En cuanto a los factores personales, específicamente, el antecedente familiar de cáncer de cérvix, ninguna de las pacientes del estudio presento antecedentes, no hay otra investigación que no cuente con antecedente familiar alguno. Pero, si con porcentaje bajo, 28.6%. (22) Siendo elevado, 56%, solo en el realizado por Abad E y Celiz M. Tarapoto, (2017). (27)

Por otro lado, sobre los factores de riesgo socioeconómicos tratados en esta investigación, el grado de instrucción secundario fue el más prevalente, al igual que el realizado por Ybaseta J, Paccori F y Vilca A. Ica, (2014), siendo el 48.2%. (31) Mientras que el nivel primario fue más prevalente en otros estudios (1, 20, 28, 32). La ocupación que desempeñan prevalentemente fue el de ama de casa, coincidiendo con otros trabajos de investigación (1, 20). Asimismo, el consumo de tabaco no fue muy prevalente, en esta investigación solo el 12% consumía, tendencia similar al estudio realizado por Fernández C e Izaguirre E. Chimbote, (2014), el 28.6% consumía. Por el contrario, el estudio realizado por Marruffo B. Lima, (2016) el 56.5% si consumía. (26)

En relación a los factores de riesgo ginecobstétricos, la menarquia fue prevalente entre los 10 a 12 años, sobre todo a los 12 años. Mientras que en el estudio

realizado por Ybaseta J, Paccori F y Vilca A. Ica, (2014), la edad de menarquia fue ≥ 15 años, con el 59.2%. No teniendo significancia estadística para este estudio. La edad temprana de inicio de relaciones sexuales, en muchas investigaciones la relacionan con el cáncer de cérvix, sobre todo menos a 18 años. (1, 2, 4, 20, 26, 28, 29) siguiendo la misma tendencia esta investigación, con prevalencia entre los 15 a 17 años, el 64%, sobre todo a los 16 años, encontrándose significancia estadística en relación a los estadios del cáncer de cérvix. similar a ello, es en la investigación realizada por Abad E y Celiz M. Tarapoto, (2017) en la que la edad de inicio es menor de 19 años, con 63%. (27) Asimismo, en otra investigación, fue más prevalente la edad mayor a 14 años, no refiriendo hasta que edad. (32). Por el contrario, fue más prevalente entre los 20 a 22 años, en el estudio realizado por Amaro S. Juliaca, 2016. (25) El número de parejas sexuales, en su mayoría fue 2, al igual que otras investigaciones (20, 25). Similar a ello, son las investigaciones realizadas por otros autores en los que toman de referencia mayor a 2 parejas (1, 2, 4, 19, 26, 28, 29, 32). Mientras que los estudios realizados por Abad E y Celiz M. Tarapoto, (2017) y Gómez J. Trujillo, (2013) la prevalencia fue de 1 pareja (19,27). Para este estudio no presento significancia estadística. La presencia de ITS (infecciones de transmisión sexual) solo se presentó en una paciente (2%), siendo herpes genital. En la investigación realizada por Fernández C e Izaguirre E. Chimbote, (2014) presentaron ITS el 28.4% (20), porcentaje bajo, pero no tanto al de la investigación realizada, no obstante, no presento significancia estadística. Por el contrario, fue prevalente en otros estudios. (25, 29) Las pacientes multíparas fueron más frecuentes, para este estudio, a predominio de 3 hijos. Coincidiendo con ello, otros estudios (1, 2, 4, 20, 25, 27, 31, 32). No obstante, no se encontró significancia estadística. En cuanto a la presencia de abortos, el 22% lo realizo, siendo en su mayoría 1 al menos. Similar a la investigación realizada por Jacobo S, Janeiro C y Rodríguez L. Iquitos, (2015), teniendo prevalencia del 30%. (22) No se estableció relación significativa estadísticamente. El uso de anticonceptivos solo el 22%, uso alguno, teniendo al preservativo como el más frecuente. Similar a otras investigaciones en las que no usaron anticonceptivos (1, 19, 29). Contrario a ello, en otros estudios fue más prevalente el uso de anticonceptivos (2, 20, 25). La significancia estadística en esta investigación no se encontró. La realización del examen de Papanicolaou, es de importancia para

la determinación de lesiones premalignas. En esta investigación la mayoría, 62%, lo había realizado en algún momento, siendo frecuente al menos 1 vez. Sin embargo, solo fue estadísticamente significativo la frecuencia mas no, el realizarlo o no. No hay trabajos similares en los que se presenten como opciones a factores de riesgo de la forma como se plantea en este estudio.

