



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
CÁNCER GINECOLÓGICO EL HOSPITAL
APOYO IQUITOS, 2015**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN
ENFERMERÍA**

AUTORES :

Bach. Enf. Sara Angela, JACOBO TORRES

Bach. Enf. César Luis, JANEIRO RAMIREZ

Bach. Enf. Lizbeth Marisel, RODRIGUEZ LOPEZ

ASESORA:

Dra. Marina GUERRA VASQUEZ

Mgr. Eliseo ZAPATA VASQUEZ

IQUITOS, PERÚ

2015

Factores de riesgo y cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de cáncer ginecológico el Hospital Apoyo Iquitos, 2015

AUTORES

Sara Angela Jacobo-Torres, César Luis Janeiro-Ramirez, Marisel Rodriguez-Lopez

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores de riesgo y cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015. Se empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo. La población fue de 70 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino y la muestra fue el 100% de la población (70). Se aplicó la Ficha de registro de factores de riesgo y cáncer cervicouterino, que no fue validado porque registraba información existente de un documento formal. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows XP. El nivel de confianza fue 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p < 0,05$). Se utilizó la prueba estadística no paramétrica Tau-b de Kendall y la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-Cuadrada, para determinar la asociación de las y probar las hipótesis planteadas. Los resultados fueron: en los factores de riesgo, 54,1% tenía edad del primer parto menor de 20 años, 57,1% tuvo paridad baja, 70% no tuvo abortos, y 71,4% no tenían antecedente familiar de cáncer cervicouterino; en el cáncer cervicouterino, el 60% estaba en grado I, 24,3% estaba en grado II, 11,4% estaba en grado III y 4,3% estaba en grado IV; al asociar factores de riesgo y cáncer cervicouterino, se obtuvo relación estadística significativa entre aborto y cáncer cervicouterino ($p = 0,013$; $p < 0,05$) y entre antecedente familiar y cáncer cervicouterino ($p = 0,0000$; $p < 0,05$), y que no existe relación estadística significativa entre edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,549$; $p > 0,05$) y entre número de hijos y cáncer cervicouterino ($p = 0,140$; $p > 0,05$).

Palabras claves: factores, riesgo, cáncer, cervicouterino, aborto.

Risk factors and cervical cancer in patients attended in the Unit for the Prevention and Control of gynecological cancer the Hospital Apoyo Iquitos, 2015

AUTHORS

Sara Angela Jacobo-Torres, César Luis Janeiro-Ramirez, Marisel Rodriguez-Lopez

ABSTRACT

The investigation had as objective to determine the association between risk factors and cervical cancer in patients attended in the unit for the prevention and control of gynecologic cancer, Hospital Apoyo Iquitos the year 2015. It was used the method quantitative, non-experimental design, correlational and retrospective study. The population was 70 clinical histories of women with a diagnosis of cervical cancer and the sample was 100 per cent of the population (70). Applied the Log tab of risk factors and cervical cancer, which was not validated because recorded existing information in a formal document. The data were processed by means of the statistical package SPSS version 22 for Windows XP. The confidence level was 95% and significance level of 0.05 ($p < 0.05$). The test was used to non-parametric statistics Tau-b of Kendall and the non-parametric statistical test of free distribution Chi-Cuadrada, to determine the association of the and testing hypotheses raised. The results were: risk factors, 54.1% had age of first birth less than 20 years, 57.1% had low parity, 70% had no abortions, and 71.4% had no family history of cervical cancer; cervical cancer, 60% was in grade I, 24.3% was in grade II, 11.4% was in grade III and 4.3% was in grade IV; to associate risk factors and cervical cancer, was obtained statistically significant relationship between abortion and cervical cancer ($p = 0.013$; $p < 0.05$) and between family history and cervical cancer ($p = 0.0000$; $p < 0.05$), and that there is no statistically significant relationship between age of first birth and cervical cancer ($p = 0.549$; $p > 0.05$) and between the number of children and cervical cancer ($p = 0.140$; $p > 0.05$).

Key words: factors, risk, cancer, cervical, abortion.

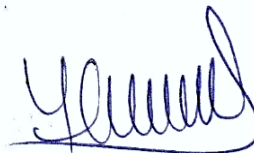
TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNAP, EL 14 DE OCTUBRE DEL AÑO 2016, ANTE EL JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:



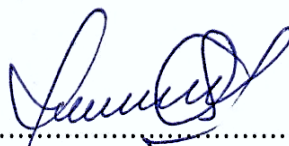
.....
Dra. MATILDE ROJAS GARCIA
Presidenta



.....
Dra. GUIOMAR E. REATEGUI DE REYNA
Miembro



.....
Dra. MARINA GUERRA VASQUEZ
Miembro = Asesora Metodológica



.....
Mgr. ELISEO E. ZAPATA VASQUEZ
Asesor Estadístico

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a **DIOS**, por darme salud y fortaleza para salir adelante a pesar de las adversidades en la vida, la cual me hizo fuerte y me enseñó que la vida está hecha para luchar.

A mi Madre **SARA ESTHER TORRES COQUINCHE**, que hoy se encuentra al lado de nuestro Dios, que fue un motivo grande para poder culminar mi carrera, y darme fuerzas para lograr el éxito.

A **PATRICIA WING TORRES**, quien estuvo presente apoyándome tanto moral y espiritualmente. También a **MARIO** mi compañero de vida y a nuestros amados hijos: **SARITA** y **MILAN**, que son una parte muy importante en mi vida.

Sara Angela

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a **DIOS**, por los buenos momentos que he pasado con todos, y la sabiduría para poder salir adelante en todo momento

A mis padres: **JOSE** y **SARA**, porque me han inculcado lo bueno necesario para poder superarme, me dieron los conocimientos y las virtudes para poder afrontar los retos de la vida.

A mis compañeros de tesis, que me apoyaron en todo momento, para así poder salir adelante y terminarla con éxito.

César Luis

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a **DIOS** por guiar mi camino y ser nuestra fortaleza para afrontar los desafíos que se presentan en la vida.

Dedico a mi madre, a quien me dio la vida, le agradezco por el cariño y su comprensión, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

Dedico a mi ángel que me dejó en medio camino de mi carrera por motivos que Dios decidió, a quien le debo una parte de mi vida, por inculcarme los buenos valores, virtudes y el camino de nuestro Dios.

Lizbeth Marisel

RECONOCIMIENTO

Agradecemos de manera muy especial a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirecta contribuyeron en la ejecución de la investigación con fines de lograr nuestro ansiado título profesional.

A la Dra. Carmen Díaz Martínez, Decana de la Facultad de Enfermería, por su disposición en brindarnos todas las facilidades administrativas, para cumplir con los requisitos de autorización para la recolección de datos en la institución seleccionada.

A los docentes miembros del Jurado Calificador de la tesis: Dra. Matilde Rojas García (Presidenta), Dra. Guiomar Elizabeth Reátegui de Reyna (Miembro) y Dra. Marina Guerra Vásquez (Miembro), por sus valiosas sugerencias y aportes en el desarrollo de la investigación para el logro de los objetivos previstos.

