

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



“FACTORES RELACIONADOS AL CANCER DE CUELLO UTERINO EN  
MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA.  
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA**

**TESISTAS:**

- ❖ ANTONIO PULLO, Marisela.
- ❖ BELLIDO RODRIGUEZ Leayda Mary Cruz.

ASESORA: Mg. Obstra. MENESES CALLIRGOS Magna Maricia

AYACUCHO – PERÚ

2019



## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, queremos dar gracias a Dios por permitirnos llegar hasta donde hoy estamos y por haber sido nuestro guía en todo momento y el haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que fueron nuestro soporte y compañía durante este periodo de estudio.

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por brindarnos conocimientos para el desarrollo de nuestra vida profesional y personal, por medio de los docentes quienes inculcaron en nosotros los valores.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia por ser el escenario de nuestra formación.

A nuestra asesora la Mg. Obstetra. MENESES CALLIRGOS, Magna Maricia, por su paciencia, conocimiento y sugerencias durante el desarrollo del presente estudio.

Al Hospital Regional de Ayacucho; personal del Programa Oncológico Especializado, Tamizaje PAP y al consultorio Oncología Ginecológica en especial a la Obstetra Zulma, CONTRERAS POMASONCCO y la Obstetra Juanny GARAGONDO BALBOA; por su colaboración durante la ejecución de nuestro proyecto de investigación.

Nos sentimos satisfechas, por el trabajo realizado, culminando en este informe final.

A todos muchas gracias.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por iluminarme con su sabiduría.

A mi madre Rafaela y a mi padre Américo por el gran apoyo y confianza depositada en mí, para poder cumplir mis objetivos, sueños y anhelos.

A una persona especial que llego a mi vida y hoy es mi compañero de vida Alex, junto a mi hija Alizée son la fortaleza e inspiración a ser mejor persona.

A mis primas Mar y Mer por brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

**ANTONIO PULLO, Marisela**

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, doy gracias a Dios por regalarme la vida, por la fidelidad que me brinda día a día y que jamás me abandona, al permitirme llegar hasta este punto de mi carrera profesional, Ebenezer.

A David y Martha que los amo con todo mi corazón, por el apoyo y la confianza que depositaron en mí.

A toda mi familia, que va creciendo los quiero infinitamente.

En fin, a todos, estos bellos seres que Dios me regaló gracias porque significan mi vida entera.

**BELLIDO RODRIGUEZ Leayda Mary Cruz**

## INDICE

PAG

I.	PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	14
1.1.	SITUACION PROBLEMÁTICA .....	14
1.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.3.	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	17
1.3.1.	PROBLEMA GENERAL .....	17
1.3.2.	PROBLEMAS ESPECIFICOS .....	17
1.4.	OBJETIVOS .....	17
1.4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	17
1.4.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
II.	MARCO TEORICO.....	19
2.1.	ANTECEDENTES .....	19
2.2.	BASES TEORICA CIENTÍFICA.....	28
2.2.1.	CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	28
2.2.3.	ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE CUELLO UTERINO .....	30
2.2.4.	HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	31
2.2.5.	CLASIFICACION DE CANCER DE CUELLO UTERINO .....	33
2.2.6.	DIAGNOSTICO .....	34
2.2.7.	TRATAMIENTO.....	34
2.2.8.	PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO .....	35
2.2.9.	FACTORES DE RIESGO .....	36
2.3.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS .....	39
2.4.	HIPÓTESIS.....	40
2.5.	VARIABLES .....	40
III.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION .....	42
3.1.	TIPO DE INVESTIGACION .....	42
3.2.	ENFOQUE DE INVESTIGACION.....	42
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACION .....	42
3.4.	DISEÑOS DE INVESTIGACION .....	42
3.5.	POBLACION.....	42
3.6.	MUESTRA .....	43
3.7.	MUESTREO.....	43

3.8.	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION .....	43
3.9.	TECNICAS E INSTRUMENTO.....	43
3.9.1.	TECNICA .....	43
3.9.2.	INSTRUMENTO.....	44
3.10.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS .....	44
3.11.	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	44
3.12.	ASPECTOS ETICOS.....	45
IV	CAPITULO.....	46
	RESULTADOS Y DISCUSION .....	46
	CONCLUSIONES .....	77
	RECOMENDACIONES.....	78
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	79
	ANEXOS .....	83
	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS .....	84

## **“FACTORES RELACIONADOS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”**

### **RESUMEN**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor donde las células con transformación maligna traspasan de membrana basal<sup>20</sup> Aunque el cáncer de cuello uterino es potencialmente prevenible sigue siendo un problema de salud pública, puesto que tiene un gran impacto, en la vida de las mujeres, en todo el mundo. Según Globocan 2012, a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres; según las últimas estimaciones mundiales cada año se diagnostica 528.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, y 266.000 mujeres mueren; alrededor del 85% de esas muertes se produjeron en las regiones de menos desarrollo, A nivel de la región, Ayacucho el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar según el informe de la Dirección Regional de Salud. Los datos epidemiológicos proporcionados por el Hospital Regional de Ayacucho, por ello nuestro interés por investigar este problema **¿CUÁLES SON LOS FACTORES RELACIONADOS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CONSULTORIO DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO? 2017 – JUNIO 2018?** **OBJETIVOS:** conocer los factores relacionados al cáncer de cuello uterino en mujeres del consultorio de oncología ginecológica. hospital regional de Ayacucho. 2017 – junio 2018. **HIPOTESIS:** La predisposición de los factores de riesgo incrementan la alta incidencia de cáncer de cuello uterino . **MARCO TEORICO:** El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor donde las células con transformación maligna traspasan de membrana basal. **CONCLUSIONES:** La incidencia de cáncer de cuello uterino es 6,1% (85) de 1385 mujeres del servicio de oncología ginecológica del hospital regional de Ayacucho, ocupando el primer lugar entre los cánceres ginecológicos. **RECOMENDACIONES:** Se sugiere que el servicio de oncología ginecológica debe brindar atención diaria, puesto que la demanda de las pacientes es alta, de la misma forma los establecimientos de origen deben trabajar en la prevención del cáncer de cuello uterino; con charlas educativas en factores de riesgo, campañas de Papanicolau e inspección visual con ácido acético.

**"FACTORS RELATED TO UTERINE NECK CANCER IN WOMEN OF THE GINECOLOGICAL ONCOLOGY OFFICE. REGIONAL HOSPITAL OF AYACUCHO 2017 - JUNE 2018 "**

**SUMMARY**

**Problem statement:** Cervical cancer is a cellular alteration that originates in the epithelium of the cervix that manifests initially through precursory lesions of slow and progressive evolution, which progress to cancer in situ or an invasive cancer where the cells with malignant transformation pass through basement membrane<sup>20</sup> Although cervical cancer is potentially preventable, it is still a public health problem, since it has a great impact on the lives of women throughout the world. According to Globocan 2012, worldwide cervical cancer is the third most frequent in women; According to the latest world estimates each year, 528,000 new cases of cervical cancer are diagnosed, and 266,000 women die; About 85% of those deaths occurred in the less developed regions. At the regional level, Ayacucho cervical cancer ranks first according to the report of the Regional Health Directorate. Epidemiological data provided by the Regional Hospital of Ayacucho, therefore our interest in investigating this problem **WHAT ARE THE FACTORS RELATED TO THE CANCER OF UTERINE NECK IN WOMEN OF THE OFFICE OF GYNECOLOGICAL ONCOLOGY REGIONAL HOSPITAL OF AYACUCHO? 2017 - JUNE 2018?** **OBJECTIVES:** to know the factors related to cervical cancer in women in the gynecological oncology clinic. regional hospital of Ayacucho. 2017 - June 2018. **HYPOTHESIS:** The predisposition of risk factors increases the high incidence of cervical cancer. **THEORETICAL FRAMEWORK:** Cervical cancer is a cellular disorder that originates in the epithelium of the cervix that manifests initially through precursory lesions of slow and progressive evolution, which progress to cancer in situ or an invasive cancer where the cells with malignant transformation pierce the basement membrane. **CONCLUSIONS:** The incidence of cervical cancer is 6.1% (85) of 1385 women of the gynecological oncology service of the regional hospital of Ayacucho, occupying the first place among the gynecological cancers. **RECOMMENDATIONS:** It is suggested that the gynecological oncology service should provide daily care, since the demand of patients is high, in the same way the establishments of origin should work in the prevention of cervical cancer; with educational talks on risk factors, pap smear campaigns and visual inspection with acetic acid.

## INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es un problema de Salud Pública, originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten el segmento del cuello uterino. Puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de vida de las mujeres, provocando alta incidencia de morbimortalidad, esto conlleva al desequilibrio en la homeostasis familiar<sup>19</sup>.

El cáncer cervical obedece a un cambio en las células que cubren a las paredes del cuello uterino. Estas células son inicialmente normales, a medida que pasa el tiempo se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del cuello uterino. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones precancerosas, con frecuencia, en sus etapas iniciales en cáncer cérvico uterino no muestran síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severa.

Durante el desarrollo de la enfermedad, la primera fase no presenta síntomas, cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el cérvix, los síntomas que se puedan presentar son: secreción vaginal continua, que pueda ser pálida, acuosa, rosada, marrón sanguinolento o de olor fétido, sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia. Periodos menstruales más abundantes y que duran más de lo usual. Es acompañado de pérdida de apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor pélvico, dolor de espalda, dolor en las piernas.

En el mundo el cáncer de cuello uterino ha tenido un gran impacto, puesto que ocupa el tercer lugar la frecuencia en mujeres con 530 000 nuevos casos. El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo, con 453 000 casos. Las tasas más altas están en las regiones del continente africano<sup>3</sup>.

En países desarrollados la tasa de incidencia está en descenso, los países de Europa Occidental, Norteamérica y Australia tienen tasas de incidencia entre 5 y 10 casos por 100 000 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino<sup>27</sup>.

En América latina y el caribe, es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres, con una tasa de 24 casos por 100 000 diagnosticadas<sup>27</sup>.

En el Perú se reportó 4 142 representando una tasa de incidencia de 37.1% de casos por 100 000 mujeres, del mismo modo se reportó 1 646 pacientes que fallecieron a causa de cáncer al cuello uterino<sup>20</sup>.

La casuística de la INEN, revela que en los últimos años sean diagnosticados un promedio de 1 600 casos de cáncer al cuello uterino siendo los estadios II y III los predominantes en la frecuencia<sup>20</sup>.

El cáncer de cuello uterino es un problema álgido, por el diagnóstico tardío como consecuencia de las debilidades del sistema de salud y los temores de la población. Estos inconvenientes llevan a un costo de tratamiento elevado y los resultados desfavorables con impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes<sup>3</sup>.

De acuerdo a los estudios realizados, los métodos de diagnóstico precoz previenen al menos el 40% de casos de cáncer de cuello uterino. Por esta razón, es necesario juntar esfuerzos para obtener estrategias de intervención que permitan la identificación de casos en estadios tempranos de la enfermedad<sup>3</sup>.

La región de Ayacucho cuenta con un hospital de mayor capacidad resolutive, en el año 2012, el Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena implementó el Programa Oncológico Especializado, con el consultorio de oncología ginecología, con el objetivo de diagnóstico precoz y la adopción de medidas de prevención, manejo adecuado de cáncer de cuello uterino, a fin de reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por este mal. Según las estadísticas epidemiológicas del Hospital

Regional de Ayacucho, en el año 2012 al 2016 se han reportado 196 casos de cáncer al cuello uterino.

A nivel nacional existen investigaciones sobre los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino, sin embargo, en la región de Ayacucho no existe investigaciones sobre los factores asociados al cáncer de cuello uterino.

Por este motivo se propone la investigación titulada “Factores Relacionados Al Cáncer De Cuello Uterino En Mujeres Atendidas Del Consultorio Oncología Ginecológica. Hospital Regional De Ayacucho 2017 – junio 2018” de tipo aplicativo, enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño retrospectivo transversal.

La investigación realizada nos mostró que la incidencia del cáncer de cuello uterino según los estadios, en mujeres del servicio Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% representado por 85 mujeres; el 54,12% (46) mujeres se encontraron en el estadio I; seguido el 35,29% (30) en el estadio II; el 4,71% (4) en el estadio III y el 5,88% (5) en el estadio IV; por lo tanto se concluye que el mayor porcentaje de las mujeres desarrollaron el cancer de cuello uterino en el estadio I. De la misma forma de acuerdo a los resultados obtenidos en relación a los factores de riesgo; como la edad de inicio de la actividad sexual, se evidencio el mayor porcentaje de 64,7% (55) fueron las que iniciaron su actividad sexual entre 16-20 años de edad y el 62,4% (53) mujeres tuvieron de 3-5 parejas sexuales.

## **I. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA**

Aunque el cáncer de cuello uterino es potencialmente prevenible sigue siendo un problema de salud pública, puesto que tiene un gran impacto, en la vida de las mujeres, en todo el mundo.

