



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL
CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA**

Julio- Agosto, 2013

PRESENTADA POR
ALICIA MERCEDES CONDE FÉLIX

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2014



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP
SAN MARTÍN DE PORRÉS

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A
LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**

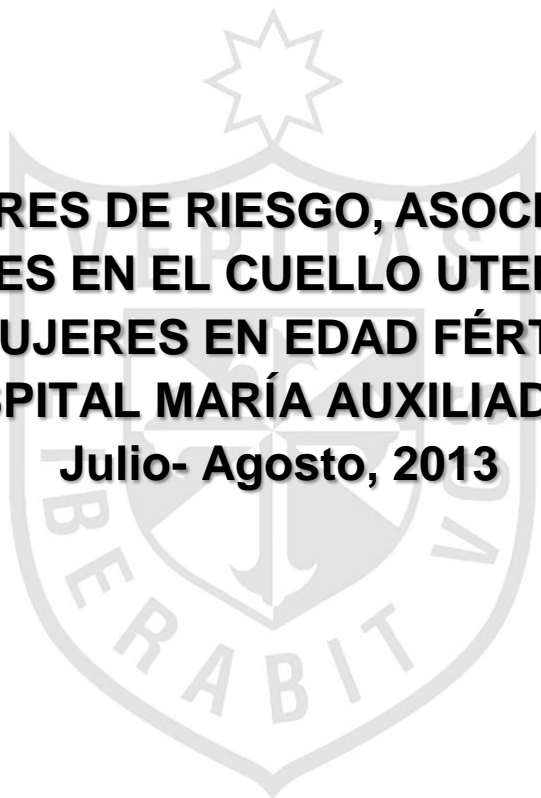
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

Presentado por: Bach. Obst.

CONDE FÉLIX, Alicia Mercedes

LIMA – PERÚ

2014



**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A
LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**



Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.



Agradecimiento

Primeramente agradezco a Dios por darme la vida y darme la fuerza necesaria para seguir adelante, agradezco a mis padres por apoyarme siempre y también a todas las personas que están a mí alrededor gracias por estar siempre cuando uno los necesita.

Agradezco a mi Asesora de Tesis Mg. Nelly Moreno Gutiérrez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis



Dedicatoria

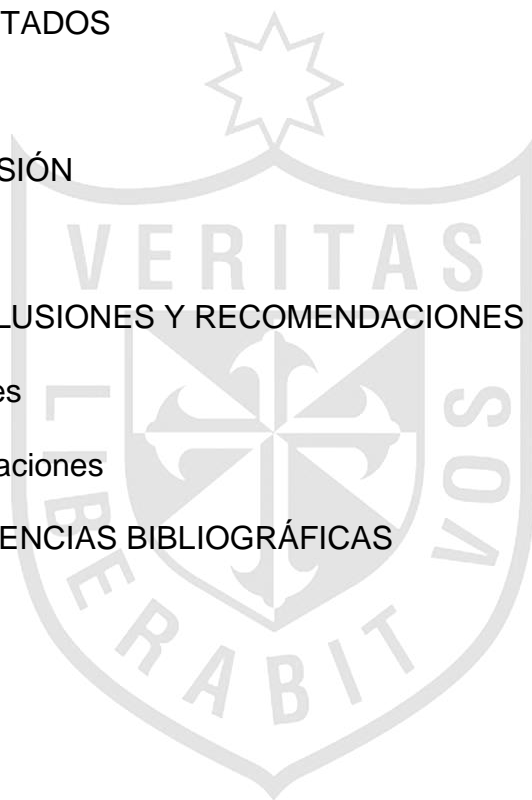
Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

ÍNDICE

	Página
CARATULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODO	07
1.1 Diseño Metodológico	08
1.2 Población y Muestra	08
1.2.1 Población	08
1.2.2 Muestra	08
1.2.3 Tamaño de Muestra	09
1.2.4 Muestreo	11
1.2.5 Unidad Muestral	11
1.3 Criterios de Selección	11
1.3.1 Criterios de Inclusión	11
1.3.2 Criterios de Exclusión	12

1.4 Variables y Operacionalización de Variables	12
1.4.1 Variables	12
1.4.2 Operacionalización de Variables	12
1.5 Técnica de Recolección de Datos	15
1.6 Técnicas del Procesamiento de la Información	15
1.7 Aspectos Éticos	16
CAPÍTULO II RESUÑTADOS	17
2 Resultados	18
CAPÍTULO III DISCUSIÓN	33
3 Discusión	34
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
4.1 Conclusiones	51
4.2 Recomendaciones	52
CAPÍTULO V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	



LISTA DE TABLAS

Tablas		Página
Tabla 1	Factores Personales, según grupo de estudio	18
Tabla 2a	Factores Sexuales, atribuidos a su Sexualidad según caso control	21
Tabla 2b	Factores Sexuales, por presencia de Infecciones de Transmisión Sexual según caso control	24
Tabla 3a	Factores Reproductivos, por Antecedentes Obstétricos, según caso control	27
Tabla 3b	Factores Reproductivos, por uso de Método Anticonceptivo, según caso control	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos		Página
Gráfico 1	Factores Personales, según grupo de estudio	20
Gráfico 2a	Factores Sexuales, atribuidos a su Sexualidad según caso control	23
Gráfico 2b	Factores Sexuales, por presencia de Infecciones de Transmisión Sexual según caso control	26
Gráfico 3a	Factores Reproductivos, por Antecedentes Obstétricos, según caso control	29
Gráfico 3b	Factores Reproductivos, por uso de Método Anticonceptivo, según caso control	32

RESUMEN

Objetivo: Determinar factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil. Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013

Material y método: Estudio de casos y controles, retrospectivo. Conformada por 118 mujeres en edad fértil, con y sin lesiones cervicales. El instrumento fue en base al formato de uso y validado por la institución de estudio. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el χ^2 y el OR

Resultados. 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* [χ^2 9.84 $p=0.0017$ OR 4.0729 IC 1.6384-10.1249]; intervalo entre las tomas de PAP, mayor de dos años [χ^2 32.20 $p=0.0000$ OR 14.688 IC 5.1311-42.0454]; *motivo de estudio* por control médico [χ^2 4.28 $p=0.0386$ OR 2.2019 IC 1.0366 - 4.6774]; *edad de primera relación sexual*, entre los 14 a 16 años [$\chi^2=16.14$ $p=0.0001$ OR 5.1717 IC 2.2515-11.8797]; infecciones de transmisión sexual, *la presentaron en los últimos cinco años* [$\chi^2=33.54$ $p=0.0000$ OR 11.70 IC 4.78–28.64]; presencia del Papiloma Virus Humano [$\chi^2=19.51$ $p=0.0000$ OR 27.55 IC 3.5436-214.1917], de dos a cinco partos [$\chi^2=10.81$ $p=0.0010$ OR 3.8347 IC 1.683-8.7372]; *edad del primer embarazo* entre los 14 y 24 años [$\chi^2=7.25$ $p=0.0071$ OR 2.9032 IC 1.3203-6.3839]; *usuarias anticonceptivo hormonales* [$\chi^2=25.44$ $p=0.0000$ OR 7.8961 IC 3.3933-18.374], de *tipo oral* [$\chi^2=10.02$ $p=0.0015$ OR 0.1542 IC 0.0449 -0.5293]; y con tiempo de uso mayor de cinco años [$\chi^2=10.46$ $p=0.0012$ OR 14.8085 IC 1.8575 - 118.0589].

Conclusiones: Se acepta la hipótesis de trabajo en que existen algunos factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil, en el Hospital María Auxiliadora, en el período de julio a agosto del 2013

Palabras clave: Factores, lesiones y/o cáncer de cuello uterino, Papanicolaou.

ABSTRACT

Objective: To determine factors associated with lesions on the cervix in women of childbearing age. Mary Help of Christians Hospital, July-August, 2013

Methods: Case-control retrospective. Composed of 118 women of childbearing age, with and without cervical lesions. The instrument was based on the format used and validated by the institution of study. The statistical tests used were the chi 2 and the OR

Results. As a risk factor significantly associated with: family history [chi2 OR 7.07 p = 0.0081 4.0186 1.3631-11.8472 IC]; consumption of snuff [chi2 OR 9.84 p = 0.0017 4.0729 1.6384-10.1249 IC]; interval between shots PAP greater than two years [chi2 32.20 p = 0.0000 OR IC 5.1311-42.0454 14,688]; being studied by medical control [chi2 4.28 p = 0.0386 OR 2.2019 -4.6774 IC1.0366]; age of first intercourse among 14-16 years old [chi² = 16.14 p = 0.0001 OR 5.1717 2.2515-11.8797 IC]; STIs, presented in the last five years [chi² = 33.54 p = 0.0000 OR CI 4.78-28.64 11.70]; Human Papilloma Virus present [chi² = 19.51 p = 0.0000 OR IC 3.5436-214.1917 27.55]; two to five births [chi2 = 10.81 p = 0.0010 OR 3.8347 1.683-8.7372 IC]; age at first pregnancy between 14 and 24 years [chi2 = 7.25 p = 0.0071 OR 2.9032 CI 1.3203-6.3839]; hormonal contraceptive users [chi2 = 25.44 p = 0.0000 OR 7.8961 3.3933-18.374 CI], oral type [chi2 = 10.02 p = 0.0015 OR 0.1542 0.0449 -0.5293 IC]; and longer usage time of five years [chi2 = 10.46 p = 0.0012 OR 1.8575 14.8085 IC - 118.0589].

Conclusions: the working assumption that there are some factors associated to lesions on the cervix in women of childbearing age in the Mary Help of Christians Hospital, in the period from July to August 2013 accepted

Keywords: factors, injury and / or cervical cancer Pap.

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CaCu) * constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo.¹

Específicamente por localizaciones anatómicas, las neoplasias malignas del aparato reproductor (cérvix, ovario y cuerpo de útero) se incluyen dentro de las 10 primeras causas de cáncer en la mujer, con algunas variaciones en dependencia del área o región que se analice, siendo superadas por el cáncer de mama, pulmón y colorrectal, mientras que otras localizaciones como vulva y vagina reportan valores bien distantes de las primeras localizaciones con tendencia al ascenso en los últimos años con extensión de la infección por el virus del papiloma humano (HPV).²

En el mundo es uno de los padecimientos más frecuentes, entre la población femenina. Se calcula que cada año se diagnostican 466,000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino y mueren 231,000 mujeres. Asimismo, representa la segunda causa de muerte en la mayor parte de países desarrollados.³ En el año 2008, en todo el mundo se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En América, durante el mismo año, se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muertes por cáncer. Para el año 2030, en América se ha considerando un incremento anual del 1%, se proyecta que existirán 6.4 millones de casos de cáncer, de los cuales 3.1 millones morirán debido a ello.⁴

* CaCu, sigla para Cáncer de Cuello Uterino a ser utilizado en el Proyecto de Investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ calcula que cada año se diagnostican 466,000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino y mueren 231,000 mujeres por esta oncopatía; 80 % de ellas proceden de países en vías de desarrollo. En los países de América Latina y el Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40 %; fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶ ha declarado que el cáncer cérvico uterino es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino. Se hace mención de que el factor de riesgo más común es la exposición a ciertas variedades del Papiloma virus Humano (HPV). Siendo ésta una Infección de Transmisión Sexual (ITS), en muchos casos asintomáticos, por lo que puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. A menudo las mujeres se infectan con el Virus del Papiloma Humano en edades entre los 20 y 30 años, sólo una minoría desarrolla el cáncer, proceso que puede tomar hasta 20 años.

Múltiples causas pueden ocasionar que las mujeres tomen la decisión de no realizarse la prueba; algunas de éstas pueden ser por: un limitado conocimiento de su salud sexual, falta de acceso a los servicios de salud, miedo al cáncer y al examen de Papanicolaou, tener ideas equivocadas sobre este estudio, no tener dinero para pagar los análisis, experiencias negativas con los médicos, falta de higiene personal tanto en el hombre como en la mujer, vergüenza por la exploración médica, temor a su pareja quién puede amedrentarla para que no se haga las pruebas periódicas, o porque su compañero se opone a que visite al ginecólogo o pagar por la

prueba, por las distancias que existen entre su hogar y el lugar donde se realizaría la prueba, por el costo del transporte, etc.⁷

En el estudio de Valderrama, Campos y Cárcamo⁸ realizado en la ciudad de Lima, encontraron lesiones cervicales en 2,5% de las participantes; incluyendo displasia moderada en dos de ellas. La prueba de PCR resultó positiva para algún tipo de VPH en 8,4% de las muestras, siendo el VPH 16 el más frecuente (5,9%).

En los Estados Unidos, la incidencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres hispanas (14.2 por cada 100,000) es casi el doble que en las mujeres blancas no hispanas (7.3 por cada 100,000); la tasa de mortalidad de las hispanas (3.4 por cada 100,000) también es 50% más alta que en las mujeres blancas no hispanas (2.3 por cada 100,000).⁹

En el año 1941 en el Perú, se introdujo el examen de Papanicolaou para estudiar las células del cuello uterino, que permite detectar la presencia de alteraciones celulares que preceden la aparición de cáncer invasor por lo menos de 8 a 10 años, si se realiza periódicamente, disminuirá las complicaciones asociadas al cáncer, como se ha demostrado en países desarrollados.¹¹

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en el Perú, y la segunda en Lima después del cáncer de mama. Se calcula que 250,000 mujeres mueren cada año en todo el mundo, el 80% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo.¹¹ El cáncer en el Perú es visto como una de las principales causas de muerte. Para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones

(22.9%), solo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas.¹²

La tamización basada en citología cérvico-uterina ha reducido la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países desarrollados, infortunadamente, este efecto no se ha logrado en la mayoría de los países en vías de desarrollo, incluida nuestro país.¹² Las razones de la falta de efectividad en las naciones de bajos recursos se atribuyen, además de las limitaciones socioeconómicas, a problemas en la organización de los programas. Sin embargo, a la fecha, las evaluaciones de los programas se han centrado en la cobertura de la tamización, sin que exista relación clara entre ésta y el comportamiento de la mortalidad; ¹³ por consiguiente, no existe suficiente información acerca de cuáles componentes de los programas son los responsables de la falta de efectividad.

En la literatura se considera otros factores de riesgo que deben coincidir con las lesiones pre malignas y malignas de cáncer cérvico uterino, son el nivel socioeconómico bajo, inicio temprano de las relaciones sexuales, antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales, edad temprana del primer embarazo, tener tres o más partos, uso de anticonceptivos hormonales, tabaquismo y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁴

El cáncer del cuello uterino, es una afección en la cual se forman células malignas en los tejidos del cuello uterino. Aparece en el revestimiento del cérvix, este tipo de cáncer no aparece de manera espontánea; las células normales del cérvix gradualmente van desarrollando cambios pre cancerosos que, si no se tratan adecuadamente se convierten en cáncer. A diferencia de otros canceres, el cáncer cervico uterino puede prevenirse.

Razones anteriormente mencionadas hicieron posible que se realice el presente trabajo de investigación con:

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar factores de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil. Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013

1.1.1 Objetivos Específicos:

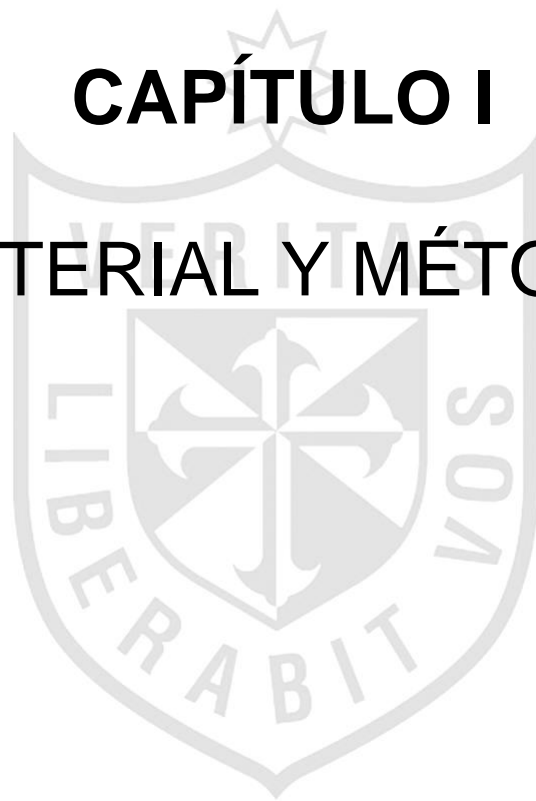
1. Identificar factores personales de riesgo asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil
2. Identificar factores sexuales de riesgo asociados, a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil
3. Identificar factores reproductivos de riesgo asociados, a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil

1.2 HIPÓTESIS

1. **H_a** : Existen algunos factores de riesgo asociados, a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil, en el Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013
2. **H_o** : No existen factores de riesgo asociados, a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil, en el Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODO



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODO

1.1 DISEÑO METOLÓGICO:

Estudio analítico, de casos y controles, retrospectivo.

1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo se consideró a las mujeres en edad fértil, que acudieron al Hospital “María Auxiliadora”, para descarte de Cáncer de cuello uterino u otras lesiones cervico vaginales por medio del tamizaje Papanicolaou entre Julio y Agosto del 2013

1.2.1. Población:

Todas las mujeres en edad fértil no gestantes, con resultado de Papanicolaou en el Hospital “María Auxiliadora”, (Julio y Agosto del 2013), siendo en el tiempo de estudio 248 usuarias.

1.2.2. Muestra.

Para efectos de la presente investigación se conformaron 2 grupos cuyas historias clínicas fueron revisadas, estos grupos fueron:

- ❖ **Grupo Caso:** Estuvo constituido por las mujeres en edad fértil no gestantes con resultado de Papanicolaou positivo, o positivo para otras morbilidades cervico uterino, realizado en la institución de estudio en el período de Julio y Agosto del 2013.

- ❖ **Grupo Control.** Estuvo constituido por las mujeres en edad fértil no gestantes con resultado de Papanicolaou negativo; asimismo, negativo para otras morbilidades cervico uterino, realizado en la institución de estudio en el período de Julio y Agosto del 2013.

1.2.3 Tamaño Muestra.

Para la estimación de la muestra se aplicó la fórmula de la diferencia de proporciones para estudios de casos y controles con un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del 80%.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

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

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

Odds ratio previsto= 3

Frecuencia de exposición de los casos= $p_1 = 17\%^* = 0.17$

* Según datos del Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013/ Elaborado por Willy César Ramos Muñoz y Diego Rolando Venegas Ojeda. - Lima Ministerio de Salud,; Dirección General de Epidemiología, 2013; la proporción mujeres en Lima que presentaron cáncer de cuello uterino fue de 17%; lo cual coincidía con el informe de la Unidad de Cáncer Ginecológico del Dpto. de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante los dos últimos meses anteriores al estudio

De esto obtenemos el valor de p_2

$$P1 = \frac{wP2}{(1 - P2) + wP2} = 0.17 = \frac{3 \times P2}{(1 - P2) + 3 \times P2}$$

De esta ecuación obtenemos el valor de:

$$P2 = 0.068$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$p = 0.12$$

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.12)(1-0.12)} + 0.84 \sqrt{0.18(1-0.17) + 0.068(1-0.068)}]^2}{(0.18 - 0.068)^2}$$

$$n = 59 \text{ casos}$$

- **Grupo casos**, se tomó las HC de usuarias que haya presentado en el resultado del Papanicolaou, positivo a cáncer u cervicitis.
- **Grupo control**, se tomó las HC de usuarias que haya presentado en el resultado del Papanicolaou, negativo a cáncer u cervicitis hasta completar el número de casos, en el mismo día de la toma

del grupo anterior hasta completar el número propuesto: 59 usuarias, basándonos en la equi-proporcionalidad.

Entre el grupo casos y grupo control se examinaron 118 Historias clínicas de mujeres en edad fértil; pareando la muestra por nivel educativo y distrito de procedencia

1.2.4 Muestreo:

No probabilístico intencionado

1.2.5 Unidad Muestral

Usuaría no gestante a quien se le realizó Papanicolaou en el tiempo de estudio

1.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Para ambos grupos:

Mujeres usuarias, no gestantes, continuadoras del Servicio de Descarte de Cáncer Uterino del Hospital “María Auxiliadora”, comprendidas entre la edad fértil (14 a 45 años).

1.3.1 Criterios de inclusión.

Mujeres en edad fértil no gestantes, que acudieron en el tiempo de estudio: Julio y Agosto del 2013; y que los formatos del Informe de Papanicolaou estén completos y con letra legible; que el PAP haya sido realizado en la institución, en el período mencionado.

1.3.2 Criterios de exclusión.

Aquellas usuarias cuyas Historias clínicas no tengan la información requerida completa y/o que no cumplan los criterios de inclusión

1.4 VARIABLE Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1 VARIABLES:

Variable Independiente: Factores asociados a lesiones de cuello uterino

Variable Dependiente: Resultados del PAP

Variables de Control: Informe de diagnóstico citológico cérvico vaginal

1.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable dependiente: Resultados del PAP			
Variable	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Resultados del PAP	<ul style="list-style-type: none">○ Con lesiones y/o cáncer cervical (casos)○ Sin lesiones ni cáncer cervical (controles)	Nominal	Ficha de datos.
Variable independiente: Factores asociados a lesiones de cuello uterino			
Variable	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
FACTORES PERSONALES	Edad <ul style="list-style-type: none">○ Jóvenes (15 a < de 24 años)○ Mayores (25 a < de 35 años)	Intervalo	Ficha de datos

<p>FACTORES PERSONALES</p>	<p>Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <p>Consumo de tabaco</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Ficha de datos</p>
<p>FACTORES SEXUALES</p>	<p>Menarquía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 9 a 10 años <input type="radio"/> 11 a 12 años <input type="radio"/> 13 a 14 años <input type="radio"/> 15 a 16 años <p>Inicio de relaciones sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 14 - 16 años <input type="radio"/> 17 - 19 años <input type="radio"/> 20 - 24 años <input type="radio"/> 25 - 29 años <input type="radio"/> 30 a más años <p>Número de parejas sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 a más parejas <p>Presencia de ITS en los últimos cinco años</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <p>Tipo de ITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Papiloma Virus Humano <input type="radio"/> Condiloma acuminado <input type="radio"/> Sífilis <input type="radio"/> Herpes genital <input type="radio"/> SIDA <input type="radio"/> Trichomonas <input type="radio"/> Candidiasis/Trichomona <input type="radio"/> Ninguno 	<p>Intervalo</p> <p>Intervalo</p> <p>Intervalo</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Ficha de datos.</p>
<p>FACTORES REPRODUCTIVOS</p>	<p>Gestaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nuligesta <input type="radio"/> Primigesta <input type="radio"/> Multigesta <input type="radio"/> Granmultigesta 	<p>Ordinal</p>	<p>Ficha de datos</p>

<p style="text-align: center;">FACTORES REPRODUCTIVOS</p>	<p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nulípara ○ Un parto ○ Dos a cinco partos ○ Más de 5 partos <p>Edad del primer embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno ○ Entre 14 y 24 años ○ Entre 25 y 34 años ○ Después de los 35 años <p>Uso de Método anticonceptivo: (en los seis meses últimos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hormonal ○ No Hormonal <p>Tipo de método anticonceptivo hormonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inyectable ○ Píldoras <p>Tiempo de uso del método hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de 1 año ○ Entre 1 a 2 años ○ Entre 3 a 4 años ○ Más de 5 años 	<p>Intervalo</p> <p>Intervalo</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Intervalo</p>	<p>Ficha de datos</p>
<p style="text-align: center;">FACTORES DE TAMIZAJE CITOLÓGICO</p>	<p>Intervalo (acostumbrado) entre las tomas del PAP</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anual ○ Cada 2 años ○ Cada 3 años <p>Motivo de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Detección (iniciativa propia) ○ Control (solicitud medica) 	<p>Intervalo</p> <p>Nominal</p>	<p>Ficha de datos</p>
Variables De Control: Informe De Diagnóstico Citológico Cérvico Vaginal			
Variable	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
<p style="text-align: center;">INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno ○ Inflamación: (L) (M) (S) ○ Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS) 	<p>Nominal</p>	<p>Ficha de datos.</p>

INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL	<ul style="list-style-type: none"> ○ LEI de bajo grado: displasia leve (NIC I) ○ LEI de alto grado: displasia moderada (NIC II) ○ Adenocarcinoma 	Nominal	Ficha de datos.
--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	-----------------

1.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La información fue recolectada a través de un instrumento previamente diseñado (Anexo 1) en base formato institucional de “Solicitud y reporte de resultados de citología cervical” del Programa de Prevención y Control de cáncer cérvico uterino y validada por la institución de estudio.

Dicho instrumento abarcó las diversas variables y los diversos factores presentados en la investigación. Asimismo se optó por la revisión de los resultados y análisis de los documentos. Los resultados del Papanicolaou como instrumento de recolección de datos reúnen los requisitos indispensables de confiabilidad, validez y objetividad.

El instrumento estuvo constituido por 3 apartados:

- ❖ Datos de la usuaria
- ❖ Factores (personales, sexual y reproductivo)
- ❖ Informe de diagnóstico citológico cérvico vaginal

1.6 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron procesados mediante:

- Ordenamiento de datos.

- Tabulación de datos.
- Presentación de tablas y gráficos de acuerdo al nivel de medición.
- Se utilizó el programa estadístico SPSS 19 más PC versión español, Excel 2007.
- Para el análisis se empleó la distribución de tablas y gráficos, así como el paquete estadístico de χ^2 y Odds Ratio.

1.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para el presente trabajo de investigación se emplearon las historias clínicas de las mujeres en edad fértil no gestantes, resultados de los formatos de PAP que se obtuvieron en el Hospital “María Auxiliadora”, mediante el período de estudio; que se llevó a cabo para lograr los objetivos y fines propuestos.

Los datos que se han obtenido del instrumento, se han utilizado solo con fines de la investigación y existe el compromiso de confidencialidad y privacidad de parte de la autora del presente estudio.

CAPÍTULO II

RESULTADOS



**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**

**TABLA 1
FACTORES PERSONALES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO**

FACTORES	CASO (*)		CONTROL (**)		Total		chi ²			OR IC
	N=59=100% Nº	%	N=59=100% Nº	%	Nº	%	α = 0.05	p	α = 0.05	
Edad										
Jóvenes (15 a < de 24 años)	10	16.9	22	37.3	32	27.1	6.17	0.0130	0.3432	0.1451 - 0.8117
Mayores (25 a < de 35 años)	49	83.1	37	62.7	86	72.9				
Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino										
Si	16	27.1	5	8.5	21	17.8	7.07	0.0081	4.0186	1.3631 - 11.8472
No	43	72.9	54	91.5	97	82.2				
Consumo de tabaco										
Si	23	39.0	8	13.6	31	26.3	9.84	0.0017	4.0729	1.6384 - 10.1249
No	36	61.0	51	86.4	87	73.7				
Intervalo entre las tomas de PAP										
Anual	12	20.3	52	88.1	96	81.4	54.63	0.0000	0.0344	0.0125 - 0.0947
Cada 2 años	34	74.6	5	8.5	17	14.4	32.20	0.0000	14.688	5.1311 - 42.0454
Cada 3 años	13	5.1	2	3.4	5	4.2	9.24	0.0024	8.0543	1.7291 - 37.5166
Motivo de estudio:										
Detección (iniciativa propia)	29	49.2	18	30.5	47	39.8	4.28	0.0386	2.2019	1.0366 - 4.6774
Control (solicitud medica)	30	50.8	41	69.5	71	60.2				

(*) Mujeres en edad fértil no gestantes con resultado de Papanicolaou positivo u otras morbilidades cervico uterina

(**) Mujeres en edad fértil no gestantes con resultado de Papanicolaou negativo y sin morbilidades cervico uterina

Se observa en la tabla

- Con respecto a la **edad**, tanto para el grupo casos como para el grupo control, las mayores entre los 25 y menos de 35 años fueron las de mayor frecuencia (83.1% vs 62.7%). Al análisis estadístico representa estar asociado significativamente como factor protector de riesgo [χ^2 6.17 $p=0.013$ OR 0.3432 IC 0.1451 - 0.8117].

- Al **antecedente familiar de cáncer de cuello uterino**, tanto para el grupo casos como para el grupo control, lo presentaban (27.1% vs 8.5%); al análisis estadístico se representa como factor asociado significativamente a riesgo [χ^2 7.07 $p=0.0081$ OR 4.0186 IC 1.3631 - 11.8472].

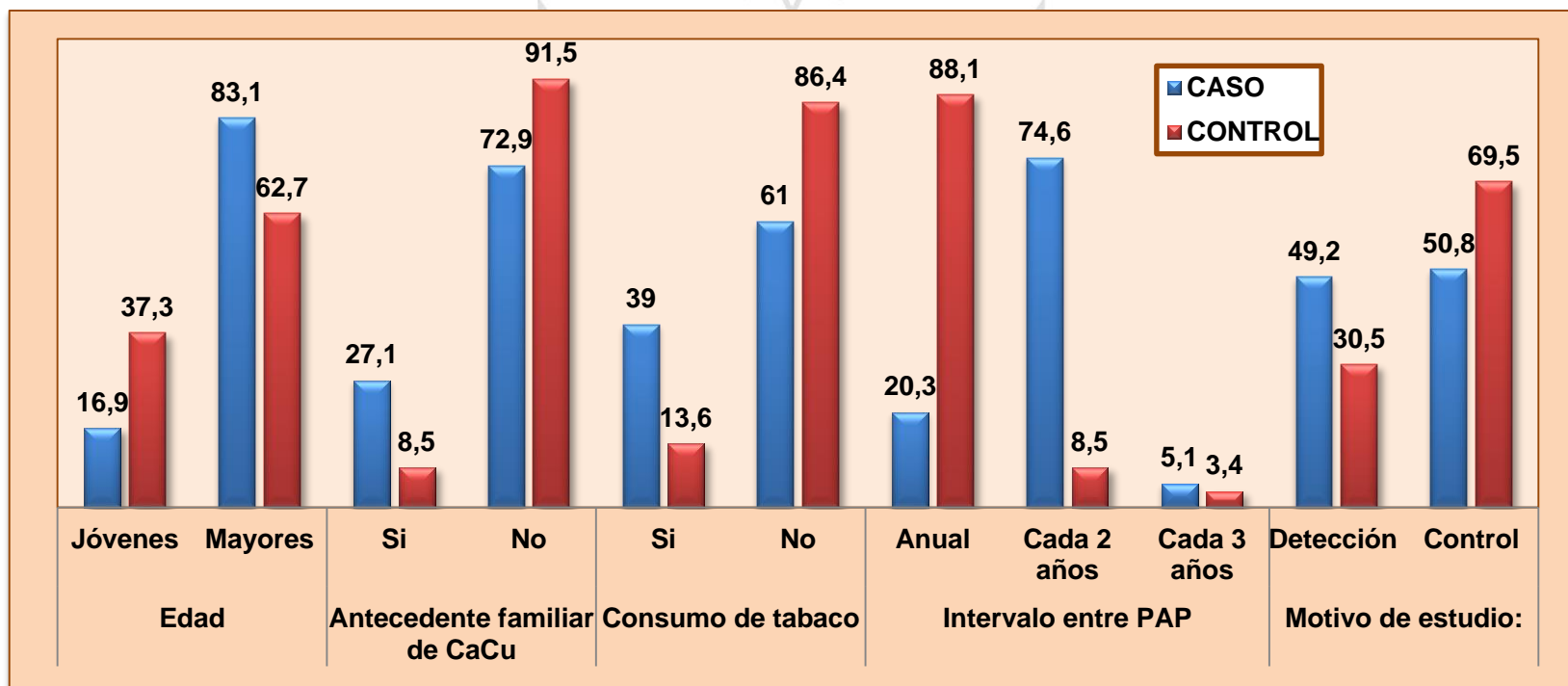
- En cuanto al **consumo de tabaco**, tanto para el grupo casos como para el grupo control, lo presentaban (39% vs 13.6%); al análisis estadístico se representa como factor asociado significativamente a riesgo [χ^2 9.84 $p=0.0017$ OR 4.0729 IC 1.6384 - 10.1249].

- En relación al **intervalo entre las tomas de PAP** para el grupo casos fue cada dos años (74.6%), y para el grupo control, fueron anuales (88.1%) constituyéndose en factor protector asociado significativamente [χ^2 54.63 $p=0.0000$ OR 0.0344 IC 0.0125 - 0.0947]. El intervalo entre las tomas cada 2 años (74.6% vs 8.5%) [χ^2 32.20 $p=0.0000$ OR 14.688 IC 5.1311 - 42.0454]; así como cada 3 años (5.1% vs 3.4%); [χ^2 9.24 $p=0.0024$ OR 8.0543 IC 1.7291 - 37.5166], se constituyeron en factor asociado significativamente a riesgo

- En cuanto al **motivo de estudio** fue el control, es decir ante la solicitud médica tanto para el grupo casos como para el grupo control, (50.8% vs 69.5%); [χ^2 4.28 $p=0.0386$ OR 2.2019 IC 1.0366 - 4.6774], estableciéndose en factor asociado significativamente a riesgo.

FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
 Julio- Agosto, 2013

GRÁFICO 1
 FACTORES PERSONALES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO



**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**

TABLA 2a
FACTORES SEXUALES, ATRIBUIDOS A SU SEXUALIDAD, SEGÚN CASO CONTROL

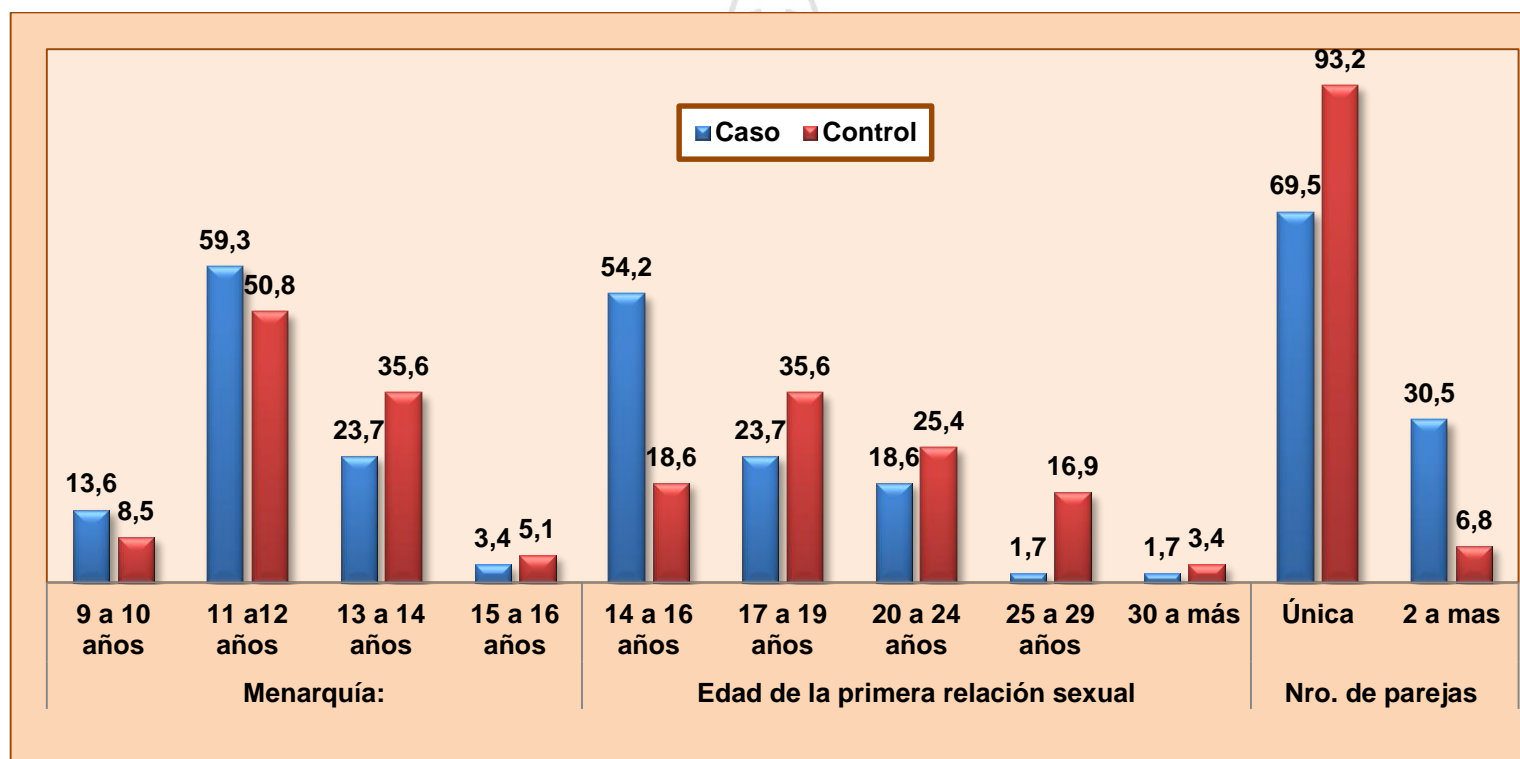
FACTORES	Caso N=59=100%		Control N=59=100%		TOTAL N=118=100%		chi ²			OR	
	N°	%	N°	%	N°	%	α = 0.05	p	α = 0.05	IC	
Menarquía:											
9 a 10 años	8	13.6	5	8.5	13	11.0	0.78	0.3777	1.6941	0.52 - 5.5193	
11 a 12 años	35	59.3	30	50.8	65	55.1	0.86	0.3548	1.4097	0.6805 - 2.9201	
13 a 14 años	14	23.7	21	35.6	35	29.7	1.99	0.1583	0.563	0.2524 - 1.256	
15 a 16 años	2	3.4	3	5.1	5	4.2	0.21	0.6477	0.655	0.1054 - 4.0703	
Edad de la primera relación sexual											
14 a 16 años	32	54.2	11	18.6	43	36.4	16.14	0.0001	5.1717	2.2515 - 11.8797	
17 a 19 años	14	23.7	21	35.6	35	29.7	1.99	0.1583	0.563	0.2524 - 1.256	
20 a 24 años	11	18.6	15	25.4	26	22.0	0.79	0.3743	0.6722	0.2791 - 1.619	
25 a 29 años	1	1.7	10	16.9	11	9.3	8.12	0.0044	0.0845	0.0104 - 0.6836	
30 a más	1	1.7	2	3.4	3	2.5	0.34	0.5587	0.4914	0.0433 - 5.5716	
Número de parejas											
Una sola pareja	41	69.5	55	93.2	96	81.4	10.95	0.0009	0.1657	0.0521 - 0.5267	
2 a más parejas	18	30.5	4	6.8	22	18.6					

Se observa en la tabla

- Con respecto a la **menarquía**, tanto para el grupo casos como para el grupo control, lo presentaron entre los 11 y 12 años; al análisis estadístico se representa como factor no significativo de riesgo.
- En cuanto a la **edad de primera relación sexual**, fue para el grupo casos entre los 14 a 16 años (54.2%) mientras que para el grupo control fue entre los 17 a 19 años (35.6%). Sin embargo, la edad entre 14 a 16 años [$\chi^2=16.14$ $p=0.0001$ OR 5.1717 IC 2.2515 - 11.8797] se presentó como factor significativamente asociado al riesgo; y la edad 25 a 29 años [$\chi^2=8.12$ $p=0.0044$ OR 0.0845 IC 0.0104 - 0.6836], lo fue como factor significativamente asociado a protección al riesgo.
- En relación al **número de parejas**, tanto para el grupo casos como para el grupo control, presentaron una sola pareja (69.5% vs 93.2%). Al análisis [$\chi^2=10.95$ $p=0.0009$ OR 0.1657 IC 0.0521 - 0.5267] se constituyó como factor significativamente asociado a protección al riesgo.

FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
 Julio- Agosto, 2013

GRÁFICO 2a
 FACTORES SEXUALES, ATRIBUIDOS A SU SEXUALIDAD, SEGÚN CASO CONTROL



**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**

**TABLA 2b
FACTORES SEXUALES, POR PRESENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEGÚN CASO CONTROL**

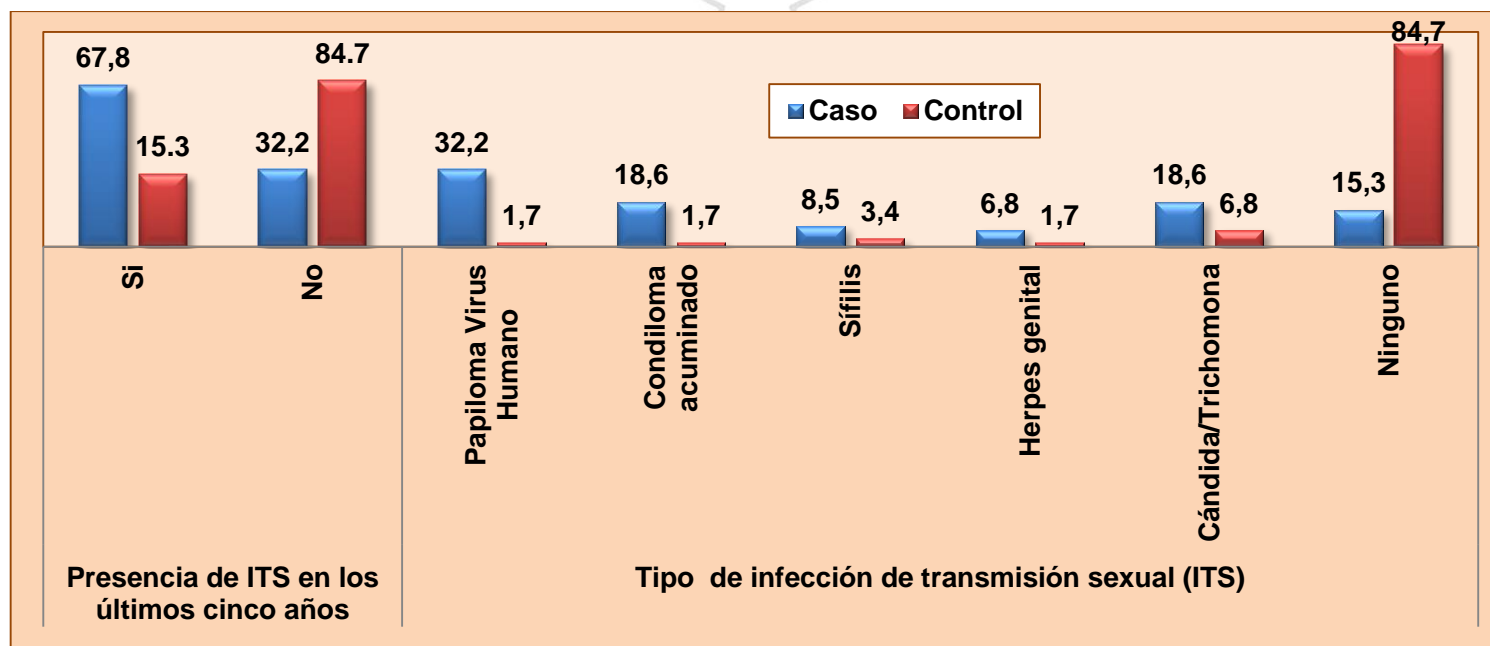
FACTORES	Caso N=59=100%		Control N=59=100%		TOTAL N=118=100%		chi ²			OR
	N°	%	N°	%	N°	%	α = 0.05	p	α = 0.05	IC
Presencia de ITS en los últimos cinco años										
Si	40	67.8	9	15.3	49	41.5	33.54	0.0000	11.70	4.78 – 28.64
No	19	32.2	50	84.7	69	58.5				
Tipo de ITS:										
Papiloma Virus Humano	19	32.2	1	1.7	20	16.9	19.51	0.0000	27.55	3.5436 - 214.1917
Condiloma acuminado	11	18.6	1	1.7	12	10.2	9.28	0.0023	13.2917	1.6563 - 106.6669
Sífilis	5	8.5	2	3.4	7	5.9	1.37	0.2424	2.6389	0.4911 - 14.1813
Herpes genital	4	6.8	1	1.7	5	4.2	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 - 38.9231
Cándida/Trichomona	11	18.6	4	6.8	15	12.7	3.74	0.530	3.151	0.9414 - 10.5468
Ninguno	9	15.3	50	84.7	59	50.0	56.98	0.0000	0.0324	0.0119 - 0.0884

Se observa en la tabla

- Con respecto a la **presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en los últimos cinco años**, en el grupo casos si lo presentaron (67.8%) mientras que para el grupo control no lo presentaron (50%). Al análisis estadístico se representa como factor significativo de riesgo [$\chi^2=33.54$ $p=0.0000$ OR 11.70 IC 4.78 – 28.64]
- En cuanto al **tipo de infección de transmisión sexual (ITS)**, el de mayor porcentaje encontrado fue el Papiloma Virus Humano [$\chi^2=19.51$ $p=0.0000$ OR 27.55 IC 3.5436 - 214.1917] seguido de Condiloma acuminado [18.6%, $\chi^2=9.28$ $p=0.0023$ OR 13.2917 IC 1.6563 - 106.6669] en el grupo casos, representando ambas situaciones factor significativo de riesgo; mientras que en el grupo controles fue no presentar ningún tipo de ITS [84.7%, $\chi^2=56.98$ $p=0.0000$ OR 0.0324 IC 0.0119 - 0.0884] constituyéndose como factor significativamente asociado a protección al riesgo.

FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
 Julio- Agosto, 2013

TABLA 2b
FACTORES SEXUALES, POR PRESENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEGÚN CASO CONTROL



**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**

**TABLA 3a
FACTORES REPRODUCTIVOS, POR ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS, SEGÚN CASO CONTROL**

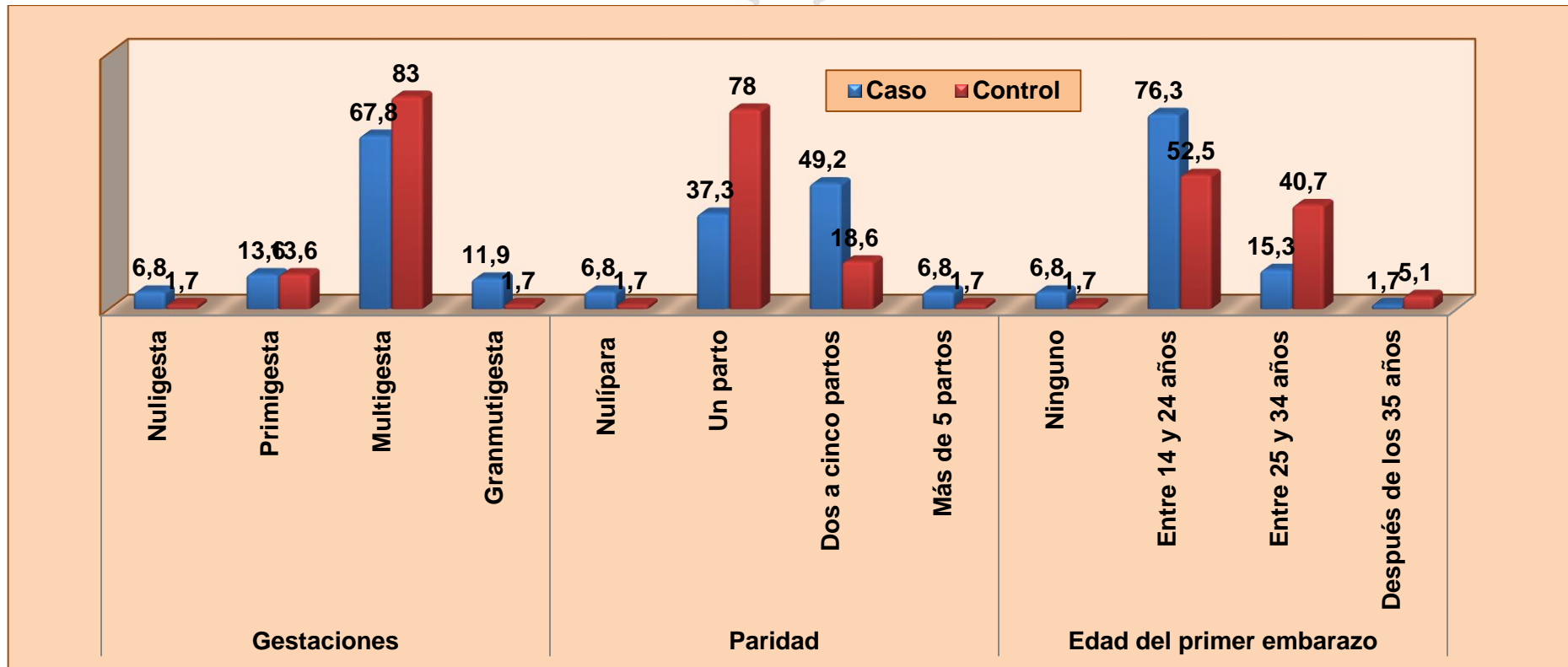
FACTORES	Caso N=59=100%		Control N=59=100%		TOTAL N=118=100%		chi ²			OR	
	N°	%	N°	%	N°	%	α = 0.05	p	α = 0.05	IC	
Gestaciones											
Nuligesta	4	6.8	1	1.7	5	4.2	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 - 38.9231	
Primigesta	8	13.6	8	13.6	16	13.6	0.00	1.0000	1	0.3485 - 2.8693	
Multigesta	40	67.8	49	83.0	89	75.5	3.70	0.0543	0.4296	0.1796 - 1.0277	
Granmutigesta	7	11.9	1	1.7	8	6.8	4.83	0.0280	7.8077	0.9292 - 65.6023	
Paridad											
Nulípara	4	6.8	1	1.7	5	4.2	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 - 38.9231	
Un parto	22	37.3	46	78.0	68	57.6	19.99	0.0000	0.168	0.0747 - 0.378	
Dos a cinco partos	29	49.2	11	18.6	40	33.9	10.81	0.0010	3.8347	1.683 - 8.7372	
Más de 5 partos	4	6.8	1	1.7	5	4.2	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 - 38.9231	
Edad del primer embarazo											
Ninguno	4	6.8	1	1.7	5	4.2	1.88	0.1704	4.2182	0.4571 - 38.9231	
Entre 14 y 24 años	45	76.3	31	52.5	76	64.4	7.25	0.0071	2.9032	1.3203 - 6.3839	
Entre 25 y 34 años	9	15.3	24	40.7	33	28.0	9.47	0.0021	0.2625	0.1089 - 0.6325	
Después de los 35 años	1	1.7	3	5.1	4	3.4	1.04	0.6110	0.3218	0.0325 - 3.1867	

Se observa en la tabla

- Con respecto a **gestaciones**, en mayor porcentaje, tanto en el grupo caso como en el grupo control fueron multigestas [67.8% y 83%, $\chi^2=3.70$ $p=0.0543$ OR 0.4296 IC 0.1796 - 1.0277] presentándose como factor no significativo de riesgo.
- En cuanto al **paridad**, el de mayor porcentaje encontrado en el grupo control fueron dos a cinco partos [39%, $\chi^2=10.81$ $p=0.0010$ OR 3.8347 IC 1.683 - 8.7372] presentándose como factor significativo de riesgo; mientras que para el grupo control fueron tener solo un parto [78%, $\chi^2=19.99$ $p=0.0200$ OR 0.168 IC 0.0747-0.378]; presentándose como factor significativo protector de riesgo
- Sobre la **edad del primer embarazo**, en ambos grupos se presentó entre los 14 y 24 años (76.3% vs 52.5%), lo que al análisis [$\chi^2=7.25$ $p=0.0071$ OR 2.9032 IC 1.3203 - 6.3839], presentándose como factor significativo de riesgo

FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
 Julio- Agosto, 2013

GRÁFICO 3a
 FACTORES REPRODUCTIVOS, POR ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS, SEGÚN CASO CONTROL



**FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Julio- Agosto, 2013**

**TABLA 3b
FACTORES REPRODUCTIVOS, POR USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, SEGÚN CASO CONTROL**

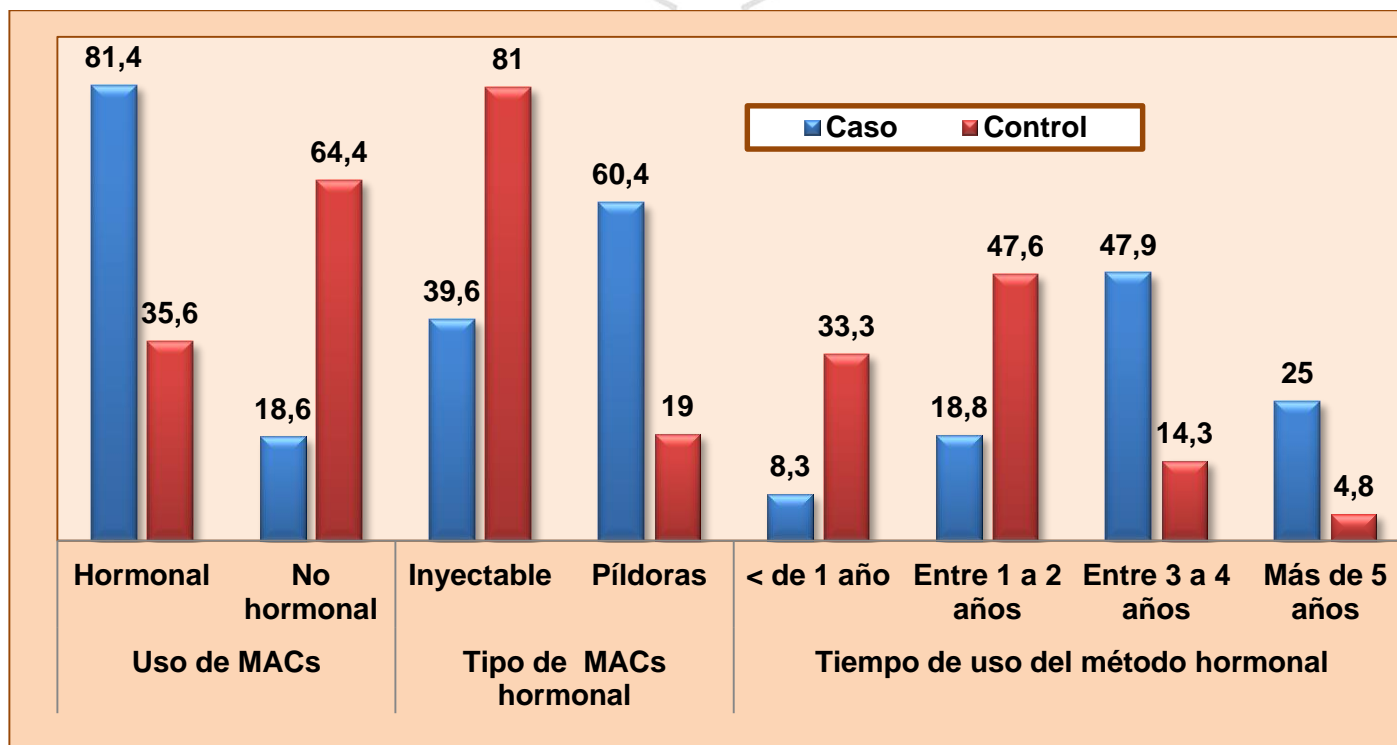
FACTORES	Caso N=59=100%		Control N=59=100%		TOTAL N=118=100%		chi ²			OR	
	N°	%	N°	%	N°	%	$\alpha = 0.05$	p	$\alpha = 0.05$	IC	
Uso de Método anticonceptivo: (en los seis meses últimos)											
Hormonal	48	81.4	21	35.6	69	58.5	25.44	0.0000	7.8961	3.3933 - 18.374	
No hormonal	11	18.6	38	64.4	49	41.5					
Tipo de método anticonceptivo hormonal:											
Inyectable	19	39.6	17	81.0	36	52.2	10.02	0.0015	0.1542	0.0449 - 0.5293	
Píldoras	29	60.4	4	19.0	33	47.8					
Tiempo de uso del método hormonal											
< de 1 año	4	8.3	7	33.3	11	15.9	0.90	0.3422	0.5403	0.1494 - 1.9543	
Entre 1 a 2 años	9	18.8	10	47.6	19	27.5	0.06	0.8022	0.882	0.33 - 2.357	
Entre 3 a 4 años	23	47.9	3	14.3	26	37.7	19.73	0.0000	11.9259	3.3361 - 42.6331	
Más de 5 años	12	25.0	1	4.8	13	18.8	10.46	0.0012	14.8085	1.8575 - 118.0589	