Al Dr. Eleodoro Guerra Valles Director del Hospital Apoyo Iquitos, así como a los miembros del Comité de Ética y al personal de la Unidad de Estadística, por el apoyo y las facilidades brindadas en la realización de la investigación.

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, por su ayuda constante, la motivación para avanzar a pesar de algunos impases y por su continuo estímulo durante el desarrollo de la tesis, en calidad de asesora.

Al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por su acertado asesoramiento estadístico y guía brindada en el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS	Página
1. Introducción	01
2. Planteamiento del Problema.....	04
3. Objetivos.....	05
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
1. Marco Teórico.....	06
2. Definiciones operacionales.....	22
3. Hipótesis.....	24
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	
1. Método y Diseño de investigación.....	25
2. Población y muestra	25
3. Técnicas e instrumentos.....	26
4. Procedimiento de recolección de datos.....	27
5. Análisis de datos.....	28
6. Limitaciones.....	28
7. Protección de los derechos humanos.....	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	
1. Resultados	30
2. Discusión.....	39
3. Conclusiones.....	45
4. Recomendaciones.....	46
5. Referencias bibliográficas.....	47

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

N°	TITULO	PÁG
01	EDAD DEL PRIMER PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	30
02	NÚMERO DE HIJOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	31
03	ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	32
04	ANTECEDENTE FAMILIAR EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	33
05	CÁNCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	34
06	EDAD DEL PRIMER PARTO Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	35
07	NUMERO DE HIJOS Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	36
08	ABORTO Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	37
09	ANTECEDENTE FAMILIAR Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015.	38

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el cáncer sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, siendo el cáncer cervicouterino el segundo más frecuente en mujeres en el mundo con 493,000 casos nuevos y 274,000 muertes cada año. ¹

Por otro lado, el cáncer cervicouterino es también uno de los mayores problemas de salud pública para América Latina y el Caribe, por las características que posee, como ser países en condición de subdesarrollo, con pobreza, educación limitada y la carencia o escaso acceso a los servicios de salud, cuya consecuencia es una curva ascendente de incidencia y mortalidad evidenciado en una tasa de mortalidad del 83% (más de 30,000 mujeres mueren anualmente por cáncer cervicouterino) y una tasa de incidencia de 28,6 x 100,000 mujeres, con variaciones geográficas. Así Paraguay ocupa el tercer lugar en la incidencia del CCU con 53,2 x 100.000 mujeres entre los países latinoamericanos, superado por Haití, Bolivia y seguido por Perú. Esta tasa es muy superior a las registradas en otros países como Argentina, Brasil, Uruguay y Chile. Es considerada la segunda causa de muerte por cáncer en los Estados Unidos y la primera en Colombia. ²

Así, en el Perú, el 80% de mujeres estarían expuestas a desarrollar el cáncer cervicouterino a lo largo de sus vidas, por una serie de factores como el ser sexualmente activas a edades cada vez más tempranas que conlleva a embarazos no planificados que muchas veces terminan en abortos o en partos en edades cada vez menores, así como la multiparidad a pesar de que las estrategias de salud reproductiva del Ministerio de Salud son accesibles; la mayoría de los casos fueron diagnosticados en mujeres mayores de 35 años de edad, lo que indicaría que al ser una enfermedad de larga progresión, la infección fue adquirida al inicio de la etapa

adolescente. Es así que el año 2011 la tasa de incidencia fue de 40,4 y la tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres, respectivamente. ³

Al respecto, la Liga Contra el Cáncer a través de sus especialistas indican que 85% de los casos de cáncer que presentan las mujeres peruanas son detectados en estadios avanzados y solo 15% en estadio inicial debido a la falta de una cultura preventiva que pone en riesgo la salud de la mujer y en el peor de los casos genera su muerte, pues las proyecciones realizadas en el Perú revelan que el año 2015 se diagnosticaron más de 46 mil nuevos casos y el año 2025 podrían presentarse más de 51 mil nuevos casos de cáncer de mamas y de cuello uterino, y es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer peruana y la segunda en Lima, con ocho mujeres fallecidas por día. Asimismo, la Liga contra el cáncer añadió que la vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino que ha elegido el Gobierno del Perú, es considerada la mejor alternativa en prevención de esta enfermedad, la cual está aprobada por la Organización Mundial de Salud (OMS). Esta vacuna no solo protegerá a las niñas del virus de papiloma humano, principal causante del cáncer de cuello uterino, sino también de las verrugas genitales. ⁴

Por otro lado, a nivel regional, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Loreto, registra las estadísticas de morbilidad hospitalaria por tumores u otras neoplasias. Así en el año 2014, de los 147 casos de cánceres diagnosticados en el Hospital Regional de Loreto, 48% (71) fueron para cáncer cervicouterino y durante el primer semestre del año 2015 de los 60 casos de cánceres diagnosticado, 38% (23) pertenecen a cáncer cervicouterino en mujeres entre 20 a 64 años; por otro lado, en el Hospital de Apoyo Iquitos de enero a setiembre del año 2015 se han diagnosticado 92 casos de cáncer ginecológico, de ellos 47,8% (44) en mujeres entre 30 a 45 años, 28,3% (26) entre 20 a 29 años, 18,5% (17) en mujeres de 45 a 59 años, 5,4% en mujeres de 60 años a más. ⁵

Es decir, que el cáncer cervicouterino está asociado a algunos factores como la edad, el patrón de comportamiento sexual de la mujer pero también en el hombre quien es el principal elemento de conductas sexuales promiscuas y los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino, entre otros, causando daños físicos y psicológicos en la

persona afectada, molestias de tipo económico debido al costo de las consultas ginecológicas y el tratamiento paliativo para las manifestaciones clínicas del mismo que en la mayoría de casos no se curan debido al grado avanzado en que son diagnosticados. ⁶

Los resultados obtenidos, constituyen aportes valiosos para la facultad de enfermería para aplicarlos en la formación profesional y como marco referencial para futuras investigaciones, y para los profesionales de enfermería quienes pueden contar con información actualizada de nuestra realidad sobre algunos factores de riesgo que están asociados al cáncer cervicouterino para precisar actividades de intervención que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cuello uterino en la región y país, así como para reorientar acciones preventivas promocionales al respecto.

Por todo lo mencionado, nos sentimos motivados para realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre los factores de riesgo: edad de primer parto, número de hijos, aborto, antecedente familiar y cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos, 2015?

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre los factores de riesgo: edad de primer parto, número de hijos, aborto, antecedente familiar y cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos, 2015?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre los factores de riesgo y el cáncer cervicouterino, en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos, 2015.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores de riesgo: edad de primer parto, número de hijos, aborto, antecedente familiar, en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos, 2015.
2. Identificar los casos de cáncer cervicouterino, en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos, 2015.
3. Asociar los factores de riesgo y el cáncer cervicouterino, en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico, del Hospital Apoyo Iquitos, 2015?

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

Gómez RM. (Ecuador, 2014), en su estudio sobre lesiones premalignas y malignas de cérvix uterino en mujeres mayores de 35 años y su respuesta al tratamiento en la unidad oncológica Solca Ambato, año 2006, en una muestra de 235 casos de mujeres con lesiones preinvasoras e invasoras del cuello uterino, cuyos resultados fueron que: respecto al cáncer cervicouterino, 75% presentaron LIE de alto grado (III), 15% AGUS (grado II), 5% con LIE de bajo grado (I) y cáncer invasor respectivamente.⁷

Ávila DI, Plaza WR. (Ecuador, 2012), en su estudio descriptivo, retrospectivo, sobre frecuencia y tipo de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20 a 60 años de la parroquia El Valle 2011, en una muestra de 470 historias clínicas de mujeres atendidas, utilizando el sistema Bethesda para clasificar lesiones histopatológicas, donde los resultados fueron: respecto al número de hijos, 2,7% fueron nulíparas, 82,7% tuvieron paridad baja con uno a dos hijos y 14,4% tuvieron multiparidad con tres, cuatro y más hijos; en cuanto a las lesiones cervicouterinas, 14,9% fueron normales, 72,1% inflamatorias, 5,3% con atipias epiteliales de significado indeterminado (ASCUS), 3% con displasia leve (LIE BG) y 0,2% displasia moderada a severa (LIE AG).⁸

Romero KP, Rojas J. (Bolivia, 2012), en una investigación de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, realizada sobre la frecuencia de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de 14 a 49 años, en una muestra de 110 mujeres, encontrando que: respecto a los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino, 85% no sabe si tiene antecedente familiar de cáncer cervicouterino, 14% indican no tener el antecedente de cáncer Cervicouterino y solamente 1% refiere saber que tienen antecedentes de cáncer cervicouterino.⁹

Mollinedo NM, Mita SE, Gomez F. (Bolivia, 2012), en un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, sobre determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil del Municipio de San Pedro de Tiquina 2011, provincia Manco Kapac, departamento de La Paz, en una muestra conformada por 19 mujeres que acudieron a consulta ginecológica, obtuvieron como resultados que: respecto a los factores de riesgo predominantes fueron, el número de hijos con un predominio de 33,9% de mujeres que tuvieron de uno a dos hijos, 16,1% con tres a cuatro hijos y 50% con cinco a siete hijos; en cuanto a la edad del primer parto, 46,8% tuvo su primer parto antes de los 18 años, 50% lo tuvo entre los 18 y 25 y un 32% después de los 25 años. ¹⁰

Callejas DE. (España, 2011), en el estudio prospectivo, transversal, realizado sobre la caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix, en una muestra constituida por 30 mujeres que acudieron a consulta ginecológica rutinaria, a quienes se estudiaron las biopsias del cuello uterino y les detectaron algún grado de lesiones displásicas en el cuello uterino, encontrando que: respecto a los grados de las lesiones displásicas de cuello uterino, 70% tenía NIC I, 16,7% con NIC II y 13,3% con NIC III; encontrándose diferencia significativa entre los NIC I y NIC III ($p < 0,001$). ¹¹

Cordero J, García M. (Cuba, 2013), en un estudio analítico y retrospectivo, sobre citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” de enero 2011 hasta diciembre 2012, en una muestra conformada por 500 pacientes con citología positiva para cuello uterino, encontraron que: respecto al aborto, 31,2% no tuvo abortos y 81,4% tuvo abortos provocados con manipulación sobre el cuello uterino que otorga de 3,5 veces más posibilidades de presentar un resultado citológico alterado, de ellos 56% tuvo de uno a tres abortos y 11,8% de cuatro a más; en cuanto al número de hijos o paridad, 46,6% tuvo de tres hijos a más, lo que incrementa en 3,9 veces la posibilidad de presentar citologías alteradas; y

referente a la edad del primer parto, 59,2% lo tuvo antes de los 20 años; encontrando significación estadística y dependencia entre estas variables y el riesgo de citología alterada. ¹²

Lazo E, Aguilar FL. (Perú, 2012), en su estudio sobre factores de riesgos reproductivos de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de ginecología del Hospital II-2 de la ciudad de Tarapoto, en una muestra conformada por 42 pacientes, basándose en la observación de las historias clínicas, los resultados encontrados fueron: en cuanto a la edad, 33,33% de la población tenía entre 35 a 54 años, respecto al número de hijos, 47,62% tenía de 3 a 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos; referente a los casos de cáncer insitu, 52,4% fueron casos confirmados, de ellos 42,9% fueron diagnosticadas como NIC I; encontrando relación entre los factores de riesgo y las citologías cervicales uterinas alteradas, mediante la prueba de Ji cuadrado (X²) y de Pearson (0,078). ¹³

Palma JE. (Perú, 2011), en una investigación descriptiva, de corte transversal, realizada sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de ginecología y obstetricia del C. de S. Leonor Saavedra - San Juan de Miraflores, en la ciudad de Lima, en una muestra de 280 mujeres en edad fértil, de 20 a 49 años, encontrando como resultados que: respecto a la edad del primer parto, 41,9% ha retrasado la edad de su primer parto hasta los 22 años; en cuanto al número de hijos, 81,9% ha limitado el número de partos vaginales a uno o dos; referente al antecedente familiar de cáncer cervicouterino, 85,9% no tuvo antecedente familiar, 14,1% si tuvo antecedente familiar, de ellas 40,0% refiere que este familiar fue su madre, 14,3% que su abuela materna, 2,9% que su hermana y 42,9% que fue otro familiar. ¹⁴

Silva BR, Soplin KE, Talledo SP. (Perú, 2014), en su estudio sobre conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cervicouterino, en mujeres atendidas entre los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, en una muestra de 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino,

obtuvieron los siguientes resultados: respecto a la edad del primer parto, 79,6% tuvo el primer parto a edad temprana o menor de 20 años y 20,4% en edad de 20 a 35 años; en cuanto al número de hijos, 96,5% tuvo paridad múltipara y 3,5% fueron nulíparas; referente al aborto, 65,5% refirió haber tenido abortos (39,8% provocado y 25,7% no provocado) y 34,5% ningún aborto; concluyendo que existe relación estadística significativa entre aborto y cáncer cervicouterino ($p=0,02$; $p<0,05$), pero que no existe relación estadística entre edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p=0,429$; $p>0,05$), ni entre número de hijos o paridad y cáncer cervicouterino ($p=0,801$; $p>0,05$).¹⁵

Carranza V, Nascimento F, Vásquez C. (Perú, 2014), en su estudio sobre factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, en la ciudad de Iquitos, los resultados fueron que: respecto al número de hijos, 86,8% tuvo menor número de hijos o de cero a tres hijos y 13,2% mayor número de hijos o de cuatro a más; en cuanto al aborto, el 100,0% refirió haber tenido abortos (94,1% tuvo menor número de abortos o de cero a un aborto y 5,9% tuvo de dos a más); siendo los factores predictores que más aportaron a la aparición del cáncer cervical el número de hijos ($p=0,032$) y espacio intergenésico ($p=0,009$) respectivamente.¹⁶

4.2. BASES TEORICAS

A. FACTORES DE RIESGO

Definición de Factores de Riesgo

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar o contribuir a la obtención de determinados resultados ante una situación, porque son los causantes o responsables de la evolución o transformación de los hechos, sea de forma espontánea o no, voluntaria o involuntaria, de modo medible o no. Entonces, un factor de riesgo, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.¹⁷

En epidemiología, un factor de riesgo es toda circunstancia o situación, característica y atributo (variable) que se presentan asociados diversamente con un evento y que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento y como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo. El término factor de riesgo fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961, donde atribuyó a la cardiopatía isquémica sus factores de riesgo.¹⁸

En el cáncer cervicouterino, los factores de riesgo permiten recoger información sobre las diferentes características que presenta, con el fin de encontrar las variables que están asociadas o relacionadas con ella para proveer elementos que orienten las actividades específicas para mejorar la calidad de atención del profesional de enfermería y del equipo de salud en general.¹⁹

Los factores de riesgo que se estudiarán en la presente investigación, son los siguientes:

Edad del Primer Parto

La edad cronológica, se define como el tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.

Por su parte, se denomina parto a la culminación fisiológica del embarazo o gravidez mediante la expulsión del feto maduro y de la placenta. Sin embarazo no hay parto, entendiéndose por embarazo al período que se inicia en el momento de la nidación o implantación del cigoto en el útero y termina con el nacimiento o parto, causando cambios significativos a nivel fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia,

y cuya duración es de unas 40 a 42 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente 9 meses).²⁰

Mientras que, la edad del primer parto, se refiere a los años cronológicos de vida en que la mujer tiene un hijo por primera vez. Al respecto, la edad más idónea desde el punto de vista biológico y fisiológico para el parto es entre los 25 a 29 años o extendiendo el margen entre los 20 a 30 años, que es una edad en que la mujer tiene condiciones más favorables para concebir, engendrar y dar a luz a un hijo, dado que las condiciones físicas no son las mismas a los 20 años que a los 40 años, además de ser edades en donde aumentan las probabilidades de complicaciones durante la gestación, de riesgos tanto para la madre como para el hijo; así, tenemos que la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino y que las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo de 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea.²¹

Por otro lado, las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término o que llegaron al parto tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino, que aunque no está definida la razón de esto, se explica en que la mujer pudo haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas y quedó más expuesta al VPH, que los cambios hormonales y el debilitamiento del sistema inmunológico durante el embarazo podrían causar mayor susceptibilidad a crecimientos tumorales posteriores; asimismo, en cuanto a la edad, tener 17 años o menos en el primer embarazo a término asigna casi dos veces más probabilidad de tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer parto a los 25 años o después.²²

Respecto a la clasificación de la edad del primer parto, Silva BR, Soplin KE, Talledo SP., en su estudio sobre conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cervicouterino, lo clasificó como: edad menor de 20 años y de 20 a 35 años.¹⁵

Número de Hijos

La paridad como concepto demográfico, es el número promedio de hijos que tiene una mujer de una cohorte hipotética o generación de mujeres a lo largo de su vida reproductiva o fértil (índice de fecundidad o tasa de fecundidad) o mediante la tasa de fecundidad general (número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año), y no estuvieran sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil.²³

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud refiere que el número de hijos, es el número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica. La tasa de fecundidad total se calcula directamente como la suma de las tasas de fecundidad específicas por edad (usualmente referidas a mujeres entre 15 y 49 años de edad), o quintuplicando la suma si las tasas específicas de fecundidad corresponden a grupos etáreos de cinco años de intervalo. Una tasa de fecundidad específica por edad o por grupo etáreo se calcula como la razón entre el número anual de nacimientos en mujeres de determinada edad o grupo etáreo y la población de mujeres de la misma edad o grupo etáreo, en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica.²⁴

Por otro lado, al relacionar el comportamiento del número de hijos o la paridad con la aparición de citologías alteradas a nivel cervicouterino, se ha establecido que es significativo en mujeres con tres o más partos que según el riesgo relativo (R.R.) se incrementa en 3,9 veces la posibilidad de presentar citologías alteradas; así tenemos que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo de 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial, luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. Es decir, que a menor edad en el primer parto, aumenta de forma significativa el riesgo de presentar citologías alteradas.¹²

En cuanto a la clasificación del número de hijos que tiene la mujer, Ávila DI, Plaza WR. (Ecuador, 2012), en su estudio sobre frecuencia y tipo de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20 a 60 años de la parroquia El Valle 2011, lo denominó como: nulíparas (ningún hijo), paridad baja (uno a dos hijos) y multiparidad (tres, cuatro y más hijos).⁸

Aborto

Se denomina aborto, a la interrupción voluntaria o involuntaria del desarrollo del embrión o el feto durante el embarazo, antes de que éste haya llegado a las veinte semanas y esté en condiciones de vivir fuera del vientre materno. Una vez pasado ese tiempo, a la terminación del embarazo antes del parto se denomina parto pretérmino. Existen dos tipos de abortos: el espontáneo o natural y el provocado o inducido. El aborto espontáneo ocurre cuando un feto se pierde o el embarazo finaliza por causas naturales, sucede entre el 10% y el 50% de casos y suele estar condicionado por la salud y la edad materna; mientras que el aborto inducido es provocado adrede con el objetivo de eliminar el feto, sea con asistencia médica o sin ella, cerca de 46 millones de mujeres al año recurren a esta práctica en todo el mundo, de ellos cerca de 20 millones practican abortos inseguros, que ponen en riesgo la vida de la mujer.²⁵

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas o ambas cosas a la vez. Esta definición se conceptualizó en el marco de unas nuevas directrices sobre la gestión de las complicaciones en un aborto provocado y debía interpretarse en ese contexto y en base a la guía técnica.²⁶

Respecto a la relación entre aborto y cáncer cervicouterino, las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2,3 de desarrollar cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4,92 de desarrollar la enfermedad. Estos

porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a las lesiones cervicales producidas durante el procedimiento y que no fueron tratadas oportunamente, así, entre 2 a 3 % mujeres con aborto pueden sufrir perforación del útero que quedan sin ser diagnosticadas ni tratadas y se complican en ulteriores embarazos, un 1% sufren importantes desgarros cervicales, laceraciones de menor envergadura o micro-fracturas, que normalmente no son tratadas. ²⁷

Antecedente familiar de cáncer cervicouterino

El cáncer es una enfermedad de las células que cambian su mecanismo de control para la proliferación y diferenciación. Los estudios genéticos, han identificado una serie de alteraciones genéticas que pueden ser transmitidas entre los miembros de una misma familia, de padres a hijos/as y que aumentan notablemente el riesgo de desarrollar diferentes o determinados tipos de cánceres (de mama, de ovarios) tienen un factor hereditario, donde la herencia de alguna mutación genética puede determinar que los miembros de una familia tengan un riesgo mucho más elevado que el resto de mujeres de la población general de sufrir un cáncer específico, pero a pesar de la frecuencia de estos tumores, se considera que sólo un 5% de todos ellos puede estar relacionado con la herencia de la predisposición genética, y en el caso de no observar ninguna alteración genética el riesgo es similar a la de la población general. ²⁸

En el cáncer cervicouterino, influyen los antecedentes genéticos en las familias con dos miembros afectados, con una relación de primer grado (padre, madre, hermano) y la otra si cumple una o más de las siguientes condiciones:

- Dos o más tipos de cáncer en una sola personas (uno de mama y otro de ovario)
- Dos familiares con cáncer, más aun si ambos son hermanos de la madre o padre o que uno sea hermano del padre y el otro hermano de la madre.
- Tres o más miembros de la misma familia afectados por el mismo cáncer, sobre todo si son familiares de primer grado.

- Más de un caso del mismo tipo de cáncer en muchos familiares es más preocupante que si se trata de varios tipos distintos de cáncer.
- Otro aspecto a considerar es el impacto psicológico que sufre la persona que sabe que tiene un riesgo más elevado de sufrir.²⁸

Por otro lado, es conveniente recalcar que el cáncer es causado en algunos casos por un gen anormal que se trasmite de una generación a otra. Si bien se suele hacer referencia a esto como cáncer hereditario, lo que se hereda no es el cáncer en sí, sino el gen anormal que puede dar lugar al cáncer. Solo alrededor del 5 al 10 por ciento de todos los casos de cáncer se originan directamente de un cambio anormal o defecto genético al que se denomina mutaciones, que pueden ser de dos tipos, heredadas de uno de los padres y adquiridas denominadas somáticas. Los genes son un componente del ADN (ácido desoxirribonucleico) que contienen las instrucciones sobre cómo elaborar las proteínas que el cuerpo necesita para funcionar, cuándo destruir las células dañadas y cómo mantener las células en equilibrio, por ello es que pueden afectar la probabilidad de que se presenten ciertas enfermedades, como el cáncer.²⁹

Una mutación genética hereditaria está presente en el óvulo o en el espermatozoide (esperma) que forma a un nuevo ser. Una vez que el espermatozoide fertiliza el óvulo, crea una célula llamada cigoto que se va dividiendo para crear un feto y como todas las células en el cuerpo provienen de esta primera célula, esta mutación se encuentra en cada célula del organismo (incluyendo óvulos y esperma) y por lo tanto se puede pasar a la próxima generación. Mientras que una mutación adquirida (somática) que es más común, no está presente en el cigoto, sino que se adquiere posteriormente en una célula, que pasa a cualquier otra célula nueva o hijas de ésta. Esta clase de mutación no está presente en el óvulo o el esperma, por tanto no pasa a la próxima generación. La mayoría de cánceres son causados por mutaciones adquiridas.²⁹

Los cánceres son enfermedades multifactoriales debidas al efecto combinado de factores genéticos y ambientales, cuyas mutaciones germinales en genes

concretos incrementan la susceptibilidad para padecer cáncer, lo que no implica la certeza de desarrollarlo en todos los casos. Las enfermedades genéticas y heredables pueden recurrir en la familia, con la atención de especialistas para realizar la evaluación individual del riesgo para cada miembro de la familia, y las determinaciones genéticas oportunas e informarlos sobre: 1) la probabilidad de presentar una neoplasia, 2) la probabilidad de transmitir a su descendencia la predisposición al cáncer y la probabilidad que tienen éstos de desarrollar neoplasias, y 3) el pronóstico, las estrategias para la detección precoz y el abordaje terapéutico más apropiado. Por ello, conocer la mutación familiar tiene ventajas, para el seguimiento a los miembros de la familia que resultaron ser portadores de la alteración.³⁰

Respecto al antecedente familiar de cáncer cervicouterino, Palma JE. (Perú, 2011), en su investigación sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de ginecología y obstetricia, lo clasificó como sin antecedente familiar y con antecedente familiar, de las cuales 40,0% fue la madre, 14,3% la abuela materna, 2,9% la hermana y 42,9% otro familiar.¹⁴

Asimismo, el antecedente familiar de cáncer de cuello uterino explica su presentación frecuente en algunas familias, donde si la madre o hermana de una mujer tuvieron cáncer de cuello uterino, las probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido, pues algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria.²²

B. CANCER CERVICOUTERINO

El cáncer es una enfermedad neoplásica, debido al proceso de transformación de una célula normal en una célula cancerígena, evidenciado en el crecimiento exacerbado anormal y descontrolado de las células transformadas, que proliferan dentro del organismo como consecuencia de una serie de alteraciones del ADN

(Ácido Desoxirribonucleico). Involucra múltiples pasos o mutaciones secuenciales en genes específicos que reflejan las alteraciones genéticas que conducen a la transformación progresiva del tejido normal hacia estados malignos, resultando en un incremento de las células mutadas.³¹

El cáncer cervicouterino, es una enfermedad neoplásica que se desarrolla de forma gradual con el transcurso del tiempo, donde las células normales ubicadas en el cuello del útero (extremo inferior y estrecho que se comunica con la vagina) se convierten en células cancerígenas. Antes de la aparición del cáncer, las células del cuello uterino empiezan a mostrar cambios conocidos como displasia (células que no son normales) que es un estado anterior a la malignidad. Luego, las células cancerosas comienzan a crecer y diseminarse en el cuello uterino y las áreas circundantes, evolucionando a cáncer pre invasivo, que sólo se propaga a las capas más superficiales del cérvix y posteriormente se extiende a las capas más profundas y a otros órganos de la pelvis. La evidencia epidemiológica sugiere, que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual, debido al impacto de diversos factores etiopatogénicos y predisponentes, como, la edad precoz o el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, promiscuidad o mayor número de parejas sexuales, paridad elevada, edad del primer parto, antecedentes de infecciones vaginales de transmisión sexual por virus de papiloma humano y herpes virus tipo 2, entre otros, todos considerados cofactores en la génesis del cáncer de cuello uterino.³²

Signos y síntomas del cáncer cervicouterino

Las mujeres con éste tipo de cáncer en etapa temprana y con precáncer usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo comienzan cuando un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente, siendo los síntomas más comunes:

- Sangrado vaginal anormal: sea después del coito vaginal, después de la menopausia, después de una ducha vaginal o después del examen pélvico,

sangrado y manchado entre periodos menstruales que duran más tiempo o presentan sangrado más profuso de lo usual.

- Secreción vaginal inusual: dicha secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre los periodos menstruales o después de la menopausia.
- Dispareunia : es el dolor durante las relaciones sexuales o coito (que también pueden ser causados por otras condiciones), por ello es necesario realizar un examen médico diferencial. ³³

Diagnostico del cáncer cervicouterino

El diagnóstico incluye los siguientes pasos :

- Prueba de Papanicolaou, cuyo resultado es anormal.
- Prueba de Virus Papiloma Humano, cuando el resultado del papanicolaou es anormal.
- Observar la presencia de algunos síntomas, como el sangrado vaginal anormal o dolor durante el coito, que también sirven para el diagnóstico.
- Si se confirma el diagnóstico de cáncer invasivo, la paciente debe ser referida a un oncólogo ginecólogo. ³³

Los estadios del cáncer cervicouterino, 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.³⁴

Cáncer cervicouterino y Virus Oncogénicos

Los virus oncogénicos desempeñan un papel etiológico de gran importancia en algunos tumores malignos, por la relación entre las células intraepiteliales y escamosas de cérvix con numerosas infecciones inducidas por los virus como: el herpes simple tipo II (VSH-2), citomegalovirus (CMV) y particularmente por el Virus de Papiloma Humano (VPH), que cumple un importante papel en el origen de las lesiones preinvasivas de cuello uterino. Los virus provocan diferentes efectos sobre las células que infectan aun cuando no se repliquen, alterando numerosos procesos esenciales para la célula. El sistema inmunitario utiliza tanto elementos de la inmunidad natural como respuestas mediadas por linfocitos T y B para hacer frente a las infecciones virales. Los principales componentes de la inmunidad innata son la producción de interferones tipo I y la activación de las células NK. Mientras que los principales efectores de la inmunidad adaptativa, son la producción de anticuerpos, fundamentalmente IgA a nivel de mucosas, y de respuestas celulares citotóxicas.³⁵

C. TEORIAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACION

Las siguientes teorías fundamentan la presente investigación. Así:

- a) Teoría de Relación entre Virus y Cáncer: propuesto por el médico alemán Harald Zur Hausen, quien investigó y descubrió el papel del virus papiloma humano (VPH) en el desarrollo de cáncer de útero, encontrando que tenía un papel protagónico en el desarrollo del cáncer cervicouterino, al integrar su material genético a las células del útero y transformarlas en cancerosas. Su teoría nació de la creencia de que los tumores se creaban por un virus que se colaba en el genoma de las células del útero; Harald postuló que el VPH en mujeres con actividad sexual frecuente, cuando afecta a las células de los tumores con material genético (ADN) viral, se esconde entre el genoma (ADN) de las células del útero y desde allí les ordena que se multipliquen sin parar, dando origen al cáncer, sobre todo si el ADN de los tipos 16 y 18 del VPH, están camuflados entre las células cancerosas.³⁶

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.³⁷

5. DEFINICIONES OPERACIONALES

5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES DE RIESGO: definido como aquellas características somáticas y genéticas, inherentes a la mujer sujeto de estudio que expresan la probabilidad de sufrir una lesión o daño. Fue medido según los siguientes indicadores:

- a) Edad del primer Parto: referido a la edad cronológica en que la mujer sujeto de estudio dio a luz por primera vez y que se encuentra registrado en la historia clínica. Fue medido como:
 - Menor de 20 años
 - De 20 a 35 años
 - Mayor de 35 años

- b) Número de Hijos: referido a la cantidad numérica de hijos que tuvo la mujer con diagnóstico de cáncer cervicouterino y que se encuentra registrado en la historia clínica. Fue medido como:
 - Nulípara: cuando la historia clínica registró ninguno en número de hijos
 - Paridad baja: cuando la historia clínica registró de uno a dos hijos
 - Multiparidad: cuando la historia clínica registró de tres a más hijos

- c) Aborto: referido a la pérdida del producto de la gestación dentro de las 20 semanas, que tuvo la mujer con diagnóstico de cáncer cervicouterino y que se encontró registrado en la historia clínica. Fue medido como:
 - Sin aborto: cuando estaba registrado ninguno/cero abortos
 - Con Aborto: cuando estaba registrado de uno a más abortos.

- d) Antecedente Familiar de cáncer cervicouterino: referido a las probables alteraciones genéticas en las células del cuello del útero, que pueden ser transmitidas de padres a hijos/as o entre los miembros de la misma familia de la mujer afectada con cáncer cervicouterino. Fue medido como:

- Sin Antecedentes: cuando refirió no tener ningún miembro de su familia con cáncer cervicouterino o cualquier otro tipo de cánceres.
- Con Antecedentes: cuando refirió tener algún miembro de su familia con cáncer cervicouterino o cualquier otro tipo de cánceres.

5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

CANCER CERVICOUTERINO: referido a la presencia de células cancerígenas o la proliferación anormal y descontrolada de células malignas a nivel del cuello uterino, diagnosticado como cáncer cervicouterino y registrado en la historia clínica de la mujer sujeto de estudio. Fue medido como:

- a) Cáncer Cérvico-uterino, Grado I: si la historia clínica lo registraba como tal
- b) Cáncer Cérvico-uterino, Grado II: si la historia clínica lo registraba como tal
- c) Cáncer Cérvico-uterino, Grado III: si la historia clínica lo registraba como tal
- d) Cáncer Cérvico-uterino, Grado VI: si la historia clínica lo registraba como tal

6. HIPÓTESIS

6.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación estadística significativa, entre algunos factores de riesgo y cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, 2015.

6.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

1. Existe relación estadística entre la edad del primer parto y el cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, 2015.
2. Existe relación estadística entre el número de hijos y el cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, 2015.
3. Existe relación estadística entre el aborto y el cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, 2015
4. Existe relación estadística entre el antecedente familiar y el cáncer cervicouterino, en pacientes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, 2015

7. METODOLOGÍA

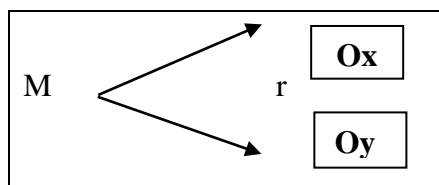
1. Método y Diseño de investigación

Método

Se ha empleado el método cuantitativo, porque nos permitió realizar la medición previa evaluación de las variables, para comprobar las hipótesis planteadas.

Diseño

El diseño utilizado fue el no experimental, correlacional, retrospectivo. No Experimental, porque se estudiaron a las variables tal y como se comportan en su contexto natural, sin incorporar elementos que varíen su comportamiento. Correlacional, porque permitió establecer la asociación entre las variables independientes (factores de riesgo) y la variable dependiente (cáncer cervicouterino). Retrospectivo, porque se utilizó la información sobre los casos de cancer cervicouterino diagnosticados y registrados en las historias clínicas. El diagrama del diseño es:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

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

r : Relación entre las variables de estudio.

2. Población y Muestra

Población

Estuvo constituida por todas las pacientes mujeres de 15 años a más de edad, con diagnóstico de cáncer cervicouterino, atendidas en la unidad de prevención y

control de cáncer ginecológico del Hospital de Apoyo Iquitos, entre los meses de julio a diciembre del año 2015, cuyos datos se encuentran registrados en la historia clínica que consta en la Unidad de Estadística, que hacen un total promedio de 70 mujeres.

Muestra

- a) Tamaño de la muestra: La muestra estuvo constituida por el 100% de la población, es decir por las 70 mujeres con las características indicadas en la población accesible.
- b) Tipo de muestreo: Se utilizó el muestreo por conveniencia dada la cantidad de la muestra y la especificidad del diagnóstico, se estudió el 100% de la muestra.
- c) Criterios de inclusión: formaron parte de la muestra.
 - Pacientes mujeres con diagnóstico médico de cáncer cervicouterino entre los meses de julio a diciembre del año 2015, según la historia clínica.
 - De 15 a más años de edad
 - Autorización de uso documentario por parte de la Dirección hospitalaria y del Comité de Ética.

3. Técnicas e Instrumentos

Técnica:

Se empleó la técnica del registro directo de los datos pertinentes relacionados con los factores de riesgo y el cáncer cervicouterino, a partir de la historia clínica de la mujer sujeto de estudio.

Instrumentos:

- a) Ficha de Registro de Factores de Riesgo y Cáncer cervicouterino: instrumento que fue elaborado por el/las investigador/as en base a las variables en estudio. Estuvo estructurada en dos dimensiones: la primera sobre los factores de riesgo, que comprende: la edad del primer parto, número de hijos, aborto y antecedente familiar de cáncer cervicouterino indicando el miembro de la familia afectado y el grado de parentesco con la paciente, y la segunda

dimensión sobre el cáncer cervicouterino que comprende los cuatro grados de su evolución.

Validez y Confiabilidad:

No ha sido necesario comprobar la validez y confiabilidad del instrumento, dado que se trató de una ficha de registro que permitió tomar la información registrada en un documento formal como es la historia clínica, ubicada en la unidad de estadística y/o en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos, cuya autorización de uso se solicitó oportunamente en la Dirección y ante el Comité de Ética de la indicada institución.

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 del Hospital Apoyo Iquitos, a través de la Decanatura de la facultad de enfermería de la UNAP.
- b) Se sustentó el proyecto de investigación ante el Comité de Ética e Investigación del Hospital Apoyo Iquitos, para su aprobación respectiva.
- c) Se coordinó con el jefe de la unidad de estadística y/o con el jefe de la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos, para facilitar el uso de las historias clínicas respectivas de las atenciones realizadas entre julio a diciembre 2015, el horario y tiempo de duración de la recolección de los datos de investigación.
- d) Se elaboró una lista de las 70 historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, para la recolección de datos respectivo, teniendo en cuenta los principios éticos y bioéticos.
- e) La recolección de datos se realizó en un periodo de tiempo adecuado, acorde a la cantidad de historias clínicas que se revisó, bajo la responsabilidad exclusiva del/las investigador/as, vistiendo el uniforme de salud pública.
- f) La Ficha de Registro de Factores de Riesgo y Cáncer Cervicouterino, fue aplicado en el horario preestablecido con los responsables de las unidades respectivas del Hospital de Apoyo Iquitos, en el horario de la mañana.

5. Análisis de datos

El procesamiento de la información, se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 en español, para un entorno virtual Windows XP en español.

El análisis univariado se realizó utilizando la estadística descriptiva, para determinar las frecuencias absolutas y porcentajes que fueron presentadas en tablas unidimensionales.

El análisis bivariado, se realizó utilizando la estadística inferencial a través de la prueba estadística no paramétrica para variables ordinales **Tau-b de Kendall** (τ_B) (edad del primer parto, número de hijos, aborto) y la prueba estadística no paramétrica de libre distribución **Chi-Cuadrada** (X^2) para la variable nominal (antecedente familiar), para determinar la asociación de las variables en estudio y para probar la hipótesis planteada, y se presentaron en tablas bidimensionales.

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

Las limitaciones estuvieron referidas al retraso en el desarrollo de la tesis por la demora en los trámites y la espera de la autorización respectiva a nivel del Hospital de Apoyo Iquitos.

7. Protección de los Derechos Humanos

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Firma del consentimiento informado en señal de su aceptación para participar.
- El instrumento fue anonimo, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.

- Se mostró respeto y protección por 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 el/las investigador/as para lograr los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO:

TABLA 1

EDAD DEL PRIMER PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

EDAD DEL PRIMER PARTO	Nº	%
Menor de 20 años	40	54,1
De 20 a 35 años	30	42,9
Mayor de 35 años	0	0,0
TOTAL	70	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo y Cáncer Cervicouterino

$\bar{X} \pm S: 18,97 \pm 3,98$

La tabla 1, respecto a la distribución del factor de riesgo edad del primer parto, del total de la muestra 70 (100%) en las pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015, muestra lo siguiente: 54,1% tuvo su primer parto en edad menor de 20 años, seguido de 20 a 35 mujeres que tuvieron el primer parto entre 20 a 35 años y ninguna en edad de mayor de 35 años en su primer parto, siendo una desviación típica de $\pm 3,98$ años; concluyendo que la mayor proporción las mujeres tuvieron su primer parto a menor edad.

TABLA 2

NÚMERO DE HIJOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

NÚMERO DE HIJOS	N°	%
Nulípara (ningún hijo)	8	11,4
Paridad baja (de uno a dos hijos)	16	57,1
Multiparidad (de tres a más hijos)	22	31,5
TOTAL	70	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo y Cáncer Cervicouterino

La tabla 2, respecto a la distribución del factor de riesgo número de hijos, del total de la muestra 70 (100%) en las pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015, muestra que: 57,1% de pacientes presentó paridad baja con uno a dos hijos, 31,5% presentó multiparidad con tres hijos a más y 11,4% fueron nulíparas, es decir que no tuvieron hijos; concluyendo que la mayor proporción de mujeres en cuanto al número de hijos, registró una paridad baja.

TABLA 3

ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS

2015		
ABORTO	Nº	%
Sin aborto	49	70,0
Con Aborto	21	30,0
TOTAL	70	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo y Cáncer Cervicouterino

La tabla 3, respecto al análisis del factor de riesgo aborto en las 70 (100%) pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015, muestra que: 70% de las pacientes registró no haber tenido abortos, mientras que 30% registró haber tenido de uno a más abortos; concluyendo que la mayor proporción de mujeres en cuanto al aborto, no tuvo ninguno.

TABLA 4

ANTECEDENTE FAMILIAR EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

ANTECEDENTE FAMILIAR	N°	%
Sin Antecedente de cáncer cervicouterino	50	71,4
Con antecedente de cáncer cervicouterino	20	28,6
TOTAL	70	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo y Cáncer Cervicouterino

La tabla 4, respecto a la distribución del factor de riesgo antecedente familiar de cáncer cervicouterino, del total de la muestra 70 (100%) en las pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015, muestra que: 71,4% se presentaron sin antecedentes familiares de cáncer cervicouterino y 28,6% tuvieron antecedente familiar de cáncer cervicouterino; concluyendo que la mayor proporción de mujeres no tenían antecedentes de cáncer cervicouterino.

