

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSTGRADO

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL Y SU RELACIÓN CON
FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD OMIA EN EL AÑO 2014

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORA

Br. NELLY CHUQUIZUTA VILLAREAL

ASESORA

Dra. OLGA BELDAD CHÁVEZ SARMIENTO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES

CHACHAPOYAS - AMAZONAS

2017

PÁGINA DEL JURADO

Presidente

Dra. NORMA DEL CARMEN GÁLVEZ DÍAZ

Mg. PATRICIA DEL ROCÍO CHAVARRY ISLA

Secretario

Dra. OLGA BELDAD CHÁVEZ SARMIENTO

Vocal

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Nelly Chuquizuta Villareal, egresado del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo identificado con DNI N° 33811342

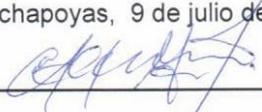
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor de la tesis titulada. "Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) y su relación con factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia en el año 2014". La misma que presento para optar el grado de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.
2. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes de consultas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, por lo que LA UNIVERSIDAD podrá suspenderme el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la ley 27444 del Procedimiento administrativo general.

Chachapoyas, 9 de julio del 2017



Br. Nelly Chuquizuta Villareal

DNI. N° 33811342

DEDICATORIA.

A mi hijo Estéfano, que es la razón de vida para seguir creciendo profesionalmente, a mi esposo por su comprensión, paciencia y apoyo moral.

Nelly

AGRADECIMIENTO.

A todas las mujeres de la jurisdicción del Centro de Salud de Omia, por haberme permitido entrar en sus vidas privadas, para poder recabar la información, ya que sin ellos no hubiera sido posible la consolidación del presente estudio.

Al Jefe del Centro de Salud de Omia, que permitió el acceso a cada paciente, y así poder desarrollar con éxito el presente trabajo de investigación.

Al Rector de la Universidad “Cesar Vallejo” por habernos permitido la apertura de descentralizar los Programas de Maestría dando oportunidad a los profesionales para continuar superándose;

A la Dra. Olga Beldad Chávez Sarmiento por la acertada orientación y asesoramiento para concretizar el presente estudio.

La Autora.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

De conformidad con el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad “Cesar Vallejo”, está a consideración de vuestro criterio de la presente tesis titulada: neoplasia intraepitelial cervical y su relación con factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al centro de Salud Omia en el año 2014; tiene como objetivo determinar la Neoplasia Intraepitelial Cervical y la relación con los factores de riesgo en mujeres de 15 a 45 años que acuden al C.S. Omia en el año 2014.

El presente trabajo de investigación está estructurado en cuatro capítulos: problema de investigación, marco teórico, marco metodológico, resultados; así mismo se consideró las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos que evidencian el trabajo.

Las observaciones y sugerencias dadas por vuestras personas serán acatadas para mejorar el trabajo de investigación el cual estará al alcance de las personas que tengan el interés en el mismo.

La Autora.

ÍNDICE

PAGINA DEL JURADO	ii
DECLARACIÓN JURADA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii, viii, ix
INDICE DE TABLAS	x, xi, xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCION	xv, xvi

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema	18
1.2. Formulación del problema	20
1.3. Justificación	20
1.4. Antecedentes	21
1.4.1. A nivel Internacional	21
1.4.2. A nivel Nacional	32
1.4.3. A nivel Local	39
1.5. Objetivo.	40
1.5.1. Objetivo General	40
1.5.2. Objetivos Específicos	40

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Neoplasia intraepitelial Cervical	43
2.1.1. Teorías.	43
2.1.2. Definiciones	44
2.1.3. Cáncer de cuello uterino	45
2.1.4. Dimensiones.	58
2.2. Factores de riesgo	59
2.2.1. Teoría de riesgo	59
2.2.2. Definiciones	59
2.2.3. Dimensiones	66
2.3 Marco Conceptual	67

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Hipótesis	70
3.1.1. De Investigación	70
3.2. Variables	70
3.2.1. Definición Conceptual	70
3.2.2. Definición Operacional	71
3.2.3. Operacionalización de Variables	72
3.3. Metodología	75

3.3.1. Tipo de estudio	75
3.3.2. Diseño de estudio	75
3.4. Población y muestra.	76
3.4.1. Población.	76
3.4.2. Muestra.	76
3.5. Métodos de investigación	77
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	77
3.6.1. Técnicas.	77
3.6.1.1 De gabinete	77
3.6.1.1 De campo	77
3.6.2. Instrumentos.	78
3.7. Método de análisis de datos	78
3.7.1. Analisis mediante tablas de contingencia	79
3.7.2. El análisis se realizó de la siguiente manera	79

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción	82
4.1.1. Neoplasia intra epitelial cervical	82
4.2 Factores de riesgo	83
4.3 De la comprobación de las hipótesis	93
Conclusiones	109
Sugerencias	111
Referencias bibliografías	112
Bibliografía	113

ANEXOS

- ANEXO N° 01. Cuestionario estructurado
- ANEXO N° 02. Consentimiento Informado
- ANEXO N° 03. Ficha Técnica de la observación
- ANEXO N° 04. Confiabilidad del instrumento estructurado
- ANEXO N° 05. Carta a expertos
- ANEXO N° 06. Instrumento de recolección de los datos de la segunda variable:
Neoplasia intraepiteleal cervical.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución de los Resultados de Papanicolaou	82
Tabla 2.	Nivel educativo	83
Tabla 3.	Ingreso mensual	84
Tabla 4.	Habito al tabaco	85
Tabla 5.	Inicio de las relaciones sexuales	86
Tabla 6.	Edad de primera gestación	87
Tabla 7.	Embarazos	88
Tabla 8.	Número de parejas sexuales	89
Tabla 9.	Examen de Papanicolaou	90
Tabla 10.	ITS en el último año	91
Tabla 11.	Métodos anticonceptivos	92
Tabla 12.	Tabla de contingencia	93
Tabla 13.	Tabla de Chi cuadrado	94

Tabla 14.	Tabla de Ingreso Mensual	94
Tabla 15.	Chi cuadrado Ingreso Mensual	95
Tabla 16.	Tabla de contingencia habito del tabaco vs presencia de NIC	95
Tabla 17.	Prueba del chi-cuadrado del hábito tabaco	96
Tabla 18.	Tabla de contingencia edad de la primera gestación	96
Tabla 19.	Prueba del chi-cuadrado edad de la primera gestación	97
Tabla 20.	Tabla de contingencia inicio precoz de relaciones sexuales	97
Tabla 21.	Prueba del chi-cuadrado del inicio precoz de las relaciones Sexuales	98
Tabla 22.	Tabla de contingencia número de embarazos	98
Tabla 23.	Prueba de Chi-cuadrado de números de embarazos	99
Tabla 24.	Tabla de contingencia número de parejas sexuales	99
Tabla 25.	Prueba del chi-cuadrado de número de parejas sexuales	100
Tabla 26.	Tabla de contingencia y examen antecedentes papanicolaou	100
Tabla 27.	Prueba del chi-cuadrado antecedentes del examen de Papanicolaou	101
Tabla 28.	Tabla de contingencia de ITS	101
Tabla 29.	Prueba del chi-cuadrado de ITS	102
Tabla 30.	Tabla de contingencia uso de anticonceptivos hormonales Orales	102
Tabla 31.	Prueba del chi-cuadrado uso anticonceptivos hormonales	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Neoplasia Intracervical	82
Figura 2.	Nivel educativo	83
Figura 3.	Ingreso mensual	84
Figura 4.	Habito al tabaco	85
Figura 5.	Inicio de relaciones sexuales	86
Figura 6.	Edad de la primera gestación	87
Figura 7.	Número de embarazos	88
Figura 8.	Número de parejas sexuales	89
Figura 9.	Examen de Papanicolaou	90
Figura 10.	Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual	91
Figura 11.	Métodos anticonceptivos	92

RESUMEN

Las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino son siete veces mayores en América Latina y el Caribe (ALC) que en Estados Unidos y Canadá; Bolivia, Haití y Paraguay se encuentran entre los países con las tasas más elevadas de este tipo de cáncer. En el periodo 2006 – 2011 en la Región Amazonas se registró 403 casos de cáncer, de los cuales el 18.9% correspondieron al Cáncer de Cérvix siendo el más frecuente, seguido por el cáncer de estómago en un 14.3% y cáncer de mama en un 8.4%. Para conocer más a fondo sobre este particular se planteó el objetivo general: Determinar la relación entre la neoplasia intracervical y los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia en el 2014.

Es un estudio de tipo descriptivo correlacional, enfoque cuantitativo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 22 mujeres focalizadas que tienen resultados citológicos positivos y 140 cuyos resultados del Papanicolaou son negativos; los datos para determinar los Factores de Riesgo se obtuvieron a través de la técnica de la observación indirecta cuyo instrumento fue la Ficha de Cuestionario estructurado y para identificar las neoplasia intra epitelial cervicales se utilizó la técnica documentaria a través de un instrumento diseñado por el MINSA (Formato I A – de las Guías Nacionales de Prevención del Cáncer). Los hallazgos encontrados en el trabajo de investigación fueron procesados a través del Office Excel y el SPSS – versión 22.

Los resultados se obtuvieron a través de la técnica Chi-cuadrado de Pearson, para lo cual se fijó un nivel de significación $\alpha = 0.05$, obteniéndose en algunos casos un p valor menor que el nivel de significancia (0,05). La conclusión principal fue que: Algunos Factores de riesgo tales como el ingreso mensual, inicio de relaciones sexuales, edad de la primera gestación, número de embarazos, número de parejas sexuales, antecedentes del examen de Papanicolaou, infecciones de transmisión

sexual, uso de método anticonceptivo hormonal (MACO) están relacionados con la neoplasia intra epitelial cervical.

Palabras claves: Neoplasia Intraepitelial Cervical y Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Cervical cancer mortality rates are seven times higher in Latin America and the Caribbean (LAC) than in the United States and Canada; Bolivia, Haiti and Paraguay are among the countries with the highest rates of this type of cancer. In the period 2006 - 2011 in the Amazon Region 403 cases of cancer were registered, of which 18.9% corresponded to Cancer of the cervix being the most frequent, followed by stomach cancer in 14.3% and breast cancer in 8.4 To find out more about this, the general objective was: To determine the relationship between intracervical neoplasia and risk factors in women of childbearing age who come to the Omia Health Center in 2014.

It is a descriptive correlational study, quantitative and cross-sectional approach. The sample consisted of 22 women focused on this terrible disease; The data were obtained through the technique of the structured interview to determine the risk factors and to identify the cervical intraepithelial neoplasms the documentary technique was used through the Format I A of the National Cancer Prevention Groups. The findings found in research work were processed through Office Excel and SPSS - version 22.

The results were obtained through the Chi-square technique of Pearson, for which a significance level $\alpha = 0.05$ was set, obtaining in some a p value lower than the level of significance (0.05). The main conclusion was that: Some risk factors such as monthly income, hemoglobin, onset of sexual intercourse, age of first gestation, number of pregnancies, number of sexual partners, history of Pap smears, sexually transmitted infections, use of hormonal contraceptive method (MACO).

Key words: Cervical Intraepithelial Neoplasia and Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

“La neoplasia intraepitelial cervical es una lesión que se considera la antesala del cáncer cérvicouterino” (Sarduy, 2008). “La infección por el virus del papiloma humano (VPH) en el aparato genital, sobre todo algunos subtipos llamados oncogénicos juegan un papel relevante en la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución al cáncer invasor en esas localizaciones” (Sarduy, 2008). “Existe además un importante grupo de factores de riesgo o cofactores que asociados a la infección por el VPH pueden producir esos cambios celulares en el cérvix” (Sarduy, 2008).

Entre los factores de riesgo más importantes están: inicio de vida sexual temprana, número de parejas sexuales, alfabetismo, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, y el uso prolongado de métodos anticonceptivos orales, la edad promedio de diagnóstico de las afectadas con esta patología es de 45 años, empero esta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida .
(Duque, González, Ramos, Ruiz, & Cheng, 2010)

“Se calcula que aproximadamente 2% de las mujeres mayores de cuarenta años lo desarrolla” (Duque et al., 2010,p.8).

El presente trabajo de investigación se estructuró en cuatro capítulos que a continuación se detalla:

En el Capítulo I, se aborda sobre el Problema de la Investigación en la cual se ha incluido el planteamiento del problema desde diferentes contextos, la justificación, los antecedentes y objetivos.

En el Capítulo II, tenemos el Marco Teórico, en el cual tenemos teorías relacionadas a las variables de estudio, y forma parte del presente el Marco conceptual.

En el Capítulo III, se tiene al Marco Metodológico, prestando atención a las hipótesis, definición conceptual y operacional de las variables, la metodología (tipo de estudio y diseño), la población y muestra, los métodos de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos y el método que se utilizó para analizar los datos

En el Capítulo IV, se concretizó los resultados de la investigación, así como la demostración de las hipótesis y la discusión correspondiente teniendo en cuenta las teorías, los antecedentes relacionados a este estudio contrastándolas con los hallazgos de la investigación. Finalmente se presenta las conclusiones y sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos correspondientes

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

“En las Américas, se calcula que se producen alrededor de 35.322 defunciones por cáncer cervicouterino al año, que representan una pérdida económica de aproximadamente US\$3.300 millones” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008). “Es una enfermedad de inequidades que afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres” (OPS, 2008, p.6).

“Las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino son siete veces mayores en América Latina y el Caribe (ALC) que en Estados Unidos y Canadá; Bolivia, Haití y Paraguay se encuentran entre los países con las tasas más elevadas de este tipo de cáncer”(OPS, 2008,p.7).

“El cáncer cervicouterino es causado por la infección del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, una infección de transmisión sexual” (OPS, 2008).

Los tipos 16 y 18 del VPH son los que más comúnmente se encuentran en el cáncer cervicouterino y, combinados, representan cerca de 70% de los casos de cáncer cervicouterino en las Américas, sin embargo, las lesiones precancerosas - neoplasia intraepitelial cervical o CIN - se pueden tratar y prevenir el cáncer cervical . (OPS, 2008, p.12)

“La neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC) es una lesión pre maligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: NIC1, NIC2 o NIC3” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). “Si no son tratadas, la NIC2 o la NIC3 (conjuntamente denominadas NIC2+) pueden progresar hacia cáncer cervicouterino” (OMS, 2014). “Las pruebas de tamizaje disponibles son la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH), la inspección visual con solución de ácido acético (IVAA) y la citología (prueba de Papanicolaou)” (OMS, 2014). “Los tratamientos disponibles incluyen la

crioterapia, la escisión con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y la conización con bisturí” (OMS, 2014).

El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Catalá d'Oncologia, que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan. Se estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3. Esto se compara con la de Sudamérica que es 22.2 y la mundial que es 15.1. La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo. El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo. También para el 2012, la tasa cruda de mortalidad estimada fue de 11.6 y la tasa de mortalidad estandarizada por año fue de 12.0, mientras que en Sudamérica fue de 8.6." La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino varió de 7.9 muertes por 100,000 habitantes en el 2001 a 5.7 en el 2011. 9. Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto, un problema de salud pública. Según la incidencia y mortalidad 2010-2012 del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana del INEN, el cáncer de cuello uterino fue el segundo más frecuente, se registraron 3163 casos nuevos y una tasa de incidencia estandarizada de 21,1 casos por 100 000 mujeres, asimismo el cáncer de cuello uterino representó el 9,6% de las neoplasias malignas en mujeres . (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2016)

En el periodo 2006 – 2011 la Región Amazonas presento 403 casos de cáncer, de los cuales el 18.9% correspondieron al Cáncer de Cérvix siendo el más frecuente, seguido por el cáncer de estómago en un 14.3% y cáncer de mama en un 8.4% datos obtenidos de la Dirección General de Epidemiología – MINSA.

En Chachapoyas se realizaron un total de 1155 tamizajes para la detección oportuna de cáncer de cuello uterino en el año 2013, de los cuales se realizaron 399 exámenes de inspección visual con ácido acético (IVAA) y 756 exámenes

de Papanicolaou (PAP) de un total de 14,623 mujeres Chachapoyanas, donde se observa que son muchas mujeres en edad fértil que no se realizan el tamizaje para la detección oportuna de cáncer de cuello uterino . (Cruz, 2015)

El Centro de Salud Omia, reportó en los años 2011-2013, 6 casos de neoplasia intraepitelial cervical de segundo grado (NIC II), la cual es preocupante, además esta patología es muy frecuente en las mujeres mayores de 30 años tal como constan en los registros de detección cáncer de cuello uterino durante los últimos tres años, y que a pesar de estar informadas no toman importancia en la repercusión de su salud sin importarles que esto podría llevarlos a una discapacidad permanente e irreversible y hasta incluso a la muerte; Existe diferentes factores de riesgo que ocasionan esta patología tales como los factores socioeconómicos, inicio de las relaciones coitales, número de parejas sexuales, número de embarazos, uso de métodos anticonceptivos orales, etc., estos factores de riesgo no son ajenos en la población en estudio.

Por todo lo antes descrito se formuló la siguiente interrogante:.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre la neoplasia intraepitelial cervical y los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud Omia en el año 2014?

1.3. Justificación

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad de salud pública, que hoy en día afecta a las mujeres, siendo el índice cada vez mayor dentro de las enfermedades que aquejan al Perú y sobre todo a nuestra Región Amazonas, uno de los departamentos más vulnerables ante diversas enfermedades, es así que el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar en la región según el Sistema

Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Es importante mencionar que en Amazonas el inicio de la vida sexual de las mujeres es a temprana edad, la paridad tiene un promedio de 3.5 en las zonas urbanas y en las zonas rurales de 6.0, así como el número de parejas sexuales es mayor de 2, la no protección al momento de tener relaciones sexuales ocasionando la invasión del virus del papiloma humano, todos estos factores predisponen el aumento de los índices de neoplasia intraepitelial.

Los resultados del presente estudio servirán para fortalecer las teorías ya existentes, dándoles mayor consistencia. Así mismo contribuirá a focalizar las actividades de prevención y promoción en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical identificados mediante la prueba de tamizaje de Papanicolaou.

Es por eso que, el presente trabajo se justifica aportando a la ciencia en el aspecto social, ya que los datos encontrados servirán para que las autoridades del Centro de Salud de Omia y de la Dirección Regional de Salud Chachapoyas puedan establecer lineamientos de Salud Pública.

Además, existe aporte metodológico, porque en el presente se encuentran instrumentos que han sido validados por juicio de expertos y que servirán para ser aplicados en otros estudios similares.

1.4. Antecedentes

1.4.1. A nivel Internacional.

Sampedro,C., Ríos,L., y Cardona., (2014), realizó un estudio relacionado a: “Prevalencia de alteraciones pre neoplásicas del cáncer de cuello uterino en un municipio del Norte de Antioquia-Colombia, 2008-2012”. El objetivo general fue “Determinar la prevalencia de lesiones pre neoplásicas y su asociación con factores sociodemográficos en un municipio del norte de Antioquia-Colombia, 2008-2012” (Sampedro et al., 2014).

En cuanto a la metodología considero el autor que es “estudio descriptivo transversal en 4.282 mujeres, empleando fuente de información secundaria” (Sampedro et al., 2014).

La descripción de la población se realizó con medidas de resumen y frecuencias, para comparar la prevalencia de los hallazgos oncológicos según grupo etario y régimen de afiliación en salud se utilizaron chi cuadrado y prueba de Fisher, las comparaciones con la edad se realizaron con t Student y Anova . (Sampedro et al., 2014)

Según los resultados “la prevalencia de citologías positivas fue 3,5%, las alteraciones de significado indeterminado 5,0%, atrofia 6,2% e inflamación en el 44,8%”(Sampedro et al., 2014).

La prevalencia de atrofia fue estadísticamente mayor en la medida que aumentó el grupo etario siendo del 0,7% en adolescentes y de 39,3% en adultos mayores; la prevalencia de inflamación fue estadísticamente menor en las mujeres con edad superior a 50 años; mientras que la prevalencia de alteraciones de significado indeterminados y las citologías positivas fue estadísticamente mayor en las adolescentes . (Sampedro et al., 2014)

La conclusión a las que abordó el autor fue: “Existe una elevada prevalencia de alteraciones en la citología cervicovaginal, siendo mayor el riesgo de LIE y alteraciones de significado indeterminado en las adolescentes” (Sampedro et al., 2014); “esto pone de manifiesto que este subgrupo, al igual que lo reportado en estudios previos, presenta un elevado riesgo frente al cáncer cérvico-uterino” (Sampedro et al., 2014).

Payan,z.,(2013), elaboró la tesis denominada: “Prevalencia de Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo y alto grado por IVPH (Infección de Virus del Papiloma Humano) en pacientes con ASCUS (Atipias Escamosas de Significado Incierto) en Citología Exfoliativa Cervical y Hallazgos Colposcópicos de Vasos

Atípicos en la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil ISSEMyM en el periodo comprendido del 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2012”.

Esta investigación tuvo como “Objetivo: determinar la prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales de bajo y alto grado por IVPH, en pacientes con citología Cervical con Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), con resultado colposcópico de vasos atípicos” (Payan, 2013).

La metodología utilizada fue de tipo transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo, en los expedientes del archivo clínico del hospital Materno Infantil de ISSEMYM que reunieron los criterios de inclusión de las pacientes con resultado de citología exfoliativa cervical con atipias escamosas de significado incierto (ASCUS) y hallazgos colposcópicos de vasos atípicos y biopsia cervical con diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y alto grado que acudieron a la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil del ISSEMyM . (Payan, 2013).