CONCLUSIONES

1. El estudio realizado estableció que el carcinoma in situ es el estadio más frecuente en la población estudiada con un 58 % (29 pacientes), siendo el estadio más avanzado el IVA, con un 2% (1 paciente).
2. Esta investigación determinó en cuanto a los factores de riesgo personales, que el grupo etario con más frecuencia fue el comprendido entre los 35 a 44 años, representando el 26% (13 pacientes). Teniendo como promedio de edad 56 años, la edad más frecuente fue 58 años, con una mínima edad de 32 años y máxima de 85 años. Asimismo, el 100 % de las pacientes no presento antecedente familiar de cáncer de cérvix.
3. Hablando de los factores de riesgo socioeconómicos se encontró que la mayoría de las pacientes estudio hasta secundaria, el 56% (28 pacientes), terminando el 54% (27 pacientes), el 2% restante (1 paciente) no culmino este nivel de educación. Además, las amas de casa son las que tienen más prevalencia de cáncer de cérvix, siendo el 68% (34 pacientes). El consumo de tabaco no fue un factor frecuente en esta población de estudio, ya que la mayoría, el 88% (44 pacientes), no había consumido tabaco.
4. En relación a los factores de riesgo ginecoobstetricos, la menarquia fue más frecuente entre los 10 a 12 años, siendo el 56% (28 pacientes), sobre todo a los 12 años. Teniendo como edad mínima 11 y la máxima 15 años. Asimismo, la edad de inicio de relaciones sexuales fue más frecuente entre los 15 a 17 años, el 64% (32 pacientes), en su mayoría a los 16 años. Siendo la mínima edad 14 y la máxima 25 años. La cantidad de compañeros sexuales en su mayoría fueron 2, representando el 60% (30 pacientes). No obstante, la presencia de ITS, no fue frecuente, solo el 2% (1 paciente) tuvo herpes genital. Aun cuando la mayoría no uso métodos anticonceptivos, el 78% (39 pacientes). Las que, si usaron, el método que predomino fue de barrera, preservativo, el 14% (7 pacientes). En cuanto a la cantidad de hijos, las pacientes eran multíparas con mayor frecuencia, representando el 82% (41 pacientes), siendo más frecuente 3 hijos, el mínimo 0 y máximo 8. Además de ello, gran parte de las pacientes, el 62%

(31 pacientes), si se había realizado el examen de Papanicolaou, al menos 1 vez en su mayoría, el 44% (22 pacientes).

5. Por último, esta investigación pudo encontrar, que solo la edad de inicio de relaciones sexuales y la frecuencia de realización de PAP, tuvieron significancia estadística.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud de Ica que realice campañas de tamizaje del cáncer de cérvix como la inspección visual con ácido acético del ácido acético, la citología cervicovaginal, entre otros, en mujeres con edades entre los 35 a 44 años y en zonas rurales en donde la población tiene dificultades de accesibilidad al centro de salud. Asimismo, Realizar charlas educativas en los centros de estudios y de trabajo (empresas) tanto públicas como privadas donde laboren mujeres, en las cuales se expliquen las consecuencias del cáncer de cuello uterino, así como las consecuencias del inicio de la actividad sexual coital precoz, para que disminuya la prevalencia de este cáncer.
2. Al personal de salud y los que no pertenecen a este rubro pero que si se encargan de la educación o instrucción de adolescentes. Concientizar a la población femenina mediante charlas informativas sobre el uso de métodos anticonceptivos, no solo para una adecuada planificación familiar y prevenir embarazos no deseados, sino además sobre el uso de métodos de barrera como preservativos, para prevenir la transmisión de ITS. Asimismo, sobre la promiscuidad, evitarla por que las expone a una probable infección por VPH, no solo ellas, sino sus compañeros sexuales.
3. Al Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, adecuada supervisión y control en el llenado de las historias clínicas, para que puedan tener la información necesaria según los factores de riesgo facilitando así, la investigación. Asimismo, un seguimiento adecuado de las pacientes en cuanto a la frecuencia de la realización de PAP.
4. A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, mediante las distintas facultades de ciencias de la salud a realizar investigaciones sobre el cáncer de cuello uterino, tanto las de importancia estadística como las aquellas en las que se intervenga sobre los factores encontrados.
5. A la Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”, a realizar campañas de salud en donde se realicen sesiones educativas sobre el cáncer de cuello uterino, en zonas alejadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Pérez, R. & Toribio, D. Factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes del Hospital César Garayar García. Iquitos 2014. [Tesis]. Huánuco: Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”; 2015.
2. Carranza, V. Nacimiento, F. & Vásquez, C. Factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto – Punchana 2014. [Tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
3. Ministerio de Salud de Perú. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Lima- Perú. 2017. URL disponible es: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterio.pdf
4. Carrasco, C. & La Chira, C. Prevalencia y factores de riesgo de cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unane, 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2016.
5. Castro, P. & Peña, E. Frecuencia de lesiones premalignas y malignas de cérvix uterino y factores de riesgo en pacientes atendidas durante los años 2011, 2012 el instituto del cáncer, Solca – Cuenca. [Tesis]. Cuenca: Universidad del Azuay; 2013.
6. Díaz, Y. Báez, M. Pérez, J. & García, M. Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. Revista Cubana de Medicina General Integral. [En línea]. 2014. [Fecha de acceso 08 de febrero del 2018]; 30 (2). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200005
7. Cruz, V. Factores de riesgo de cáncer cervico uterino en mujeres de 20 a 55 años en el Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2010 a diciembre del 2014. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.