De acuerdo a Globocan 2008, a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres y el séptimo más común a nivel general entre hombres y mujeres; según las últimas estimaciones mundiales cada año se diagnostica 528.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, y 266.000 mujeres mueren de la enfermedad actualmente; alrededor del 85% de esas muertes se produjeron en las regiones de menos desarrollo, como Zimbabue y Uganda, pertenecientes al continente Africano, así informo Globocan en el año 2012.<sup>1</sup>

En el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticados de cáncer y casi 36.000 fallecieron en la región de América, ocupando el cuarto lugar en muertes de mujeres a causa de esta enfermedad.<sup>1</sup>

El diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que, en Estados Unidos, la esperanza de vida incremente en 93%, en estadios iniciales de cáncer de cuello uterino.

En América latina y el Caribe el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres, actualmente se estima que unas

67.801 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical cada año y 31.467 muertes reportadas por la enfermedad; las tasas de incidencia más altas son vistas en Jamaica, Guyana, Nicaragua, Honduras y El Salvador; y la tasa más baja en Chile, Trinidad y Tobago, Uruguay, Costa Rica.<sup>2</sup>

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habrían ocurrido 3962 casos nuevos y fallecieron 1540 mujeres por esta causa.

En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de morbilidad de cáncer en mujeres. En Lima Metropolitana, para el periodo 2004 – 2005 el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 000 mujeres, un promedio de 895 casos por año, representando una disminución de 55% respecto al periodo 1968 – 1970. Con los resultados publicados de los registros de cáncer sabemos que Trujillo tiene la tasa más alta de 43.9%; seguido por Arequipa con 35.2% y Lima, la tasa más baja con 19.6% de todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, este último represento el 36.7% de los casos recolectados para cuello uterino en Lima.

De acuerdo a Globocan 2008, en el Perú habrían ocurrido 4142 casos, representando una tasa de incidencia estandarizada de 37.1 casos por 100 000 mujeres; del mismo modo se estima que fallecieron 1646 pacientes por esta causa. El 20% de los casos ocurren en el área de Lima metropolitana.<sup>19</sup>

La casuística del INEN revela que en los últimos años se recibe un promedio de 1600 casos de cáncer al cuello uterino infiltrante siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia.

En el 2012 la incidencia de casos fue 4636 y 1715 muertes<sup>3</sup>.

Las regiones con altas tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino son Loreto 18%, Huánuco 12.8%, Ucayali 10.3%<sup>3</sup>.

En el Perú indican que cada 5 horas muere una mujer por cáncer al cuello uterino, se recopiló datos epidemiológicos sobre cáncer de cuello uterino

en el 2016, se realizó una estimación de casos y muertes por cáncer de cuello uterino<sup>3</sup>.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Perú no ha sido ajeno a este problema social y para controlar la incidencia en la población femenina afectada ha desarrollado Políticas Públicas en Salud, vinculadas a la accesibilidad de los Servicios de Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino, la que está orientada a ofrecer servicios gratuitos, a través del Seguro Integral de Salud y campañas focalizadas, y las que a su vez obedecen a tratados y convenios internacionales como: La conferencia Mundial de Derechos Humanos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible a cumplirse en el año 2030.

Con relación al cáncer de cuello uterino se aprueba la “Norma Técnica Oncológica para la Prevención, Detección y manejo de Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional”, con el objetivo de la reducción de la morbimortalidad de mujeres con este mal.

Sin embargo, esta propuesta del Estado no ha ayudado mucho en las zonas rurales, pues gran parte de la población femenina, no obtiene este beneficio, debido a las diferentes características sociodemográficos, evitando así que estas ejerzan sus Derechos de Salud Sexual y Reproductiva.

Este problema ha generado que muchas mujeres no accedan a los Servicios de Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Cuello, generando que la gran mayoría pierda la vida.

En el año 2012 en la región Ayacucho se creó el servicio de Oncología Ginecológica con el objetivo de diagnóstico precoz, medidas de prevención y manejo adecuado de cáncer de cuello uterino, a fin de reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad a causa del cáncer de cuello uterino.

A nivel de la región, Ayacucho el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar según el informe de la Dirección Regional de Salud. Los datos epidemiológicos proporcionados por el Hospital Regional de Ayacucho,

indican que en el año 2013 se consignó 246 nuevos casos, en el año 2014 se consignó 216 nuevos casos y en el año 2015 se consignó 286 nuevos casos del cáncer al cuello uterino .<sup>4</sup>

### **1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. PROBLEMA GENERAL**

¿CUÁLES SON LOS FACTORES RELACIONADOS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CONSULTORIO DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018?

#### **1.3.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS**

- ¿Cuál es la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres del consultorio de Oncología Ginecológica?
- ¿Cuál es el estadio de cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el consultorio de Oncología Ginecológica?
- ¿Cómo se relaciona los antecedentes Gineco – Obstétrico como: número de parejas sexuales, edad de inicio de la actividad sexual, paridad, infección de transmisión sexual y uso de anticonceptivo oral combinada, con la incidencia del estadio del cáncer de cuello uterino?
- ¿Cuáles son las características Sociodemográficos como: La edad, procedencia, estado civil y grado de instrucción, con la incidencia del estadio del cáncer de cuello uterino?

### **1.4. OBJETIVOS**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

CONOCER LOS FACTORES RELACIONADOS AL CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CONSULTORIO DE

**1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres del consultorio de Oncología Ginecológica.
- Identificar el estadio de cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el consultorio de Oncología Ginecológica.
- Relacionar los antecedentes Gineco – Obstétrico como: número de parejas sexuales, edad de inicio de la actividad sexual, paridad, infección de transmisión sexual y uso de anticonceptivo oral combinada, con la incidencia del estadio del cáncer de cuello uterino.
- identificar las características Sociodemográficos como: La edad, procedencia, estado civil y grado de instrucción, con la incidencia del estadio del cáncer de cuello uterino.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1.ANTECEDENTES

**DE ORO SIBAJA Jesica Milena y YAGUNA BLANCO Fanny Paola (2013 COLOMBIA).** Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres que asisten a la clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena – Colombia. 2008 – 2012<sup>6</sup>. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociados con el cáncer de cuello uterino, tales como: Factores sociodemográficos, culturales, epidemiológicos, entre otros; en una población de mujeres enfermas y sanas. **Diseño/métodos:** estudio de caso y controles, se tomaron 100 mujeres con factores de riesgo analizadas clínicamente en la Clínica Maternidad Rafael Calvo a través de pruebas confirmatorias de la enfermedad. se tabularon en un cuadro de Excel de acuerdo a la naturaleza cualitativa o cuantitativa, ya sea nominal, se trabajó según grado de medición de las variables, teniendo en cuenta el tipo de factor de riesgo común o no para la presentación de la enfermedad. Los datos se analizaron por medio de estadísticas descriptivas en tasa, porcentaje y frecuencia, el análisis de asociación se desarrollará por medio del programa Epilnfo 0.7 en tablas de 2x2 con cálculos de OR con un intervalo de confianza del 95% y un valor de  $p < 0.05$ . **Resultados:** Del 100% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical en relación al nivel de estudio, el 44% son de nivel primario, el 45% son de nivel bachillerato, el

6% de nivel técnico y el 3% sin estudios. En relación al estado civil el 25% son solteras, el 49% de unión libre, el 17% son casadas, el 6% son separadas y el 3% son viudas. En relación a la edad de la mujer el 3% corresponde a las edades de 10 a 20 años, el 17% corresponde a las edades de 21 a 30 años, el 35% corresponde a las edades de 31 a 40 años de edad, el 24% corresponde a las edades de 41 a 50 años, el 13% corresponde a las edades de 51 a 60 años, el 7% corresponde a las edades de 1 a 70 años de edad, el 0% corresponde a las edades de 71 a 80 años y el 1% corresponde a las edades de 81 a 90 años. En relación al inicio de su primera relación coital el 44% corresponde a las edades de 10 a 17 años, el 39% corresponde a las edades de 18 a 20 años, el 16% corresponde a las edades de 21 a 30 años y el 1% corresponde a las edades de 31 a 40 años. En relación a la infección de transmisión sexual el 23% tienen ITS y el 77% no tienen ITS. En relación al uso de métodos anticonceptivos orales, el 18% si usan y el 82% no usan el método. En relación al número de parejas sexuales, el 56% tienen 1 pareja, el 39% tienen 2 parejas y el 5% tienen 3 parejas. **Conclusiones:** Podemos deducir que en la comunidad existen factores predisponentes para las mujeres a contraer cáncer de cuello uterino que de una u otra forma se pueden convertir en factores de riesgo.

**JARAMILLO VICENTE Maritza Elizabeth (2017 ECUADOR).**

Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el pequeño productor de Loja. Mayo – Octubre 2016. Ecuador.<sup>7</sup> **Objetivos:** analizar los principales factores que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 45 años que laboran en el mercado pequeño productor de Loja en el periodo Mayo – Octubre del 2016. **Diseño/métodos:** La siguiente investigación es de tipo descriptivo analítico transversal, cualitativo realizado en el mercado pequeño productor de la ciudad de Loja en el periodo 2016. **Resultados:** El universo es de 184 mujeres, la muestra consta de 75 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado se procedió a recolectar los datos por medio de una encuesta,

los resultados que se obtuvieron se presentaron en cuadros con su respectivo análisis. Las múltiples parejas sexuales de 1 a 3 parejas sexuales con el 99%; inicio temprano de su primera relación sexual en las edades de 13 a 18 años con un 75%, numerosos hijos de 1 a 3 hijos con el 72%, enfermedades de transmisión sexual 40%, coitorragia con un 27%. El 19% de mujeres encuestadas presentan el virus del papiloma humano. Analizar el uso de métodos anticonceptivos de barrera. Conocer si se realizan Papanicolaou un 33% de mujeres encuestadas no se realizan Papanicolaou. **Conclusiones:** Las estadísticas muestran porcentajes significativas para el estudio del caso.

**GOMEZ SINFUENTES José Lito (2013 TRUJILLO).** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Hospital Regional de Trujillo – Perú. 2007 – 2012.<sup>9</sup> **Objetivos:** Determinar si la multiparidad, el uso de anticonceptivos orales, la primera relación sexual en la adolescencia, el primer parto en la adolescencia, el tabaquismo, los múltiples compañeros sexuales y el bajo grado de instrucción están asociados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino en mujeres que son atendidas en el Hospital Regional de Trujillo **Diseño/Métodos:** Se hizo un estudio de casos y controles para establecer los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Trujillo durante el periodo 2007 – 2012. Se seleccionó cuatro controles por caso. Después de la firma voluntaria del consentimiento informado, las mujeres fueron entrevistadas a través de un cuestionario para recolectar los datos requeridos. el riesgo de cáncer de cuello uterino aumento con el número de partos (OR 4.46 X<sup>2</sup> 18.89 p=0.00), con tener la primera relación sexual en la adolescencia (ETA=0.43), el haber tenido parto en la adolescencia (OR 22.34 X<sup>2</sup> 4.95 p=146.24) y con un bajo grado de instrucción (x<sup>2</sup> 31.51 p=0.00). no se presentaron de igual forma con el uso de anticonceptivos orales (OR 1.3 IC 95% p=0.76), el tabaquismo (X<sup>2</sup> 4.95 p=0.084) y con la presencia de múltiples compañeros sexuales (ETA=0.067). **Resultados:** Los resultados de las mujeres con cáncer al cuello uterino en relación con el uso de métodos anticonceptivos el 59.55% no usan método y el 40.44% si usan

método. El cáncer con relación a la multiparidad, el 89.88% son multíparas y el 0.89% no son multíparas. Sometidos al Chi cuadro se halla significancia. El cáncer con relación al grado de instrucción el 2.24% son analfabetas, el 25.84% son de nivel primario, el 42.69% son de nivel secundario, el 14.60 son de nivel técnico y el 14.6% son de nivel universitario. El cáncer en relación con el número de parejas sexuales, el 42% tienen 1 pareja, el 35% tienen 2 parejas, el 18% tiene 3 parejas, el 3% tienen 4 parejas, el 1% tienen 5 parejas y el 1% tienen mayor a 6 parejas. El cáncer con relación a la edad de inicio de la relación coital, el 11.23% iniciaron menor que 15 años, el 28.08% iniciaron a los 16 años, el 20.22% iniciaron a los 17 años, el 8.18% iniciaron a los 19 años y el 31.46% iniciaron pasando los 20 años de edad. **Conclusiones:** El estudio de factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en la población atendida en el Hospital Regional de Trujillo mostro que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el parto en la adolescencia, la multiparidad, y el bajo grado de instrucción son importantes factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.