Resultado de las pacientes con lesión intraepitelial escamosa calcularon resultados para las de bajo grado y para las de alto grado, obteniéndose lo siguiente: Para lesión intraepitelial de bajo grado: Edad promedio 29.7, desviación estándar ± 5.9 , rango de 25 a 45 años; Número de parejas sexuales promedio de 3.5, desviación estándar ± 1.5 , rango de 1-6; Edad de Inicio de vida sexual promedio 16.7, desviación estándar ± 2.9 , rango 15-21; Tabaquismo positivo con un porcentaje de 82 y negativo del 18%, Empleo de anticoncepción hormonal 86% y no uso del mismo 14% .(Payan, 2013).

Para lesión intraepitelial de alto grado: Edad promedio 38.5, desviación estándar ± 6.2 , rango de 26 a 42 años; Número de parejas sexuales promedio de 3.5, desviación estándar ± 1.5 , rango de 1-6; Edad de Inicio de vida sexual promedio 16.7, desviación estándar ± 2.9 , rango 15-25 . (Payan, 2013)

“Tabaquismo positivo con un porcentaje de 75 y negativo del 25%, Empleo de anticoncepción hormonal 75% y no uso del mismo 25%” (Payan, 2013).

Las conclusiones a las que llegó el autor fueron:

En el presente estudio se encontró una prevalencia de 80% para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y de 19% para lesión escamosa intraepitelial de alto grado, mayor a la de la literatura encontrada, sin embargo tomando en cuenta que en los estudios consultados las pacientes solo presentaban ASCUS y en este también reportaban vasos atípicos que podría ser la causa de la diferencia, lo que nos traduce la importancia de la búsqueda intencionada de vasos atípicos en pacientes que cuenten con Atipias de significado incierto para detección de lesión intraepitelial . (Payan, 2013)

“En relación con el tabaquismo no se encontró una diferencia significativa para el grado de lesión intraepitelial” (Payan, Z.,2013).

“El número de parejas sexuales y el inicio temprano de vida sexual, así como el empleo de anticoncepción hormonal en pacientes con ASCUS en citología exfoliativa y hallazgos colposcópicos de vasos atípicos, en este estudio no tuvo una relación proporcional para el grado de lesión intraepitelial cervical” (Payan,Z., 2013 p).

Martínez, A., Díaz,I.Carr,A Varona, J., (2010). Publica el artículo denominado: “Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años”.

Los autores se plantearon el siguiente objetivo:

“(…) estudiar los principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cérvico uterino en las mujeres menores de 30 años, tratadas en el Instituto de Oncología y Radiobiología (INOR) durante un período de 11 años, así como evaluar los beneficios recibidos por

estas con el o los tratamientos utilizados para su etapa clínica .
(Martínez et al., 2010).

En cuanto a los Métodos consideraron:

“(...) el estudio es retrospectivo y descriptivo de 342 expedientes clínicos, correspondiente a mujeres jóvenes menores de 30 años diagnosticadas con cáncer cérvico uterino (CCU) y atendidas en el INOR durante un período de 11 años” (Martínez et al., 2010). “Se utilizó una hoja de Microsoft Excel para la recolección de la información y se aplicó el paquete estadístico SPSS 11.1” (Martínez et al., 2010).

Los resultados que encontraron los autores fueron:

“(...) el 4/5 pacientes del total de mujeres menores de 30 años se diagnosticaron entre los 25 y los 30 años, mientras 1/5 pacientes fue menor de 25 años” (Martínez et al., 2010). “El carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente (80 %)” . “Las pacientes recibieron como tratamiento: la cirugía (47,4 %), la radioterapia (42,1 %) y cirugía más radioterapia o viceversa” (Martínez et al., 2010). “Los factores de riesgo que mostraron una mayor asociación con el CCU fueron la precocidad sexual y la presencia de HPV en el 27,5 %”(Martínez et al., 2010). “El 34,5 % de las mujeres menores de 30 años afortunadamente eran portadoras de carcinoma in situ”. “Sin embargo, el 47 % de las pacientes incluidas en este análisis se detectaron con tumores localmente avanzadas (IIa, IIb y IIIb)” (Martínez et al., 2010).

La conclusión principal es que: “el carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente en las mujeres menores de 30 años diagnosticada con CCU” (Martínez et al., 2010).

Gómez,L.,Gonzales,Y.,Cáceres,(2012), estudiaron acerca de la: “*Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada*”. Se plantearon el siguiente objetivo general: “caracterizar a las pacientes con citologías orgánicas alteradas en el Policlínico Universitario *Tula Aguilera*” .

En cuanto a la metodología consideraron que:

“(…) es un estudio descriptivo, transversal en las pacientes con citologías orgánicas alteradas en el Policlínico Universitario *Tula Aguilera* del municipio Camagüey, en el período de agosto de 2010 a enero de 2011” (Gómez et al., 2012).

El universo de estudio estuvo constituido por 180 pacientes y la muestra quedó conformada por las 115 mujeres que cumplían los criterios de inclusión y que eran atendidas en la consulta provincial de patología de cuello del Hospital Materno Ana Betancourt de Mora . (Gómez et al., 2012)

En cuanto a los resultados los autores consideraron que “(…) el grupo de edades de 35 a 39 años corresponde a un 27,8 %, prevaleció en las mujeres estudiadas el NIC II (54,8 %) y el 83,5 % de las pacientes habían comenzado sus primeras relaciones sexuales con 19 años o menos” (Gómez et al., 2012).

“El 59,1 % de las pacientes había tenido de 1 a 3 parejas sexuales y la moniliasis fue la infección vaginal más frecuente en ellas” (Gómez et al., 2012).

Entre la conclusión principal a la que abordaron los autores indicaron que “predominó el grupo de edades entre 35 y 39 años, el NIC II, el comienzo de las relaciones sexuales antes de los 20 años y que tuvieron de 1 a 3 compañeros sexuales en el último año” (Gómez et al., 2012).

Cordero., y García., (2015). “Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino”. Consideran que “el cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna, asociada a diferentes factores de riesgo” (Cordero & García, 2015).

Los autores se plantearon el objetivo general: “Relacionar diferentes factores de riesgo de cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres, con el resultado de su citología” (Cordero & García, 2015).

En cuanto a la metodología consideraron que:

“(…) es un estudio, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital General Docente *Leopoldito Martínez* desde enero del 2011 hasta diciembre 2012” (Cordero & García, 2015). “El grupo de estudio quedó constituido por 500 pacientes de la consulta de patología de cuello y el grupo control lo formaron otras 500 mujeres con citología negativa, de la misma edad y consultorios de las pacientes del grupo estudio” (Cordero & García, 2015).

Entre los resultados más resaltantes que obtuvieron los autores es que:

Se evidenció significativamente la relación existente entre: relaciones sexuales con la menstruación y contra natura, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedentes obstétricos de partos y abortos provocados, partos en la adolescencia, utilización de anticoncepción oral, hábito de fumar y la susceptibilidad genética: y la citología cervical alterada . (Cordero & García, 2015)

La conclusión principal que abordaron los autores son: “Que los factores de riesgo analizados mostraron una importante relación con las citologías cervicales alteradas” (Cordero & García, 2015).

More,A.,Moya,C.,Pino,f.,Gálvez.,(2013), realizaron el estudio sobre: “Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello”. Consideraron que “el cáncer cérvicouterino (CCU) es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres” (Moré et al., 2013).

Se plantearon el objetivo general: “Determinar el comportamiento de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado” (Moré et al., 2013). En cuanto a la metodología consideraron: “(…) es una investigación cuantitativa y cualitativa de tipo descriptivo transversal de las pacientes atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Universitario Mártires del 9 de abril de Sagua la Grande, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2011” (Moré et al., 2013).

“El universo estuvo constituido por 158 mujeres que asistieron a consulta con citología alterada, la muestra fue de 70 mujeres con diagnóstico de lesión de alto grado” (Moré et al., 2013).

Los resultados más resaltantes a las que abordaron los autores fueron que: “la edad más frecuente fue 25-44 años, el 67,1 % inició su vida sexual entre los 16 y 20 años” (Moré et al., 2013). “Existió una relación directa entre la infección por el VPH y la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicales, dado que en 53 pacientes (72,6 %) existió el hallazgo citológico del VPH” (Moré et al., 2013). “Hubo una correspondencia adecuada entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono” (Moré et al., 2013). “En cuanto al tratamiento definitivo, a 53 pacientes se les realizó cono por bisturí frío y solo a 9 histerectomía total” (Moré et al., 2013).

La conclusión principal a las que llegaron los autores fueron que: “Una de cada 10 pacientes afectada por una lesión de alto riesgo es menor de 25 años. A mayor tiempo transcurrido desde el inicio de las relaciones sexuales se incrementa la aparición de lesiones de alto grado” (Moré et al., 2013).

Hincapié,H López,A Castaño,k., (2014), realizaron el estudio relacionado con: “Descripción de anormalidad de la citología cérvico uterina en Armenia - Quindío en el año 2012”. Consideraron que: “A pesar que existe una prueba tamiz, que permite detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino, muchas mujeres no la realizan” (Hincapié et al. 2014).

En la investigación los autores plantearon el siguiente objetivo: “Describir los resultados obtenidos en reportes de citología realizados en el año 2012 y aportar a la construcción de la línea base del Plan Decenal de Salud para Armenia” (Hincapié et al., 2014).

En cuanto a la metodología consideran que: “(...) es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado con la Secretaria de Salud, quien aportó la información y el aplicativo para su sistematización” (Hincapié et al., 2014). “Se tomó una

muestra aleatoria del total de los reportes de citología, se sistematizó y analizó la información” (Hincapié et al., 2014).

Los resultados de la investigación según los autores son:

(...) las mujeres tenían edades entre 15 y 79 años, en promedio 37,4; el resultado más reportado fue Atipia celular (ASC-US) (76%), el manejo que más se recomendó fue biopsia más colposcopia (36,05%); el 22,37% no utilizaba ningún método de planificación familiar; la institución que más realizó citologías fue Quindicáncer (20,79%) y el resultado atipia celular reportó con mayor frecuencia el manejo biopsia más colposcopia (25,79 %) . (Hincapié et al., 2014).

“El 16,05% de las mujeres con este resultado no utilizaban ningún método de planificación y sólo el 1,52 % utilizaba condón” (Hincapié et al., 2014).

La conclusión principal que consideraron los autores es que: “Las mujeres de Armenia presentaron en mayor porcentaje el resultado atipia celular y se les recomendó el manejo biopsia más colposcopia, indicado según literatura, no utilizaban métodos de planificación familiar y sólo el 1,52% utilizaba protección con condón” (Hincapié et al., 2014).

Domínguez, E., Peralta, O.,yZenteno,R.,(2012), estudiaron acerca de: “Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa”. Indican que “Los estados del sur de México, Veracruz, Colima, Querétaro, Guerrero, Campeche, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo presentan el mayor número de casos de cáncer de cuello uterino (CaCu)” (Domínguez, Peralta, & Zenteno, 2012).

Plantearon el siguiente objetivo: “Determinar los factores de riesgo de desarrollar CaCu en pacientes atendidos por el Centro Estatal de Cancerología en la ciudad de Xalapa, Veracruz, durante el período 2008-2009” (Domínguez et al., 2012).

En cuanto al Material y Métodos consideraron que:

“(…) se realizó un estudio de casos y controles, se aplicó un cuestionario a los pacientes con y sin CaCu, a fin de identificar las características de los factores demográficos y el riesgo” (Domínguez et al., 2012).

Entre los resultados obtuvieron: “Del total de individuos estudiados (90), 30 fueron pacientes con CaCu (casos) y 60 sin CaCu (controles)” (Domínguez et al., 2012). “La media de la edad en ambos grupos fue 41,08 años. La clasificación histológica del tipo de cáncer fue de: cáncer invasor 77%, 13% adenocarcinoma endometrial, cáncer in situ 7% y el 3% cáncer micro invasor” (Domínguez et al., 2012).

La conclusión principal a las que consideraron los autores fueron: “las variables que se identificaron como factores de riesgo son: inicio de vida sexual activa antes de los 16 años, con un OR de 3,76, el número de parejas sexuales iguales o mayores de dos, con un OR de 19,6, y la falta de uso de métodos anticonceptivos con un OR de 9,67” (Domínguez et al., 2012).

Romero,k & Rojas,J., (2012), elaboraron la tesis: “Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012”. Consideran que “El cáncer cervicouterino se puede detectar a través de frotis de Papanicolaou, la causa generalmente es la infección por el virus del papiloma humano” (Romero & Rojas, 2012).

Plantearon el objetivo general: “Identificar la frecuencia de los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres de 14-65 años en la comunidad de Ramadas” (Romero & Rojas, 2012).

En cuanto a la metodología indican que “Se realizó un muestreo no probalístico de tipo discrecional, seguridad del 85%; precisión del 3%(0,03); proporción esperada 5%, proporción el valor $p=0,5(50\%)$ ” (Romero & Rojas, 2012). “También se realizó una revisión de los resultados de toma PAP, haciendo un total 218 muestras citológicas” (Romero & Rojas, 2012).

Según los investigadores los resultados de su estudio son:

(...), el microorganismo más frecuente son cocos bacilos cortos; Índice de Masa Corporal (IMC) saludable (63%); indican tener una sola muestra de PAP (32%), nunca se realizó una muestra de PAP (25%); asintomáticas de ITS (71%); de factor económico regular (77,3%); mujeres gran multíparas (34%), no saben si tienen antecedente familiar de cáncer uterino (85%); no utiliza ningún método anticonceptivo (70%) y solo toman la píldora anticonceptiva (2%), indican que no consume cigarrillo y en el mismo porcentaje indican que no presentan múltiples parejas sexuales (99%), tienen su primer embarazo a los 18–22 años de edad (32%) .(Romero & Rojas, 2012).

Concluyeron que “La cobertura de toma de PAP es 21% en la gestión 2011; por lo tanto, se deduce que los factores de riesgos de cáncer cervicouterino antes descritos, son similares a los descritos en la literatura médica” (Romero & Rojas, 2012).

Rodríguez, Echevarría, Murla, & Vásquez (2009) en su artículo “Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el Municipio”, consideraron:

Refirieron que realizaron “(...) un estudio de casos y controles, con el objetivo de identificar los grupos de alto riesgo del carcinoma cervicouterino, como base para la orientación adecuada en su control” (p.40).

Se seleccionaron como casos las 67 pacientes diagnosticadas con cáncer localizado e invasivo por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino durante el período 2009 y 2010; como controles se tomaron las 134 mujeres sanas de similar distribución por edad (± 5 años) y zona de residencia, a quienes se les había realizado la prueba citológica con resultados negativos . (Rodríguez, et al., 2009)

Los resultados indican como factores de riesgo, la baja escolaridad, el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, el embarazo precoz, la paridad, el cambio frecuente de pareja, el uso de anticonceptivos orales, las relaciones sexuales anales y durante el período menstrual, así como el hábito de fumar; fueron establecidos como factores protectores el uso del condón y el realizarse la prueba citológica con la periodicidad recomendada por el Programa . (Rodríguez, et al., 2009)

1.4.2. A nivel Nacional.

Cabrera., (2012), en la tesis: “Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011”.

Indican que “En el Perú, el registro de cáncer en Lima y en la ciudad de Trujillo ha coincidido en que el cáncer de cuello uterino tiene una de las incidencias más altas del mundo” (Cabrera, 2012). Plantearon el objetivo general: “Determinar la distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Vernalles 2006 – 2011” (Cabrera, 2012).

La metodología que indica que han utilizado los autores fue:

“(…) de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo el cual contó con 104 pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Vernalles, y en el cual se analizaron los siguientes factores de riesgo: edad, antecedente de infección con VPH, menarquía, inicio de

relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, paridad, hábito de fumar y consumo de alcohol recabando la información mediante una ficha de datos” (Cabrera, 2012)

Los resultados y las conclusiones más resaltantes que consideraron los autores fueron:

Los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron exposición a VPH (64.8%) y multiparidad (68.5%); la mayoría tuvo menarquía de inicio medio (63%); el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%); pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida es lo mayormente hallado en el presente estudio (94.4%), cuando lo más relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino es mayor cantidad de parejas; sin embargo no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto exponen estos a sus parejas; se encontró un bajo porcentaje tanto del alcohol como del tabaco con un hallazgo de casi el 70% de mujeres con antecedente de haber cocinado o cocinar con leña, dato esperado en una sociedad como la nuestra; y, finalmente, pero no menos importante, al hallarse que un poco más del 20% de las mujeres del estudio no contaban con estudios de tamizaje primario, por lo que no se sabía si contaban con el antecedente de infección previa . (Cabrera, 2012).

Castro, E., (2014), elaboraron la investigación titulada: “Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II -2”.

Se planteó el objetivo general: “Determinar si la edad de inicio de las relaciones

coitales y el número de compañeros sexuales son factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, se realizó un estudio de casos y controles” (Castro, 2014).

En cuanto a la metodología: “Se tomaron 50 casos confirmados de cáncer de cuello uterino del programa de cáncer del Hospital de Apoyo II – 2 Sullana, enero – diciembre 2013 y los controles (100) fueron las mujeres en edad fértil atendidas en dicho programa” (Castro, 2014).

Los resultados más resaltantes fueron que: “(...) la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76)” (Castro, 2014). “En relación al número de compañeros sexuales la población estudiada presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20)” (Castro, 2014).

Lazo, E y Aguilar, F., (2011), realizaron el 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”.

Plantearon el objetivo general: “Determinar la relación entre los 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” (Lazo & Aguilar, 2012).

Consideraron en cuanto a la metodología que el estudio que realizaron es de: “Tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional de corte transversal” (Lazo & Aguilar, 2012).

Los resultados más resaltantes de la investigación citada son:

“Según tipo de citología cervical uterina alterada. Hospital II-2 Tarapoto enero-junio 2011 se puede observar que más de la mitad de las mujeres (52%) Carcinoma INSITU, seguido del NIC I con el 29%, luego el NIC II con el 14% y un 5% solo tuvo NIC III . (Lazo & Aguilar, 2012).

Al relacionar la edad con el tipo de citología cervical uterina (PAP) alterada, se aprecia que 14 mujeres estudiadas pertenecen al grupo entre 45 a 54 años con 33.3%, seguido del grupo de 35 a 44 años con el 26.2%, lo mismo ocurre cuando se analiza según el tipo de alteración cervical uterina . (Lazo & Aguilar, 2012)

“Relacionado con la citología alterada según grado, es de destacar que 22 de los casos estudiados (52.38%) CA INSITU y 12 (28.57%) clasificaron como NIC I, y 6 (14.29%) como NIC II” (Lazo & Aguilar, 2012).

“Es importante precisar también que 9 (40.9%) de los 22 casos de CA INSITU se encuentran entre los 45 y 54 años; y solo 3 casos corresponden al grupo etáreo de 25 a 34. y 45 años” (Lazo & Aguilar, 2012).

Al relacionar el estado civil con el Tipo de Citología Cérvico Uterina (PAP) Alterada, se aprecia que 21 mujeres estudiadas pertenecen al grupo de las casadas con 50%, seguido del grupo de las convivientes con 13 mujeres (31%), lo mismo ocurre cuando se analiza según el tipo de alteración cérvico uterina . (Lazo & Aguilar, 2012)

Es importante precisar también que 10 de los 22 casos de CA INSITU se encuentran en el grupo de las casadas; y 8 casos corresponden al grupo de las convivientes. Y observándose que el mayor número de casos de NIC I, NIC II, NIC III Y CA INSITU, se encuentra en el grupo de las casadas . (Lazo & Aguilar, 2012).

“El 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años” (Lazo & Aguilar, 2012). “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, comenzaron sus relaciones sexuales en edades tan tempranas como esta” (Lazo & Aguilar, 2012). “En el caso de las que comenzaron sus relaciones sexuales a los 18 o después de estos el grado de citología alterada que con más frecuencia fue el CA INSITU con 2 casos” (Lazo & Aguilar, 2012).

Con relación al número de partos 20 (47.6%) pacientes, tuvieron entre 3 -5 partos, y que 13 pacientes tenían CA INSITU, y cabe resaltar que el grupo de 1 -2 partos se encuentran 6 pacientes con NIC I, y 6 pacientes de dicho grupo también tenían CA INSITU . (Lazo & Aguilar, 2012)

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, y esto quiere decir que al mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo de citología cervical uterina alterada . (Lazo & Aguilar, 2012)

La conclusión principal a las que llegó el autor fueron: “Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgos reproductivos con la presencia de citología cervical uterina alterada en pacientes atendidas en el consultorio de Ginecología del Hospital II-2 – Tarapoto de enero – junio 2011” (Lazo & Aguilar, 2012).

Valderrama,M., Campos,F., Cárcamo,C., (2011), realizaron el estudio: “Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima”.

El objetivo general que se plantearon los autores fueron: “Determinar la prevalencia y factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma Humano (VPH) en mujeres estudiantes en educación superior de 18 a 26 años de Lima” (Valderrama, Campos, Cárcamo, & García, 2007).

En cuanto a la metodología consideraron:

Que el tipo de estudio “es de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, durante los meses de agosto a diciembre del 2001” (Valderrama et al., 2007).

“Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa)” (Valderrama et al., 2007). “Se Incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a quienes se tomó muestras para PAP y VPH” (Valderrama et al., 2007).