8. Domínguez, J. Factores de riesgo para cáncer de cérvix en mujeres sexualmente activas en el barrio Capulí de la ciudad de Loja periodo abril-septiembre 2014. [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2015.
9. Hernández, M. Cáncer cervicouterino, factores de riesgo y pruebas diagnósticas. estudio realizado en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo 2013-2015. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015-2016.
10. Pedreros, M. Factores de riesgo en lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres mayores de 30 años. Estudio realizado en el área de colposcopia del Hospital de Especialidades "Dr. Abel Gilbert Ponton" periodo 2015-2016. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015-2016.
11. Cordero, J. & García, M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. [En línea]. 2015. [Fecha de acceso 25 de enero del 2018]; 21 (2). URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh152d.pdf>
12. Cordero, J. & García, M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia [En línea]. 2015. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2018]; 41 (4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400005
13. Malagón, L. Pérez, Y. Acuña, A. & Fuentes, G. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Revista Cubana de Medicina General Integral. [En línea]. 2015. [Fecha de acceso 05 de febrero del 2018]; 31(3). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300003
14. Cabrera, I. Ortiz, Y. Suárez, Y. Socarrás, R. & Vásquez, N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. Multimed. Revista Médica. Granma. [En línea]. 2016. [Fecha de

- acceso 06 de febrero del 2018]; 20 (5). URL disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul165i.pdf>
15. Bautista, L. Pérez, E. Naranjo, E. & Roque, F. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino en adolescentes de la consulta de patología de cuello. *Multimed. Revista Médica. Granma*. [En línea]. 2016. [Fecha de acceso 05 de febrero del 2018]; 20 (1). URL disponible en:
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/131/127>
 16. Armenteros, E. Larrea, M. Pescoso, S. Gutiérrez, R. & Romeu, M. Factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales. *Revista Finlay*. [En línea]. 2016. [Fecha de acceso 20 de enero del 2018]; 6 (3). URL disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/448>
 17. Jaramillo, M. Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el mercado Pequeño Productor de Loja. [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2017.
 18. Montesino, J. Arronte, M. Matos, A. Arias, D. & Fernández, A. Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 05 de febrero del 2018]; 43 (1). URL disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2017000100001&script=sci_arttext&tlng=pt
 19. Gómez, J. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) 2007-2012. [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
 20. Fernández, C. e Izaguirre, E. Factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2014.
 21. Conde, A. Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora Julio- agosto, 2013. [Tesis]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2014.