**FERNANDEZ VELASQUEZ Carlaine Y IZAGUIRRE VILLANUEVA Elizabeth (2014 CHIMBOTE).** Factores de Riesgo Socioeconómicos y Gineco Obstétricos que Predisponen a Cáncer de Cuello Uterino. Nuevo Chimbote 2013<sup>14</sup>. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo socioeconómico y Gineco Obstétrico que predisponen al Cáncer de Cuello Uterino. **Diseño/Método:** Es de tipo descriptivo, corte transversal, la población de estudio estuvo conformada por 115 mujeres entre 10 y 34 años del H.U.P. “Luis Alberto Sánchez”. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de encuesta y al instrumento fue el cuestionario semiestructurado. El procesamiento de datos y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en estadística y epidemiología, SPSS 18 en sus dos niveles descriptivo y analítico. **Resultados:** En los factores Socioeconómicos el 68.6% de las mujeres tienen un ingreso menor al mínimo vital, el 57.1% presenta el grado de

instrucción primaria, el 74.3% son ama de casa y el 71.4% no consumen tabaco. En los factores Gineco Obstétricos el 68.6% han iniciado sus relaciones sexuales entre 14 y 19 años de edad, el 62.9% tuvieron dos parejas sexuales, el 71.4% no presentaron infecciones de transmisión sexual, el 68.6% presentaron más de tres partos y el 65.7% han usado anticonceptivo oral combinada y el 97.1% no recibió la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. **Conclusiones:** El riesgo de cáncer de cuello uterino es el 40% los que presentan el riesgo alto, 31.4% presentan riesgo medio y el 28.5% presentan riesgo bajo al cáncer de cuello uterino.

**SALAZAR RODRIGUEZ Susan Kate (2017 LIMA).** Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Materno Perinatal, Febrero – Marzo 2016. Lima Perú<sup>13</sup>. **Objetivos:** Relacionar el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Materno Perinatal, febrero-marzo 2016. **Diseño/método:** estudio descriptivo, correlacional y transversal, que tuvo como muestra a 361 usuarias atendidas en el consultorio externo del Instituto Materno Perinatal durante los meses de febrero a marzo 2016. En análisis descriptivo, para los valores cuantitativos se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión; para los valores cualitativos se estimaron frecuencias. Así mismo, se calculó la relación mediante la prueba de chi cuadrado, lo cual se consideró significativa cuando tuvo un valor de  $p \leq 0.05$ . **Resultados:** el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical de las usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Materno Perinatal fue de medio (49%) alto (34%). Las usuarias tuvieron una mayor exposición a los factores de riesgo como presentar síntomas o signos de infección vaginal (64.5%) tener de dos o más parejas sexuales (58.7%), tener de dos o más hijos 44.3% tener una alimentación deficiente de vegetales todos los días (38.8%), inicio de relaciones sexuales menor o igual a 17 años (36.6%) y haber tenido de dos o más partos (29.9%). Se

observo que hubo relación significativa entre el número de parejas sexuales y el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino ( $p=0.013$ ). también hubo una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y la alimentación deficiente de los vegetales ( $t=0.0006$ ). **Conclusiones:** el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical se relaciona de manera significativa con la exposición a dos o más parejas sexuales y a la alimentación deficiente de alimentos vegetales en usuarias asistidas en los consultorios externos del Instituto Materno Perinatal Febrero a Marzo 2016.

**AGUILAR PALOMINO Gabriela (2017 LIMA).** Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015<sup>16</sup>. **Objetivos:** Demostrar la asociación entre los factores de riesgo estudiado: edad, grado de instrucción, edad de inicio de vida de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y el cáncer de cervix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. **Diseño/Método:** se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de corte transversal con enfoque cuantitativo en el cual se revisó las historias clínicas. **Resultados:** la muestra constituye por 105 pacientes ( $n=105$ ), el 84% tuvo el diagnóstico de carcinoma epidermoide y el 16% se le diagnóstico adenocarcinoma, a su vez, la distribución en cuanto a su estadiaje se ubicó: 81% en estadio I, 18% en el estadio II, el 9% en el estadio III y el 13% en el estadio IV. En cuanto a la edad con mayor frecuencia para el carcinoma escamoso, las edades comprendidas entre los 40 y 49 años de edad fueron las de mayor prevalencia, representando el 40% de la muestra total. El adenocarcinoma es más frecuente en el grupo etario comprendido entre los 60 y 69 años de edad. Las pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer cérvico uterino ( $p= 0.01$ ;  $p<0.05$ ). el número de parejas sexuales como factor de riesgo para cáncer cérvico uterino presenta una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ). En cuanto a los factores:

estado civil de la paciente ( $p=0.648$ ;  $p>0.05$ ) y grado de instrucción ( $p=0.08$ ;  $p>0.05$ ) no se halló asociación estadística con el cáncer cérvico uterino. El 49.52% pertenecen al nivel primario, el 32.38% al nivel secundario, el 13.33% sin estudio, el 4.76% al nivel superior. En cuanto al número de parejas sexuales en mayor frecuencia son con 54.29% tienen 5 parejas, 24.76% tienen 4 parejas, 9.52% tienen 3 parejas, 5.71% tienen 2 parejas y el 5.71% 1 pareja sexual. **Conclusiones:** Se confirma la asociación estadística entre los factores de riesgo: inicio temprano de relaciones sexuales y poliandria con respecto al cáncer de cuello uterino. Es necesario conocer a la población la importancia del cribado para el diagnóstico temprano de las lesiones pre malignas y prevenir el cáncer cérvico uterino.

**JACOBO TORRES Sara Angela, JANEIRO RAMIRES Cesar Luis Y et al (2015 IQUITOS).** Factores de Riesgo y Cáncer Cérvico Uterino en Pacientes Atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico. Hospital de Apoyo Iquitos, 2015<sup>11</sup>. **Objetivos:** Determinar la asociación entre los factores de riesgo y cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico. Hospital de apoyo Iquitos, 2015. **Diseño/métodos:** Se empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, correccional, retrospectivo. La población fue de 70 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino y la muestra fue el 100% de la población (70). Se aplicó la ficha de registro de factores de riesgo y cáncer cérvico uterino que no fue validado porque registraba información existente de un documento formal. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22. El nivel de confianza fue 95% y el nivel de significancia de 0.05 ( $p<0.05$ ). Se utilizó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi – Cuadrada, para determinar la asociación de las hipótesis planteadas. **Resultados:** Los resultados del cáncer de cuello uterino en relación a los estadios entre la paridad, el estadio I con 7.1% pertenece a las nulíparas, el 38.6% pertenece a las de

paridad baja y el 14.3% corresponde a las multíparas. Estadio II con 2.9% son nulíparas, el 11.4% son de paridad baja y el 10% son multíparas. Estadio III con 1.4% son nulíparas, el 5.7 son de paridad baja y el 4.3% son multíparas. Estadio IV con 0% nulíparas, 1.4% son de paridad baja y el 2.9% son multíparas. El estadio I con 48.6% sin aborto y el 11.4% con aborto, estadio II con 12.9% sin aborto y 11.4% con aborto, estadio III con 7.1% sin aborto y 4.3% con aborto, estadio IV con 1.4% sin aborto y 2.9% con aborto. **Conclusiones:** Los factores de riesgo para cáncer cervicouterino identificados, 54.1% tenía la edad del primer parto menor de 20 años, 57.1% tuvo paridad baja con número de hijos de uno a dos, el 70.5 no tuvieron abortos y el 71.4% no tenían antecedentes familiares de cáncer cérvico uterino u otro tipo de cáncer. El 60% estaban en el estadio I, el 24.3% en el estadio II, el 11.4% en el estadio III y el 4.3 en el estadio IV.

**QUISPE BARRIOS Yeny (2008 AYACUCHO).** Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II ESSALUD Ayacucho. Enero 2007 a diciembre 2008<sup>18</sup>. **Objetivos:** Conocer los factores asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el Hospital II ESSALUD. Ayacucho, entre los meses de enero 2007 a diciembre 2008. **Diseño/Método:** La investigación es de tipo aplicada, retrospectivo, analítico y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 64 mujeres, a quienes se les aplicó la ficha de encuesta estructurada y se realizó la revisión de la historia clínica. **Resultados:** Los resultados hallados fueron los siguientes: de 100 (64) de mujeres en estudio, el 57.8% (37) presentaron lesión intraepitelial de alto grado, del 35.9% (23) lesión intraepitelial de bajo grado y finalmente del 6.3% (4) de la muestra, cáncer invasor. El cáncer de cuello uterino en mayor porcentaje en relación a la edad de la mujer con 50% a mayores de 60 años, 25% a mujeres entre 46 y 60 años, 25% a mujeres entre 36 y 45 años. Con relación al nivel de instrucción, el 75% al nivel primario, el 25% al nivel superior y el 0% al

nivel secundario, en relación a la procedencia, el 50% proceden de la zona rural y el 50% de la zona urbana. El 100% de mujeres con cáncer de cuello uterino son mujeres casadas. **Conclusiones:** Se logro conocer que los factores relacionados con el cáncer de cuello uterino en las mujeres ( $p < 0.05$ ) fueron la edad, el nivel de instrucción, la paridad, el número de parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos orales y los factores no relacionados ( $p > 0.05$ ) al cáncer de cuello uterino fueron la procedencia, el estado civil y la condición económica.

## **2.2.BASES TEORICA CIENTÍFICA**

### **2.2.1. CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor donde las células con transformación maligna traspasan de membrana basal.<sup>20</sup>

### **2.2.2. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

Es un grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia papovaviridae, no posee envoltura, tiene un diámetro aproximado de 52-55nm.

Se caracteriza por que las partículas virales están compuestas por una cápsida proteica, conformada en un 95% por la proteína y en un 5% por la proteína L2, las cuales se ensamblan para formar capsómeros heicosaédricos, son usadas para la fabricación de vacuna profiláctica. En el interior de la cápsida se encuentra un ADN circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región regulatoria no codificada, la cual contiene sitio de unión para factores proteicos y hormonales del hospedero, necesarios para que el virus pueda completar su ciclo de replicación.

El genoma de VPH, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de replicación del mismo conocidos como L. se conoce seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (aunque se considera que E4 es en realidad un gene tardío), y dos tardíos: L1 y L2. Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro

lado, los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápside viral.<sup>29</sup>

### **Tipos De Virus Papiloma Humano**

En el siglo XX Zur Hausen estableció la posible relación en el VPH y el cáncer del cuello uterino, identificándose más de 100 tipos virales y 85 se han caracterizado hasta la fecha, pero solamente 15 se han relacionado con cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas de esta localización y de otras zonas mucosas. Son los denominados virus de alto riesgo, y que tienen alto riesgo oncológico.

La diferencia entre los tipos de virus es a nivel de los aminoácidos estructurales de la proteína mayor L1 de su cápside presenta una diferencia secuencial superior al 10%.

El virus de papiloma humano se clasifica en cutáneas y mucosas, el tipo que afecta a la mucosa se asocian principalmente con el tipo 6 y 11, conocido como tipo de bajo riesgo y se encuentra preferentemente en los condilomas acuminados, mientras que aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipo 16, 18, 30, 31, 33, 35, 45, 51 y 52, principalmente) son conocidos como virus de alto riesgo; el VPH 16 y 18 son los oncogénicos más comunes que causan aproximadamente a menos 70% de los canceres cervicales en todo el mundo; los tipos 56, 58 y 59, 68, 73 y 82, y los tipos 26, 53 y 66 están clasificadas como probablemente carcinogénicas.<sup>29</sup>

### **Ciclo Vital De Los Virus Papiloma Humano**

El ciclo de los VPH está estrechamente ligada al crecimiento y diferenciación de las células epiteliales hospederas. El VPH inicia su ciclo productivo infectado a las células poco diferenciados de las capas basales del epitelio, donde inicia la transcripción de las capas basales del epitelio, donde inicia la transcripción de sus genes. La forma en que el VPH alcanza las células de los estratos bajos del epitelio es a través de lesiones, micro – heridas. El virus se une a su

célula blanco a través de un receptor de membranas moléculas  $\alpha$ -integrina. Una vez ocurrida la infección el virus se establece dentro del núcleo de las células basales.<sup>29</sup>

### 2.2.3. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE CUELLO UTERINO

El cuello uterino es la porción inferior del útero, delimitado por arriba por el istmo y protruye en la vagina. Mide entre 2,5 y 3 cm de longitud en la nulípara (varía según la edad y la paridad) y se ubica hacia atrás en forma oblicua. Se divide en la porción vaginal o exocérvis y el canal o endocérvis.

La irrigación sanguínea del cuello está dada por ramas de las arterias uterinas que ingresan lateralmente a través de los ligamentos de Markenrodt. Estos ligamentos junto con los ligamentos úterosacos sirven además para fijar y suspender el órgano. La irrigación venosa es paralela a la arterial. La red linfática nace cerca de la mucosa y en la profundidad del estroma para dar origen a cuatro diferentes canales eferentes que drenan hacia los ganglios iliacos externos, obturadores, hipogástricos e iliacos. La inervación está presente en la porción externa del exocérvis y en el endocérvis y proviene del sistema autónomo de los plexos superiores, medio e inferior hipogástrico.<sup>21</sup>

**Endocérvis** ocupa los 2/3 superiores del cérvix. Posee una forma ligeramente cilíndrica dejando en su interior un canal derecho menor de un centímetro de diámetro. Está revestido por un epitelio cilíndrico simple, con células epiteliales cubre la superficie de la mucosa y reviste sus pliegos, hendiduras y túbulos; el endocérvis segrega un moco alcalino que está bajo control hormonal por parte de los estrógenos y la progesterona.