Entre los resultados más sobresalientes a las que abordaron los autores fueron:

“La edad promedio de inicio sexual fue de 18,6 años con un rango de 9 a 25 años; y el número promedio de parejas sexuales en el transcurso de su vida fue de 2,3 con un rango de 1 a 20 parejas . (Valderrama et al., 2007).

“Una de cada cinco entrevistadas (21%) reportaron haberse realizado el Papanicolaou (PAP) alguna vez, 29% de estas tuvo como resultado de PAP normal, 3% con anormal y el 68% nunca supo su resultado” (Valderrama et al., 2007).

Según el examen de Papanicolaou y Virus del papiloma Humano “El examen de las láminas para citología encontró lesiones cervicales en 8 (2,5%) de las estudiantes; incluyendo displasia moderada en dos de ellas” (Valderrama et al., 2007). “La prueba de PCR resultó positiva para algún tipo de VPH (6, 16, 18) en 27 (8,4%) de las muestras, siendo el VPH 16 el más frecuente (5,9%)” (Valderrama et al., 2007).

Entre los factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del Papiloma Humano consideran que “El riesgo de infección aumenta significativamente con la edad ($p=0,024$) y con mayores diferencias de edad entre la participante y su pareja sexual de mayor edad ($p=0,001$)” (Valderrama et al., 2007).

“Si bien no correlaciona con lesiones cervicales o presencia del VPH, el uso consistente de condón fue reportado con poca frecuencia (30%)” (Valderrama et al., 2007).

Las conclusiones a las que abordaron los autores fueron:

“Las lesiones cervicales o presencia del VPH son frecuentes en esta población de mujeres jóvenes” (Valderrama et al., 2007). “La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad se asociaron a las lesiones cervicales o presencia del VPH” (Valderrama et al., 2007). “Es decir, la prevalencia de lesiones cervicales en mujeres estudiantes es alta (2,5%) si la comparamos con un estudio realizado en Perú en mujeres menores de 30 años de las zonas rurales (0,3%)” (Valderrama et al., 2007). “La prevalencia del VPH es similar a lo encontrado en un estudio realizado en Perú en mujeres en edad fértil asintomáticas (8,4%)” (Valderrama et al., 2007). “Sin embargo, es baja cuando la comparamos con la prevalencia de VPH (14,4%) a nivel de genitales” (Valderrama et al., 2007). “La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual se constituyeron como factores asociados a lesiones cervicales o presencia del VPH” (Valderrama et al., 2007).

Moya,J.,y Pio,L (2014). “Prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011- 2013”. Plantearon el objetivo general: “Determinar la prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza distrital, en pacientes con informes positivos del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé 2011-2013”

En la metodología consideraron que:

“Se realizó un estudio analítico correlacional, retrospectivo de corte transversal; el criterio de inclusión se constituyó de muestras positivas que cumplieron con los criterios de calidad según la Guía Bethesda 2005 y referidas por convenio al hospital” (Moya & Pio, 2014).

“Para la determinación del nivel de pobreza del distrito de procedencia de las pacientes, se empleó el mapa de pobreza de Foncodes 2009” (Moya & Pio, 2014).

Los resultados más resaltantes fueron que “

“En el periodo estudiado se registraron 118 016 casos, 4621 casos positivos para anomalías cervico-uterinas, con prevalencia de 4,11 % y un incremento de 14,6 %” (Moya & Pio, 2014). “Conjuntamente, 47,55 % para LSIL (28,80 % HPV), 37,94 % para ASCUS, 9,42 % para HSIL, 4,27 % para ASC-H y AGUS y 0,83 % para carcinomas cervicales” (Moya & Pio, 2014). “Se estableció una correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y anomalías cervico-uterinas, ($\rho=0,492$; $p<0,005$) muy relacionada con CCU y HSIL” (Moya & Pio, 2014). “Las micro redes de San Martín de Porres y del Rímac presentan elevaciones estadísticas en LSIL y HPV, y HSIL y carcinomas” (Moya & Pio, 2014). “Se confirma la correlación entre el nivel de pobreza y anomalías cervico-uterinas, la continuidad de HPV en los informes, y se reafirma la importancia de las células escamosas atípicas en el diagnóstico citológico” (Moya & Pio, 2014).

1.4.3. A Nivel Local.

Cruz, E., (2015), realizó el trabajo de investigación relacionado con “Factores que limitan la realización del examen de papanicolaou, según percepción de las mujeres, Barrio Higos Urco. Chachapoyas- 2015”. En relación a la metodología consideró:

“El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo cuyo objetivo fue determinar los factores que limitan la realización del examen de Papanicolaou según percepción de las mujeres. Barrio Higos Urco. Chachapoyas – 2015” (Cruz, 2015).

El universo estuvo constituido por 53 mujeres de 20-49 años de edad, se utilizó como método la encuesta> técnica el cuestionario y como instrumento el formulario de cuestionario titulado factores que limitan la realización del examen de Papanicolaou según percepción de las mujeres, elaborado por la investigadora, cuya validez fue de 8.67

(adecuado) y para la confiabilidad se obtuvo el valor de 0.79 (confiabilidad aceptable) . (Cruz, 2015).

Los resultados considerados por la autora fueron: “el factor más limitante para la realización del examen de Papanicolaou según percepción de las mujeres es el factor psicológico 81% (43), el factor cognoscitivo 75% (40), el factor cultural 4% (2) y el factor social con 4% (2) respectivamente” (Cruz, 2015).

La conclusión principal que consideró la investigadora fue: “El factor psicológico es el factor más limitante para, la realización del examen de Papanicolaou debido muchas veces a la vergüenza de mostrar sus partes íntimas, pensamientos de que el examen puede ser doloroso, el nerviosismo ante la prueba, entre otros” (Cruz, 2015).

1.5. Objetivos

1.5.1. General.

Determinar la relación entre la neoplasia intra epitelialcervical y los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que son atendidas en el Centro de Salud Omia, en el año 2014.

1.5.2. Específicos.

1. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con el nivel educativo, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
2. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con el nivel ingreso mensual, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
3. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con el hábito al tabaco, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.

4. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con la edad de la primera gestación, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
5. Identificar la relación Zentre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con la edad de inicio de las relaciones sexuales, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
6. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con el número de embarazos, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
7. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con el número de parejas sexuales, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
8. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con la toma de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
9. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con las Infecciones de Transmisión sexual, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.
10. Identificar la relación entre la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con el uso de anticonceptivos orales, en mujeres en edad fértil que asistieron al C.S Omia en el 2014.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1. Neoplasia Intraepitelial Cervical

2.1.1. Teorías

2.1.1.1. Enfoque integral

Al respecto (Federación Internacional de Gineco Obstetricia [FIGO], 2009), "(...) respalda un enfoque basado en derechos para la prevención y atención del cáncer cervico uterino en el cual toda mujer tiene derecho al más alto estándar posible de atención a la salud y derecho a la calidad de vida"

"Todas las mujeres deben ser informadas adecuadamente sobre el cáncer cervico uterino atendidas con servicios de calidad basados en evidencia y alentadas a tomar decisiones autónomas sobre el cuidado de su propia salud" (FIGO, 2009)

Según Neerja Batha (citada en FIGO, 2009), "Los programas tradicionales de detección y prevención del cáncer cervicouterino requieren que la mujer realice al menor dos visitas si la prueba es negativa y muchas más se es positiva"

En nuestra sociedad nos falta una cultura de prevención, los servicios de salud están dirigidos a la parte de rehabilitación y de recuperación del paciente más no de prevención, es por eso que la enfermedad en sus etapas iniciales o pre neoplásicas no se detectan a tiempo y tratadas oportunamente. Pese que las normas dadas por el (MINSA), están dadas para realizar las atenciones primarias de salud, sin embargo el personal de salud muestra resistencia, por lo que es importante que cambie ciertas actitudes las cuales estarán en beneficio de las personas más necesitadas.

2.1.2. Definiciones

2.1.2.1. Neoplasia Intraepitelial cervical

Son conocidas como "las enfermedades preinvasivas del cérvix, son todas aquellas lesiones que preceden al cáncer invasor, también denominadas enfermedades o lesiones precursoras o pre malignas" (Medina et al., 2014).

Se caracterizan microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC), antes de progresar a carcinoma invasor .Se clasifica de acuerdo a la afección del epitelio y su espesor, existen diferentes nomenclaturas para designar el daño al epitelio (tabla 1)” (Medina et al., 2014).

2.1.2.2. Virus del Papiloma Humano (VPH).

“Los virus del papiloma son virus ADN tumorales que se encuentran ampliamente en las especies animales, estos virus son específicos para cada especie; el virus del papiloma que infecta a los seres humanos se llama virus del papiloma humano o VPH; por lo general, el VPH causa proliferaciones epiteliales en las superficies cutáneas y mucosas”. (Centros para el Control y la Prevención de enfermedades [CDC], 2007)

“Se ha identificado al virus del papiloma humano (VPH), como la causa principal y necesaria del cáncer cervicouterino” (Medina et al., 2014). “La infección por VPH se considera una infección frecuente entre las mujeres jóvenes, esta infección es transitoria, remite espontáneamente y en muy pocos casos progresa a casos más graves” (Medina et al., 2014). “Se ha descrito una clasificación de lesiones de alto y bajo grado, para designar las lesiones que tienen mayor riesgo de persistencia y progresión a cáncer invasor” (Medina et al., 2014).

“Las células del epitelio vaginal y del cérvix son más susceptibles a la infección en la niña y la joven, debido a que aún no reciben un estímulo hormonal adecuado” (Salas, Noguera, Petrosino, & Arenas, 2014). Estas células van a sufrir cambios durante la adolescencia, los cuales provocan que al final de ese período exista una mayor resistencia a las infecciones. “Esto hace que las adolescentes, sobre todo en las etapas más precoces, tengan mayor riesgo de contraer una ITS que una mujer adulta, cuando tiene relaciones sexuales con un hombre infectado” (Salas et al., 2014,p.24).

“La infección por VPH, puede permanecer en periodo de latencia o subclínico, tiempo durante el cual puede adquirir un estado de persistencia o regresión de las lesiones (NIC o displasia), en el peor de los casos puede progresar a cáncer invasor” (Medina et al., 2014,p.17).

“La mayoría de las pacientes con NIC presentan lesiones asintomáticas, dentro de los estudios diagnósticos para las lesiones pre invasivas del cuello uterino se encuentran la citología cérvico vaginal, la colposcopia y la prueba de ADN del VPH” (Galván, Barragán, & Meléndez, 2013). “El estudio histopatológico mediante biopsia es la prueba definitiva para la confirmación diagnóstica” (Galván et al., 2013,).

“Las modalidades de tratamiento para la enfermedad cervical dependerán de la edad de la paciente, tipo de lesión, gestación, inmunidad, estado posmenopáusico” (Medina et al., 2014). “En todos los casos, el tratamiento se deberá individualizar, teniendo como opción los procedimientos ablativos y los procedimientos por escisión” (Medina et al., 2014p.19).

2.1.2.3. Examen Gino obstétrico.

Examen citológico.

La displasia cervical se agrupa en tres categorías:

- “NIC I: displasia leve (sólo el tercio inferior de células en la capa superficial del cuello uterino son anormales)” (Medina et al., 2014 p.20).
- “NIC II: displasia moderada a acentuada (hasta dos tercios de la capa contienen células anormales)” (Medina et al., 2014,p. 20).
- “NIC III: displasia severa a carcinoma in situ (las células precancerosas están en toda la capa superior del cuello uterino)” (Medina et al., 2014,p.20).

2.1.2. Cáncer de cuello uterino.

2.1.2.1. Definición de cáncer.

“Se entiende por cáncer una enfermedad neoplásica que se produce por el crecimiento exacerbado de células transformadas, que proliferan de manera anormal y descontrolada dentro del organismo como consecuencia de una serie de

alteraciones del ADN (Ácido Desoxirribonucleico)” (Callejas, 2011). “Estas anomalías genéticas pueden tener diferentes mecanismos etiopatogénicos entre los que incluyen errores aleatorios de réplicas, exposición a carcinógenos o diferencias de los procesos de reparación del ADN” (Callejas, 2011,p.27).

“Las células de los organismos se diferencian y proliferan siguiendo un programa genético que está regulado por estímulos extracelulares” (Callejas, 2011). “Alteraciones en este sistema de regulación constituyen la base genética del cáncer, que se entiende como una acumulación de mutaciones que afectan a las células somáticas durante la vida de un organismo y hacen que estas proliferen de forma incontrolada” (Callejas, 2011,p.28).

2.1.2.2. Cáncer de cuello uterino.

“La evidencia científica ante numerosos e irrefutables estudios, han permitido demostrar y describir pormenorizadamente que el cáncer de cuello uterino es, en realidad, una secuela a largo plazo de una infección de transmisión sexual (I.T.S.) no resuelta y provocada por ciertos genotipos del VPH” (Sánchez, 2012).

Las asociaciones observadas entre la infección por el VPH y el cáncer cervical son las más fuertes, dentro de la oncología humana actual, existiendo prácticamente consenso mundial en calificar al VPH como la causa necesaria (ausencia de enfermedad en ausencia de infección) aunque insuficiente, debido al gran número de infecciones que se resuelven espontáneamente, de cáncer de cuello uterino . (Sánchez, 2012,p.27).

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) “El cáncer cérvico uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto)” (Ángeles, 2007). “Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero” (Ángeles, 2007). “Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones precancerosas, las células permanecen benignas (precancerosas)”.“Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer

cérvico uterino no muestra síntomas, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo” (Ángeles, 2007,p.76).

Anteriormente, el carcinoma de cuello uterino “era la causa más frecuente de muerte por cáncer en la mujer, pero en los últimos 30 años su tasa de mortalidad ha disminuido en un 50% a causa de la generalización del frotis de Papanicolaou” (Briceño & Guamán, 2012). “En el año 2004, hubo aproximadamente 10 500 casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasor y más de 50 000 casos de carcinoma in situ” (Briceño & Guamán, 2012). “Se produjeron 3 900 casos de muerte por esta enfermedad, sin que en cerca de 85% de ellos se efectuara en ningún momento un frotis de Papanicolaou” (Briceño & Guamán, 2012). “Este proceso sigue siendo el cáncer ginecológico más importante en los países subdesarrollados” (Briceño & Guamán, 2012). “Se da más en los grupos socioeconómicos menos favorecidos, en mujeres que comienzan precozmente a tener relaciones sexuales, en las que tienen múltiples compañeros sexuales y en las fumadoras” (Briceño & Guamán, 2012,p.45).

“Muchos de estos factores sugieren la existencia de una transmisión venérea; el virus del papiloma humano (human papilloma virus, HPV) tiene un papel causal importante” (Kasper, Braunwald, & Fauci, 2005). “Se han aislado más de 66 tipos de este virus y muchos de ellos se vinculan con verrugas genitales. Los tipos vinculados al carcinoma del cuello uterino son 16, 18, 31, 45, y de 51 a 53” (Kasper et al., 2005). “Estos virus, junto con otros muchos tipos, se asocian también a neoplasia intra epitelial cervical (cervical intra epitelial neoplasia, NIC). La vacuna contra el HPV patológico se muestra muy promisorio como forma de prevención del cáncer cervicouterino” (Kasper et al., 2005,p.95).

“La aplicación de la vacuna (que incluye 16 isotipos de HPV) en un estudio doble ciego de 2 392 mujeres, evitó totalmente la infección por el virus, y en las vacunadas no se identificaron casos de NIC vinculada con ese tipo de vacunas” (Kasper et al., 2005).

“La vacuna mencionada es promisorio, pero al final se necesitarán vacunas polivalentes que incorporen todos los tipos patológicos conocidos del virus de papiloma humano” (Kasper et al., 2005).

“El frotis de Papanicolaou tiene una exactitud de 90 a 95% para diagnosticar las lesiones precoces, como la CIN, pero carece de sensibilidad para descubrir un cáncer cuando existe un tumor francamente invasor o masas fungosas” (Kasper et al., 2005).

“La American Cancer Society recomienda que las mujeres que han empezado a tener relaciones sexuales o las mayores de 20 años se sometan a un frotis anual durante dos años consecutivos, si son negativos debe repetirse el frotis cada tres años” (Kasper et al., 2005). “El American College of Obstetrics and Gynecology aconseja que cada año se realicen un frotis de Papanicolaou, una exploración ginecológica sistemática y una exploración de las mamas” (Kasper et al., 2005).

Los resultados de los frotis de Papanicolaou se pueden clasificar como normales (que comprenden alteraciones benignas, reactivas o de reparación); células escamosas atípicas de significado indeterminado (atypical squamous cells of undetermined significance, ASCUS) o no es posible excluir SIL de grado alto (ASC-H); CIN de bajo o alto grado; o francamente malignos . (Kasper et al., 2005).

“Las mujeres con ASCUS, ASC-H o CIN de bajo grado deben repetir la citología tres a seis meses después y deben hacerse pruebas de detección del HPV” (Kasper et al., 2005). “Las mujeres con CIN de alto grado o frotis francamente malignos deben someterse a una biopsia cervical bajo control colposcópico” (Kasper et al., 2005). “En la colposcopia se emplea un microscopio binocular y ácido acético a 3% que, aplicado al cuello uterino, colorea de blanco las zonas anormales y de esa forma puede practicarse biopsia directamente” (Kasper et al., 2005).

“Se debe seguir realizando la conización si se sospecha un tumor endocervical, si la colposcopia es incompleta o insuficiente, si se diagnostica un carcinoma micro invasor por biopsia, o cuando hay discrepancia entre el frotis de Papanicolaou y los datos de la colposcopia” (Kasper et al., 2005,).

“La cotización basta por sí sola para tratar la CIN de muchas pacientes, aunque puede ser suficiente una extirpación menos amplia con electrocauterio” (Kasper et al., 2005).

“Las pacientes con cáncer de cuello uterino generalmente consultan por hemorragias anormales o manchado poscoital que puede aumentar y volverse intermensual o producir menstruaciones abundantes; también pueden observarse secreción vaginal amarillenta, dolores lumbosacros y síntomas urinarios” (Kasper et al., 2005).

“La estadificación del carcinoma de cuello uterino se hace por el cuadro clínico y a menudo se complementa con una exploración ginecológica con anestesia acompañada de cistoscopia y proctoscopia” (Kasper et al., 2005). “Generalmente se necesitan también radiografías de tórax, pielografía intravenosa y una tomografía computadorizada, y se puede utilizar la resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) para evaluar la extensión extra cervical del tumor” (Kasper et al., 2005).

El estadio 0 representa el carcinoma in situ; el estadio I el tumor confinado al cuello uterino; el estadio II indica una invasión que rebasa al cuello uterino pero no alcanza la pared de la pelvis ni el tercio inferior de la vagina; el estadio III corresponde a un tumor que invade la pared de la pelvis o el tercio inferior de la vagina o que provoca hidronefrosis; y el estadio IV se manifiesta por invasión de la mucosa de la vejiga o del recto o por una extensión que sobrepasa la pelvis menor . (Kasper et al., 2005).

“La supervivencia a los cinco años es la siguiente: estadio I: 85%, estadio II: 60%, estadio III: 33%, y estadio IV: 7%” (Kasper et al., 2005).

2.1.2.3. Estadísticas de neoplasia intraepitelial cervical y Cáncer de Cuello Uterino.

“Los tumores genitales femeninos, representan una quinta parte de las neoplasias de la mujer a nivel mundial, de los cuales el más frecuente es el de cérvix (12 %), que ha ido en aumento según la OMS” (Salas et al., 2014). “Cerca del 80 % de los casos se producen en los países en vías de desarrollo, donde los programas de pesquisa no están bien establecidos o son muy poco eficaces” (Salas et al., 2014).

“El impacto del cáncer cervicouterino en el mundo es devastador, según el informe anual de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) representa el 5% de las neoplasias en la mujer” (Galván et al., 2013).

En Estados Unidos de América (EUA), las mujeres hispanas tienen tasas entre 50 y 70% más altas en muerte e incidencia por cáncer cervicouterino en comparación con mujeres blancas no hispanas, y se reporta que las mujeres mexicanas, centroamericanas y sudamericanas presentan el triple en incidencia y mortalidad en comparación con las mujeres de EUA . (Galván et al., 2013)

“Cada año se reportan aproximadamente 500,000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y cerca de 250,000 defunciones alrededor del mundo, principalmente en países en vías de desarrollo, como los países de América Latina” (Galván et al., 2013).

El cáncer cervicouterino antes de manifestarse como tal, pasa por varias etapas que empieza con una lesión precancerosa llamada displasia, la cual puede ser de bajo grado (NIC I y/o infección por VPH) o alto grado (NIC II, NIC III o Ca in situ) y de ahí evolucionar a cáncer invasor, el cual tiene alta mortalidad . (Galván et al., 2013)

En México la prevalencia de displasia cervical reportada es del 5.46% entre la población femenina de 25 a 59 años de edad, de acuerdo a algunas publicaciones, esta cifra es inferior a la reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es del 7-8% . (Galván et al., 2013)

El problema indica en que el número de mujeres que pueden tener lesiones precursoras (displasias) de cáncer cérvico-uterino es 2 a 5 veces mayor en comparación con aquellas mujeres con cáncer invasivo, por consiguiente, puede haber hasta 7, 000,000 de mujeres con algún grado de lesiones intraepiteliales escamosas en la actualidad, las cuales deben de ser identificadas y tratadas . (Galván et al., 2013)

Las lesiones precancerosas progresan lentamente en el transcurso de varios años, durante esta progresión, el signo de presencia de esta enfermedad es el desprendimiento de células anormales del epitelio del cuello (exfoliación), por ello es ampliamente reconocido que toda mujer sexualmente activa debe de realizarse estudios periódicos de citología exfoliativa con la finalidad de realizar una detección oportuna de estas lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino, para proporcionar a la usuaria una terapia oportuna y adecuada para esta patología, recordando que este seguimiento y tratamiento puede ser diferente dependiendo del tipo de lesión que se encuentre presente en la mujer . (Galván et al., 2013)

El cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar entre las lesiones malignas en el Perú y en países en vía de desarrollo y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, siendo responsable de más de 250 000 muertes en el mundo, en el año 2007, de las cuales cerca de 80% ocurrió en países en desarrollo . (Rojas, García, & Bautista, 2010)

“Se estima que esta cifra se incrementará de manera alarmante hasta 16 millones de personas, en el año 2020” (Rojas et al., 2010). “La prevención de dichas muertes mediante la detección y el tratamiento adecuados contribuirá a cumplir con las metas de desarrollo del milenio” (Rojas et al., 2010).