22. Jacobo, S. Janeiro, C. & Rodríguez, L. Factores de riesgo y cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico el Hospital Apoyo Iquitos, 2015. [Tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
23. Cosser, M. Factores asociados a la citología anormal del cérvix ligada contra el cáncer 2010 – 2014. [Tesis]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
24. Arotoma, M. Cayra, O. Arotoma, E. Ríos, R. & Mendoza, A. Factores de riesgo para anomalías citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en los establecimientos de salud, de la provincia de Huaraz, 2013. Aporte Santiaguino. [En línea]. 2015. [Fecha de acceso 08 de febrero del 2018]; 8(1). URL disponible en: http://revistas.unasam.edu.pe/index.php/AS_V10N2/article/view/246
25. Amaro, S. Factores que influyen en el riesgo de cáncer de cérvix en mujeres que acuden al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el año 2015. [Tesis]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez; 2016.
26. Marruffo, B. Análisis de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del hospital central PNP Luis N. Sáenz durante el periodo de enero del 2014 a agosto del 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
27. Abad, E. & Celiz, M. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico, periodo 2011-2015. [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2017.
28. Aguilar, G. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
29. Arias, R. & Escobar, F. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa

- Valdivia de Huancavelica, 2015. [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017.
30. Ruiz, A. Bazán, S. & Mejía, C. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología. [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 25 de enero del 2018]; 82 (1). URL disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
31. Ybaseta, J. Paccori, F. & Vilca, A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa Maríadel Socorro. Ica, Perú. Rev méd panacea. [En línea]. 2014. [Fecha de acceso 25 de enero del 2018]; 4 (3). URL disponible en: <http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/148>
32. Kuroki, A. Franco, A. & Alaba, K. Anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un hospital en Ica, Perú. Rev méd panacea. [En línea]. 2018. [Fecha de acceso 06 de noviembre del 2018]; 7 (2). URL disponible en: www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/download/231/187
/

ANÉXOS

ANEXO N°1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____

Marcar con una (X), según corresponda o colocar los datos requeridos:

FACTORES PERSONALES

1. Edad: _____
2. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino:
 - Madre: _____
 - Hermana: _____
 - Abuela: _____
 - Ninguna: _____

FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

3. Grado de instrucción:
 - Sin instrucción: _____
 - Primaria completa: _____
 - Primaria incompleta : _____
 - Secundaria completa : _____
 - Secundaria incompleta : _____
 - Superior completo : _____
 - Superior incompleto : _____
4. Ocupación: _____
5. Consumo de tabaco:
 - Si: _____
 - No: _____

FACTORES GINECOBSTRICOS:

6. Menarquía: _____
7. Edad de inicio de relaciones sexuales: _____
8. Número de parejas sexuales: _____
9. Presencia de ITS:
 - Si: _____
 - No _____
10. Tipo de ITS: _____
11. Paridad :
 - Nulípara : _____
 - Primípara : _____
 - 2 a 5 partos (multípara) : _____
 - > 5 partos (gran múltipara) : _____
12. Abortos:
 - Si: _____

- No _____
13. Número de abortos:
- Ninguno : _____
 - 1: _____
 - >1: _____
14. Uso de anticonceptivos:
- Si: _____
 - No: _____
15. Tipo de método anticonceptivo:
- Preservativo : _____
 - Oral : _____
 - Inyectable : _____
 - DIU : _____
 - Ligadura : _____
 - Otros : _____
 - Ninguno : _____
16. Realización de PAP:
- Si: _____
 - No: _____
17. Frecuencia de realización de PAP :
- 0: _____
 - 1: _____
 - 2: _____
 - ≥ 3 : _____
18. Diagnóstico de cáncer de cuello uterino:
- Cáncer Cérvico-uterino, estadio 0: _____
 - Cáncer Cérvico-uterino, estadio I: _____
 - Cáncer Cérvico-uterino, estadio II: _____
 - Cáncer Cérvico-uterino, estadio III: _____
 - Cáncer Cérvico-uterino, estadio IV: _____

ANEXO N°2



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA DE ICA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"



FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR EL CRITERIO DE EXPERTO O JUEZ

ICA, __ DE SETIEMBRE DEL 2018

INSTRUMENTO:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX.

INVESTIGACIÓN:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017.

1. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ

1.2. GRADO ACADÉMICO

1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA :

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					
8. COHERENCIA	Entre variables. Dimensiones, indicadores e ítems					
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (REALICE EL CONTEO EN CADA UNA DE LAS CATEGORIAS DE LA ESCALA)	A	B	C	D	E

CALIFICACION GLOBAL: Coeficiente de validez $\equiv 1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E$ \equiv

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

50

Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo marque con un aspa en el círculo asociado.