**Exocérvis:** continua desde el orificio cervical externo y asoma hacia la vagina; está revestido por un epitelio plano estratificado no queratinizado, que continua con la vagina. Las células situadas en la región intermedia del epitelio contienen abundante glucógeno citoplasmático.

**UNIÓN ESCAMOCOLUMNAR:** Es la unión entre el epitelio mucoso del endocérvix y el escamoso del exocérvix es brusca y normalmente se localiza a nivel del orificio cervical externo. La localización se modifica a lo largo de la vida de la mujer.

La influencia de las hormonas sexuales hace que en la pubertad el epitelio mucoso endocervical se asome hacia la vagina, formando lo que se denomina el ectropión.

**ZONA DE TRANSFORMACIÓN:** es la región comprendida entre la antigua y la nueva unión escamocolumnar; el PH en la vagina origina un cambio en la diferenciación de las células de reserva del epitelio endocervical de esta zona transformándose en escamosa; La gran importancia medica de esta zona de transformación radica en su sensibilidad a infectarse por determinados tipos de virus (como el virus del papiloma humano).<sup>22</sup>

#### **2.2.4. HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

cuando se produce una erosión o microtraumatismo en la capa superficial del epitelio diana (zona de transformación), facilita que el virus pueda penetrar en las células de la capa basal donde amplifica su genoma, expresando las proteínas. En las capas intermedias, vemos que tanto células como virus se replican en tandem, sin haber amplificación de las copias del virus y con poca expresión de los genes anteriores. En las capas superiores, donde el epitelio es diferenciado, el virus se amplifica sin replicación celular. El virus infecta la célula produciendo lesiones en un periodo de tiempo que puede durar de semanas ha meses, induciendo una replicación viral en la que no hay viremia detectable ya que las células diana finales son los queratinocitos diferenciados.<sup>23</sup>

el cáncer de cuello uterino es una enfermedad multifactorial que se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la unión escamo-columnar del cuello uterino a partir de las lesiones precursoras

después que ha ocurrido una infección por el virus del papiloma humano, en presencia de otros cofactores.<sup>24</sup>

<b>Infección por el virus del papiloma humano</b>	<b>Displasia cervical de bajo grado</b>	<b>Displasia cervical de alto grado</b>	<b>Cáncer invasor</b>
La infección por el virus del papiloma humano es extremadamente común entre las mujeres en edad reproductiva. La infección puede permanecer estable, llevar a displasia o volverse indetectable.	Las lesiones de bajo grado usualmente son temporales y desaparecen con el tiempo. Algunos casos sin embargo progresan ha lesiones de alto grado.	Son significativamente menos comunes que las displasias de bajo grado. Pueden progresar de lesiones de bajo grado o directamente de la infección por VPH.	Las mujeres con displasia de alto grado están en riesgo de desarrollar cáncer invasivo, esto generalmente ocurre muy lento un periodo aproximado de 15 años.

## 2.2.5. CLASIFICACION DE CANCER DE CUELLO UTERINO

**Estadio I** el carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

- ✓ **Estadio IA:** cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
- ✓ **Estadio IA1:** la invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- ✓ **Estadio IA2:** la invasión medida en el estroma esta entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- ✓ **Estadio IB:** las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión microscópica visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.
- ✓ **Estadio IB1:** lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- ✓ **Estadio IB2:** lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

**Estadio II** el carcinoma de estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no mas allá de sus dos tercios superiores.

- ✓ **Estadio IIA:** ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta a dos tercios superiores de la vagina.
- ✓ **Estadio IAB:** afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

**Estadio III:** carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio

inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

- ✓ **Estadio IIIA:** ninguna extensión en la pared, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- ✓ **Estadio IIIB:** extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

**Estadio IV:** el carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- ✓ **Estadio IVA:** extensión del tumor a los órganos pélvicos cercanos.
- ✓ **Estadio IVB:** extensión a los órganos distales.<sup>25</sup>

#### 2.2.6. DIAGNOSTICO

**Biopsia:** el diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino se hace con biopsia; mediante esta prueba se conoce la extensión de la enfermedad, es decir, si el cáncer ha invadido los tejidos cercanos o si se ha extendido a otras partes del cuerpo. Este procedimiento mediante el cual se remueve el tejido de un organismo para el estudio histopatológico macroscópico y microscópico que permite establecer el diagnóstico; este estudio histopatológico procede y determina la actitud terapéutica.<sup>26</sup>

#### 2.2.7. TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento del cáncer invasivo son la cirugía, la radioterapia, y la quimioterapia. Estos tratamientos pueden ser usados en conjunto.

**Cirugía:** Consiste en quitar diversas cantidades de tejido del área del cáncer y sus alrededores. Opción para las mujeres en etapa inicial de cáncer cérvico uterino.

**La biopsia de cono:** quitar el área de cérvix en forma de cono.

**Histerectomía simple:** quitar el útero, removiendo menos tejido.

**Histerectomía radical:** quitar tejido en los bordes del útero y, a menudo, nódulos linfáticos en la pelvis y los alrededores. Los tubos y ovarios usualmente no se quitan a menos que parezcan anormales.

**Radioterapia:** se usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Esta terapia puede usarse también después de cirugía para destruir cualquier célula cancerosa que pudiera haber quedado en el área.

**Quimioterapia:** es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Generalmente se combina con radioterapia. Cuando el cáncer se ha extendido a otros órganos, la quimioterapia puede usarse sola. La mayoría de los fármacos para el cáncer cervicouterino se inyectan en la vena, algunos fármacos pueden tomarse oralmente.<sup>27</sup>

## 2.2.8. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

### Prevención primaria

**Vacuna contra el virus de papiloma humano:** existen tres tipos de vacuna contra el virus papiloma humano; la tetravalente y la bivalente que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos 18 y 16; que causan la mayoría de los cánceres cervicales. La vacuna tetravalente también protege contra el tipo 6 y 11, que se asocia a las verrugas genitales. La tercera vacuna es la nonavalente que incluye protección contra el 6, 11,16,18, 31, 33, 45, 52 y 58, pero aun no se encuentra disponible en el mercado.

### Prevención secundaria

**Tamizaje mediante el papanicolaou:** este examen consiste en un raspado con un cepillo o espátula la zona de transformación; la muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio.

**Inspección visual con ácido acético (IVAA):** es un examen visual realizado con espejo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicando

en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio normal se toma de color blanco y puede ser detectado fácilmente.

**Pruebas moleculares para la detección del virus del papiloma humano:** otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN del VPH de alto riesgo. Estudios han demostrado que las pruebas del VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP.

**Colposcopia:** procedimiento de diagnóstico se realiza mediante un instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento, se usa para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcopia del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y premalignas tiene características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. Con el objetivo de distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsia dirigida de tejido sospechoso.<sup>20</sup>

### 2.2.9. FACTORES DE RIESGO

**Edad de inicio de relaciones sexuales:** Es un indicador importante para el riesgo de cáncer de cuello uterino; el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas aumenta el riesgo de cáncer invasor de cuello uterino, considerándose factor determinante de las elevadas tasas de incidencia. Las relaciones entre las edades tempranas del primer coito y la neoplasia cervicouterina pueden explicarse porque durante la adolescencia no se ha realizado la completa estratificación del epitelio escamoso. Por otra, al epitelio aun no maduro probablemente se la acción noxas carcinogénicas como el esmegma o algunas proteínas nucleares del esperma.

**Número de parejas sexuales:** Las parejas sexuales, representan un factor de riesgo determinantes para la infección por VPH. El individuo que ha tenido mayor número de parejas sexuales está más expuesto a

adquirir ITS las que a su vez juega un papel importante en la transformación neoplásica cervical.

**Paridad:** Es el número de partos que ha tenido una mujer. Una paridad mayor o igual de tres partos a término también está asociado con un riesgo aumentado de desarrollo de cáncer de cuello uterino, las heridas e infecciones del cuello uterino, que puedan ocurrir durante el parto, alterar los límites normales entre los epitelios en la zona de transformación que es la zona de origen de cáncer, y el número de embarazos llegados a término, debido a ciertos grados de inmunosupresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general.

**Anticonceptivo oral combinado:** El uso de este, es un factor de riesgo de cáncer de cuello uterino; el tejido cervical posee receptores hormonales y la administración de asociación de estrógenos y progesterona puede determinar alteraciones de tipo histológico. Varios estudios sugieren que existe evidencias de que la infección por el VPH, especialmente el tipo 16, el productor de los condilomas acuminados, puede ser por influencia de factores hormonales.<sup>28</sup>

**Infección de transmisión sexual:** Es un conjunto de infecciones que se pueda expresar clínicamente con distintas sintomatologías, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico, de adquirirse por vía sexual. La ITS involucra principalmente la esfera genital, existiendo la posibilidad para alguno de los agentes participantes, de generar infecciones diseminadas lesionando numerosos órganos.<sup>30</sup>

**Tricomoniasis:** Es una infección de transmisión sexual no viral más extendida en el mundo. La trichomonas vaginalis mide de 7 a 23 micrometros.

El PH alcalino es ideal para la producción de la infección, durante el acto sexual, la mujer secreta fluidos que aumentan el PH vaginal, además el semen, que es alcalina favorece la transmisión del parasito. La infección es producida por un parasito que invade la infección la mucosa genital, tiene preferencia por localizarse, en el caso de la

mujer, en la glándula de Bartholini y parauretrales y en sus secreciones, además de la vagina y el cérvix.

En el cuadro clínico se observa leucorrea abundante, espumosa, fétida y de color amarillo verdoso, la mujer infectada refiere prurito, dispareunia y disuria que se acentúa durante la menstruación. A la especuloscopia se observa eritema vaginal y cervica.<sup>31</sup>

**Clamidia:** La clamidia se adhiere a la superficie de los epitelios columnares de la mucosa, penetrando en las células por medio de un fagosoma. Una vez en el interior, se transforma en un cuerpo reticulado, que se divide repetidamente por fisión binario, reorganizándose los microorganismos en cuerpos de inclusión.

**Herpes:** Es una ITS de etiología viral, se presenta en cinco fases; infección primaria mucocutánea, infección ganglionar aguda, latencia, reactivación e infección recurrente.

La infección se inicia con la exposición al virus, la inoculación con participación de células epiteliales, la replicación viral con lisis celular, la rápida respuesta inflamatoria y la posterior diseminación del virus por nervios sensitivos o autónomos hasta los ganglios regionales. También se puede diseminar por contigüidad, extendiéndose las lesiones cutáneas. En los ganglios se produce una etapa de latencia que persiste toda la vida<sup>30</sup>.

**Sífilis:** Es una infección sistémica de evolución crónica producida por *Treponema pallidum*. Esta bacteria forma helicoidal, que se visualiza en microscopio con campo oscuro. Esta enfermedad presenta un periodo de incubación de 9 a 90 días con una media de 21 días, seguido de una lesión primaria o chancro con linfadenopatía regional y un periodo secundario bacteriano asociado a lesiones maculopapulosas y linfadenopatías generalizadas. Posteriormente existe un periodo de lesiones de varios años y finalmente, un 30% a 50% de los casos no tratados presentan un periodo terciario caracterizado por destrucción mucocutánea, lesiones parenquimatosas, aortitis y enfermedades del sistema nervioso central. La *Treponema pallidum* se une a las células en

la puerta de entrada dado una lesión primaria se produce por la enzima mucopolisacaridasa que degrada el espacio intercelular del endotelio capilar, generando una endarteritis obliterante con necrosis y ulceración, el huésped responde con un infiltrado linfocitario y de células plasmáticas. La mayor parte de daño se debería a inmunocomplejos, que determinarían la respuesta inflamatoria lesiva<sup>30</sup>.

### 2.3.DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS

- ✓ **Cáncer de cuello uterino:** Cáncer de cuello uterino es la alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.
- ✓ **Biopsia:** Extracción de una pequeña porción del tejido en estudio para la obtención del diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino.
- ✓ **Incidencia:** Es la relación entre el número de nuevos casos a lo largo de un periodo concreto y la suma de los periodos de riesgo de cada uno de los individuos enfermos a lo largo de un periodo que se especifica.
- ✓ **Edad de inicio de la actividad sexual:** Es la edad en la que la mujer inicia su actividad sexual.
- ✓ **Número de parejas sexuales:** Es la cantidad de parejas sexuales o contacto sexual hasta la fecha.
- ✓ **Paridad:** Es el número de partos a término de una mujer que culminaron por vía vaginal. El número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación y mayor de 500 gramos de peso.

