

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER
CERVICO UTERINO Y CITOLOGÍA CERVICAL UTERINA
ALTERADA (PAP - IVA), EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II - 2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016”**

Para Obtener el Título Profesional de:

OBSTETRA

Investigadoras:

Bach. en Obst. Silvia Magaly Altmamirano Valle

Bach. en Obst. Sara Nuvith García Ruiz

ASESOR(A):

OBSTA. MG. LEOCADIA SALAS PILLACA

Tarapoto - Perú

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

**“PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER
CERVICO UTERINO Y CITOLOGÍA CERVICAL UTERINA
ALTERADA (PAP – IVAA), EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016”**

Para obtener el Título Profesional de:

OBSTETRA

Investigadoras:

Bach. en Obst. Silvia Magaly Altmamirano Valle

Bach. en Obst. Sara Nuvith García Ruiz

ASESOR(A):

OBSTA. MG. LEOCADIA SALAS PILLACA

Tarapoto - Perú

2017



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).
Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

CONSTANCIA

La que suscribe el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado "PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER CERVICO UTERINO Y CITOLOGÍA CERVICAL UTERINA ALTERADA (PAP – IVAA), EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016", elaborado por las Bachilleres en obstetricia SILVIA MAGALY ALTAMIRANO VALLE y SARA NUVITH GARCIA RUIZ. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 25 de Octubre del 2017



Obsta. Dra. LEOCADA SALAS PILLACA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

"PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER CERVICO
UTERINO Y CITOLOGÍA CERVICAL UTERINA ALTERADA (PAP –
IVAA), EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016"

JURADO CALIFICADOR:

OBSTA. MG. CONSUELO DAVILA TORRES
PRESIDENTE

OBSTA. DR. JOSE MANUEL DELGADO
BARDALES
MIEMBRO

OBSTA. MG. LLOY AMERICO VARGAS
DAZZA
MIEMBRO

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

| | |
|--|----------------------------|
| Apellidos y nombres: <u>García Ruiz Sara Nuñez</u> | |
| Código de alumno : <u>104216</u> | Teléfono: <u>956040661</u> |
| Correo electrónico : <u>Sara_nuv_garcia@hotmail.com</u> DNI: <u>47538315</u> | |

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

| |
|--|
| Facultad de: <u>Ciencias de la Salud</u> |
| Escuela Académico Profesional de: <u>Obstetricia</u> |

3. Tipo de trabajo de investigación

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tesis | <input checked="" type="checkbox"/> | Trabajo de investigación | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo de suficiencia profesional | <input type="checkbox"/> | | |

4. Datos del Trabajo de investigación

| |
|---|
| Título: <u>Principales Factores de Riesgo para el Cáncer Cervicco uterino y Citología cervical uterina alterada (PAP-IVAA), en mujeres atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, Agosto - Diciembre 2016"</u> |
| Año de publicación: <u>2017</u> |

5. Tipo de Acceso al documento

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
| Acceso público * | <input checked="" type="checkbox"/> | Embargo | <input type="checkbox"/> |
| Acceso restringido ** | <input type="checkbox"/> | | |

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

| |
|--|
| |
| |
| |

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma del Autor

8. Para ser llenado por la Biblioteca central o especializada

Fecha de recepción del documento por el Sistema de Bibliotecas:

17 / 11 / 2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL



Prof. Alicia Mercedes Grández Chávez
JEFE DE LA UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL

Firma de Unidad de Biblioteca

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

| | |
|---|---------------------|
| Apellidos y nombres: Altamirano Valle Silvia Magaly | |
| Código de alumno : 104138 | Teléfono: 927654838 |
| Correo electrónico : silvia30av@gmail.com | DNI: 44355350 |

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

| |
|---|
| Facultad de: Ciencias de la Salud |
| Escuela Académico Profesional de: Obstetricia |

3. Tipo de trabajo de investigación

| | | | |
|------------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Tesis | (X) | Trabajo de investigación | () |
| Trabajo de suficiencia profesional | () | | |

4. Datos del Trabajo de investigación

| |
|--|
| Título : "Principales Factores de riesgo para el cáncer cervicouterino y citología cervical uterina alterada (PAP-IVAA), en mujeres atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, Agosto-Diciembre 2016" |
| Año de publicación: 2013 |

5. Tipo de Acceso al documento

| | | | |
|-----------------------|-----|---------|-----|
| Acceso público * | (X) | Embargo | () |
| Acceso restringido ** | () | | |

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

| |
|--|
| |
| |
| |

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


Firma del Autor

8. Para ser llenado por la Biblioteca central o especializada

Fecha de recepción del documento por el Sistema de Bibliotecas:

19 / 11 / 2017

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL


Prof. Alicia Mercedes Grández Chávez
JEFE DE LA UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL

Firma de Unidad de Biblioteca

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios por darme salud, bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por su apoyo incondicional quienes depositaron su confianza en mi persona, y así cumplir mis metas.

Con amor a mi hermano y mi esposo que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional y por su paciencia en este periodo de estudio.

Y a los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud agradecerles por que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

SILVIA MAGALY

Dedicatoria

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

SARA NUVITH

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto por habernos dado la posibilidad de formarnos profesionalmente.

A nuestra asesora la Obsta. Mg. Leocadia Salas Pillaca por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal y usuarias especialmente del Servicio de Obstetricia y Estadística del Hospital II-2 Tarapoto, que contribuyeron en la obtención de los datos de investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Las autoras

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------|
| Dedicatoria..... | ix |
| Agradecimiento..... | xi |
| Índice de Contenido..... | xii |
| Índice de Tablas..... | xiii |
| Índice de Gráficos..... | xiv |
| Resumen..... | xv |
| Abstract | xvi |
| Título | 01 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 01 |
| 1.1 Marco Conceptual..... | 01 |
| 1.2 Antecedentes..... | 08 |
| 1.3 Bases Teóricas..... | 16 |
| 1.4 Justificación..... | 24 |
| 1.5 Problema | 26 |
| II. OBJETIVOS..... | 26 |
| 2.1 Objetivo General..... | 26 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 26 |
| 2.3. Hipótesis de Investigación..... | 27 |
| 2.4. Operacionalización de variables | 27 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 29 |
| IV. RESULTADOS..... | 34 |
| V. DISCUSIÓN..... | 41 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 48 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 49 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 50 |
| IX. ANEXOS..... | 56 |

INDICE DE TABLAS

| Tabla N° | Título | Pág. |
|-----------------|---|-------------|
| 01 | Principales factores sociodemográficos en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto agosto – diciembre 2016 | 44 |
| 02 | Principales factores gineco-obstétricos para cáncer cervico uterino en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto agosto – diciembre 2016 | 46 |
| 03 | Niveles de influencia de los factores gineco-obstétricos para cáncer cervico uterino en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016. | 47 |
| 04 | Niveles de citología cervical uterina alterada según clasificación de Bethesda, en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto agosto – diciembre 2016 | 48 |
| 05 | Relación entre los principales factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016 | 48 |

INDICE DE GRAFICOS

| Gráfico N° | Título | Pág. |
|-------------------|--|-------------|
| 01 | Zona De Aceptación Probabilística – Chí Cuadrado | 50 |

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016”, estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional, la población fue 50 mujeres en edad fértil con citología cervical uterina alterada. La técnica fue la revisión documentaria y como instrumento ficha de recolección de datos.

Los resultados, Los factores sociodemográficas de las mujeres con citología cervical uterina alterada fueron: 56% de 50 a 65 años, 44% con educación secundaria, 54% estado civil convivientes, 54% religión católica, 36% procedencia zona urbana y el 8% son fumadoras. Los factores gineco-obstétricos de fueron: 76% tuvieron la menarquia después de los 11 años; el 56% inicio sus relaciones sexuales después de los 15 años; el 78% uso anticonceptivo y el 74% tuvieron Infección de Transmisión sexual. Según niveles de influencia 16% influencia “Bajo”, el 56% influencia “Moderado” y el 28% nivel “Alto” de influencia. Según niveles de citología cervical las mujeres presentaron: 36% “Displasia leve”, 44% “Displasia moderada”, 16% “Displasia severa” y 4% “Carcinoma in Situ”.

En conclusión, existe relación significativa entre los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino y la citología cervical uterina alterada, Chi Cuadrado de Pearson es: (32.873), mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9.488), lo que indica que las variables son dependientes y hay influencia entre ellas.