Se observa en la tabla

- Con respecto al **uso de método anticonceptivo en los seis últimos meses**, en mayor porcentaje, en el grupo control fueron hormonales (81.4%) mientras que para el grupo control fueron no hormonales (64.4%); presentándose como factor significativo de riesgo [$\chi^2=25.44$ $p=0.0000$ OR 7.8961 IC 3.3933 - 18.374].
- En cuanto al **tipo de método anticonceptivo hormonal**, el de mayor porcentaje encontrado, en el grupo control fueron las píldoras (60.4%), mientras que para el grupo control fueron los inyectables (81%). Al análisis, esta diferencia se presenta como factor significativo de protección al riesgo [$\chi^2=10.02$ $p=0.0015$ OR 0.1542 IC 0.0449 -0.5293].
- Sobre el **tiempo de uso del método hormonal**, el de mayor porcentaje encontrado, en el grupo control fueron entre 3 a 4 años [47.9% $\chi^2=19.73$ $p=0.0000$ OR 11.9259 IC 3.3361 - 42.6331], seguido de más de 5 años [25%%, $\chi^2=10.46$ $p=0.0012$ OR 14.8085 IC 1.8575 - 118.0589] representando ambas situaciones factor significativo de riesgo; mientras que para el grupo control fue entre 1 a 2 años [47.6%, $\chi^2=0.06$ $p=0.8022$ OR 0.882 IC 0.33 - 2.357] presentándose como factor significativo de protección al riesgo

FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A LESIONES EN EL CUELLO UTERINO, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
 Julio- Agosto, 2013

GRÁFICO 3b
 FACTORES REPRODUCTIVOS, POR USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, SEGÚN CASO CONTROL





CAPÍTULO III

VERITAS

DISCUSIÓN

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en el Perú, y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Lima después del cáncer de mama. Se calcula que 250,000 mujeres mueren cada año en todo el mundo por este cáncer, y el 80% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo.¹⁴

Según los datos de mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud indican una mortalidad estandarizada de cáncer cérvico uterino persistentemente alta en Nicaragua, El Salvador y Perú. La incidencia de cáncer cervical en Perú es de 40,4 por 100 mil mujeres y una tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres.⁶

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. ¹⁶ Factor de riesgo es aquel que aumenta sus probabilidades de padecer una enfermedad como el cáncer. Varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres *sin* estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen. Cuando una mujer tiene cáncer de cuello uterino o cambios precancerosos, puede que no sea posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.¹⁶

TABLA 1. FACTORES PERSONALES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO

El cáncer en el Perú es visto como una de las principales causas de muerte. Para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones (22.9%), solo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas.⁶

Edad.

En el estudio que presentamos, la **edad** que tuvo mayor presencia tanto para el grupo de casos (83.1%) como para el de controles (62.7%), fue el de 25 a menos de 35 años. Klug y colaboradores¹⁷ en su investigación muestran los resultados de la edad de aparición del cáncer de cérvix, donde se observa una alta prevalencia en las pacientes que se encontraban en edad reproductiva; de ellas el 43,6 % eran menores de 40 años, incluyendo 3 (0,9 %) con menos de 20 años, cifras semejantes a las encontradas en nuestra investigación. Yáñez Sotomayor¹⁸ en su estudio encontró que el 52.8% de mujeres con alteraciones del cuello uterino eran mayores de 50 años (41.6%) de edad (41.6%) seguida por el de 41 a 50 años (25.5%) y Ries et al¹⁹ informa que la edad promedio de diagnóstico encontrada en su estudio fue similar a la que se encuentra a nivel mundial (48 años) y está dentro del rango de 40 a 49 años, descrito en estudios en Latinoamérica a diferencia de nuestros hallazgos.

Antecedente Familiar.

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son

causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección.¹⁶

En cuanto al antecedente familiar de cáncer de cérvix, observamos que las usuarias del grupo casos 16 usuarias (27.1%) y 5 usuarias del grupo control (8.5%) respondieron positivamente lo que al análisis representó factor de riesgo asociado estadísticamente significativo.

Luna Campos²⁰ en cuanto al antecedente familiar de cáncer de cérvix de cada paciente que participó en su investigación observó que 15 pacientes que representan el 14.9% de la población tienen presente este factor de riesgo, cifra inferior a la nuestra. Para Soto Cáceres²³ considera que el antecedente en familiares en primer grado de algún tipo de cáncer de cuello uterino (OR=3,59) podría deberse a que las mujeres con ciertos detalles genéticos son menos capaces de combatir el VPH comparado con otras, siendo significativamente estadístico, coincidiendo con nuestros resultados.

Consumo de tabaco.

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado

subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.¹⁶

Al indagar sobre el *consumo de tabaco*, encontramos que la pregunta era si fumaba diariamente más de tres cigarrillo diarios, encontrando que 23 usuarias del grupo casos (39%) y 8 usuarias del grupo controles (13.6%) respondieron positivamente. Al análisis observamos que el consumo de tabaco representa factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Luna Campos²⁰ en su tesis informa en cuanto al consumo de tabaco actual en las pacientes que participaron que solamente el 3% de la población son tabaquistas y el resto que representa el 98 % de la muestra de la población no son tabaquistas. Lo que refleja que el tabaquismo como factor de riesgo no está presente en la mayoría de población estudiada. Igualmente Arenas, Henríquez y González²¹ informan no hubo diferencias significativas en el hábito tabáquico, siendo el promedio de quienes fuman el 46.7% ($p=196$). Resultado diferentes a los que presentamos.

También, Cabrera Arenas²² en su tesis en relación al tabaco obtuvo que el 50% de pacientes si consumen tabaco, mientras que el 50% no consumen tabaco. Resultado diferente al nuestro.

Intervalo entre las tomas de Papanicolaou (PAP)

En el año 1941 en el Perú, se introdujo el examen de Papanicolaou para estudiar las células del cuello uterino, ello permite detectar la presencia de

alteraciones celulares que preceden la aparición de cáncer invasor por lo menos de 8 a 10 años, y por lo tanto, si se realiza periódicamente, disminuirá las complicaciones asociadas al cáncer, como se ha demostrado en países desarrollados.¹⁴

La prueba de tamizaje más usada para la detección temprana del CaCu es la citología cervicouterina mediante el Papanicolaou. Está bien establecido que el tamizaje para el CaCu, junto con un adecuado tratamiento, pueden generar reducciones importantes en las tasas de mortalidad.³²

Todas las mujeres deben comenzar las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino a la edad de 21 años. Las mujeres entre los 21 y los 29 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada 3 años.¹⁶

En nuestro estudio, el grupo casos y el grupo control, se realizaba la prueba de PAP en diferente períodos: anualmente (20.3% vs 88.1%) lo cual al parecer aseguraba un seguimiento oportuno porque al análisis estadístico se verificó que son factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino. Lo que refleja que la mayoría de la población se encuentra dentro del tiempo recomendado de toma de citología contribuyendo así a hacer buen uso de este método de tamizaje. Sin embargo, el tomarse la muestra cada 2 años (74.6% vs 8.5%) y cada tres años (5.1% vs 3.4%), reveló ser factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

A partir de los 30 años, el método preferido de detección consiste en una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba de VPH cada 5 años. A esto se le llama *prueba conjunta* y debe continuar hasta los 65 años.¹⁶

Luna Campos²⁰ en cuanto al tiempo de toma entre citología de cada paciente que participó en la investigación, el grupo más numeroso fue de 0- 12 meses

(47.5%). También, Cabrera Arenas²² halló que un poco más del 20% de las mujeres del estudio no contaban con estudios de tamizaje al menos cada dos años, corroborando que en países en desarrollo como el nuestro la alta incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino es debido a la poca, y tardía, importancia que se le da a los programas de screening. Igualmente, Palma Flores²⁹ con respecto a la frecuencia de la Prueba de Papanicolaou, informa que más de la tercera parte de las usuarias entrevistadas (34,6%) se la realiza cada año. Todos los anteriores concuerdan con nuestros resultados en el tiempo de toma.

Lo que debemos mencionar es que existe una concentración en la toma de la citología, en la cual un número limitado de mujeres se toman el examen periódicamente, mientras otras no se lo realizan o no mantienen el esquema sugerido, lo que cobra importancia si se tiene en cuenta que la supervivencia se ve afectada por el estadio clínico al momento del diagnóstico.

Motivo de estudio:

En nuestro estudio, el principal motivo para que la usuaria se realizara la Prueba de Papanicolaou fue por control (50.8% vs 69.5%) es decir por solicitud médica, revelándose ser factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Resultados con cifras similares se obtuvo en un estudio realizado Palma Flores²⁹ quien con respecto en sus hallazgos revela que la toma de PAP fue por control (56,3%). Valenzuela Quispe²⁶ encontró en su estudio que las mujeres acudieron al centro de salud por motivo de control (55.9%): igualmente. Mientras que en el estudio nacional realizado por Bazán³³ se

obtuvo como principal motivo la iniciativa propia (53,2%), y el 39,8% se la hizo por solicitud médica. Resultados semejantes a nuestro estudio.

TABLA 2a. FACTORES SEXUALES, ATRIBUIDOS A SU SEXUALIDAD, SEGÚN CASO CONTROL

Menarquía:

La menstruación, período o regla es la pérdida de sangre por la vagina desde el útero, y representa el inicio del ciclo sexual femenino o ciclo menstrual, que es un ritmo de aproximadamente 28 días de duración y suele aparecer a partir de los 10-14 años de edad y dura hasta la menopausia.²⁴

En la investigación que presentamos el grupo casos en mayor porcentaje presentó la menarquía entre los 11 a 12 años (59.3%) al igual que el grupo control (50.8%). Si bien no existe un planteamiento coincidente en el cáncer cérvico uterino en correspondencia con la menarquía precoz o tardía, como sucede por ejemplo con el cáncer de mama, sí se plantea por algunos autores que han encontrado cierta correspondencia entre estas, como el de Castañeda Toledo quienes mostraron significación cuando la menarquía ocurrió antes de los 10 años o después de los 14 años.²⁶ Asimismo, Valenzuela Quispe²⁶ en su tesis, encontró que su grupo afectado (caso) 40.4% y su grupo no afectado (control) 42.8% iniciaron menarquía entre los 13 a 14 años de edad; edades un poco mayor a las encontradas en nuestro estudio. Cabrera Arenas²² obtuvo que el 62.96% presentaron menarquía media (primera menstruación entre los 11 y los 12 años; asimismo, Dávila y colaboradores²⁸ reportan en su estudio que la menarquía se presentó antes de los 12 años (31,2%) en su grupo de estudio coincidiendo con nuestros resultados.

Se considera pues, que esta correlación obedece a la elevada asociación que existe entre la menarquía y el inicio de las relaciones sexuales, pues la aparición de los ciclos menstruales muchas veces es interpretada sobre todo por las adolescentes como madurez biológica y, por ende, de inicio de la vida sexual activa.²⁵

Edad de la primera relación sexual

El cáncer de cuello uterino (junto al cáncer de mama) es una de las neoplasias más frecuentes en las mujeres y su transmisión se realiza mediante relaciones sexuales, por lo que aquellas mujeres que inician a edad temprana su vida sexual duplican el riesgo de contraer esta mortal enfermedad; la razón de este mayor riesgo sería que la infección a edad temprana con el VPH hace que este virus permanezca más tiempo en el organismo de la mujer dando lugar a una larga secuencia de eventos que son necesarios para que se desarrolle el cáncer de cuello uterino.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio revelaron que el iniciar a temprana edad (54.2%) es decir de 14 a 16 años se presenta como factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino lo que demuestra que la mayoría de mujeres no retrasa el inicio de sus relaciones sexuales, comprobando la relación entre el cáncer cervical y el inicio de las relaciones sexuales durante la adolescencia y se ha sugerido que el cuello uterino de la adolescente es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito. De igual manera se encontró que las edades comprendidas entre los 25 a más de 30 años (1.7% vs 16.9%) se constituye en factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino

En el estudio de Dávila y colaboradores²⁷ cerca de la mitad de los casos fueron el inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años (54,5 %) a semejanza de nuestros resultados. Igualmente en la investigación de Yáñez Sotomayor¹⁸ un 67.8% han iniciado su actividad sexual antes de los 18 años. También, Luna Campos²⁰ en cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes que participaron en su investigación pudo observar que a la edad de los 17 años se da la mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales siendo este el grupo más numeroso que representa el 17.8% de su muestra. Arenas, Henríquez y González²¹ refiere de su estudio que el inicio de las relaciones sexuales para las pacientes menores de 35 años fue de $14,6 \pm 4,3$ años ($P=0,030$), cifras también semejantes y de significancia que el nuestro. Cabrera Arenas²² con respecto al inicio de las relaciones sexuales obtuvo que el 62.96% presentaron un inicio de relaciones sexuales medio, es decir, entre los 18 y los 20 años según HC, el 18.52% presentaron su inicio de relaciones sexuales precoz, y el 18.52% presentaron su inicio de relaciones sexuales tardía, a diferencia de nuestros hallazgos. Asimismo, en el estudio de Berrington de González²⁸ se encontró que la mayoría tiene una edad de inicio sexual entre 18 y 20 años (62,96%) aumentando su riesgo de cáncer a 1.5 veces con respecto a las que inician después de los 20 años, mientras que el 18,52% las inició antes de los 18 años aumentando su riesgo a 2 veces.

Número de parejas

Según la Asociación Americana de Cáncer¹⁶ entre los factores del riesgo del cáncer de cuello uterino se encuentra el número de parejas sexuales: entre más parejas, existe mayor riesgo.

En nuestro estudio observamos que el tener una sola pareja (69.5% vs 93.2%) se presenta como factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino lo cual significaría que tener dos o más parejas, probablemente representaría factor de riesgo.

En razón que reportaron una sola pareja a semejanza que en nuestro estudio, Yáñez Sotomayor¹⁸ en reportó que el 16.1% tuvieron una sola pareja sexual, cifra inferior a la nuestra. Palma Flores²⁹ refiere que en su población de estudio más del 40% ha tenido solo un compañero sexual. Igualmente en la investigación realizada por Huamaní¹ también obtuvo el mismo promedio. Por el contrario de nuestro estudio, para Luna Campos²⁰ en cuanto al número de parejas sexuales de cada paciente que participó en la investigación observo que tuvieron de 2 a 3 parejas sexuales, que representan el 83.2 % de la muestra. De la misma manera, para Arenas Aponte²¹ no hubo diferencias significativas en el número de parejas sexuales, siendo en promedio 3 y la mediana 1 a 5 parejas sexuales ($p=0.720$), totalmente diferente a nuestro resultado. También, Cabrera Arenas²³ refiere que de la ficha aplicada obtuvo que el 94.44% presentaron menos de 5 parejas sexuales.

TABLA 2b. FACTORES SEXUALES, POR PRESENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEGÚN CASO CONTROL

Prevenir el adquirir enfermedades de transmisión sexual se incluye con gran frecuencia a aquellas potencialmente mortales como es el caso del cáncer del cuello uterino, la segunda causa más común de muerte en la población femenina.

Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los últimos cinco años

En nuestros hallazgos informamos que el grupo control había tenido ITS (67.8%) en relación al grupo control (30.5%), constituyéndose esta situación en factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Palma Flores³⁰ refiere que el 26,1% de su población estudiada ha sido diagnosticada de una Infección de Transmisión Sexual (ITS); mientras que en otra investigación nacional, realizada por Huamaní¹ obtuvo que solo el 5,0% le han diagnosticada una ITS. Resultados semejantes y diferentes – respectivamente- a nuestros hallazgos.

Tipo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Al revisar el tipo de ITS, se encontró que el Papiloma Virus Humano fue el de mayor frecuencia (32.2%) en el grupo control que en el grupo casos (1.7%), constituyéndose en factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino. Igualmente, la presencia del Condiloma acuminado (18.6% vs 1.7%) representó factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino. Como se sabe este virus es el mayor responsable del cáncer de cérvix y se transmite casi exclusivamente por contacto sexual. La frecuencia tan alta de antecedente de infección por VPH en el grupo casos se puede explicar por el hallazgo simultáneo de lesiones asociadas al virus al momento del diagnóstico en la gran mayoría de las pacientes. En cambio, el no presentar ninguna ITS (15.3% vs 84.7%) representó factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino.

Márquez Calderón³⁰ refiere que en múltiples publicaciones se ha visto la directa relación que existe entre la infección por VPH y la presencia de cáncer

cervicouterino, llegando a establecerse como agente etiológico necesario pero no suficiente, para este cáncer. Para Berrington de González²⁸ los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino que presentaron la frecuencia más elevada en su estudio fueron el antecedente de infección por el VPH (64,81%). Ambos autores coinciden con nuestro resultado.

TABLA 3a. FACTORES REPRODUCTIVOS, POR ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS, SEGÚN CASO CONTROL

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.¹⁶

Gestaciones

En nuestros resultados se encontró que el ser multigesta (67.8% y 83%), representa factor no significativo de riesgo al cáncer de cuello uterino; mientras que el ser gran multigesta (11.9% vs 1.7%) representó factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Arenas Aponte²¹ de su estudio, refiere no hubo diferencias significativas en el número de gestaciones, en promedio 3 siendo la mediana de 2 a 8, es decir multigestas y gran multigestas ($p=0.136$) mostrándolas como factor de riesgo. Resultados que coinciden con nuestra investigación.

Paridad

En la revisión de los partos que las pacientes han tenido, se encontró que un parto significó (37.3% vs 78%), representa factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino. Mientras que tener de dos a cinco partos (49.25 vs 18.6%), representa factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Luna Campos²⁰ en cuanto al número de partos encontró que el grupo casos más numeroso en un total de 20 pacientes con lesiones en el cuello uterino han tenido cuatro partos que representan el 19.8% de la muestra. Este resultado es menor al encontrado en nuestra investigación; Tapia y colaboradores³¹ en estudio realizado en México encontró una media significativa en su casos de 3,67 partos, llamando la atención la tendencia lineal de riesgo estimado de padecer un CCU a partir del primer parto vaginal, de tal manera que las mujeres con siete partos o más, tienen un riesgo estimado de 3,24 veces (IC 95 % 2,20-4,76). Yáñez¹⁸ en relación a la paridad de las mujeres que presentaron lesiones, tan solo una de ellas (0.7%) 1 a 3 hijos (34.9%) era nulípara y el 64.4% tenían 4 hijos o más estos resultados son diferentes a la investigación.

Edad del primer embarazo

Según la American Cancer Society¹⁶ las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

En nuestro estudio, en ambos grupos de estudio en mayor porcentaje (76.3% vs 52.5%) tuvieron su primer hijo entre los 14 y 24 años, es decir siendo jóvenes; lo cual representó ser factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino. Asimismo, logramos observar que la edad entre 25 y 34 años (15.3% vs 40.7%) constituye factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino.

Arenas Aponte²¹ de su estudio, informa que la edad del primer embarazo fue a los 18 años en el grupo de mujeres casos, presentando una mediana entre los 14 a 25 años, siendo significativo este resultado ($p=0,036$). Coinciden con nuestros resultados, e igualmente, Dávila, García y Álvarez Castillo²⁷ informó de su estudio que la edad el primer parto en su grupo de estudio fue antes de los 20 años (50 %).

TABLA 3b. FACTORES REPRODUCTIVOS, POR USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, SEGÚN CASO CONTROL

Uso de Método anticonceptivo: *(en los seis meses últimos)*

Existe evidencia de que el uso de métodos anticonceptivos hormonales por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta

mientras más tiempo una mujer los use, pero el riesgo se reduce nuevamente después de haberlos suspendido.¹⁶

Se indagó sobre esta posibilidad encontrando que el grupo casos el 81.4% usaba métodos hormonales vs el grupo control (35.6%). Al análisis estadístico representó ser factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Al respecto, Yáñez¹⁸ informa que el uso de anticonceptivos estuvo presente en el 38.7% (n= 57) de las mujeres estudiadas, cifra inferior a la encontrada en este estudio.

Tipo de método anticonceptivo hormonal

En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su obstetra deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales.¹⁶

El tipo de anticonceptivo de mayor uso para el grupo casos fue las píldoras (60.4%), sin embargo para el grupo control lo fueron los inyectables (81%); lo que representó que el uso de los inyectables es factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino.

Entre las preferencias, por edades, en el estudio de Yáñez¹⁸ los inyectables son los preferidos entre las mujeres más jóvenes, en aquellas sin hijos o sólo un hijo vivo y en las que tienen estudios secundarios. La inyección y las píldoras son los métodos preferidos por las mujeres de 15 a 24 años.

Luna Campos²⁰ en cuanto al uso de anticonceptivos orales encontraron 40.6% de la muestra que hace uso de ACO y 59.4% de la muestra que no usan este tipo de método, cifras menores a las nuestras. Arenas Aponte²² en su muestra de casos, refiere no hubo diferencias significativas en el uso de anticonceptivos orales, siendo el promedio de quienes lo usan el 46.7% (p=715). Hallazgo diferente al que presentamos.