CATEGORIA		INTERVALO
NO VALIDO, REFORMULAR	<input type="radio"/>	[0.20 – 0.40]
NO VALIDO, MODIFICAR	<input type="radio"/>	<0.41-0.60]
VALIDO, MEJORAR	<input type="radio"/>	<0.61-0.80]
VALIDO, APLICAR	<input type="radio"/>	<0.81-1.00]

4. RECOMENDACIONES

FIRMA DEL JUEZ

ANEXO N°3



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"
DECANATO



Resolución Decanal N° 508-D-FMHDAC-UNICA-18

Sea 26 de Setiembre de 2018

VISTO:

El Oficio N° 656-DICT-FMHDAC-UNICA-2018, remitido por la Directora de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion" de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica.

CONSIDERANDO:

Que, la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica, administrativa y económica, que le autoriza en su artículo 18° de la Constitución Política del Estado, así conforme al artículo 8° de la Ley Universitaria N° 30220;

Que, mediante Resolución Rectoral N° 024-R-UNICA-2017, de fecha 05 de Setiembre de 2017, se ratifica la Resolución N° 046-CEU-UNICA-2017, del 02 de Setiembre de 2017, del Comité Electoral Universitario y, se nombra al Dr. BENITO FREDY DIAZ LOPEZ, como Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, por el periodo comprendido del 02 de Setiembre de 2017 al 01 de Setiembre de 2021;

Que, mediante Resolución N° 023-2017/SUNEDU-02-15-02, de fecha 05 de Octubre de 2017, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria – SUNEDU, procedió a la inscripción de datos del Dr. BENITO FREDY DIAZ LOPEZ, como Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, en el Registro de Datos de Autoridades Universitarias, Instituciones y Escuelas de Educación Superior de la SUNEDU por el periodo comprendido entre el 02 de Setiembre de 2017 al 01 de Setiembre de 2020;

Que, mediante Resolución N° 027-2017/SUNEDU-02-15-02, de fecha 23 de Octubre de 2017, de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria – SUNEDU, se resuelve corregir el error material existente en la Resolución N° 023-2017/SUNEDU-02-15-02, referido a la fecha de término de vigencia en el cargo, DICE: 1 de Setiembre de 2020 y DEBE DECIR: 1 de Setiembre de 2021;

Que, con Oficio de Visto, la Directora de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion" comunica que el Comité de Investigación presidido por la Dra. Carmen Rosario VERA CACERES y conformado por: Dra., Hilda Adelaida GUERRERO ORTIZ, Dra. Celia Serafina BULEJE NUÑEZ, Dra. Carmen Valentina QUIJANDRIA TATAJE y, Dra. Julia Rosa FERNANDEZ BENAVIDES, ha revisado el Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DE CERVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNANDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017"; presentado por el alumno: QUISPE QUINTANILLA, LUIS; para optar el título de Médico cirujano, llegando a la conclusión que debe ser aprobado y, solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de Aprobación;

Y, en uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion", por el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Artículo 223° del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

Artículo Único.- Aprobar el Proyecto de Tesis que a continuación se detalla: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DE CERVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNANDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017"

Autor : - QUISPE QUINTANILLA, LUIS
Asesor : - Mg. BENDEZU MARTINEZ, ANDRES GUIDO

Regístrese, comuníquese y archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"DANIEL ALCIDES CARRION"

Dr. Benito Fredy Díaz López
DECANO

BFDL/zcm
- Comité de Investigación
- Comisión de Grados y Títulos
- Secretaría Académica
- Asesor
- Interesado
- Archivo

ANEXO N°4

3747 - 2018 - 5827



SOLICITO: Uso de historias clínicas e
informes de patología

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA RAICA"
S.D

YO, Luis Chuqui Quintanilla..... con DNI N° 70578696.....

Domiciliado en A.V. Acornayo # 406.....

Que, habiendo culminado el programa de Medicina Humana, en la facultad.....
"Daniel Alcides Corcuera" de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica
y suando requisito para titularse la realización de una tesis, cuya proyecto.....
esta aprobada por resolución diccal teniéndose por título: "Factores de riesgo
asociados al cáncer de cérvix en pacientes atendidos en el Hospital IV Augusto
Hernández Mendoza, Ica año 2017" Solicito uso de las historias clínicas e.....
informes de patología de los pacientes atendidos por el servicio de
ginecobotánica durante el año 2017.....