“La mayoría de las mujeres que fallecen de cáncer cervicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hace en la cuarta década de sus vidas” (Rojas et al., 2010); “por desgracia, la mayoría de ellas todavía carece de acceso a programas de prevención del cáncer” (Rojas et al., 2010). “Existen pruebas irrefutables de que el cáncer cervicouterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer, a condición de detectarlo a tiempo y tratarlo con eficacia” (Rojas et al., 2010). “El resultado es que, a menudo, dicho cáncer es hallado cuando ya es demasiado tarde para curarlo” (Rojas et al., 2010). “Por ello se requiere un programa amplio para mejorar la salud sexual y reproductiva y aumentar el número de pruebas de Papanicolaou en la comunidad” (Rojas et al., 2010,pp).

“En el Perú el cáncer de cuello uterino tiene una incidencia 26,5/100,00 según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana de los años 1990-1993” (Registro de Cáncer; 1993).

Según el Registro de Cáncer de Trujillo se ha encontrado una tasa de 43.2/100,000, siendo la más alta incidencia a nivel nacional y en los registros de GLOBOCAN 2002, publicadas en el 2005, indican que el Perú tiene una incidencia de 40 x 100,000 y una Mortalidad de 15.8 x 100,000 . (Hernández, Torres, & Rodríguez, 2010)

“El pre cáncer en el Perú representa el 20-25% de los pacientes atendidos en los servicios de salud especializados” (Hernández, Torres, & Rodríguez, 2010).

La mortalidad por cáncer en la Región Amazonas ocupa el cuarto lugar dentro de las diez primeras causas de mortalidad general registradas por sexo de enero a octubre en el año 2013; de los 1,221 casos reportados de cáncer en la Región Amazonas, el cáncer de

cérvix ocupa el primer lugar seguido de cáncer de mama y estómago; el sexo femenino presenta más casos de cáncer del año 2006 al 2011; Para el año 2013, Epidemiología ha reportado 17 casos” (DIRESA, 2013).

“La Región Amazonas ocupa el segundo lugar en mortalidad ajustada por cáncer con una tasa de 137.4 defunciones x 100,000 habitantes” (DIRESA, 2013).

2.1.2.4. Presentación o sintomatología.

“Los pacientes con cáncer cervical pueden acudir al médico por hemorragia postcoital, hemorragia intermensual, hemorragia o exudado vaginal mal oliente” (Drife & Magowan, 2005). “En los casos tempranos puede no haber síntomas en el diagnóstico solo se establece después de cubrir una citología anormal” (Drife & Magowan, 2005). “Otros síntomas, como dolor de espalda, dolor irradiado a la pierna, edema de los miembros inferiores, hematuria, o alteración del hábito intestinal, suelen guardar relación con la fase avanzada de la enfermedad” (Drife & Magowan, 2005). “El malestar general, a la pérdida de peso y la anemia también son manifestaciones tardías” (Drife & Magowan, 2005).

Según (Drife & Magowan, 2005) se describen tres tipos de presentaciones clínicas:

- “La presentación más común es de una lesión exofítica que se suele formar en el exocervix y producir una gran masa polipoides friable que sangra con facilidad” (Drife & Magowan, 2005). “También puede originarse en el interior del conducto endocervical de modo que este aparece distendido y con *forma de barril*” (Drife & Magowan, 2005).
- “Otra presentación es en forma de tumor infiltrante con poca ulceración o escaso crecimiento exofítico que tiende a producir un cérvix duro e infiltrado” (Drife & Magowan, 2005).
- “Por último, se puede encontrar un tumor ulcerado que erosiona parte del cérvix y la bóveda vaginal para producir un cráter, infección local y exudado seropurulento” (Drife & Magowan, 2005).

2.1.2.5. Prevención.

“La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes” (Mendoza, 2007).

“Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros” (Mendoza, 2007).

“Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria” (Mendoza, 2007).

2.1.2.6. Tratamiento de la NIC.

“Si se sospecha NIC en la colposcopia, existen dos opciones: tratamiento inmediato con alguna forma de resección, (por ejemplo, resección con asa grande), o realizar la biopsia para conformar el NIC de alto grado y tratar después” (Drife & Magowan, 2005). “La elección depende de la certeza de los hallazgos colposcópicos y de la probabilidad de que la paciente acuda a las visitas de control” (Drife & Magowan, 2005).

“Se identifica el cérvix directamente con anestesia local y se procede a la resección con asa de diatermia o algún otro método. La alternativa de eliminar el área afectada tiene la desventaja de que la evaluación histológica es menos completa” (Drife & Magowan, 2005).

Las NIC, se presentan en las siguientes fases:

Fase I-II A.

“La fase IA se puede resolver mediante resección simple” (Drife & Magowan, 2005). “Si la paciente desea conservar la fertilidad una conización con una cuidadosa vigilancia citológica, puede constituir un tratamiento adecuado, pero cuando la conservación de la fertilidad no es importante se prefiere la histerectomía simple” (Drife & Magowan, 2005). “En todos los demás casos de la fase I de la

enfermedad es necesario un tratamiento más agresivo, con radioterapia o cirugía radicales” (Drife & Magowan, 2005).

Fase I2 IIA.

“La elección entre histerectomía radical y la radioterapia radical viene determinada por el estadio clínico de la paciente” (Drife & Magowan, 2005). “No existe diferencia de supervivencia entre los dos métodos, pero si existen diferencias significativas en la morbilidad” (Drife & Magowan, 2005).

La histerectomía radical y la linfadenectomía pélvica incluyen una histerectomía radical, resección de los parametrios, el tercio superior de la vagina y el paracolpos y disección de los ganglios linfáticos pélvicos, se puede realizar una ooforectomía, en los casos apropiados, pero la extensión metastásica rara vez se localiza en los ovarios, y se pueden conservar sin peligro . (Drife & Magowan, 2005).

“La mortalidad operatoria es considerablemente inferior al 1% aunque la mortalidad posible incluye infección, enfermedad trombo embólica, hemorragia y fistulas vesicales vaginales” (Drife & Magowan, 2005). “También puede producir problemas a medio plazo, con disminución de la sensibilidad vesical y dificultad para la micción, junto con complicaciones a largo plazo como volumen residual elevado, infecciones urinarias repetidas, incontinencia de esfuerzo y formación de quistes linfáticos” (Drife & Magowan, 2005).

“La radioterapia radical suele consistir en tratamiento con haz externo (teleterapia); de la pelvis y tratamiento vaginal local (braquiterapia)” (Drife & Magowan, 2005).

La terapia se suministra para fracciones a lo largo de varias semanas para tratar los ganglios linfáticos pélvicos, mientras que para la braquiterapia se inserta un sistema de suministro vaginal, que se deja

colocado durante 12-18 horas para erradicar la enfermedad central .
(Drife & Magowan, 2005).

“La dosis de radiación viene determinada por el tamaño de la lesión y la proximidad de la vejiga y el intestino, que son particularmente susceptibles al daño por radiación” (Drife & Magowan, 2005). “La morbilidad principal procede de la sequedad vaginal, que puede conducir a disfunción sexual, cistitis por radiación, proctitis y estenosis vaginal” (Drife & Magowan, 2005). “Puesto que estas anomalías suelen empeorar con el paso del tiempo, la cirugía se considera más adecuada para las pacientes más jóvenes. En las pacientes que tienen ganglios pélvicos se debe considerar la radioterapia adyuvante” (Drife & Magowan, 2005).

Fase IIb-IV.

“El tratamiento de la enfermedad en fase avanzada suele consistir en radioterapia radical y se puede mejorar con el uso adicional de quimioterapia basada en el platino” (Drife & Magowan, 2005). “La falta de curación del cáncer cervical inoperable se puede deber a un tratamiento poco eficaz de la enfermedad central o a la existencia de metástasis ganglionares” (Drife & Magowan, 2005). “Cuando las lesiones son grandes, la sensibilidad de las estructuras adyacentes a la radiación puede impedir la administración de dosis curativas de radioterapia en la periferia del tumor y además algunos tumores pueden ser radio resistente” (Drife & Magowan, 2005).

2.1.2.7. Enfermedad recidivante.

“Las pacientes que recidivan tienen una supervivencia al año de aproximadamente el 10-15%. La mayoría de las recidivas solo son susceptibles de cuidado paliativo” (Drife & Magowan, 2005). “Si la paciente no ha recibido previamente radioterapia, ese puede ser la opción terapéutica, pero la mayoría de ellas ya ha sido sometida a radioterapia radical” (Drife & Magowan, 2005,).

Las mujeres con recidiva pélvica central pueden ser curadas mediante exenteración pélvica (resección de la vagina oblicua, el útero junto con la vejiga, en recto o ambos) en una cuidadosa selección de

los casos, hasta el 60 % de los pacientes pueden sobrevivir 5 años, pero la operación se asocia con una morbilidad importante . (Drife & Magowan, 2005).

“Las demás pacientes se pueden tratar con quimioterapia para aliviar la recidiva sintomática o con radioterapia paliativa para la afectación ósea o de las raíces nerviosas” (Drife & Magowan, 2005).

“Los fármacos más activos para la quimioterapia son: el cisplantino y la ifosfamida, las combinaciones básicas en esos fármacos producen una disminución inicial del tumor en hasta el 70% de los casos” (Drife & Magowan, 2005).

“El principal beneficio de la quimioterapia es el alivio de los síntomas relacionados con la enfermedad, como el dolor pélvico, pero la quimioterapia por si misma provoca una considerable toxicidad y no mejora la supervivencia de la paciente” (Drife & Magowan, 2005).

Al respecto Magowan (2005) se debe de tener en cuenta los siguientes puntos:

“El cáncer cervical es la neoplasia maligna más común en las mujeres de muchos países en vías de desarrollo y cada año se producen más de 450 mil casos en total en el mundo” (Drife & Magowan, 2005).

“El riesgo del cáncer cervical guarda relación con la conducta sexual. La edad temprana del primer coito y un alto número de parejas sexuales son factores de riesgo. El tabaco también puede aumentar el riesgo” (Drife & Magowan, 2005).

“Los ser tipos 26 y 18 del virus del papiloma humano parecen ser agentes causales importante” (Drife & Magowan, 2005).

“La detección selectiva es posible. Debido a una fase precancerosa es relativamente larga, y se basa en un programa de citologías vaginales regulares. las anomalías citológicas en las extensiones (discariosis) guardan relación hasta cierto punto con la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), una anomalía histológica” (Drife & Magowan, 2005).

“Cuando las citologías vaginales demuestran discarías, la colposcopia permite identificar el epitelio anormal sugestivo de NIC, que puede ser localizado, biopsiado y tratado” (Drife & Magowan, 2005).

“Aunque la mayoría de los cánceres cervicales son epidermoides, alrededor del 10 al 25% son adenocarcinomas” (Drife & Magowan, 2005).

“Los estadios FIGO del Cáncer son: La IV. El estadio I se puede tratar mediante cirugía o radioterapia. El cáncer más avanzado se puede tratar mediante la radioterapia más o menos quimioterapia” (Drife & Magowan, 2005).

2.1.3. Dimensiones.

Según Lazo & Aguilar (2011), las dimensiones de la neoplasia intracervical son la displasia leve (NIC 1), displasia moderada (NIC II), displasia severa (NIC III), y carcinoma in situ (CIS) (p.22).

2.1.3.1. Displasia leve (NIC I).

“Significa neoplasia intraepitelial cervical; quiere decir solamente que alrededor de una tercera parte de las células del cuello uterino son anormales” (Lazo & Aguilar, 2011, p.22)

2.1.3.2. Displasia moderada (NIC II).

“Casi dos tercios de las células cervicales son anormales” (Lazo & Aguilar, 2011, p.22).

2.1.3.3. Displasia severa (NIC III).

“Casi todas las células cervicales son anormales o precancerosas; además estas células son las que tienen una obvia apariencia anormal” (Lazo & Aguilar, 2011,).

2.1.3.4. Carcinoma in situ (CIS).

“El Carcinoma in situ es un cáncer muy temprano; las células anormales se

encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos (...)" (Lazo & Aguilar, 2011).

2.2. Factores de riesgo

2.2.1. Teoría de riesgo.

2.2.1.1. Enfoque de riesgo.

"El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de un grupo específico" (Rigol, 2004, p.2).

"Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud" (Rigol, 2004, p.2).

"Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquéllos que más la requieran" (Rigol, 2004).

"Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor atención" (Rigol, 2004, p.2).

2.2.2. Definiciones.

2.2.2.1 Factor de riesgo.

"Un factor de riesgo es toda característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de riesgo" (Palencia et al., 2009). Estos pueden ser de tipo genético, ambiental, biológicos y psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso.

Para (Montes, 2009) "Un factor de riesgo es cualquier situación que pueda aumentar las probabilidades de una persona de contraer o desarrollar una enfermedad. En el caso de los diferentes tipos de cáncer, cada uno tiene diferentes factores de riesgo".

La OPS y diversos autores señalan la existencia de diversos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer de cuello uterino, entre las que se destacan las enfermedades de transmisión sexual, entre

ellas el papiloma viral humano y el herpes virus tipo 2, las relaciones sexuales y el parto precoz; otros autores plantean que el hábito de fumar cigarrillos y las 10 condiciones socioeconómicas adversas, entre otras, predisponen a la neoplasia maligna cervical; por otra parte, algunos autores no encuentran asociación entre el uso continuado de los anticonceptivos orales y el cáncer de cuello uterino, en tanto que otros lo señalan como factor de riesgo desencadenante de esta afección . (Montes, 2009)

Entre los factores principales desencadenantes del cáncer del cuello uterino está considerado el (VPH).

Al respecto Galván & Meléndez., (2013), mencionan que “La etiología del cáncer cervicouterino es compleja y multifactorial, sin embargo, la infección por VPH juega un papel importante, principalmente el serotipo 16, 18 y 45 para lesiones malignas”

Además también indica Galván,M & Meléndez (2013) que “otros factores se han asociado a la aparición de lesiones precancerosas como son: inicio temprano de la vida sexual, multiparidad, infecciones de transmisión sexual (chlamydia trachomatis, neisseria gonorrea y virus del herpes simple-2), tratamiento inmunosupresor, nivel económico bajo, tabaquismo, diabetes, mayor índice de masa corporal, uso de anticonceptivos orales y el nivel educativo bajo.

El Seguro Social del Perú [EsSALUD], (2011) en la guía de práctica de cáncer de cuello uterino aprobada con Resolución de Gerencia Central de prestaciones de salud N° 19, establece los factores de riesgo que darían origen al cáncer del cuello uterino, entre ellos tenemos: “Inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, promiscuidad de pareja, lugar de procedencia, infecciones de transmisión sexual, bajo nivel socio económico, multiparidad, tabaquismo, mujeres sin antecedente de control citológico, inmunodeficiencia, mujeres que utilizan anticonceptivos orales”

Al respecto la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2002, citado en Ministerio de Salud [MS], 2015), considera que los cofactores de riesgo para la progresión de lesiones precancerosas a cáncer de cuello uterino son: “Infección persistente por uno o más VPH de tipo oncogénico, inequidad de género, nivel socioeconómico bajo, inicio tardío de las pruebas de tamizaje de cáncer de cérvix, multiparidad (cuatro o más embarazos a término), uso de anticonceptivos orales (ACO) por más de cinco años, tabaquismo, infección por Clamidia o herpes virus 2, inmunosupresión por coinfección por el VIH, inmunosupresión”

A continuación citamos algunos factores de riesgo, que darían origen al cáncer de cuello uterino.

Inicio precoz de relaciones sexuales.

El inicio temprano de las relaciones sexuales repercute en las mujeres adolescentes que a muy temprana edad comienzan a llevar una vida sexual activa y como consecuencia de ello es uno de los factores asociados con el desarrollo del cáncer uterino. Se considera el principal factor de riesgo . (American Cancer Society, 2014)

Infecciones de transmisión sexual.

“Las infecciones de transmisión sexual (Chlamydia, herpes, VIH) actúan como cofactores en el desarrollo de lesiones pre neoplásicas y cáncer de cuello uterino” (Galván, 2013). “La infección por chlamydia trachomatis parece ser un cofactor en el desarrollo de lesiones pre neoplásicas y cáncer del cuello uterino, cuyo mecanismo de acción es por inducción de inflamación crónica y metabolitos mutagénicos” (Galván, 2013).

Al respecto la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2002, citado en (MS), 2015), la “Infección por Clamidia producen inflamación cervical crónica e inducen la formación de metabolitos mutagénicos.

“Se estima que casi todos los cánceres de cérvix son ocasionados por el VPH y que los subtipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cérvix” (MINSA, 2013). “La infección por el VPH es muy frecuente y se estima que el 80% de la población adulta sexualmente activa se infecta subclínicamente por algún subtipo de este virus en su vida” (MINSA, 2013).

La infección persistente por los subtipos oncogénicos es la causa principal de cáncer de cérvix, siendo los de más alto riesgo los subtipos 16, 18, 31, 33 así como 35, 39 y 45 (Que a su vez se asocian a displasia moderada, severa y cáncer de cérvix); mientras que los de menor riesgo (subtipos no oncogénicos) son los 6, 11, 40, 42, 43, 54, etc. . (MINSA, 2013).

“Recientemente se ha implementado en nuestro país la vacunación contra el VPH, utilizando la vacuna tetravalente (que incluye los subtipos 16, 18, 6 y 11), de allí que es importante conocer la situación de la infección por el VPH en mujeres” (MINSA, 2013).

Edad de la primera gestación.

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después . (American Cancer Society, 2014)

Número de embarazos.

Según Ortiz, Uribe, Díaz, & Dangond (2004): “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.

“La multiparidad, las mujeres que han tenido muchos embarazos completos tienen el riesgo mayor de padecer cáncer del cuello uterino” (American Cancer Society, 2014).

“Existe una asociación positiva entre la persistencia del VPH y los niveles altos de estrógenos que se observan durante los embarazos” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2002, citado en (MS), 2015, p.27).

Número parejas sexuales.

“La asociación entre el número de parejas sexuales y la probabilidad de detectar ADN del VPH en el tracto genital inferior es consistente” (Sánchez, 2012). “El tiempo que transcurre entre una pareja y otra, es otro factor influyente, ya que existe riesgo de infección si el lapso de tiempo entre una pareja y otra es corto” (Sánchez, 2012).

Bajo nivel educativo.

En una visión general se ha determinado que las mujeres analfabetas y de bajos recursos son las que más ignoran el tema del cáncer de cualquier tipo, hoy en día las zonas rurales y urbanas cuentan con un personal capacitado capaz de dar a conocer y prevenir este mal, ya que no solo te orientan, sino que también llevan tratamientos si es que se encuentran mujeres con este tipo de patología . (Barahona, 2010).

El tabaquismo.

“El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinomas de célula escamosa, predominante en el cáncer cervicouterino, y el de pulmón” (Palma, 2011).

Se ha propuesto la hipótesis de que los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina y cotina), al ser transportados por el sistema circulatorio y llegar al epitelio cervical, puedan iniciar o actuar como carcinógenos en las células ya afectadas por agentes

transformantes posiblemente por transmisión venérea como el Papiloma Virus Humano y el herpes virus tipo II . (Palma, 2011)

Para la Socieedad Española de Ginecología y Ostetricia (2002, citado en (MS), 2015,), mencionan que:

Las fumadoras tienen el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer cérvico uterino. Algunos sub productos del tabaco se acumulan en la mucosidad cervical, hacen que el sistema inmunológico sea menos en combatir las infecciones con VPH y dañan el ADN de las células del cuello uterino, pudiendo contribuir al origen del cáncer cervical . (Sociedad Española de Ginecología y Ostetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

Infección persistente por uno o más VPH de tipo oncogénico.

“Es el más importante; para que se origine el cáncer cérvico uterino es necesario que la mujer tenga una infección persistente por uno o más VPH de tipo oncogénico. Se considera infección persistente a la que tiene dos años o más de duración” (Sociedad Española de Ginecología y Ostetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

Inequidad de género.

“La mujer que sufre inequidades de género tiene menos acceso a los servicios de salud, ya sea porque carece de recursos económicos o porque su pareja le impide o prohíbe buscar atenciones médicas” (Sociedad Española de Ginecología y Ostetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

Nivel socio económico bajo.

“Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención en salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva” (Sociedad Española de Ginecología y Ostetricia, 2002, citado en (MS), 2015,).

Inicio tardío de las pruebas de tamizaje de cáncer de cérvix.

Toda mujer sexualmente activa debe empezar a tomarse el PAP a los 20 años de edad; no tomarse esta prueba de tamizaje la pone en riesgo, ya que puede llegar hasta las etapas tempranas del cáncer cérvico uterino invasivo sin presentar síntomas, lo que atrasaría su diagnóstico, tratamiento y empeoraría el pronóstico. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

Uso de Anticonceptivos orales (ACO) por más de cinco años.

“El estímulo hormonal exógeno de los anticonceptivos orales combinados puede favorecer la persistencia del VPH y la progresión a neoplasia; no es indicación de suspensión de los ACO, pero sí debe realizarse vigilancia epidemiológica y tamizaje del cáncer cérvico uterino regularmente” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

Según Ortiz (2004, citado en Palma, 2004):

Se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial; sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical; en un estudio multicéntrico realizado por la International Agency for Research on Cancer (IARC), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino; el riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo.

Inmunosupresión por coinfección por el VIH.

“Las lesiones cervicales precancerosas tienden a ser de mayor prevalencia, persistentes y tienen mayor probabilidad de recidiva en las mujeres viviendo con VIH / SIDA” ” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

Inmunosupresión.

“Por desnutrición, por consumo de medicamentos (esteroides o de inmunosupresores para evitar rechazo de trasplantes), por patologías inmunológicas” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2002, citado en (MS), 2015).

“Otro mecanismo atribuido a este factor para explicar su efecto en el cáncer de cérvix, es la inducción indirecta de inmunosupresión y la reducción de antioxidantes provenientes de la dieta” (Palma, 2011).

Sin embargo, actualmente se le da una importancia moderada a este factor, pero se acepta que, junto a otros, aumenta 3 veces el riesgo de padecer la enfermedad comparado con las mujeres no fumadoras y se ha reportado que existe una fuerte relación dosis – respuesta .
(Palma, 2011)

2.2.3. Dimensiones.

Las dimensiones ha sido adecuada por la autora teniendo en cuenta las teorías y definiciones de los factores de riesgo, en tal sentido tenemos a las siguientes:
Factores socio económicos (Nivel educativo, ingreso mensual, hábito al tabaco)
Evaluación Gineco Obstétrica (Inicio de las relaciones sexuales, edad de la primera gestación, número de embarazos, número de parejas sexuales, antecedente de examen de PAP, infecciones de transmisión sexual y uso de método anticonceptivo hormonal – MACO).

2.3. Marco conceptual

Cáncer.

“El cáncer, es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos”

El cáncer cervicouterino (CaCu).

Según (Ministerio de Salud de Chile [MSCH], 2010):

“El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas; en grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal”.

Prevención.

“La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes (Chocarro, 2006, citado en Palma, 2011, p. 20). “Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros; Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Chocarro, 2006, citado en Palma, 2011).

Prevención primaria.

“La prevención primaria incluye medidas específicas de protección contra la enfermedad o el trauma, como inmunización, saneamiento ambiental y protección contra riesgos ocupacionales” (Palma, 2011)

Prevención secundaria.

“La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones” (Palma, 2011).

Prevención terciaria.

“Se refiere al tratamiento de los pacientes con cáncer para evitar las complicaciones clínicas y las recidivas, para promover la rehabilitación más rápida y para limitar la discapacidad” (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica [INEN], 2004, citado en Palma).

Citología.

“Consiste en el examen de células obtenidas mediante una técnica de raspado como al PAP, punción y obtención de líquidos corporales como aspiración por toracocentesis, paracentesis o punción lumbar o métodos de lavado como el BAL”

Prueba de Papanicolaou.

Procedimiento en que se usa un cepillo pequeño o espátula a fin de extraer suavemente células del cuello uterino; las células extraídas se examinan al microscopio para determinar si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer; una prueba de Papanicolaou también puede ayudar a encontrar otras afecciones como infecciones o inflamaciones; a veces, se realiza al mismo tiempo que un examen pélvico o un examen para detectar ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) . (Instituto Nacional del Cáncer [INC], s.f)

Factor de riesgo.

“Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar, o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”

Citología cervical (Prueba de papanicolaou).

“Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células”.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Hipótesis

3.1.1. De investigación

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la neoplasia intraepitelial cervical y los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, en el año 2014.

Ho: No existe una relación estadística entre la neoplasia intraepitelial cervical y los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, en el año 2014

3.2. Variables

Independiente: Factores de riesgo

Dependiente : Neoplasia intracervical

3.2.1. Definición conceptual.

Variable Independiente: Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido” (Eche Mendía, 2011).

Variable Dependiente: Neoplasia intracervical.

“Es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III” (Sarduy, 2008).

3.2.2. Definición operacional.

V 1: Factores de riesgo.

Para identificar los factores de riesgo se hizo en base a las dimensiones: Socio económico (Nivel educativo, ingreso mensual, hábito al tabaco), evaluación Gineco obstétrico (edad de la primera gestación, inicio de las relaciones sexuales, número de embarazos, número de parejas sexuales, examen del Papanicolaou, infecciones de transmisión sexual, uso prolongado de anticonceptivos hormonales orales).

V 2: Neoplasia intracervical. Para identificar el grado de la neoplasia de las mujeres en edad reproductiva, en primer lugar se tomó la muestra citológica de Papanicolaou y se los agrupo teniendo en cuenta el grado de neoplasia siguiendo la clasificación de Bethesda.

3.2.3. Operacionalización de Variables.

VARIABLE 1	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIAS	INSTRUMENTOS
Factores de Riesgo	Socioeconómico	Nivel educativo	1	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior no universitario. Superior universitario	Cuestionario estructurado
		Ingreso mensual	2	Baja(< s/750) Mediana(750-s/1000) Alta(s/1000-s/1500) Muy alta(> s/1500).	
		Habito al Tabaco	3	Si No	
	Antecedentes Gineco – Obstétrico	Inicio de relaciones sexuales	4	Menos de 15 años De 15 a 19 años	

		De 20 a 24 años De 25 a 29 años Más de 30 años	Cuestionario estructurado
Edad de Primera gestación	5	Menos de 15 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años Más de 30 años	
Número de embarazos	6	0 1 2 3 Más de 3	
Número de parejas sexuales	7	1 2 3 Más de 3	
Examen de Papanicolaou	8	Si No	
Enfermedad Transmisión Sexual	9	Si No	
	10		

				< de 5 años De 5 años ➤ a cinco años	
		Uso de anticonceptivos orales			
VARIABLE 2	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIAS	INSTRUMENTOS
Neoplasia intraepitelial cervical	Evaluación Ginecológica	Examen citológico	-	Normal NIC I NIC II NIC III Reacción antiinflamatoria	Formato I-A- Plan Nacional de prevención de cáncer de cuello uterino.

3.3. Metodología

3.3.1. Tipo de estudio

Según su carácter la presente investigación fue descriptiva correlacional, que tuvo como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre las variables neoplasias intraepitelial cervical y los factores de riesgo”.

Al respecto Tevni (2000) indica que los estudios descriptivos correlacionales (...) pretenden medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos o más variables entre sí. “Estas relaciones se establecen dentro de una mismo contexto, y a partir de los mismos sujetos en la mayoría de los casos” (Tevni, 2000).

Según su profundidad es cuantitativo porque los datos obtenidos permitieron cuantificarlos y procesarlos estadísticamente.

Al respecto Hernández, Fernández, Baptista (2010) indican que las investigaciones cuantitativas “la recolección de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis); es decir que los datos son producto de mediciones se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar a través de métodos estadísticos” (p.5)

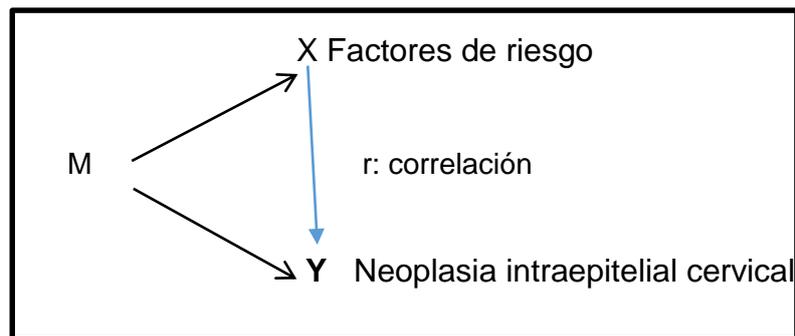
3.3.2. Diseño de estudio.

El diseño de estudio fue no experimental ya que no se aplicó ningún estímulo, se tomaron los datos tal como se encontraron en la realidad y es transaccional porque los datos se encontraron en un solo momento.

Al respecto Hernández, et al., (2006) indica que la investigación no experimental “Son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ámbito natural para después analizarlos”

“Los diseños transeccionales o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado” (Hernández et al., 2010).

El diseño que se utilizó en el presente trabajo de investigación es transaccional correlacionar ya que permitió a la investigadora analizar y estudiar la relación de la neoplasia intraepitelial cervical y su relación con los factores de riesgo.



M: Muestra

Y: Neoplasia Intra cervical

r: Correlación de Spiderman

X: Factores de Riesgo

3.4. Población y muestra.

3.4.1. Población.

Según Selltiz et al., (1980, citado en Hernández et al., 2010) “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.174). En la presente investigación se consideró a todas las mujeres en edad fértil que hayan tenido relaciones sexuales y con la toma citológica I Papanicolaou en el Centro de Salud Omia y que en total fueron 162 mujeres.

3.4.2. Muestra.

Para Hernández et al., (2010) “La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población; digamos que es un sub conjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus característica al que llamamos población”. En nuestro caso

se tomó una muestra equivalente a las unidades de análisis de la población, la cual fue por conveniencia de la autora, ya que fue posible hacer el estudio con todas; en tal sentido formaron parte del estudio 22 mujeres que de acuerdo a los resultados del Papanicolaou tuvieron citología positiva y 140 mujeres cuyo resultado de la indicada prueba fue negativa.

3.5. Métodos de investigación.

En el presente estudio se utilizó el método Hipotético deductivo, ya que nos permitió contrastar la hipótesis de estudio y a partir del cual se realizó el análisis desde un contexto general hacia lo particular.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1. Técnica

3.6.1.1. De Gabinete.

Se utilizó el fichero electrónico, para registrar las citas bibliográficas, y las referencias bibliográficas en las cuales se utilizó la sexta edición de acuerdo a las normas APA. Además se utilizó las fichas físicas de resumen para organizar el marco teórico.

Al respecto Carrasco (2005), manifiesta que “El fichaje usado como técnica de recopilación de datos consiste en registrar o consignar información significativa y de interés para el investigador, por escrito, en tarjetas de diferentes tamaños llamadas fichas” (p.280)

3.6.1.2. De campo.

A través de esta técnica recopilamos información. Se utilizó la técnica observacional indirecta, para detectar los casos de neoplasia intraepitelial cervical se tomó la muestra citológica de Papanicolaou a las mujeres en edad fértil que acudieron al Centro de Salud Omia, dichas muestras fueron enviadas a un laboratorio para ser analizadas a través de un microscopio electrónico. Los factores de riesgo se identificaron a través de un cuestionario estructurado elaborado por la autora, así mismo se utilizó la técnica documental.

Al respecto sobre la técnica documental Carrasco (2005) indica que “con este nombre se denomina a aquellas técnicas que permiten obtener y recopilar información contenida en documentos relacionados con el problema y objetivo de investigación” (p.275).

3.6.2. Instrumentos.

Neoplasia Intraepitelial cervical:

El instrumento utilizado fue a través de una ficha de registro del Formato I – A de Salud Sexual y Reproductiva del Plan Nacional de prevención de Cáncer Uterino.

Factores de Riesgo

El instrumento que se utilizó para detectar los factores de riesgo fue a través de una ficha de cuestionario estructurado el cual consta de 10 ítems: Nivel educativo, ingreso mensual, hábito al tabaco, inicio de las relaciones sexuales, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de parejas sexuales, antecedente de Papanicolaou, Infecciones de Transmisión sexual, uso de método anticonceptivo oral.

Validación del instrumento

La ficha de cuestionario fue validada por juicio de expertos, los cuales evaluaron de acuerdo a los criterios de: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia.

3.7. Método de análisis de datos.

Se realizó el procesamiento estadístico utilizando SPSS versión 22 y Excel 2012 para la presentación, de los resultados finales de la investigación. Los resultados se muestran mediante cuadros y gráficos descriptivos. Las pruebas de hipótesis fueron demostradas usando las tablas de contingencia mediante la Prueba Chi Cuadrado.

3.7.1. Análisis mediante tablas de contingencia.

Se respondió a los objetivos de la presente investigación, presentando una estrategia de respuesta usando algunos criterios estadísticos confiables de acuerdo a la información obtenida del cuestionario y los formatos del Ministerio de Salud dentro del Plan de prevención de cáncer de cuello uterino. Se analizó la presencia de citología con NIC asociándolos con preguntas del cuestionario, a bien de verificar si pueden o no manifestarse como factores de riesgo.

3.7.2. El análisis se realizó de la siguiente manera:

La presentación de tablas de contingencia, mostrando en las columnas la presencia de NIC o citología anormal y en las filas las variables para inferirse como potenciales factores de riesgo.

Se realizó la prueba de independencia (Chi cuadrado), con la que se verificó la existencia del grado de asociación entre las variables. El análisis de una tabla de este tipo parte del supuesto estadístico que las dos variables son independientes. Esto es, bajo la hipótesis nula de independencia se desea saber si existe diferencia significativa entre las frecuencias que se observaron y las correspondientes frecuencias que se esperan, con la finalidad que la hipótesis nula se rechace.

El grado de significación de Chi-cuadrado (p) es una medida más exacta que el propio valor de Chi y por ello emplearemos este dato para comprobar si el resultado es significativo o no.

Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas tienen algún grado de dependencia y si existe relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población. Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población y lo consideramos suficiente para aceptar.

El valor de 0,05 es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza del 95%. Se analiza en conjunto la información mostrada de las secuencias antes mencionadas y a partir de ello se infieren las conclusiones de las mismas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS

4.1 Descripción.

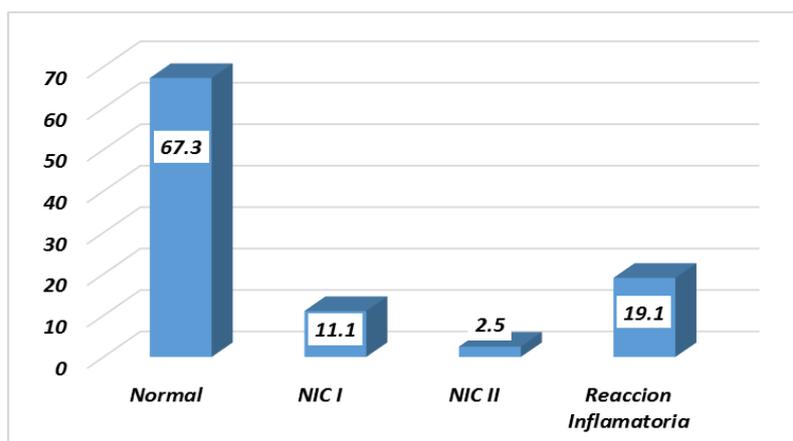
4.1.1. Neoplasia intra epitelial cervical.

Tabla 1. Distribución de las las mujeres en edad fértil, de acuerdo a los resultados del Papanicolaou, que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	109	67.3
NIC I	18	11.1
NIC II	4	2.5
Reacción Inflamatoria	31	19.1
Total	162	100.0

Fuente: Base de datos

Figura 1. Neoplasia Intracervical en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente: Tabla 1

El cuadro y gráfico anterior muestra el resultado de la citología cervical de las 162 mujeres tamizadas: el 67.3% resultado normal, el 11.1 % y el 2.5 % presentaron

y II respectivamente, y el 19.1% de las mujeres tamizadas presento reacción inflamatoria.

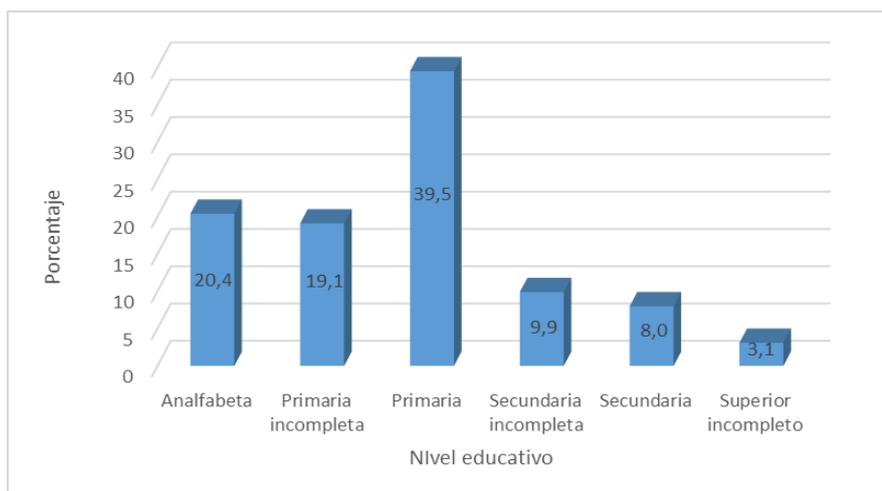
1.4.2. Factores de riesgo.

Tabla 2. Distribución del nivel **educativo** de las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	33	20.4
Primaria Incompleta	31	19.1
Primaria Completa	64	39.5
Secundaria Incompleta	16	9.9
Secundaria Completa	13	8
Superior no Universitaria	5	3.1
Total	162	100

Fuente: Base de datos

Figura 2. Nivel educativo de las mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente: Tabla 2

En la figura 2 se observa que el 20,4% son analfabetas y que el 79,60% son alfabetas; teniendo en el grupo de estudio como mayor porcentaje en el nivel de

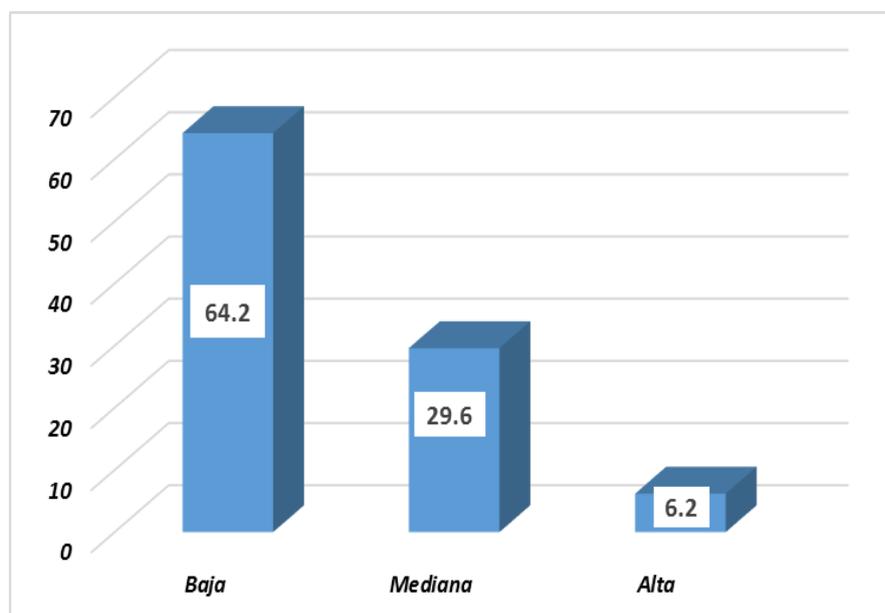
primaria completa (39,5%) y el menor porcentaje (3,1%) cuyo grado de instrucción es superior no universitaria.

Tabla 3. Distribución de las mujeres en edad fértil de acuerdo a su ingreso mensual las cuales acudieron al Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	104	64,2
Mediana	48	29,6
Alta	10	6,2
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 3. Ingreso mensual de las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente: Tabla 3

Se observa que, dentro de las 5 categorías anexadas a la condición socioeconómica para el presente estudio, sólo tres fueron las características con mayor frecuencia. El 64,2% de las entrevistadas responden a una condición socioeconómica baja, el 29,6 % su condición es mediana y sólo un 6,2% tienen una condición económica alta.

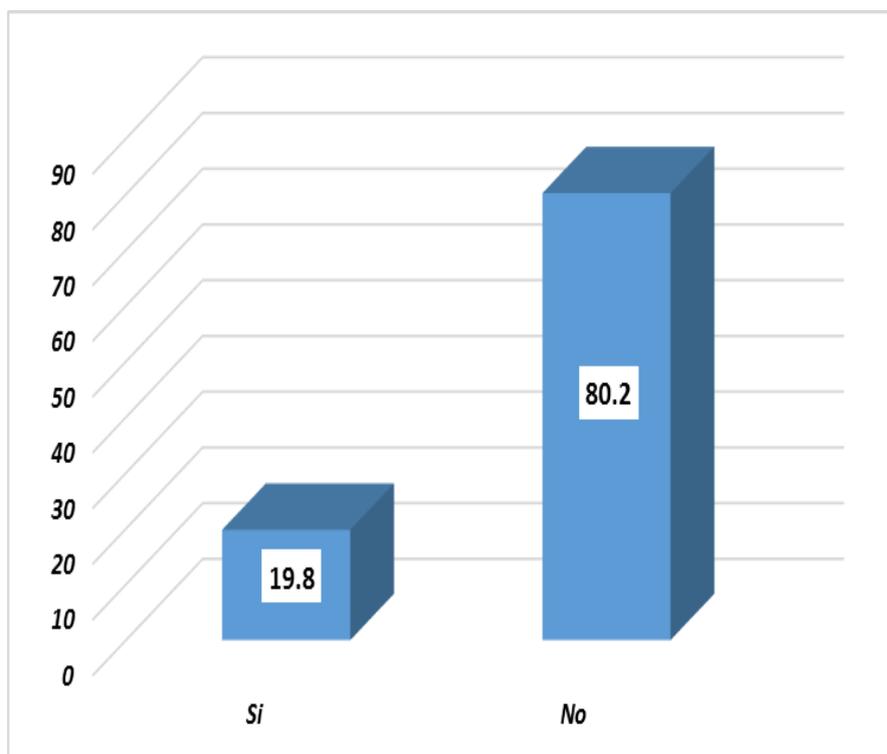
Tabla 4 Distribución de las mujeres en edad fértil de acuerdo a su hábito de tabaco, las cuales fueron atendidas en el Centro de Salud de Omia en el 2014

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	19,8
No	130	80,2
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 4: Hábito de tabaco en las mujeres en edad fértil de acuerdo a su hábito de tabaco y que fueron atendidas en el Centro de Salud de Omia en el 2014.

Fuente : Tabla 4



De la tabla y figura (4), se puede deducir que el 80.2 % de las mujeres entrevistadas no tienen hábitos de fumar y un 19.8 % respondió afirmativamente.

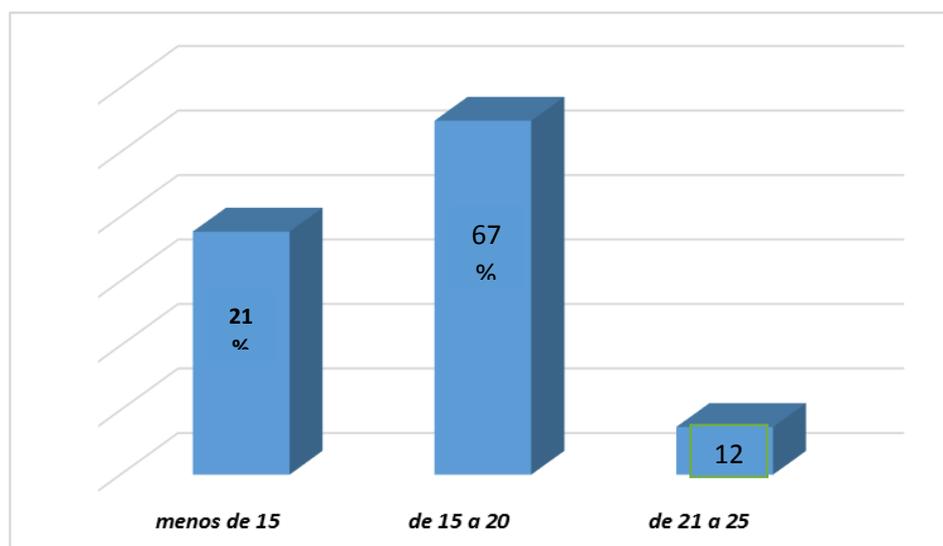
Tabla 5. Distribución de la Edad de **Inicio de Relaciones Sexuales** en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 años	61	37,7
De 15 a 19 años	89	54,9
De 20 a Mas	12	7,4
Total	162	100,0

Base de

Fuente: datos

Figura 5. Inicio de relaciones sexuales en mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente: Tabla 5

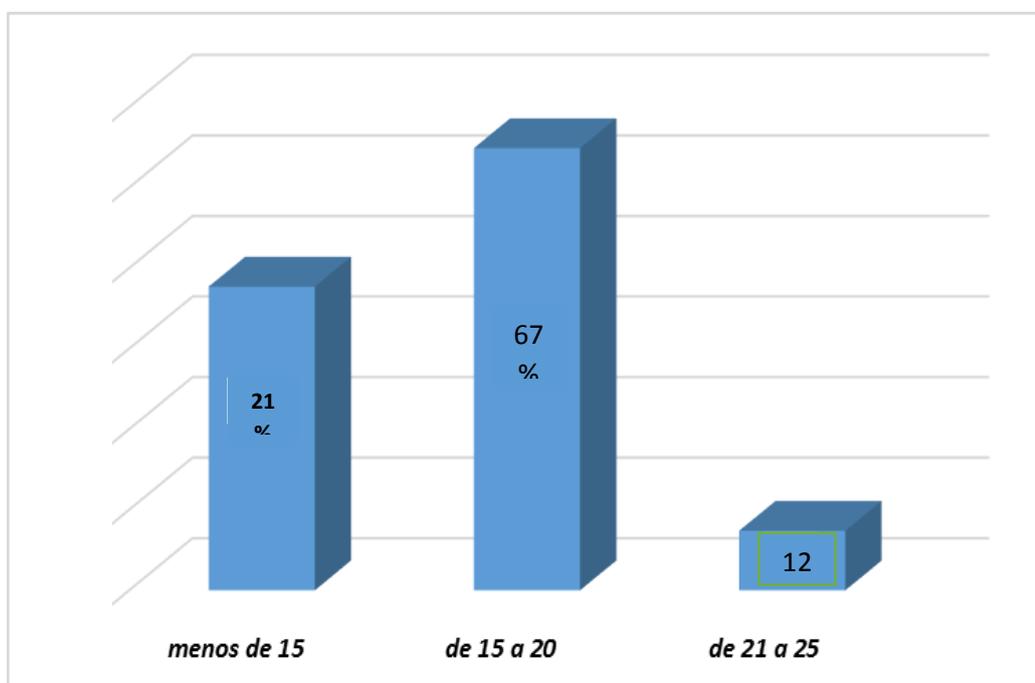
Se observa de la información anterior que el 67% de las mujeres entrevistadas para el presente estudio, afirmaron haber iniciado su actividad sexual entre los 15 y 20 años, un 21% antes de los 15 años y sólo un 12% hace saber que se inició luego de los 20 años.

Tabla 6. Distribución de la **Edad de primera gestación** en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Omía en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 años	61	21
De 15 a 19 años	89	67
De 20 a 25 años	12	12
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 6. Edad de primera gestación en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Omía en el 2014.



Fuente: Tabla 5

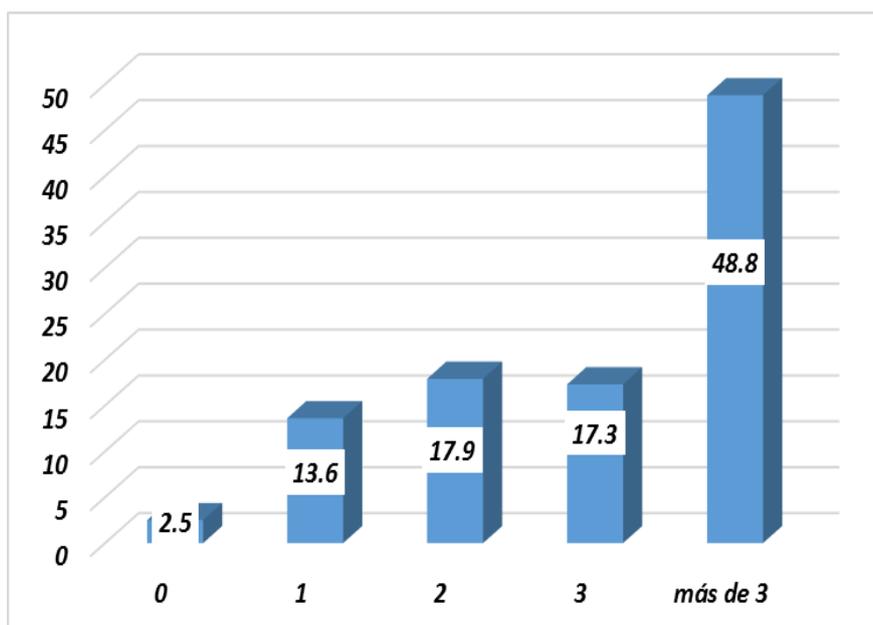
En la tabla y figura anterior se muestra que el 21% de las mujeres entrevistadas indicaron que su primera gestación la tuvieron cuando tenían menos de 15 años, el 67% refieren haber tenido entre los 15 a 20 años y el 12% indicaron que han tenido la primera gestación cuando han tenido a más de 20 años.

Tabla 7: Distribución del número **de embarazos** en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
0	4	2,5
1	22	13,6
2	29	17,9
3	28	17,3
Más de 3 embarazos	79	48,8
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos, anexo 2

Figura 7. Número de embarazos en mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente: Tabla 6

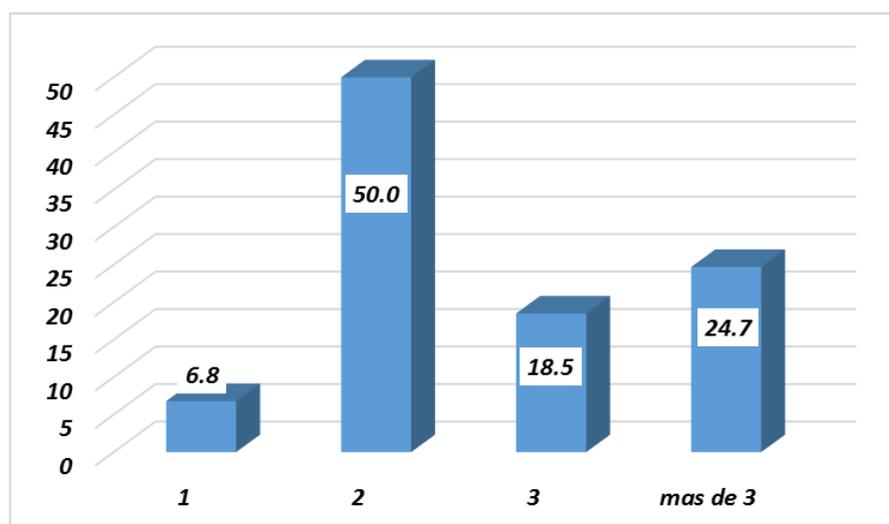
El cuadro y figura anterior muestra que el 48.8 % de las mujeres entrevistadas han tenido más de 3 embarazos, seguido de un 17.9 % con dos embarazos, 17.3 % con tres, el 13.6 % con un embarazo y por último un 2.5 % que no presenta embarazo ninguno.

Tabla 8. Distribución del **número de parejas sexuales** en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
1	11	6,8
2	81	50,0
3	30	18,5
Más de 3	40	24,7
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos, anexo 2

Figura 8. **Número de parejas sexuales** de las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente : Tabla 7

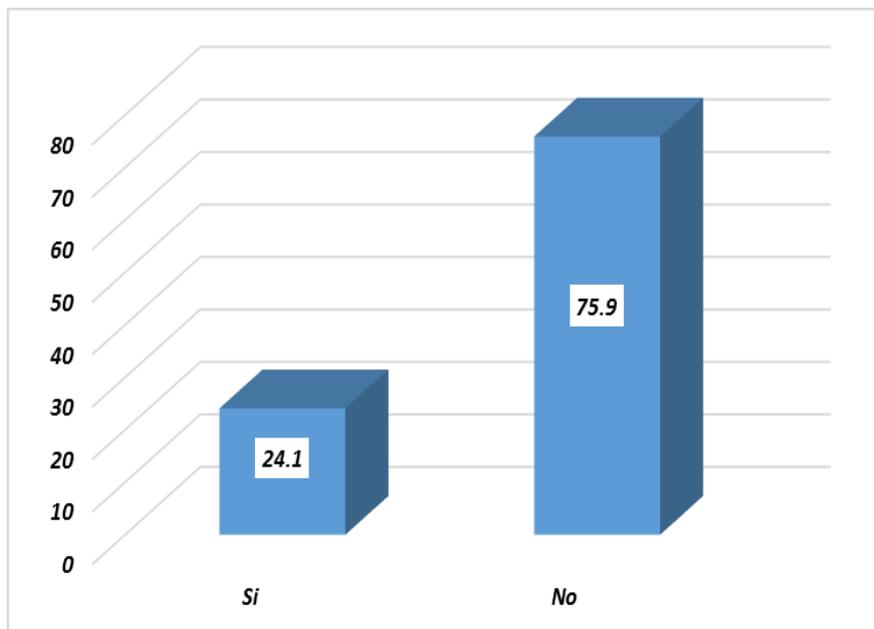
En la tabla y figura se muestra que el 50% de las mujeres entrevistadas afirman tener o haber tenido 2 parejas sexuales, un 24.7 % más de tres, el 18.5 % tres y el 6.8 % afirma haber tenido sólo1 pareja.

Tabla 9. Distribución de mujeres en edad fértil que indicaron haberse evaluado a través del **examen de Papanicolaou**.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	24.1
No	123	75.9
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos, anexo 2

Figura 9. Antecedente de **examen de Papanicolaou** de las mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el Centro de salud Omia



Fuente: Tabla 12

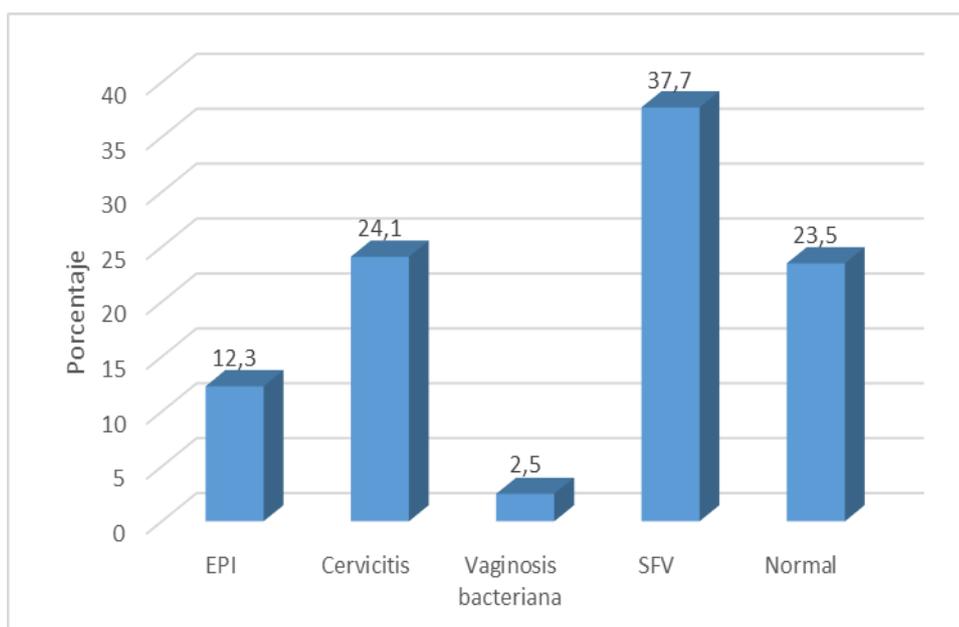
En la Tabla y la figura anterior se aprecia que de 162 pacientes entrevistados el 75.9 % no se había realizado el examen de Papanicolaou en alguna oportunidad; solo el 24.1 % de entrevistadas se habría realizado en algún momento un examen previo.

Tabla 10. Distribución de las **ITS en el último año** en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
EPI	20	12.3
Cervicitis	39	24.1
Vaginitis Bacteriana	4	2.5
Sd de FV	61	37.7
No Presento	38	23.5
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 10. **ITS en el último año** en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omia en el 2014.



Fuente: Tabla 9

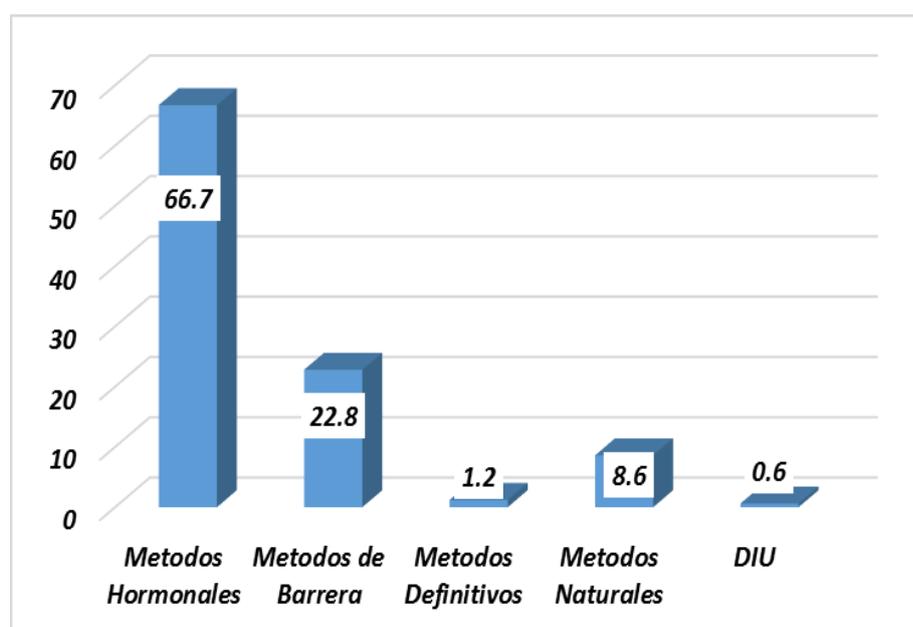
En la tabla y figura anterior se puede observar que el 37.7 % de mujeres presentaron Síndrome de Flujo Vaginal, seguido 24.1 % en casos de cervicitis, existiendo un número importante de mujeres que no presentaron ningún tipo de complicación es decir el 23.5 % de la población entrevistada.

Tabla 11. Distribución del uso de métodos **anticonceptivos** en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omía en el 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Métodos Hormonales (MACO)	104	66.7
Métodos de Barrera	37	22.8
Métodos Definitivos	2	1.2
Métodos Naturales	18	8.6
DIU	1	0.6
Total	162	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 11. Uso de **métodos anticonceptivos** de las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Centro de Salud de Omía en el 2014.



Fuente: Tabla 10

El 66.7 % de las mujeres entrevistadas en el presente estudio de investigación usan métodos anticonceptivos hormonales (MACO), el 22.8 % usan métodos barrera, el 8.6 % usan el método natural, 1.2 % utilizaron métodos definitivos y sólo un 0.6 % el dispositivo intrauterino.

4.3. De la comprobación de las hipótesis.

H₁: La neoplasia intraepitelial cervical está relacionada con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud Omia en el año 2014.

Se utilizó las Tablas de Contingencia y la Chi Cuadrada. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de (0.05). Si la Chi cuadrada es mayor que la Chi tabular y si el p valor es menor que el nivel de significancia se acepta la hipótesis de investigación.

Tabla 12. Tabla de contingencia **Nivel Educativo** vs. Presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
Nivel Educativo	Analfabeta	3 2,8%	2 11,1%	0 0,0%	0 07%	5 3,08%
	Alfa beta	106 97,0%	16 88,9%	4 100,0%	31 100,0%	157 96,9%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

En la tabla se observa que el 88,9 %(16) y 100,0%(4) de las neoplasias Grado I y II respectivamente, presentaron un grado de instrucción. En cambio en las que no hay presencia de esta enfermedad el 97% son alfabetas, además se observa que el 96,9% son alfabetas.

Tabla 13. Prueba de chi cuadrado del **Nivel Educativo**.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,152 ^a	3	,180	,047

Mediante la prueba de independencia hay relación entre las mismas, no hay evidencia alguna que se manifieste como un factor de riesgo $P > 0,05$ ($0,180 > 0,05$), por lo tanto el resultado no es significativo es decir aceptamos la hipótesis nula de independencia.

Tabla 14. Tabla de contingencia **Ingreso Mensual** vs. Presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
Ingreso Mensual	Baja	99	1	4	0	104
		90,8%	5,6%	100,0%	0,0%	64,2%
	Mediana	10	13	0	25	48
		9,2%	72,2%	0,0%	80,6%	29,6%
	Alta	0	4	0	6	10
		0,0%	22,2%	0,0%	19,4%	6,2%
Total		109	18	4	31	162
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

Se observa que el 72,2 % NICI pertenecen al nivel medio y el 100,0% de las pacientes que tienen NICII su condición económica es baja. En cuanto a las pacientes que tienen reacción inflamatoria el 80,6% su condición económica es mediana. En cuanto a las personas que no tienen esta enfermedad el 90,8% su condición económica es baja.

Tabla 15. Prueba de chi cuadrado del **Ingreso Mensual.**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,042 ^a	6	,000

La tabla muestra los resultados de la prueba de Chi cuadrado, se observa un valor de $P < 0,05$ ($0,000 < 0,05$) por lo tanto bajo un nivel de confianza del 95% se afirma que existe relación estadística entre el ingreso mensual y la presencia de citología NIC.

Tabla 16. Tabla de contingencia Hábito del Tabaco vs. Presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
Hábito del Tabaco	Si	31 28,4%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	31 19,1%
	No	78 71,6%	18 100,0%	4 100,00%	31 100,0%	131 80,7%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

En la tabla se observa que el 71,6% de las mujeres en edad fértil no tienen el hábito de fumar, el 100% de mujeres que tienen NIC I, NIC II y reacciones inflamatorias no fuman.

Tabla 17. Prueba de chi cuadrado del Hábito de Tabaco.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación unilateral
Chi-cuadrado de Pearson	17,321 ^a	3	,1

No existe algún grado de relación entre la variable hábito de tabaco y la presencia de neoplasia intracervical con una $X^2(3) = 17.321$, $0,1 > 0.05$. Además, no se encontró una relación estadísticamente significativa, y directamente proporcional

Tabla 18. Tabla de contingencia **edad de la primera gestación.**

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
edad de la primera gestación	menor de 15 años	23 21.0%	6 33.0%	0 0,0%	9 29,0%	34 21.0%
	de 15 a 20 años	76 70.0%	10 56,0%	4 100,0%	19 61,0%	109 67,0%
	de 21 años a +	10 9.0%	2 11.0%	0 0.0%	3 10.0%	19 12.0%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

En la tabla se puede observar que el 33%(6) que tienen NIC1 son menores de 15 años y que en esas edades han tenido su primera gestación y que el 56%(10) tienen NIC1

y el 100% NICII las edades de su primera gestación se encuentran entre los 15 a 20 años.

Tabla 19. Prueba de chi cuadrado *edad de la primera gestación.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,135 ^a	1	,002

Existe grado de relación entre el indicador denominado primera gestación y la presencia de neoplasia intracervical teniendo una Chi cuadrada calculada ($X^2 = 12.135$) que es mayor a la Chi cuadrado tabular ($X^2=3.841$); además el p valor es menor al nivel de significancia ($0,002 < 0.05$). Por lo tanto bajo un nivel de confianza del 95% se afirma que existe relación entre las dos variables de estudio.

4.1.3. Factores Gineco obstétricos

Tabla 20. Tabla de contingencia Inicio Precoz de Relaciones Sexuales vs. Presencia de NIC.

		Inicio precoz de relaciones sexuales				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
edad de la primera gestación	menor de 15 años	23 21.0%	6 33.0%	0 0,0%	9 29,0%	34 21.0%
	de 15 a 20 años	76 70.0%	10 56,0%	4 100,0%	19 61,0%	109 67,0%
	de 21 años a +	10 9.0%	2 11.0%	0 0.0%	3 10.0%	19 12.0%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

En la tabla se puede observar que el 33%(6) que tienen NIC1 son menores de 15 años y que en esas edades han iniciado su primera relación sexual y que el 56%(10) tienen NIC1 y el 100% (4) NICII las edades de su primera relación coital se encuentran entre los 15 a 20 años.

Tabla 21. Prueba del chi cuadrado del Inicio Precoz de Relaciones Sexuales.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,102 ^a	6	,000

Existe grado de relación entre la variable inicio precoz de relaciones sexuales y la presencia de neoplasia intracervical o hallazgo anormal con una $X^2 (6) = 54.102$, y una X^2 tabular 12.59 en tal sentido la Chi calculada es mayor que la tabulada; además el p valor (0,000) es menor que el nivel de significancia ($p < 0.05$). Por tanto, el indicador relaciones sexuales precoces se relaciona con la presencia de la neoplasia intra epitelial cervical.

Tabla 22. Tabla de contingencia Número de embarazos vs. Presencia de NIC.

	Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
	Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
0	3 1,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,6%	4 2,5%
1	21 13,0%	0 0,0%	1 25,0%	0 0,0%	22 13,6%
2	29 26,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	29 17,9%
3	28 17,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	28 17,3%
más de 3	28 17,3%	18 100,0%	3 75,0%	30 18,5%	79 48,8%
Total	109 67,3%	18 11,1%	4 2,5%	31 19,1%	162 100,0%

Fuente: Base de datos

De la tabla anterior se observa que el 100% y 75% de las mujeres que tienen NIC1 y NICII respectivamente, han tenido más de 3 embarazos.

Tabla 23. Prueba de chi-cuadrado de número de embarazos.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,858 ^a	1	,009

La tabla que muestra los resultados de la Prueba Chi Cuadrado anterior, se observa un valor de p menor que α ($0,009 < 0,05$), por tanto, bajo un nivel de confianza del 95% se afirma que existe alguna relación estadística significativa entre el número de embarazos y la presencia de citología NIC en las mujeres entrevistadas.

Tabla 24. Tabla de contingencia Número de parejas sexuales vs. Presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
Número de Parejas Sexuales	1	10 9,2%	0 0,0%	0 0,0%	1 3,2%	11 6,8%
	2	79 72,5%	0 0,0%	2 50,0%	0 0,0%	81 50,0%
	3	15 13,8%	5 27,8%	2 50,0%	8 25,8%	30 18,5%
	más de 3	5 4,6%	13 72,2%	0 0,0%	22 71,0%	40 24,7%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

Se observa del cuadro anterior que el 72,2% (13) de las mujeres que tienen la citología con neoplasia intraepitelial cervical Grado I tienen más de 3 parejas y el 100% que tienen NICII tienen más de dos parejas.

Tabla 25. Prueba de chi-cuadrado de Número de parejas sexuales.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,542 ^a	1	,000

La tabla anterior muestra los resultados de la Prueba Chi Cuadrado, se observa un valor de p menor que α ($0,000 < 0,05$), por tanto, bajo un nivel de confianza del 95% se afirma que existe alguna relación estadística entre el número de parejas y la presencia de citología NIC en las mujeres entrevistadas.

Tabla 26. Tabla de contingencia de Examen de Papanicolaou vs presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
Examen de Papanicolaou alguna vez	Si	38 34,9%	1 5,6%	0 0,0%	0 0,0%	39 24,1%
	No	71 65,1%	17 94,4%	4 100,0%	31 100,0%	123 75,9%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

Se observa que el 94,4% con NIC1 no se hicieron anteriormente la prueba del Papanicolaou y el 100% con NICII, tampoco se hicieron la indicada prueba.

Tabla 27. Prueba de chi Examen de Papanicolaou.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,479 ^a	3	,000

Según los resultados tenemos una Chi calculada (22,479) y una Chi tabulada de (7,815) la cual es menor que la indicada anteriormente; así mismo el p valor (0,000) es menor que el nivel de significancia (0.05). Datos que permitieron inferir que existe relación entre los antecedentes de Papanicolaou que realizaron las mujeres en edad fértil y la presencia de neoplasia intraepitelial cervical.

Tabla 28. Tabla de contingencia de Enfermedades de Transmisión Sexual vs presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
		84	11	4	25	124
Enfermedad de Transmisión Sexual actual	Si	77,1%	61,1%	100,0%	80,6%	76,5%
	No	25 22,9%	7 38,9%	0 0,0%	6 19,4%	38 23,5%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

En la tabla podemos describir que el 61,1(11) y el 100,0%(4) de los NICI, NICII respectivamente presentaron alguna infección de transmisión sexual coincidiendo con la literatura vigente.

Tabla 29. Prueba de chi Infección de Transmisión Sexual.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,920 ^a	3	,027

Existe grado de relación entre la variable Infección de Transmisión Sexual y la presencia de neoplasia intracervical o hallazgo anormal con una $X^2 (3) = 13.920$, $p < 0.05$. En tal sentido según los resultados podemos afirmar que las infecciones de Trasmisión Sexual tienen cierta relación a la neoplasia intra epitelial cervical.

Tabla 30. Tabla de contingencia **Uso de anticonceptivos hormonales** vs. Presencia de NIC.

		Presencia de NIC o Hallazgo Citológico Anormal				Total
		Normal	NIC I	NIC II	Reacción Inflamatoria	
Método Anticonceptivo	Métodos Hormonales orales	68 63,0%	13 72,2%	3 75,0%	20 64,5%	104 64,2%
	No Métodos Hormonales	41 37,0%	5 27,8%	1 25,0%	11 35,5%	58 35,8%
Total		109 100,0%	18 100,0%	4 100,0%	31 100,0%	162 100,0%

Fuente: Base de datos, anexo 2

En la tabla N° 38 se observa que el 72,2%(13) y 75,0(3)% de las mujeres que presentan citología con neoplasia intra epitelial cervical I y II respectivamente son aquellas que usan anticonceptivos hormonales orales.

Tabla 31. Prueba de chi cuadrado de uso de anticonceptivos hormonales.

Pruebas de Chi-Cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,381 ^a	1	,000

La tabla anterior muestra prueba de independencia Chi Cuadrado, en ella se observa un valor de p menor que α ($0,000 < 0,05$), por tanto, bajo un nivel de confianza del 95% se afirma que existe alguna relación estadística entre el uso de anticonceptivos orales y la presencia de citología NIC en las mujeres entrevistadas.

4.2. Discusión

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública, por los valores de incidencia y mortalidad presentados en la actualidad, particularmente son afectadas las mujeres de América Latina. Es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer en el Perú. Y sobre todo en la región Amazonas uno de los departamentos más vulnerables ante diversas enfermedades, es así que el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar con un 18.9% corresponde al cáncer de cérvix durante el periodo 2006-2011, datos obtenidos del sistema Nacional de vigilancia epidemiológica.

En relación a los resultados tenemos:

En relación a su nivel educativo de las mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el Centro de Salud Omia el 88,9 %(16) y 100,0%(4) de las neoplasias Grado I y II respectivamente, presentaron un grado de instrucción, y en el 97% de las mujeres tamizadas también son alfa betas, datos que de acuerdo a la prueba de independencia, no se evidencia que entre los indicadores de grado de instrucción y presencia de NIC haya relación ya que $p > 0,05$ ($0,180 > 0,05$), Por supuesto que el nivel educativo de las personas es importante para tomar decisiones sin embargo en el presente no es evidente en la población en estudio, sin embargo se debe de tener presente a lo indicado por Barahona (2010) quien menciona que “las mujeres analfabetas son las que más ignoran el tema de cáncer” (p.10).

En cuanto a su ingreso económico de las mujeres en edad fértil, destaca que el 72.2%(13) y el 100.0%(4) de las citologías positivas NICI Y NICII muestra un nivel económico mediano a bajo respectivamente; con lo que se infiere que por no contar con los medios económicos suficientes no invierten en su salud y/o en una canasta familiar ideal. Esto se corrobora por lo indicado por el MINSA (2013), quienes determinan que la pobreza empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud, por otro lado la enfermedad del cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el presupuesto para las necesidades básicas.

Con respecto al consumo de tabaco con citología positiva, el 100.0%(18) y el 75.0%(3) de NICI y NICII, refieren no tener habito al tabaco, resultado que nos hace encontrar que no existe una relación estadísticamente significativa entre las dos variables. Sin embargo el estudio realizado por (Payan, 2013) detectó las personas con lesiones intraepiteliales escamosas cervicales de bajo y alto grado encontró tabaquismo positivo de 82% y 75% para ambos grupos.

En cuanto se refiere a la edad de la primera gestacion se obtuvo que mujeres con resultados citológicos positivos el 33%(6) que tuvieron NIC1 son menores de 15 años, además el 56%(10) que tienen NIC1 y el 100% NICII la edad de su primera gestación se encuentra entre los 15 a 20 años; de acuerdo a la Chi cuadrada obtuvimos relación entre los dos indicadores; estos datos son corroborados con los estudiados por (Rodríguez, et al., 2009) los cuales indican que “a menor edad en el primer parto aumenta de forma significativa el riesgo de padecer cáncer (13 veces mayor en menores de 20 años)” (p.42).

En lo que concierne al inicio de las relaciones sexuales en la presente investigación se obtuvo que las mujeres con resultados citológicos positivos el 33%(6) que tuvieron NIC1 y NIC2 tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años, inclusive antes de los 15 años, en tal sentido de acuerdo a las medidas estadísticas existe relación entre estos dos indicadores; el cual tiene similitud con la investigación realizada por (Rodríguez, et al., 2009, p.42) y Domínguez (2012, p.22) en la que consideraron el riesgo de inicio de su vida sexual de las estudiadas, el primer en edades precoces y el último antes de los 16 años. El primero considera que “las relaciones sexuales en forma precoz da un riesgo de 80 veces mayor en las edad de 14 años” (pp.42-43).

Así mismo Lazo y Aguilar, 2011, p37) en un estudio realizado encontró que el 50% de pacientes con citología cervico uterina positiva, habían iniciado sus relaciones sexuales entre 11 y 15 años, de las cuales el 9 (42%) fueron diagnosticadas con NICI.

En lo que respecta a la paridad los resultados fueron que el 100% y 75% de las mujeres que tienen NIC1 y NICII respectivamente, han tenido más de 3 embarazos; datos que fueron analizados con la prueba de independencia Chi cuadrada y en la que se tuvo que existe relación entre los indicadores por ser el p valor menor al de significancia. Estos resultados son cotejados con las de Cabrera (2006-2011) en la que indica que la multiparidad es un factor de riesgo ya que el 68,5% de estas mujeres en ese estudio tuvieron la presencia del cáncer del cuello uterino.

En lo que respecta al número de parejas sexuales en el presente se obtuvo que el 72,2% (13) de las mujeres que tienen la citología con neoplasia intraepitelial cervical Grado I tienen más de 3 parejas y el 100% que tienen NICII tienen más de dos parejas, datos que de acuerdo a la prueba de independencia Chi cuadrada por ser el valor p menor que el de significancia nos indica que existe relación entre los indicadores. Esto se consolida con el estudio de Lazo y Aguilar (2012) ya que en su estudio encontró que el 78,5% tuvieron 2 a 3 parejas sexuales y que de ese grupo el 48,48%(16) tuvieron cáncer INSITU, el cual dijo que “al mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo de citología cervical” (p.78).

En relación a que si las mujeres en edad fértil se hicieron la prueba de Papanicolaou alguna vez, el 94,4% con NICI y el 100% de NICII indicaron no haberse hecho en ninguna ocasión. Estos datos se relacionaron y con la prueba de independencia se obtuvo que ambas se relacionan. Pues, relacionándolo con los hallazgos encontrados por Rodríguez (2009), indica que el riesgo fue de 2,7 veces mayor en las que no se realizaban la prueba cada 2 años según lo establecido.

En cuanto a la presencia de Transmisión sexual el 61.1.2% (11) y el 100% (4) de pacientes con citología positiva refirieron haber tenido como antecedente una Infección de transmisión sexual y a la vez refieren que alguna de ellas recibió tratamiento antes de la toma de Papanicolaou. En el presente estudio de las 31 entrevistadas el 80,6% (25) presentaron reacción inflamatoria probablemente esté relacionada a las personas que no recibieron el tratamiento oportuno. Sin embargo

se debería tomar en cuenta estos resultados por existir evidencias científicas irrefutables que han demostrado que el cáncer de cuello uterino es en realidad una secuela a largo plazo de una infección de transmisión sexual (I.T.S) no resuelta y provocada por ciertos genotipos del VPH (Sánchez, 2012).

Las infecciones de transmisión sexual (Chlamydias, herpes, VIH) actúan como cofactores en el desarrollo de lesiones pre neoplásicas y cáncer de cuello uterino cuyo mecanismo de acción es por inducción de inflamación crónica y metabolitos muta génicos.

En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos oral, se observa que del total de casos de citología positiva un 73.0% usaron métodos hormonales orales; al respecto se indica a través del MINSA (2013) que el uso de métodos anticonceptivos orales combinados durante 10 años o más parece acelerar el desarrollo de la infección por VPH persistente en cáncer cervical se asocia con AOC es muy pequeña , por lo que como hipótesis se postula que los estrógenos y progestágenos pueden potenciar la expresión de genes de VPH en el cérvix a través de mecanismos mediadores por receptores de respuesta hormonal en el genoma viral. MINSA (2013).

CONCLUSIONES Y REFERENCIAS

Conclusiones

1. La presencia de Neoplasia Intraepitelial cervical se encuentra asociada con algunos factores de riesgo en algunas mujeres de edad fértil atendidas en el Centro de Salud de Omia la cual la sustenta las tablas de contingencia a través la prueba Chi Cuadrado.
2. No existe relación entre la Neoplasia Intraepitelial y el nivel educativo de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud de Omia, ya que el p valor es mayor que el nivel de significancia ($0,180 > 0,05$). (Tabla 16).
3. Existe relación entre la Neoplasia Intraepitelial y los ingresos económicos de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud de Omia, ya que el p valor ($0,000$) es menor que el nivel de significancia ($0,05$). (Tabla 18).
4. No existe relación entre el consumo de tabaco ya la presencia de neoplasia intracervical, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor es ($0,1$) que es mayor al nivel de significancia ($0,05$).
5. Existe relación entre la neoplasia intracervical y la primera gestación, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor ($0,013$) y el nivel de significancia es de ($0,05$).
6. Existe relación entre la neoplasia intracervical y el inicio precoz de las relaciones sexuales, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor ($0,013$) y el nivel de significancia es de ($0,05$).
7. Existe relación entre la neoplasia intracervical y el número de embarazos, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor ($0,0009$) y el nivel de significancia es de ($0,05$).
8. Existe relación entre la neoplasia intracervical y el número de parejas sexuales, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor ($0,000$) y el nivel de significancia es de ($0,05$).
9. Existe relación entre la neoplasia intracervical y los antecedentes de la toma de Papanicolaou, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor ($0,0009$) y el nivel de significancia es de ($0,05$).

- 10.** Existe relación entre la neoplasia intracervical y las infecciones de Transmisión sexual, en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor (0,154) y el nivel de significancia es de (0,05).
- 11.** Existe relación entre la neoplasia intracervical y el uso de anticonceptivos hormonales (MACO), en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Omia, ya que el p valor (0,000) y el nivel de significancia es de (0,05)

Sugerencias.

- 1.** A la Red de Salud de Chachapoyas, para que analice los hallazgos encontrados en la presente sobre los casos registrados de Neoplasia Intraepitelial Cervical y tome medidas pertinentes y oportunas.
- 2.** Al Coordinación de la Estrategia Sanitaria de Prevención del Cáncer de la Red de Salud de Chachapoyas, a fin de promover capacitaciones con el personal del Centro de Salud de Omia, con la finalidad de realizar actividades de acuerdo al grado que se encuentren las pacientes con la Neoplasia Intraepitelial Cervical.
- 3.** A la Dirección de la Micro Red Omia para que realice coordinación con su equipo de salud, para fortalecer las actividades de prevención y promoción de la salud a favor de las adolescente, y mujeres en edad fértil de su jurisdicción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- American Cancer Society. (30 de Octubre de 2014). *¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino?* Obtenido de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/factores-de-riesgo-del-cancer-de-cuello-uterino.html>
- American Society for Reproductive Medicine [ASRM]. (2013). *Sangrado Uterino Anormal Guía Para Pacientes*. American Society for Reproductive Medicine. Obtenido de https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20AUB%20spanish%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf
- Ángeles, I. (2007). *Intervención del trabajador social en la prevención del cáncer cervico uterino en la comunidad de San Juan Solís Municipio de San Agustín Tlaxiaca durante el periodo enero - junio 2006*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Área Académica de Trabajo Social. Pachuca de Soto - México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Obtenido de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10792/Intervencion%20del%20trabajador%20social%20cancer%20cervico%20uterino.pdf?sequence=1>
- Barahona, E. (2010). *Cáncer de cuello uterino*. Universidad Sergio Bernales, Facultad de Medicina. Lima - Perú: Universidad Sergio Bernales. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos82/cancer-de-cuello-uterino/cancer-de-cuello-uterino.shtml>
- Briceño, C. E., & Guamán, E. E. (2012). *Detección oportuna del cáncer de cérvix mediante la ayuda de la telepatología en el área de salud N° 1 del Cantón Yacuambi de la Provincia de Zamora Chinchipe en el periodo julio – diciembre del 2010*. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja - Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja. Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4263/1/Edgar%20Guaman.pdf>
- Cabrera, J. C. (2012). *Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/452/Cabrera_aj.pdf?sequence=1
- Callejas, D. E. (2011). *Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cervix*. Universidad de Alcalá,

- Departamento de Medicina. Alcalá de Henares - España: Universidad de Alcalá. Obtenido de <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14301/Tesis%20Doctoral%20Diana%20Callejas.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Carrasco Díaz, S. (2005). *Metodología de la investigación Científica* (Segunda ed.). Lima: San Marcos.
- Castro, E. (2014). *Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II -2*. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/511/1/CASTRO_EDUARDO_RELACIONES_COITALES_CANCER_CUELLO_UTERINO.pdf
- Centros para el Control y la Prevención de enfermedades [CDC]. (agosto de 2007). *Virus del Papiloma Humano*. Obtenido de http://www.gawh.org/issues/hpv/clinicians_spanish.pdf
- Cordero, J., & García, M. (2015). Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista de Ciencias Médicas*, XXI(02), 357 - 370. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh152d.pdf>
- Cruz, E. (2015). *Factores que limitan la realización del examen de papanicolaou, según percepción de las mujeres. Barrio Higos Urco. Chachapoyas- 2015*. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Facultad de Ciencias de la Salud. Chachapoyas - Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Obtenido de <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/179/Factores%20que%20limitan%20la%20realizaci%C3%B3n%20del%20examen%20de%20papanicolaou%2c%20seg%C3%BAn%20percepci%C3%B3n%20de%20las%20mujeres.%20Barrio%20Higos%20Urco.%20Chachapoyas-%202015.pdf?seque>
- Domínguez, E., Peralta, O., & Zenteno, R. (2012). Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, XII(01), 20 - 24. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2012/muv121c.pdf>
- Drife, J., & Magowan, B. A. (2005). *Ginecología y obstetricia clínicas*. Madrid - España: Elsevier. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/64619593/GINECOLOGIA-y-OBSTETRICIA-Clinicas-Editado-por-James-Drife-y-Brian-A-Magowan-SAUNDER>

- Duque, E. E., González, I. L., Ramos, E. D., Ruiz, C., & Cheng, J. (2010). *Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala - Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8691.pdf
- Federación Internacional de Gineco Obstetricia [FIGO]. (2009). *Guía Global para la prevención y control del cáncer Cervico uterino*. Obtenido de http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/gynec-cancer/Spanish_version.pdf
- Galván, M. F., Barragán, M., & Meléndez, R. B. (2013). Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. *Revista Salud Quintana Roo*, VI(24), 06 - 10. Obtenido de <http://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/24/1.pdf>
- Gómez, L., González, Y., Cáceres, M. A., Nápoles, B., Téllez, R., & Fabelo, O. (2012). Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, XXXVIII(03), 378 - 388. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin10312.pdf>
- Hernández, P., Torres, E., & Rodríguez, K. (2010). Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (NIC) tratadas con Cono Leep en la modalidad de ver y tratar en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Iren Norte, del 2008 al 2009. *Acta cancerol*, XXXVIII(01), 36 - 41. Obtenido de <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/investigacion/investiga0012010.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación Científica*. México: McGraw-Hill.
- Hincapié, M. F., López, A. M., Castaño, K. J., & Nieto, O. A. (2014). Descripción de anomalía de la citología cérvico uterina en Armenia - Quindío en el año 2012. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, I(26), 17 - 25. Obtenido de <http://riuuq.edu.co/index.php/riuuq/article/view/4/7>
- Instituto Nacional del Cáncer [INC]. (s.f). *Diccionario del cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=631499>
- Kasper, H., Braunwald, L., & Fauci, J. (2005). *Harrison: Principios de Medicina Interna* (16a ed.). México, México: McGraw-Hill / Interamericana.
- Lazo Piña, E., & Aguilar Flores, F. L. (2011). *Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de Ginecología del Hospital II-2*. Tesis de Pre Grado (publicada), Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto.
- Lazo, E. F., & Aguilar, F. L. (2012). *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, Facultad de Ciencias de la Salud. Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín. Obtenido de http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_82_Binder1.pdf
- Martínez, A., Díaz, I., Carr, A., Varona, J. A., Borrego, J. A., & De la Torre, A. I. (2010). Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, XXXVI(01), 52 - 65. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin08110.pdf>
- Medina, E. A., Oliver, P. A., Neyra, E., Pérez, J. A., Sánchez, J. R., & Contreras, N. (2014). Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. *Gaceta Mexicana de Oncología*, XIII(01), 12 - 25. Obtenido de <http://www.oncologiabetania.com/site2011/publicaciones/NeoplasiaIntraepitelialCervical.pdf>
- Mendoza, O. L. (2007). *Conocimientos sobre prevención del cáncer Cervicouterino en las usuarias del centro de salud Fortaleza, Vitarte – Lima, 2006*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/2688/1/Mendoza_so.pdf
- Ministerio de Salud [MS]. (2015). Lineamientos técnicos para la prevención y control del control de cáncer cérvico uterino y de mamas. El Salvador: Del Ministerio de Salud. Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenccion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf
- Ministerio de Salud de Chile [MSCH]. (2010). Serie Guías Clínicas MINSAL. Chile. Obtenido de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013*. Lima - Perú: Biblioteca Nacional del Perú. Obtenido de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2016). *Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino (R. M. N°1013-2016/MINSA)*. Lima - Perú: Ministerio de Salud del Perú. Obtenido de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-N_1013-2016-MINSA.pdf
- Montes Vega, Y. E. (2009). *Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino en los estudiantes del Colegio "Tupac Amará"*. Tesis de Especialista, (publicada), Universidad Mayor de San Marcos, Perú,

- Lima. Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4401/1/Montes_Vega_Y_sabel_Eusebia_2009.pdf
- Moré, A., Moya, C., Pino, F. V., Gálvez, A. M., Espinosa, M. L., & Ávalos, J. L. (2013). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, XXXIX(04), 354 - 367. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v39n4/gin05413.pdf>
- Moya, J., & Pio, L. (2014). Prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011- 2013. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*(03), 89 - 99. Obtenido de http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_3/010_Moya.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Washington - USA: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105132/1/9789275318331_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2008). *Estrategia y Plan de Acción regional para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Washington - USA: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170596/1/OPS.%20Estrategia%20y%20Plan%20de%20Accion%20Regionales%20sobre%20la%20Prevencion%20y%20el%20Control%20de%20Cancer%20Cervicouterino.pdf>
- Ortiz, R., Uribe, C. J., Díaz, L. A., & Dangond, Y. R. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, LV(02), 146 - 160. Obtenido de <http://www.scielo.unal.edu.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>
- Palencia, E. O., Salvador, J. M., de Paz, W. M., Gómez, M. C., Meneses, M. A., & Lopez, W. M. (2009). *Factores de riesgo asociados a hospitalización en niños menores de 6 meses*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala - Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8680.pdf
- Palma, J. E. (2011). *Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra - San Juan de Miraflores : de enero a marzo del año 2011*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina

- Humana. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3013/1/Palma_fj.pdf
- Path, & EngenderHealth. (2003). *Cuidado Paliativo para Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino: Un manual para personal de salud que trabaja en la comunidad*. New York - USA. Obtenido de http://screening.iarc.fr/doc/RH_palliative_care_sp.pdf
- Payan, Z. E. (2013). *Prevalencia de Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo y alto grado por IVPH en pacientes con ASCUS en Citología Exfoliativa Cervical y Hallazgos Colposcópicos de Vasos Atípicos en la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil ISSEMyM 2011 - 2012*. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. Toluca - México: Universidad Autónoma del Estado de México. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13888/Tesis.416934.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pineda, C. (22 de Octubre de 2009). *Papiloma Humano*. Obtenido de <http://myblogclaraeugenia.blogspot.pe/>
- Rigol Ricardo, O. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. (T. Sánchez Ferrón, Ed.) Habana: Ciencias Médicas. Obtenido de https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf
- Rodríguez Salvá, A., Echevarría Aguilera, Á., Murla, A. P., & Vásquez Gonzales, P. (2009). Factores de riesgo el cáncer de Cérvix. *Revista Cubana Hig Epidemiología.*, pp.40-46. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol37_1_99/hie07199.pdf
- Rojas, L. A., García, L., & Bautista, M. (2010). Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono Leep. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, LVI(01), 40 - 44. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a07v56n1.pdf
- Romero, K. P., & Rojas, J. (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica*, XV(01), 17 - 21. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v15n1/v15n1_a06.pdf
- Salas, M., Noguera, M. E., Petrosino, P., & Arenas, A. (2014). Neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, LXXIV(01), 24 - 29. Obtenido de <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v74n1/art05.pdf>
- Salinas, J. A., & Villarroel, G. E. (2012). *Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico uterino en las usuarias de la Clínica Granados Salinas. 2011-2012*.

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. La Libertad - Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena. Obtenido de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/618/1/SALINAS%20TOMAL A%20JANETH.pdf>

Sampedro, C. A., Ríos, L. A., & Cardona, J. A. (2014). Prevalencia de alteraciones preneoplásicas del cáncer de cuello uterino en un municipio del Norte de Antioquia-Colombia, 2008-2012. *Archivos de Medicina*, X(01), 01 - 10. doi:10.3823/1225

Sánchez, E. M. (2012). *Infección del virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino: distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa intraepitelial de alto grado (CIN 2-3) y análisis de los cofactores de cáncer de cérvix en Málaga*. Universidad de Málaga, Facultad de Medicina. Málaga - España: Universidad de Málaga. Obtenido de <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5013/Tesis%20Doctoral%20de%20Eva%20Maria%20S%C3%A1nchez%20S%C3%A1nchez.pdf?sequence=1>

Sarduy, M. R. (2008). Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, XXXIV(02). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v34n2/gin04208.pdf>

Seguro Social del Perú [EsSALUD]. (2011). Guía de Práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Lima, Perú. Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_c_cuello_uterino2011.pdf

Tevni Grajales, G. (2000). *Tipos de investigación*. Obtenido de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>

Valderrama, M., Campos, F. E., Cárcamo, C. P., & García, P. J. (2007). Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, XXIV(03), 234 - 239. Obtenido de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/Revista%20243.pdf>.

ANEXOS

Anexo 01: Instrumento de recolección de datos para la variable Factores de riesgo.

Cuestionario estructurado:

Propósito: Recolectar datos para concretizar el trabajo de investigación titulado: Neoplasia Intraepitelias Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil, que acuden al Centro de Salud Omia, 2014.

CÓDIGO: FECHA:.....

Indicaciones: Marque con (X) la alternativa que considere conveniente:

1. Su nivel educativo es:
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria incompleta
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria Incompleta
 - e) Secundaria Completa
 - f) Superior incompleto
 - g) Superior completo

2. ¿Su ingreso mensual es?
 - a) Menor a s/ 750 mensual
 - b) De s/750- s/1000)
 - c) (de s/ 1001- s/1500)
 - d) (>s/ 1500)

3. Ud ¿actualmente fuma?
 - a) Si
 - b) No

4. ¿Cuántos años tuvo cuando realizó su primera relación coital?
 - a) Menos de 15 años
 - b) De 15 a 20 años
 - c) De 21 a 25 años
 - d) De 26 a 30 años
 - e) Más de 31 años

5. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?
 - a) Menos de 15 años
 - b) De 15 a 20 años
 - c) De 21 a 25 años
 - d) De 26 a 30 años
 - e) Mayor de 31 años.

6. A la fecha ¿cuántos embarazos tuvo?
 - a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) Más de 3

7. A la fecha ¿Cuántas parejas sexuales tuvo o tiene?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) Más de 3

8. ¿Alguna vez se tomó el examen de Papanicolaou?
- a) Si
 - b) No
9. ¿A tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual?
- a) Si
 - b) No
10. Utiliza métodos orales como la píldora
- a) Si
 - b) No
- ¿Qué tiempo utiliza?
- a) Menor a cinco años
 - b) De 5 años a más.

Fuente: La autora

Anexo 02:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Vamos a realizar un trabajo de investigación, que busca indagar en quienes es más frecuente la aparición de Neoplasia Intraepitelial cervical (que es una forma pre-maligna que puede ir hacia el cáncer de cuello uterino), si lo es en mujeres con ciertos factores de riesgo o en las que no tienen factores de riesgo; los cuales están plasmados en el cuestionario con preguntas sencillas que deberás contestar si aceptas formar parte de este estudio.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento del estudio. Además, si decides que no quieres terminar el estudio, puedes parar cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar en el estudio. Recuerda no hay preguntas correctas (buenas) ni incorrectas (malas).

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que quieres estar en el estudio.

Firma del participante del estudio

Fecha _____

Firma del investigador

Fecha_____

Anexo 03:

FICHA TÉCNICA DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN

1. **Título:** Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud, Omia, 2014.

2. **Autora** : Br. Nelly Chuquizuta Villarreal

3. **Procedencia** : Amazonas

4. **Administración** : Individual

5. **Duración** : Seis meses

6. **Aplicación** :

Individualizado a cada unidad de análisis

7. **Significación** : Manejo de Información

8. **Administración y Calificación:**

Se administró utilizando los siguientes materiales:

- Ficha impresa
- Lápiz o lapicero

9. **Consigna**

La presente ficha de observación forma parte del trabajo de investigación, consta de 10 ítems; cada uno de los ítems tiene distintas alternativas.

ítem	Alternativa	Valorac..
1	a) Analfabeta	1
	b) Primaria incompleta	2
	c) Primaria completa	3
	d) Secundaria incompleta	4
	e) Secundaria completa	5

	f) Superior Incompleto	6
	g) Superior completa	7
2	a) Menor a 750 nuevos soles mensual	1
	b) De 750 – 1000 nuevos soles	2
	c) De 1001 – 1500 nuevos soles	3
	d) De 1501 a más	4
3	a) Si	1
	b) No	2
4	a) Menos de 15	1
	b) De 15 a 20	2
	c) De 21 a 25	3
	d) De 26 a 30	4
	e) De 31 a más	5
5	a) Menos de 15	1
	b) De 15 a 20	2
	c) De 21 a 25	3
	d) De 26 a 30	4
	f) De 31 a más	5
6	a) Más de 3	1
	b) De 3	2
	c) De 2	3
	d) De 1	4
	e) De 0	5
7	a) Más de 3	1
	b) De 3	2
	c) De 2	3
	d) De 1	4
8	a) No	1
	b) Si	2
9	a) Si	1
	b) No	2
10	a) Si	1
	b) No	2

10. Baremación : Realizada por la autora

10.1. Para la variable dependiente

Nivel	Escala
Alto	[1 – 12]
Medio	[13 – 25]
Bajo	[26 – 38]

Se ha considerado que los que tienen menor puntaje tienen alto riesgo de exponerse a la neoplasia cervical, y los que tienen el mayor puntaje tienen menos la probabilidad de exponerse a la enfermedad.

Anexo 04: Confiabilidad del instrumento del cuestionario estructurado:

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	15,44	,676
2	16,44	,724
3	15,78	,615
4	14,78	,538
5	14,67	,691
6	15,44	,676
7	15,33	,430
8	16,00	,697
9	16,00	,626
10	16,00	,560

Alfa de Cronbach	N de elementos
,663	9

Al realizar la confiabilidad a través del Alpha de Cronbach, tenemos en todos los ítems valores mayores que el parámetro que es de 0,63. Así mismo tenemos a nivel general el valor de 0,66; por tanto se consideró que entre ítems existe relación por tanto el instrumento es confiable aplicarlo.

Anexo 05: Carta a expertos

“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN”

Sumilla: Solicita participación como juicio de expertos.

Señor/a:
Ciudad

Mg. José Luis Escobar Medrano

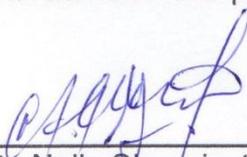
Nelly Chuquizuta Villarreal, identificada con DNI 33811342, con domicilio real el Jirón Posic N° 250, distrito de Omia; Ante usted respetuosamente expongo lo siguiente:

La suscrita, actualmente está realizando un estudio cuyo título es :Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factoresde riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la universidad particular César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.

Sin embargo, como se puede advertir, a efectos de complementar dicha investigación, resulta ser indispensable la validación de la ficha de encuesta estructurada. Conocedora de su profesionalismo y de su idoneidad; solicito a usted respetuosamente participar como juicio de experto.

Agradezco su gentil atención a la presente.

Chachapoyas, junio del 2014.



Br. Nelly Chuquizuta Villarreal
DNI N° 33811342



MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE OPIÑÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. **Apellidos y Nombres del Informante:** Mg. José Luis Escobar Medrano
- 1.2. **Cargo e institución donde labora:** DIRESA- Amazonas.
Director de la Oficina de Gestión de proyectos de inversión
- 1.3. **Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Ficha de Entrevista estructurada.
- 1.4. **Título de la investigación:** Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la Universidad Particular "César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster de los Servicios de Salud.
- 1.5. **Autor del Instrumento:** Br. Nelly Chuquizuta Villarreal.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Deficiente: D	Regular: R	Buena: B	Muy Buena: MB	Excelente: E
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado			✓		
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables.				✓	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. Organización	Existe una organización lógica				✓	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.			✓		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos de la estrategias				✓	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos – científicos			✓		
8. Coherencia	Entre los indice, indicadores y las dimensiones				✓	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	
10. Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.				✓	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *74% que representa muy buena.*

IV. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
 El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Chachapoyas, junio de 2014

Mg. José Luis Escobar Medrano
DNI:

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
OFICINA DE GESTIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

[Firma]

.....
Mg. JOSÉ LUIS ESCOBAL MEDRANO
DIRECTOR

DNI: 23014339

"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"

Sumilla: Solicita participación como juicio de expertos.

Señor/a:
Ciudad

Mg. Manuel Durango Salazar.

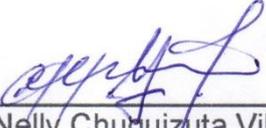
Nelly Chuquizuta Villarreal, identificada con DNI 33811342, con domicilio real el Jirón Posic N° 250, distrito de Omia; Ante usted respetuosamente expongo lo siguiente:

La suscrita, actualmente está realizando un estudio cuyo título es: Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la universidad particular César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.

Sin embargo, como se puede advertir, a efectos de complementar dicha investigación, resulta ser indispensable la validación de la ficha de encuesta estructurada. Conocedora de su profesionalismo y de su idoneidad; solicito a usted respetuosamente participar como juicio de experto.

Agradezco su gentil atención a la presente.

Chachapoyas, junio del 2014.



Br. Nelly Chuquizuta Villarreal
DNI N° 33811342

Anexo:

- Matriz de consistencia
- Operacionalización de variables.
- Instrumento.



MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE OPIÑÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. **Apellidos y Nombres del Informante:** Mg. Manuel Durango Salazar.

- 1.2. **Cargo e institución donde labora:** I.E. "Seminario Jesús María", Chachapoyas

- 1.3. **Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Ficha de Entrevista estructurada.

- 1.4. **Título de la investigación:** Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la Universidad Particular "César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster de los Servicios de Salud.

- 1.5. **Autor del Instrumento:** Br. Nelly Chuquizuta Villarreal.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Deficiente: D	Regular: R	Buena: B	Muy Buena: MB	Excelente: E
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado			X		
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables.				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.			X		
4. Organización	Existe una organización lógica			X		
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos de la estrategias			X		
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos – científicos				X	
8. Coherencia	Entre los indice, indicadores y las dimensiones				X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.				X	

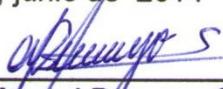
III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICACIÓN: 80% que representa muy bueno

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

() El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Chachapoyas, junio de 2014


 Mg. Manuel Durango Salazar
 DNI: 33414682

Anexo 02: Carta a expertos

“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN”

Sumilla: Solicita participación como juicio de expertos.

Señor/a:
Ciudad

Mg. Francisco I. León Reyes.

Nelly Chuquizuta Villarreal, identificada con DNI 33811342, con domicilio real el Jirón Posic N° 250, distrito de Omia; Ante usted respetuosamente expongo lo siguiente:

La suscrita, actualmente está realizando un estudio cuyo título es: Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la universidad particular César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.

Sin embargo, como se puede advertir, a efectos de complementar dicha investigación, resulta ser indispensable la validación de la ficha de encuesta estructurada. Conocedora de su profesionalismo y de su idoneidad; solicito a usted respetuosamente participar como juicio de experto.

Agradezco su gentil atención a la presente.

Chachapoyas, junio del 2014.



Br. Nelly Chuquizuta Villarreal
DNI N° 33811342

Anexo:

- Matriz de consistencia
- Operacionalización de variables.
- Instrumento.

MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE OPIÑÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

V. DATOS GENERALES:

- 5.1. **Apellidos y Nombres del Informante:** Mg. Francisco I. León Reyes
- 5.2. **Cargo e institución donde labora:** Decano del Colegio de Obstetras – Amazonas.
- 5.3. **Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Ficha de Entrevista estructurada.
- 5.4. **Título de la investigación:** Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la Universidad Particular “César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster de los Servicios de Salud.
- 5.5. **Autor del Instrumento:** Br. Nelly Chuquizuta Villarreal.

VI. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Deficiente: D	Regular: R	Buena: B	Muy Buena: MB	Excelente: E
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
11. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado			X		
12. Objetividad	Está expresado en conductas observables.			X		
13. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.			X		
14. Organización	Existe una organización lógica			X		
15. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
16. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos de la estrategias				X	
17. Consistencia	Basado en aspectos teóricos – científicos				X	
18. Coherencia	Entre los indice, indicadores y las dimensiones			X		
19. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
20. Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.				X	

VII. **PROMEDIO DE VALORACIÓN:** 38 Puntos equivale a 76%

VIII. **OPINIÓN DE APLICACIÓN:**

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Chachapoyas, junio de 2014


MS. FRANCISCO LEÓN REYES
OBSTETRA
 Firmar del ex parte informante
 C.P. 4592
 DNI: 00251051

"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"

Sumilla: Solicita participación como juicio de expertos.

Señor/a:
Ciudad

Mg. Denis Pizarro Rubio

Nelly Chuquizuta Villarreal, identificada con DNI 33811342, con domicilio real el Jirón Posic N° 250, distrito de Omia; Ante usted respetuosamente expongo lo siguiente:

La suscrita, actualmente está realizando un estudio cuyo título es: Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la universidad particular César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.

Sin embargo, como se puede advertir, a efectos de complementar dicha investigación, resulta ser indispensable la validación de la ficha de encuesta estructurada. Conocedora de su profesionalismo y de su idoneidad; solicito a usted respetuosamente participar como juicio de experto.

Agradezco su gentil atención a la presente.

Chachapoyas, junio del 2014.



Br. Nelly Chuquizuta Villarreal
DNI N° 33811342

Anexo:

- Matriz de consistencia
- Operacionalización de variables.
- Instrumento.



MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE OPIÑÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

I.DATOS GENERALES:

- 1. Apellidos y Nombres del Informante:** Mg. Denis Pizarro Rubio

- 2. Cargo e institución donde labora:** I.E. "San Juan de la Libertad", Chachapoyas

- 3. Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Ficha de Entrevista estructurada.

- 4. Título de la investigación:** Neoplasia Intraepitelial Cervical y su relación con los factores de riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Omia, 2014, en la Universidad Particular "César Vallejo; con lo que pretendo obtener el Grado de Magíster de los Servicios de Salud.

- 5. Autor del Instrumento:** Br. Nelly Chuquizuta Villarreal.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Deficiente: D	Regular: R	Buena: B	Muy Buena: MB	Excelente: E
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Indicadores	Criterios	D	R	B	MB	E
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables.				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.			X		
4. Organización	Existe una organización lógica					
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.			X		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos de la estrategias			X		
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos – científicos			X		
8. Coherencia	Entre los indice, indicadores y las dimensiones				X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			X		
10. Pertinencia	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.			X		

III. **PROMEDIO DE VALORACIÓN:** 76% que representa muy bueno.

IV. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

() El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Chachapoyas, junio de 2014


Mg. Denis Pizarro Rubio

DNI: 33781184