- ✓ **Uso anticonceptivo oral combinado:** Procedimiento que previene o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles.
- ✓ **Oncología ginecológica:** Es la especialidad médica que estudia y trata las neoplasias, tumores benignos y malignos, con especial atención a los tumores malignos o cáncer con afección al aparato reproductor femenino.
- ✓ **Procedencia:** Origen, de donde nace o deriva la mujer.
- ✓ **Edad:** Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de la mujer, expresadas en años cumplidos.
- ✓ **Estado civil:** Es la situación de una mujer determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio del parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes.
- ✓ **Grado de instrucción:** Es el nivel académico o escolaridad conseguida por una mujer a lo largo de su vida, se expresa en años de estudio aprobados.

## 2.4.HIPÓTESIS

La predisposición de los factores de riesgo (factor Gineco-Obstétrico y características sociodemográficos) incrementan la alta incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres del consultorio de Oncología Ginecológica. Hospital Regional de Ayacucho 2017 - junio 2018.

## 2.5.VARIABLES

❖ Variable independiente:

Factores relacionados: factores gineco-obstétrico

Edad de inicio de la actividad sexual

Número de parejas sexuales

Paridad

Uso de método anticonceptivo oral

❖ Variable dependiente:

Cáncer de cuello uterino

❖ Variables atributivos:

Características sociodemográficas

Edad

Procedencia

Estado civil

### **III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1.TIPO DE INVESTIGACION**

Aplicada

#### **3.2.ENFOQUE DE INVESTIGACION**

Cuantitativa

#### **3.3.NIVEL DE INVESTIGACION**

Descriptiva

#### **3.4.DISEÑOS DE INVESTIGACION**

Observacional, retrospectivo, transversal

#### **3.5.POBLACION**

La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes que acudieron al consultorio de Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo, 2017 a Junio 2018.

### **3.6.MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por las historias clínicas de las mujeres con biopsia positiva, de las mujeres que se atendieron en el consultorio de Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo 2017 a Junio 2018.

### **3.7.MUESTREO**

El tipo de muestra fue no probabilístico intencional.

### **3.8.CRITERIOS DE INCLUCION Y EXCLUSICION**

#### **INCLUCION:**

Todas las mujeres con biopsia positiva que acudieron al consultorio de oncología ginecológica Hospital Regional de Ayacucho en el periodo del año 2017 a Junio del 2018.

#### **EXCLUSICION:**

- Historias clínicas de mujeres no atendidas en el consultorio de oncología ginecológica.
- Historias clínicas de mujeres que acudieron al consultorio de oncología ginecológica por otro problema de cáncer.
- Historias clínicas de mujeres que acudieron al servicio de oncología ginecológica y no tengan diagnóstico de cáncer al cuello uterino.

### **3.9.TECNICAS E INSTRUMENTO**

#### **3.9.1. TECNICA**

- Revisión documental de historias clínicas de las mujeres atendidas en el consultorio de Oncología Ginecológica.
- Aplicación de la ficha de recolección de datos estructurados.

### **3.9.2. INSTRUMENTO**

Historia clínica

Ficha de recolección de datos

### **3.10. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

- A través del decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de huamanga se solicitó la autorización al Director del Hospital Regional de Ayacucho.
- Lograda la autorización, nos presentamos al responsable del consultorio oncológico ginecológico y revisamos el libro de registro de atenciones en el consultorio de oncología ginecológica para identificar el número de historia clínica de cada mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Luego se revisó las historias clínicas identificadas en el reporte médico del especialista.
- Ya obtenida las historias clínicas, se registraron los datos pasando a la ficha de recolección de datos (Anexo).

### **3.11. PROCESAMIENTO DE DATOS**

- ⊕ Los datos y la información requerida fueron codificadas y registradas para el control de calidad.
- ⊕ Se procedio a registrar en el programa de Microsoft Excel 2010 debidamente codificados.
- ⊕ El análisis fue numérico, porcentual y estadístico mediante el programa de SPSS21 para el procesamiento y el análisis descriptivo relacional entre variables a través de pruebas estadísticas de Chi-cuadrado.
- ⊕ Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos y gráficos, los cuales se relacionaron los variables de estudio, entre la variable dependiente con la independiente e interviniente.

### **3.12. ASPECTOS ETICOS**

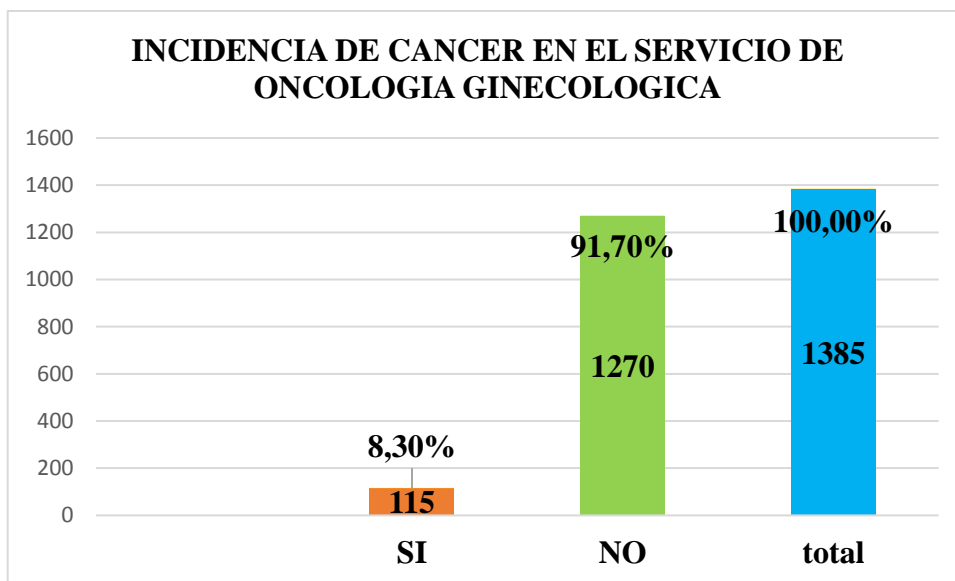
Los datos obtenidos de la historia clínica, así como de la identidad de la mujer, fueron consideradas solamente para objetivos estipulados en el estudio, mas no para otros fines que puedan perjudicar a la paciente, respetando el principio de la confidencialidad.

## **IV CAPITULO**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

### **GRAFICA N° 1**

INCIDENCIA DE CANCER GINECOLOGICO EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”



El grafico N°1 muestra la incidencia de cáncer en mujeres, que acudieron al servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (1385) de mujeres que acudieron al servicio; el 91,70% (1270) no tienen el cáncer de cuello uterino y el 8,30% (115) han desarrollado algún tipo de cáncer ginecológico.

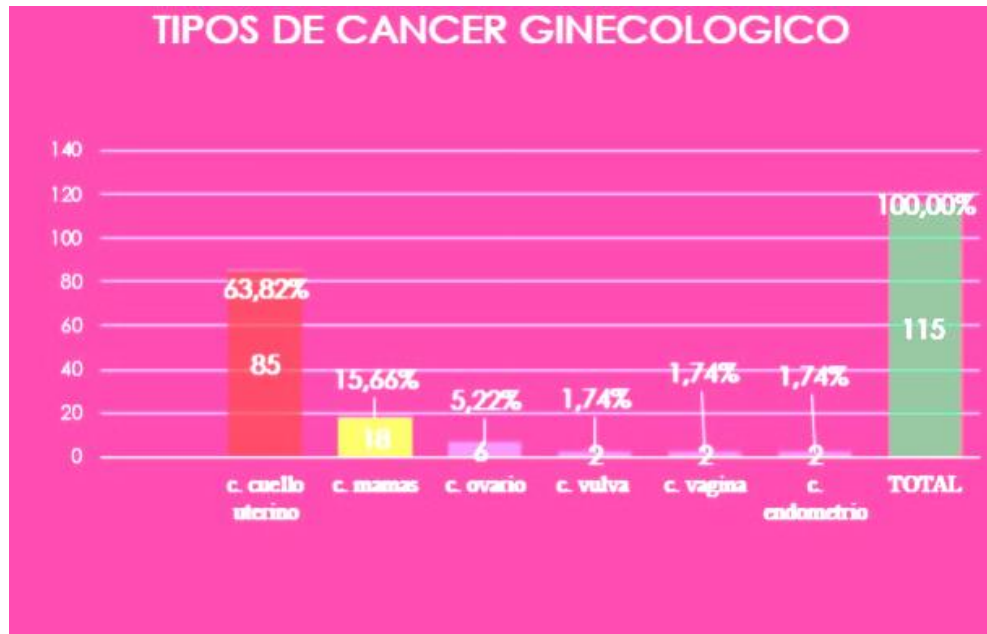
De los resultados hallados, se concluye que el 8,30% (115) de mujeres que acudieron al servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho, desarrollaron algún tipo de cáncer ginecológico.

Los resultados hallados demuestran que en la región de Ayacucho la incidencia del cáncer ginecológico está en aumento, este se debe a la alteración celular y a los diferentes factores de riesgo que predispone cada mujer para desencadenar este mal, evidenciándose un riesgo mayor para las mujeres Ayacuchanas.

Contrastando nuestros resultados con el estudio realizado por **SALAZAR Elvis. Sobre: Incidencia de cáncer en el servicio de ginecología y obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix. Estado de Bolívar. Venezuela. 2002 – 2006<sup>5</sup>**. Reporta que la incidencia de cáncer de cuello uterino, del total de mujeres con 41 899 (100%), representan el 0.74% (312) de mujeres con cáncer ginecológico, siendo semejante a la incidencia en comparación con nuestros resultados.

## GRAFICO N° 2

INCIDENCIA DE TIPOS DE CANCER GINECOLOGICO EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”



El gráfico N°2 muestra la incidencia de cáncer ginecológico en mujeres, del servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (115) de mujeres que acudieron al servicio; el 63,82% (85) desarrollaron el cáncer de cuello uterino; el 15,66% (18) cáncer de mamas; el 5,22% (6) cáncer de ovarios; el 1,74% (2) cáncer de vulva; el 1,74% (2) cáncer de vagina; y el 1,74% (2) cáncer de endometrio.

Los resultados hallados demuestran que en la región de Ayacucho la incidencia del cáncer de cuello uterino está en aumento, este se debe a la alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor donde las células con transformación maligna traspasan de membrana basal, ya que esto se debe a diferentes factores como la edad precoz

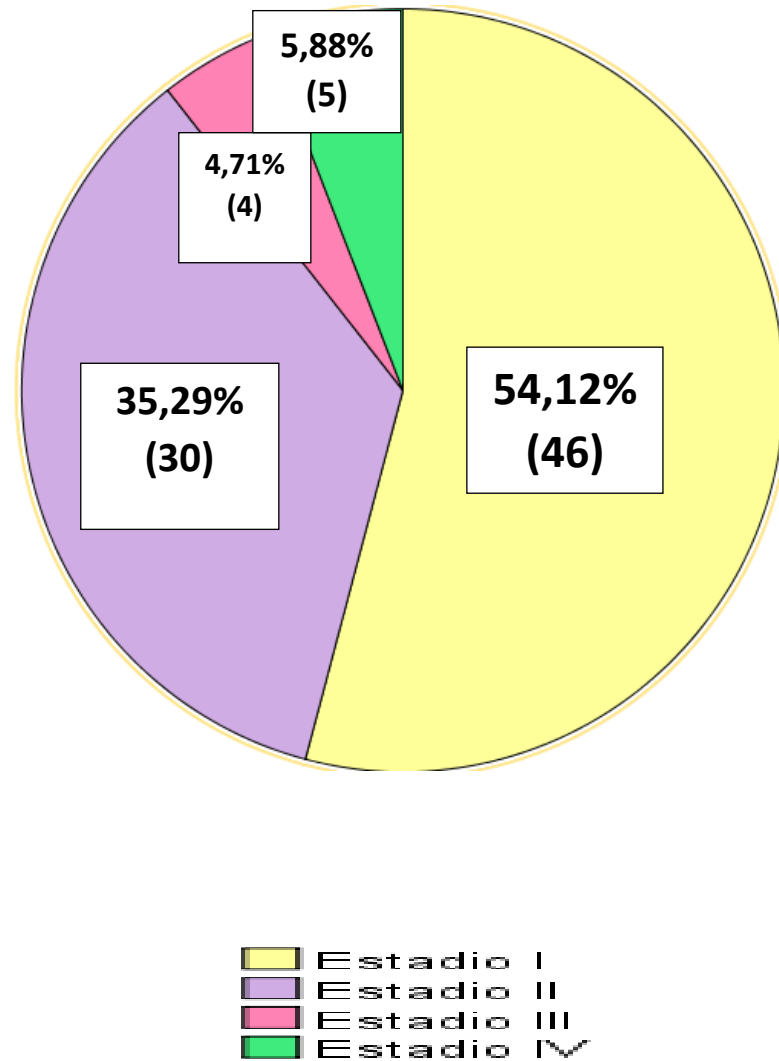
de relaciones coitales y mayor número de parejas sexuales, evidenciándose un riesgo mayor para las mujeres Ayacuchanas.

Contrastando nuestros resultados con:

El estudio realizado por **SALAZAR Elvis. Sobre: Incidencia de cáncer en el servicio de ginecología y obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix. Estado de Bolívar. Venezuela. 2002 – 2006<sup>5</sup>**. Reporta que el cáncer ginecológico el 92,44% (290) mujeres tienen cáncer de cuello uterino, el 3,84% (12) mujeres tienen cáncer de endometrio, el 2,88% (9) mujeres tienen cáncer de ovario, y el 0,32% (1) mujer tiene cáncer de vulva, siendo semejante a la incidencia en comparación con nuestros resultados.

**GRAFICO N° 3**

INCIDENCIA SEGÚN ESTADIOS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”



FUENTE: Historia clínica

El grafico N.º 03 muestra la incidencia del cáncer de cuello uterino según los estadios, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,12% (46) se encontraron en el

estadio I; seguido el 35,29% (30) en el estadio II; el 4,71% (4) en el estadio III; el 5,88% (5) en el estadio IV.

De los resultados halladas en el presente gráfico, se concluye 54,12% (46) mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho se encontraron en el estadio I desarrollando así el cáncer de cuello uterino.

Como se observa en los resultados hallados, en la región de Ayacucho existe un mayor elevado porcentaje de las mujeres en el estadio I, esto se debe a los diferentes factores de riesgo como la edad precoz de inicio de relaciones coitales, mayor número de parejas sexuales, multiparidad, etc. que en conjunto o independientemente influyen en el riesgo de adquirir el cáncer de cuello uterino. Cabe señalar que la clasificación del estadiaje según la FIGO varía en relación al tamaño (horizontal y vertical) de la expansión de las células al estroma, mucosa y órganos.

Contrastando nuestros resultados con:

El estudio realizado por **CARDENAS BERECHÉ Yovana. (2016 LIMA).** Conductas Sexuales Y Aspectos Reproductivos Como Factores De Riesgo Para Cáncer De Cuello Uterino En Mujeres atendidas En El Hospital Baja Complejidad En Huaycan, 2014 – 2015<sup>15</sup>. Reporta la incidencia de cáncer al cuello uterino según los estadios pertenece en un 13.3% al estadio IV, el 57.5% al estadio III, el 18.6% al estadio II y el 10.6% al estadio I.

El estudio realizado por **AGUILAR PALOMINO Gabriela. (2017 LIMA).** Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015; Reporta la distribución en cuanto a su estadiaje se ubicó: 81% estadio I, 18% estadio II, el 9% estadio III y el 13% en el estadio IV.

El estudio realizado por **PACHECO CAHUANA Carlos Eduardo (2011 TACNA).** Estudio Clínico Epidemiológico del Cáncer en los Pacientes Tratados en el Hospital 111 Daniel Alcides Carrión de ESSALUD Red Tacna 2007-

2010<sup>17</sup>; los resultados muestran que la mayoría de cáncer de cérvix y de mama se diagnosticó en el estadio I.

Los resultados reportados por los trabajos mencionados difieren con nuestros resultados, sin embargo, es importante resaltar que la incidencia es alta, constituyéndose claramente en hallazgos de importancia para la prevención y tratamiento oportuno.

**TABLA N° 1**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION A EDAD EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

EDAD	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 30 años	2	2,4	2	2,4	0	0,0	0	0,0	4	4,7
31-40 años	10	11,8	6	7,1	0	0,0	0	0,0	16	18,8
41-50 años	13	15,3	3	3,5	1	1,2	1	1,2	18	21,2
> 51 años	21	24,7	19	22,4	3	3,5	4	4,7	47	55,3
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54,2</b>	<b>30</b>	<b>35,4</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>5,9</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 7,453$$

$$X^2_t = 9,798$$

$$p > 0,05$$

$$g.l. = 9$$

La tabla N.º 01 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino en relación a la edad, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 2,4% (2) eran menores de 30 años, seguido en un 11,8% (10) se encontraron en el rango de 31- 40 años de edad ; 15,3%(13) en el rango de 41-50 años de edad; 24,7% (21) fueron mayores de 51 años de edad; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 2,4% (2) eran menores de 30 años, seguido en un 7,1% (6) se encontraron en el rango de 31- 40 años de edad ; 3,5%(3) en el rango de 41-50 años de edad; 22,4% (19) fueron mayores de 51 años de edad; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 0,0% (0) eran menores de 30 años, seguido en un 0,0% (0) se encontraron en el rango de 31- 40 años de edad ; 1,2%(1) en el rango de 41-50 años de edad; 3,5% (3) fueron mayores de 51

años de edad y el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 0,0% (0) eran menores de 30 años, seguido en un 0,0% (0) se encontraron en el rango de 31- 40 años de edad ; 1,2%(1) en el rango de 41-50 años de edad; 4,7% (4) fueron mayores de 51 años de edad.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mujeres mayores de 51 años de edad, en conjunto a los cuatro estadios.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con la edad, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

Como se observa en los resultados hallados, en la región de Ayacucho al igual que Lima y Ayacucho (EESSALUD), la edad en que predomina este mal es mayor a los 50 años de edad en relación a los estadios, y son más frecuentes entre la tercera y cuarta década de la vida, evidenciándose una relación directa con la edad; es decir, a mayor edad mayor diagnóstico de cáncer de uterino, ya que influyen los factores de riesgo considerados en nuestro estudio como la edad precoz de relaciones coitales y mayor número de parejas sexuales; por tanto, el despistaje de cáncer del cuello uterino debe optimizarse a partir de los 30 años, que permitan un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino.

#### **Contrastando nuestros resultados con:**

El estudio realizado por **HERNANDEZ ALARCON Ronald (2002 LIMA)**. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del hospital Edgardo Rebagliati Martíns. Los resultados muestran que en mayor porcentaje pertenece al grupo etario de 40 a 49 años de edad en conjunto a los estadios.

El estudio realizado por **QUISPE BARRIOS Yeny (2008 AYACUCHO)**. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II ESSALUD Ayacucho. Enero 2007 a diciembre 2008. Los resultados muestran el cáncer de cuello uterino en mayor

porcentaje en relación a la edad de la mujer con 50% a mayores de 60 años de edad.

El estudio realizado por **AGUILAR PALOMINO Gabriela (2017 LIMA)**. Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015. Los resultados fueron más frecuentes en el grupo etario comprendido entre los 60 y 69 años de edad.

Los resultados reportados por los trabajos mencionadas son similares a nuestros resultados, resaltando que el grupo etario de mayor edad son diagnosticadas con este mal.

**TABLA N° 02**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL LUGAR DE PROCEDENCIA EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

LUGAR DE PROCEDENCIA	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Zona Rural	17	20	12	14,1	0	0,0	2	2,4	31	36,5
Zona Urbana Marginal	16	18,8	11	12,9	3	3,5	2	2,4	32	37,6
Zona Urbana	13	15,3	7	8,2	1	1,2	1	1,2	22	25,9
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54,1</b>	<b>30</b>	<b>35,2</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 3,425$$

$$X^2_t = 4,551$$

$$p > 0,05$$

$$g.l. = 6$$

La tabla N.º 02 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino en relación con el lugar de procedencia, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 20% (17) proceden de la zona rural, seguido en un 18,8% (16) de zona urbano marginal; 15,3%(13) zona urbano; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 14,1% (12) proceden de la zona rural, seguido en un 12,9% (11) zona urbano marginal; 8,2%(7) zona urbano; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 0,0% (0) proceden de la zona rural, seguido en un 3,5% (3) zona urbano marginal; 1,2%(1) zona urbano; el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 2,4% (2) proceden de la zona rural, seguido en un 2,4% (2) zona urbano marginal; 5,9%(5) zona urbano.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 37,6% mujeres proceden de la zona urbano marginal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con el lugar de procedencia, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

Los resultados reportados por los trabajos mencionadas son similares al nuestro siendo de mayor incidencia los que provienen de la zona rural y urbano marginal.

Las mujeres de la zona urbana acuden con mayor frecuencia al hospital, porque viven en la misma ciudad, el Hospital Regional de Ayacucho realiza campañas de salud y cuenta con puestos satélites en zonas estratégicas de la ciudad, así facilitando a las mujeres a acudir a su atención; mientras que las mujeres que proceden de la zona urbano marginal y rural no acuden con frecuencia puesto que primero van a sus centros de salud para luego ser referidas por dicho centro y por falta de información, porque no lo consideran necesario, o tienen temores, tienen dificultades de accesibilidad por la ubicación geográfica, son de escasos recursos económicos, quechua hablantes y tienen dificultad para comunicarse con el personal médico.

#### **Contrastando los resultados con:**

El estudio realizado por **HERNANDEZ ALARCON Ronald (2002 LIMA)**. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del hospital Edgardo Rebagliati Martíns. Los resultados muestran que el 36% eran natural de la sierra y zona rural, el 62% de la zona urbano marginal y el 2% de la zona urbana.

**QUISPE BARRIOS Yeny (2008 AYACUCHO)**. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II ESSALUD Ayacucho. Enero 2007 a diciembre 2008. Los

resultados muestran que la procedencia, el 50% proceden de la zona rural y el 50% de la zona urbana.

**TABLA N° 03**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL ESTADO CIVIL EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

ESTADO CIVIL	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	6	7,1	4	4,7	0	0,0	0	0,0	10	11,8
Conviviente	19	22,4	10	11,8	0	0,0	1	1,2	30	35,3
Casada	13	15,3	5	5,9	1	1,2	3	3,5	22	25,9
Viuda	8	9,4	11	12,9	3	3,5	1	1,2	23	27,1
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54,2</b>	<b>30</b>	<b>35,3</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>5,9</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 12,869$$

$$X^2_t = 13,920$$

$$p > 0,05$$

$$g.l. = 9$$

La tabla N.º 03 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino con relación al estado civil, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 7,1% (6) fueron solteras, seguido en un 22,4% (19) convivientes; 15,3%(13) casadas; 9,4%(8) viudas; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 4,7% (4) fueron solteras, seguido en un 11,8% (10) convivientes; 5,9%(5) casadas; 12,9%(11) viudas; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 0,0% (0) fueron solteras, seguido en un 0,0% (0) convivientes; 1,2%(1) casadas; 3,5%(3) viudas; el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 0,0% (0) fueron solteras, seguido en un 1,2% (1) convivientes; 3,5%(3) casadas; 1,2%(1) viudas.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 35,3% mujeres son convivientes.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con el estado civil, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

De los resultados son diferentes en relación a la nuestra ya que en mayor porcentaje son en mujeres en convivencia.

Las mujeres convivientes muestran mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino seguido de las mujeres casadas y viudas, debido a la influencia de muchos factores (edad de inicio de relaciones coitales, mayor número de parejas sexuales, mayor número de hijos) que aumentan el riesgo para adquirir dicha enfermedad; en mujeres convivientes es debido a que el estado civil es de fácil disolución conyugal el mismo que aumenta el riesgo de poseer mayor número de parejas sexuales tanto de la mujer y del varón, lo cual incrementa el riesgo de adquirir la enfermedad; también se debe al problema socio político que vivió Ayacucho, nuestras mujeres fueron abusadas sexualmente.

#### **Contrastando nuestros resultados con:**

El estudio realizado por **QUISPE BARRIOS Yeny (2008 AYACUCHO)**. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II ESSALUD Ayacucho. Enero 2007 a diciembre 2008. Los resultados muestran que el cáncer de cuello uterino en mayor porcentaje en relación al estado civil, el 100% de mujeres con cáncer de cuello uterino son mujeres casadas.

El estudio realizado por **AGUILAR PALOMINO Gabriela (2017 LIMA)**. Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015. los resultados de la muestra el estado civil no muestra significancia.

**TABLA N° 04**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin estudios	20	23,5	15	17,6	3	3,5	3	3,5	41	48,2
Primaria	11	12,9	5	5,9	0	0,0	2	2,4	18	21,2
Secundaria	13	15,3	8	9,4	1	1,2	0	0,0	22	25,9
Superior	2	2,4	2	2,4	0	0,0	0	0,0	4	4,7
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54,1</b>	<b>30</b>	<b>35,3</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>5,9</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 5,191 \quad X^2_t = 7,476$$

$$p > 0,05$$

$$g.l. = 9$$

La tabla N.º 04 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello con relación uterino con el grado de instrucción, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 23,5% (20) no tuvieron estudios, seguido en un 12,9% (11) tuvieron estudios de primaria; 15,3%(13) estudios de secundaria; 2,4%(2) estudios superiores; el 35,3 % (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 17,6% (15) no tuvieron estudios, seguido en un 5,9% (5) tuvieron estudios de primaria; 9,4%(8) estudios de secundaria; 2,4%(2) estudios superiores; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 3,5% (3) no tuvieron estudios, seguido en un 0,0% (0) tuvieron estudios de primaria; 1,2%(1) estudios de secundaria; 0,0%(0) estudios superiores; el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio

IV, de las cuales 3,5% (3) no tuvieron estudios, seguido en un 2,4% (2) tuvieron estudios de primaria; 0,0%(0) estudios de secundaria; 0,0%(0) estudios superiores. De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 48,2% mujeres que no tuvieron estudios.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con el grado de instrucción, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

De los resultados obtenidos de las investigaciones, diferimos, porque en nuestro resultado en mayor porcentaje fue a l grupo sin estudio.

Como se observa en los resultados hallados, las mujeres con bajo nivel de instrucción presentan mayor riesgo al cáncer de cuello uterino, por que prevalecen en ellas hábitos inadecuados, desconocimiento sobre el cáncer, temor de acudir a un hospital, razón por la cual, acuden con menor frecuencia a los servicios de salud, permaneciendo con infecciones de transmisión sexual por periodos largos y sin tratamiento adecuado, y solo acuden a un servicio de salud cuando la enfermedad se agrava.

En el grupo de mujeres con nivel de instrucción sin estudios, el cáncer de cuello uterino fue más frecuentes, demostrándose el retardo para buscar ayuda profesional.

#### **Contrastando los resultados con:**

El estudio realizado por **HERNANDEZ ALARCON Ronald (2002 LIMA)**. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del hospital Edgardo Rebagliati Martíns. El resultado de la investigación el grado de instrucción en las mujeres fue secundaria con un 53%, el 33% superior y el 14% primaria.

El estudio realizado por **QUISPE BARRIOS Yeny (2008 AYACUCHO)**. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II ESSALUD Ayacucho. Enero 2007

a diciembre 2008. Los resultados fueron en mayor porcentaje de cáncer de cuello uterino, en relación al nivel de instrucción, el 75% al nivel primario, el 25% al nivel superior y el 0% al nivel secundario.

El estudio realizado por **AGUILAR PALOMINO Gabriela (2017 LIMA)**. Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015. Los resultados el 49.52% pertenecen al nivel primario, el 32.38% al nivel secundario, el 13.33% sin estudio, el 4.76% al nivel superior.

**TABLA N° 05**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

NUMERO DE PAREJA SEXUALES	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0-2 parejas	15	17,6	6	7,1	1	1,2	1	1,2	23	27,1
3-5 parejas	27	31,8	20	23,5	3	3,5	3	3,5	53	62,4
>6 parejas	4	4,7	4	4,7	0	0,0	1	1,2	9	10,6
TOTAL	46	54,1	30	35,3	4	4,7	5	5,9	85	100,0

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 2,681 \quad X^2_t = 3,037$$

$$p < 0,05$$

$$g.l. = 6$$

La tabla N.º 05 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino con relación al número de parejas sexuales, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 17,6% (15) tuvieron 0-2 parejas sexuales en su vida, seguido en un 31,8% (27) tuvieron 3-5 parejas sexuales en su vida; 4,7%(4) tuvieron más de 6 parejas sexuales; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 7,1% (6) tuvieron 0-2 parejas sexuales en su vida, seguido en un 23,5% (20) tuvieron 3-5 parejas sexuales en su vida; 4,7%(4) tuvieron más de 6 parejas sexuales; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 1,2% (1) tuvieron 0-2 parejas sexuales en su vida, seguido en un 3,5% (3) tuvieron 3-5 parejas sexuales en su vida; 0,0%(0) tuvieron más de 6 parejas sexuales; el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 1,2% (1) tuvieron 0-2 parejas

sexuales en su vida, seguido en un 3,5% (3) tuvieron 3-5 parejas sexuales en su vida; 1,2%(1) tuvieron más de 6 parejas sexuales.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 62,4% mujeres que tuvieron de 3-5 parejas sexuales.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló significancia estadística ( $p < 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino se relaciona con el número de parejas sexuales, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

El cáncer de cuello uterino se relacionan con el número de parejas sexuales, habiendo encontrado mayor frecuencia de casos de 3 - 5 parejas sexuales, se puede decir que la causal de tener muchas parejas sexuales se debe al estado civil de la mujer, por tanto, podemos aseverar que cuanto mayor el número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de adquirir las infecciones de transmisión sexual como la infección por el virus del papiloma humano, que es el agente etiológico probable del cáncer de cuello uterino.

La pareja sexual masculina también tiene un rol preponderante y que por ello no podemos descartar la posibilidad de que dentro de este grupo puede existir mujeres con parejas sexuales masculinas cuya conducta sexual es mantener relaciones sexuales promiscuas, siendo estos responsables de que sus conyugues a pesar de ser monógamas adquieran diversos tipos de infección de transmisión sexual.

#### **Contrastando los resultados con:**

El estudio realizado por **HERNANDEZ ALARCON Ronald (2002 LIMA)**. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del hospital Edgardo Rebagliati Martíns. los resultados fueron con relación al número de parejas sexuales en mayor porcentaje de 2 parejas sexuales.

El estudio realizado por **AGUILAR PALOMINO Gabriela (2017 LIMA)**. Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015. Los resultados en mayor porcentaje en

cuanto al número de parejas sexuales son con 54.29% tienen 5 parejas, 24.76% tienen 4 parejas, 9.52% tienen 3 parejas, 5.71% tienen 2 parejas y el 5.71% 1 pareja sexual.

De los resultados obtenidos solo en el estudio de AGUILAR Gabriela menciona que en mayor porcentaje tuvieron más de 5 parejas sexuales al igual que nuestros resultados.

**TABLA N° 06**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10-15 años	12	14,1	8	9,4	2	2,4	1	1,2	23	27,1
16-20 años	30	35,3	20	23,5	1	1,2	4	4,7	55	64,7
>21años	4	4,7	2	2,4	1	1,2	0	0,0	7	8,2
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54,1</b>	<b>30</b>	<b>35,3</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>5,9</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 3,941 \quad X^2_t = 4,013$$

$$p < 0,05$$

$$g.l. = 6$$

La tabla N.º 06 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino con relación de la edad del inicio de la actividad sexual, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% representado por 85 mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 14,1% (12) iniciaron su actividad sexual en el rango de 10-15 años de edad, seguido en un 35,3% (30) en el rango de 16-20 años de edad; 4,7%(4) mayores de los 21 años de edad; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 9,5% (8) iniciaron su actividad sexual en el rango de 10-15 años de edad, seguido en un 23,5% (20) en el rango de 16-20 años de edad; 2,4%(2) mayores de los 21 años de edad; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 2,4% (2) iniciaron su actividad sexual en el rango de 10-15 años de edad, seguido en un 1,2% (1) en el rango de 16-20 años de edad; 1,2%(1) mayores de los 21 años de edad; el 5,9% (5) se encuentran con

diagnóstico en estadio IV, de las cuales 1,2% (1) iniciaron su actividad sexual en el rango de 10-15 años de edad, seguido en un 4,7% (4) en el rango de 16-20 años de edad; 0,0%(0) mayores de los 21 años de edad.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 64,7% mujeres que iniciaron su actividad sexual en el rango 16-20 años de edad.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, se halló significancia estadística ( $p < 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino se relaciona con la edad de inicio de actividad sexual, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

Los resultados ya mencionados son similares a nuestro resultado porque el grupo predominante de inicio de las relaciones coitales son mayores de dieciséis años de edad.

Se considera que la zona de transformación del epitelio cervical, es más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia, es especialmente susceptible a alteraciones, que puede ser inducida por agentes transmitidos sexualmente (entre ellos el virus del papiloma Humano); por esta razón el inicio de relaciones coitales activas a temprana edad, constituye uno de los principales factores de riesgo de lesiones intraepiteliales escamosas y al cáncer del cuello uterino.

Es un dato importante la edad del inicio de relaciones coitales a temprana edad en mujeres de la Región de Ayacucho con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, por ser esta una edad vulnerable. Es debido a condiciones sociales y culturales ya que en esta etapa de la adolescencia hay un despertar intuitivo de la sexualidad en todos sus aspectos por ende el inicio de las relaciones coitales tempranas, siendo este un factor de riesgo para desarrollar a corto plazo las lesiones intraepiteliales escamosas. Esto lleva a considerar la necesidad de realizar orientación y consejería en lo preventivo, no solo con el diagnóstico temprano a través de la prueba de Papanicolaou, sino a instar a las mujeres púberes y adolescentes a que retarden el inicio de relaciones coitales activas hasta después de los 18 años, edad a la que se ha logrado la maduración de las estructuras del aparato reproductor femenino.

**Contrastando los resultados con:**

El estudio realizado por **HERNANDEZ ALARCON Ronald (2002 LIMA)**. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del hospital Edgardo Rebagliati Martíns. Los resultados obtenidos el promedio de inicio de las relaciones sexuales fue entre 16 a 20 años de edad.

**AGUILAR PALOMINO Gabriela (2017 LIMA)**. Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015. Los resultados obtenidos en mayor porcentaje, las pacientes que in iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer cérvico uterino.

**TABLA N° 07**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION A LA PARIDAD EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

PARIDAD	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	3	3,5	2	2,4	0	0,0	0	0,0	5	5,9
Primípara	7	8,2	1	1,2	1	1,2	1	1,2	10	11,8
Múltipara	36	42,4	27	31,8	3	3,6	4	4,6	70	82,3
TOTAL	46	54,1	30	35,4	4	4,8	5	5,8	85	100

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 7,189 \quad X^2_t = 8,122$$

$$p > 0,05$$

$$g.l. = 9$$

La tabla N.º 07 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino con relación a la paridad, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% (85) de mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 3,5% (3) fueron nulíparas, seguido en un 8,2% (7) primíparas; 42,4 (36) múltipara; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 2,4% (2) fueron nulíparas, seguido en un 1,2% (1) primíparas; 31,8% (27) múltipara; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 0,0% (0) fueron nulíparas, seguido en un 1,2% (1) primíparas; 3,6% (3) múltipara; el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 0,0% (0) fueron nulíparas, seguido en un 1,2% (1) primíparas; 4,6% (4) múltipara.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 52,9% en mujeres que se encuentran en el grupo de nulíparas.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con la paridad, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

En la Región de Ayacucho es una realidad actual, es un dato importante la multiparidad en las mujeres, en vista que el mayor porcentaje de mujeres son multíparas, en nuestro estudio se ha obtenido el riesgo al cáncer de cuello uterino con una tendencia de incrementar de 4 a más partos vaginales, por tanto, las mujeres multíparas son más vulnerables a presentar el cáncer de cuello uterino.

#### **Contrastando los resultados con:**

El estudio realizado por **HERNANDEZ ALARCON Ronald (2002 LIMA)**. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del hospital Edgardo Rebagliati Martíns. Los resultados muestran que en mayor porcentaje son en mujeres multíparas.

**JARAMILLO VICENTE Maritza Elizabeth (2017 ECUADOR)**. Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el pequeño productor de Loja. Mayo – Octubre 2016. Ecuador. Los resultados obtenidos son el 75%, multiparas.

Los resultados mencionados son similares al nuestro resultado, ya que en mayor porcentaje son mujeres multíparas en la incidencia de cáncer de cuello uterino.

**TABLA N° 08**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL ANTECEDENTE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

ANTECEDENTE DE I.T.S	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Antecedente	2	2,4	1	1,2	1	1,2	1	1,2	5	5,9
Con Antecedente	44	51,8	29	34,1	3	3,5	4	4,7	80	94,1
TOTAL	46	54,1	30	35,3	4	4,7	5	5,9	85	100

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 4,988 \quad X^2_t = 3,307$$

$$p > 0,05$$

$$d.l=3$$

La tabla N.º 08 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino con relación al antecedente de infección de transmisión sexual, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% representado por 85 mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 2,4% (2) no tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual y 51,8% (44) si tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 1,2% (1) no tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual y 34,1% (29) si tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 1,2% (1) no tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual y 3,5% (3) si tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual; el 5,9% (5) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 1,2% (1) no tuvieron antecedente de infección de

transmisión sexual y 4,7% (4) si tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 94,1% en mujeres que si tuvieron antecedentes de infección de transmisión sexual.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con antecedente infección de transmisión sexual, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

#### **Contrastando los resultados con:**

**FERNANDEZ VELASQUEZ Carlaine E IZAGUIRRE VILLANUEVA Elizabeth (2014 CHIMBOTE).** Factores de Riesgo Socioeconómicos y Gineco Obstétricos que Predisponen a Cáncer de Cuello Uterino. Nuevo Chimbote 2013<sup>14</sup>. se observó el 71.4% no presentaron infecciones de transmisión sexual y el 28,6% presentaron infección de transmisión sexual.

**CARDENAS BERECHÉ Yovana (2016 LIMA).** Conductas Sexuales Y Aspectos Reproductivos Como Factores De Riesgo Para Cáncer De Cuello Uterino En Mujeres atendidas En El Hospital Baja Complejidad En Huaycan, 2014 – 2015<sup>15</sup>. se observó el 59.3% presentaron antecedentes de infección de transmisión sexual y el 40.7% no presentaron antecedentes de transmisión sexual.

las infecciones de transmisión sexual es un conjunto de infecciones que se pueda expresar clínicamente con distintas sintomatologías, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico, de adquirirse por vía sexual.

En la investigación realizada, se evidencia en mayor porcentaje, las mujeres que desarrollaron la enfermedad fueron las que tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual.

**TABLA N° 09**

ESTADIO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN RELACION AL USO METODO ANTICONCEPTIVO ORAL CONBINADO EN MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

USO DE METODO ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO	ESTADIO DE CANCER DE CUELLO UTERINO									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si Usaron	20	23,5	19	22,4	3	3,5	3	3,5	45	52,9
No Usaron	26	30,6	11	12,9	1	1,2	2	2,4	40	47,1
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>54,1</b>	<b>30</b>	<b>35,3</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>5,9</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historia clínica

$$X^2_c = 3,835 \quad X^2_t = 3,898$$

$$p > 0,05$$

$$g.l. = 3$$

La tabla N.º 09 muestra la clasificación según estadio del cáncer de cuello uterino con relación al uso de método anticonceptivo oral combinado, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% representado por 85 mujeres; el 54,1% (46) se encuentran con diagnóstico en estadio I, de las cuales 23,5% (20) si usaron método anticonceptivo oral combinado y 30,6% (26) no usaron método anticonceptivo oral combinado; el 35,3% (30) se encuentran con diagnóstico en estadio II, de las cuales 22,4% (19) si usaron método anticonceptivo oral combinado y 12,9% (11) no usaron método anticonceptivo oral combinado; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio III, de las cuales 3,5% (3) si usaron método anticonceptivo oral combinado y 1,2% (1) no usaron método anticonceptivo oral combinado; el 4,7% (4) se encuentran con diagnóstico en estadio IV, de las cuales 3,5% (3) si usaron método anticonceptivo oral combinado y 1,2% (1) no usaron método anticonceptivo oral combinado.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del cáncer de cuello uterino se presenta en mayor porcentaje en un 52,9% en mujeres que si usaron el método anticonceptivo oral combinado.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), que indica que el cáncer de cuello uterino no se relaciona con el uso de método anticonceptivo oral combinado, en mujeres del servicio de oncología ginecológica del Hospital Regional de Ayacucho.

en las investigaciones no han demostrado evidentemente que el anticonceptivo oral combinado pueda ocasionar cáncer de cuello uterino, razón por la cual, en la investigación realizada, se encontró en porcentaje similares entre las mujeres que desarrollaron la enfermedad sin usar método anticonceptivo oral combinado y las que usaron dicho método.

#### **Contrastando los resultados con:**

**DE ORO SIBAJA Jesica Milena y YAGUNA BLANCO Fanny Paola (2013 COLOMBIA).** Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres que asisten a la clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena – Colombia. 2008 – 2012<sup>6</sup>. se observó en relación al uso de método anticonceptivo oral, el 18% si usan y el 82% no usan el método.

**GOMEZ SINFUENTES José Lito. (2013 TRUJILLO).** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Hospital Regional de Trujillo – Perú. 2007 – 2012. se observó en relación con el uso de métodos anticonceptivos oral el 59.55% no usan método y el 40.44% si usan método.

**FERNANDEZ VELASQUEZ Carlaine E IZAGUIRRE VILLANUEVA Elizabeth (2014 CHIMBOTE).** Factores de Riesgo Socioeconómicos y Gineco Obstétricos que Predisponen a Cáncer de Cuello Uterino. Nuevo Chimbote 2013<sup>14</sup>. se observó el 65.7% han usado anticonceptivo oral combinada y el 34,3% no usaron anticonceptivo oral combinado.

## CONCLUSIONES

- De 1385 mujeres del servicio de oncología ginecológica del hospital regional de Ayacucho, el 6,1% (85) desarrollaron cáncer de cuello uterino, ocupando el primer lugar entre los cánceres ginecológicos.
- El 6,1% (85) mujeres desarrollaron cáncer de cuello uterino; seguido 1,35% (18) desarrollaron cáncer de mamas; seguido por 0,43% (6) cáncer de ovarios; seguido por 0,14% (2) cáncer de vulva; seguido por 0,14% (2) mujeres desarrollaron cáncer de vagina; seguido por 0,14% (2) cáncer de endometrio y 91,70% (1270) realizaron otras consultas en el servicio de oncología ginecológica.
- El 54,12% (46) mujeres se encontraron en el estadio I; seguido el 35,29% (30) en el estadio II; el 4,71% (4) en el estadio III; el 5,88% (5) mujeres se encontraron en el estadio IV de cáncer de cuello uterino.
- El 64,7% mujeres que iniciaron su actividad sexual en el rango 16-20 años de edad; fueron quienes desarrollaron en mayor porcentaje, cáncer de cuello uterino en los diferentes estadios. Al analizar a la prueba de Chi cuadrado ( $p < 0.05$ ), hay relación estadísticamente significativamente.
- El 62,4% mujeres tuvieron de 3-5 parejas sexuales; fueron quienes desarrollaron en mayor porcentaje cáncer de cuello uterino en los diferentes estadios. Al analizar a la prueba de Chi cuadrado ( $p < 0.05$ ), hay relación estadísticamente significativamente.
- La edad, lugar de procedencia, estado civil, grado de instrucción, paridad, uso de método anticonceptivo, no tienen relación estadísticamente al analizar a la prueba de independencia según Chi Cuadrado ( $p > 0.05$ ) de cáncer de cuello uterino.

## **RECOMENDACIONES**

- El servicio de oncología ginecológica debe brindar atención diaria, puesto que la demanda de las pacientes es alta de la misma forma el laboratorio de anatomía patológica debe contar con los insumos necesarios y las referencias deben ser aceptadas, hecha por el obstetra u otro personal del establecimiento de origen.
- Trabajar en los establecimientos de origen en la prevención primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino.
- Continuar con las capacitaciones especializada y permanente del personal de salud para la atención con calidad y calidez.
- El Hospital Regional Ayacucho debe brindar todas las facilidades para proseguir con las investigaciones

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. organización panamericana de la salud. Suiza: pahonet; actualizado 21 de agosto del 2017 [citado 10 Enero del 2018.] Disponible en: [www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/)
2. Pan American Health Organization. Situation analysis strategies for cervical cancer screening with visual inspection with acetic acid and treatment with cryotherapy in latin America and the Caribbean. Users. Washington. 2012 actualizado 15 de setiembre del 2017. [citado 12 de enero 2018]. Disponible en: [FILE:///C:/USERS/PC\\_02/DOWNLOADS/VIA\\_SURVEY\\_REPORT\\_ENG.PDF](FILE:///C:/USERS/PC_02/DOWNLOADS/VIA_SURVEY_REPORT_ENG.PDF)
3. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. 2016; 1(1):3-4
4. Diario correo. Cáncer de cuello uterino primera causa de morbilidad en mujeres de la región Ayacucho. Diariocorreo.pe. Ayacucho. 21 de mayo del 2015. [citado 30 de enero 2018]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/ayacucho/cancer-de-cuello-uterino-2da-causa-de-morbilidad-588963>
5. Elvis SALAZAR. Incidencia de cáncer en el servicio de ginecología y obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix. Estado de Bolívar. Venezuela. 2002 – 2006.
6. Jesica Milena DE ORO SIBAJA y Fanny Paola YAGUNA BLANCO. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres que asisten a la clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena – Colombia. 2008 – 2012.
7. Maritza Elizabeth JARAMILLO VICENTE. Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el pequeño productor de Loja. Mayo – Octubre 2016. Ecuador.
8. María Isabel VALDERRAMA CALDERON. Factores asociados a lesiones cervicales uterinas y/o presencia del Virus del Papiloma Humano, en estudiantes con educación superior. Lima 2001.

9. José Lito GOMEZ SINFUENTES. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Hospital Regional de Trujillo – Perú. 2007 – 2012
10. Katherine Adelaida BONILLA TELLO y Yuli Isabel MONTALVO DE LA TORRE. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia. Huaraz – Ancash. 2008 – 2012.
11. Sara Angela JACOBO TORRES, Cesar Luis JANEIRO RAMIRES Y etal (2015 IQUITOS). Factores de Riesgo y Cáncer Cérvico Uterino en Pacientes Atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico. Hospital de Apoyo Iquitos, 2015.
12. Eduardo CASTRO BALAREZO. Edad de inicio de relaciones sexuales 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. Trujillo – Perú. 2013.
13. Susan Kate SALAZAR RODRIGUEZ. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Materno Perinatal, Febrero – Marzo 2016. Lima Perú.
14. Carlaine FERNANDEZ VELASQUEZ Y Elizabeth IZAGUIRRE VILLANUEVA (2014 CHIMBOTE). Factores de Riesgo Socioeconómicos y Gineco Obstétricos que Predisponen a Cáncer de Cuello Uterino. Nuevo Chimbote 2013.
15. Yovana CARDENAS BERECHÉ. (2016 LIMA). Conductas Sexuales Y Aspectos Reproductivos Como Factores De Riesgo Para Cáncer De Cuello Uterino En Mujeres atendidas En El Hospital Baja Complejidad En Huaycan, 2014 – 2015.
16. Gabriela AGUILAR PALOMINO. (2017 LIMA). Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el año 2015.
17. Carlos Eduardo PACHECO CAHUANA (2011 TACNA). Estudio Clínico Epidemiológico del Cáncer en los Pacientes Tratados en el Hospital 111 Daniel Alcides Carrión de ESSALUD Red Tacna 2007-2010.

18. Yeny QUISPE BARRIOS (2008 AYACUCHO). Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II ESSALUD Ayacucho. Enero 2007 a Diciembre 2008.
19. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Ministerio de Salud. 2011.
20. Equipo técnico de la dirección de la prevención y control de cáncer con la participación de representantes de las instancias de la sede central del ministerio de salud, instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Julio 2017; primera edición: pág.2.
21. Lucia H. Cardinal. Anatomía e histología normal del cuello uterino, la vagina y la vulva. Capitulo 1. Pag. 1 disponible: [media.axon.es/pdf/65277.pdf](http://media.axon.es/pdf/65277.pdf)
22. Profesor Enrique Hilario. Universidad del país vasco. Facultad de medicina y odontología. Departamento de biología e histología. Morfología del cérvix uterino. España.
23. M.D. Diestro tejada, et al. Cáncer de cuello uterino, estado actual de la vacuna frente al virus del papiloma humano. España. Oncología.2007; 30(2)14-27
24. José Guillermo Sanabria Negrin, et al. Cáncer cérvico uterino y las lesiones precursoras. Vol15(4). Octubre 2011. Cuba. [citado 5 de febrero 2018] disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1561-31942011000400026](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1561-31942011000400026)
25. FIGO. Manual práctico para la detección visual de las neoplasias cervicales. Clasificación de la FIGO de los carcinomas cervicouterinos. 2002. Vol. (1) pag. 155 actualizado en el 2017 [citado 10 de febrero 2018]
26. Patricia López Correa, et al. La biopsia y la citología, pilares del diagnóstico médico. Rev. Medica 2015 vol. 18(1) pág. 31
27. Organización panamericana de la salud. Tratamiento de cáncer cervicouterino. Información actualizada en el 2015.

28. Duran, M. (2005) cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínicos epidemiológicos en un área de salud. [citado 20 de febrero]
29. José G. Sanabria Negrín. Virus del papiloma humano. Artículo de revisión . Cuba 2009. [citado 15 de julio 2018]
30. L. Anzalone A. Mattera. Bacteriología y Virología Medica. Infecciones de Transmisión Sexual. 2013. Volumen 14, pag. (227 – 242). [Citado el 01 de Agosto del 2018].
31. Ibon Santos Dieguez. Tricomoniasis una Vision Amplia. Volumen 27, pag. (198 - 205). 2014. [Citado 02 de Agosto del 2018].

## **ANEXOS**



## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“FACTORES RELACIONADOS AL CANCER DE CUELLO UTERINO EN  
MUJERES DEL CONSULTORIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA. HOSPITAL  
REGIONAL DE AYACUCHO 2017 – JUNIO 2018”

### **RESPONSABLES:**

- ✓ ANTONIO PULLO, Marisela
- ✓ BELLIDO RODRIGUEZ Leayda Mary Cruz

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

AÑO:..... N.º DE FICHA:.....

### **I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

#### **1.- edad**

- a. 30 - 40 años
- b. 41 – 50 años
- c. Mas de 51 años

#### **2.- procedencia**

- a. Zona rural
- b. Zona urbano marginal
- c. Zona urbana

#### **3.- estados civil**

- a. Soltera
- b. Conviviente
- c. Casada
- d. Viuda

#### **4.- grado de instrucción**

- a. Ilustrada
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

## II.- FACTORES GINECO-OBSTÈTRICO

### 1.- Edad de inicio de la actividad sexual

- a. 10 -15
- b. 16 - 20
- c. 21 a mas

### 2.- numero de parejas sexuales

- a. 0 – 2
- b. 3 - 4
- c. 5 a mas

### 3.- paridad

- a. Nulíparas
- b. Primíparas
- c. Multípara

### 4.- uso de método anticonceptivo oral

- a. Si
- b. No

¿Por cuánto tiempo?

- a. Menor de 5 años
- b. Mayor de 5 años

## III.- CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADIOS DE LOS ESTADIOS SEGÚN LA F.I.G.O.

- a. Estadio I
- b. Estadio II
- c. Estadio III
- d. Estadio IV