Por lo expuesto;

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Ica, 06 de noviembre del 2018.....

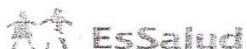
Firma..... [Handwritten Signature].....

DNI N° 70578696.....

TELEFONO N° 943656799.....

ANEXO N°5

Hoja 1



GERENCIA DEPARTAMENTAL ICA
HOSPITAL IV "A.H.M."

N° 471 - 2717

Sl. \$ 100.

RECIBO DE INGRESO

RECIBI DE Quisque Quinlanilla Juis N° DNI O RUC: 70578636

NOMBRE DE PACIENTE — N° DNI —

DIRECCION : AV. ACOMAYO. N° 406. JCA

LA SUMA DE : Cien DOLARES AMERICANOS.

POR CONCEPTO DE Derecho de Investigación Científica.

N° B.V. Ó FACT. — FECHA — IMPORTE —

PAG. N° — LIQ. N° — EXP. N° —

EFFECTIVO CHEQUE BANCO

FECHA : ICA, 10/12/2018



[Handwritten signature]

USUARIO

V° B° COORD. ADMINISTRATIVA

NOMBRE



NOTA : PARA SER CANJEADO POR FACTURA O BOLETA DE VENTA EN AREA DE FACTURACION

\$ 100

Página 1
LF 45902848I

ANEXO N°6



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
"Año del fortalecimiento de la atención primaria en EsSalud"

CARTA N° 500-UC-GRA-ICA-EsSalud-2018



Ica, 20 de Diciembre de 2018

Señora
DRA. MARÍA ESTHER KUROKI YSHII
Directora
Hospital IV Augusto Hernández Mendoza
Red Asistencial Ica
EsSalud
PRESENTE

ASUNTO : ACREDITACIÓN DE ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA , PARA EJECUCIÓN DE TÉSIS.

REF : CARTA N° 2914-DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2018

Mediante la presente, tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y se acredita a **Don Luis Quispe Quintanilla**, estudiante de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, quien ejecutara el Proyecto de Tesis titulado "**Factores de Riesgo Asociados al Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidos en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza – Ica año 2017**", para su conocimiento y fines que correspondan.

Sin otro particular; me despido de usted.

Atentamente,

LIC. OBST. JANET CANALES BANCHEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DOCENCIA

JCS/nfs.
NIT: 3747-2018-5827
FS: 006

Dra. Adela Ramos Olivares
Jefe de División de Acreditación,
Referencias, Contrareferencias y Registros Médicos
HOSP. IV "A. HERNÁNDEZ M." - RAICA
EsSalud

*Sr. Alvarez
Atender*

ANEXO N°7

3742 - 20 - 91



SOLICITO: Dilación de pacientes con diagnóstico de cáncer de úterix

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA RAICA"
S.D

YO, Luis Quispe Quintanilla con DNI N° 70578696

Domiciliado en Av. Acemiza #406

Que, hoyendo sido acreditado para ejecutar el proyecto de tesis titulado

"Factores de riesgo asociados al cáncer de úterix en pacientes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernandez Mendoza - Ica año 2017" y siendo necesario

establecer la población de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello

uterino para acceder a sus historias clínicas. Es en que, siendo necesario

el permiso al area correspondiente para que me proporcionen la información

requerida. Debido a dilación de pacientes con diagnóstico de cáncer de úterix

atendidas por el servicio de Ginecología durante el año 2017.

Por lo expuesto;

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Ica, 07 de enero del 2020

Firma [Signature]

DNI N° 70578696

TELÉFONO N° 943656799

ANEXO N°8



Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
Software Antiplagio



INFORME DE REVISIÓN

Se ha realizado el análisis con el software antiplagio de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por parte de los docentes reponsables, al documento cuyo titulo es:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

presentado por:

LUIS QUISPE QUINTANILLA

del nivel **PREGRADO** de la facultad de **MEDICINA HUMANA** obteniéndose como resultado una coincidencia de **19.13%** otorgándosele el calificativo de:

APROBADO

Se adjunta al presenta el reporte de evaluación del software antiplagio.


