



**UNAP**

**Facultad de Enfermería**

**TESIS**

**CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA ASOCIADOS AL  
CANCER CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS ENTRE  
2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA  
2014**

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

**AUTORAS:**

**Bach. Briony Rubali SILVA MORI.**

**Bach. Kelly Evelyn SOPLIN OCAMPO**

**Bach. Silvia Patricia TALLEDO CASTILLO**

**ASESORES:**

**Dra. Marina GUERRA VASQUEZ**

**Mgr. Eliseo Edgardo ZAPATA VASQUEZ**

**IQUITOS – PERÚ**

# **2014 CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS ENTRE 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA 2014**

## **AUTORAS**

Bach.Enf. Briony Rubalí Silva Mori, Bach. Enf. Kelly Evelyn Soplin Ocampo,  
Bach.Enf. Silvia Patricia Talledo Castillo

## **RESUMEN**

El cáncer cérvicouterino es un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo, pues representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres, es el tercer cáncer más común en ellas y el séptimo en comparación con todos los cánceres. El estudio tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre la conducta sexual/reproductiva y el cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014. La metodología empleada es el método cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo. La muestra quedó integrada por 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino. Los datos se recolectaron aplicando el instrumento Ficha de Registro de Conducta sexual/reproductiva y cáncer cérvicouterino. El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 en español, obteniendo los siguientes resultados: la conducta sexual y reproductiva es: 50,4% tiene edad de inicio de relación sexual de sexarquía precoz (de 10 a 19 años), 71,7% con múltiples parejas sexuales, 59,3% tiene antecedente de infección de transmisión sexual, 79,6% tiene edad del primer parto Temprana o precoz (menor de 20 años), 96,5% en cuanto al número de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado.

Al asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvicouterino, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre: edad de inicio de relaciones sexuales y cáncer cérvicouterino ( $p = 0,039$ ;  $p < 0,05$ ), número de parejas sexuales y cáncer cérvicouterino ( $p = 0,013$ ;  $p < 0,05$ ), Infección de Transmisión Sexual y cáncer cérvicouterino ( $p = 0,014$ ;  $p < 0,05$ ), aborto y cáncer cérvicouterino ( $p = 0,02$ ;  $p < 0,05$ ); y que no existe relación estadística significativa entre: edad del primer parto y cáncer cervicouterino ( $p = 0,429$ ;  $p > 0,05$ ), entre paridad y cáncer cérvicouterino ( $p = 0,801$ ;  $p > 0,05$ ).

**Palabras clave:** Conducta Sexual, conducta reproductiva, cáncer, cérvicouterino.

**SEXUAL AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR ASSOCIATED WITH  
CERVICAL CANCER IN WOMEN BETWEEN 2012-2013 SERVED IN THE  
REGIONAL HOSPITAL OF LORETO, PUNCHANA 2014**

**AUTHORS**

Bach. Enf. Briony Rubalí Silva Mori, Bach. Enf. Kelly Evelyn Soplin Ocampo,

Bach. Enf. Silvia Patricia Talledo Castillo

**ABSTRACT**

Cervical cancer is a major public health problem among women worldwide, accounting for 10% of all cancers diagnosed in women, is the third most common cancer in them and the seventh compared to all cancers. The study aimed to determine the association between sexual / reproductive behavior and cervical cancer in women attending the years 2012-2013, in the Regional Hospital of Loreto. Punchana, 2014. The methodology is quantitative method, experimental, correlational, retrospective design. The sample was composed of 113 medical records of women diagnosed with cervical cancer. Data were collected using the Registration Form sexual / reproductive behavior and cervical cancer instrument.

Data processing was performed using SPSS version 20 in Spanish, with the following results: sexual and reproductive behavior is: 50.4% have age of first sexual relationship early sexuality (from 10-19 years) 71.7% with multiple sexual partners, 59.3% have a history of sexually transmitted infection, 79.6% have age of first early or premature birth (under 20 years), 96.5% in terms of numbers of children and parity were multiparous, 39.8% had induced abortion.

Al Associate sexual and reproductive behavior and cervical cancer, it was found that: there is a significant statistical relationship between: age at first intercourse and cervical cancer ( $p = 0.039$ ;  $p < 0.05$ ), number of sexual partners and cervical cancer ( $p = 0.013$ ;  $p < 0.05$ ), Sexually Transmitted Infection and cervical cancer ( $p = 0.014$ ;  $p < 0.05$ ), abortion and cervical cancer ( $p = 0.02$ ;  $p < 0.05$ ); and that there is no statistically significant relationship between: age at first birth and cervical cancer ( $p = 0.429$ ;  $p > 0.05$ ) between parity and cervical cancer ( $p = 0.801$ ;  $p > 0.05$ ).

Keywords: Sexual behavior, reproductive behavior, cervical.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA EL DÍA 19 DE DICIEMBRE DEL 2014, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMAD POR:

.....  
Mgr. Adilia Elizabeth PANDURO BARTRA  
PRESIDENTA

.....  
Dra. Elsa REYNA DEL AGUILA  
MIEMBRO

.....  
Dra. MARINA GUERRA VASQUEZ  
ASESORA

.....  
Mgr. Est. Eliseo Edgardo ZAPATAVASQUEZ  
ASESOR ESTADÍSTICO

## DEDICATORIA

A Dios nuestro maestro y guía Celestial por su infinita bondad y por ser mi refugio irremplazable en todos los momentos de mi existencia.

Dedico esta tesis con todo mi amor y cariño a mi amada mamá Lizet, porque me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento. Gracias por creer en mí aunque pasamos momentos difíciles siempre has estado apoyándome y dándome fuerzas para seguir adelante.

Ana, cuando mi madre no estaba presente tú eras quien llevaba a cabo las labores que a ella le correspondía, puedo decir plenamente que eres además de mi abuela, mi segunda madre y los aportes que diste a mi vida son simplemente invaluables, te amo mucho abuelita.

*Briony Rubalí*

## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado con mucho cariño a DIOS, ya que es él quien nos cuida y nos protege, a nuestros docentes que con paciencia nos educaron y compartieron con todos nosotros sus valiosos conocimientos.

El éxito es una escalera que no puede subirse con las manos en los bolsillos, el gran secreto está en prepararse y lo importante la gratitud de mi Familia, por la cual debo agradecer por todas las maravillosas personas de mi alrededor especialmente a mi mamá Carola por confiar plenamente en mí y poder culminar con éxito la carrera de mi vocación ENFERMERIA.

El Mejor Milagro, la Voluntad  
La Mejor Predicción, el Ejemplo  
La Mejor Dedicación, la Entrega al Prójimo  
El Mejor Tesoro, el Estudio y lo más importante mi hijo Lander, quien me da fuerzas para seguir adelante, lograr mis metas y ser cada día mejor persona.

*Kelly Evelyn*

## **DEDICATORIA**

A Dios nuestro padre celestial a mi madre que está en el cielo cuidándome y guiándome en mi camino para seguir adelante

A mi padre Jorge, hermanos y familiares quienes estuvieron conmigo en las buenas y las malas, orientándome y confiando en mí en todo momento.

A una persona muy especial e importante en mi vida Miguel Gaya, quien tuvo paciencia y me apoya en cada momento.

*Silvia Patricia*

## RECONOCIMIENTO

- A la Dra. Ruth Vílchez Ramírez, Decana de la Facultad de Enfermería, por agilizar las gestiones contribuyendo la pronta finalización de este trabajo de investigación.
- A la Sra. Blanca Mendoza Pezo, por facilitarnos el ingreso al Área de Estadística del Hospital Regional de Loreto.
- A la Lic. Enf. Marina Guerra Vásquez. Dra. nuestra asesora por brindarnos todo su apoyo durante la realización de nuestro trabajo de investigación y por brindarnos todas las facilidades para la elaboración del proyecto.
- Al Mgr. Eliseo Edgardo Zapata Vásquez, por sus aportes estadísticos en el desarrollo de la tesis.
- A la Mgr. Adilia Elizabeth Panduro Bartra y a la Dra. Elsa Reyna Del Aguila miembros del jurado calificador y evaluador de la tesis, por todas sus correcciones y aportes.
- A cada una de nuestras docentes de la Universidad Peruana del Oriente por todas sus enseñanzas a lo largo de nuestra trayectoria universitaria.
- A cada una de las personas que contribuyeron con el desarrollo de la tesis.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Página</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS</b>	
1. Introducción	01
2. Planteamiento del Problema	04
3. Objetivos	05
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEORICO</b>	
1. Marco Teórico	06
2. Definiciones operacionales	20
3. Hipótesis	22
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA</b>	
1. Método y Diseño de investigación	23
2. Población y muestra	24
3. Técnicas e instrumentos	25
4. Procedimiento de recolección de datos	25
5. Análisis de datos	26
6. Limitaciones	26
7. Protección de los derechos humanos	27
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
1. Resultados	28
2. Discusión	41
3. Conclusiones	43
4. Recomendaciones	44
5. Referencias bibliográficas	45
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Nº</b>	<b>TITULO</b>	<b>PÁG</b>
1.	Edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.	28
2.	Número de parejas sexuales de mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014.	29
3.	Infección de transmisión sexual en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014.	30
4.	Edad del primer parto en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014.	31
5.	Número de hijos o paridad de mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014.	32
6.	Aborto en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014.	33
7.	Diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014.	34

8. Edad de inicio de relaciones sexuales y diagnóstico de cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014. 35
9. Número de parejas sexuales y diagnóstico de cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014. 36
10. Infección de transmisión sexual y diagnóstico de cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014. 37
11. Edad del primer parto y diagnóstico de cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014. 38
12. Número de hijos o Paridad y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014. 39
13. Aborto y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas en los años 2012 y 2013, en el hospital regional de Loreto. Punchana, 2014. 40

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino (CaCu) sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo, representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres, es el tercer cáncer más común en ellas y el séptimo en comparación con todos los cánceres, especialmente en países en desarrollo que registran más del 85% de los casos diagnosticados, aproximadamente 466,000 nuevos casos cada año asociado a una alta mortalidad, donde el 90% de casos ocurre en mujeres de 35 años a más, a diferencia de lo que sucede en los países desarrollados, donde la mortalidad ha disminuido de manera considerable. Asimismo, el año 2007 la Organización Mundial de la Salud reporta que cada año 86 532 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical y 38 436 mueren de esa enfermedad.<sup>1</sup>

En Latinoamérica y el Caribe, las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvicouterino son muy altas registrando una incidencia acumulada de 24,6 x 100 000 mujeres y una mortalidad de 11,2 x 100 000 mujeres de los casos mundiales por año, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. El cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres en América, y el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años de edad. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica una mortalidad estandarizada de cáncer cérvicouterino persistentemente alta en Nicaragua, El Salvador y Perú con 40,4% de incidencia; México con 24,4% del total de casos nuevos de neoplasias de CaCu, donde el 47% de casos se presenta en mujeres de 35 a 54 años de edad; en Colombia las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, refieren que del 100% de casos de cáncer diagnosticados en mujeres de todas las edades, el 16,4% corresponden a cáncer de cuello uterino ubicándolo como la principal localización de cáncer y es la principal causa de muerte por neoplasias en la población femenina.<sup>2</sup>

En el Perú, sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres y se estima que cada año se presentan alrededor de 5000 nuevos casos que equivale a una incidencia acumulada de 40,4 x 100 000 mujeres y una tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres, lo que representa 44 924 años de vida perdidos ajustados por discapacidad. El Ministerio de Salud (MINSA) en su informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú del año 2008, indica que hasta el año 2000 el cáncer era la segunda causa de muerte con el 17% del total de muertes, con una alta magnitud de morbilidad, mortalidad, discapacidad y muerte prematura, que ocasiona Años de Vida perdidos por Discapacidad (AVD), Años de Vida Perdidos por muerte Prematura (AVPP), Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) y (Ajuste de carga de enfermedad con datos nacionales de morbilidad USAID/Perú-PRAES).<sup>3</sup>

Por otro lado, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Loreto, registra las estadísticas de morbilidad atendida en hospitalización del servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, indicando que el año 2009 del total de pacientes atendidos, 62,32% (1,234) mujeres egresaron del servicio de ginecología, de ellas el 80,63% eran mayores de 20 años y 3,56% (44) tuvieron el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, el año 2012 se diagnosticaron 60 casos y el año 2013 dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en el servicio de ginecología se atendieron 1099 mujeres y de ellas 7,46% (82) tuvieron diagnóstico de cáncer de cuello uterino que se ubica en el cuarto lugar, de ellas 38 tienen entre 20 a 44 años, 11 entre 45 a 49 años, 21 entre 60 a 64 años y 12 de 65 a más años.<sup>4</sup>

Respecto a los factores asociados al cáncer cérvico-uterino mejor documentados y más aceptados, son el inicio cada vez más temprano de la edad en que las mujeres empiezan a tener relaciones sexuales, con una conducta sexual promiscua y con diferentes parejas las mismas que pueden traer consigo una infección de transmisión sexual, edad temprana del primer parto, la situación socioeconómica baja, los abortos provocados, relaciones sexuales sin protección, inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y el virus del papiloma humano (VPH) que incide preferentemente en el grupo de 30 a 35 años, que al infectar las células del cérvix lentamente produce cambios celulares que pueden derivar en un cáncer, así como los

virus que causan las verrugas, los cuales se convierten en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino y una de las principales causas de mortalidad en las mujeres en el Perú.<sup>5</sup>

La situación presentada y la observación realizada durante nuestra formación profesional tanto a nivel comunitario como clínico, nos ha motivado a realizar la presente investigación, con el fin de evaluar si la conducta sexual y reproductiva están asociados al cáncer de cuello uterino en nuestra región y en todo caso cómo es el comportamiento de éstos aspectos en las mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino, cuyos resultados aporten información que se constituya en la base científica para que los responsables de los establecimientos de salud, realicen el fortalecimiento de las actividades preventivo promocionales que beneficien a los profesionales de enfermería y de la salud en general que trabajan con mujeres aparentemente sanas para establecer acciones de salud encaminadas a disminuir el riesgo de cáncer de cuello uterino en nuestra población y con aquellas mujeres que requieren atención específica.

Asimismo, los aportes o resultados contribuyen con el incremento de bases teóricas referentes para posteriores investigaciones de mayor complejidad que permitan profundizar en el conocimiento y explicación de estas y otras variables de estudio considerando viable precisar nuevas estrategias. Por ello planteamos la siguiente interrogante: ¿La conducta sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infección de transmisión sexual) y reproductiva (edad del primer parto, aborto y número de hijos), está asociada al cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014?

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

¿La Conducta Sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infección de transmisión sexual) y Reproductiva (edad del primer parto, aborto y número de hijos), está asociada al Cáncer Cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014?

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la asociación que existe entre la conducta sexual/reproductiva y el cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar la conducta sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infección de transmisión sexual) y reproductiva (edad del primer parto, aborto y número de hijos), en mujeres atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.
2. Identificar los estadios de cáncer cérvicouterino diagnosticados en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.
3. Establecer la relación que existe entre la conducta sexual/reproductiva y el cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.



## CAPÍTULO II

### 1. MARCO TEÓRICO

#### 1. ANTECEDENTES

Stuardo V. (España, 2011), en un estudio realizado con el objetivo de determinar la asociación entre la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y papiloma humano (HPV) y el cáncer de cérvix, en una muestra de 479 mujeres mayores de 16 años con serología positiva a VIH, en nueve hospitales de Cataluña, utilizando el modelo de regresión logística multivariante, encontró que: 33,2% de mujeres VIH positivas tienen infección por HPV y las alteraciones citológicas (ascus, hsil) se asocian al factor de tener la primera relación sexual menor o igual a los 18 años de edad.<sup>6</sup>

Vázquez A, González JC, Chávez FC, Almirall AM, Valdés R. (Cuba, 2008), en un estudio de casos y controles, sobre factores de riesgo del cáncer cérvicouterino, realizado en 330 pacientes, entre 16 a 89 años con éste diagnóstico, atendidas en el Hospital Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, encontraron que: el riesgo de aparición de cáncer cérvicouterino es 5 veces mayor (OR 5,07, IC 95 % 3,49-7,37) en mujeres con historia de embarazos o partos previos que en las que no lo han tenido; respecto al inicio de las relaciones sexuales o sexarquia, en la sexarquia precoz el riesgo es casi 5 veces mayor (OR 4,55, IC 95% 3,27-6,33) que en la sexarquia más tardía; en cuanto a afecciones cervicovaginales, la infección por HPV duplica (OR 2,23, IC 95% 1,45-3,45) la probabilidad, la sepsis vaginal casi lo triplica (OR 2,68, IC 95% 1,31-5,49) y la cervicitis representa un riesgo casi triple de desarrollarlo (OR de 2,91, IC 95% 2,09-4,06) con relación a las que no tienen esta condición patológica, una neoplasia intraepitelial cervical (NIC) incrementa a más del doble la probabilidad de desarrollar la enfermedad (OR 2,44, IC 95% 1,53- 3,91) y la leucoplasia cervical tiene riesgo doble de desarrollar carcinoma (OR 2, 26, IC 95% 1,12-4,57). En resumen, el modelo de regresión logística muestra que las gestaciones previas, sexarquia precoz, cervicitis, papiloma viral humano (HPV),

neoplasia intraepitelial cervical (NIC), sepsis vaginal, leucoplasia y desgarro cervical presentan asociación estadística significativa con la probabilidad de aparición de cáncer cérvicouterino.<sup>7</sup>

Garcés MS. (Cuba, 2007), en un estudio descriptivo realizado sobre el comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino, en una muestra de 519 mujeres, con resultados registrados en la historia clínica, encontró que: en cuanto a edad de inicio de las relaciones sexuales, 53,5% tuvo la primera relación sexual entre 15 y 19 años, 17,5% entre 20 y 24 años y 16,7% en edad menor de 15 años, destacando la presencia de 0,2% que lo inició entre 11 y 12 años, es decir que 70,2% de mujeres menores de 20 años iniciaron relación sexual, demostrándose la relación del comienzo temprano de las relaciones sexuales con la aparición del cáncer cérvicouterino; respecto al número de parejas sexuales, 30% tiene promiscuidad sexual, 48,8% tuvo de dos a cuatro parejas sexuales y 32,4% de cinco a más parejas.<sup>8</sup>

Salas I, Villalobos EA, Ramírez BL (México, 2007), en un estudio observacional, transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia de displasia, cáncer cérvicouterino y factores asociados (múltiples parejas sexuales, presencia de papiloma virus humano, erosión, cervicitis y leucorrea), en 2 602 mujeres entre 13 y 80 años, atendidas en el Hospital Central de Chihuahua, obtuvieron los siguientes resultados: 5,46% presenta prevalencia de positividad o caso positivo a diagnósticos según el grado de inicio como neoplasia intraepitelial cervical(NIC) I, II, III, cáncer in situ y maligno no especificado y 90,1% presentaron la mayor prevalencia de NIC I.<sup>9</sup>

Mustelier R, Ardines I, García AJ. (Cuba, 2007), en un estudio observacional, retrospectivo, tipo caso-control, realizado sobre algunos factores biológicos asociados a la aparición de citologías alteradas, en 54 mujeres, en el área de salud “Frank País García” de Santiago de Cuba, obtuvieron que: 87,0% muestra antecedente de infección cervical y 13% sin antecedente, con una significancia estadística de  $p < 0,05$  y  $X_2 = 3,40$ ; y respecto al tipo de infección cervical, 14,8%

muestra infección por virus de papiloma humano y 85,2% muestra ausencia del virus.<sup>10</sup>

Lizano M.(México, 2007), en un estudio realizado sobre variables demográficas (edad, alfabetismo y escolaridad), antecedentes ginecobstétricos (número de partos, presencia de infecciones vaginales y uso de anticonceptivos hormonales) y actividad sexual (edad de inicio sexual activo) asociadas al cáncer cérvicouterino, en 215 mujeres mexicanas entre 25 y 87 años con cáncer cérvicouterino, encontraron que: 38% de casos se distribuyen en Veracruz, 29% en estado de México, 21% en el distrito Federal y 12% en Morelos; respecto al cáncer cérvicouterino según la etapa clínica, 21,8% presenta estadio I, 39,1% estadio II, 33,1% estadio III, 2% estadio IV y 4% estadio indeterminado porque tuvieron una sola consulta; histológicamente según la biopsia, 87,8% presenta cáncer epidermoide, 9,4% adenocarcinoma y 2,8% carcinoma adenoescamoso; las estimaciones de la razón de momios (RM) es: RM=4,2 en mujeres con más de tres partos; RM=2,7 en presencia de infección cervicovaginal (leucorrea) en los últimos tres meses; RM=2,6 en inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años de edad; 95,8% con infección por VPH positivo, de ellos 45,1% corresponden a VPH-16 con una RM=429,8 y una RM=64,1 para otro tipo de VPH y 4,2% con infección de VPH negativo.<sup>11</sup>

Tamayo T, Varona J. (Cuba, 2007), en un estudio realizado sobre infección por papiloma virus humano, en 70 adolescentes mujeres, procedentes de las consultas infantojuvenil y patología de cuello uterino en La Habana, encontraron los siguientes resultados: 88,6% presenta sexarquia o inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años; en el número de parejas sexuales, 72,9% ha tenido dos o más; 68,6% no usan métodos anticonceptivos de barrera; 71,42% presenta colposcopia positiva y 54,28% presenta biopsia con lesión intraepitelial cervical.<sup>12</sup>

Rombaldi RL, Serafini EP, Villa LI, Vanni AC, Baréa F, Frassini R, (Brasil, 2006), en una investigación realizada sobre infección por HPV en 99 hombres parejas sexuales de las mujeres con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), realizando un examen físico y peneoscopia, encontraron que: 54,5% de mujeres con

neoplasia intraepitelial cervical presentan HPV y 28% presentan lesiones cérvicouterinas clínicas evidentes.<sup>13</sup>

Santos C. (Perú, 2007), en un estudio realizado sobre la asociación entre virus del papiloma humano y cáncer del cuello uterino en el Perú, encontró una fuerte asociación entre la forma invasiva del cáncer cérvicouterino y los virus del herpes simple tipo II o virus del herpes genital y del VPH, así: 99,7% de casos de VPH por infección de transmisión sexual produce lesiones en el útero o matriz, de ellos 56,1% de casos se atribuyen al genotipo VPH-16 y 12,2% al genotipo VPH-18 calificados como carcinógenos; asimismo, son frecuentes en 9,7% el genotipo VPH-31, en 7,7% el VPH-52, así como los genotipos 6 y 11 responsables de las verrugas genitales o condilomas. Siendo la tendencia a nivel mundial del 70% de casos de PVH.<sup>14</sup>

Valderrama M, Campos FE, Cárcamo CP, García PJ.(Perú, 2007), realizaron un estudio transversal, en 321 mujeres de 18 a 26 años, estudiantes en dos universidades en la ciudad de Lima que reportaron actividad sexual, con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano (VPH), encontrando que: 8,4% muestran prevalencia del VPH (genotipos 6, 11, 16, 18) y 2,5% muestran lesiones cervicales, siendo mayor la frecuencia en el grupo de 21 a 23 años ( $p= 0,024$ ); asimismo, se encontró asociación significativa entre la diferencia de edad de tres a más años entre la pareja sexual de mayor edad y la participante con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR:8,8; IC95:1,9-39,6); pero no mostraron significancia estadística la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el uso de condón.<sup>15</sup>

DIRESA (Perú, 2007), en la elaboración del plan estratégico en el departamento de La Libertad, al tomar como base la tasa estandarizada de cáncer cérvicouterino de Lima Metropolitana, encontraron que existe un amplio rango de su incidencia, siendo de: 8,75% en el distrito de San Isidro, 39,59% en El Agustino. Asimismo, al estratificar el nivel de incidencia de cáncer cérvicouterino según el segmento poblacional de riesgo, se observa que predomina en el segmento de 25 a 49 años de edad, en mujeres residentes en Lima Metropolitana.<sup>16</sup>

Carranza V, Nacimiento F, Vásquez C. (Perú, 2014), en una investigación realizada sobre factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, encontraron que: 66,2% tiene entre 31 y 60 años de edad, siendo la edad promedio de 38 años; 58,8% tiene pareja; 86,6% ha iniciado sus relaciones sexuales con menor edad, es decir antes de 18 años; 77,9% consume métodos anticonceptivos hormonales por más de cinco años; 75% tiene mayor número de parejas sexuales, es decir de 2 a más parejas; 86,8% tiene menor número de hijos, es decir de 0 a 3 hijos; 94,1% tiene menor número de abortos, de 0-1 abortos; 57,4% tiene espacio intergenésico inadecuado o menor de dos años. Los factores predictores que más aportaron a la aparición del cáncer cervical son: edad ( $p=0,001$ ), número de hijos ( $p=0,032$ ) y espacio intergenésico ( $p=0,009$ ) respectivamente. <sup>17</sup>

## **1.2. BASES TEÓRICAS:**

### **A. CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EN MUJERES**

#### Conducta Sexual

La sexualidad humana es reconocida como una función normal del ser humano y como tal es parte inherente de la salud. El desarrollo de la sexualidad está íntimamente ligado al desarrollo integral del individuo, desde el momento que es un elemento constitutivo o componente más de su personalidad y está determinada por el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas, afectivas, culturales, las relaciones con otros y las experiencias evolutivas del ciclo vital, que caracterizan el sexo de cada individuo, incluyendo, la percepción de ser hombre o mujer, las ideas privadas, las fantasías y la conducta. <sup>18</sup>

La conducta sexual, es una expresión de la sexualidad, basada en la diversidad y determinada por una compleja interacción de factores relacionados con la atracción sexual y el coito, donde participa el sistema nervioso encargado de controlar los impulsos sexuales y el proceso de estimulación o motivación para la actividad sexual. Una conducta sexual es saludable si incluye elementos como la

aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva sin temores, vergüenzas o culpa, con ausencia de trastornos orgánicos y enfermedades que entorpecen la actividad reproductiva, o puede ser riesgosa cuando lo expone a situaciones que ocasionan daños a la salud propia o de otros.<sup>19</sup>

Dentro de la conducta sexual, en la presente investigación se estudiarán los siguientes indicadores:

Edad de inicio de relaciones sexuales o Sexarquia:

Está referido al tiempo en años de vida transcurridos, en que la mujer realiza su primera relación sexual, influenciada por los cambios anatómicos fisiológicos que experimenta, los relacionados con el entorno social y el medio ambiente en que se desenvuelve, que puede estar relacionado con la presentación del cáncer cérvicouterino. Así la sexarquia a temprana edad está asociada con la mayor proporción de cáncer cérvicouterino.<sup>20</sup>

Se estima que la mujer en edad reproductiva entre 35 a 55 años contrae un cáncer cérvicouterino precedido durante meses o años por una lesión premaligna in situ que podría haber sido detectado y tratado oportunamente antes del desarrollo del cáncer invasor o metastásico. Su etiología es aún desconocida, pero se asocia entre otros factores clínicos epidemiológicos de riesgo, al inicio precoz de relaciones sexuales donde se considera como principal agente causal a los carcinógenos presentes en el semen masculino que son proteínas específicas que alteran las células epiteliales y subepiteliales femeninas e inducen a la transformación neoplásica.<sup>8</sup>

Vázquez A, González JC, Chávez FC, Almirall AM, Valdés R. (Cuba, 2008), en un estudio sobre factores de riesgo del cáncer cérvicouterino, realizado en pacientes entre 16 a 89 años con éste diagnóstico, clasifica el inicio de las relaciones sexuales o sexarquia, como: sexarquia precoz con un riesgo casi 5 veces mayor y sexarquia tardía.<sup>7</sup>

Asimismo, Garcés MS. (Cuba, 2007), al estudiar el comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino, encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales es entre 15 y 19 años, entre 20 y 24 años y en edad menor de 15 años, incluso entre 11 y 12 años.<sup>8</sup>

Martínez V, Torrientes B. (Cuba, 2007), señala la asociación existente entre las relaciones sexuales precoces y el cáncer cervical, afirmando que mientras más precoces sean, más severa se comporta la enfermedad presuntamente por ITS y trauma sobre el epitelio cervical.<sup>21</sup>

#### Número de Parejas Sexuales:

Se define como el número de personas o de los diferentes individuos, con los que la mujer ha tenido o tiene relaciones sexuales. El cambio frecuente de parejas y el elevado número de parejas sexuales en una conducta de promiscuidad, durante un periodo de seis meses, se convierte en un referente para el riesgo de cáncer cérvicouterino. Puede medirse como tener una pareja o tener múltiples parejas sexuales, que participen en actividades sexuales de alto riesgo debido a una conducta sexual promiscua.<sup>22</sup>

Garcés MS. (Cuba, 2007), en su estudio realizado sobre el comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino, respecto al número de parejas sexuales, los clasifica como: de 0 a 1 pareja sexual, de 2 a 4 parejas y de 5 a más.<sup>8</sup>

#### Infección de Transmisión Sexual:

El hombre es el principal participante en el proceso de transmisión de infecciones sexuales, cuya epidemiología es difícil de entender porque la infección en los varones es más etérea que en las mujeres, incluso asintomático en algunos casos y el epitelio del glande es distinto al epitelio cervical. La neoplasia cérvicouterino es considerada como el resultado final de la acción de varios factores, donde la infección de transmisión sexual, desempeña un papel muy especial.<sup>21</sup>

La transmisión de agentes infecciosos mediante las relaciones sexuales es causal de enfermedades como el virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de las verrugas, herpes simple tipo II o virus del herpes genital, venéreas en general y virus del papiloma humano (VPH) encontrándose cerca de 40 tipos en la región anogenital, siendo alrededor de 20 de ellos de alto riesgo por su relación con el cáncer cérvicouterino.<sup>14</sup>

Dentro de las infecciones de transmisión sexual, el virus del papiloma humano (VPH) está reconocida como la principal causa del cáncer cérvicouterino, donde los genotipos 16 y 18 son los más frecuentes en el mundo y causantes del 70% de casos. En América, la infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común en personas sexualmente activas menores de 30 años, donde aproximadamente 15% ha sido infectada con el VPH alguna vez en su vida y 70,7% de casos cáncer cervical invasivo son atribuidos a los VPH 16 ó 18, cuya infección persistente puede dar lugar a lesiones pre malignas, carcinoma in situ y cáncer invasivo del cuello uterino. En el caso de los hombres una infección por cepas de VPH de bajo riesgo, puede desarrollar el condiloma acuminado o verruga venérea que transmite a sus parejas sexuales.<sup>23</sup>

Asimismo, la cervicitis fue la lesión cervical que más se asoció al desarrollo del cáncer cervical, que puede encontrarse de forma aguda, aunque lo más frecuente es su evolución hacia la cronicidad, a la cual se le da mucha importancia en la génesis de los cambios epiteliales, que pueden evolucionar hacia la displasia y posteriormente al cáncer cervical.<sup>7</sup>

Mustelie R, Ardines I, García AJ. (Cuba, 2007), en su estudio sobre algunos factores biológicos asociados con la aparición de citologías alteradas, califican como: Sin antecedente de infección de transmisión sexual y con antecedente de infección de transmisión sexual.<sup>10</sup>



#### Conducta Reproductiva:

La conducta reproductiva, se define como las características saludables o de riesgo relacionadas con la capacidad de reproducirse o de tener hijos, que muestran las mujeres durante su etapa reproductiva o edad fértil.

Dentro de la conducta reproductiva, en la presente investigación se estudiarán los siguientes indicadores:

#### Edad del Primer Parto:

El cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo como es la instrumentación y maniobras durante el trabajo y la atención del parto por los desgarros cervicales que pueden producirse y en el puerperio, por ello cuanto menor edad tiene la mujer en su primer parto, mayor es el riesgo de daño, por ello se constituye un factor predisponente del cáncer cervical.<sup>24</sup>

La edad del primer parto o edad materna, según el Ministerio de Salud, se clasifica como: Temprana o precoz, cuando la mujer tiene su primer parto en edad menor de 20 años, Optima o Adecuada, cuando la mujer tiene su primer parto entre 20 años a 35 años de edad, Mayor, cuando tiene su primer hijo en edad mayor de 35 años a más.<sup>25</sup>

#### Aborto:

El aborto, es la interrupción del embarazo antes de las 28 semanas de gestación, periodo en el cual el producto del mismo aún ni es viable. Cuando el aborto es provocado, el cuello uterino se ve sometido a múltiples traumatismos debido a las deficientes condiciones de higiene y a la instrumentación en ese proceso, lo cual constituye un factor predisponente del cáncer cervical por las lesiones o desgarros cervicales que pueden producirse. A la manipulación propia de las maniobras del proceso del aborto, se adicionan también la que se realizan con fines de restituir la anatomía del cuello uterino que ha sufrido lesiones o desgarros cervicales que deben ser suturados oportunamente para contribuir al mantenimiento de los mecanismos de autodepuración del aparato genital, así como prevenir procesos

inflamatorios y malignos del cérvix. Se considerará como forma de medición del aborto, la siguiente: Sin aborto, aborto no provocado o habitual y aborto provocado.<sup>26</sup>

Asimismo, el año 2013 de las 10 primeras causas de morbilidad del servicio de ginecología del hospital Regional de Loreto, las tres primeras corresponden al aborto en un total de 582 casos entre 10 a 64 años de edad, 348 por aborto espontáneo incompleto, 347 por aborto provocado y 90 por amenazas de aborto.<sup>4</sup>

Número de hijos o Paridad:

Se ha encontrado un incremento de carcinoma cervical y de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), en pacientes con gestaciones previas, los cuales consideran que la mujer se inmunodeprime o baja sus defensas inmunológicas en cada embarazo; este déficit inmunológico repetido puede influir en una infección cérvicovaginal, además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto.

Según la OMS, una mujer debe tener máximo tres hijos, cada tres años y hasta los 33 años de edad, clasificando la paridad según el número de hijos que tiene la mujer, como: Nuliparidad, cuando la mujer no ha tenido ningún parto; Multiparidad o elevada, cuando la mujer tiene más de 3 partos.<sup>27</sup>

## **B. CÁNCER CERVICOUTERINO**

El cáncer cérvicouterino, comienza en las células (generalmente en las escamosas) de la superficie del cuello uterino (parte inferior del útero), con el crecimiento o proliferación anormal y desordenada de las mismas evidenciado como un tumor maligno, que desemboca en la parte superior de la vagina, por su característica de invadir (metástasis) los tejidos adyacentes, facilitado por los factores propios o dependientes del huésped. Su desarrollo generalmente es muy lento, comienza como una afección precancerosa llamada displasia detectado por medio de una citología vaginal, y pueden pasar años para que se convierta en cáncer.<sup>28</sup>

Existen principalmente dos tipos de cáncer de cérvix: carcinoma escamoso en el 85% de los casos y adenocarcinoma en el 15%. Se manifiesta de dos formas según su sintomatología: cáncer cérvicouterino no-agresivo, cuando las células anormales se limitan o se ubican solamente en la superficie del cérvix, y el cáncer cérvicouterino agresivo, cuando las células anormales se encuentran más profundamente en el cérvix o se han extendido más allá del cérvix a otros órganos o tejidos.<sup>22</sup>

La Organización Panamericana de la Salud, estima que los patrones de mortalidad por cáncer cérvicouterino en todo el mundo son de 16 a 17 millones de personas. En América Latina y el Caribe, el cáncer cérvicouterino constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de 15 a 65 años, con 5 a 6 defunciones por cada 100 000 mujeres y una morbilidad de 6 800 casos nuevos cada año; las tasas más bajas corresponden a Estados Unidos y Canadá, las más altas a Perú y Uruguay, en Argentina se producen 130 mil casos nuevos por año, mientras que en Cuba, representa el 10% de todas las causas de cáncer, ocupando el segundo lugar en incidencia y el tercer y quinto lugar de mortalidad cada año.<sup>29</sup>

En el Perú, el cáncer cérvicouterino es predominante en las mujeres, así en la ciudad de Lima, los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho presentaron una tendencia creciente en el número de casos de 27,3% el año 2007 a 42,9% el año 2009, pero en el año 2010 registran un descenso a 32,5%; mientras que el distrito de Ate sigue presentando un incremento sostenido del número de casos.<sup>30</sup>

Los estadios del cáncer cérvicouterino, según su diseminación dentro del cuello uterino o hacia otras partes del cuerpo, determinado mediante la evaluación clínica propuesto por el Sistema de Estadificación FIGO (2009), son:

a) Estadio 0 o carcinoma in situ: que presenta células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino.

- b) Estadio I (T1): el cáncer se encuentra solamente en el tejido del cuello uterino, en forma de dos estadios según la cantidad de tejido canceroso que se encuentre.
- Estadio IA (T1a), se limita al cáncer invasor que solo se puede identificar microscópicamente en la patología. Según el tamaño del tumor, se denomina: IA1 (T1a1), si la invasión medida del estroma es menor o igual a 3.00 mm de profundidad y la extensión horizontal es menor o igual a 7.00 mm; y IA2 (T1a2), si mide más de 3 a 5.00 mm de profundidad y la extensión horizontal es menor o igual a 7.00 mm.
  - Estadio IB (T1b), cuando la lesión es clínicamente visible confinada al cérvix (se ve sin microscopio). Se denomina como: IB1 (T1b1), si la lesión visible es menor o igual a 4.00 cm de profundidad y más de 7 mm de ancho; y IB2 (T1b2), si mide más de 4.00 centímetros y más de 7 mm de ancho.
- c) Estadio II (T2): el tumor se disemina o invade más allá del útero, pero no llega a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina. Se divide en dos estadios según la distancia a la que se disemina, como:
- IIA (T2a), sin invasión del parametrio.
  - IIB (T2b), con invasión del parametrio es decir hasta los tejidos que rodean el útero.
- d) Estadio III (T3): el tumor se disemina o extiende a la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina, incluso causando hidronefrosis o mala función del riñón. Según la distancia que se disemina el tumor, tiene dos estadios:
- IIIA (T3a), si el tumor compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
  - IIIB (T3b), si el tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o mala función del riñón por estar suficientemente grande como para bloquear los uréteres haciendo que el riñón se agrande o deje de funcionar.
- e) Estadio IV (T4): el cáncer se disemina hasta la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo. Se divide en dos estadios, según el lugar donde se encuentre el cáncer:

- IVA (T4a), si el tumor se disemina o invade la mucosa de la vejiga o el recto, y/o se extiende más allá de la pelvis menor. La presencia de edema bullar no es suficiente para clasificar un tumor como T4.
- IVB (T4b), cuando la metástasis es a distancia, porque el cáncer se disemina a otras partes como el hígado, los intestinos, los pulmones, los huesos o los ganglios linfáticos distantes.

El cáncer cérvicouterino, tiene un inicio silencioso porque empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan las células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales precursoras del cáncer, que no causan molestias, que solo es posible detectarlas si se realiza la citología de manera oportuna. Estas lesiones no necesariamente evolucionan a cáncer. Los factores de riesgo para tener cáncer cérvicouterino son: Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, infección por virus del papiloma humano, mujeres de 25 a 64 años de edad, múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer) y antecedentes de haber padecido enfermedades de transmisión sexual.<sup>31</sup>

### **C. TEORÍAS SOBRE EL CÁNCER CÉRVICOUTERINO**

La necesidad de saber por qué ocurre la enfermedad sigue siendo una gran incógnita, sin embargo se han planteado algunas teorías que intentan explicarlo. Así tenemos:

- a) Teoría del virus Cancerígeno: propuesto por el estadounidense Peyton Rous en 1911 al descubrir un virus asociado al cáncer en pollos, es la más antigua y aún está en vigencia, pues actualmente se conoce que los virus de las hepatitis B y C pueden causar tumores en el hígado, así como se conoce que ciertas cepas del virus del papiloma humano producen cáncer de cuello uterino, que el virus HTLV-1 familia del VIH está vinculado a las leucemias y el virus Epstein-Barrestaría asociado a ciertas formas de linfomas y/o leucemias. Rous tenía razón y fue reconocido en 1966 con el Premio Nobel de Medicina.

- b) Teoría del Oncogén: propuesto por los estadounidenses Robert Huebner y George Todaro en 1969, postulando que había un gen en el organismo que se podía activar por los rayos X o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable del cáncer cérvicouterino. Además, se ha descubierto que hay formas mutadas de genes que pueden inducir el cambio de células normales en células cancerosas y desde 1984 surge la teoría de la existencia de los denominados genes supresores de tumor, encargados de frenar el proceso de descontrol, que si fallan, pueden dejar que el cáncer avance.
- c) Teoría Génica: surgido en la década de los noventa, postula que se produce una cascada de eventos que combinan mutaciones de ciertos genes y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores, y esa combinación trágica puede ser activada por virus, químicos, tabaco, dietas con grasas en exceso, radiación ultravioleta, y otros agentes que actuarían de la misma manera, sobre el código genético dañando algunos genes en el ADN genómico. Es decir, que para que se den las condiciones de que las células se reproduzcan y se vuelvan cancerosas hace falta ayuda del microambiente.
- d) Teoría de la Inflamación: donde tiene un papel protagónico el sistema inmune que defiende contra bacterias o virus, al generar una respuesta en forma de inflamación que puede favorecer o impedir el crecimiento de un tumor. Por ejemplo, el virus por papiloma humano puede producir inflamación crónica del cuello uterino y desencadenar en cáncer cérvicouterino.<sup>32</sup>

## 2. DEFINICIONES OPERACIONALES

### 2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE (X):

**CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA:** referida a la diversidad de la expresión de la sexualidad determinada por la interacción de factores relacionados con la atracción sexual y el coito, y a las características relativas a la capacidad de reproducirse o de tener hijos, que muestran las mujeres en estudio, registrados en la historia clínica. Fue medido mediante los siguientes indicadores:

a) Edad de inicio de relaciones sexuales o Sexarquia: como

- Sexarquia Precoz: cuando registró inicio de relaciones sexuales entre 10 y 19 años.
- Sexarquia Adecuada: cuando registró inicio de relaciones sexuales entre 20 y 24 años.
- Sexarquia Tardía: cuando registró inicio de relaciones sexuales de 25 a más años.

b) Número de Parejas Sexuales:

- Mono Pareja: si registra haber tenido 1 pareja
- Múltiples Parejas: si registra haber tenido de 2 a más parejas

c) Infección de Transmisión Sexual:

- Sin Antecedente: cuando la historia clínica no registra referencia de la paciente de haber sufrido alguna infección de transmisión sexual o genital.
- Con Antecedente: cuando la historia clínica registra que la mujer tuvo o tiene alguna infección de transmisión sexual (virus papiloma humano, cervicitis, verruga venérea, VIH, herpes simple tipo II o virus del herpes genital, venéreas en general)

d) Edad del Primer Parto:

- Temprana o Precoz: si tuvo su primer hijo en edad menor de 20 años
- Optima o Adecuada: si tuvo su primer hijo entre 20 años a 35 años de edad
- Mayor o Tardía: si tuvo su primer hijo en edad mayor de 35 años

e) Número de hijos o Paridad:

- Nuliparidad: cuando la mujer no ha tenido ningún parto
- Multiparidad: cuando la mujer tiene o ha tenido más de 3 partos

f) Aborto:

- Sin aborto: cuando la mujer registra no haber perdido un embarazo
- Aborto no provocado: cuando la mujer registra uno o más abortos habituales o por causa natural.
- Aborto provocado: cuando la mujer registra uno o más abortos voluntarios.

## 2.2. VARIABLE DEPENDIENTE (Y):

**CÁNCER CÉRVICOUTERINO:** referido al crecimiento o proliferación anormal y desordenada de las células de la superficie del cuello uterino, evidenciado como un tumor maligno, con características invasivas (metástasis) hacia los tejidos adyacentes, diagnosticado como cáncer cérvicouterino y registrado en la historia clínica respectiva de la mujer en estudio. Fue medido como:

- a) Estadio 0 o Carcinoma in situ: cuando se evidenció así en el diagnóstico médico registrado en la historia clínica de la mujer en estudio.
- b) Estadio I: cuando se evidenció así en el diagnóstico médico registrado en la historia clínica de la mujer en estudio.
- c) Estadio II: cuando se evidenció así en el diagnóstico médico registrado en la historia clínica de la mujer en estudio.
- d) Estadio III: cuando se evidenció así en el diagnóstico médico registrado en la historia clínica de la mujer en estudio.
- e) Estadio IV: cuando se evidenció así en el diagnóstico médico registrado en la historia clínica de la mujer en estudio.



## **2.3. HIPÓTESIS**

### **HIPOTESIS GENERAL:**

Existe relación estadística entre la conducta sexual/reproductiva y cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013 en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.

### **HIPOTESIS ESPECÍFICAS:**

1. Existe relación estadística entre conducta sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infección de transmisión sexual) y Cáncer cérvico-uterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.
2. Existe relación estadística entre conducta reproductiva (edad del primer parto, número de hijos o paridad, aborto) y Cáncer cérvico-uterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

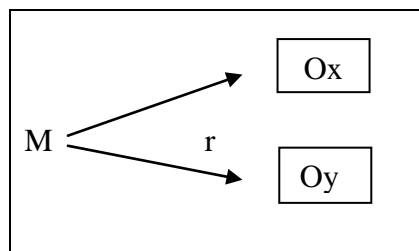
#### 1. Método y Diseño de Investigación

Método:

Se utilizó el método cuantitativo, para determinar si existe asociación entre las variables en estudio, para lo cual se cuenta con un marco teórico de respaldo a las variables, instrumentos estructurados para el procedimiento de recolección sistemática de la información en forma numérica que fue procesada utilizando pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, para contrastar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.

Diseño:

Se utilizará el diseño no experimental, correlacional y retrospectivo. No experimental, porque permitirá estudiar las variables tal y como se presentan en su contexto natural, sin introducir ningún elemento o hacer variar intencionalmente los factores biosociodemográficos asociados al cáncer cérvico-uterino; Correlacional, porque permitirá asociar las variables factores biosociodemográficos y cáncer cérvico-uterino; y Retrospectivo porque la información o datos se recolectará tomando como referencia los diagnósticos de cáncer cérvico-uterino registrados en la historia clínica los años 2012 - 2013, de las mujeres, atendidas en el servicio de ginecología del HRL. El diagrama del diseño, es el siguiente:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Indica la relación entre las variables de estudio.

## **2. Población y Muestra**

Población:

La población en estudio estuvo constituida por todas las mujeres con diagnóstico de cáncer cérvicouterino, registradas en las historias clínicas y que han sido atendidas u hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, los años 2012 y 2013, en un total de 113 pacientes.

Muestra:

- a) Tamaño de la muestra: La muestra estuvo constituida por el 100% de la población, es decir las 113 mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, los años 2012 y 2013.
- b) Tipo de muestreo: Se utilizó el muestreo por conveniencia dada la cantidad de la muestra y la especificidad del diagnóstico que nos interesa estudiar, se tomó el 100% de la muestra.
- c) Criterios de inclusión: formaron partedela muestra.
  - Todas las pacientes con diagnóstico médico de cáncer cérvicouterino, registradas en historias clínicas del Hospital Regional de Loreto
  - Todas las pacientes cuyo diagnóstico se haya registrado en las historias clínicas los años 2012 y 2013.

### **3. Técnicas e Instrumentos**

Técnica:

Se empleó la técnica de registro o cotejo de información, a través de la historia clínica, mediante la cual se obtuvo la información requerida sobre las variables en estudio: conducta sexual/conducta reproductiva y cáncer cérvicouterino.

Instrumento:

- Ficha de Registro de Conducta sexual/reproductiva y cáncer cérvicouterino: instrumento que fue elaborado por las investigadoras en base a las variables en estudio. Comprende dos dimensiones: la primera sobre conducta sexual y reproductiva que contiene 6 indicadores (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infección de transmisión sexual, edad del primer parto, número de hijos y aborto) y la segunda sobre cáncer cérvicouterino, para el registro de éste diagnóstico de la historia clínica en sus diferentes estadios.

Validez y Confiabilidad:

Por otro lado, no fue necesario comprobar la validez y confiabilidad del instrumento ni utilizar el consentimiento informado, debido a que se trató de una información registrada en un documento formal como es la historia clínica, ubicada en la unidad de estadística del Hospital Regional de Loreto, cuya autorización de uso se solicitó oportunamente en la instancia pertinente.

### **4. Procedimiento de recolección de datos:**

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección de datos a la Dirección Regional de Salud del MINSA, a través de la Decanatura de la facultad de enfermería de la UNAP.
- b) Se coordinó con el jefe de la Unidad de Estadística del HRL, para la facilitación del uso de las historias clínicas existentes en ese lugar, sobre la

necesidad de un ambiente de trabajo, el horario y tiempo de duración de la recolección de los datos de investigación.

- c) Se contó con un listado de las 113 historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de Cáncer cérvico-uterino atendidos, para su revisión teniendo en cuenta los principios éticos y bioéticos.
- d) La recolección de datos se realizó en un periodo de 12 días bajo responsabilidad exclusiva de las investigadoras, vistiendo el uniforme de salud pública.
- e) La aplicación de los instrumentos, se realizó en el horario preestablecido por la unidad de estadística del HRL de 12:30 a 14:00 horas.

## **5. Análisis de datos**

En el procesamiento de la información, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows XP en español y la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes para el análisis univariado y bivariado, empleando además para el análisis bivariado la estadística inferencial mediante la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi –cuadrada ( $\chi^2$ ) para determinar la asociación entre las variables en estudio.

El nivel de confianza para la prueba fue del 95% con un nivel de error  $\alpha = 0,05$  y la probabilidad de significancia menor de 0,05 ( $p < 0,05$ ) para aceptar la hipótesis planteada en la investigación.

## **6. Limitaciones**

Consideramos una limitación a los aspectos administrativos (trámite que se exige seguir y el cobro para la recolección de datos en el Hospital Regional de Loreto), además de la restricción del horario disponible y autorizado por ellos mismos para la recolección de datos en el tiempo cronogramado.

## **7. Protección de los Derechos Humanos:**

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos de los sujetos participantes en el estudio, fueron manejados de la siguiente manera:

- Los instrumentos fueron anonimizados, para no dañar la integridad física, emocional o moral del sujeto de estudio.
- Se respetó y protegió la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras y para lograr los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

## CAPITULO IV

### 1. RESULTADOS

#### A. ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA 1. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN MUJERES ATENDIDAS, LOS AÑOS 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETOPUNCHANA, 2014

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Nº	%
- De 10 a 19 años	57	<b>50,4</b>
- De 20 a 59 años	56	49,6
- De 60 a más años	0	0,0
Total	113	100,0

$$\bar{X} \pm S: 19.24 \pm 4.60$$

En la tabla 1 sobre el análisis de la variable independiente que identificó al indicador Edad de inicio de relaciones sexuales, en 113 mujeres atendidas en los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto, distrito de Punchana, se observa que: del 100% de mujeres el 50,4% presenta inicio de relaciones sexuales entre 10 y 19 años y 49,6% presenta inicio de relaciones sexuales entre 20 y 59 años, asimismo no se encontró datos de mujeres que iniciaran su relación sexual entre 60 a más años; siendo la edad promedio de inicio de relaciones sexuales de las mujeres en estudio de 19,24 años, con una desviación típica de  $\pm 4,60$  años.

TABLA 2  
 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES, DE MUJERES ATENDIDAS, LOS AÑOS  
 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PUNCHANA, 2014

Número de Parejas Sexuales	Nº	%
- Monopareja	32	28,3
- Multipareja	81	<b>71,7</b>
Total	113	100,0

En la tabla 2, sobre el análisis de la variable independiente que identificó al indicador Número de parejas sexuales en mujeres atendidas los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto, del distrito de Punchana, muestra que: del 100% de mujeres, 71,7% tuvieron multipareja sexual y solo 28,3% estuvieron con una sola pareja sexual.



TABLA 3  
 INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL, EN MUJERES ATENDIDAS, AÑOS  
 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PUNCHANA, 2014

Infección de Transmisión Sexual	N°	%
- Sin antecedentes	46	40,7
- Con antecedentes	67	<b>59,3</b>
Total	113	100,0

La tabla 3, sobre el análisis de la variable independiente que identificó al indicador Infección de Transmisión Sexual (ITS) en 113 mujeres atendidas los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana, muestra que: del 100% de las mujeres, se encontró 59,3% con antecedentes de ITS y 40,7% sin antecedentes de ITS.

TABLA 4  
 EDAD DEL PRIMER PARTO, EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-  
 2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PUNCHANA, 2014

Edad del Primer Parto	N°	%
- Menor de 20 años	90	<b>79,6</b>
- De 20 a 35 años	23	20,4
Total	113	100,0

$$\bar{X} \pm S: 17,34 \pm 3.40$$

La tabla 4, con respecto al análisis de la variable independiente que identificó al indicador Edad del primer parto, en 113 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana en los años 2012 y 2013, muestra que: del 100% de mujeres, 79,6% tienen su primer parto en edad menor de 20 años y 20,4% tienen entre 20 a 35 años de edad; siendo la edad promedio del primer parto de 17,32 años, con una desviación típica de  $\pm 3,40$  años.

TABLA 5  
 NÚMERO DE HIJOS O PARIDAD, DE MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS  
 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PUNCHANA, 2014

Número de hijos o Paridad	N°	%
- Nulíparas	4	3,5
- Multíparas	109	<b>96,5</b>
Total	113	100,0

La tabla 5, con respecto al análisis de la variable independiente que identificó al indicador Número de hijos o paridad, de las 113 (100%) mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014, muestra que: 96,5% de mujeres son multíparas y 3,5% de ellas son nulíparas.

TABLA 6  
 ABORTO, EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, HOSPITAL  
 REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014

Aborto	Nº	%
- Sin Aborto	39	34,5
- Aborto no provocado	29	25,7
- Aborto provocado	45	<b>39,8</b>
Total	113	100,0

La tabla 6, muestra a las 113 (100%) mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana, a quienes se les estudió con respecto al indicador Tipo de aborto, encontrando que: 39,8% de mujeres presentan aborto provocado, 34,5% sin aborto alguno y 25,7% presentan aborto no provocado.

TABLA 7

DIAGNÓSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS  
 LOS AÑOS 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PUNCHANA,  
 2014

Diagnóstico de CACU	Nº	%
- Grado I	12	10,6
- Grado II	21	18,6
- Grado III	65	<b>57,5</b>
- Grado IV	15	13,3
Total	113	100,0

La tabla 7, sobre el análisis de la variable dependiente Diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino, en 113 (100%) mujeres atendidas los años 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana, muestra que el diagnóstico de cáncer que prevaleció fue el de grado III con 57,5% (65 mujeres), seguido de los grados II con 18,6% (21 mujeres), grado IV con 13,3% (15 mujeres) y el de grado I con 10,6% (12 mujeres) respectivamente.

## B. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 8

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y DIAGNÓSTICO DE  
CANCER CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS  
AÑOS 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014

Edad de inicio de relaciones sexuales	Diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 10 a 19 años	10	8,8	13	11,5	28	24,8	6	5,3
De 20 a 59 años	2	1,8	8	7,1	37	<b>32,7</b>	9	8,0
Total	12	10,6	21	18,6	65	57,5	15	13,3

$$X^2 = 8,362 \quad gl = 3 \quad p = 0,039 \quad (p < 0,05)$$

La tabla 8, sobre el análisis descriptivo entre edad de inicio de relación sexual y diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, Hospital Regional de Loreto, distrito Punchana, muestra que: del 10,6% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado I, 8,8% tienen edad de inicio de relación sexual entre 10 y 19 años y 1,8% entre 20 y 59 años; del 18,6% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino de grado II, 11,5% tienen edad de inicio de relación sexual entre 10 y 19 años y 7,1% entre 20 y 59 años; del 57,5% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino de grado III, 32,7% tienen edad de inicio de relación sexual entre 20 y 59 años y 24,8% entre 10 y 19 años; finalmente del 13,3% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino de grado IV, 8,0% tienen edad de inicio de relación sexual entre 20 y 59 años y 5,3% entre 10 y 19 años.

Al realizar el análisis bivariado para determinar si existe asociación entre edad de inicio de relación sexual y diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino, se aplicó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada, con 95% de nivel de confianza y nivel de significancia de 0,05, cuyos resultados fueron:  $X^2 = 8,362$ ,  $p = 0,039$  ( $p < 0,05$ ), que indica asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, aceptando la hipótesis planteada.

TABLA 9  
 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y DIAGNÓSTICO DE CANCER  
 CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS  
 2012-2013, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014

Número de Parejas Sexuales	Diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Monopareja	8	7,1	6	5,3	16	14,2	2	1,8
Multipareja	4	3,5	15	13,3	49	<b>43,4</b>	13	11,5
Total	12	10,6	21	18,6	65	57,5	15	13,3

$$X^2 = 10,793 \quad gl= 3 \quad p = 0,013 \quad (p < 0,05)$$

La tabla 9, sobre el análisis descriptivo entre número de parejas sexuales y diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino, en 113 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, distrito de Punchana los años 2012-2013, muestra que: del 10,6% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado I, el 7,1% tienen monopareja sexual y 3,5% tienen multipareja en su relación sexual; del 18,6% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado II, un 13,3% tienen multipareja y 5,3% tienen monopareja; del 57,5% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado III, un 43,4% tuvieron multipareja y 14,2% monopareja; del 13,3% de mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado IV, el 11,5% tiene multipareja en sus relaciones sexuales y 1,8% tiene monopareja.

Al realizar el análisis bivariado para determinar si existe asociación entre número de parejas sexuales y diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino, se aplicó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada, con 95% de nivel de confianza y nivel de significancia de 0,05, cuyos resultados fueron:  $X^2 = 10,793$ ,  $p = 0,013$  ( $p < 0,05$ ), que indica asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, aceptando la hipótesis planteada.

**TABLA 10.**  
**INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**  
**CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS EN**  
**LOS AÑOS 2012 Y 2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO -**  
**PUNCHANA, 2014**

Infección de Transmisión Sexual	Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin Antecedente	9	8,0	9	8,0	26	23,0	2	1,8
Con antecedente	3	2,7	12	10,6	39	34,5	13	11,5
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,6</b>	<b>21</b>	<b>18,6</b>	<b>65</b>	<b>57,5</b>	<b>15</b>	<b>13,3</b>

$\chi^2 = 10,557$  gl= 3 p = 0,014 (p < 0,05)

Del análisis descriptivo entre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, Hospital Regional de Loreto, distrito Punchana, se observa lo siguiente: de 12 (10,6%) mujeres con Cáncer Cervicouterino de grado I; 8,0% (9 mujeres) no tuvieron antecedentes sobre infecciones de transmisión sexual y 2,7% (3 mujeres) si tuvieron antecedentes de ITS; así mismo del 18,6% de mujeres con Cáncer Cervicouterino de grado II; 10,6% presentaron antecedentes de ITS y 8,0% no tuvieron antecedentes de ITS; por otro lado de 57,5% de mujeres con Cáncer Cervicouterino de grado III, 34,5% tuvieron antecedentes de ITS y 23,0% de las mujeres presentaron antecedentes de ITS; finalmente del 13,3% de mujeres con Cáncer Cervicouterino de grado IV, 11,5% de las mujeres presentaron antecedentes de ITS y 1,8% no tuvieron antecedentes de ITS.

El análisis bivariado para determinar si existe asociación entre la Infección de Transmisión Sexual y el Cáncer Cervicouterino, se hizo mediante la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada con nivel de significancia de 0,05 y 95% de confianza, cuyos resultados fueron:  $\chi^2 = 10,557$ ; p = 0,014 (p < 0,05) lo que indica asociación estadística entre ambas variables 2014.



**TABLA 11.**  
**EDAD DEL PRIMER PARTO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**  
**CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS**  
**AÑOS 2012 Y 2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL**  
**DE LORETO - PUNCHANA, 2011**

Edad del Primer Parto	Cáncer Cervicouterino							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 años	10	8,8	15	13,3	51	45,1	14	12,4
De 20 a 35 años	2	1,8	6	5,3	14	12,4	1	0,9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,6</b>	<b>21</b>	<b>18,6</b>	<b>65</b>	<b>57,5</b>	<b>15</b>	<b>13,3</b>

$X^2 = 2,765$      $gl= 3$      $p = 0,429$     ( $p > 0,05$ )

La tabla N° 11 sobre el análisis entre la edad del primer parto y el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en 113 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana los años 2012-2013, muestra que: del 10,6% de mujeres con Cáncer Cervicouterino grado I; 8,8% tuvieron su primer parto menor de 20 años y 1,8% de 20 a 25 años de edad; por otro lado de 18,6% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado II, 13,3% tuvieron su primer parto cuando fueron menores de 20 años y 5,3% cuando tenían de 20 a 25 años de edad; de la misma manera de 57,5% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado III, 45,1% tuvieron su primer parto cuando eran menores de 20 años y 12,4% cuando tenían de 20 a 35 años de edad y por último de 13,3% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado IV, 12,4% mujeres tuvieron su primer parto cuando tenían menos de 20 años y 0,9% cuando tenían de 20 a 35 años de edad.

Al realizar el análisis bivariado para determinar la asociación entre la edad del primer parto y el Cáncer Cervicouterino, se aplicó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada con 95% de nivel de confianza y nivel de significancia 0,05, donde los resultados fueron:  $X^2 = 2,765$ ,  $p = 0,429$  ( $p > 0,05$ ) lo que indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, no aceptándose la hipótesis planteada

**TABLA 12.**  
**PARIDAD Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN**  
**MUJERES ATENDIDAS EN LOS AÑOS 2012 Y 2013, EN EL HOSPITAL**  
**REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2011**

Hijos/paridad	Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Nuliparidad</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>2</b>	<b>1,8</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>
<b>Multiparidad</b>	<b>12</b>	<b>10,6</b>	<b>20</b>	<b>17,7</b>	<b>63</b>	<b>55,8</b>	<b>14</b>	<b>12,4</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,6</b>	<b>21</b>	<b>18,6</b>	<b>65</b>	<b>57,5</b>	<b>15</b>	<b>13,3</b>

$X^2 = 1,003$  gl= 3 p = 0,801 (p > 0,05)

Del análisis entre la paridad y el Cáncer Cervicouterino en las 113 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana en los años 2012-2013, se observa lo siguiente: el 10,6% de mujeres con Cáncer Cervicouterino grado I, fueron multíparas y no hubieron mujeres nulíparas; por otro lado de 18,6% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado II, 17,7% mujeres fueron multíparas y 0,9% nulípara; de la misma manera de 57,5% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado III, 55,8% fueron multíparas y 1,8% nulíparas y por último de 13,3% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado IV, 12,4% mujeres fueron multíparas y 1,8% nulíparas.

El análisis bivariado que evaluó la asociación entre la paridad y el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, se llevó a cabo con la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada con nivel confianza del 95% y nivel de significancia de 0,05, con resultados de:  $X^2 = 1,003$ , p = 0,801 (p > 0.05) lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables estudiadas no aceptándose la hipótesis planteada

**TABLA 13.**  
**ABORTO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN**  
**MUJERES ATENDIDAS EN LOS AÑOS 2012 Y 2013, EN EL HOSPITAL**  
**REGIONAL DE LORETO. PUNCHANA, 2014**

Aborto	Diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sin aborto</b>	7	6,2	13	11,5	15	13,3	4	3,5
<b>Aborto no provocado</b>	3	2,7	5	4,4	20	17,7	1	0,9
<b>Aborto provocado</b>	2	1,8	3	2,7	30	26,5	10	8,8
<b>Total</b>	12	10,6	21	18,6	65	57,5	15	13,3

$\chi^2 = 20,492$  gl= 6 p = 0,002 (p < 0,05)

Del análisis descriptivo entre el aborto y el Cáncer Cervicouterino en las 113 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto del distrito de Punchana de los años 2012-2013, se observa lo siguiente: de 10,6% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado I; 6,2% no presentaron aborto, 2,7% tuvieron aborto no provocado y 1,8% aborto provocado; por otro lado de 18,6% con Cáncer Cervicouterino grado II; 11,5% no tuvieron aborto, 4,4% aborto no provocado y 2,7% aborto provocado; de la misma manera de 57,5% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado III, 26,5% tuvieron aborto provocado, 17,7% aborto no provocado y 13,3% sin abortoy por último del 13,3% mujeres con Cáncer Cervicouterino grado IV, 8,8% tuvieron aborto provocado, 3,5% sin aborto y 0,9% aborto no provocado.

El análisis bivariado para determinar si existe asociación entre aborto y el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, se hizo mediante la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada con nivel confianza del 95% y nivel de significancia de 0,05, cuyos resultados fueron:  $\chi^2 = 20,492$ , p = 0,002 (p < 0.05). Lo que indica asociación estadísticamente significativa entre ambas variable, quedando demostrada la hipótesis planteada en la investigación.

## 2. DISCUSIÓN

Al asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvicouterino, encontramos que existe relación estadística significativa, entre:

- Edad de inicio de relación sexual y diagnóstico de cáncer cérvicouterino ( $p = 0,039$ ;  $p < 0,05$ ), obteniendo que del 51,7% de mujeres con cáncer cérvicouterino grado III, 32,7% tienen inicio de relación sexual entre 20 y 59 años. Este resultado no coincide con ninguno de los antecedentes revisados, en consecuencia lo consideramos como un nuevo aporte científico; pues Garcés MS. (Cuba, 2007), al estudiar el comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino, encontró que 53,5% inició relación sexual entre 15 y 19 años; asimismo no coincide con Tamayo T, Varona J. (Cuba, 2007), quienes en un estudio realizado encontraron que 88,6% presenta sexarquia o inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años. Como investigadoras creemos que éste resultado es muy valioso y que merece una mayor investigación toda vez que se sale del parámetro general de que el CaCu se relaciona o asocia al comienzo temprano de las relaciones sexuales, pues puede ser un indicio del cambio de comportamiento de algunos factores de riesgo para ésta patología en las mujeres.
- Número de parejas sexuales y Cáncer Cervicouterino ( $p = 0,013$ ;  $p < 0,05$ ), obteniendo que del 57,5% de mujeres con Cáncer Cervicouterino grado III, un 43,4% tuvieron Multipareja y 14,2% Monopareja. Este resultado es similar a lo encontrado por Garcés MS. (Cuba, 2007), en un estudio sobre el comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino, donde respecto al número de parejas sexuales, 30% tiene promiscuidad sexual, 48,8% tuvo de dos a cuatro parejas y 32,4% de cinco a más parejas; también es compatible con lo encontrado por Tamayo T, Varona J. (Cuba, 2007), en un estudio realizado sobre infección por papiloma virus humano y patología de cuello uterino, donde 72,9% ha tenido dos o más parejas sexuales. Respecto a éste resultado, Como investigadoras creemos que éste resultado es muy valioso puesto que el número de parejas sexuales al influir en el cáncer Cérvicouterino merece que se profundice en un estudio de caso y control en la región para que se tenga en valor el riesgo de las mujeres promiscuas, dado

que está demostrado que el papiloma humano es transmitido por el hombre y al tener múltiples parejas se encuentran en mayor riesgo de contraer el citado cáncer.

- Infección de Transmisión Sexual y Cáncer Cérvicouterino ( $p = 0,014$ ;  $p < 0,05$ ), obteniendo que de 57,5% mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado III, 34,5% tienen antecedentes de ITS. Este resultado es similar a lo encontrado por Santos C. (Perú, 2007), en un estudio sobre el comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer Cérvicouterino, en el que encontró que 99,7% de casos de VPH por infección de transmisión sexual produce lesiones en el útero o matriz.). Así mismo lo encontrado es similar a lo corroborado por Martínez V, Torrientes B. (Cuba, 2007), que señala las enfermedades presuntamente por ITS se encuentran asociadas al cáncer cervical. La neoplasia Cérvicouterino es considerada como el resultado final de la acción de varios factores, donde la infección de transmisión sexual, desempeña un papel muy especial.
- Aborto y Cáncer Cérvicouterino ( $p = 0,002$ ;  $p < 0,05$ ), obteniéndose que de 57,5% mujeres con Cáncer Cérvicouterino grado III, 34,5% tuvieron aborto provocado. Este resultado no se encontraron estudios de esta variable con el cáncer Cérvicouterino pero se puede corroborar que la manipulación propia de las maniobras del proceso del aborto destruyen el cuello uterino dado que ha sufrido lesiones o desgarros cervicales los mismos que deben ser suturados oportunamente para contribuir al mantenimiento de los mecanismos de autodepuración del aparato genital y de no hacerlo queda expuesto a tener procesos inflamatorios y malignos del cérvix tal como se determina en este estudio que el mayor porcentaje de mujeres con cáncer de grado III tuvieron aborto provocado. Asimismo, el año 2013 de las 10 primeras causas de morbilidad del servicio de ginecología del hospital Regional de Loreto, las tres primeras corresponden al aborto en un total de 582 casos entre 10 a 64 años de edad<sup>347</sup> por fueron por causa de aborto provocado.

### 3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados y resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que:

asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvicouterino

1. La conducta sexual y reproductiva más relevante que presentan las mujeres estudiadas, son: 50,4% tienen edad de inicio de relación sexual entre 10 y 19 años; 71,7% tienen número de parejas sexuales como multipareja, 59,3% tienen antecedentes de Infección de Transmisión Sexual; 79,6% fueron menores de 20 años de edad en su primer parto, 96,5% en cuanto al número de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado.
2. Respecto al diagnóstico de cáncer cérvicouterino, el 57,5% presentan cáncer cervicouterino de grado III.
3. Al asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvicouterino, se obtuvo que:
  - Existe relación estadística significativa del cáncer cérvicouterino y: la edad de inicio de relaciones sexuales ( $p = 0,039$ ;  $p < 0,05$ ), número de parejas sexuales ( $p = 0,013$ ;  $p < 0,05$ ), Infección de Transmisión Sexual ( $p = 0,014$ ;  $p < 0,05$ ) y aborto ( $p = 0,02$ ;  $p < 0,05$ ).
  - No existe relación estadística significativa entre el cáncer cervicouterino y: Edad del primer parto ( $p = 0,429$ ;  $p > 0,05$ ) y Paridad ( $p = 0,801$ ;  $p > 0,05$ ).

#### **4. RECOMENDACIONES**

En base a los hallazgos obtenidos del presente estudio de investigación, es necesario realizar las siguientes recomendaciones:

1. A la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana del Oriente y de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, para incorporar dentro de sus actividades de proyección social campañas de salud donde docentes y estudiantes realicen sesiones educativas a la población, sobre el cáncer cervical y lo importante que es hacer la prueba de Papanicolaou, para concientizar a las mujeres de nuestra población sobre su uso preventivo.
2. A los egresados de la Facultad de Enfermería y otras Facultades de ciencias de la salud de la Universidad Peruana del Oriente y de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, y otras universidades: A realizar investigaciones no solo en las universidades sino en los profesionales de salud, en institutos o centros de trabajos con diferentes enfoques de estudio.
3. A los investigadores e instituciones de investigación de la Región Loreto, interesados en el tema, realizar estudios similares pero con diferentes variables para poder confrontar los hallazgos de esta investigación a nivel local, nacional e internacional.
4. A la Dirección Regional de Salud - Loreto, en coordinación con la Dirección Regional de Educación - Loreto continuar realizando actividades preventivo promoción – promocionales: Como aplicarse la vacuna del VPH, talleres en beneficio de la/los adolescentes, ferias de salud lo que permitirá ampliar la información en relación al uso de preservativo y realizar actividades preventivas en zonas periféricas donde la población tenga dificultad para acceder a un Centro de Salud.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información sobre HPV y Cáncer Cervical en las Américas. EE.UU. 2007. Disponible en: [www.who.int/hpvcentre](http://www.who.int/hpvcentre)
2. Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cérvicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC, EE.UU. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
3. MINSA-HRL. Plan Estratégico Institucional - PEI 2010 – 2015. Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias. Pág. 34.
4. MINSA. DIRESA-Loreto. 10 primeras causas de morbilidad en el servicio de ginecología. Unidad de Estadística. Iquitos, Perú. 2013.
5. Sarricolea P, Aravena HR. Implicaciones para la prevención del *cáncer de cérvix*. Chile. 2011. Disponible en: [encuentrobarcelona2010.files.wordpress.com/.../socializar conocimientos.pdf](http://encuentrobarcelona2010.files.wordpress.com/.../socializar conocimientos.pdf)
6. Stuardo V. Asociación entre la infección por VIH y el virus del papiloma humano: implicaciones para la prevención del cáncer de cérvix en mujeres VIH positivas. España. 2011.
7. Vázquez A, González JC, Chávez F, de la C, Almirall AM, Valdés R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. RevCub de Obstetricia y Ginecología. V.34 n.2. versión On-line ISSN 1561-3062. La Habana, Cuba. 2008.
8. Garcés MS. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino. Policlínica Universitaria Mario Gutiérrez Ardaya. 2010;14(1). Disponible en: [ww.cocmed.sld.cu/no141/pdf/no141 ori01.pdf](http://ww.cocmed.sld.cu/no141/pdf/no141 ori01.pdf)
9. Salas I, Villalobos EA, Ramírez BL. Prevalencia de displasia y cáncer cérvicouterino y factores asociados. Hospital Central de Chihuahua. [2006-01-01]. México. 2007.
10. Mustelier R, Ardines I, Jorge Á. Algunos factores biológicos asociados con la aparición de citologías alteradas. Rev Cubana ObstetGinecol.v.25 n.1. ISSN 1561-3062. Cuba. 2007. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1999000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1999000100003&script=sci_arttext)
11. Lizano M. factores asociados al cáncer cérvicouterino. Instituto de Investigaciones. Universidad Nacional de México. Disponible en: <http://ciencias.jornada.com.mx/noticias/cancer-cervico-uterino-y-vacuna-contra-el-papiloma>



12. Tamayo T, Varona J. Infección por papiloma virus humano en adolescentes. RevCubObstetGinecol. ISSN 0138-600X. 2006;32(2) [citado 26 Nov 2007]. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000200012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200012&lng=es&nrm=iso)>.
13. Rombaldi RL, Serafini EP, Villa LL, Vanni AC, Baréa F, Frassini R, et al. Infección con virus papiloma humano de parejas sexuales de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical. Med Biol. Res. 2006;9(2):177-87. Brasil.
14. Santos C. Virus del papiloma humano y cáncer del cuello uterino en el Perú. Rev Per GinecolObstet. 2007; 53(2):98-100.
15. Valderrama M, Campos FE, Cárcamo CP, García PJ. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en estudiantes de Lima. UnivPeruCayetHered. v.24. n°3. ISSN 1726-4634. Perú. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1726-4634&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_serial&pid=1726-4634&lng=es&nrm=iso)
16. Dirección Regional de Salud La Libertad. Plan Estratégico 2007-2011. [Serie en Internet] 2007. Disponible en: <http://www.diresalalibertad.gob.pe/docweb/PlanEstrategico.pdf>
17. Carranza V, Nacimiento F, Vásquez C. Factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, 2014. Tesis de Licenciatura. UNAP. Facultad de Enfermería. Iquitos, Perú. 2014.
18. Dumet P. Sexualidad Humana. Consultor en salud reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Ecuador. 2008.
19. Cerruti S. Sexualidad Humana. 4° Edición. OPS. Montevideo, Uruguay. 2007.
20. Cortez R. Factores demográficos. [Serie en Internet] [11 Octubre, 2010]. Disponible en: <http://www.monogrsfias.com/trabajo30/entorno-mercado-tecnia/entorno-mercado-tecnia.shtml>
21. Martínez V, Torrientes B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana ObstetrGinecol. 2006;328(1). [citado 26 Nov 2007]. Cuba. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0138-600X.

22. DMEDICINA. Cáncer de cuello uterino. Unidad Editorial. Madrid, España. 2009. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-cuello-utero>
23. Jastreboff AM, Cymet T. Papel del virus papiloma humano en el desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial. Tesis de Postgrado de Medicina. 2007; 78(918): 225-28.
24. Román L, Erice AI, Ulloa V. Afecciones ginecológicas más frecuentes. 1° Edic. Editorial Ciencias Médicas. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. La Habana, Cuba. 2007. p. 763-82.
25. MINSA. Etapas de vida para determinar riesgo familiar. Lima, Perú. 2010. p. 9:64. Disponible en: [plan\\_13296\\_PEI\\_2012.pdf](#)
26. Rigol RO. Afecciones benignas del útero. Editorial Ciencias Médicas. Rev. Obstetricia y Ginecología. La Habana, Cuba. 2008. p. 289-95.
27. MINSA. Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva. 2010.
28. Zieve D, Eltz D, Slon S, Wang N. Cáncer cervical. Hospital General de Massachusetts. EE.UU. 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>
29. Gotuzzo E. Cáncer de cuello uterino. [06 de junio, 2009]. Lima, Perú. 2009. Disponible en: <http://www.ceprecyt.org/entrevistas/eduardoGotuzzo.htm>
30. Centro de Investigación en Cáncer “Maes-Heller”. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1990- 1993. Vol II 1998. pp: 29-30.
31. MINSA. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Cáncer de cuello uterino. Guía de práctica clínica. Lima, Perú. 2011. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_técnicas/2011/03022011\\_RJ\\_011\\_2011OAKEY](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_técnicas/2011/03022011_RJ_011_2011OAKEY).
32. Román V. Cinco teorías explicativas del por qué una persona enferma de cáncer. Biblioteca digital. Grupo Clarin. Julio 2007. Argentina. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2007/07/14/sociedad/s-05601.htm>

# **ANEXOS**

**Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cérvicouterino, en mujeres  
atendidas entre 2012-2013 en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014.**

**ANEXO N° 01**

**FICHA DE REGISTRO DE CONDUCTA SEXUAL/REPRODUCTIVA Y CÁNCER  
CERVICOUTERINO**

**I. PRESENTACION:**

Este instrumento, forma parte de un proyecto de investigación orientado a determinar la asociación entre Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013 en el Hospital Regional de Loreto, para consignar toda la información referente a las variables de estudio, a través de las historias clínicas, previa autorización del director de la indicada institución de salud.

**II. CONTENIDO:**

<b>I. INFORMACION GENERAL:</b>			
1. FECHA: ...../...../.....			
2. N° DE HISTORIA CLINICA: .....			
<b>II. CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCT.</b>		<b>MEDICION</b>	
1. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEX.	a) De 10 a 19 años	( )	
	b) De 20 a 59 años	( )	
	c) De 60 años a más	( )	
2. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	a) Una pareja	( )	
	b) De 2 a 4 parejas	( )	
	c) De 5 a más parejas	( )	
3. INFECCIÓN DE TRANSMISION SEXUAL	a) Sin antecedente	( )	
	b) Con antecedente	( )	
4. EDAD DEL PRIMER PARTO	a) Menor de 20 años	( )	
	b) De 20 a 35 años	( )	
	c) Mayor de 35 años	( )	
5. NUMERO DE HIJOS O PARIDAD	a) De 0 partos	( )	
	b) Más de 3 partos	( )	
6. ABORTO	a) Sin aborto	( )	
	b) Aborto no provocado	( )	
	c) Aborto provocado	( )	
<b>III. CÁNCER CÉRVICO-UTERINO:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FECHA DE DX</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Cáncer Cérvico-uterino, Grado I			
2. Cáncer Cérvico-uterino, Grado II			
3. Cáncer Cérvico-uterino, Grado III			
4. Cáncer Cérvico-uterino, Grado IV			

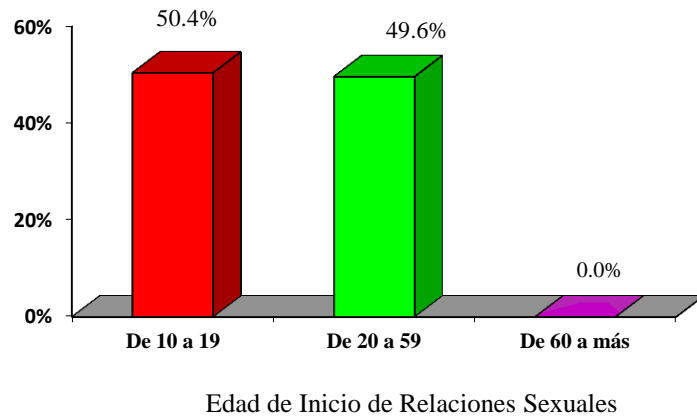


<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p>	<p>CÁNCER CÉRVICOUTERINO: referido al crecimiento o proliferación anormal y desordenada de células de la superficie del cuello uterino, evidenciado como un tumor maligno, con características invasivas (metástasis) hacia los tejidos adyacentes. Será medido como:</p>	<p>k) Número de hijos o Paridad.</p> <p>l) Aborto.</p> <p>Cáncer Cérvicouterino</p>	<p>Mayor o Tardía: si tuvo su primer hijo en edad mayor de 35 años</p> <p>Nuliparidad: cuando la mujer no ha tenido ningún parto.</p> <p>Multiparidad: si tiene o ha tenido más de 3 partos.</p> <p>Sin aborto: cuando la mujer registra no haber perdido un embarazo</p> <p>Aborto no provocado: cuando registra uno o más abortos por causa natural.</p> <p>Aborto provocado: cuando registra uno o más abortos voluntarios.</p> <p>f) Estadio 0 o carcinoma in situ: cuando está registrada así en la historia clínica.</p> <p>g) Estadio I: cuando se evidencie así el registro en la historia clínica.</p> <p>h) Estadio II: cuando se evidencie así el registro en la historia clínica.</p> <p>i) Estadio III: cuando se evidencie así en el registro en la historia clínica.</p> <p>j) Estadio IV: cuando se evidencie así el diagnóstico médico registrado en la historia clínica de la mujer en estudio.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	
--	---	---	---	-------------------------------	--



## GRAFICOS

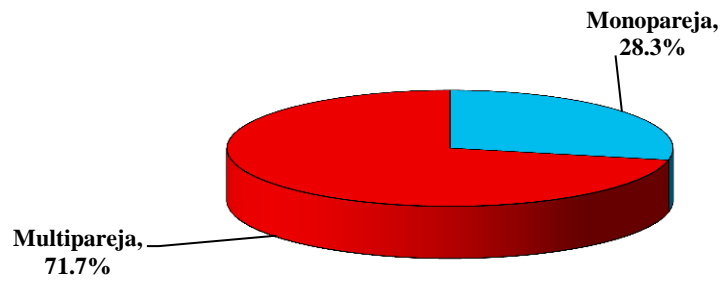
GRÁFICO 1. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014



El gráfico 1, sobre edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que 50,4% tiene sexarquia precoz (de 10 a 19 años de edad).

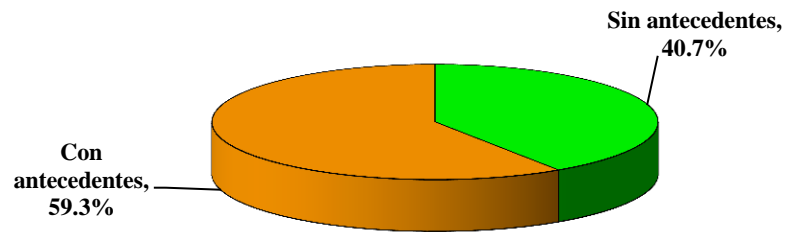


GRÁFICO 2. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



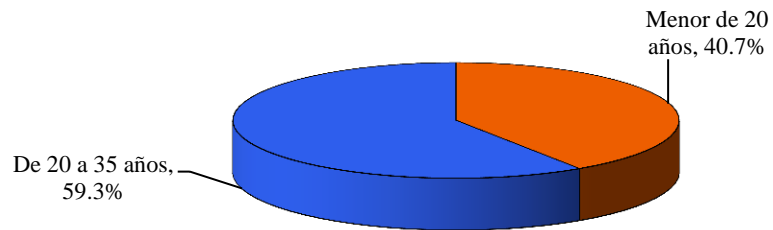
El gráfico 2, sobre número de parejas sexuales en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que 71,7% tiene múltiples parejas sexuales.

GRÁFICO 3. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



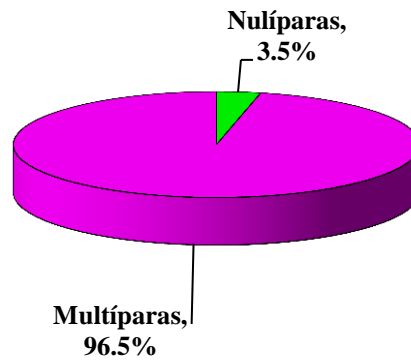
El gráfico 3, sobre infección de transmisión sexual en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que 59,3% se presenta con antecedente de la misma.

GRÁFICO 4. EDAD DEL PRIMER PARTO EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



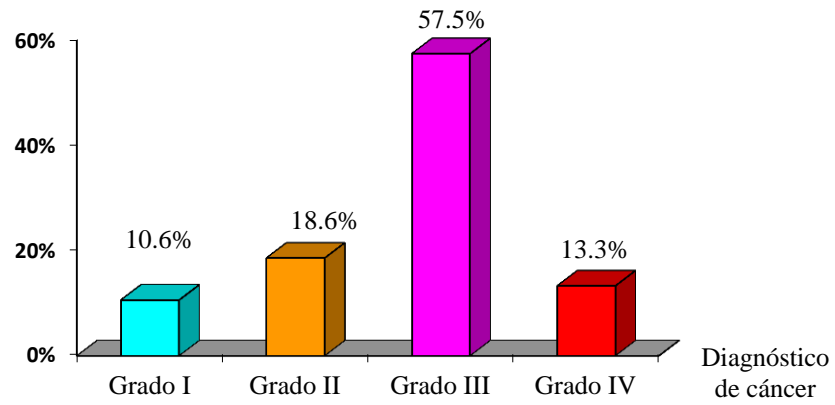
El gráfico 4, sobre edad del primer parto en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que 59,3% tuvo su primer parto en edad temprana o precoz (de 20 a 35 años).

GRÁFICO 5. NÚMERO DE HIJOS O PARIDAD, DE MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



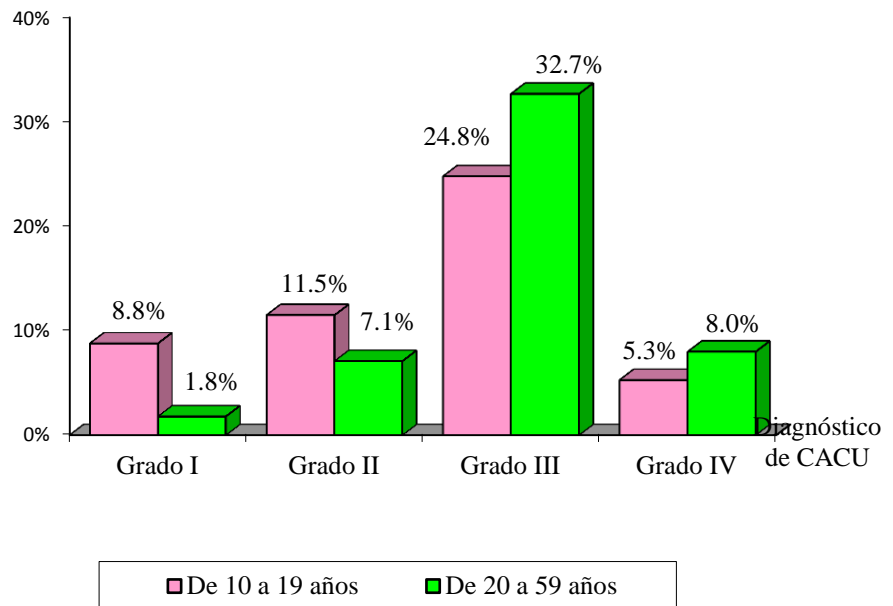
El gráfico 5, sobre el número de hijos o paridad en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que 96,5% tiene la condición de múltiparidad.

GRÁFICO 06. DIAGNÓSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



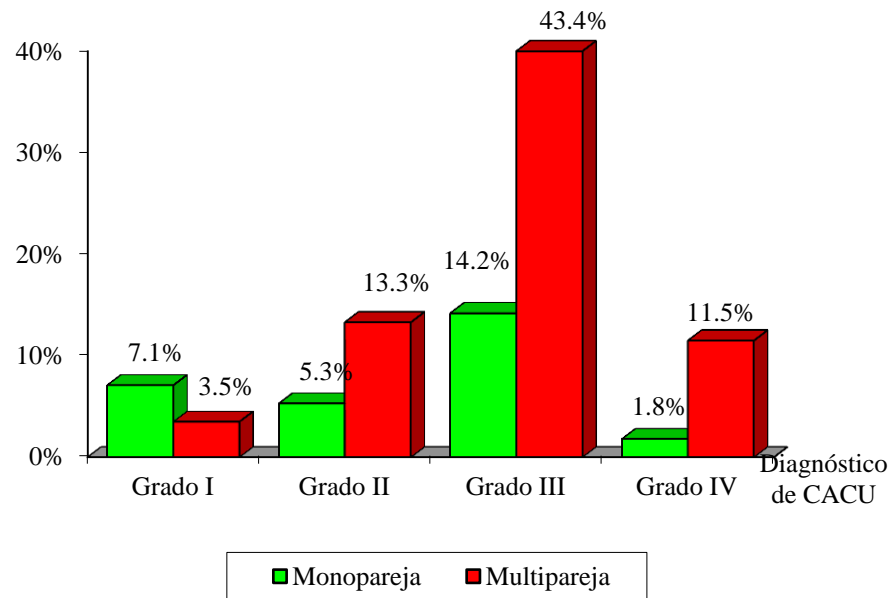
El gráfico 6, sobre diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que 57,5% tiene cáncer cérvicouterino de estadio III.

GRÁFICO 7. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y DIAGNÓSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



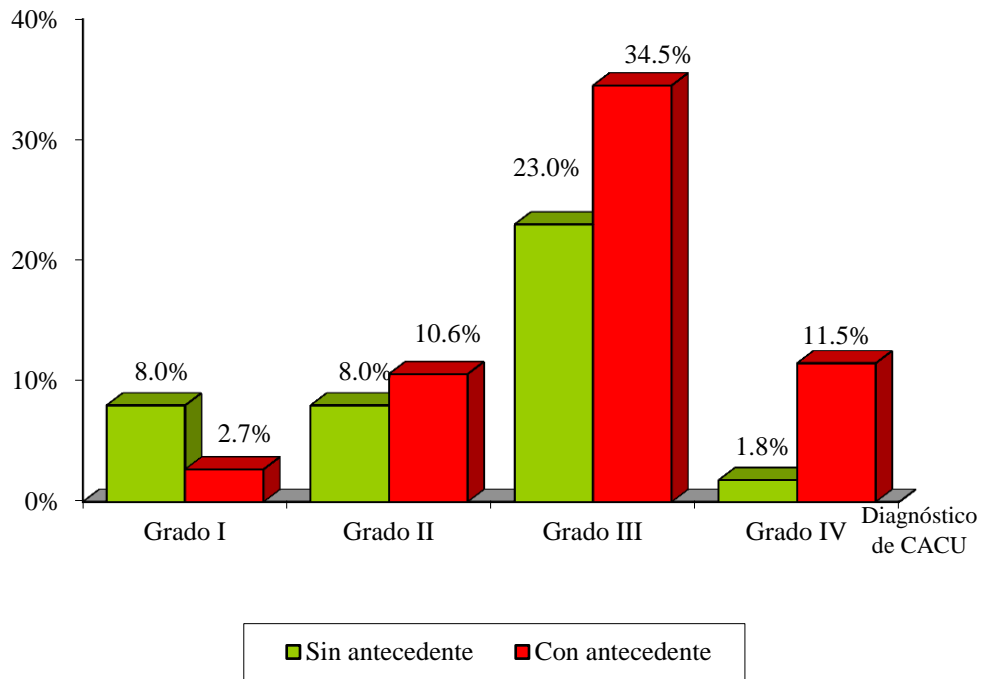
El gráfico 7, sobre edad de inicio de relaciones sexuales y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que del 57,5% de mujeres con cáncer cérvicouterino estadio III, un 32,7% tiene edad de inicio de relación sexual de sexarquia precoz (de 20 a 24 años).

GRÁFICO 8. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, HRL. PUNCHANA, 2011



El gráfico 8, sobre número de parejas sexuales y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que del 57,5% con cáncer cérvicouterino estadio III, un 43,4% presenta número de parejas sexuales de múltiples parejas sexuales.

GRÁFICO 9. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO, EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014

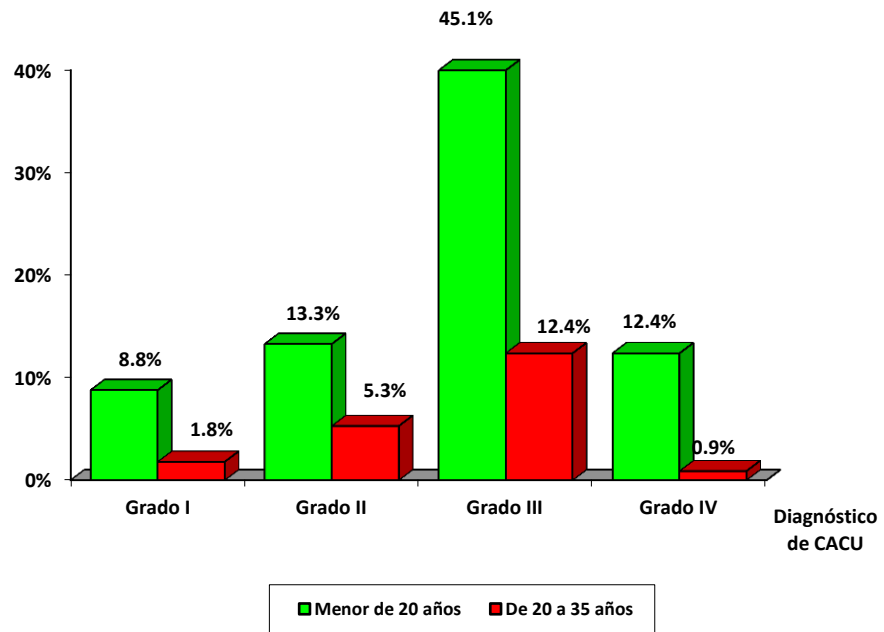


El gráfico 9, sobre infección de transmisión sexual y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que del 34,5% con cáncer cérvicouterino en estadio III, un 34,5% tienen antecedente de infección de transmisión sexual.



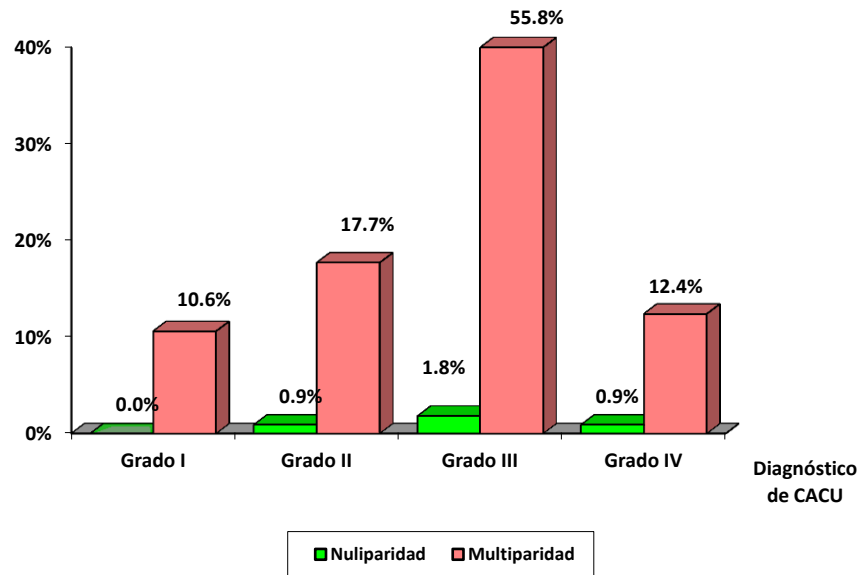
GRÁFICO 10. EDAD DEL PRIMER PARTO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2011

2012-



El gráfico 10, sobre edad del primer parto y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que del 57,5% con cáncer cérvicouterino estadio III, un 45,1% presenta edad del primer parto temprano o precoz.

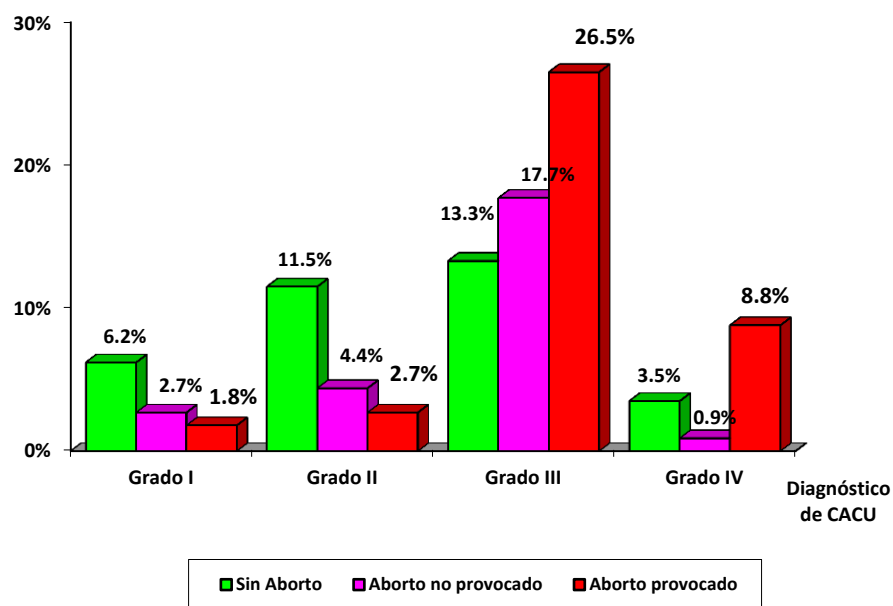
GRÁFICO 11. PARIDAD Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA, 2014



El gráfico 11, sobre paridad y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que del 57,5% con cáncer cérvicouterino estadio III, un 55,8% presenta número de hijos de multiparidad

GRÁFICO 12.

ABORTO Y DIAGNÓSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS  
LOS AÑOS 2012-2013, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - PUNCHANA 2014



El gráfico 11, sobre aborto y diagnóstico de cáncer cervicouterino en mujeres atendidas los años 2012 y 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014, muestra que del 57,5% con cáncer cervicouterino estadio III, un 26,5% tiene aborto provocado.