Palabras claves: Factores de riesgo, Cáncer cervical, citología alterada.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between irrigation factors for uterine cervical cancer and altered uterine cervical cytology in women treated at Hospital II - 2 Tarapoto, August - December 2016, a quantitative, descriptive, cross - sectional, correlational study, the population was 50 women of childbearing age with altered uterine cervical cytology. The technique was the documentary review and as an instrument data collection tab.

The sociodemographic factors of women with altered uterine cervical cytology were: 56% aged 50-65 years, 44% with secondary education, 54% civil status cohabiting, 54% catholic religion, 36% provenance urban area and 8% Are smokers. The gynecological-obstetric factors were: 76% had menarche after 11 years; 56% started their sexual relations after 15 years; 78% used contraception and 74% had Sexually Transmitted Infection. According to influence levels 16% influence "Low", 56% influence "Moderate" and 28% "High" influence level. According to cervical cytology, the women presented: 36% "Mild dysplasia", 44% "Moderate dysplasia", 16% "Severe dysplasia" and 4% "Carcinoma in Situ".

In conclusion, there is a significant relationship between irrigation factors for uterine cervical cancer and altered uterine cervical cytology, Chi Square of Pearson is: (32,873), greater than tabular Chi with 4 degrees of freedom (9,488), indicating that Variables are dependent and there is influence between them.

Key words: Risk factors, Cervical cancer, altered cytology

TITULO:

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER CERVICO UTERINO Y CITOLOGÍA CERVICAL UTERINA ALTERADA (PAP – IVA), EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016.

I. INTRODUCCION:**1.1. Marco Conceptual:**

En todo el mundo, el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en mujeres, después del cáncer de mama. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer de cuello uterino. Cada año se diagnostican más de 1,350 casos nuevos por día. Mientras que el cáncer de mama afecta más a los países del primer mundo, el cáncer de cuello uterino lo hace con los tercermundistas por su pobreza al no contar con los implementos necesarios para tratar este mal. En el año 2005, fue responsable de más de 250 000 muertes, cerca del 80% de las cuales ocurrieron en países en desarrollo. Si no se toman las medidas urgentes, se prevé que las defunciones a causa del Cáncer Cérvico Uterino aumentarán casi un 25% en los próximos 10 años (1).

En América, la mayor tasa de incidencia de cáncer cervicouterino se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; mientras que en la comunidad latina de Columbia (EE.UU.) son similares a las de Cuba, Canadá y Puerto Rico (2).

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud reporta que cada año 86,532 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical y 38,436 mueren de esa enfermedad. El cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres en América, y el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años de edad. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en los países de la región de América (3).

Se estima que anualmente en el mundo se diagnostican alrededor de 500.000 casos de cáncer cervicouterino invasor, representando un 12% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres, de los cuales casi la mitad resultan mortales. La Organización Panamericana de la Salud indica una mortalidad estandarizada de cáncer cervicouterino 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 (4, 5).

El cáncer de cuello uterino continúa siendo la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina del Perú y demás países subdesarrollados, a pesar de ser una enfermedad de evolución lenta y el órgano afectado fácilmente accesible al examen. En nuestro país se encuentra una incidencia mucho más elevada que en los países desarrollados, donde no tiene la magnitud del problema de salud pública (6).

En el año 2005, el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas en el Perú, 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años. El cáncer en el Perú es 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 (7).

En el Perú, los registros de cáncer en las ciudades de Lima y Trujillo han coincidido en reportar incidencias de cáncer de cuello uterino que corresponden a algunas de las más altas del mundo. En base a esos buenos registros la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer ha estimado que el número de casos esperados de cáncer de cuello uterino en la población femenina del Perú en el año 2000 fue de 4101 (Tasa incidencia x 100,000: 31.7), y que este número se incrementará a 4738 en el año 2005 (Tasa incidencia x 100,000: 34.1) (8).

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas muestra que desde el año 2000 al 2004, el número de casos nuevos de cáncer de cuello de útero atendidos en esta institución ha variado poco de 1320 en el 2000 a 1380 en el 2004. Por lo tanto en el Perú, la neoplasia diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnóstica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza (9, 10).

Esta enfermedad en sus inicios no presenta síntomas, sino que avanza sigilosamente sin que, quien la padece pueda darse cuenta. Cuando la enfermedad está avanzada, recién empiezan a aparecer los síntomas. La historia natural de las lesiones intra epiteliales del cuello uterino ha mostrado que éstas tienen el potencial de progresar a lesión invasiva si no son tratadas. Hay suficiente evidencia que relaciona el DNA del virus del papiloma humano (VPH) de los tipos oncogénicos con proliferación celular no regulada, la que, ligada a otros co-factores, aumenta el riesgo de progresión a enfermedad pre-neoplásica y neoplásica, situación que está fuertemente relacionada a patrones de comportamiento sexual, características que confieren a estas mujeres un riesgo mayor de contraer la infección y desarrollar la neoplasia, exigiendo una estrategia de tamizaje más rigurosa que permita detectar oportunamente el problema (11).

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, el hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer. Pero tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que usted padecerá la enfermedad. Varios factores de riesgo como la conducta sexual y capacidad reproductiva aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad (11).

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. 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 (11).

Las mujeres en general, corren riesgo de adquirir este mal, sin embargo se presentan con más frecuencia en: mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad (menores de 20 años), mujeres con múltiples compañeros sexuales y mujeres mayores de 45 años de edad. Ante esta situación debe realizarse el examen de Papanicolaou una vez al año si el resultado es normal; si llegase a presentar alguna anomalía, el especialista indicará cuándo debe volver a hacérselo. Si hay dos Papanicolaou con resultados negativos, durante dos años consecutivos, el siguiente se lo puede realizar a los tres o cinco años (11).

Entre los principales factores de riesgo podemos señalar la infección por VPH es el más importante y existe un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verruga, alrededor de

dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18; Tabaquismo, 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; Inmunosupresión, el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH; Infección por Clamidia, es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual y algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino; Una alimentación con pocas frutas y verduras, pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino; Tener sobrepeso, tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino; Uso prolongado de anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, Uso de un dispositivo intrauterino ya que una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual; Tener muchos embarazos a término, 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 (11).

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; Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino; Pobreza, es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud; El dietilestilbestrol (DES) es un medicamento hormonal que se administraba a algunas mujeres para prevenir el aborto espontáneo. Las mujeres cuyas madres tomaron DES (cuando estaban embarazadas de ellas) padecen de adenocarcinoma de células claras de la vagina o del cuello uterino con más frecuencia de lo que normalmente se esperaría; Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, 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 (11).

Tener presente que la citología cérvico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo. Esta actividad debe ser realizada por la/el Obstetra o médico debidamente capacitados, con el fin de obtener una muestra para estudio de las células de la unión escamocelular (exocervical) o también llamada zona de transición y del

endocérvix, para identificar posibles alteraciones pre-neoplásicas o neoplásicas (11).

Ante esta problemática los servicios de salud han tomado diversas estrategias con una perspectiva dirigida a reducir la morbimortalidad por esta enfermedad que más que todo se ha convertido en un cruel azote de nuestros países subdesarrollados. El fortalecimiento de los servicios de atención primarias de salud, el tamizaje activo, el trabajo comunitario y el libre acceso a la realización de pruebas citológicas ha sido unos de los caminos tomados con el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico precoz a partir de la identificación de factores de riesgo y la consecuente realización de actividades preventivas que incrementen la calidad del diagnóstico y la toma de las medidas de tipo curativas pertinentes en el enfrentamiento a dicho problema de salud (10).

Por los motivos descritos es que nos propones realizar el presente estudio, ya que los resultados que se obtengan contribuirán a fortalecer las estrategias de intervención ante este problema que fundamentalmente atañe a una población importante de la sociedad.

1.2. Antecedentes:

Cordero J, García M. (2012), en su estudio “Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino”, Cuba, estudio analítico y retrospectivo de casos y controles, el grupo de estudio quedó constituido por 500 pacientes de la Consulta de Patología de Cuello de dicho hospital

y el grupo control lo formaron otras 500 mujeres con citología negativa, con la misma edad y que pertenecían a los consultorios de las pacientes del grupo estudio, cuyo instrumento fue encuesta y ficha de recolección de datos en la revisión de la Historia Clínica. Resultados: al unir dos formas de relación sexual (durante la menstruación y el coito anal), podemos apreciar que el riesgo se eleva al 6,0 de tener una citología alterada y en la casuística estudiada el 48,7% lo realizaba. Después de aplicar el riesgo relativo, se probó que es 6,7 veces más frecuente tener citologías alteradas cuando se tiene al antecedente de al menos una ITS. También se reportan los resultados del hábito de fumar como factor de riesgo. Conclusiones: se comprueba la importancia de la relación de estos factores y la alteración de la citología (12).

Torres M. (2009), en su estudio “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”, Guayaquil Ecuador, estudio descriptivo - correlacional, no experimental - transversal, cuya muestra fue 190 resultados de Papanicolaou de pacientes en edades comprendidas entre los 20 a 45 años. Resultados: Las mujeres objeto de estudio, pertenecen al grupo poblacional de 20 a 35 años de edad que proceden de Santa Rosa, su estado civil es de unión libre en su mayoría, han cursado por la educación básica, han presentado de 1 a 2 gestas, no han presentado infecciones de transmisión sexual y el tratamiento recibido es por inflamaciones debido a vaginosis bacteriana. La estratificación de

los resultados de Papanicolaou son el 83.15% el resultado fué negativo para cáncer uterino, el 3,15% Neoplasia intraepitelial (NIC 1), el 1.02 % fue NIC 1 + HPV, mientras que el 12,63% su resultado fué indeterminado. La prevalencia de la positividad de NIC 1 es del 4,76%. La población de mujeres en edad fértil más afectado con el NIC 1 son las del grupo de mujeres de 20 a 35 años de edad con el 2,1%. En conclusión: la mayoría de mujeres en edad fértil y reproductiva están conscientes del grado de riesgo que enfrentan, por tal motivo están dispuestas a acudir en forma periódica al Subcentro de Salud en búsqueda de orientación e información acerca del Papanicolaou por parte de los profesionales (13).

Jaramillo J, Romero A. (2011), en su estudio “Resultados del programa de tamizaje para cáncer de cuello uterino en el distrito de Santa Marta durante el año 2011”, Colombia, estudio descriptivo, como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos obteniendo la información de los reportes de citología, se revisaron los datos correspondientes a la Encuesta Nacional de Salud y los objetivos y metas de cobertura del Programa. Resultados: Se llevaron a cabo 10.218 citologías, 740 (7,23 %) de las cuales fueron reportadas como anormales, 493 (4,82 %) como lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), 86 (0,84 %) como lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), y 8 casos (0,07 %) de carcinoma invasor. Un total de 1.164 (11,37 %) citologías fueron realizadas a pacientes por primera vez. Conclusiones: Se debe incrementar la cobertura, si se tiene en cuenta que el Distrito identifica un caso de carcinoma in situ por cada 100 pacientes que tamiza (1 %); igualmente, se

deben vigilar sectores y grupos sociales identificados en los cuales la proporción de anormalidades citológicas es mayor (14).

Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. (2009) en su estudio titulado "Access to Cervical Cytology in Medellín, Colombia 2009". Analizó 1.519 registros de mujeres, Colombianas, para explicar la práctica de citología reciente. El 68,7% de las mujeres se habían practicado una citología recientemente, el 17,2% tenía citologías previas pero no recientes, y el 14,2% era la primera vez que acudía al servicio. La probabilidad de haberse realizado una citología reciente es mayor para mujeres con más edad, antecedente familiar de cáncer cervical, antecedente personal de infecciones de transmisión sexual, mujeres con algún grado de educación y las que se encuentran en unión estable o están (o estuvieron) casadas (15).

Garcés M. (2009), en su estudio titulado; comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino 2009. Holguín La Habana Cuba. Estudio descriptivo, el universo lo constituyeron 1,728 pacientes y la muestra por 519 según criterios de inclusión y exclusión. Se le realizó un interrogatorio exhaustivo acerca del aparato ginecológico, antecedentes personales y familiares y un examen físico ginecológico completo y según criterios: exámenes citológicos, Shiller, cepillados de canal y biopsias por ponches. Se reflejaron los resultados en la historia clínica realizada en consulta para su seguimiento y control, el libro y tarjetas de citologías. Las variables estudiadas se analizaron de la siguiente forma: edad al inicio de

las primeras relaciones sexuales, número parejas sexuales, antecedentes de afecciones cervicovaginales, sangramiento post-coital, y comportamiento de los diagnósticos recibidos. El análisis estadístico se realizó en porcentaje, los resultados fueron agrupados en cuadros simples y de asociación de variable. Se destacó el papel de la promiscuidad y un predominio en la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales en las menores de 20 años, la presencia de leucorrea y sangramiento postcoital constituyeron factores de alta incidencia en los casos estudiados (16).

Núñez R. (2010), en su estudio titulado; Tamizaje Cérvico uterino usando Papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la región Loreto 2010. Analizó que de 2000 mujeres estudiadas 348 tuvieron algún tipo de normalidad de las células epiteliales. En 45 casos se encontró lesiones intra epiteliales de alto grado ó carcinoma escamoso invasivo. sin embargo a través del proyecto “Mujer salva tu Útero y tu Vida” se desentierra a éste enemigo de la salud pública, se desenmascara a un exterminador de nuestro más grandepreciado capital social regional como es la mujer loreтана amazónica, al demostrarse que el 17.4% de las mujeres han adquirido el PVH en algún momento de su vida, de ahí la importancia del proyecto que tiene un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, descubre los resultados de las verdaderas prácticas sociales, sexuales y reproductivas existentes en nuestra región (17).

Magallanes J. (2009), en su estudio titulado; “Factores de riesgo para cáncer cervico uterino de mujeres con citología cérvico uterina alterada. Hospital Regional de Loreto 2009”, Iquitos Perú, estudio descriptivo simple, realizó una encuesta estandarizada en una muestra por conveniencia conformada por 182 usuarios. El tipo de muestreo fue por conveniencia. Los resultados mostraron, el perfil del usuario del servicio de oncología: la media aritmética de la edad fue de 38.21 años + 10.43 años, el 34.6% de la población tenía entre 35 y 44 años, el 26.9% correspondió a 25 a 34 años. El 63.7% residen en área urbana, el 36.8% residen en Punchana e Iquitos respectivamente. El 53.8% es de estado civil conviviente, el 62.1% posee instrucción secundaria. El 79.1% tuvo una menarquia entre los 12 y 15 años. La edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 11 años. Casi el 60% tenían 3 y más partos (múltiparas). El 11.5% presenta antecedente de algún familiar con cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cervix (81%), el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% ya tenían NIC I (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado - LEIB), el 8.8% presentan NIC II (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado - LEIA) y solo el 1.6% presentaron NIC III / Cá in Situ. Conclusión: El predominio de las mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad así como la alta incidencia de ASCUS y NIC I como citología anormal encontrada con la más alta frecuencia asociadas al inicio de las relaciones sexuales precoces a los 17 años o menos con una elevada multiparidad (18).

Silva B, Soplín K, Talledo S. (2014), en su estudio “Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014”, Iquitos Perú, estudio cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo. La muestra quedó integrada por 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino. El instrumento fue Ficha de Registro de Conducta sexual/reproductiva y cáncer cérvicouterino. Resultados: la conducta sexual y reproductiva es: 50,4% tiene edad de inicio de relación sexual de sexarquía precoz (de 10 a 19 años), 71,7% con múltiples parejas sexuales, 59,3% tiene antecedente de infección de transmisión sexual, 79,6% tiene edad del primer parto Temprana o precoz (menor de 20 años), 96,5% en cuanto al números de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado. Al Asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvicouterino, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre: edad de inicio de relaciones sexuales y cáncer cérvicouterino ($p = 0,039$; $p < 0,05$), número de parejas sexuales y cáncer cérvicouterino ($p = 0,013$; $p < 0,05$), Infección de Transmisión Sexual y cáncer cérvicouterino ($p = 0,014$; $p < 0,05$), aborto y cáncer cérvicouterino ($p = 0,02$; $p < 0,05$); y que no existe relación estadística significativa entre: edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,429$; $p > 0,05$), entre paridad y cáncer cérvicouterino ($p = 0,801$; $p > 0,05$) (19).

Lazo E, Aguilar F. (2012), en su estudio “Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del

2011", San Martín Perú, estudio tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó la ficha de recolección de datos, basándose en la observación de las historias clínicas. Resultados: En cuanto a la edad, el 33.33% (14) de la población tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, se aprecia que el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% de las pacientes atendidas proceden de la zona urbana, en el distrito de residencia se observa que el 52.38% residen en otros distritos, el 30.95% en Tarapoto, el 93% tenían una menarquía entre los 12 y 14 años, el 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, el 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, el 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos, el 47.62% tenían de 3 a 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos, el 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo, El anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69%, el segundo más utilizado es el inyectable con 34.61%, el DIU y el preservativo solo con un 3.85%. Se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etáreo de 45 -54 siendo este el grupo más afectado, El 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS, Con respecto al número de parejas sexuales se observa que 33 (78.6%)

pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU. La relación entre las variables de estudio χ^2 y de Pearson es de (0.078), lo cual llega a la conclusión que si existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas (20).

1.3. Bases teóricas:

Cáncer de cuello uterino

Es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino que conlleva a la muerte de la persona que lo padece. El cérvix uterino es una zona donde con frecuencia se desarrollan cambios que evolucionan a la malignidad, su gran accesibilidad en términos de diagnóstico y tratamiento lo ha llevado a ser considerado de gran importancia en la patología gineco-obstétrica, en lo que a estudio celular y tisular se refiere, ya que permite una revisión directa y exhaustiva, lo que ha favorecido una intensa investigación de la naturaleza de las lesiones malignas. La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples

Factor de Riesgo:

Se considera factor de riesgo a cualquier característica del paciente o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad. Análogamente existen factores de protección, que serían los que cuando actúan o se dan, evitan casos de enfermedad (21).

Factores de Riesgo para Cáncer Cervico Uterino

Es cualquier característica de la mujer o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad. Estos factores están relacionados principalmente con el comportamiento o conducta sexual de la pareja, donde se destaca: la Infección por VPH donde el virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital, las cuales son asintomáticas y se asocian con una variedad de neoplasias benignas y malignas (22).

Otro elemento importante son las características de la conducta sexual relacionadas al número de compañeros sexuales, muchas veces por la cultura y por la edad en la juventud principalmente, las mujeres tienen más riesgo de infectarse por una relación permanente u ocasional. Así mismo se considera el inicio precoz de las relaciones sexuales; ya que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. Esto va asociado a las características del compañero sexual vinculado a un mayor número de parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual. Otras características que resaltan son mayor frecuencia de visitas a prostitutas y el hábito de fumar (22).

Las Infecciones de transmisión sexual principalmente tipo sífilis o blenorragia y VIH que facilitan el desarrollo de la neoplasia, con un

aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (22).

Los factores relacionados con la reproducción como: la paridad, se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. En relación al primer parto Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. Con respecto al tabaquismo en promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras (22).

En relación a los anticonceptivos, los métodos orales es un controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente (22).

Entre ellos se citan a los siguientes

- **Infección por VPH:** Se ha descrito que el virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de

neoplasias benignas y malignas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus.

- **Características de la conducta sexual:**
 - **Número de compañeros sexuales;** las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional (22).
 - **Edad del primer coito;** en la adolescencia los tejidos Cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (23).
 - **Características del compañero sexual;** en un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar (24).

- **Infecciones de transmisión sexual;** se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La coinfección con el VIH facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (25).

Factores Relacionados con la Reproducción

- **Paridad:** Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (26).
- **Edad del primer parto:** Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino (26).
- **Partos vaginales:** Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea.

Tabaquismo

En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotonina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien

conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.

Métodos Anticonceptivos

- **Anticonceptivos Orales:** Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente.
- **Métodos de Barrera:** Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

Factores Psicosociales

- **Condición socioeconómica y cultural:** más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.
- Educación en salud aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de

citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado (27).

Citología Cervical

La citología cervical o Cérvico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer Cérvico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70% (28).

Citología Cervical Uterina Alterada

La Citología Cervical Uterina Alterada, significa que se han hallado células anormales, células que presentan pequeñas alteraciones y no precisan ningún tratamiento. Sin embargo, algunas de estas células pueden seguir alterándose y en ocasiones se puede encontrarse un cáncer cervical. El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero, que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

Displasia

Se denomina así a las células anormales en el cuello uterino causadas por el virus del VPH. Si las anomalías son pocas y leves, generalmente se superan sin necesidad de tratamiento. No obstante, algunos casos de displasia moderada (y la mayoría de las displasias graves), no se irán por sí solas. En esta fase, se considera que las células son "precancerosas": dicho de otra manera, si no se detectan y se tratan podrían convertirse en cáncer cervical.

Displasia Leve, o "NIC 1": NIC significa neoplasia intraepitelial cervical. Si la displasia es del "primer nivel", quiere decir solamente que alrededor de una tercera parte de las células del cuello uterino son anormales. Además, las células no se ven tan claramente anormales como en la displasia moderada o grave. Debido a que por lo general NIC 1 desaparece por sí sola, la Sociedad Americana para la Colposcopia y la Patología Cervical (ASCCP) ha publicado directrices que declaran que el tratamiento preferido de esta leve condición es la "espera observada". Se estima que una de cada seis mujeres desarrollará NIC 1, la que también se conoce con la abreviatura LSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado).

Moderada o "NIC 2": casi dos tercios de las células cervicales son anormales. Otro término que puede utilizarse para la NIC 2 (y NIC 3) es "HSIL" (lesiones Intraepiteliales escamosas de alto grado).

Grave o "NIC 3": casi todas las células cervicales son anormales o precancerosas. Además, estas células son las que tienen una obvia

aparición anormal, en comparación con NIC 1 ó NIC 2. Se estima que una de cada 25 mujeres desarrollará NIC 2 ó 3.

1.4. Justificación:

El estudio es relevante porque busca determinar los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino con el propósito de prevenirlo a través de un conjunto de acciones destinadas a reducir la posibilidad de enfermedad. Al prevenir el cáncer, el número de casos nuevos disminuye en un grupo o población, ya que son principalmente las mujeres el grupo afectado y por ende se espera que esto reduzca el número de muertes que causa el cáncer.

Además el estudio permitirá evitar que se formen cánceres nuevos, ya que al analizar los factores de riesgo y los factores de protección, puede determinarse el hecho que aumente la posibilidad de enfermar de cáncer llamado factor de riesgo; o indirectamente identificar cualquier cosa que disminuya la posibilidad de enfermar de cáncer llamado factor de protección.

El estudio es conveniente porque permite conocer y establecer estrategias oportunas y efectivas para reducir las lesiones precancerosas del cuello uterino y evitar que las mujeres en edad fértil lleguen a tener la enfermedad a través de un tratamiento oportuno y eficaz detectado a tiempo. Así mismo incluye a las mujeres en edad fértil población vulnerable y prioritaria socialmente.

El estudio aborda un problema de salud pública tanto a nivel mundial como a nivel nacional y local, ya que la selva es la zona con mayor infección de PVH y por ende la mujer puede desarrollar la enfermedad en cualquier etapa de su vida reproductiva, más aun con el inicio precoz de las relaciones sexuales y la relación con múltiples parejas sexuales por la cultura de la población.

En la práctica permite que los profesionales de la salud Obstetras y Médicos conozcan de los factores de riesgo relevantes vinculados a los tipos de lesiones cervicales alteradas principalmente con displasias para actuar oportunamente y evitar que las mujeres afecten su vida sexual y reproductiva.

Los resultados permitirán incrementar los conocimientos del personal de salud y de la población para una mejor difusión del ejercicio de la promoción y prevención de la salud, tanto por el personal de salud como por la población en general para el autocuidado de la salud.

Además permitirá que el personal de salud actúe con un enfoque epidemiológico y de riesgo que contribuya a identificar los casos problema y evitar mayores complicaciones en la mujeres en edad fértil.

1.5. Problema:

¿Cuál es la relación que existe entre los principales factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los principales factores sociodemográficas de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.
2. Identificar los principales factores gineco-obstétricos y los niveles de influencia para cáncer cervico uterino en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.
3. Identificar los niveles de citología cervical uterina alterada según clasificación de Bethesda (NIC I: Displasia leve; NIC II: Displasia moderada; NIC III: Displasia severa, Carcinoma in Situ. (CIS), en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.

4. Determinar la relación estadística entre los niveles de influencia de los principales factores de riesgo para cáncer cervico uterino con los niveles de citología cervical uterina alterada en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis de investigación:

Hi = Existe relación estadísticamente significativa entre los principales factores de riesgo para cáncer cervico uterino (factores de riesgo sociodemográficos y ginecoobstétricos) relacionados con la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital MINSA II - 2 Tarapoto, agosto a diciembre del 2016.

2.4. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA |
|--|---|--|-----------------------------------|---|---------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE Principales factores de riesgos para cáncer cervico uterino | Es la condición o característica de la mujer que aumenta las probabilidades de que padezca una cáncer cervico uterino | Identificación de factores de riesgo sociodemográficos y gineco-obstétricos que presenta la mujer que se somete a una citología cervical uterina | Factores Sociodemográficos | Edad: -15 a 19 años=1 -20 a 30 años=2 -31 a 40 años=3 -41 a 49 años=4 Grado de Instrucción -Analfabeta=1 -Primaria Incompleta=2 -Primaria Completa=3 -Secundaria Incompleta=4 -Secundaria Completa =5 -Superior Técnica Incompleta=6 -Superior técnica=7 -Superior universitaria=8 Estado Civil -Soltera=1 -Casada=2 -Viuda=3 | ORDINAL |

| | | | | |
|-----------------|--|--|---|---------|
| | | | <p>-Divorciada=4 -Conviviente=5</p> <p>Procedencia -Urbano=1 -Urbano- marginal=2 -Rural=3</p> <p>Fuma -Si =1 -No =2</p> <p>Menarquia: -Menor de 12=1 -12 a 14 años=2 - = ó >15 años=3</p> <p>Inicio de las relaciones sexuales -< 15 años =1 -15 a 19 años =2 ->19 años=3</p> <p>N° de Parejas sexuales -1 = 1 -2 – 3 = 2 -4 y + = 3</p> <p>Uso de MAC - Si=1 - No=2</p> <p>Tipo de MAC -ACO=1 -DIU=2 -INYECTABLE=3 -CONDON =4</p> <p>Gestaciones -0 =1 -1 – 2=2 -3 – 5=3 -6 a +=4</p> <p>Paridad -0 =1 -1 – 2=2 -3 – 5=3 -6 y +=4</p> <p>Abortos -0 =1 -1 – 2=2 -3 a +=3</p> <p>Cesáreas -0 =1 -1 – 2=2 -3 +=3</p> <p>Infección de transmisión sexual -Si =1 -No =2</p> | ORDINAL |
| VARIABLE | | | <p>IVAA por periodo -Si =1</p> | ORDINAL |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>DEPENDIENTE</p> <p>Citología cervical uterina alterada</p> | <p>Entendiéndose como tal al cambio de las células cervicales uterinas diferentes del original denominándose lesiones precancerosas y que puede progresar a cáncer cervico uterino</p> | <p>Resultados de las pruebas de citología (PAP e IVAA) según la clasificación establecida</p> | <p>Citología cervical uterina IVAA</p> <p>Citología cervical uterina PAP Resultado de la citología cervical clasificada según método convencional sistema de Bethesda para el diagnóstico histológico.</p> | <p>-No =2 Cuantos? -Ninguno=1 -1 a 3=2 -Más de 3=3 Resultado -Negativo -Positivo -Cáncer</p> <p>PAP por periodo -Si =1 -No =2 Cuantos? -Ninguno=1 -1 a 3=2 -Más de 3=3 Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Displasia Leve (NIC I) • Displasia Moderada (NIC II) • Displasia Severa (NIC III) <p>Carcinoma in situ (CIS)</p> | |
|--|--|---|--|--|--|

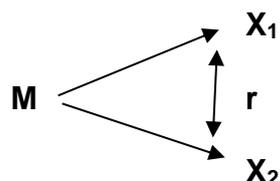
III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. Tipo de estudio:

El estudio fue no experimental, cuantitativo, descriptivo, correlacional.

3.2. Diseño de investigación:

El diseño fue descriptivo correlacional, según el esquema adjunto



M: Muestra, mujeres con citología cervical alterada atendidas en el Hospital

II - 2 Tarapoto.

X₁: Algunos factores de riesgo para cáncer cervico uterino en mujeres con citología cervical alterada atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.

X₂: Mujeres con citología cervical uterina alterada atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.

r: relación entre las variables algunos factores de riesgo para cáncer cervico uterino y citología cervical uterina alterada.

3.3. Universo, Población y muestra.

Universo:

Estuvo conformado por todas las mujeres en edad fértil que se atienden en el Hospital II - 2 Tarapoto, que cuentan con citología cervical uterina.

Población:

Estuvo conformada por las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital II - 2 Tarapoto, que cuentan con citología cervical uterina alterada, cuyo valor es 50, según dato de la oficina de estadística del Hospital.

Muestra:

Corresponde a 100% (50 mujeres) de la población, que acuden al Hospital MINSA II - 2 Tarapoto, cuyo resultado de citología cervical uterino es alterado.

Unidad de análisis

Una mujer con citología cervical uterina alterada atendida en el Hospital MINSA II - 2 Tarapoto.

3.4.1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres en edad fértil que se atienden en el Hospital II - 2 Tarapoto, con resultado de citología cervical uterina alterada.
- Mujeres en edad fértil que desean participar en el estudio.
- Mujeres con capacidad física y mental para responder a la encuesta.

3.4.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres que no se atienden en el Hospital II - 2 Tarapoto.
- Mujeres menores de 15 años o mayores de 49 años.

3.4. Procedimiento:

- Se realizó revisión de la bibliografía y se procedió a elaborar el proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se socializó el proyecto a los directivos del establecimiento para acceder a la ejecución.
- Posteriormente se solicitó formalmente la autorización para acceder a los archivos de citología e historia clínica en el Hospital II – 2 Tarapoto.
- Se realizó capacitación del personal respecto al contenido y proceso de la recolección de la información.

- Aplicación de la ficha de recolección de datos, la cual fue llenada minuciosamente previa revisión de historias clínicas a fin de recabar íntegramente toda la información necesaria.
- Una vez recogida la información se tabularan y se analizaran los datos.
- Posteriormente se elaboró el informe de tesis.
- Se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación de jurado.
- Finalmente se procederá con la sustentación de la tesis.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

El método a utilizar fue la revisión documentaria a través de la ficha de recolección de citología e historia clínica de atención de la mujer en edad fértil.

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos, elaborada por las investigadoras, la cual considera los siguientes aspectos: la primera parte los factores sociodemográficos para cáncer cervico uterino; la segunda parte los factores gineco-obstetricos para cáncer cervico uterino; la tercera parte contiene el tipo de citología cervical según la clasificación de Bethesda para Papanicolaou y resultado de la IVAA, que comprenden: IVAA positiva, negativa y cáncer; PAP anormalidades de células epiteliales: células escamosas, células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS: siglas en inglés), Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo grado (LEIB), incluye: *Papiloma Virus Humano (PVH), Displasia Leve, Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto grado

(LEIA), incluye: Displasia Moderada, displasia Severa, carcinoma in situ. Y carcinoma de células escamosas. Con lo cual se obtendrán los factores de riesgo para cáncer cervico uterino previo análisis estadístico.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

La información obtenida se ingresó a una base de datos, la cual fue analizada con el paquete estadístico SPSS Versión 21.0, previa codificación. El análisis se realizó mediante la descripción y comparación de los participantes, en el análisis descriptivo se usó medidas de tendencia central.

Con la finalidad de analizar la relación de las variables implicadas en el estudio, se aplicó el χ^2 , este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables. Como indicadores se emplearan los valores absolutos y porcentajes. Para determinar el nivel de concordancia entre la presencia de lesión y las distintas variables epidemiológicas seleccionadas se aplicará la prueba Chi-cuadrado de independencia y homogeneidad. En ambos casos se fijaran un nivel de significación de 0.05.

IV. RESULTADOS:

Tabla N° 01: Principales factores sociodemográficas en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto agosto – diciembre 2016.

| Edad | N° | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| 20 a 35 | 4 | 8% |
| 35 a 50 | 12 | 24% |
| 50 a 65 | 28 | 56% |
| 65 a 80 | 6 | 12% |
| Total | 50 | 100% |
| Grado de Instrucción | N° | % |
| Inicial | 6 | 12% |
| Secundaria | 22 | 44% |
| Técnica | 16 | 32% |
| Universitaria | 6 | 12% |
| Total | 50 | 100% |
| Estado Civil | N° | % |
| Soltera | 8 | 16% |
| Casada | 12 | 24% |
| Conviviente | 27 | 54% |
| Viuda | 3 | 6% |
| Total | 50 | 100% |
| Religión | N° | % |
| Católica | 27 | 54% |
| Evangélica | 14 | 28% |
| Mormona | 3 | 6% |
| Otros | 6 | 12% |
| Total | 50 | 100% |
| Procedencia | N° | % |
| Urbano | 18 | 36% |
| Urbano - Marginal | 16 | 32% |
| Marginal | 10 | 20% |
| Rural | 6 | 12% |
| Total | 50 | 100% |
| Fuma | N° | % |
| No | 46 | 92% |
| Si | 4 | 8% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Observamos los factores sociodemográficas de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, referida a sus edades; en el intervalo de 20 a 35 años observamos 4 mujeres (8%), 12 mujeres (24%) tienen edades comprendidas entre 35 a 50 años; 28 mujeres que representa la mayor cantidad de la muestra se encuentran en el intervalo de edad de 50 a 65 años que representan el 56% y solo 6 mujeres (12%) se encuentran en el intervalo de edad entre 65 a 80 años.

En relación al grado de instrucción; 6 mujeres (12%) tienen grado de instrucción “Inicial”, 22 mujeres (44%) y que representan la mayor frecuencia de respuesta tienen un grado de instrucción “Secundaria”; 16 mujeres (32%) son técnicas y solo 6 mujeres (12%) tienen un nivel universitario.

En relación al estado civil; 8 mujeres (16%) son solteras, 12 mujeres (24%) son casadas; 27 mujeres (54%) y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta son convivientes; solo 3 mujeres (6%) son viudas. Referida a la religión; 27 mujeres (54%) y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta son católicas, 14 mujeres (28%) son evangélicas; 3 mujeres (6%) son mormonas; y 6 mujeres (12%) pertenecen a otras religiones.

Según sus procedencias; 18 mujeres (36%) y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta provienen de zonas urbanas, 16 mujeres (32%) provienen de zonas urbano - marginal; 10 pacientes (20%) provienen de zonas marginales; y 6 mujeres (12%) provienen de zonas rurales.

Referida al hábito de fumar; 46 mujeres (92%) y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta no fuman; mientras que 4 mujeres (8%) sí lo hacen.

Tabla N° 02: Principales factores gineco-obstétricos para cáncer cervico uterino en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto agosto – diciembre 2016.

| Edad de la Menarquia | N° | % |
|--|-----------|-------------|
| < a 11 años | 12 | 24% |
| > a 11 años | 38 | 76% |
| Total | 50 | 100% |
| Edad de inicio de RS | N° | % |
| < a 15 años | 22 | 44% |
| > a 15 años | 28 | 56% |
| Total | 50 | 100% |
| Uso de anticonceptivos | N° | % |
| Si | 39 | 78% |
| No | 11 | 22% |
| Total | 50 | 100% |
| Infección de Transmisión sexual | N° | % |
| Si | 37 | 74% |
| No | 13 | 26% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Se observan los factores gineco-obstétricos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2, Tarapoto – 2016 referida a su edad de la menarquia; 12 mujeres (24%) tuvieron una menarquia menor o igual a 11 años, mientras que 38 mujeres que representan el 76% lo tuvieron después de los 11 años. En relación a la edad de inicio de relaciones sexuales; 22 mujeres (44%) tuvieron un inicio de relaciones sexuales menor o igual a 15 años, mientras que 28 mujeres

que representan el 56% lo tuvieron después de los 15 años. En relación al uso de anticonceptivos; 39 mujeres (78%) usan anticonceptivos, mientras que 11 mujeres que representan el 22% no lo usaron. Referida a la Infección de Transmisión sexual; 37 mujeres (74%) tuvieron Infección de Transmisión sexual, mientras que 13 mujeres que representan el 26% no lo tuvieron.

Tabla N° 03: Niveles de influencia de los factores gineco-obstétricos para cáncer cervico uterino en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

| Nivel de influencia | N° | % |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Bajo | 8 | 16% |
| Moderado | 28 | 56% |
| Alto | 14 | 28% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Podemos observar el número y porcentaje de mujeres por niveles de influencia de los factores gineco-obstétricos para cáncer cervico uterino con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el año 2016; 8 mujeres que representan el 16% tienen un nivel de influencia “Bajo”, 28 pacientes que representan el 56% y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta tienen un nivel de influencia “Moderado”; sólo 14 mujeres (28%) poseen un nivel “Alto” de influencia.

Tabla N° 04: Niveles de citología cervical uterina alterada según clasificación de Bethesda, en mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto agosto – diciembre 2016.

| Niveles de citología cervical | N° | % |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Displasia leve | 18 | 36% |
| Displasia moderada | 22 | 44% |
| Displasia severa | 8 | 16% |
| Carcinoma in Situ | 2 | 4% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Observamos que 18 mujeres que representan el 36% tienen “Displasia leve”, 22 mujeres que representan el 44% y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta tienen “Displasia moderada”; 8 mujeres que representan el 16% tienen “Displasia severa”, sólo 2 mujeres (4%) tienen “Carcinoma in Situ”.

Tabla N° 05: Relación entre los principales factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

Para el análisis de correlación entre las variables, se usó la prueba de independencia Chi – cuadrado al 95% de confianza; y se plantea la siguiente hipótesis estadística.

H1: Existe influencia significativa entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

| Nivel de influencia | Niveles de citología cervical | | | | Total |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|------------------|-------------------|-----------|
| | Displasia leve | Displasia moderada | Displasia severa | Carcinoma in Situ | |
| Bajo | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Moderado | 10 | 16 | 2 | 0 | 28 |
| Alto | 0 | 6 | 6 | 2 | 14 |
| Total | 18 | 22 | 8 | 2 | 50 |

Fuente: Elaboración Propia.

Observamos el cruce de respuestas de las variables del estudio de investigación, esta tabla de contingencia tiene como objetivo establecer la prueba Chi cuadrado y ver si existe influencia significativa entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada.

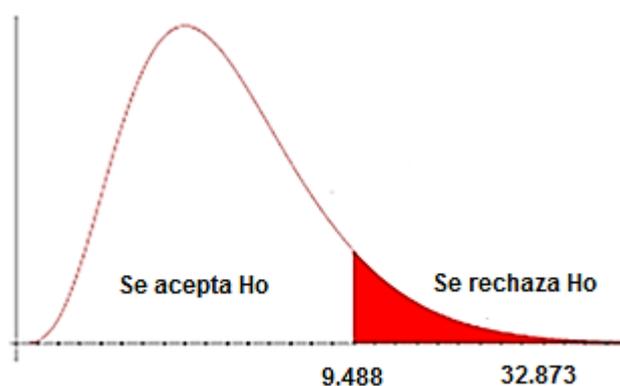
Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 32,873 ^a | 6 | .000 |
| Razón de verosimilitudes | 37.924 | 6 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 24.247 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 50 | | |

Fuente: Base de Datos Elaborado por el Autor. SPSS VER. 21

Aplicado la prueba de independencia Chi Cuadrado a base de la tabla de contingencia anterior, podemos observar que el resultado Chi Cuadrado de Pearson es: (32.873), mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9.488), lo que indica que las variables son dependientes y por lo tanto existe influencia y relación significativa entre ellas.

Gráfico 01: Zona De Aceptación Probabilística – Chí Cuadrado



Fuente: Base de Datos Elaborado por el Autor. SPSS VER. 21

Como el Chi Cuadrado de Pearson (32.873), es mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9.488) y se encuentra en el área probabilística de rechazo, rechazamos la hipótesis nula con un 95% de confianza y aceptamos que: Las variables son dependientes y por lo tanto existe relación significativa entre ellas; de ahí que podemos proporcionar la respuesta de la hipótesis planteada que: Existe influencia significativa entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

V. DISCUSION:

Existen varios factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino, así como para las displasias, todas no actúan de la misma forma en los diferentes grupos poblacionales, por lo que para determinada población representa un riesgo de elevada incidencia, para otra no es significativo. Las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, déficit nutricional y la disminución inmunológica, que al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo imprevisible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de esta al cáncer.

Por lo mencionado desarrollamos el presente estudio y llegamos a los siguientes resultados, con el estudio llegamos a los siguientes resultados, la tabla N° 01, nos muestra los factores sociodemográficas de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, quienes se caracterizaron por ser de edad de 50 a 65 años con 56%; 44% tienen grado de instrucción “Secundaria”; 54% son convivientes; 54% son católicas; 36% proceden de zonas urbanas, y 8% fuman.

Resultados que se relacionan con Torres M. (2009), quien encontró grupo poblacional de 20 a 35 años, estado civil es de unión libre en su mayoría. También se relaciona con Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. (2009), quienes determinan que la probabilidad de haberse realizado una citología reciente es mayor para mujeres con más edad, mujeres con algún grado de educación y las que se encuentran en unión estable. Además se relaciona con Magallanes J. (2009), quien encontró la

edad fue de 38.21 años + 10.43 años, el 63.7% residen en área urbana, el 36.8% residen en Punchana e Iquitos respectivamente, el 53.8% es de estado civil conviviente y el 62.1% posee instrucción secundaria. Igualmente se relaciona con Lazo E, Aguilar F. (2012), encontraron el 33.33% de la población tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% proceden de la zona urbana. Así mismo no se relaciona con lo encontrado por Cordero J, García M. (2012), quienes reportan los resultados del hábito de fumar como factor de riesgo en la alteración de la citología.

Por lo mencionado las mujeres de edad promedio, de estado civil conviviente, con educación secundaria y de procedencia urbana son las que mayoritariamente presentan lesiones precancerosas de cuello uterino.

La tabla N° 02 nos muestra los factores gineco-obstétricos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, las cuales fueron: 76% tuvieron la menarquia después de los 11 años; el 56% iniciaron sus relaciones sexuales después de los 15 años; el 78% usan anticonceptivos; el 74% tuvieron Infección de Transmisión sexual. La Tabla N° 03, nos muestra los niveles de influencia de estos factores gineco-obstétricos para cáncer cervico uterino con citología cervical uterina alterada, donde el 16% tienen un nivel de influencia “Bajo”, el 56% y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta tienen un nivel de influencia “Moderado”; sólo 28% poseen un nivel “Alto” de influencia.

Resultados que se relacionan con Cordero J, García M. (2012), encontraron que al unir dos formas de relación sexual (durante la menstruación y el coito anal), podemos apreciar que el riesgo se eleva. Después de aplicar el riesgo relativo y probaron que es 6,7 veces más frecuente tener citologías alteradas cuando se tiene al antecedente de al menos una ITS. También se relaciona con Torres M. (2009), quien encontró que las mujeres objeto de estudio presentaron de 1 a 2 gestas, no han presentado infecciones de transmisión sexual y el tratamiento recibido es por inflamaciones debido a vaginosis bacteriana. Así mismo se relaciona con Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. (2009), quienes determinaron que la probabilidad de haberse realizado una citología reciente es mayor para mujeres con más edad, antecedente familiar de cáncer cervical, antecedente personal de infecciones de transmisión sexual. A su vez se relaciona con Garcés M. (2009), destacó el papel de la promiscuidad y un predominio en la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales en las menores de 20 años, la presencia de leucorrea y sangramiento postcoital constituyeron factores de alta incidencia en los casos estudiados. Igualmente se relaciona con Núñez R. (2010), quien determinó la importancia de la prevención de enfermedades, descubre los resultados de las verdaderas prácticas sociales, sexuales y reproductivas existentes. También se relaciona con Magallanes J. (2009), quien determinó que el 79.1% tuvo una menarquia entre los 12 y 15 años. La edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 11 años. Casi el 60% tenían 3 y más partos (múltiparas), el 11.5% presenta antecedente de algún familiar con cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cérvix (81%). Así mismo se relaciona

con Silva B, Soplín K, Talledo S. (2014), quienes encontraron el 50,4% tiene edad de inicio de relación sexual de sexarquía precoz (de 10 a 19 años), 71,7% con múltiples parejas sexuales, 59,3% tiene antecedente de infección de transmisión sexual, 79,6% tiene edad del primer parto Temprana o precoz (menor de 20 años), 96,5% en cuanto al número de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado. A su vez se relaciona con Lazo E, Aguilar F. (2012), encontraron El 93% tenían una menarquía entre los 12 y 14 años, El 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, El 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, El 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos, El 47.62% tenían de 3 a 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos, El 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo, El anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69%, el segundo más utilizado es el inyectable con 34.61%, el DIU y el preservativo solo con un 3.85%.

Por lo analizado podemos determinar que los factores gineco-obstétricos son los que mayormente están presentes en los casos de lesiones precancerosas del cuello uterino, principalmente el inicio precoz de la relaciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual, condiciones que afectan el tejido cervical, lo inflaman y es más factible que el PVH infecte el mismo y pueda evolucionar de lesiones precancerosas a cáncer cervical.

La Tabla N° 04, evidenciamos el 36% tienen “Displasia leve”, el 44% y donde se encuentra la mayor frecuencia de respuesta tienen “Displasia moderada”; el 16% tienen “Displasia severa”, el 4% tienen “Carcinoma in Situ”.

Resultado que se relaciona Torres M. (2009), quien obtuvo como resultados de Papanicolaou: 83.15% negativo para cáncer uterino, el 3,15% Neoplasia intraepitelial (NIC 1), el 1.02 % fue NIC 1 + HPV, mientras que el 12,63% fué indeterminado. La prevalencia de la positividad de NIC 1 es del 4,76%. También se relaciona con Jaramillo J, Romero A. (2011), quienes llevaron a cabo 10.218 citologías, 740 (7,23 %) de las cuales fueron reportadas como anormales, 493 (4,82 %) como lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), 86 (0,84 %) como lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), y 8 casos (0,07 %) de carcinoma invasor. Así mismo se relaciona con Magallanes J. (2009), quien encontró que el 11.5% presenta antecedente de algún familiar con cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cervix (81%), el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% ya tenían NIC I (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado - LEIB), el 8.8% presentan NIC II (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado - LEIA) y solo el 1.6% presentaron NIC III / Cá in Situ. Igualmente se relaciona con Lazo E, Aguilar F. (2012), encontraron 52.4% casos de Ca Insitu confirmado y 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada, 42.9% fueron diagnosticadas como NIC I, y 42.9% pacientes con CIS.

Por lo mencionado la displasias modera y severa, así como el cáncer insitu son las que más favorablemente evolucionan a cáncer cervical, sin embargo la sociedad peruana de ginecoobstetricia determinó que las displasia leves y moderadas pueden regresionar fácilmente y no evolucionar a cáncer pero si debemos desarrollar los controles respectivos y educar para los cuidados respectivos.

La tabla N° 05, evidenciamos el cruce de respuestas de las variables del estudio de investigación, esta tabla de contingencia tiene como objetivo establecer la prueba Chi cuadrado y ver si existe influencia significativa entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada. Aplicado la prueba de independencia Chi Cuadrado a base de la tabla de contingencia anterior, podemos observar que el resultado Chi Cuadrado de Pearson es: (32.873), mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9.488), lo que indica que las variables son dependientes y por lo tanto existe influencia y relación significativa entre ellas. Por lo tanto se encuentra en el área probabilística de rechazo, rechazamos la hipótesis nula con un 95% de confianza y aceptamos que: Las variables son dependientes y por lo tanto existe relación significativa entre ellas; de ahí que podemos proporcionar la respuesta de la hipótesis planteada que: Existe influencia significativa entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

Resultado que se relaciona con Cordero J, García M. (2012), quienes comprueban la importancia de la relación de algunos factores de riesgo (relación sexual durante la menstruación y el coito anal, y antecedente de al menos una ITS) y la alteración de la citología. También se relaciona con Garcés M. (2009), quien destacó el papel de la promiscuidad y un predominio en la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales en las menores de 20 años, la presencia de leucorrea y sangramiento postcoital que constituyeron factores de alta incidencia en los casos estudiados. Así mismo se relaciona con Magallanes J. (2009), quien concluye que el predominio de las mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad así como la alta incidencia de ASCUS y NIC I como citología anormal encontrada con la más alta frecuencia asociadas al inicio de las relaciones sexuales precoces a los 17 años o menos con una elevada multiparidad. A su vez se relaciona con Silva B, Soplín K, Talledo S. (2014), quienes encontraron existe relación estadística significativa entre: edad de inicio de relaciones sexuales y cáncer cérvicouterino ($p = 0,039$; $p < 0,05$), número de parejas sexuales y cáncer cérvicouterino ($p = 0,013$; $p < 0,05$), Infección de Transmisión Sexual y cáncer cérvicouterino ($p = 0,014$; $p < 0,05$), aborto y cáncer cérvicouterino ($p = 0,02$; $p < 0,05$); y que no existe relación estadística significativa entre: edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,429$; $p > 0,05$), entre paridad y cáncer cérvicouterino ($p = 0,801$; $p > 0,05$). También se relaciona con Lazo E, Aguilar F. (2012), quienes concluyen que existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas

VI. CONCLUSIONES:

1. Los factores sociodemográficas de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, fueron: edad de 50 a 65 años en 56%, educación secundaria 44%, estado civil convivientes 54%, religión católica 54%, procedencia zona urbana 36% y el 8% fueron fumadoras.
2. Los factores gineco-obstétricos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Hospital II – 2, Tarapoto – 2016 fueron: 76% tuvieron la menarquia después de los 11 años; 56% inicio sus relaciones sexuales después de los 15 años; 78% uso anticonceptivo y 74% tuvieron Infección de Transmisión sexual. Según niveles de influencia 16% tienen influencia “Bajo”, 56% influencia “Moderado” y el 28% un nivel “Alto” de influencia.
3. Según niveles de citología cervical las mujeres presentaron: 36% “Displasia leve”, 44% “Displasia moderada”, 16% “Displasia severa” y 4% “Carcinoma in Situ”.
4. Existe relación significativa entre los factores de riesgo para cáncer cervico uterino y la citología cervical uterina alterada, Chi Cuadrado de Pearson es: (32.873), mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9.488), lo que indica que las variables son dependientes y por lo tanto existe influencia entre ellas.

VII. RECOMENDACIONES:

1. Al Ministerio de Salud, promover la implementación de una ficha de registro para la identificación de los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos para cáncer cervico uterino, que forme parte de la historia clínica de atención de las mujeres que consultan en este servicio.
2. Al personal de salud considerar los factores de riesgo gineco-obstétricos como los más relevantes para la evaluación adecuada, minuciosa y oportuna de los casos para detectar lesiones precancerosas o cáncer cervico uterino.
3. Al personal que realiza la promoción de la salud, educar a la población sobre los factores de riesgo y promover la atención oportuna en los servicios de salud por personal especializado.
4. A los investigadores, tomar al presente estudio como base para desarrollar nuevas investigaciones que permitan conocer a profundidad el problema para desarrollar acciones efectivas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. OMS. Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud Suiza. ISBN 978 92 4 354700 8. 292 pags. 2007.
2. Restupo HE, González J, Robert E. Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol of SanitPanam 1991;109:102-3.
3. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Americas [página de internet]. WorldHealthOrganization; 2007. [Fecha de acceso: julio 2007] Disponible en www.who.int/hpvcentre.
4. DiSaia PJ, Creasman WT. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. Capítulo 1. En: DisaiaCreasman Oncología Ginecológica Clínica, 5ª ed. USA HarcourtBrace 1999; 1-32.
5. Lewis, Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
6. Morrow C, Cozen W. Perspective on cervical cancer: why prevent? J CeBiochemSuppl; 1995; (23): 61-70.

7. World health organization. who global infobase. geneva: who (visitada 22 febrero del 2010).disponible en:
<https://www.who.int/infobase/report.aspx>. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/29-33.html>
8. Instituto nacional de enfermedades neoplasicas. pagina web. inen (visitada 22 febrero del 2010) disponible en:
[http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datosnd epidemiologicos.html](http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datosnd%20epidemiologicos.html).
9. Gutiérrez C, Alarcón E. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. Facultad de Medicina. Dic. 2008, Vol.69, N°4, p.239-243.
10. Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Access to Cervical Cytology in Medellín, Colombia. Rev. Esp. Salud; 81(6): 657-666. 2007.
11. Píneros M. Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados en Colombia. Rev. salud pública, 9 (3); p:327-341. 2005.
12. Cordero J, García M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 41, Núm. 4 (2015). Riesgo reproductivo y ginecología. Cuba. 2012. Consulta 03.05.16 06:10 am.
<http://www.revGINECOBSTETRICIA.sld.cu/index.php/gin/article/view/5/5>

13. 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. Guayaquil Ecuador. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva 2009. Consulta 03.05.16 06:44 am.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>
14. Jaramillo J, Romero A. Resultados del programa de tamizaje para cáncer de cuello uterino en el distrito de Santa Marta durante el año 2011. Artículo de Investigación Científica y Tecnológica. Revista Duazary ISSN: 1794-5992 Vol. 11 No. 1 49 - 54 Enero - Junio de 2014. Universidad de Magdalena. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Colombia. 2011. Consulta 03.05.16 06:57
<file:///C:/Users/admin/Downloads/Dialnet-ResultadosDelProgramaDeTamizajeParaCancerDeCuelloU-4788283.pdf>
15. Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Access to Cervical Cytology in Medellín, Colombia. Artículo. Rev. Esp. Salud; 81(6): 657-666. 2009.
16. Garcés M. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervico-uterino. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista Primer Grado Gineco-Obstetricia. Instructor Policlínica Mario Gutiérrez

Arcaya. Holguín La Habana Cuba. 2009. Consulta 03.05.16 7:00 am
<http://www.cocmed.sld.cu/no141/pdf/no141ori01.pdf>.

17. Núñez R. Tamizaje cervico uterino usando Papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la región Loreto. Ciencia Amazónica, 2011, Vol. 1, No. 1, 13-21. 2010.

18. Magallanes J. Factores de riesgo para cáncer cervico uterino de mujeres con citología cérvico uterina alterada. Hospital Regional de Loreto. Iquito Perú 2009. Consulta 03.05.16 7:10 am.
<http://www.unapiquitos.edu.pe/oficinas/iunap/archivos/2009/medicina/ArticuloJesusMagallanes.pdf>.

19. Silva B, Soplin K, Talledo S. Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería. Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería. Iquitos Perú. 2014. Consulta 03.05.16 07:17
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU-pdf.pdf>.

20. Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para

obtener el título de Obstetra. San Martín Perú. 2012. Consulta 03.05.16
07:34 am.

http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_82_Binder1.pdf

21. Hart KW, Williams OM, Thelwell N, Fiander AN, Brown T, Borysiewicz LK, et al. Novel method for detection, typing and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. *J Clin Microbiol* 2001;39:3204-12
22. Bosch FX, Manos MM, Muñoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796-802
23. Schlecht NF, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. *JAMA* 2001;286:3106-14.
24. Meijer CJ, Snijders PJ, van den Burle AJ. Screening for cervical cancer: should we test for infection with high-risk HPV? *CMAJ* 2000;163:535-8.
25. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Méx* 1998;40:330-8.
26. Bosch F, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65

27. World Health Organization. Cytology screening. [Revista en línea] accesada el 24/02/06, accesible en www.who.int/entity/cancer/detection/cytology_screen/en/index.html
28. Cortés-Bordoy J, Fernández-Marcos A, Bogdanovic-Guillon A, Philip D. Asociación Europea de Cáncer de Cuello de Útero, edición 2006, pág. 4.
29. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de cuello uterino: Tratamiento (PDQ®) – Versión para profesionales de salud. EE.UU. Consulta 04.06.16. 6:21 am. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>

IX. ANEXOS:

Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Estudio: Principales factores de riesgo para el cáncer cervico uterino y citología cervical uterina alterada (PAP – IVAA), en mujeres atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

I.- Datos Generales:

N° de ficha.....N° de H.C.....Fecha.....

II. Factores socios demográficos:

- Edad:.....
- Grado de Instrucción:.....
- Estado Civil:.....
- Religión:
- Procedencia: Urbano () Urbano-marginal: () Rural: ()
- Comunidad o anexo:.....
- Fuma: Si () No () ¿Cuántos cigarrillos al día?

III. Factores gineco-obstetricos:

- Edad de la Menarquia:..... M. Precoz: < o = 11 años
- Edad de inicio de RS:..... I. Precoz: < o = 15 años
- N° de Parejas Sexuales:.....

- Uso de anticonceptivos: Si () No ()
- Tipo de Anticonceptivo:.....
- N° de Embarazos:.....
- N° de Partos vaginales:.....
- N° de Abortos:.....
- N° de Cesáreas:.....
- Infección de Transmisión sexual: Si () No ()

III. Resultados de la citología:

- **Realización de la citología IVAA o PAP:**
 - Hace + de 3 años: Si () No () ¿Cuántos?
 - Citología Cérvico-uterina en los últimos 3 años: Si () No ()
¿Cuántos?
 - Citología Cérvico-uterina el último año: Si () No ()
¿Cuántos?
- **IVAA:**
 - Negativo ()
 - Positivo ()
 - Cáncer ()
- **PAP:**
 - Displasia leve o NIC I ()
 - Displasia moderada NIC II ()
 - Displasia severa NIC III ()
 - Carcinoma Insitu (CIS) ()