Observaciones:

SE APRUEBA LA TESIS POR TENER UN PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS ACEPTABLE SEGÚN REGLAMENTO DE LA UNIVERSIDAD.

Ica, 12 de Febrero de 2020


GRADO ACADÉMICO DOCTOR
GINECO-OBSTETRA
CMP 27345

JORGE LUIS YBASETA MEDINA
COORDINADOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Chirinos
GINECO-OBSTETRA
RE 7782
JOSE FRANCISCO KONG CHIRINOS
ASESOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ANEXO N°9



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"
COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA PANACEA
AV. Camino a Huacachina s/n Apartado 106 Telefax: 056-225262-ICA

"Año de la Universalización de la Salud"

Ica 23 febrero 2020

CONSTANCIA

EL Director de la REVISTA MÉDICA PANACEA hace constar:

Que

QUISPE QUINTANILLA LUIS, egresado del pregrado de la Facultad de Medicina "Daniel Alcides Carrión" de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, ha presentado su artículo original titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

El manuscrito es producto de su TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO de Médico Cirujano será revisado por el comité de editores de la RMP y tendrá evaluación por especialistas para su respectiva publicación.

Atentamente.


Dr. Jorge Ybaseta Medina
DIRECTOR
REVISTA MÉDICA PANACEA
www.revpanacea.unica.edu.pe
Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.
panace@unica.edu.pe
Celular: 956747941

Dr. Jorge Ybaseta Medina
Ginecólogo - OBSTETRA
C.M.P. 27345 R.N.E. N° 14383

TODAS LAS PUBLICACIONES DE PANACEA SE VEN EN LILACS, LATINDEX Y REPOSITORIO DE CONCYTEC

ANEXO N°10

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



Ica, 28 de ENERO del año 2020.

INFORME N° 0002 – CGT– FMHDAC –UNICA –20

SEÑOR:

Mg. FERMIN ELEODORO CACERES BELLIDO.

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA.

ASUNTO: INFORMAR AVANCE DEL 100% - APLICACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a la vez, informar sobre el Avance de Desarrollo del proyecto Tesis titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017", cuyo autor es el alumno: QUISPE QUINTANILLA LUIS, y asesor: Dr. BENDEZU MARTÍNEZ, ANDRÉS GUIDO, cuyo proyecto de tesis se encuentra aprobado por resolución decanal con fecha 26 de setiembre del 2018 y a la vez tiene autorización y acreditación por el comité de ética del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, para su aplicación en dicha institución.

Así mismo hacer conocimiento que el Borrador de Tesis mencionado anteriormente, se encuentra en un avance del 100%, hasta la fecha correspondiente: 28-01-2020. No habiendo ninguna observación para la culminación del borrador de tesis ya mencionado.

Es cuanto informo a usted, para los fines pertinentes.

Atentamente.

Dr. Andrés G. Bendezu Martínez
Médico Generalista
CDr. Bendezu Martínez, Andrés Guido
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ASESOR



Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
Software Antiplagio



INFORME DE REVISIÓN

Se ha realizado el análisis con el software antiplagio de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por parte de los docentes reponsables, al documento cuyo título es:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA AÑO 2017

presentado por:

LUIS QUISPE QUINTANILLA

del nivel **PREGRADO** de la facultad de **MEDICINA HUMANA** obteniéndose como resultado una coincidencia de **19.13%** otorgándosele el calificativo de:

APROBADO

Se adjunta al presenta el reporte de evaluación del software antiplagio.

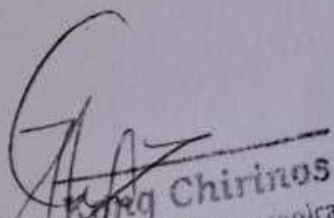
Observaciones:

SE APRUEBA LA TESIS POR TENER UN PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS ACEPTABLE SEGÚN REGLAMENTO DE LA UNIVERSIDAD.

Ica, 12 de **Febrero** de 2020


Jorge Luis Ybasetta Medina
Médico DOCTOR
Ginecología y Obstetricia
C.M.P. 27345

JORGE LUIS YBASETA MEDINA
COORDINADOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Jose Francisco Kong Chirinos
Asesor
RE 7782
JOSE FRANCISCO KONG CHIRINOS
ASESOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA