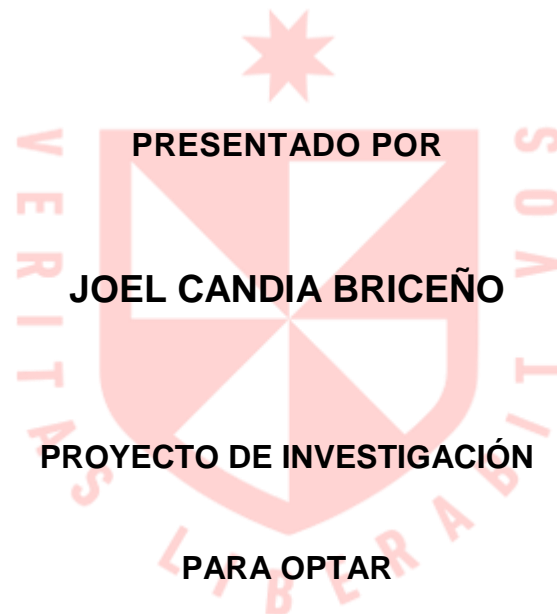




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN
PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
2021**



EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA

ASESOR

GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMENEZ

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN
PACIENTES ATENDIDAS
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

**PRESENTADO POR
JOEL CANDIA BRICEÑO**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
PORTADA	i
ÍNDICE	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo general.....	2
1.3.2 Objetivos específicos	2
1.4 Justificación	3
1.4.1. Importancia	3
1.4.2. Viabilidad	4
1.5 Limitaciones.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes.....	5
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
3.1 Formulación de hipótesis.....	21
3.2 Variables y su definición operacional	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	24
4.1 Diseño metodológico	24
4.2 Diseño muestral.....	24

4.3 Técnicas de recolección de datos	26
4.4 Procesamiento y análisis de datos	27
4.5 Aspectos éticos	27
CRONOGRAMA	28
PRESUPUESTO	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
ANEXOS	36
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El cáncer de cérvix o cuello uterino constituye una complicación sanitaria pública que aqueja a las mujeres mundialmente, siendo la cuarta dolencia cancerígena más frecuente en mujeres¹; para el 2018, se han presentado 570 000 casos (6.6% de cáncer femenino) y según la Organización Mundial de la Salud se reportaron 311 000 muertes². En naciones de ingresos escasos y medios se concentra el 90% de los decesos por esta neoplasia³.

En el continente Americano, 83 000 féminas han tenido diagnóstico de lesión cancerígena cervicouterina y las que murieron por esta padecimiento fueron 36.000, teniendo las mayores tasas en América Latina que en relación del norte del continente; existiendo la posibilidad que se incremente a 45% en el 2030⁴. En Sudamérica, el número de casos nuevos es de 41 734; en el Perú la ocurrencia de casos de lesión cancerígena cervical es de 25.7%, presentándose para el año 2020 4 270 casos novedosos, ocupando el 2do lugar más habitual en población de 15 a 44 años. la mayor prevalencia de casos se encuentra en Lima (23%) principalmente en edades de 45 a 54 años⁵.

Esta es una neoplasia conocida hace más de un decalustro como un problema ligado al comportamiento sexual de la fémina o su pareja; y que también se ha diseminado con una manifiesta injusticia al aquejar de manera desmedida a las féminas de los niveles poblacionales más empobrecidos, hasta el extremo que las tasas de muerte han llegado a ser tres veces más altas en Latinoamérica y el Caribe, que en Estados Unidos y Canadá⁶. Diversos estudios consideran al envejecimiento como el elemento de peligro más habitual, sin embargo, para este caso, la infección del virus papiloma humano es el principal elemento causal; existen otros causales como el número elevado de partos, los hábitos nocivos, el consumo prolongado de anticonceptivos, edad temprana de inicio de la actividad sexual entre otras⁷. Ante todo, esto, la atención integral del cáncer y los enfoques multidisciplinarios son necesarios para abordar el doble desafío de aumentar

las tasas de curación al tiempo que se minimiza el deterioro de la calidad de vida⁸. Sin embargo, el reconocimiento de los elementos causantes es uno de los elementos clave que permitirán un mejor abordaje, ante esto se ejecuta esta investigación considerando como punto central el Hospital María Auxiliadora, donde la afluencia de pacientes gineco-oncológicas han ido en aumento; pese a ello, aún se desconoce la tasa de frecuencia exacta de casos diagnosticados; asimismo, durante el contexto actual de pandemia la realidad es diferente a los que ya se conoce, aumentando situaciones en la mujeres para padecer de esta neoplasia. Es frecuente observar un aumento de mujeres con edad avanzada, obesidad, virus papiloma humano, sedentarismo, hábitos alimentarios desordenados que podrían estar asociados a patología cancerígena de cuello uterino y que no se han investigado hoy en día, razón o motivo para plantear el trabajo.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar los factores sociodemográficos asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021.

Identificar los factores gineco-oncológicos asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021.

1.4 Justificación

1.4.1. Importancia

La vigilancia del cáncer de cérvix a través de la evaluación de la prevalencia y los factores de riesgo, busca de aminorar la incidencia, morbilidad y mortalidad, y a la par mejorar la calidad de vida de las pacientes, a fin de disminuir los casos. Por ende, la realización de este estudio, es trascendental, ya que se actualizarán las evidencias científicas en base a una realidad basada en el contexto actual de pandemia, acerca del cáncer de cuello uterino; buscando conocer a los elementos causales que originarían esta neoplasia; esto con el fin de sociabilizar los datos encontrados en base a una población altamente vulnerable.

La misión del Hospital María Auxiliadora es precaver en relación a los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud de los usuarios que acuden a consulta a esta institución; por lo que el cuidado, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la prestación de la atención paliativa de la neoplasia por cáncer de cérvix; un control completo del cáncer abarca a todo el universo poblacional, indagando para ello la realidad de los distintos de riesgo; lo cual es pertinente mediante la realización de la presente investigación, ya que los datos encontrados, permitirán conocer el contexto actual del Hospital, permitiendo establecer estrategias que actúen de forma preventiva en los grupos vulnerables; que tengan menor acceso al tratamiento.

1.4.2. Viabilidad

La investigación, por ser retrospectiva, tendrá un periodo breve de recolección y proceso de los datos, lo cual posibilitará que con poco financiamiento (recursos y servicios) el estudioso pueda costear los gastos relacionados al progreso del trabajo. Además, se posee con un computador que tiene instalados los softwares requeridos (Office 2019 y SPSS v.25) que habilitarán el acceso de la información recolectada y su análisis respectivo, contará con la asesoría de un estadístico. Institucionalmente, es realizable en razón que se ha de contar con la autorización por parte de la dirección del centro hospitalario, al constatar que el estudio no atañe la intervención de los pacientes, ofreciendo las facilidades para contar con las historias clínicas o registros.

1.5 Limitaciones

El estudio no posee temporalidad; no obstante, los datos han de ser recolectados del pasado (año 2021), por lo que las variables no serán medidas de forma directa, no consiguiéndose exactitud en la evaluación, lo que es estimado una limitación de la investigación.