Tiempo de uso del método hormonal

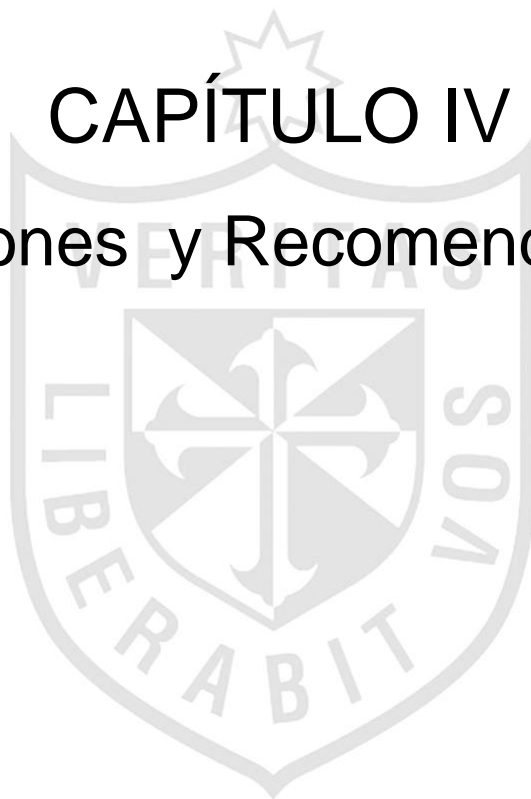
Con respecto a esta pesquisa, encontramos que el uso del método hormonal entre 3 a 4 años (47% vs 14.3%) y más de 5 años (25% vs 4.8%), significó que son factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino.

Dávila, García y Álvarez Castillo²⁷ informaron de su estudio que el uso de anticonceptivos hormonales fue por más de 5 años (27,9 %) entre las mujeres de su muestra en investigación. Luna Campos²⁰ en cuanto al tiempo de exposición de anticonceptivos en pacientes que participaron en la investigación encontró que el 21.8% de la muestra los usaron por un tiempo menor de 5 años, otro porcentaje de la población que lo usó por más de 5 años fue el 18% de la muestra de la población. Estos resultados son similares a los nuestros.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas.¹⁵

CAPÍTULO IV

Conclusiones y Recomendaciones



4.1 CONCLUSIONES

- 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.

4.2. RECOMENDACIONES

A las y los obstetras del Hospital, se les sugiere

- Desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer cervicouterino, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del Hospital María Auxiliadora; encaminadas a obtener una conducta preventiva entre las usuarias sobre aquellos factores de riesgo modificables.
- Es importante fortalecer el rol de las/los obstetras en la detección de lesiones del cuello uterino, y en implementar estrategias de captación de mujeres que presenten factores de riesgo.
- Realizar mayor investigación acerca de los conocimientos, actitudes, creencias y otras barreras para detección del cáncer de cuello uterino que permitan intervenciones acordes a las necesidades particulares de las mujeres que se atienden en la Institución.



CAPÍTULO V
Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huamaní Ch., Hurtado A., Guardia M. *et al.* Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2008. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública, ene. /mar. 2008, vol.25, no.1, p.44-50.
2. Pérez M. [Texto]. Ginecología Oncológica Pelviana. Primera Parte. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
3. Llanes A., Torres I., Barrientos C., Lin D. El cáncer cervico uterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. Enemigo de la salud de la mujer. Revista Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, No. 3 Cáncer Cérvico-Uterino. Mayo-Ag. 2011; 22 31
4. Boyle P, Levin B. [Internet] World Cancer Report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; [citado 10 diciembre 2013]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/epidemiologia/v14_n1/pdf/a06v14_n1.pdf
5. World Health Organization. World Health Statistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2008 [citado 10 diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
6. Organización Panamericana de la Salud. Gen Salud. Cáncer Cervicouterino. [Internet] 2009. [Consulta 01 de noviembre de 2013] Disponible en: www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Cervical/cancersp.PDF

7. Introducción de la vacuna VPH en EsSalud. [Internet] Vacunas contra el cáncer de cuello uterino [Consultado el 22 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/contenido.php?id=117>
8. Valderrama. M., Campos F., Cárcamo C. et al. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. Rev. Perú. med. exp. salud pública. jul./set 2008, vol.24, no.3; 3-5
9. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa O, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. Vaccine. 2008;26; 37-48
10. Saona P. [En línea] Cáncer de cérvix y papiloma virus humano (PVH) [Consultado el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=79>
11. Gutiérrez C, Alarcón E. El nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. an. fac. med., dic. 2008, vol.69,no.4, p.239-243
12. Dirección General de Epidemiología. [En línea] Análisis de la situación de salud del Perú 2008. [Consultado el 05 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/asis_indbas.php
13. Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello

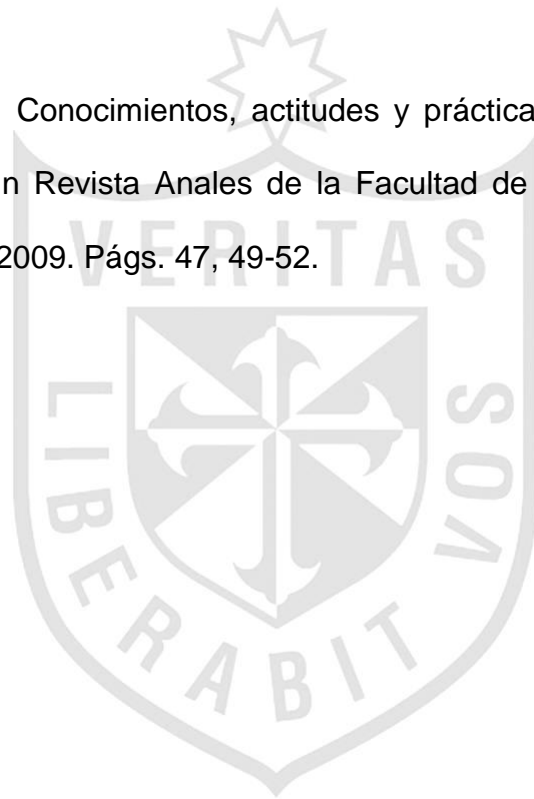
uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. Biomédica. 2009 Sep; 29(3): 354-361.

14. Saona P. [En línea] Cáncer de cérvix y papiloma virus humano (PVH) [Consultado el 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=79>
15. Merlos G. [Texto] Tratado de Ginecología editorial panamericano México VI edición 2006; pag. 57-69.
16. American Cancer Society [En línea] Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. [Consultado el 18 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-causes-risk-factors>
17. Klug SJ, Hukelmanm M, Hollwitz B, Düzenli N, Schopp B, Petry KU, et al. Prevalence of human papillomavirus types in women. 2011; s/n
18. Torres M. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Santa Rosa – Ecuador, 2012; 28 - 44
19. Arenas R., Henríquez D., González M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. En: Rev Obstet Ginecol Venez v.71 n.4 Caracas dic. 2011; 46 - 68

20. Luna M. [Tesis para optar al grado de Maestra en Salud Pública] Factores de riesgo asociados al padecimiento de cáncer de cérvix en usuarias de la Unidad de Salud de Ilobasco, del Departamento de Cabañas, de Mayo a Junio de 2010. Universidad Centroamericana — José Simeón Cañasll. Antigua Cuscatlán, El Salvador, C.A. Octubre de 2010; 68 - 74
21. Arenas R., Henríquez D., González M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. Rev Obstet Ginecol Venez 2011 Dic; 71(4): 252-264.
22. Cabrera J. [Tesis: para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima – Perú, 2012; 66-71
23. Cáceres V., Neciosup E., Ascurra C. Factores de riesgo de neoplasias prioritarias en una red asistencial de la seguridad social. Red Asistencial Lambayeque. Lambayeque en el 2008.
24. Sepúlveda P., González F., Napolitano C., Roncone E., Cavada G. Cáncer de cuello uterino: sobrevivida a 3 y 5 años en Hospital San José. volumen73 nº 3 Santiago 2008 pág.: 151-154
25. Castañeda M., Toledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en mujeres de Zacateca. Salud Pública Mex. 2008;40:330-8

26. Valenzuela M. [Tesis USMP, para obtener título de Licenciada en Obstetricia] antecedentes de las mujeres en edad fértil con lesiones y/o cáncer de cuello uterino, según prueba de Papanicolaou Centro de Salud Perú-Korea Páchacutec –Ventanilla Año 2009-2010, Lima –Perú, 2011; 41 - 48
27. Dávila H., García A., Álvarez F. Cáncer de cuello uterino. Hospital General Docente "Héroes de Baire"... Artículo de Ginecología y Salud Reproductiva , Isla de la Juventud, Cuba -2009
28. Berrington de González A, Green J, International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. Int J Cancer 2009; 120:885.
29. Palma J. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. “Prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de Obstetricia. Lima-Perú, 2011;57-59.
30. Márquez S. Vacuna contra el virus del papiloma humano: reflexiones acerca del proceso de difusión, la evidencia científica y las incertidumbres. Enferm Clin. 2008; 18:55-58.

31. Tapia R, Sandoval R, García A, Durán A, Morales O. Cáncer cérvico uterino: Factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero. Rev. Inst. Nal Cancerol Mex. 2008; 44(1):19-27.
32. Gamboa O, Chicaíza L, García M, Díaz J, González M, Murillo R, et al. Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV DNA testing for cervical cancer screening in Colombia. Salud Pública Mex. 2008; 50(4): 276-285.
33. Bazán F., y col. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. En Revista Anales de la Facultad de Medicina. Lima-Perú. Vol. 68 (1). Año 2009. Págs. 47, 49-52.





**FACTORES ASOCIADOS A LESIONES Y/O CANCER DE CUELLO UTERINO,
SEGÚN PRUEBA DE PAPA NICOLAOU**

FICHA DE DATOS.....N°.....

DATOS DE LA PACIENTE:

- Con lesiones y/o cáncer cervical (casos) Sin lesiones ni cáncer cervical (controles)

Edad

- Jóvenes (15 a < de 25 años) Mayores (25 a < de 35 años)

FACTORES

 **Factores personales**

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino

- Si
 No

Consumo de tabaco

- Si
 No

 **Factores sexuales**

Menarquía:

- 9 a 10 años
 11 a 12 años
 13 a 14 años
 15 a 16 años

Inicio de relaciones sexuales:

- 14 - 16 años
 17 - 19 años
 20 - 24 años
 25 - 29 años
 30 a más años

Número de parejas sexuales:

- Única
 2 a mas parejas

Presencia de ITS en los últimos cinco años

- Si
 No

Tipo de ITS:

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Papiloma Virus Humano | <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Candidiasis/Trichomona |
| <input type="checkbox"/> Condiloma acuminado | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | <input type="checkbox"/> SIDA | |
| | <input type="checkbox"/> Trichomonas | |



Factores Reproductivos

Gestaciones

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nuligesta | <input type="checkbox"/> Multigesta |
| <input type="checkbox"/> Primigesta | <input type="checkbox"/> Granmutigesta |

Paridad

- Nulípara
- Un parto
- Dos a cinco partos
- Más de 5 partos

Edad del primer embarazo

- Ninguno
- Entre 14 y 24 años
- Entre 25 y 34 años
- Después de los 35 años

Uso de Método anticonceptivo: (en los seis meses últimos)

- Hormonal
- No Hormonal
-

Tipo de método anticonceptivo hormonal:

- Inyectable
- Píldoras

Tiempo de uso del método hormonal

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> Entre 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 a 2 años | <input type="checkbox"/> Más de 5 años |



Factores Conductuales (Toma del PAP)

Intervalo entre las tomas del PAP

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Cada 3 años |
| <input type="checkbox"/> Cada 2 años | |

Motivo de estudio:

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Detección (iniciativa propia) | <input type="checkbox"/> Control (solicitud medica) |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|



Datos de importancia en la toma de PAP

- Inflamación: (L) (M) (S)
- Ninguno
- Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS)
- LEI de bajo grado: displasia leve(NIC I)
- LEI de alto grado: displasia moderada (NIC II)
- Adenocarcinoma