



Facultad de Enfermería

TESIS

**“FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014”**

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

AUTORAS:

Bach. Valeria CARRANZA DEL AGUILA.
Bach. Fabiola Tatiana NACIMIENTO VALERA.
Bach. Carla Del Pilar VÁSQUEZ DÍAZ.

ASESORES:

Lic.Enf. Elba FLORES TORRES, Mgr.
Dr. Gussepee RIVERA DOMINGUEZ
Ing. Saul FLORES NUNTA, Mgr.

Iquitos – Perú
2014

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO – PUNCHANA 2014.

Presentado por:

Bach. Valeria CARRANZA DEL AGUILA.
Bach. Fabiola Tatiana NACIMIENTO VALERA.
Bach. Carla Del Pilar VÁSQUEZ DÍAZ.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar los factores predictores del cáncer cervical en las mujeres atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto. La muestra estuvo constituido por 82 mujeres con diagnóstico médico de cáncer cervical. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre los factores predictores en mujeres atendidas en el departamento de oncología y la ficha de diagnóstico de cáncer cervical. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y las visitas domiciliarias. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0, los hallazgos de los factores predictores al cáncer cervical son: el 66.2% tenía entre 31 y 60 años; siendo la edad promedio 38 años con una desviación estándar de 10.08, el 58.8% tiene pareja; el 50% tiene un ingreso entre 750 y 1500 soles mensuales; siendo el ingreso económico promedio 1040 soles mensuales con una desviación estándar de 390.67 soles, el 86.8% inicio sus relaciones sexuales con menor edad, es decir antes de los 18 años; el 77.9% usó métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más; el 75% tiene mayor número de parejas sexuales, es decir de 2 a más, el 86.8% tiene un menor número de hijos, es decir de 0 a 3; el 94.1% tiene un menor número de aborto, es decir de 0 a 1; el 57.4% tuvo un espacio intergenésico inadecuado, es decir menor de 2 años. Los factores predictores que más aportaron a la aparición del cáncer cervical son: edad, ingreso económico, tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, número de hijos y espacio intergenésico con p-valor (significancia) de 0.001, 0.048, 0,045, 0.032 y 0.009 respectivamente.

Palabras clave: factores predictores, cáncer cervical.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA EL DÍA Del MES DE DEL 2014 POR EL JURADO CALIFICADOR.

JURADOS:

.....
Lic. Enf. NELLY SALAZAR BECERRIL. Dra.
PRESIDENTA

.....
Osbt. DELMIRA ROMERO ORELLANA. Mgr.
MIEMBRO

.....
Lic. Enf. ELBA FLORES TORRES. Mgr.
ASESORA

RECONOCIMIENTO

- A todo el personal que trabaja en la biblioteca de la facultad por darnos todas las facilidades para acceder a la bibliografía que hizo posible la realización de este trabajo de investigación.
- A la Lic. Enf. Ruth Vílchez, Dra. Decana de la Facultad de Enfermería, por su rápida respuesta a nuestras solicitudes que contribuyeron en la pronta finalización de este trabajo de investigación.
- Al Dr. Gussepee Rivera Dominguez, nuestro asesor y colaborador por facilitarnos el ingreso al departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto.
- A la Lic. Enf. Inés Del Castillo por brindarnos todas las facilidades para la elaboración del proyecto.
- A la Lic. Enf. Elba Flores Torres. Mgr. nuestra asesora por brindarnos todo su apoyo durante la realización de nuestro trabajo de investigación.
- Al Ing. Saúl Flores Nunta, por sus aportes estadísticos en el desarrollo de la tesis.
- A la Lic. Enf. Nelly Salazar Becerril, Dra., Obst. Delmira Romero Orellana, Mgr., miembros del jurado calificador y evaluador de la tesis, por todas sus correcciones y aportes.
- A cada una de nuestras docentes por todas sus enseñanzas a lo largo que nuestra trayectoria universitaria.
- A cada una de las personas que contribuyeron con el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	PAG.
RESUMEN	
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	02
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
3. OBJETIVOS	05
CAPITULO II	
4. MARCO TEÓRICO	06
5. DEFINICIONES OPERACIONALES	30
6. HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO III	
7. METODOLOGÍA	37
7.1 Método y Diseño de Investigación	37
7.2 Población y Muestra	39
7.3 Técnica e Instrumento	40
7.4 Procedimiento de recolección de datos	42
7.5 Análisis de datos	43
7.6 Limitaciones	45
7.7 Protección de los derechos humanos	46
CAPÍTULO IV	
8. RESULTADOS	47
9. DISCUSIÓN	59
10. CONCLUSIÓN	68
11. RECOMENDACIONES	69
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ÍNDICE DE TABLAS

N°		PÁG
01	Factores predictores de mujeres con cáncer cervical Atendidas en el departamento de oncología del hospital regional de Loreto Punchana 2014	47
02	Análisis Bivariado de los factores de cáncer cervical, en mujeres atendidas en el departamento de oncología del hospital regional de Loreto- Punchana 2014	51
03	Determinación de la significancia de las variables predictores del cáncer cervical de las pacientes atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto-Punchana 2014	53
04	Variables predictores al cáncer cervical , en mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional De Loreto Punchana 2014	54

ÍNDICE DE GRÁFICO

N°		PÁG
01	Diagnóstico por biopsia del cáncer cervical, en mujeres atendidas en el departamento de oncología del hospital regional de Loreto - Punchana 2014.	50

DEDICATORIA

A DIOS por darme la fortaleza necesaria para formarme profesionalmente.

A mis amados padres: Raúl e Isaura, que son los mejores del mundo, por todo lo que hicieron por mí, me dieron todo lo que estuvo a su alcance, y siempre estuvieron a mi lado para darme su apoyo.

A mi princesa Luana Zuleika, la luz de mis ojos, mi pequeña hermosa, que es mi gran inspiración para salir adelante y la que hace que mis días sean maravillosos cada vez que la veo sonreír. A mi querido esposo, por estar a mi lado siempre apoyándome en todo, ser mi fiel compañero y mi soporte cuando más lo necesitaba.

A mi hermano Raúl por ser siempre un guía y un buen ejemplo para mí.

LOS AMO MUCHÍSIMO.

VALERIA

DEDICATORIA

A DIOS por haberme dado la existencia, por guiar mis pasos, ayudándome siempre a elegir el camino por donde ir y permitirme llegar hasta el final de mi carrera.

A mi amor bonito: Mi mamá Mercedes por ser mi todo, porque creyó en mí, me sacó adelante con su espíritu de guerrera, dándome ejemplos de superación y entrega, siendo mi motivo a diario, apoyándome incondicionalmente en mi carrera profesional y hacer de mí una persona con valores. Todo por ti y para ti mamá.

A mi familia que siempre estuvieron acompañándome a lo largo del camino brindándome la fuerza necesaria, los consejos y sus orientaciones para lograr mi meta.

FABIOLA TATIANA

DEDICATORIA

Quiero dar gracias a DIOS por permitirme concretizar uno de mis más grandes anhelos, darme la oportunidad de estar con mi familia y amigos para poder disfrutar de su compañía y apoyo incondicional.

Este trabajo se lo dedico enteramente a mi madre Pilar, por comprenderme y apoyarme, por enseñarme que la perseverancia es la clave del éxito; a mi Papá Néstor Arévalo, quien me enseñó que no es necesario los lazos sanguíneos para querer a una persona como tu verdadera familia, gracias por quererme tanto papá.

A mis hermanos Thais y Jorge que me motivaron a seguir adelante, a mi abuelita Mercedes que fue un pilar importante en mi vida y a toda mi familia a quienes los amo infinitamente.

CARLA DEL PILAR

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las mujeres desempeñan papeles importantes dentro de la sociedad, pero desafortunadamente tienen un gran enemigo que es el cáncer cervical, siendo la segunda causa de muerte entre las mujeres de todo el mundo. Existen muchos tipos de enfermedades mortales que en algunos casos pueden ser prevenibles debido a que el sistema inmunológico actúa frente a la presencia de células anormales que se encuentran en una parte del cuello uterino y que pueden desencadenar el cáncer cervical, con esto nos referimos a una de las enfermedades propias de la mujer, donde es atacada por varios o un tipo específico de VPH (Virus del Papiloma Humano). ⁽¹⁾
(2)

Así tenemos que a nivel internacional, cada año aproximadamente 15,000 mujeres de los Estados Unidos son diagnosticadas con cáncer cervical, y alrededor de 4,100 morirán producto de esta enfermedad. Sin embargo, se ha calculado que en todas las Américas, el cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres de países en vías de desarrollo, presentándose cada año casi 68 000 nuevas pacientes con este tipo de cáncer. ⁽²⁾

Es así, que en América Latina y el Caribe se diagnostican más de 400.000 casos nuevos cada año. La mayor incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años para una tasa de incidencia de 7,6 por 100 000 con respecto a las mujeres jóvenes que es de 1,2 por 100 000. ⁽³⁾

En el Perú se observan 5400 nuevos casos cada año, lo que representa un alto índice de incidencia en comparación con otros países a nivel mundial pese a que existe un programa a nivel nacional dedicado a la prevención temprana, la mayoría de las mujeres peruanas con cáncer cervical son diagnosticadas en estadios avanzados, cuando las opciones de tratamiento son limitadas y el índice de sobrevivencia es bajo. ⁽⁴⁾

Hay muchas razones por las que el Perú tiene una tasa muy alta de cáncer cervical, aunque el examen de Papanicolaou (PAP) puede detectar las enfermedades precancerosas, pocas mujeres pueden acceder a su realización por diferentes motivos ya sea por difícil accesibilidad geográfica, bajos recursos económicos, insuficiente material en los establecimientos de salud o simplemente desconocimiento de la importancia que tiene este examen. ⁽⁴⁾

A nivel regional, tenemos que en el año 2006 se reportaron 538 nuevos casos de cáncer cervical; en el 2007, 2008 y 2009 se reportaron 473, 510 y 422 nuevos casos respectivamente; sin embargo en los años 2010,2011, 2012 y 2013 se han reportado 1046, 1069, 1090, 1143 nuevos casos de cáncer cervical, revelando una alta tendencia a seguir incrementándose con el pasar de los años lo que representa un grave problema de salud pública. ⁽⁵⁾

Es por esto, que se trabajó en el departamento de oncología del HRL-Punchana, porque este centro atiende a las mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer cervical y tiene mayor accesibilidad a la población y por lo tanto se encontrará una alta demanda.

La presente investigación trata de identificar cuál de los distintos factores son predictores (edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico, uso de métodos anticonceptivos hormonales) para a la aparición del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto-Punchana - 2014, brindándonos un análisis exhaustivo sobre cómo prevenir esta enfermedad.

Por efecto, los resultados de esta investigación, permitirán a las instituciones comprometidas con la atención de mujeres en edad fértil contar con información estadística confiable para planear nuevas estrategias que permitan prevenir los casos de cáncer cervical, de esta manera promocionar el cuidado a las mujeres en edad fértil sobre los factores predictores del cáncer y así poder prevenir esta enfermedad; además servirá como antecedente y herramienta de estudio para futuras investigaciones, proyectos y talleres aplicables en el campo de la prevención del cáncer cervical, y promoción de estilo de vida saludable.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores predictores (edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico, uso de métodos anticonceptivos hormonales) del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto- Punchana 2014?

3. OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL:
 - Determinar los factores predictores: edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico, uso de métodos anticonceptivos hormonales a la aparición del cáncer de cervical en mujeres atendidas en el departamento de oncología Hospital Regional de Loreto- 2014.

- OBJETIVOS ESPECIFICOS:
 1. Caracterizar a la mujer sujeto de estudio en: edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico, uso de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en el departamento de oncología Hospital Regional de Loreto- 2014.
 2. Identificar el Dx. (estadio) del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de oncología Hospital Regional de Loreto- 2014.
 3. Establecer los factores predictores: edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico, uso de métodos anticonceptivos hormonales, y la aparición del cáncer cervical en mujeres en edad fértil atendidas en el departamento de oncología Hospital Regional de Loreto- 2014.

CAPÍTULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES:

Gutierrez C, (Lima, 2010), en su análisis sobre los factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer cervical (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil sostienen que en el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer cervical con un porcentaje de 24.9%; el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad, característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza. ⁽⁶⁾

Muñoz C, (Costa rica, 2012), en su estudio retrospectivo, sobre los factores que predisponen la aparición del cáncer cervical refiere que se ha demostrado la presencia de VPH cervical en un 17-21% en mujeres con una pareja sexual y en un 69-83% en las mujeres con 5 o más parejas sexuales. ⁽⁷⁾

Melo G. y Waliszewski S, (Veracruz, 2009), refieren que la conducta sexual se considera como el principal factor de riesgo y que tener varias parejas sexuales aumenta ese riesgo en 2.2 veces. El VPH cervical fue

determinado entre 15 y 20% de las mujeres con una pareja sexual, pero se elevó a 78-88% en mujeres que tenían cinco o más parejas sexuales. ⁽⁸⁾

Castañeda M, (México, 2011), refieren que el número de hijos ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de cáncer cervical (test de tendencia con un valor de $p < 0.0001$). Así, las mujeres que han tenido más de tres hijos corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. ⁽⁹⁾

Torres F, (Camagüey-Cuba, 2009), sostienen que el exceso de manipulaciones ginecológicas del cuello uterino durante los abortos, partos, y procedimientos diagnósticos proporcionan alteraciones cervicales que predisponen a un daño mayor de la zona. Estudios efectuados en cuatro continentes sugieren que las mujeres con algún aborto tenían un riesgo 2,6 veces más altos de aparición de cáncer cervical que aquellas que nunca habían tenido abortos. ⁽¹⁰⁾

Núñez C, (Lima, 2013) sostiene en su análisis sobre las secuelas del aborto, que las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92, esto

debido a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada. ⁽¹¹⁾

Lopez H, Gonzales B, (Cuba-2012): Realizó un estudio en hospital de Guayaquil donde sostiene que el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas como en la adolescencia aumentan el riesgo de cáncer cervical, ya que el cuello uterino de la adolescente es más susceptible a los agentes carcinógenos. ⁽¹²⁾

Lopez H, Gonzales B, (Cuba- 2012): Realizó un estudio donde resalta que las mujeres que inician sus relaciones sexuales antes de los 20 años de edad tienen mayor actividad sexual y por consiguiente mayor tiempo de exposición y probabilidad de estar en contacto con el VPH, demostrado por el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales de las pacientes que es de 16 años de edad. ⁽¹²⁾

Rocha R, Juarez M, Ruiz M, Ramírez X, Gaytan T, (Habana-2010) plantea que la prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (entre los 15-25 años de edad) relacionado con el patrón de comportamiento sexual

de la comunidad; posteriormente se produce una disminución muy marcada, entre los 25-40 años para estabilizarse a partir de esta edad. ⁽¹³⁾

Arenas R, Henríquez D, Gonzales M, (Cuba-2009) La incidencia más elevada del cáncer cervical está entre los 40 a 60 años, con un promedio de 45 a 55 años; en este estudio, el promedio de edad estuvo ligeramente por debajo 42 años, sin embargo, lo que llama poderosamente la atención es que se encontraron 15 pacientes menores de 35 años quienes presentaron diagnóstico de cáncer cervical, con una edad media de 28años. ⁽¹⁴⁾

Espín J, Cardona A, Valdes M, (Habana- 2012). En el estudio realizado acerca del cáncer cervical como un importante problema de salud pública en la ciudad de Cuba refiere al ingreso económico bajo como un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cervical, ya que las mujeres con bajos ingresos económicos tendrán limitaciones al acceso fácil de servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Pap. ⁽¹⁵⁾

Romero K, Rojas J, (Cochabamba-2012) Se realizó un estudio donde se obtuvo que el 77,3% son de factor económico regular y también el 43% se dedican a las labores de casa, en relación con lo que se reporta en un

estudio realizado, se admite que el cáncer cervical es más frecuente en mujeres de bajo ingreso económica. ⁽¹⁶⁾

López H y Gonzales B. (Guayaquil – 2012) En el estudio longitudinal retrospectivo realizado en el hospital de Guayaquil muestra un riesgo de lesión intraepitelial y el estado civil, basada en la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional, donde se encontró que el 9.37% correspondían a mujeres divorciadas, el 56.25% en unión libre y 6.25% a mujeres solteras. ⁽¹²⁾

Contreras G y Concepción F, (Lima – 2010) En el estudio realizado el estado civil de la población de estudio, el 61,1% de las mujeres son casadas, lo cual se correlaciona con el 69,4 % de la población que manifiesta solo tener una pareja sexual. ⁽¹⁷⁾

Pérez C, (EEUU - 2012). En un informe de 2008 de la *International Agency for Research on Cancer*, la cual forma parte de la Organización Mundial de la Salud, se combinaron los datos de ocho estudios para evaluar la relación que había entre el uso de anticonceptivos orales con el

riesgo de cáncer cervical entre las mujeres que tenían la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los investigadores encontraron un aumento casi triple del riesgo entre las mujeres que habían usado anticonceptivos orales de 5 a 9 años en comparación con mujeres que nunca los habían usado. Entre las mujeres que habían usado anticonceptivos orales durante 10 años o más, el riesgo de cáncer cervical era cuatro veces más alto.⁽¹⁸⁾

Monterrosa C y Álvarez F, (Colombia – 2009) En un estudio sobre la relación del cáncer cervical y el uso de métodos anticonceptivos hormonales encontraron una incidencia de 2.5 en usuarias de 2 años de uso, y una incidencia de 5.2 después de 8 años de uso, por esto aseveran que existe un aumento en la tasa de cáncer cervical con la duración del uso de anticonceptivos hormonales.⁽¹⁹⁾

4.2 BASES TEÓRICAS:

A. FACTORES PREDICTORES:

a) Edad:

La edad es uno de los factores predictores más importantes en la aparición del cáncer cervical, puesto que esta enfermedad no discrimina edad y puede aparecer en cualquier etapa de la vida de una mujer, desde el momento en que esta inicia la primera menstruación, debido a que la aparición del cáncer cervical está estrechamente relacionado con la

liberación de hormonas producto de la menstruación o de la menopausia, es decir se puede presentar tanto en la adolescencia como en la adultez.

La mayoría de los cánceres cervicales son más frecuentes en mujeres mayores de 45 años y después de la menopausia, lo que supone que al ser esta enfermedad de progresión larga, la infección por el Virus del Papiloma Humano se haya iniciado en la etapa de la adolescencia. Para la presente investigación usaremos la clasificación que corresponde a la Organización Mundial de la Salud que indica: adulto joven de 20 a 39 años, adulto intermedio de 40 a 59 años, adulto mayor de 60 a más años. ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾

b) Estado civil:

La relación que existe entre el estado civil y la aparición del cáncer cervical es un poco contradictoria puesto que se supone que las mujeres solteras tienen mayor predisposición a adquirir esta enfermedad, puesto que no tienen una pareja estable y mantienen relaciones sexuales con muchas personas, pero según el Dr. Marco Sánchez Salcedo, cirujano oncólogo del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), esta suposición es errónea, debido a que el grupo de mujeres con mayor susceptibilidad a adquirir el cáncer cervical se encuentra entre las mujeres casadas, puesto que estas al tener una pareja estable no utilizan preservativos al momento de mantener las

relaciones sexuales, lo que las pone en mayor riesgo de infectarse con el Virus del Papiloma Humano, sobre todo si su esposo mantiene relaciones sexuales con distintas mujeres donde puede contraer el virus y transmitírselo a su esposa.

Para la presente investigación usaremos la siguiente clasificación: soltera, casada, divorciada, viuda, separada. ⁽²³⁾⁽²⁴⁾

c) Ingreso económico:

Las mujeres con un nivel socioeconómico bajo se encuentran predispuestas a padecer de cáncer cervical, debido a que su misma condición económica las obliga a buscar una pareja que pueda solventar sus necesidades básicas y esto repercute en la salud sexual de estas mujeres, puesto que dicha situación las llevara a tener un inicio temprano de las relaciones sexuales, lo que multiplicara el potencial de que adquieran el Virus del Papiloma Humano. Así mismo, las mujeres con pocos recursos económicos tienen menor acceso a los servicios de salud para realizarse sus chequeos médicos anuales, puesto a que no pueden pagar una buena atención médica, incluyendo las pruebas de Papanicolaou.

Para la presente investigación usaremos la siguiente clasificación: ingreso económico bajo: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta tener un ingreso económico inferior de 750 soles mensuales

(sueldo mínimo); ingreso económico medio: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta tener un ingreso económico entre los 1000 y 1500 soles mensuales; ingreso económico alto: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta tener un ingreso económico superior a los 1500 soles mensuales.⁽²⁵⁾

d) Inicio de relaciones sexuales:

Sánchez, M (2011) sostiene que las mujeres que inician su vida sexual en edades muy tempranas, cuando sus órganos reproductivos aún no han completado su pleno desarrollo, se encuentran ubicadas entre la población de riesgo para desarrollar cáncer cervical.

Asimismo, según los estudios epidemiológicos, uno de los factores de riesgo que contribuye a padecer dicha enfermedad es el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años aproximadamente, lo que últimamente es un hecho frecuente en el Perú. Cuando una joven inicia sus relaciones sexuales está expuesta no solo a un evento psicológico sino que también está expuesta a diversas enfermedades de transmisión sexual, que en la mayoría de los casos son originados por la falta de información sobre los métodos de protección correspondientes, como es el caso de la transmisión del Virus del Papiloma Humano que sumado a otros factores predictores, podrían desarrollar una neoplasia maligna al cabo de una

década, aproximadamente. El Virus del Papiloma Humano (VPH) infecta más fácilmente el cuello uterino de las mujeres jóvenes porque durante la adolescencia, las células del cuello uterino se transforman rápidamente, lo cual las hace susceptibles a cambios pre-neoplásicos, es por esto, que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad aumenta la probabilidad de contraer cáncer cervical. ⁽²⁶⁾

e) Número de parejas sexuales:

El aumento del número de parejas sexuales constituye un factor predictor en la aparición de lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino, la presencia de VPH cervical en un 17-21% en las mujeres con una pareja sexual y en un 69-83% en las mujeres con 5 o más parejas sexuales. La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor predictor del cáncer cervical dado que en sus múltiples contactos sexuales se puede contaminar con el virus de papiloma humano que posteriormente transmitirá a su pareja. Las mujeres con muchas parejas sexuales o que conviven con un varón con antecedentes de múltiples parejas sexuales están más propensas a presentar cáncer cervical, ya que la infección existente por el virus papiloma humano (VPH) se contagia por el contacto sexual. ⁽²⁷⁾

f) Número de hijos:

Duran, m (2010) menciona que la asociación del cáncer cervical con el número de hijos está ligada a un inicio precoz de la actividad sexual, las mujeres con tres o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar cáncer cervical; y luego del cuarto hijo dicho riesgo se triplica, esto se cree que es por la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal, aumentan la susceptibilidad a la infección por virus del papiloma humano (VPH) y por los traumas uterinos producidos durante el trabajo de parto. ⁽²⁸⁾

g) Número de abortos:

El aborto es la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo que se da cuando el embrazo no completa el tiempo determinado para el desarrollo del feto, debido a esto ocurren diversos eventos que acarrear consecuencias que en algunos casos son fatales.

Las mujeres que tuvieron aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos se enfrentan a un riesgo relativo de 4.92. Estos porcentajes elevados de desarrollar cáncer cervical se vincula con los abortos inducidos por la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo. ⁽²⁹⁾

h) Espacio intergenésico:

El espacio intergenésico es el espacio entre un embarazo y otro; después del parto ocurren una serie de sucesos que alteran el estado natural de los órganos que ayudan en el parto, entre ellos el cuello uterino. Muchas veces el cuello uterino sufre lesiones traumáticas como los desgarros, rupturas de vasos, entre otros, que necesariamente tienen que ser reparadas con cirugía menor (suturas). Es justamente por eso que debe pasar un tiempo prudencial de tres años para la recuperación completa del cuello uterino y así pueda estar apto para un siguiente embarazo. Cuando esto no ocurre, ósea el tiempo de recuperación es corto debido a diferentes factores influyentes, las células del cuello uterino enferman y esto se convierte en factor predictor para el cáncer cervical. ⁽³⁰⁾

i) Uso de métodos anticonceptivos hormonales:

El uso prolongado de anticonceptivos hormonales se ha vinculado con la persistencia de infecciones por Virus del Papiloma Humano, se estima que las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervical. Los anticonceptivos orales se pusieron a la disposición de las mujeres al principio de los años sesenta. La conveniencia, efectividad y reversibilidad de acción de las píldoras

anticonceptivas han hecho de ellas la forma más popular de control de la natalidad.⁽³¹⁾

B. CONCEPTO DE CÁNCER CERVICAL:

El cáncer cervical es aquella neoplasia maligna epitelial que se origina en los tejidos del cuello uterino (órgano que conecta el útero con la vagina), que por lo general suele crecer lentamente por un periodo de tiempo.^{(32) (33)}
(34)

C. TIPOS DE CÁNCER CERVICAL:

1. Adenocarcinoma:

Los adenocarcinomas comprenden en 10 a 15% de los cánceres cervicales y se originan en las células glandulares endocervicales productoras del moco. Por su origen dentro del endocervix, los adenocarcinomas a menudo parecen ocultos y es posible que esté avanzando antes de que haya evidencia clínica de su presencia. Los adenocarcinomas presentan diversos patrones histológicos compuestos por diversos tipos celulares. De estos, los adenocarcinomas endocervicales mucinosos son los más frecuentes. Los adenocarcinomas endometrioides son los de segunda más frecuencia y presentan glándulas parecidas a las del endometrio. El adenoma maligno se caracteriza por las glándulas blandas al estudio citológico, de forma y de tamaño anormal. Contienen una mayor cantidad de glándulas situadas en

un nivel más profundo que las glándulas endocervicales normales.^{(32) (33)}
(34)

2. Carcinomas cervicales mixtos:

Estas neoplasias cervicales malignas son raras; en el cuello uterino de clasifican como adenoescamosas, adenoideas quísticas, epitelio basal adenoideo y carcinoma de células vidriosas. Los adenocarcinomas adenoescamosos no difieren mucho de los del cuello uterino. El componente escamoso esta poco diferenciado y poco queratinizado. El carcinoma de las células vidriosas describe una forma de adenocarcinoma poco diferenciado en el que las células tienen citoplasma con apariencia de vidrio molido y un núcleo prominente con nucléolos redondeados. El carcinoma adenoideo quístico casi siempre se presenta como una masa dura y friable.^{(32) (33) (34)}

En el estudio histológico, este tumor se parece al adenocarcinoma con diferenciación adenoquistica. Por ultimo en este grupo raro de tumores mixtos, los epitelomas basales adenoideos casi siempre tienen un comportamiento benigno. En cuanto a rasgos histológicos, estos tumores se caracterizan por nidos y cordones de pequeñas células ovaladas con disposición periférica en palazada.^{(32) (33) (34)}

3. Tumores neuroendocrinos del cuello uterino:

Estas neoplasias malignas incluyen tumores de células grandes y células pequeñas del cuello uterino, los tumores neuroendocrinos de las células grandes son muy agresivos e incluso los cánceres en etapa temprana tienen un índice relativamente bajo de supervivencia libre de enfermedad a pesar del tratamiento con histerectomía radical y quimioterapia. Por el contrario, el carcinoma neuroendocrino de las células pequeñas contienen una población uniforme de células pequeñas con un alto índice núcleo: citoplasma y se parece al carcinoma de las células pequeñas del pulmón. En pocas ocasiones, los tumores endocrinos se relacionan con neoplasias uterinas.^{(32) (33) (34)}

4. Otros tumores malignos:

Raras veces, el cuello uterino es el sitio donde se desarrollan sarcomas y linfomas malignos. La mayor parte de estos tumores se presentan como una masa cervicouterina hemorrágica. Al principio la diferenciación de los sarcomas cervicouterinos de los sarcomas uterino primario requiere de un estudio de un estudio patológico minucioso y localización de la masa principal del tumor. Los leiomiomas cervicouterinos y los sarcomas estromales cervicouterinos tiene el pronóstico muy malo, parecido a de los sarcomas uterinos. Como estos tumores son raros, las declaraciones sobre

el tratamiento de los sarcomas cervicouterinos son limitadas, la mayor parte de los casos se trata con múltiples modalidades. ^{(32) (33) (34)}

D. ESTADIOS DEL CÁNCER CERVICAL:

En el desarrollo del cáncer cervical se distingue los siguientes estadios:

- Estadio 0:

En el estadio 0 (carcinoma in situ), se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal. ⁽³²⁾
^{(33) (34)}

- Estadio I:

En el estadio I, el cáncer se ha formado y se encuentra solamente en el cuello uterino. El estadio I se divide en estadios IA y IB, según la cantidad de células cancerígenas que se encuentren.

- Estadio IA: en este estadio, se detecta una cantidad muy pequeña de cáncer en los tejidos del cuello uterino que solo puede verse con un microscopio. El estadio IA se divide en dos estadios más de acuerdo con el tamaño del tumor. ^{(32) (33) (34)}

- Estadio IA1: En este estadio, el cáncer no está a más de tres milímetros de profundidad y no mide más de siete milímetros de ancho. ^{(32) (33) (34)}
- Estadio IA2: En este estadio, el cáncer está a más de tres milímetros de profundidad, pero no a más de cinco milímetros de profundidad, y no mide más de siete milímetros de ancho. ^{(32) (33) (34)}
- Estadio IB: en este estadio, el cáncer solo se puede ver con un microscopio y está a más de 5 milímetros de profundidad o mide más de 7 milímetros de ancho, o se puede ver sin un microscopio. El cáncer que se puede ver sin un microscopio se divide en otros dos estadios de acuerdo con el tamaño del tumor. ^{(32) (33) (34)}
- Estadio IB1: En este estadio, el cáncer solo se puede ver con un microscopio y mide más de cinco milímetros de profundidad y más de siete milímetros de ancho; o el cáncer se puede ver sin un microscopio y mide cuatro centímetros o menos. ^{(32) (33) (34)}
- Estadio IB2: En este estadio, el cáncer se puede ver sin un microscopio y mide más de cuatro centímetros. ^{(32) (33) (34)}

○ Estadío II:

En el estadío II, el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis (tejidos que revisten la parte del cuerpo entre las caderas) o hasta el tercio inferior de la vagina y/o a los ligamentos laterales (parametrios). El estadío II se divide en otros dos estadíos según la distancia en que el cáncer se ha diseminado:

- Estadío IIA: el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no hasta los tejidos que rodean el útero. ^{(32) (33) (34)}
- Estadío IIB: el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina y los tejidos que rodean el útero. ^{(32) (33) (34)}

○ Estadío III:

En el estadío III, el cáncer se ha diseminado hasta el tercio inferior de la vagina, afecta a ganglios linfáticos próximos o alcanza los tejidos laterales del cuello uterino hasta alcanzar la pared de la pelvis. El estadío III se divide en estadíos IIIA y IIIB, según la distancia en que el cáncer se ha diseminado. ^{(32) (33) (34)}

- Estadio IIIA: el cáncer se ha diseminado hasta el tercio inferior de la vagina, pero no hasta la pared de la pelvis. ^{(32) (33) (34)}
 - Estadio IIIB: el cáncer se ha diseminado hasta la pared de la pelvis o el tumor es lo suficientemente grande como para bloquear los uréteres (tubos que conectan los riñones con la vejiga). Este bloqueo puede hacer que los riñones aumenten de tamaño o dejen de funcionar. Las células cancerosas pueden también haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis. ^{(32) (33) (34)}
- Estadio IV:
- En el estadio IV, el cáncer se ha diseminado hasta la vejiga, el recto o a otras partes del cuerpo, presentando metástasis. El estadio IV se divide en estadios IVA y IVB, según el lugar donde se encuentre el cáncer. ^{(32) (33) (34)}
- Estadio IVA: el cáncer se ha diseminado hasta la vejiga o la pared del recto, y puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis. ^{(32) (33) (34)}
 - Estadio IVB: el cáncer se ha diseminado más allá de la pelvis y los ganglios linfáticos de la pelvis hasta otros lugares en el cuerpo, como el abdomen, el hígado, el tracto intestinal o los pulmones. ⁽³²⁾
^{(33) (34)}

E. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

En su primera fase, el cáncer cervical no presenta síntomas; cuando el cáncer comienza a invadir el cuello uterino destruye vasos sanguíneos y esto suele manifestarse en sangrados vaginales anormales entre los períodos menstruales, después de las relaciones sexuales o después de instalada la menopausia, además puede manifestarse con periodos menstruales más abundantes y con mayor duración, así como también puede presentarse flujo vaginal continuo que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido. ^{(32) (33) (34)}

El cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado, cuando esto sucede, puede presentarse dolor de espalda, fatiga, dolor en las piernas, inapetencia, dolor pélvico, edema en una sola pierna, pérdida de peso, y en algunos casos fracturas y dolor de huesos. ^{(32) (33) (34)}

F. DIAGNÓSTICO:

1. Examen pélvico:

Examen de la vagina, el cuello uterino, útero, las trompas de Falopio, los ovarios y el recto. El médico o el enfermero introducen uno o dos dedos cubiertos con guantes lubricados en la vagina, mientras que con la otra

mano ejerce una ligera presión sobre el abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios. También se introduce un espéculo en la vagina y el médico o el enfermero observa la vagina y cuello uterino para detectar signos de enfermedad, también pueden introducir un dedo enguantado y lubricado en el recto para palpar masas o áreas anormales. ^{(32) (33) (34)}

2. Prueba de Papanicolaou:

Es un procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se utiliza un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina, estas células son examinadas bajo un microscopio para determinar si son anormales. Este procedimiento también se llama prueba Pap. ^{(32) (33) (34)}

3. Colposcopia:

Es un procedimiento mediante el cual se usa un colposcopio (un instrumento con aumento y luz) para determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino. Se pueden extraer muestras de tejido con una cureta (una herramienta en forma de cuchara con un borde cortante) para observarlas bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad. ^{(32) (33) (34)}

4. Biopsia:

Si se encuentran células anormales en una prueba de Pap, el médico puede realizar una biopsia. Se extrae una muestra de tejido del cuello uterino para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer. Una biopsia en la que solo se extrae una pequeña cantidad de tejido se realiza generalmente en el consultorio del médico. Puede ser necesario que la mujer vaya a un hospital para que se le practique una biopsia de cono cervical (extracción de una muestra más grande de tejido cervical, en forma de cono).^{(32) (33) (34)}

5. Prueba de Ácido Acético:

Esta prueba consiste en la inspección visual; se moja un pequeño hisopo con ácido acético (vinagre blanco), se introduce en el cuello de útero y luego de sesenta segundos hay dos posibilidades: la presencia de una lesión pre-cancerígenas si se aprecia un color blanco, o la total normalidad si el tejido no cambia de color.^{(32) (33) (34)}

G. TRATAMIENTO:

a) Conización:

La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino. ^{(32) (33) (34) (35)}

b) Histerectomía:

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones). Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. ^{(32) (33) (34) (35)}

c) Radioterapia:

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). ^{(32) (33) (34) (35)}

d) Quimioterapia:

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino. ⁽³²⁾

^{(33) (34) (35)}

5. DEFINICIONES OPERACIONALES

A. VARIABLE INDEPENDIENTE (X):

Factores Predictores.- Constituye la variable independiente del estudio que comprende de un conjunto de características demográficas, sociales y fisiológicas, que definen la condición de salud de las mujeres que participaron en la presente investigación; estos factores se medieron de la siguiente manera:

1. Edad:

La edad, es una característica cronológica y biológica definida como los años cumplidos al momento que se realizó la encuesta, estas fueron medidas en: ⁽³⁶⁾

- Menor edad: cuando la mujer en edad fértil refiere tener entre 20 y 30 años de edad.
- Mayor edad: Cuando la mujer en edad fértil refiere tener entre 31 y 60 años de edad.

2. Estado civil:

Es la condición particular de las mujeres al momento de la encuesta, en relación a sus vínculos con otras personas con fines de formar una familia; estas fueron medidas en: ⁽³⁷⁾

- Con pareja: se considerara a la mujer que mantiene entre si algún tipo de relación o semejanza con otra persona unido por el vínculo afectivo al momento de la recolección de datos (casada o conviviente).
- Sin pareja: se considerara a la mujer que mantiene entre si algún tipo de relación o semejanza con otra persona unido por el vínculo afectivo al

momento de la recolección de datos (soltera, divorciada, viuda, separada).

3. Ingreso económico:

En la siguiente investigación se obtuvo información acerca del nivel socioeconómico, que es la situación financiera de las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto al momento de la encuesta, en relación a sus ingresos mensuales con los que le permite satisfacer sus necesidades básicas; estas fueron medidas en:⁽³⁸⁾

- Ingreso económico bajo: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta tener un ingreso económico inferior de 750 soles mensuales (sueldo mínimo).
- Ingreso económico medio: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta tener un ingreso económico entre los 1000 y 1500 soles mensuales.
- Ingreso económico alto: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta tener un ingreso económico superior a los 1500 soles mensuales.

4. Inicio de las relaciones sexuales:

En la siguiente investigación se obtuvo información acerca del inicio de las relaciones sexuales, que se refiere al tiempo en que las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto tuvieron su primer contacto sexual al momento de la encuesta, y estas fueron medidas en:⁽³⁹⁾

- Menor edad de inicio de las relaciones sexuales: cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta haber iniciado sus relaciones sexuales antes de los 18 años.

- Mayor edad de inicio de las relaciones sexuales: Cuando la mujer en edad fértil refiere al momento de la encuesta haber iniciado sus relaciones sexuales después de los 18 años.

5. Número de parejas sexuales:

En la siguiente investigación se obtuvo información acerca del número de parejas sexuales, que es la cantidad de personas con la que las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto tienen una relación sexual, y fueron medidas en: ⁽⁴⁰⁾

- Menor número de parejas sexuales: cuando la mujer solo tiene 1 pareja sexual.
- Mayor número de parejas sexuales: cuando la mujer tiene de 2 a más parejas sexuales.

6. Número de hijos:

En la siguiente investigación se obtuvo información acerca del número de hijos que tiene las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto al momento de la encuesta, y fueron medidas en: ⁽⁴¹⁾

- Menor número de hijos: cuando la mujer en edad fértil refiere tener de 0 a 3 hijos.
- Mayor número de hijos: cuando la mujer en edad fértil refiere tener de 4 a más hijos.

7. Números de abortos:

En la siguiente investigación se obtuvo información acerca de la cantidad de veces expresados en números, que ha ocurrido un aborto referido por

las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto al momento de la encuesta, y fueron medidas en: ⁽⁴²⁾

- Menor número de abortos: De 0 a 1 aborto.
- Mayor número de abortos: De 2 abortos a más.

8. Espacio intergenésico:

En la siguiente investigación, se obtuvo información acerca del espacio intergenésico, que es el tiempo transcurrido entre un embarazo y otro, referido por las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto al momento de la encuesta, y fueron medidas en: ⁽⁴³⁾

- Espacio intergenésico adecuado: De 2 años a más.
- Espacio intergenésico inadecuado: Menor de 2 años.

9. Uso del método anticonceptivos hormonales:

En la siguiente investigación, se obtuvo información acerca del tipo y tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal, referido por las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto al momento de la encuesta, y fueron medidas en: ⁽⁴⁴⁾

- Menor tiempo de uso: Menor de 5 años.
- Mayor tiempo de uso: De 5 años a más.

B. VARIABLE DEPENDIENTE (Y):

Cáncer cervical.- Constituye la variable dependiente del estudio está determinado por el estado de salud de la mujer al momento de ser diagnosticada de cáncer cervical (estadio) en mujeres que participaron en la presente investigación; y se midieron de la siguiente manera:

Estadios:

- Estadio II: Cuando a las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto se les encontraron células anormales diseminadas más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis, esto está demostrado por el resultado de la biopsia en las historias clínicas.

- Estadio III: Cuando a las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto se les encontraron células anormales diseminadas hasta el tercio inferior de la vagina, afecta a ganglios linfáticos próximos o alcanza los tejidos laterales del cuello uterino hasta alcanzar la pared de la pelvis, esto está demostrado por el resultado de la biopsia en las historias clínicas.

- Estadio IV: Cuando a las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto se les encontraron células anormales diseminadas hasta la vejiga, el recto o a otras partes del cuerpo, presentando metástasis, esto está demostrado por el resultado de la biopsia en las historias clínicas.

6.HIPÓTESIS

¿Son factores predictores del cáncer cervical la edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico, uso de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto- Puchana 2014?

CAPÍTULO III

7. MÉTODOLÓGÍA

7.1 MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En el presente estudio de investigación se empleó el método cuantitativo, porque usa la recolección de datos para probar hipótesis, utilizando el razonamiento deductivo y los atributos medibles de la experiencia humana, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y establecer teorías conociendo y evaluando los factores predictores relacionados a la aparición del cáncer cervical.

Diseño Metodológico:

En el presente estudio se empleó el diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, transversal.

No experimental: Porque se estudió una situación sin manipular las variables independientes en estudio tales como: Factores predictores y la aparición del cáncer cervical, en las que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlas.

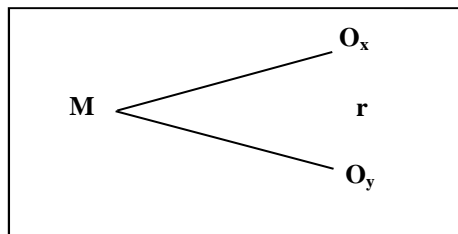
Descriptivo: Porque indagó la prevalencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, permitiendo describir y analizar las variables en estudio de manera independiente.

Correlacional: Porque permitió analizar la relación de las variables: factores predictores y la aparición del cáncer cervical, es útil para la relación de datos, no hay manipulación de variables.

Transversal: Porque permitió describir las variables y analizar su prevalencia e interrelación en un momento dado.

Diagrama de la investigación:

Este diseño tiene el siguiente diagrama:



Especificaciones:

M: Muestra

O: Observaciones

x, y: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r: Indica la posible relación entre las variables de estudio

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

La Población del presente estudio está conformada por todas las mujeres con diagnóstico de cáncer cervical atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto - Punchana en el primer trimestre del presente año (2014) siendo un total de 82 mujeres.

Muestra:

a) Tamaño de la Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el 90% de la población, siendo un total de 68 mujeres.

b) Tipo de Muestreo: En el presente estudio se empleó el muestreo por conveniencia.

c) Selección de muestra: La selección de la muestra se hizo utilizando los criterios de inclusión hasta completar el número total de la muestra.

d) Criterios de Inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer cervical atendidas en el departamento de oncología Hospital Regional de Loreto.
- Participación voluntaria.

7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica que se empleó en el presente estudio de investigación es:

- La Entrevista: Es una herramienta y técnica extremadamente flexible, capaz de adaptarse a cualquier condición, situación, persona, permitiendo aclarar preguntas, orientar a la investigación y resolver las dificultades que puedan haber encontrado la persona entrevistada.

Instrumento: Los instrumentos que se utilizó en esta investigación fueron:

- La ficha de recolección de datos: La recolección de datos se refiere al uso de una gran diversidad de técnicas y herramientas que pueden ser utilizadas por el analista para desarrollar los sistemas de información, los cuales pueden ser la entrevistas, la encuesta, el cuestionario, la observación, el diagrama de flujo y el diccionario de datos.
- El cuestionario para caracterizar a la mujer: El cuestionario es un instrumento no estructurado elaborado por las investigadoras con un total de 12 preguntas cerradas con sus respectivas alternativas para recaudar información sobre edad, estado civil, ingreso económico, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos, número de abortos, espacio intergenésico y uso de métodos anticonceptivos hormonales.

- Validez: Para determinar la validez de los instrumentos del presente anteproyecto de investigación se empleó la técnica del Juicio de Expertos o Método Delphi, para la cual participaron los profesionales de la salud expertos en el tema, teniendo como resultado un 81.6%.

- Confiabilidad: Así mismo para determinar la confiabilidad de los instrumentos se empleó la prueba piloto que estuvo constituida por el 10% del total de la muestra de las pacientes atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto en el primer trimestre del presente año (2014) y se aplicó la prueba estadística de alfa de crombach, teniendo como resultado un 88.2%.

7.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. Se solicitó la autorización de la Sra. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para el establecimiento de Salud (Departamento de Oncología-Hospital Regional Loreto).
2. Se presentó la documentación al médico jefe encargado del departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto.
3. Para la recolección de datos se coordinó con la encargada del Departamento de Oncología, para la facilidad al acceso de la historia clínica.
4. Posteriormente con la información recabada se procedió a realizar las visitas domiciliarias para la aplicación del cuestionario hasta completar con el tamaño de la muestra (Se procedió al llenado del consentimiento informado por cada una de las participantes) solicitando su participación y colaboración voluntaria.
5. El tiempo para la recolección de los datos tuvo una duración de 12 días.
6. La recolección de los datos estuvo únicamente dirigido y aplicado por las investigadoras.
7. En la recolección de datos se hizo uso del uniforme de salud pública vigente en la Facultad de Enfermería en horario de 7.00 am a 2.00pm hasta completar la muestra.
8. La aplicación de los instrumentos, se realizó en un tiempo de 30 minutos.

9. La información recabada fue utilizada de forma agrupada y únicamente para el manejo de la investigación.

7.5 ANÁLISIS DE DATOS:

El procesamiento de la información se realizó mediante la base de datos del paquete estadístico SPSS versión 21.0 en español, lo que permitió la aplicación de pruebas estadísticas descriptivas (frecuencia y porcentajes) y la prueba estadística inferencial no paramétrica de correlación bivariado y regresión logística. Posteriormente se construyó las tablas y gráficos respectivos.

El análisis de regresión logística, el cual se utilizó para predecir la probabilidad de ocurrencia de uno de los valores de la variable dependiente a partir de un conjunto de variables independientes. Se realizó con el propósito de determinar cuál de las variables independientes son factores predictores del cáncer cervical en las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto, teniendo en cuenta que la variable dependiente es categórica ordinal:

$$\text{Pr ob}(Y_i = 1) = \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_1 - (S_1 X_{1i} + S_2 X_{2i})]}}$$

$$\text{Pr ob}(Y_i = 2) = \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_2 - (S_1 X_{1i} + S_2 X_{2i})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_1 - (S_1 X_{1i} + S_2 X_{2i})]}}$$

$$\text{Pr ob}(Y_i = 3) = 1 - \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_2 - (S_1 X_{1i} + S_2 X_{2i})]}}$$

7.6 LIMITACIONES:

- Antes la ejecución del proyecto, tuvimos un poco de dificultad por la huelga de administrativos en la universidad, ya que eso retraso nuestros trámites para poder iniciar con la ejecución del proyecto de investigación.
- Durante la recolección de datos, tuvimos dificultad en la accesibilidad a los hogares de las mujeres objeto de estudio, ya que se ubicaban en distintas partes de la ciudad, a su vez en algunas ocasiones teníamos que regresar varias veces porque no las encontrábamos en su hogar.

7.7 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Los derechos humanos de las pacientes con cáncer cervical se tuvo en cuenta mediante la aplicación de los principios de la bioética el cual se evidenciarán por la aceptación del consentimiento informado mediante el respeto, comprensión, paciencia, empatía a las pacientes de estudio que participan en la investigación de manera voluntaria, además no se dañará en lo físico, social, moral, ni económico a los participantes. Asimismo los instrumentos de recolección de datos, fueron diseñados de tal forma que garantizaron su anonimato y solo tuvimos acceso a ellos las investigadoras.

CAPÍTULO IV

8. RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO:

TABLA N° 01

FACTORES PREDICTORES DE MUJERES CON CÁNCER CERVICAL
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014

Factores Predictores	ni	%	\bar{X}	D.E
Edad			38	10.08
Menor edad	23	33.8		
Mayor edad	45	66.2		
Total	68	100.0		
Estado civil				
Con pareja	40	58.8		
Sin pareja	28	41.2		
Total	68	100.0		
Ingreso económico			1040	390.67
Menor 750	18	26.5		
750 a 1500	34	50.0		
Mayor 1500	16	23.5		
Total	68	100.0		
Inicio de relaciones sexuales				
Menor de edad	59	86.8		
Mayor de edad	9	13.2		
Total	68	100.0		
Tiempo de uso de métodos anticonceptivos hormonales				
Menor tiempo de uso	15	22.1		
Mayor tiempo de uso	53	77.9		
Total	68	100.0		
Número de parejas sexuales				
Menor número de parejas	17	25.0		
Mayor número de parejas	51	75.0		
Total	68	100.0		

Número de hijos				
Menor número de hijos	59	86.8		
Mayor número de hijos	9	13.2		
Total	68	100.0		
Número de abortos				
Menor número de abortos	64	94.1		
Mayor número de abortos	4	5.9		
Total	68	100.0		
Espacio intergenésico				
Adecuado	29	42.6		
Inadecuado	39	57.4		
Total	68	100.0		

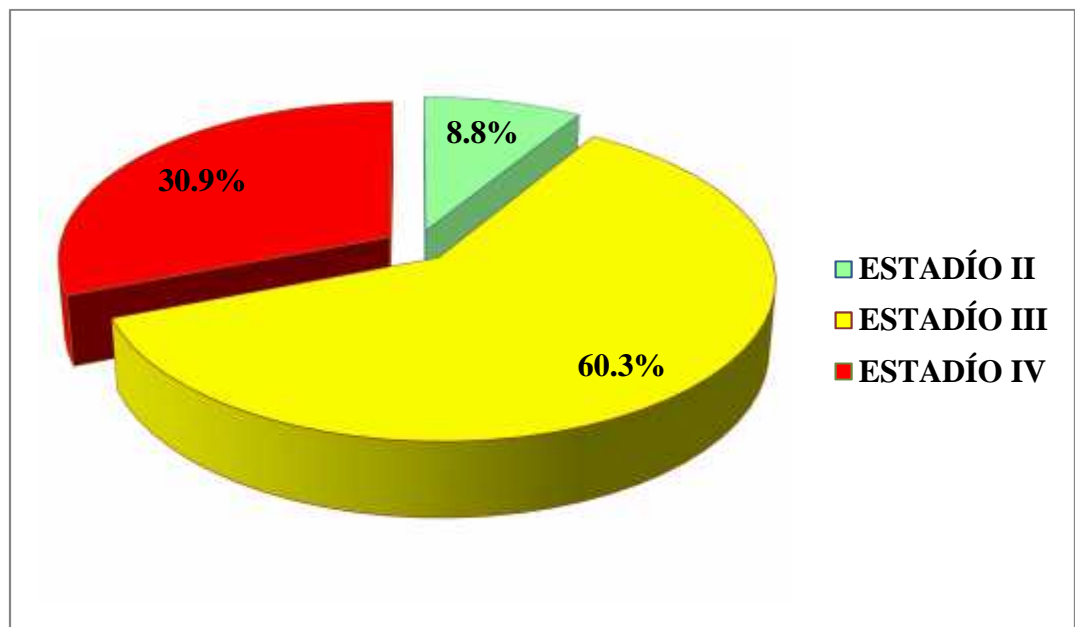
Fuente: Las Investigadoras

En la tabla n° 01, se observa que del 100.0% (68) de mujeres con cáncer cervical atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, el 33.8% (23) tenía entre 20 y 30 años de edad y el 66.2% (45) tenía entre 31 y 60 años. El 58.8% (40) de las mujeres tienen pareja contra el 41.2% (28) que no lo tienen. Con respecto al ingreso económico de las mujeres en estudio el 26.5% (18) tiene ingresos menores a 750 soles, el 50% (34) tiene ingresos que fluctúan entre 750 a 1500 soles y el 23.5% (16) tiene ingresos mayores a 1500 soles mensuales. De las mujeres en estudio el 86.8% (59) se han iniciado sexualmente siendo menores de edad y sólo un 13.2% (9) en la mayoría de edad. También se observa que el 77.9% (53) uso métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más, y solo el 22.1 % (15) uso métodos anticonceptivos hormonales por menos de 5 años. Asimismo el 25.0% (17) tienen un menor número de parejas sexuales, y el 75.0% (51) respondieron que tienen mayor número de parejas sexuales. Con respecto al número de hijos de las mujeres en estudio el 86.8% (59) tienen menor número de

hijos (de 1 a 2), mientras que el 13.2% (9) de ellas tiene mayor número de hijos, (es decir 3 a más). El 94.1% (64) manifestaron que han tenido menor número de abortos (de 0 a 1) y el 5.9% (4) mayor número de abortos (2 a más). El espacio intergenésico en las mujeres reporta un 42.6% (29) mujeres como adecuado y el 57.4% (39) presentan espacio intergenésico inadecuado.

GRÁFICO N° 01

DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.



Fuente: Las Investigadoras

Según el gráfico n° 01 se observa que del 100% (68) mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, el 8.8% (6) de ellas presentan cáncer cervical en estadio II, el 60.3% (41) en estadio III y el 30.9% (21) en estadio IV.

TABLA N° 02

ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES DE CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014

Correlaciones										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad	—									
2. Ingreso económico	-0,043 0,727	—								
3. Estado civil	-0,160 0,193	- 0,112 0,364	—							
4. Inicio de relaciones sexuales	0,004 0,974	0,090 0,464	-0,150 0,221	—						
5. Uso de métodos anticonceptivos hormonales	0,080 0,514	0,123 0,318	-0,085 0,492	0,002 0,990	—					
6. Número de parejas sexuales	-0,126 0,307	- 0,080 0,516	-0,069 0,576	0,025 0,839	-0,020 0,868	—				
7. Número de hijos	0,279* 0,021	- 0,012 0,922	-0,062 0,614	0,104 0,401	-0,103 0,403	-0,175 0,153	—			
8. Número de abortos	-0,085 0,488	0,009 0,944	0,045 0,717	- 0,098 0,428	0,018 0,886	-0,144 0,240	0,087 0,482	—		
9. Espacio intergenésico	0,201 0,101	- 0,223 0,068	- 0,245* 0,044	0,074 0,551	0,100 0,416	0,052 0,677	0,337** 0,005	- 0,037 0,763	—	
10. Cáncer Cervical	0,530** 0,000	- 0,149 0,227	-0,009 0,146 0,942	- 0,146 0,235	0,079* 0,048	- 0,245* 0,044	0,29* 0,015	0,012 0,920	- 0,081* 0,013	—

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según la tabla n° 02, donde se observa que existe correlación estadísticamente significativa entre la edad ($p_{sig}=0.000$), el tiempo de uso de métodos anticonceptivos ($p_{sig}=0.048$), el número de parejas sexuales ($p_{sig}=0.044$), número de hijos ($p_{sig}=0.015$) y el espacio intergenésico ($p_{sig}=0.013$), mientras que el ingreso económico, el estado civil, inicio de relaciones sexuales y el número de abortos no presentan correlación con el cáncer cervical.

ANÁLISIS MULTIVARIADO:

TABLA N° 03

DETERMINACIÓN DE LA SIGNIFICANCIA DE LAS VARIABLES
PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL DE LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO – PUNCHANA 2014.

Información sobre el ajuste de los modelos

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	90,478			
Final	50,092	40,386	8	0,000

Función de vínculo: Logit.

En la tabla n° 03, se observa una significancia $p = 0.000$ menor al 0.05 (5%), es decir, las variables seleccionadas sí pueden predecir el estadio del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto – Punchana 2014.

TABLA N° 04

VARIABLES PREDICTORES AL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014

Predictores	Estimación	Error típico	Wald	GL	Sig.
Estadio II	-3.665	3.499	1.097	1	0.029
Estadio III	2.111	3.713	0.323		0.057
Edad	3.928	1.172	11.225	1	0.001
Ingresos económicos	-1.424	0.738	3.719	1	0.048
Estado civil	-0.249	0.623	0.159	1	0.690
Inicio de relaciones sexuales	-1.383	0.882	2.461	1	0.117
Uso de métodos anticonceptivos hormonales	0.209	0.700	0.089	1	0.045
Número de parejas sexuales	-1.015	0.690	2.159	1	0.142
Número de hijos	2.097	0.977	4.605	1	0.032
Número de abortos	0.104	1.305	0.006	1	0.937
Espacio intergenésico	-1.826	0.703	6.748	1	0.009

Fuente: Las Investigadoras

En la tabla n° 04, se observa que las variables edad, ingresos económicos, uso de métodos anticonceptivos hormonales, número de hijos y espacio intergenésico con p-valor (significancia) de 0.001, 0.048, 0,045, 0.032 y 0.009 respectivamente son factores que mejor predicen el estadio del cáncer cervical en mujeres y forman parte del modelo matemático de predicción.

Modelo matemático predictivo para determinar la probabilidad de la aparición del cáncer cervical:

Para determinar los modelos predictivos para cada uno de las categorías de la variable dependiente se hizo uso de la regresión logística ordinal, modelo que se aplica cuando la variable dependiente es ordinal.

Para el caso de nuestro estudio la variable respuesta tiene tres categorías (Estadio II, Estadio III y Estadio IV).

Modelo predictivo Estadio II:

$$\text{Prob } Y=\text{EstadioII} = \frac{1}{1+e^{-(3.665-(-3.928X1-1.424X2+0.209X3+2.097X4-1.826X5))}}$$

- Probabilidad de que una mujer atendida en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto, tenga cáncer cervical en estadio II, dado que la edad, los ingresos económico, el tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, el número de hijos y el espacio intergenésico son los factores que mejor predicen el cáncer cervical.

Modelo predictivo Estadio III:

$$\text{Prob } Y=\text{Estadio III} = \frac{1}{1+e^{-(2.111- 3.928X1-1.424X2+0.209X3+2.097X4-1.826X5)}}$$
$$- \frac{1}{1+e^{-(3.665- 3.928X1-1.424X2+0.209X3+2.097X4-1.826X5)}}$$

- Probabilidad de que una mujer atendida en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto, tenga cáncer cervical en estadio III, dado que la edad, los ingresos económico, el tiempo de uso

de anticonceptivos hormonales, el número de hijos y el espacio intergenésico son los factores que mejor predicen el cáncer cervical.

Modelo predictivo Estadio IV:

$$\text{Prob } Y=\text{EstadioIV} = \frac{1}{1+e^{-(2.111-(-3.928X1-1.424X2+0.209X3+2.097X4-1.826X5))}}$$

- Probabilidad de que una mujer atendida en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto, tenga cáncer cervical en estadio IV, dado que la edad, los ingresos económico, el tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, el número de hijos y el espacio intergenésico son los factores que mejor predicen el cáncer cervical.

Dónde: Variables predictoras

e = 2.7183 (cte)

X1 = Edad

X2 = Ingresos Económicos

X3 = Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales

X4 = Número de hijos

X5 = Espacio Intergenésico

Poder predictivo de los modelos matemáticos:

- R cuadrado de Cox y Snell = 44.9%
- R cuadrado de Nagelkerke = 54.1%
- R cuadrado de McFadden = 33.7%

El modelo matemático según Cox y Snell (44.9%), Nagelkerke (54.1%) y McFadden (33.7%) pueden predecir en los porcentajes respectivos el estadio del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto – Punchana 2014.

9. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Lorero – Punchana 2014, para lo cual se caracterizó una muestra de 68 (100%) de mujeres.

De acuerdo a los factores predictores de las mujeres de estudio se tuvo como edad promedio 38 años con un rango de 31 a 60 años, este resultado coincide con el estudio de Gutierrez C, (Lima, 2010), en su análisis sobre los factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer cervical (examen de Papanicolaou) se da en mujeres en edad fértil; suponemos, que la aparición del cáncer cervical entre los 31 a 60 años está originándose por el comportamiento de las mujeres en su vida sexual y reproductiva además por los innumerables cambios hormonales que pasa la mujer a medida que va envejeciendo o por otras causas.

Los hallazgos con respecto al estado civil de las mujeres en estudio revelan que el 58.8% tiene pareja, estos resultados son similares al reportado por Contreras G y Concepción F, (Lima – 2010) quienes encontraron que el 61,1% de la población en estudio eran casadas, lo que quiere decir que aquellas mujeres que cuentan con una pareja estable son aquellas que están

en mayor riesgo, esto puede deberse a que la misma pareja contraiga el virus papiloma humano al tener contacto sexual con otras mujeres y posteriormente contagie a su pareja.

En cuanto al ingreso económico tenemos que el promedio es de 1040 soles de ingreso mensual; esto coincide con los estudios de Espín J, Cardona A, Valdes M, (Habana- 2012) quienes consideran el ingreso económico bajo como un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cervical, ya que las mujeres con bajos ingresos económicos tendrán limitaciones al acceso fácil de servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de PAP lo que indica que tienen mayor predisposición a la aparición de cáncer cervical aquellas mujeres con nivel económico medio, esto puede verse reflejado porque aquellas mujeres que no tienen los suficientes recursos para acceder a controles médicos regulares, por lo tanto sólo se realizan chequeos cuando se sienten enfermas, es decir cuando la enfermedad ya está presente, y no tienen una cultura de prevención porque su presupuesto no se los permite.

Con respecto al inicio de relaciones sexuales, encontramos que el 86.8% inicio sus relaciones sexuales entre los 12 a 17 años, estos resultados son similares al estudio de López H, Gonzales B, (Cuba- 2012): quienes

resaltan que las mujeres que inician sus relaciones sexuales antes de los 20 años de edad tienen mayor actividad sexual y por consiguiente mayor tiempo de exposición y probabilidad de estar en contacto con el VPH, demostrado por el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales de las pacientes que es de 16 años de edad; esto quiere decir que el grupo de mujeres que ha iniciado su vida sexual antes de los 18 años, tuvieron la predisposición a la aparición del cáncer cervical, debido al inicio temprano de las relaciones sexuales, en este periodo el organismo aún no está preparado o maduro fisiológicamente para la actividad sexual.

Referente al tiempo de uso de anticonceptivos hormonales tenemos que el 77.9% usó anticonceptivos hormonales pastillas o ampollas de 5 años a más, esta información es similar a la de Pérez C, (EEUU - 2012). En un informe de 2008 de la *International Agency for Research on Cancer*, la cual forma parte de la Organización Mundial de la Salud, se combinaron los datos de ocho estudios para evaluar la relación que había entre el uso de anticonceptivos orales con el riesgo de cáncer cervical entre las mujeres que tenían la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los investigadores encontraron un aumento casi triple del riesgo entre las mujeres que habían usado anticonceptivos orales de 5 a 9 años en comparación con mujeres que nunca los habían usado. Entre las mujeres

que habían usado anticonceptivos orales durante 10 años o más, el riesgo de cáncer cervical era cuatro veces más alto. lo que indica que el grupo de mayor riesgo a contraer cáncer cervical es aquel que usó anticonceptivos hormonales por más de 5 años.

Al referirse al número de parejas sexuales encontramos que el 75% tiene de 2 a más parejas sexuales; estos resultados son semejantes al de Muñoz C, (Costa rica, 2012), en su estudio retrospectivo, sobre los factores que predisponen la aparición del cáncer cervical refiere que se ha demostrado la presencia de VPH cervical en el 83% de mujeres que tuvieron de 5 a más parejas sexuales, lo que indica que aquellas mujeres que mantuvieron relaciones sexuales con más parejas son las que tuvieron mayor predisposición a la aparición del cáncer cervical, esto se debe a que el portador asintomático del virus del VPH es el hombre, por lo tanto, a mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo de infectarse.

Por otro lado, con respecto al número de hijos tenemos que el 86.8% tiene de 0 a 3 hijos. Estos resultados son similares con los estudios de Castañeda M, (México, 2011), refieren que el número de hijos ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de cáncer cervical (test de tendencia con un valor de $p < 0.0001$). Así, las mujeres que han tenido más de tres hijos

corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces, esto se debe a la mayor cantidad de trauma que sufre el cuello uterino al momento del parto.

Con respecto al número de abortos tenemos que el 94.1% tiene hasta un aborto, estos resultados obtenidos son similares con los estudios de Torres F, (Camagüey-Cuba, 2009), sostiene que el exceso de manipulaciones ginecológicas del cuello uterino durante los abortos, partos, y procedimientos diagnósticos proporcionan alteraciones cervicales que predisponen a un daño mayor de la zona. Estudios efectuados en cuatro continentes sugieren que las mujeres con algún aborto tenían un riesgo 2,6 veces más altos de aparición de cáncer cervical que aquellas que nunca habían tenido abortos. También son similares con los estudios de Nuñez C, (Lima, 2013) sostiene en su análisis sobre las secuelas del aborto, que las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92, esto debido a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada. Suponemos que los hallazgos obtenidos se convierten en uno de los factores predisponentes a la aparición cervical.

Con respecto al espacio intergenésico tenemos que el 57.4% tuvo un espacio intergenésico menor de dos años, lo que quiere decir que las mujeres que se embarazaron en un periodo menor de 2 años fue uno de los riesgos de la aparición del cáncer cervical, debido a que durante el embarazo y el parto el útero sufre muchos traumatismos que necesitan de un tiempo para volver a regenerarse (por lo menos más de 2 años) para estar preparado para un nuevo embarazo.

Con respecto a la aparición del cáncer cervical el mayor porcentaje de las mujeres atendidas en el centro oncológico del HRL es de 60.3% que se encuentran en el estadio III diagnosticado por biopsia, estos resultados son similares a lo que sostiene Gutiérrez C, (Lima, 2010), en su análisis sobre los factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer cervical (examen de Papanicolaou). La neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer cervical con un porcentaje de 24.9%; el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad, característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza. Creemos que estos hallazgos se debe a que la aparición del cáncer en estadios II, III y IV está relacionado a la falta de interés de la mujer por realizar su despistaje de PAP o porque el cáncer cervical no muestra sintomatología dolorosa en los

primeros estadíos; o que en los servicios de salud no están brindando una atención teniendo en cuenta el pudor, la privacidad y el trato individualizado hacia la mujer, esto hace que sea una experiencia negativa para seguir realizando sus controles.

El modelo Multivariante (Análisis de Regresión Logística) empleado, demostró que los Factores Predictores del cáncer cervical en mujeres son: Edad, ingreso económico, tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, número de hijos, espacio intergenésico.

La edad muestra una significancia de 0.001 lo que indica que es un factor predictor a la aparición del cáncer cervical; es similar a lo reportado por Rocha R, Juarez M, Ruiz M, Ramírez X, Gaytan T, (Habana-2010) que plantea que la prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales relacionado con el patrón de comportamiento sexual de la comunidad; posteriormente se produce una disminución muy marcada, entre los 25-40 años para estabilizarse a partir de esta edad.

El ingreso económico muestra una significancia como factor predictor de 0.048, estos hallazgos están en relación con Gutierrez C, (Lima, 2010), en

su análisis sobre los factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer cervical (examen de Papanicolaou) encontró característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza.

Otro de los factores predictores del cáncer cervical es el tiempo de uso de anticonceptivos hormonales con una significancia de 0.045 lo que muestra una marcada relación entre estos indicadores; es así que Monterrosa C y Álvarez F, (Colombia – 2009) en un estudio sobre la relación del cáncer cervical y el uso de métodos anticonceptivos hormonales encontraron una incidencia de 2.5 en usuarias de 2 años de uso, y una incidencia de 5.2 después de 8 años de uso, por esto aseveran que existe un aumento en la tasa de cáncer cervical con la duración del uso de anticonceptivos hormonales.

También nuestros hallazgos muestran que el espacio intergenésico tiene una significancia 0.009 lo que evidencia que es un indicador que favorece la aparición del cáncer cervical como lo confirma Morgan (2010) en un estudio que realizó sostiene que el espacio intergenésico debe tener un tiempo prudencial de tres años para la recuperación completa del cuello uterino, y cuando esto no ocurre las células del cuello uterino enferman y pasa a convertirse en un factor predictor para el cáncer cervical.

Por último, el factor predictor número de hijos muestra una significancia de 0.032 que indica que este resultado confirma ser un elemento que predice la aparición del cáncer cervical que está en concordancia con Torres F, (Camagüey-Cuba, 2009) que sostienen el exceso de manipulaciones ginecológicas del cuello uterino durante los partos, y procedimientos diagnósticos proporcionan alteraciones cervicales que predisponen a un daño mayor de la zona.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

Que del 100% (68) mujeres con cáncer cervical atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, el 66.2% (45) tenía entre 31 y 60 años teniendo como edad promedio los 38 años; el 58.8% (40) de las mujeres tienen pareja. Con respecto al ingreso económico de las mujeres en estudio el 50% (34) tiene ingresos que fluctúan entre 750 a 1500 soles siendo el ingreso económico promedio 1040 soles. Por otro lado el 86.8% (59) se han iniciado sexualmente siendo menores de edad; también se observa que el 77.9% (53) uso métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más. A su vez se observa que el 75% (51) respondieron que tienen mayor número de parejas sexuales. Con respecto al número de hijos de las mujeres en estudio el 86.8% (59) tienen menor número de hijos (de 0 a 3), el 94.1% (64) manifestaron que han tenido menor número de abortos (de 0 a 1) y el 57.4% (39) presentan un espacio intergenésico inadecuado.

Los factores que predicen la aparición del cáncer cervical son: edad ($p=0.001$), el tiempo de uso de métodos anticonceptivos hormonales ($p=0.045$), ingreso económico ($p=0.048$), número de hijos ($p=0.032$) y el espacio intergenesico ($p=0.009$).

11. RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Dirección Regional de Salud (DIRESA); se sugiere continuar con la campaña de vacunación contra el VPH, promocionar por medio de sesiones educativas en las instituciones secundarias sobre la importancia del uso de preservativo, realizar actividades preventivas como la prueba con ácido acético y la prueba de Pap por zonas periféricas donde la población tenga dificultades para acceder a un puesto de salud.

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, a través de sus diferentes facultades de ciencias de la salud, a realizar investigaciones de intervención de los hallazgos presentados.

A la Facultad de Enfermería, incorporar dentro de sus actividades sociales campañas de salud en donde docentes y estudiantes realicen sesiones educativas a la población en riesgo en zonas alejadas, sobre el cáncer cervical y la prueba de Papanicolau, para lograr concientizar a las mujeres de dichos sectores.

A las docentes de la Facultad de Enfermería para que motiven a sus estudiantes a realizar campañas de sensibilización sobre la importancia del control PAP en mujeres en edad fértil.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salas E. Cáncer de cuello uterino. Colombia. 2011. Revisado el 18 de diciembre del 2013. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/index.php?view=category&cid=15%3Acancer-de-cuello-uterino&option=com_quickfaq.
2. Zarate F. Investigación sobre cáncer de cérvix. Colombia. 2012. Revisado el 18 de diciembre del 2013. Disponible en: <http://es.fhcrc.org/enfermedad/cervical.html>
3. Vázquez A, González J, Cruz F, Almirall A, Valdés R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix. Granma - Cuba. 2008. Revisado el 18 de diciembre del 2013. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm.
4. Pérez D, Chávez S, Pezo A. Problemática del Cáncer Uterino en el Perú (Cáncer de Cérvix). Lima – Perú. 2010. Revisado el 18 de diciembre del 2013. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos78/cancer-uterino-peru-cervix/cancer-uterino-peru-cervix.shtml>
5. Minsa (2012). Departamento De Epidemiología. Incidencia y Prevalencia del cáncer cervical en la región Loreto. Iquitos, Perú. Recopilado el 20 de enero del 2014.
6. Gutierrez C. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 14, núm. 1. Lima – Perú. 2012. pp. 39-49. Revisado el 28 de enero del 2014, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805006.pdf>.
7. Muñoz C. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. 2012. San José – Costa Rica. Revisado el 28 de enero del 2014. Disponible en: <http://www.geosalud.com/VPH/factores.riesgo.htm>.

8. Melo G, Waliszewski S. El virus del papiloma humano. 2009. Veracruz. Vol. XXII. Número 2. Revisado el 28 de enero del 2014. Disponible en: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/virus/>
9. Castañeda M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino. 2011. México. Revisado el 28 de enero del 2014. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000800>.
10. Torres F. Factores de riesgo medio ambientales del cáncer cervicouterino. 2009. Camagüey – Cuba. Revisado el 28 de enero del 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200006&script=sci_arttext.
11. Nuñez C. Secuelas del aborto. 2013. Lima – Perú. Revisado el 28 de enero del 2014. Disponible en: <http://www.aciprensa.com/aborto/aefectosf.htm>.
12. Lopez H, Gonzales B. Evaluación De Los Factores De Riesgo Del Cáncer Cervicouterino En El Hospital Abel Gilbert Ponton. 2011 – 2012. La habana – Cuba. Revisado el 28 de enero del 2014. Disponible en: www.t-ucsg-pre-med-136.pdf.
13. Rocha R, Juárez M, Ruiz M, Ramírez X, Gaytan T. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexo servidoras. 2012. Habana- cuba. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000200011&script=sci_arttext
14. Arenas R, Henríquez D, González M. Cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 años y mayores de 60 años. 2011. Caracas. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322011000400006&script=sci_arttext.

15. Espin J, Cardona A, Valdes M. Revista cubana de medicina general integral. 2012. Habana. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016
16. Romero K, Rojas J. Frecuencia de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres de 14-65 años, comunidad ramadas, provincia Tapacari-Cochabamba. 2012. Cochabamba. Revisado el 6 de febrero del 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332012000100006&script=sci_arttext
17. Contreras G, Concepción F. Factores de Riesgo para Adquirir el Virus de Papiloma Humano en Mujeres de Población Rural. 2010. Lima-Perú. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1816-77132010000100006&script=sci_arttext
18. Pérez C. Instituto Nacional del Cáncer, Píldoras Anticonceptivas y el Riesgo de Cáncer, 2012, EE.UU. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas.../pildoras-anticonceptivas-riesgo
19. Monterrosa C, Álvarez F. Anticonceptivos Orales Combinados-Los Riesgos. 2009. Colombia. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en: www.encolombia.com/libreria-digital/medicina/anticonceptivos-orales/anticonceptivos-combinados-riesgos
20. Escalante R. Sexo a temprana edad entre los jóvenes aumenta riesgo de cáncer de cuello uterino. 2011. Costa Rica. Revisado el 3 de febrero del

2014. Disponible en: <http://www.renso.es/salud/sexo-a-temprana-edad-aumenta-riesgo-de-cancer-de-cuello-uterino>.

21. Sánchez M. Advierten sobre riesgos de iniciar vida sexual a temprana edad. 2012. Colombia. Revisado el 3 de febrero del 2014. Disponible en:
<http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/341/772/articulo.php?id=32215>.
22. Martínez V, Torrientes B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. 2010. Lima – Perú. Revisado el 5 de febrero del 2014. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0138-600X.
23. Durán M. Ginecología y Obstetricia. 2010. Chile. Revisado el 5 de febrero del 2014. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/6/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud>.
24. Vázquez A. Factores de riesgo del Cáncer de Cuello Uterino. 2009 Granma, CUBA. Revisado el 5 de febrero del 2014. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200007&script=sci_arttext
25. Fauci T, Braunwald Z, Kasper G, Hauser L, Jameson O, Loscalzo W, Harrison F. Principios de Medicina Interna. 17° Edición. Vol. 1. Editorial Mc. GrawHill. Capítulo: Hematología y Oncología. Pág. 549. 2009. Revisado el 28 de febrero del 2014.
26. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2° Edición. Tomo 1. Editorial REP. 2009. Lima, Perú. Revisado el 28 de febrero del 2014.

27. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de cuello uterino: 2011. EE.UU. Revisado el 28 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/cacervicouterino3.htm>.
28. La Rosa M, Lozano P, Meléndez P, Mendoza G. Cáncer de cuello uterino. 2010. Trujillo – Perú. Revisado el 28 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos65/cancer-cuello-uterino/cancer-cuello-uterino2.shtml>.
29. López M. Cáncer de cuello uterino. 2011. Ecuador. Revisado el 28 de febrero del 2014. Disponible en: <http://cancerdecuellodeutero.blogspot.com/2009/02/etapas.html>.
30. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino: prevención y detección temprana. 2012. EEUU. Revisado el 28 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/Cancerdecuellouterino/Recursos adicionales/fragmentado/cancer-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-temprana-cervical-cancer-signs-and-symptoms>.
31. Marquez C. La píldora anticonceptiva y su relación con el cáncer de cuello de útero. 2011. Argentina. Revisado el 28 de febrero del 2014. Disponible en: <http://demedicina.com/la-pildora-anticonceptiva-y-su-relacion-con-el-cancer-de-cuello-de-utero/>
32. Smith R, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley O. Cáncer cervical. 2011. Massachusetts - EEUU. Revisado el 12 de marzo del 2014. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>.
33. Schaffer W, Halvorson R, Hoffman W, Bradshaw T, Cunningham H. Williams Y. Ginecología. Oncología - Sección 4, Capítulo 4: Cáncer cervicouterino. Pág. 646-649. 2010. Revisado el 12 de marzo del 2014.

34. Botero J, Júbiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. 8^{va} Edición. Bogotá – Colombia. Pág: 609 y 611. 2010. Revisado el 12 de marzo del 2014.
35. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de cuello uterino: tratamiento. 2011. EE.UU. Revisado el 12 de marzo del 2014. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino/Patient/page2>.
36. Definición de edad. Disponible en: <http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/edad.php>. Revisado el 22 de marzo del 2014.
37. Definición de estado civil. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C6-6.htm>. Revisado el 22 de marzo del 2014.
38. Definición de nivel socioeconómico. Disponible en: http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php. Revisado el 22 de marzo del 2014.
39. Definición de acto sexual. Disponible en: <http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20110505163025AACPf06>. Revisado el 22 de marzo del 2014.
40. Definición de número de parejas sexuales. Disponible en: <http://de10.com.mx/wdetalle3089.html> Pareja sexual, satisfacción sin compromiso Revisado el 22 de marzo del 2014.
41. INEI: número de hijos. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0040/NUDEHYTE.htm>. Revisado el 22 de marzo del 2014.
42. Definición de número de abortos. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

600X200600 01 00001&lng=es&nrm=iso. Revisado el 22 de marzo del 2014.

43. Definición de espacio intergenésico. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200007&script=sci_arttext. Revisado el 22 de marzo del 2014.

44. Definición de uso de métodos anticonceptivos hormonales. Disponible en: <http://demedicina.com/la-pildora-anticonceptiva-y-su-relacion-con-el-cancer-de-cuello-de-utero/>. Revisado el 22 de marzo del 2014.

ANEXOS

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN

DATOS GENERALES:

- ❖ Dirección:
- ❖ Fecha:

CÓDIGO:.....

Buenos días Sra. Soy Bachiller en Enfermería egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre **Factores predictores del cáncer cervical, en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto - Punchana 2014**, el mismo que servirá para optar mi título profesional de Licenciada en Enfermería. Para ello le solicito su participación voluntaria la cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será anónima, en ningún momento se afectará su integridad física ni moral.

Entonces, Paso a hacerle la siguiente pregunta:

¿Desearía participar en el estudio?

Si

No

De ser positiva su respuesta, le agradezco y a continuación se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Muchas gracias.

FIRMA

N° DE DNI

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.

ANEXO N°2

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES PREDICTORES EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA

CÓDIGO ASIGNADO:.....

INSTRUCTIVO: El cuestionario estructurado es aplicado a las mujeres sujeto de estudio por las investigadoras que leen la pregunta y anotan las respuestas.

1. FACTORES PREDICTORES:

				Código
1.1	¿Cuál es su edad? : _____			
	a) De 20 a 30	<input type="checkbox"/>	...	(0)
	b) De 31 a 60	<input type="checkbox"/>	...	(1)
1.2	¿Cuánto es su ingreso económico mensual?			
	a) Menor de 750	<input type="checkbox"/>	...	(0)
	b) De 750 a 1500	<input type="checkbox"/>	...	(1)
	c) Mayor de 1500	<input type="checkbox"/>	...	(2)
1.3	¿Cuánto es estado civil?			
	a) Soltera	<input type="checkbox"/>	...	(0)
	b) Conviviente	<input type="checkbox"/>	...	(1)
	c) Casada	<input type="checkbox"/>	...	(2)
	d) Viuda	<input type="checkbox"/>	...	(3)

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.

1.4 ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?

- a) Entre los 12 a 14 años de edad. (0)
- b) De 15 a 17 años de edad (1)
- c) De 18 a más. (2)

1.5 ¿Durante su vida sexual usted uso algún tipo de método anticonceptivo hormonal?

- a) Ninguno. ... (0)
- b) Píldora (1)
- c) Ampolla. (2)

- Si su respuesta está entre las alternativas b y c, conteste la siguiente pregunta:

1.6 ¿Por cuánto tiempo usó dicho anticonceptivo hormonal?

- a) Por menos de 1 año. (0)
- b) De 1 a 4 años. (1)
- a) De 5 a más. (2)

1.7 ¿Hasta la actualidad cuantas parejas sexuales ha tenido?

- a) Una sola pareja. (0)
- b) Dos parejas. (1)
- c) De 2 a más (2)

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.

1.8 ¿Cuántos hijos tiene usted?

- a) Ninguno. (0)
- b) De 1 a 3. (1)
- c) De 4 a más. (2)

1.9 ¿Tuvo usted abortos?

- a) Ninguno. (0)
- b) Uno. (1)
- c) De 1 a más. (2)

- Si su respuesta está entre las alternativas b y c, conteste la siguientes preguntas:

1.10 ¿Qué tipo de aborto tuvo?

- a) Espontáneo. (0)
- b) Terapéutico. (1)
- c) Inducido. (2)

1.11 ¿En qué periodo de su embarazo se produjo el aborto?

- a) En el primer mes (0)
- b) En el segundo mes (1)
- c) En el tercer mes (2)

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.

1.12 ¿Cuál fue el espacio de tiempo entre un embarazo y el otro?

- a) Menor de 1 año. (0)
- b) 1 año (1)
- c) De 2 a más. (2)

FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER CERVICAL, EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014.

ANEXO N°3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DIAGNÓSTICO DE CANCER CERVICAL

Instructivo: Tiene por finalidad realizar la recolección de datos a las mujeres atendidas en el departamento de oncología, los cuales son el código, n° de historia clínica y el estadio del cáncer cervical (tabla).

I. DATOS

A. GENERALES

- DIRECCIÓN :
- DIAGNÓSTICO MÉDICO :
- DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA:

Código	N° de historia clínica	Diagnóstico médico	Diagnóstico por biopsia (Estadio del cáncer cervical)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
FACTORES PREDICTORES	Constituye la variable independiente del estudio que comprende de un conjunto de aspectos que caracterizan o definen la condición de salud de las mujeres que participaron en la presente investigación;	EDAD	<p>Años cumplidos referidos por las mujeres en edad fértil.</p> <p>estas serán medidas en:</p> <p>MENOR EDAD: Cuando la mujer en edad fértil refiere tener entre 20 y 30 años de edad.</p> <p>MAYOR EDAD: Cuando la mujer en edad fértil refiere tener entre 31 y 60 años de edad.</p>	Nominal	<p>¿Cuál es su edad? : __</p> <p>a) 20 a 30</p> <p>b) 31 a 60</p>
		ESTADO CIVIL	<p>Es el estado civil, que tiene la mujer al momento de la aplicación del instrumento estas fueron medidas en dos niveles:</p> <p>CON PAREJA: se considerara a la mujer que mantiene algún tipo de relación unido por el vínculo civil o no estos son: casada o conviviente.</p> <p>SIN PAREJA: se considerara a la mujer que no mantiene algún tipo de relación y estos son: soltera, divorciada, viuda, separada.</p>	Nominal	<p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>a) Soltera</p> <p>b) Conviviente</p> <p>c) Casada</p> <p>d) Viuda</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
		INGRESO ECONÓMICO	<p>Situación financiera actual referida por la mujer; estas serán medidas en:</p> <p>INGRESO ECONOMICO BAJO: Cuando la mujer refiere tener un ingreso económico inferior de 750 soles mensuales (sueldo mínimo).</p> <p>INGRESO ECONOMICO MEDIO: Cuando la mujer en refiere tener un ingreso económico entre los 750 y 1500 soles mensuales.</p> <p>INGRESO ECONOMICO ALTO: Cuando la mujer refiere tener un ingreso económico superior a los 1500 soles mensuales.</p>	Nominal	<p>¿Cuál es su ingreso económico mensual?</p> <p>a) Menor de 750 b) De 750 a 1500 c) Mayor de 1500</p>
		INICIO DE RELACIONES SEXUALES	<p>Edad de inicio de las relaciones sexuales referidos por la mujeres; serán medidas en:</p> <p>MENOR EDAD DE INICIO: cuando la mujer inicio su relación sexual antes de los 18 años.</p> <p>MAYOR EDAD DE INICIO: cuando la mujer inicio su relación sexual después de los 18 años.</p>	Nominal	<p>¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?</p> <p>a) Entre los 12 a 14 años de edad. b) De 15 a 17 años de edad c) De 18 a más</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	<p>Número de parejas sexuales referidos por la mujer serán medidas en:</p> <p>MENOR NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: cuando la mujer solo tiene 1 pareja sexual.</p> <p>MAYOR NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: cuando la mujer tiene de 2 a más parejas sexuales.</p>	Nominal	<p>Hasta la actualidad ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?</p> <p>a) Una sola pareja. b) Dos parejas. c) De 2 a más</p>
		NÚMERO DE HIJOS	<p>Cantidad de hijos que tiene la mujer en edad fértil al momento de la entrevista.</p> <p>MENOR N° DE HIJOS: cuando la mujer en edad fértil refiere tener entre 0 y 3 hijos.</p> <p>MAYOR N° DE HIJOS: CUANDO LA mujer en edad fértil refiere tener de 4 a más hijos.</p>	Nominal	<p>¿Cuántos hijos tiene usted?</p> <p>a) Ninguno. b) De 1 a 3. c) De 4 a más.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
		NÚMERO DE ABORTOS	Número de veces que ha ocurrido un aborto de forma espontánea o no espontanea referido por la mujer MENOR NÚMERO DE ABORTOS: De 0 a 1. MAYOR NÚMERO DE ABORTOS: De 2 abortos a mas.	Nominal	¿Tuvo usted aborto? a) Ninguno b) Uno. c) De 1 a más.
		ESPACIO INTERGENÉSICO	Tiempo cumplido por el embarazo y otro, referidos por la mujer ADECUADO ESPACIO INTERGENÉSICO: De 2 años a más años. INADECUADO ESPACIO INTERGENÉSICO: Menor de 2 años.	Nominal	¿Cuál fue el espacio de tiempo entre un embarazo y otro? a) Menor de 1 año. b) 1 año c) De 2 a más.
		TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.	Es el tiempo que uso los anticonceptivos orales para evitar el embarazo. MENOR TIEMPO DE USO: Menor de 5 años. MAYOR TIEMPO DE USO: de 5 años a más.	Nominal	¿Por cuánto tiempo usó dicho anticonceptivo hormonal? a) Por menos de 1 año. b) De 1 a 4 años. c) De 5 años a más.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
CÁNCER CERVICAL	Constituye la variable dependiente del estudio está determinado por el estado de salud de la mujer que participaron del estudio, al momento de ser diagnosticada por biopsia el estadio en que se encontraba el cáncer cervical. Fueron medidos de la siguiente manera:	Estadio II Estadio III	Cuando a las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto se les encontraron células anormales diseminadas más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis, esto está demostrado por el resultado de la biopsia en las historias clínicas. Cuando a las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto se les encontraron células anormales diseminadas hasta el tercio inferior de la vagina, afecta a ganglios linfáticos próximos o alcanza los tejidos laterales del cuello uterino hasta alcanzar la pared de la pelvis, esto está demostrado por el resultado de la biopsia en las historias clínicas.	Nominal	Ficha de recolección de diagnóstico de cáncer cervical : Dirección Diagnóstico médico Diagnóstico por biopsia

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	
		Estadio IV	<p>Cuando a las mujeres atendidas en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto se les encontraron células anormales diseminadas hasta la vejiga, el recto o a otras partes del cuerpo, presentando metástasis, esto está demostrado por el resultado de la biopsia en las historias clínicas.</p>		PREGUNTAS