Por otro lado, al evaluar los factores relacionados a cáncer de cuello uterino, en un momento específico, solo se conocerán a corto plazo, apartando otros problemas que se podrían producir tiempo después. Otra limitación estriba en el acceso a las historias clínicas y en el llenado de las mismas, que en varias oportunidades no son apropiadas. Para sortear estas complicaciones es menester requerir las autorizaciones del caso, no solamente de la universidad sino del director del Hospital donde se va a ejecutar el trabajo y, referente al llenado de las historias clínicas, se descartarán las historias con información incompleta.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Abila D et al., en 2021, realizaron un trabajo, para lo cual utilizaron el software STATA13 y las ponderaciones muestrales; analizaron los últimos conjuntos de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud realizada entre 2014 y 2017 en Burundi, Kenia, Ruanda, Tanzania y Uganda. Incluyeron féminas de 15 a 49 años y consideraron seis componentes de peligro (consumo de tabaco, índice de masa corporal, edad del primer encuentro íntimo, edad del primer nacimiento, cantidad de descendencia y uso de anticoncepción hormonal). Los resultados evidenciaron que, de las 93 616 mujeres de los cinco países, más de la mitad tenía menos de 30 años y vivía en áreas rurales. La proporción combinada de féminas con por lo menos un elemento de peligro fue del 89%. Vivir en una zona rural de Burundi (tasa de incidencia ajustada razón 0.94; $p=0.019$ y Ruanda (tasa de incidencia ajustada razón 0.92; $p < 0.001$) fue asociado con una menor cantidad de factores de riesgo en comparación con vivir en un área urbana. En todos los países, las mujeres con educación secundaria completa se asociaron con menos factores de riesgo en comparación con aquellas sin educación. Llegaron a la conclusión que hay una superior carga de factores de riesgo para lesión cancerígena uterina en África oriental, con una alta proporción de mujeres expuestas a al menos un factor de riesgo. Es necesario realizar intervenciones para aminorar la exposición de las féminas a estos factores de riesgo⁹.

En 2020, Eiman E desarrolló un análisis de casos y controles con un muestreo de 402. Se eligieron 201 casos de lesión cancerígena uterina y 201 controles apropiados utilizando un método de muestreo aleatorio simple. Los datos se analizaron utilizando Epi info 7. Se efectuó un análisis bivariado empleando la razón de posibilidades para fijar la conexión entre los elementos de peligro sospechosos y la lesión cancerígena uterina. Se cargaron asociaciones significativas al 5% en el análisis bivariado en un patrón de regresión logística para fijar los predictores de lesión cancerígena uterina. El análisis de regresión logística multivariante halló que luego de ajustar por el estado del VIH, las siguientes variables eran factores de

peligro significativos de lesión cancerígena uterina: historial familiar de lesión cancerígena uterina (AOR: 2.55; $p=0.0004$), desempleo (AOR: 2,56; $p=0.0001$), estado civil (AOR: 1.90; 1.25-2.89; $p=0.003$), viviendo en áreas rurales (AOR: 2.77; $p=0.000002$), uso de anticonceptivos (AOR: 1.64; $p=0.03$), falta de educación secundaria (AOR: 2.49; $p=0.0005$) y no asistir a la prueba de Papanicolaou cribado (AOR: 1.92; $p=0.007$). Concluyó que estos elementos de peligro conexos a lesión cancerígena de cérvix podrían ser la base para un programa de detección y tratamiento específicos. La aplicación de la vacunación sistemática contra el VPH podría reducir lesión cancerígena uterina¹⁰.

Delam H et al., en 2020, efectuaron un estudio, para lo cual usaron el método de la revisión epidemiológica. Las búsquedas relacionadas con la epidemiología y los elementos de peligro de lesión cancerígena uterina entre abril de 2020 y mayo de 2020 fueron realizadas en cuatro bases de datos científicas latinas. Los investigadores examinaron los artículos extraídos e incluyó artículos que se referían a la epidemiología y a los elementos de peligro de lesión cancerígena uterina. Entre los hallazgos encontraron que los elementos de riesgo más significativos para lesión cancerígena uterina, incluido el virus del papiloma humano, las infecciones virales, los hongos y las bacterias, el comportamiento sexual, el tabaquismo, el embarazo y el parto; otros factores fueron los antecedentes familiares y la menopausia antes de los 45 años. Llegaron a la conclusión que es recomendable considerar la ejecución de la detección del VPH en mujeres, así como exámenes periódicos en las mujeres para evitar los problemas de salud, especialmente las que resultan del producto de las relaciones sexuales¹¹.

En 2020, Sarmiento M y Puerto M realizaron un estudio retrospectivo y transversal, en 889 adolescentes. Entre sus hallazgos encontraron que el Papanicolaou fue normal en el 85% de la casuística. Los elementos de peligro presentaron una elevada prevalencia, fundamentalmente la edad prematura de comienzo de prácticas íntimas previo a los 14 años (75%), más de una pareja íntima (66.7%), no utilización de profiláctico (95%) y alto empleo de cigarrillo¹².

Kashyap N et al., en 2019, realizaron un trabajo consistente en un análisis de casos y controles. En total, se inscribieron 75 casos emparejados por edad y 75 controles. En el caso de que la técnica de muestreo grupal fuera la enumeración total. El muestreo para el grupo de control se realiza mediante muestreo intencional. Las féminas que acataron los lineamientos inclusivos fueron incluidas en la investigación. Fue desarrollada una herramienta para evaluar los elementos de peligro de cáncer de cérvix entre las participantes. Se realizaron entrevistas cara a cara con los participantes. Entre los hallazgos encontraron que hubo una asociación significativa ($P < 0.05$) de cáncer de cérvix con educación, lugar de residencia, uso de toallas sanitarias de tela viejas, edad joven al casarse, número de parejas del esposo, lavado de genitales después de las relaciones sexuales y disponibilidad de servicios de salud. Se descubrió que bañarse a diario y durante la menstruación son factores preventivos del cáncer de cérvix. En la regresión logística, el uso de los servicios sanitarios y la presentación de proceso infeccioso transmitidas sexualmente mostraron una conexión significativa con el desarrollo de lesión cancerígena uterina. Llegaron a la conclusión que, con un conocimiento previo de los factores de peligro, se puede identificar lesión cancerígena uterina. Se ha descubierto que la caracterización de la población de elevado riesgo y el inicio de la detección temprana son eficaces en el reconocimiento temprano del cáncer de cuello uterino¹³.

En 2019, Putri A et al. efectuaron una investigación, para lo cual usaron el método de casos y controles. Se entregaron cuestionarios a 60 pacientes con cáncer cervicouterino recién diagnosticado y a 60 pacientes con cáncer no cervicouterino en la Clínica Ginecológica-Oncológica del Hospital Dr. Soetomo Surabaya en el período de marzo de 2016 a agosto de 2016. El análisis se efectuó a través del análisis de regresión logística bivalente y multivalente. Entre los hallazgos encontraron que los antecedentes de consumo de píldoras anticonceptivas durante más de 10 años ($p=0.04$), tabaquismo pasivo ($p=0.001$) y no conocer que el cáncer de cérvix puede prevenirse ($p=0.001$) se coligaron de forma significativa con la ocurrencia de lesión cancerígena uterina. El análisis de regresión logística multivalente confirmó que desconocer que se podría evitar el cáncer de cérvix ($OR=6.85$), antecedentes de tabaquismo pasivo ($OR=4.04$), paridad más de dos

veces (OR=2.89) y antecedentes de consumo de píldoras anticonceptivas más de 10 años (OR=6.52) fueron los factores independientes que se asociaron con la incidencia de cáncer de cérvix. Llegaron a la conclusión que la paridad más de dos veces, antecedentes de utilización de pastillas de anticoncepción mayor de una década años, antecedentes de tabaquismo pasivo, no saber que la lesión cancerígena uterina se podría evitar y nunca realizarse un estudio de Papanicolaou fueron los factores afines con la incidencia de lesión cancerígena uterina ¹⁴.

En 2018, Stewart T et al. efectuaron un estudio, para lo cual usaron el método de la revisión bibliográfica la cual reveló los factores de riesgo relevantes en la SSA. Se extrajeron bases de datos de acceso abierto para variables que representaban estrechamente cada factor de riesgo. Se utilizó un proxy para la presentación en etapa tardía (relación entre incidencia y mortalidad, IMR), que se recopiló de la base de datos GLOBOCAN 2012 de la IARC. Entre sus hallazgos encontraron que los países con elevadas tasas de muerte por lesión cancerígena uterina en relación con su incidencia tienen una tasa de mortalidad infantil más cercana, lo que sugiere una mayor proporción de presentación en etapa tardía. África occidental tuvo la mediana más baja de IMR (1.463), seguida de África oriental (IMR = 1.595) y África central (IMR = 1.675), mientras que África meridional tuvo la mediana de IMR más alta (1.761). Las variables seleccionadas para el modelo final explican el 65,2% de los cambios observados en la IMR. Los predictores significativos de la IMR fueron el PIB (coeficiente = 2.189×10^{-6} , $p = 0.064$), infección por VIH (-1.936×10^{-3} , $p = 0.095$), sin usar preservativo ($-1,347 \times 10^{-3}$, $p=0.013$), paridad alta (-1.744×10^{-2} , $p = 0.008$), y sin educación formal (-1.311×10^{-3} , $p<0.001$). Llegaron a la conclusión que el uso de una IMR permite la identificación de factores que predicen lesión cancerígena uterina en una etapa tardía en la SSA, que incluyen: PIB, infección por VIH, no usar un condón, alta paridad y ninguna educación formal¹⁵.

Momenimovahed Z y Salehiniya H, en 2017, efectuaron una investigación a partir de una búsqueda bibliográfica utilizando PubMed, Web of sciences, Scopus y Google Scholar para buscar estudios publicados entre 2000 y 2017. Las palabras clave utilizadas incluyeron lesión cancerígena uterina, factor de riesgo, incidencia, mortalidad y una combinación. de estos términos. Entre sus hallazgos encontraron

que la ocurrencia de lesión cancerígena de cuello uterino varía considerablemente entre naciones desarrolladas y en desarrollo. Los hallazgos de este estudio demostraron que varios factores, incluidas los procesos infecciosos transmitidos sexualmente, los elementos reproductivos, las influencias hormonales, la genética y los factores del huésped, son responsables de la incidencia de lesión cancerígena uterina. Llegaron a la conclusión que la combinación de factores biológicos, económicos y de salud contribuye a la incidencia de lesión cancerígena de cuello uterino. Una gran proporción de lesión cancerígena uterina se podría evitar mediante programas de prevención, mejora de la forma de vida, abandono del hábito de fumar y tratamiento pertinente y eficaz de las lesiones precancerosas¹⁶.

Bassal R et al., en 2016, efectuaron una investigación, para esto realizaron un análisis de casos y controles, que examinaron la conexión entre el peligro potencial y los factores/marcadores preventivos para la lesión cancerígena uterina o CIN3 mediante cuestionarios detallados autoadministrados. Entre sus hallazgos encontraron que en los análisis univariados y multivariados, la edad avanzada, la depresión o la ansiedad y el tabaquismo parecían actuar como factores de riesgo / marcadores independientes, mientras que la edad avanzada en el primer encuentro íntimo era protectora. Para el estudio de la CIN3 se entrevistaron 99 casos y 79 controles. El análisis multivariable ha demostrado que nacer en Israel, la depresión o la ansiedad y fumar alguna vez han sido elementos de peligro/marcadores autónomos para CIN3. Concluyeron que los elementos de peligro/marcadores estudiados, que se asociaron con la lesión cancerígena uterina o CIN3 entre las féminas judías en Israel, son equivalentes a los reportados en otros lugares del mundo, y no explican la discrepancia observada de las altas tasas de lesión cancerígena uterina in situ y la baja incidencia de lesión cancerígena uterina invasivo en Israel¹⁷.

Zhang Q et al., en 2016, ejecutaron una investigación, para esto se realizó la localización de lesión cancerígena uterina a través del examen citológico ThinPrep (TCT) y el examen ginecológico en 1315 féminas de 20 a 68 años de edad en áreas rurales de la provincia de Henan, China. Se efectuaron colposcopia y biopsias para el diagnóstico histopatológico cuando estaba indicado. Se realizaron regresiones

logísticas univariadas y multivariantes para evaluar los elementos de riesgo conexos a las lesiones cervicales. Entre sus hallazgos encontraron que, entre 1315 mujeres examinadas, la prevalencia de NIC detectada por histopatología fue de 1.22% (0.38% de NIC 1, 0.76% de CIN 2 y 0.08% de CIN 3). La prevalencia de lesión cancerígena uterina fue del 2.66%. El análisis multivariante confirmó que los factores de peligro para las lesiones cervicales incluyeron la edad avanzada (el grupo de edad de 21-40 frente al grupo de edad de 41-66, OR=0.13), la posmenopausia (OR = 0.11), la inflamación cervical (OR=0.06) y el tabaquismo (OR=6.78). Llegaron a la conclusión que la edad avanzada (41-66 años), la presencia de infección por VPH, la posmenopausia, la inflamación cervical y el tabaquismo son fuertes factores de peligro para las lesiones cervicales entre las mujeres en las áreas agrarias de la provincia de Henan, China. Se deben hacer esfuerzos particulares para proporcionar exámenes de localización de la lesión cancerígena uterina para estas mujeres¹⁸.

Garagondo J, en 2020, realizó un estudio, para esto empleó el método de observación, análisis y retrospectión, con un patrón de casos y control; la cantidad de participantes y el tamaño muestral se conformó por 120 casos con diagnóstico de lesión cancerígena uterina y 120 controles sin diagnóstico. Fue empleado el Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) en la prueba estadística. En cuanto a sus hallazgos encontró que el peligro de lesión cancerígena uterina acrecentó con el número de acompañantes íntimos superior o igual a 3 (OR=3.39), 1ra encuentro sexual antes de la mayoría de edad (OR=3.21), 1er parto previo a la mayoría de edad (OR=3.44), muchos partos (OR=3.22), parto vaginal (OR=3.35), domicilio en zona agraria (OR=5.35), bajo nivel de educativo (OR=3.00) y no poseer precedente de Papanicolaou (PAP) (OR=5.16). Concluyó que elementos de peligro conexos a lesión cancerígena uterina han sido: cantidad de parejas íntimas superior o similar a 3, 1er encuentro sexual previo a los 18 años, 1er parto precedente a los 18 años, muchos partos, alumbramiento vía vagina, domicilio en zona agraria, poco grado educativo y no poseer precedente de Papanicolaou (PAP)¹⁹.

En 2020, Teves A realizó un estudio, para lo cual empleó la metodología de diseño de análisis de tipo casos y controles, de retrospectión y transversal; donde el tamaño fue 171 mujeres con cáncer de cérvix y otras 171 sin lesión cancerígena

uterina para la agrupación de casos y la de controles respectivamente. Los datos se consiguieron de las historias clínicas mediante una ficha de recopilación de información analizada con SPSS versión 25 y se usó la prueba la técnica multivariante- regresión logística binaria para hallar la relación de los factores de peligro con una significancia estadística de 5% e intervalos de confianza de 95%. Entre sus hallazgos encontró que para el desarrollo de lesión cancerígena uterina se identificó como elementos de peligro conexos que la multiparidad que aumenta doblemente la posibilidad de tener lesión cancerígena uterina (OR: 2.2); el empleo de anticoncepción oral incrementa casi el doble el peligro de tener la enfermedad (OR: 1.6) y el comienzo etario de encuentro íntimos aumenta casi doblemente la probabilidad de poseer la patología cuando la fémina tuvo sus encuentros íntimos previos a los 17 años (OR: 1.8). Llegó a la conclusión que la multiparidad subsecuente del uso de anticonceptivos orales y a la edad de principio de encuentros sexuales son factores de peligro para lesión cancerígena de cérvix²⁰.

En 2018, Cueva G desarrollaron un estudio, para lo cual utilizaron la metodología descriptiva, aplicada, transversal y de nivel relacional, cuya muestra fue de 132 mujeres. Entre sus hallazgos descubrieron que hay una conexión relevante entre los elementos de peligro y la presentación de cáncer de cérvix ($p < 0.05$; R – Pearson: 0.983)²¹.

Enciso E, en 2018, realizó un estudio, que empleó el método de observación, analítica, del tipo casos y control, en pacientes con cierto nivel de displasia en el examen de Papanicolaou o colposcopia y afectados con corolario negativo en las dos pruebas. Fue usada la técnica regresiva logística de muchas variables para determinar los factores de peligro. Entre sus hallazgos encontraron que los casos obtuvieron una superior frecuencia de comienzo prematuro de encuentros íntimos (57%), muchas parejas íntimas (43.4%), historial de patología de transmisión sexual (54.5%) que los controles. El análisis de las variables determinó al grado educación primaria (ORa=2.31, P=0.015), variadas parejas íntimas (ORa=2.76, P=0.000) y el historial de patología de contagio sexual (ORa=3.4.2, P=0.000) como elementos de peligro para displasia cervical. Llegó a la conclusión que el nivel educativo primario, las distintas parejas íntimas y el precedente de patología de transmisión sexual

acrecientan las posibilidades de mostrar displasia cervical, y que se han de efectuar acciones educativas sanitarias con la finalidad de monitorear esas variables, con el fin obviar la evolución de displasia cervical²².

Marcos S et al., en el 2018, efectuaron una investigación, para lo cual emplearon el método observacional, retrospectivo, transversal y relacional; con diseño no experimental. El muestreo censal fue de 239 féminas en edad fértil, quienes llenaron una ficha auxiliar de recopilación de información. Se realizó análisis correlacional de las variables cualitativas y cuantitativas. Los corolarios evidenciaron que la edad media de los estudiados fue de 34.67 ± 6.44 años, media de la menarquia fue de 13.62 ± 1.67 , media de comienzo de encuentros íntimos fue de 18.25 ± 3.19 , media de la cantidad de acompañantes íntimos: 2.31 ± 1.57 y la media de la cantidad de gestaciones fue de 3.09 ± 2.43 acompañantes. La mayor parte tuvo comienzo de relaciones íntimas antes o igual a los 18 años, menos o similar a 3 parejas íntimas, igual que la cantidad de gestaciones, mayor a la mitad emplearon anticoncepción, solo 5.4% relataron poseer historial de lesión cancerígena de cuello uterino. La mayor parte se efectúan PAP cada 2 años. De acuerdo a Bethesda, un 7.9% tuvieron PAP +, 75% de las muestras fueron satisfactorias, 7.5% de muestras mostraron anomalías de células epiteliales, 57.3% exhibieron hinchazón severa y moderada un 17.2%. Los elementos de peligro relacionados fueron: cantidad de gestaciones, empleo de anticoncepción e historial de lesión cancerígena de cérvix, y son elementos de riesgo reveladores. Llegaron a la conclusión que los elementos de peligro representativos son la cantidad de gestaciones, empleo de anticoncepción y precedentes de lesión cancerígena de cuello uterino²³.

Saldaña E et al., en 2018, efectuaron un trabajo que empleó el método de casos y controles, y transversal; la participación y el tamaño muestral fue 125 casos con diagnóstico de lesión cancerígena de cérvix, y 120 casos sin diagnóstico; se efectuó la exploración de los documentos y como herramienta, la ficha de recopilación de información. Los hallazgos encontraron que los elementos de peligro relacionados al medio ambiente sobresalientes para lesión cancerígena de cuello uterino son el ser de raza originaria tiene 2.043 probabilidades de poseer lesión cancerígena de cérvix en referencia a la raza mestiza (OR=2.043) ($p=0.001$). En cuanto a los

elementos de peligro de comportamiento sexual para cáncer de cérvix sobresale el comienzo prematuro de las relaciones íntimas, la probabilidad de contraer este padecimiento es de 5.663 probabilidades más que aquellas que comienzan sus encuentros íntimos luego de la mayoría de edad (OR=5.663) ($p=0.000$). En lo referente a los factores de peligro de acuerdo estilo de vida sobresale el uso de cigarro que presenta 6.538 veces más la posibilidad de contraer la enfermedad que las no fumadoras (OR=6.538) ($p=0.000$). Entre las clases de lesión cancerígena se hallaron: carcinoma escamosa in situ (56.8%), carcinoma escamoso micro-infiltrante (29.6%) y el carcinoma escamoso infiltrante (13.6%). Concluyeron que los elementos de peligro que se asocian a la lesión cancerígena de cuello uterino, son: raza oriunda ($p=0.001$) y encuentros íntimos precoces ($p=0.000$)²⁴.

En 2017, Arias R et al. elaboraron un trabajo que usó el método analítico, transversal, de observación, retrospectivo, explicativo, inductivo y epidemiológico de casos - controles. Se trabajó sobre 15 casos y 45 controles que se seleccionaron de forma aleatoria en las féminas que se atendieron en el centro hospitalario Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el 2015. Se empleó pruebas estadísticas de Chi cuadrado, corrección de Yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Encontraron que los elementos conexos a la lesión cancerígena uterina habían sido: comienzo de los encuentros íntimos en féminas < de 18 años (OR=4.5), cantidad de parejas íntimas < 2 (OR = 0.2), cantidad de parejas íntimas de 2 a más (OR=4.4), contagios sexuales (OR=6.2), contagios sexuales por Chlamydia Trachomatis (OR=6.8). Esos se relacionaron con un Chi² y corrección de Yates mayor a 3.841, P-valor < 0.05, para los grados de relación, todos con un IC superior al 95% que no abarca al 1. Referente a los elementos: comienzo de los encuentros íntimos en féminas \geq a 18 años, empleo de anticoncepción oral, contagios sexuales por Herpes Simple y contagios sexuales por Gardnerella se halló un Chi cuadrado y corrección de Yates menor a 3.841 y P-valor > 0.05. Concluyeron que los elementos de peligro conexos a lesión cancerígena uterina han sido: comienzo de encuentros íntimos en féminas < 18 años, cantidad de parejas íntimas de 2 a más, contagios sexuales, contagios sexuales por Chlamydia Trachomatis. Fue hallado un elemento de protección que fue la cantidad de parejas sexuales <2²⁵.

En 2016, Ruiz J et al. efectuaron una investigación, para lo cual utilizaron una investigación transversal con la información del Censo Nacional de Población Penitenciaria del Perú de 2016. La variable dependiente ha sido la ejecución de un cribado citológico lesión cancerígena en el año postrero. Las variables independientes se catalogaron en facilitadores, predisponentes sociodemográficos, y creadores de requerimientos para el empleo de los productos sanitarios. La relación multivariada se apreció mediante razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%), en cuanto a la regresión de Poisson y empleando las variables con $p < 0.05$ en el bivariado. En la investigación intervinieron 4 515 féminas reclusas en las 67 penitenciarías a nivel nacional. Entre sus hallazgos encontraron que el 69% ejecutó un cribado citológico en el año último y está relacionado con tener seguridad social, asistir a los productos sanitarios de la penitenciaría y poseer historial cancerígeno (RPa: 1.14). La edad, la cantidad de descendientes, el ejercicio de deportes y el tipo de penitenciaría, además son elementos que se asociaron al cribado citológico. Concluyeron que hay una relación entre el cribado citológico y el acercamiento a los productos sanitarios, vinculantes sociodemográficos e historial patológico de las féminas con carcerería en el Perú²⁶.

Cabrera I et al., en 2016, efectuaron un trabajo donde usaron el método analítico de casos y controles en el policlínico de Santa Rita, cuyo tamaño de muestra se constituyó por 50 mujeres de más de 25 años, a quienes se le administró una planilla de recolección de información, para poseer una cifra que manifestara las fuerzas de relación entre la patología y el elemento de peligro. Entre sus hallazgos encontraron que el historial patológico familiar de lesión cancerígena uterina, la costumbre de fumar, la 1ra menstruación prematura, el comienzo de contacto íntimo previo a los 17 años se establecieron como elementos de peligro al conseguirse valores de OR significativos. El tener relaciones íntimas con tres o + acompañantes del sexo contrario, el empleo de anticoncepción oral y la edad del 1er alumbramiento previo a los 18 años se establecieron en elementos de peligro; sin embargo, no de manera demostrativa. Llegaron a la conclusión que los muchos partos, la clase de parto y los contagios sexuales no se relacionaron con la presencia de la enfermedad²⁷.

Marruffo B, en 2016, realizó un trabajo, para lo cual empleó la metodología retrospectiva y descriptiva de 23 historias clínicas, adecuado a usuarias féminas con diagnóstico con lesión cancerígena uterina que se atienden en el Hospital Central PNP Luis N. Sáenz. Entre sus hallazgos se halló que el carcinoma epidermoide de cuello uterino fue la tumoración con mayor habitualidad (60.9%). Los elementos de peligro más examinados han sido la presentación de HPV (78.3%), la edad precoz de comienzo de encuentros íntimos en \neq 18 años (73.9%) y en +18 años (26.1%), la cantidad de parejas íntimas en usuarias que mostraron 2 o más parejas íntimas (82.6%) y el uso de cigarro (56.5%). Concluyó que los elementos de peligro más observados para lesión cancerígena uterina han sido la presentación del VPH, la anticipación sexual y las relaciones sexuales desordenadas ²⁸.

2.2 Bases teóricas

Prevalencia

Correspondencia de sujetos de una urbe que muestran el suceso en un instante, o espacio de tiempo, establecido. Es un indicador estático, que se reseña en un período y señala el volumen del suceso que resiste los pobladores; posee más provecho en la investigación de proyección de productos de salud. En la prevalencia influencia la velocidad de presentación del acontecimiento y la permanencia; es por eso escasamente ventajoso en la investigación causal y de proporciones terapéuticas²⁹.

Tipología de prevalencia

Prevalencia puntual: la más usual y el modelo a usar para saberse la cantidad de sujetos internos en una institución de salud por un cuadro agudo de asma; la cantidad de usuarios hospitalizados por asma es el numerador, en tanto que el denominador es la totalidad de usuarios internos³⁰.

Prevalencia de periodo: Se trata de la etapa conceptualizada como la frecuencia de un padecimiento en un espacio de tiempo. Se trata de una proporción que enuncia

la posibilidad que un sujeto se convierta en un caso en determinada etapa temporal establecida. El numerador han de ser los casos que padecieron durante y previo a la etapa de investigación y el denominador es la población en el tiempo de análisis³⁰.

Factores de riesgo

Es un componente que actúa en equipo con otros. La idea de peligro o riesgo, por su parte, alude a la cercanía o la inminencia de un daño³¹.

Acrecienta la probabilidad de poseer un padecimiento. Estos son ejemplos de factores de riesgo de lesión cancerígena uterina: precedentes familiares de ciertos cánceres, la edad, la exposición a la radiación o diversas sustancias químicas, consumir productos de tabaco, las infecciones por algunas bacterias o virus, y determinados cambios genéticos³².

Cáncer de cuello uterino

Definición

Es la lesión cancerígena formado en los tejidos del cuello uterino (enlaza la matriz con la vagina). Generalmente, es un carcinoma de incremento paulatino que a veces no muestra sintomatología, pero se halla por medio de un análisis de Papanicolaou (proceso por el que se rasgan células de la cérvix y se ven al microscopio) de rutina. Frecuentemente, el carcinoma de cuello uterino le ocasiona una infección por el virus del papiloma humano (VPH)³³.

El carcinoma cervical se genera en las células que cubren el cérvix. El carcinoma se produce en el momento que las células comienzan a desarrollarse descontroladamente. Este se vuelve una expresión temida para aquellos que no la sufren y no pronunciada para los que la padecen. Este padecimiento es maligno y por ello complicado e improbable de curar; es el corolario de un procedimiento progresivo que continúa una sucesión de pasos continuados que se basan en la

presencia de una extensa etapa entre la exhibición ante un carcinógeno y el progreso de una neoplasia³⁴.

El cervix se compone por 2 porciones y se cubre con 2 clases distintas de células.

- El endocervix es la abertura del cuello uterino que conduce hacia el útero, y se cubre de células glandulares³⁵.
- El exocervix (o ectocervix) es el segmento exterior del cervix que un profesional podría ver en un análisis de Papanicolau, y es cubierto de células escamosas³⁵.

Fisiopatología

El cervix normal está compuesto de distintas clases de células epiteliales, el canal cervical medio y el cervix superior se componen por epitelio columnar secretor, generado embriológicamente de la invaginación de los ductos müllerianos. Hay una potencialidad neoplásica para esta clase de células. El ectocervix distal y vagina se componen de epitelio escamoso, dichas células escamosas sustituyen las células columnares müllerianas originales al formarse el conducto útero-vaginal. La conexión escamo-columnar (UEC) es el lugar de ubicación de las células escamosas y columnares. Este sitio se halla entre el canal cervical inferior y ectocervix central, pero la ubicación varía durante la vida de la fémina, por el progreso fetal y menopausia³⁶.

Etiología

El virus del papiloma humano (VPH) es un motivo requerido, pero no bastante, para tener carcinoma de cervix. Diversas féminas son contagiadas con VPH en algún momento, principalmente al comienzo de la vida sexual. Gran parte de sepsis son resueltas naturalmente entre los 6 y los 24 meses³⁷.

Clasificación

Entre las clases más habituales de lesiones cancerígenas de cervix se tiene:

- **Carcinoma de células escamosas:** Es más usual (90%). Está desarrollado desde lesiones premalignas del revestimiento del área exterior del cuello generado por diversos estratos de células que se desprenden (epitelio escamoso) y su malignidad genera carcinomas escamosos³⁸.
- **Adenocarcinoma:** Con menos periodicidad el epitelio que cubre el lado interior del canal del cuello del útero se hace maligna y ocasiona carcinomas de células glandulares o adenocarcinoma³⁸.

Los tumores malignos que se desarrollan desde otra clase de células son considerablemente raros y causan sarcomas, carcinomas neuroendocrinos, melanomas, etc. Las metástasis en el cérvix (incremento de tumores que se originan en otro miembro) son demasiado inusuales³⁸.

Síntomas

En el grado avanzado generalmente son:

- Sangrado anormal vía vaginal o modificaciones en el ciclo de menstruación que no son sustentables.
- Sangrado en la cópula o con el empleo del diafragma.
- Dolencia en la cópula³⁹.

Diagnóstico

El carcinoma de cérvix se podría diagnosticar por medio de: examen de Papanicolaou (Pap), estadificación y biopsia⁴⁰.

Podría sospecharse en un análisis ginecológico de rutina. Se considera en féminas con: lesiones de la cérvix perceptibles, sangrado vaginal anormal y examen de Pap de uso infrecuente⁴⁰.

El informe de la citología de cérvix se encuentra normalizado. Una estimación más detallada está señalada si están las células cancerígenas, principalmente en

féminas en peligro. Si la citología no evidencia una lesión, podría emplearse la colposcopia para reconocer las zonas que necesitan biopsia. Si no lo requieren es menester una conización⁴⁰.

Tratamiento

El carcinoma de útero podría tratarse de distintas maneras. El procedimiento es según la clase de carcinoma de cérvix y según su desarrollo. Los procedimientos involucran radioterapia, extirpación, tratamiento con hormonas y quimioterapia⁴¹.

- Cirugía: El profesional extirpa el tejido canceroso a través de una intervención⁴¹.
- Quimioterapia: Procedimiento que usa medicinas específicas para disminuir el volumen de la tumoración o descartarlo. Dichas medicinas podrían suministrarse en comprimidos o intravenosamente y, según la necesidad, de las dos formas juntas⁴¹.
- Radioterapia: la utilización de radiación de elevada intensidad (análoga a los rayos X) con el fin de eliminar el carcinoma⁴¹.

Factores conexos al cáncer de cuello uterino

Referido a los factores predisponentes para esta clase de carcinoma se halla una correspondencia directa con la práctica sexual; es 4 veces mayor en féminas que comienzan praxis sexual previa a los 17 años; se verifica un peligro 5 veces superior en relación a féminas con un inicio sexual mayor a los 23 años, de ahí su conexión con el VPH. Aparte de esto, los múltiples embarazos, la costumbre de fumar y utilización de anticoncepción oral por períodos prolongados se consideran cofactores que influyen en el peligro de evolución a partir de contagio por VPH a LIE BG-LIE AG-carcinoma⁴².

En relación al factor asociado paridad, distintas investigaciones de controles y casos expusieron la relación de alta paridad y el carcinoma invasivo/in situ. En el análisis Multicenter Cervical Center Study Group de la International Agency for Research on Cancer (IARC), el peligro de carcinoma en féminas con siete gestiones fue cuatro veces más que en la fémina nulípara y el peligro incrementaba con la cantidad de gestaciones⁴².

Así también, se han reportado como principales factores: contagio por papiloma Virus humano, comienzo de prácticas sexuales precoces (previo a los 18 años), variadas parejas íntimas, promiscuidad, cervicitis crónica, contagio por VIH y otras patologías de propagación sexual, hábito de fumar, pobre condición socioeconómica (pobreza)³⁹.

2.3 Definición de términos básicos

Factores asociados: Se trata de un elemento que actúa por sí solo o en colectividad con otros para desencadenar un daño, enfermedad, etc.³¹.

Cáncer de cuello uterino: Una variación de la célula producida en el epitelio cervical y se muestra primeramente mediante lesiones predecesoras de lento y progresivo desarrollo, que llegan a cáncer in situ (confinado al área del epitelio) o una lesión cancerígena invasora donde las células transformadas maligna atraviesan la mucosa basal³⁷.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

General

Existen factores asociados de manera significativa a lesión cancerígena de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021.

Específicas

Existen factores sociodemográficos asociados significativamente a lesión cancerígena de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021.

Existen factores gineco-oncológicos asociados a lesión cancerígena de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021.

3.2 Variables y su definición operacional

Factores asociados: particularidades que actúan por sí solos y podrían desencadenar el cáncer de cuello uterino como factores sociodemográficos y gineco-oncológicos.

Cáncer de cuello uterino: variación celular que se produce en el epitelio del cérvix que denota malignidad, evaluado mediante de la biopsia.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO POR SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE DE ESTUDIO 1:						
Variable 1: Factores asociados	Factores sociodemográficos	Edad	Cuantitativa	Razón	En datos	Ficha de recolección de datos
		Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Casada Conviviente Soltera Separada	
		Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	Rural Marginal Urbano	
		Hábitos nocivos	Cualitativa	Nominal	Consumo de alcohol Consumo de tabaco Consumo de drogas	
	Factores gineco-oncológicos	Edad de inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa	Razón	En números	
		Número de parejas sexuales	Cuantitativa	Razón	En números	
		Edad del primer parto	Cuantitativa	Razón	En números	
		Paridad	Cualitativa	Nominal	Nulípara Primípara Multípara	
		Uso de anticonceptivos.	Cualitativa	Nominal	Si No	
		Tipo de anticonceptivos	Cualitativa	Nominal	Preservativo Diu	

			Pastilla anticonceptiva Ampolla de tres meses Ampolla de un mes Implante subdérmico Otros
Antecedentes de ITS	Cualitativa	Nominal	Si No
Menopausia	Cualitativa	Nominal	Si No
Antecedente de PAP alterado	Cualitativa	Nominal	Si No
Antecedente de cáncer.	Cualitativa	Nominal	Si No
Presencia de VPH	Cualitativa	Nominal	Si No

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Enfoque: cuantitativo, debido a que la investigación será secuencial y probatorio; y, el análisis de las variables será efectuado a través de mediciones obtenidas mediante métodos estadísticos⁴³.

Tipo de Investigación

De acuerdo a la participación del investigador: Observacional, dado que no se manipulará las variables para ver su efecto en la otra⁴³.

Según el alcance: Analítico; permite generar hipótesis de investigación y estudiar la fuerza de relación entre un evento y los factores de muestra en estudio⁴⁴.

De acuerdo al número de mediciones de la o las variables de estudio: transversal, puesto que en estudio existe una medición en un momento determinado de las variables⁴³.

De acuerdo al período temporal de la recolección de la información: Retrospectivo, en razón que esta investigación busca evaluar eventos que ya ocurrieron en el pasado, para ello se indaga información que está registrada en archivos o historias clínicas⁴³.

Con este diseño, se elige un grupo de sujetos que presentan el evento determinado (casos), y otro en el que está ausente⁴⁴.

4.2 Diseño muestral

Población universal

Pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología en el Hospital María Auxiliadora de Lima en el 2021.

Población de estudio

785 pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora en 2021 (Según datos estadísticos proporcionados por la oficina de estadística del Servicio del Centro Hospitalario en mención) que cumplan con los lineamientos de elegibilidad para el estudio.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Pacientes de 18 a 65 años.

Pacientes con datos de la historia clínica completos.

Pacientes con lesión cancerígena de cuello uterino (casos).

Pacientes que no presenten lesión cancerígena de cuello uterino (controles).

De exclusión

Pacientes cuya historia clínica sea poco visible.

Pacientes menores de 18 años.

Tamaño de la muestra

Muestra: 102 mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital María Auxiliadora en el 2021.

Grupo caso: Total de pacientes con lesión cancerígena cérvix atendidas en el servicio de ginecología del hospital María Auxiliadora en el 2021 (51).

Grupo control: Muestra de pacientes sin lesión cancerígena de cuello uterino atendidas en el servicio de ginecología del hospital María Auxiliadora en el 2021 (51).

Muestreo: muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo que para un caso habrá un control 1:1, realizando un pareamiento por fecha de atención.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica es un análisis documental, puesto que se revisarán las historias clínicas y registros del libro de ingreso de las usuarias con diagnóstico presuntivo para cáncer de cuello uterino atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el 2021.

Instrumentos de recolección y medición de variables

El instrumento será una ficha de registro de datos (Anexo 1) el cual facilitara la observación estructurada realizada a las historias clínicas, este registro estará dividido en tres partes que evaluaran las los factores sociodemográficos, los factores gineco-oncológicos y la presencia o desarrollo de cáncer.

Para la ubicación de las HCL, se acudirá al registro de libros de ingreso que se encuentra en el servicio de gineco-obstetricia, donde se reportan el número de historias clínicas por día de las pacientes atendidas en el servicio y luego de conseguir los números respectivos, se procederá a solicitarlo a la unidad de archivo.

Los datos serán analizados por el propio investigador.

La ficha de recolección de datos para recabar la información exacta de las historias clínicas no amerita ser validado ni confiabilizado; asimismo, las variables incluidas en la ficha son las que permitirán alcanzar los objetivos del estudio.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recabados serán ingresados en una plataforma, Excel 2019, y posteriormente el análisis se ejecutará a través de SPSS v.25. Serán realizados los siguientes:

Análisis estadístico: las variables cuantitativas (discretas) serán apreciadas a través de medidas de tendencia central (promedio), valores mínimos-máximos y medidas de dispersión (desviación estándar) y las variables cualitativas serán mostradas con frecuencias relativas y absolutas.

Análisis inferencial: se considerará un resultado estadísticamente significativo cuando el valor de p sea menor a 0.05. Al ser variables cualitativas se usará el chi cuadrado de Pearson para comprobar la diferencia o relación existente entre los grupos a evaluar, teniendo en cuenta el nivel de confianza al 95%.

Análisis multivariado: se realizará un análisis de regresión logística, el cual análisis permitirá identificar cuáles son los factores relacionados a cáncer de cuello uterino, para lo cual la significancia (sig.) deberá ser menor a 0.05 y la probabilidad será determinada por el resultado de Exp. (B) = OR , cuyo valor igual o mayor a 1 identificará el valor de la probabilidad de la conversión estudiada. **Aspectos éticos**

Con el fin de realizar este trabajo se solicitarán los permisos correspondientes a la Universidad y posteriormente a la institución. Cabe resaltar que el estudio por ser retrospectivo por lo que se respetará la reserva de los datos disponibles en la historia clínica y no serán divulgados los nombres.

Asimismo, serán tomados en cuenta los lineamientos éticos como:

Beneficencia y no maleficencia: la investigación no tendrá la intervención directa de la población gestante por lo que no acarreará algún peligro; además, los corolarios beneficiarán a la institución.

CRONOGRAMA

	ACTIVIDADES	AÑO/MESES																																
		2022																																
		Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio												
1	Diseño del proyecto de tesis	X	X	X	X																													
2	Elaboración del proyecto de tesis					X	X	X	X	X	X	X	X																					
3	Presentación del proyecto de tesis													X	X																			
4	Corrección del proyecto de tesis													X	X	X																		
5	Aprobación del plan de tesis														X	X	X																	
6	Recolección de datos																		X	X	X													
7	Análisis de datos																										X							
8	Interpretación de resultados																														X			
9	Redacción del informe final de tesis																														X			
10	Presentación del informe final de tesis																														X			
11	Aprobación del informe final de tesis																														X			
12	Sustentación de la tesis																														X			

PRESUPUESTO

CATEGORIA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO DEL SERVICIO	COSTO TOTAL
Recursos Humanos	Asesor de investigación	1	--	--
	Asesor estadístico	1	S/.1,200.00	S/.1,200.00
Sub total				S/.1,200.00
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	P. UNITARIO	P. TOTAL
Recursos Materiales	Libros	03	S/.60.00	S/.180.00
	Papel	Millar	S/.20.00	S/.20.00
	USB	1	S/.35.00	S/.35.00
	Lápices	5	S/.1.00	S/.5.00
	Lapiceros	3	S/.1.50	S/.4.50
	Borrador	3	S/.1.00	S/.3.00
	Folders	5	S/.1.00	S/.5.00
	Láminas porta objetos	3	S/.10.00	S/.30.00
	Láminas cubre objetos	3	S/.10.00	S/.30.00
	Alcohol de 100°	2	S/.10.00	S/.20.00
	Alcohol de 95°	2	S/.10.00	S/.20.00
	Alcohol de 50°	1	S/.10.00	S/.10.00
	Hematoxilina	1	S/ 300.00	S/ 300.00
	Eosina	1	S/ 300.00	S/ 300.00
Sub total				S/.962.50
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Servicios	Transporte	4	S/.15.00	S/.60.00
	Impresión	1000	S/.0.30	S/.300.00
	Anillados	4	S/.12.00	S/.48.00
	Empastado	5	S/.32.00	S/.160.00
	Internet	--	--	S/.200.00
	Otros gastos	--	S/.160.00	S/.160.00
Sub total				S/.928.00
TOTAL				S/.3,090.50

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino. OMS: 2019. [Citado 09 noviembre 2021]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
2. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Ginebra: OMS; 2020. [Citado 09 noviembre 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
3. Bendezú Gu., Soriano A., Urruaga D., Venegaz G., Benites V. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2020; 37(1).
4. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino. OPS: OMS, 2021. [Citado 09 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>.
5. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Peru. HPV. Information Centre, 2021. [Citado 09 noviembre 2021]. Disponible en: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/PER.pdf>
6. Capote L. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en América Latina. Cancer Medival Science, 2016. p:2-26.
7. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. NIH. 2020. [Citado 09 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
8. Chargari C., Arbyn M., Un Leary, Abu – Rustum., Basu P., Bray F. et., al. Aumento de la accesibilidad mundial a tratamientos de alto nivel para los cánceres de cuello uterino. Gynecol Oncol. 2021; S0090-8258 (21) 01517-1.
9. Abila D, Wasukira S, Ainembabazi P, Wabinga H. Burden of Risk Factors for Cervical Cancer Among Women Living in East Africa: An Analysis of the

- Latest Demographic Health Surveys Conducted Between 2014 and 2017. *JCO Glob Oncol.* 2021;7: 1116-1128. doi: 10.1200/GO.21.00123.
10. Eiman E. Assessment of risk factors associated with Cervical cancer amongst women attending the oncology centre and health facilities in Windhoek, Khomas region. [Master of Science in Applied Field Epidemiology]. Namibia: The University of Namibia; 2020. [cited Aug 11, 2021]. Available in: https://repository.unam.edu.na/bitstream/handle/11070/2805/eiman_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Delam H, Izanloo S, Bazrafshan M, Eidi A. Risk Factors for Cervical Cancer: An Epidemiological Review. 2020; 8(3): 105-109. Doi: 10.30476/JHSS.2020.86539.1092
 12. Sarmiento M, Puerto M. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 2020; 18(1).
 13. Kashyap N, Krishnan N, Kaur S, Ghai S. Risk Factors of Cervical Cancer: A Case-Control Study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019; 6(3):308-314. doi: 10.4103/apjon.apjon_73_18.
 14. Putri A, Khaerunnisa S, Yuliati I. Cervical Cancer Risk Factors Association in Patients at the Gynecologic-Oncology Clinic of Dr. Soetomo Hospital Surabaya. *Indonesia Journal of Cancer [Magazine on the Internet]*. 2019 [cited Aug 11, 2021]; 13(4). Available in: <https://indonesianjournalofcancer.or.id/e-journal/index.php/ijoc/article/view/610>
 15. Stewart T, Moodley J, Walter F. Population risk factors for late-stage presentation of cervical cancer in sub-Saharan Africa. *Cáncer Epidemiol.* 2018; 53:81-92. doi: 10.1016/j.canep.2018.01.014.
 16. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Incidence, mortality and risk factors of cervical cancer in the world. *Biomedical Research and Therapy [Magazine on the Internet]*. 2017 [cited Aug 11, 2021]; 4(12): 1785-1811. Available in: <http://www.bmrat.org/index.php/BMRAT/article/view/386>

17. Bassal R, Schejter E, Bachar R, Perri T, Korach J, Jakobson A, et al. Risk Factors for Cervical Cancer and CIN3 in Jewish Women in Israel - Two Case Control Studies. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17(4):2067-73.
18. Zhang Q, Xie W, Wang F, Hong R, Cui L, Wang H, et al. Epidemiological Investigation and Risk Factors for Cervical Lesions: Cervical Cancer Screening Among Women in Rural Areas of Henan Province China. *Medical Science Monitor* 2016; 22:1858-65.
19. Garagondo J. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho 2016 – 2017. [Tesis de especialidad]. Lima-Perú: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2020. [Citado 08 julio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6664>
20. Teves A. Factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima-Perú, 2017. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud; 2020.
21. Cueva G. Factores de riesgo y presencia de cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, Hospital Nacional Vitarte año 2018. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
22. Enciso E. Factores de riesgo asociados a la displasia de cérvix en pacientes atendidas en la unidad de displasia del Hospital San José en el año 2016. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad De Medicina Humana; 2018. [Citado 07 julio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1159>
23. Marcos S, Sedano L. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino mediante el estudio de Papanicolaou en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo de julio a octubre 2016. [Tesis de especialidad]. Huancayo – Perú: Universidad Peruana los Andes. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [Citado 07 julio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/330>
24. Saldaña E, Silva J. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, periodo 2013 – 2017. [Tesis]. Tarapoto – Perú: Universidad

- Nacional de San Martín Tarapoto. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [Citado 08 julio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2845>
25. 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-Perú: Universidad Nacional de Huancavelica. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
26. Ruiz J, Soto R, Sanchez J, Torres Y. Cribado citológico de cáncer de cuello uterino y factores asociados en la población penitenciaria del Perú. Rev Esp Sanid Penit 2018; 20: 106-114.
27. Cabrera I, Ortiz Y, Suárez Y, Socarrás R, Vázquez N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Policlínico Docente "David Moreno Domínguez". Santa Rita. Jiguaní. Granma Multimed. Revista Médica. Granma [Internet]. 2016; 20(5). [Citado 07 julio 2021]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392/625>
28. 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- Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016. [Citado 08 julio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/552>
29. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Prevalencia. 2013 [citado 15 febrero 2021]. Disponible en: http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_2.html
30. Fajardo A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev Alerg Mex [Internet]. 2017; 64(1): 109-120. [Citado 18 febrero 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v64n1/2448-9190-ram-64-01-00109.pdf>
31. Pérez J, Gardey A. Definición de factores de riesgo. 2021 [Citado 18 febrero 2021]. Disponible en: <https://definicion.de/factores-de-riesgo/>
32. Instituto Nacional del Cáncer. Factor de riesgo. 2018 [Citado 06 abril 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>

33. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de cuello uterino. 2015 [Citado 06 abril 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cancer-de-cuello-uterino>
34. Marañón T, Mastrapa K, Flores Y. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Correo Científico Médico [Internet]. 2017; 21 (1). [Citado 06 abril 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71542>
35. American Cancer Society. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)? 2020 [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
36. Chavaro N, Arroyo G, Alcázar L, Muruchi G. Cáncer cervicouterino. Anales de Radiología México [Internet]. 2009. [Citado 22 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
37. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Perú: Ministerio de Salud; 2017 [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
38. Torné A, Gaba L, Sánchez M, Roviroso A. ¿Qué es el Cáncer de Cuello de Útero? 2020 [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer-de-cuello-de-utero/definicion>
39. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma Técnica Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de Lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Perú: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; 2007. [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2008/1105_2010_NORMA_TECNICA_DE_PREVENCION_CUELLO_UTERINO.pdf
40. Ramírez P. Cáncer de cuello uterino. 2020 [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino>

41. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Cómo se trata el cáncer de útero? 2021 [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/uterine/basic_info/treatment.htm
42. Aponte R, Henríquez D, González M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015; 71 (4). [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400006
43. Hernández, R. y Mendoza, Ch. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial McGRAW-HILL; 2018.
44. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J. Morphol. 2014; 32(2): 634-645.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
¿Cuáles son los factores asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021?	<p>Objetivo General Determinar los factores asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021.</p> <p>Objetivos Específicos Estimar la prevalencia de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021. Identificar los factores sociodemográficos asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021. Identificar los factores gineco-oncológicos asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el 2021.</p>	<p>Hipótesis General Existen factores asociados significativamente al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021.</p> <p>Hipótesis Específica Existen factores sociodemográficos asociados significativamente al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021. Existen factores gineco-oncológicos asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el 2021.</p>	Enfoque cuantitativo, observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, de diseño casos y controles.	<p>Población de estudio: 785 pacientes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2021</p> <p>Muestra La totalidad de usuarias incluidas en el estudio será de 102 mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora en el año 2021. Grupo caso: 51 pacientes. Grupo control: 51 pacientes</p> <p>Muestreo: No probabilístico por conveniencia.</p> <p>Procesamiento de datos: Los datos recabados serán ingresados en Excel 2019, y posteriormente el análisis se ejecutará a través de SPSS v.25. Análisis estadístico: las variables cuantitativas serán apreciadas por promedio y desviación estándar y las variables cualitativas por frecuencias relativas y absolutas. Análisis inferencial: usará el chi cuadrado de Pearson y se considerará estadísticamente significativo cuando el valor de p sea menor a 0.05.</p>	Ficha de registro de datos.

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

ID: _____

Factores sociodemográficos:

1. Edad materna: _____
2. Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Separada ()
3. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnico ()
Superior universitario ()
4. Lugar de procedencia: Rural () Marginal () Urbano ()
5. Hábitos nocivos:
 - a. Consumo de alcohol ()
 - b. Consumo de tabaco ()
 - c. Consumo de drogas ()

Factores gineco-obstétrico:

6. Edad de inicio de relaciones sexuales: _____
7. Número de parejas sexuales: _____
8. Edad del primer parto: _____
9. Paridad: Nulípara () Primípara () Multípara ()
10. Gesta: __ P _____
11. Uso de anticonceptivos: Si () No ()
12. Tipo de anticonceptivos:
 - a. Preservativo ()
 - b. Diu ()
 - c. Pastilla anticonceptiva ()
 - d. Ampolla de tres meses ()
 - e. Ampolla de un mes ()
 - f. Implante subdérmico ()
 - g. Otros () _____
13. Antecedentes de ITS Si () No ()
14. Menopausia: Si () No ()
15. Antecedente de PAP alterado Si () No ()
16. Antecedente de cáncer. Si () No ()
17. Presencia de VPH Si () No ()

Desarrollo de cáncer de cuello uterino

18. Presencia de cáncer de cuello uterino ()
19. Ausencia de cáncer de cuello uterino ()