TABLA 5

CÁNCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

CÁNCER CERVICOUTERINO	Nº	%
Grado I	42	60,0
Grado II	17	24,3
Grado III	8	11,4
Grado IV	3	4,3
TOTAL	70	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo y Cáncer Cervicouterino

En la tabla 5, respecto a la distribución de la variable dependiente cáncer cervicouterino en el total de la muestra de 70 (100%) pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de Cáncer Ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos el año 2015, se observa que: un 60,0% de los casos de cáncer cervicouterino fue de grado I, seguido de 24,3% de casos con grado II, 11,4% de casos de cáncer de grado IV y 4,3% de los casos de cáncer en el grado IV; en conclusión, la mayor frecuencia de cáncer cervicouterino que presentaron las pacientes estuvo ubicado en el grado I.

1.2. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 6

EDAD DEL PRIMER PARTO Y CÁNCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

EDAD DEL PRIMER PARTO	CÁNCER CERVICOUTERINO							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 años	22	31,4	13	18,6	3	4,3	2	2,9
De 20 a 35 años	20	28,6	4	5,7	5	7,1	1	1,4
TOTAL	42	60,0	17	24,3	8	11,4	3	4,3

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Tau-b de Kendall: $\tau_B = -0,599$ P-valor = 0.549

En la tabla 6, al asociar la edad del primer parto y cáncer cervicouterino en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico del hospital Apoyo Iquitos 2015, se observa que: del 60% (42) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado I, el 31,4% tuvo el primer parto en edad menor de 20 años y 28,6% tuvo el primer parto entre 20 a 35 años; en cuanto al 24,3% (17) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado II, el 18,6% tuvo el primer parto en edad menor de 20 años y 5,7% entre 20 a 35 años; respecto al 11,4% (8) con cáncer cervicouterino de grado III, el 7,1% tuvo el primer parto en edad entre 20 a 35 años y 4,3% en edad menor de 20 años; y del 4,3% (3) con cáncer cervicouterino de grado IV, 2,9% tuvo el primer parto en edad menor de 20 años y 1,4% entre 20 a 35 años de edad.

Para determinar si existe asociación entre edad del primer parto y cáncer cervicouterino, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de **Tau-b de Kendall**, nivel de significancia de 0,05 y 95% de nivel de confianza, obteniendo $\tau_B = -0,599$; **P-valor = 0,549** ($p > 0.05$), indicando que no existe relación estadística significativa entre ambas variables, en consecuencia no se acepta la primera hipótesis específica planteada.

TABLA 7

NUMERO DE HIJOS Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER
GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

NUMERO DE HIJOS	CANCER CERVICOUTERINO							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulípara	5	7,1	2	2,9	1	1,4	0	0,0
Paridad baja	27	38,6	8	11,4	4	5,7	1	1,4
Multiparidad	10	14,3	7	10,0	3	4,3	2	2,9
TOTAL	42	60,0	17	24,3	8	11,4	3	4,3

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Tau-b de Kendall: $\tau_B = 1,477$ P-valor = 0,140

En la tabla 7, al asociar el número de hijos y cáncer cervicouterino en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico del hospital Apoyo Iquitos 2015, se observa que: del 60% (42) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado I, el 38,6% tuvo paridad baja con uno o dos hijos, 14,3% tuvo multiparidad con tres hijos a más y 7,1% registró nuliparidad o ningún hijo; en cuanto al 24,3% (17) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado II, el 11,4% tuvo paridad baja, 10% multiparidad y 2,9% nuliparidad; respecto al 11,4% (8) con cáncer cervicouterino de grado III, el 5,7% tuvo paridad baja, 4,3% multiparidad y 1,4% nuliparidad; y del 4,3% (3) con cáncer cervicouterino de grado IV, el 2,9% tuvo multiparidad, 1,4% paridad baja y 0% nuliparidad.

Para determinar si existe asociación entre el número de hijos y el cáncer cervicouterino, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de **Tau-b de Kendall**, con nivel de significancia de 0,05 y 95% de nivel de confianza, cuyo resultado fue **$\tau_B = 1,477$; P-valor = 0,140** ($p > 0.05$), que indica que no existe relación estadística significativa entre ambas variables, en consecuencia no se acepta la segunda hipótesis específica planteada.

TABLA 8

ABORTO Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

ABORTO	DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin Aborto	34	48,6	9	12,9	5	7,1	1	1,4
Con Aborto	8	11,4	8	11,4	3	4,3	2	2,9
TOTAL	42	60,0	17	24,3	8	11,4	3	4,3

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Tau-b de Kendall: $\tau_B = 2,488$ P-valor = 0,013

En la tabla 8, al asociar el aborto y cáncer cervicouterino en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico del hospital Apoyo Iquitos 2015, se observa que: del 60% (42) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado I, el 48,6% se registró sin aborto y 11,4% con aborto de uno a más; referente al 24,3% (17) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado II, el 12,9% fueron registrados sin aborto y 11,4% con aborto; respecto al 11,4% (8) con cáncer cervicouterino de grado III, el 7,1% se registró sin aborto y 4,3% con aborto; y en cuanto al 4,3% (3) que tenía cáncer cervicouterino de grado IV, el 2,9% se registró con aborto y 1,4% sin aborto.

Para determinar si existe asociación entre el aborto y el cáncer cervicouterino, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de **Tau-b de Kendall**, con un nivel de significancia de 0,05 y un 95% de nivel de confianza, cuyo resultado fue $\tau_B = 2,488$; **P-valor = 0,013** ($p < 0.05$), que indica que existe relación estadística significativa entre ambas variables, en consecuencia se acepta la tercera hipótesis específica planteada.

TABLA 9

ANTECEDENTE FAMILIAR Y CANCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER GINECOLÓGICO DEL HOSPITAL APOYO, IQUITOS 2015

ANTECEDENTE FAMILIAR	DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO							
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin antecedentes	40	57,1	7	10,0	3	4,3	0	0,0
Con antecedentes	2	2,9	10	14,3	5	7,1	3	4,3
TOTAL	42	60,0	17	24,3	8	11,4	3	4,3

Fuente: Elaborado por las investigadoras

$X^2 = 31,303$ $p = 0,0000$

En la tabla 9, al asociar el antecedente familiar y cáncer cervicouterino en las pacientes atendidas en la unidad de prevención y control de cáncer ginecológico del hospital Apoyo Iquitos 2015, se observa que: del 60% (42) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado I, el 57,1% se registró sin antecedente familiar de cáncer cervicouterino y 2,9% con antecedente familiar; referente al 24,3% (17) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado II, el 14,3% fueron registrados con antecedente familiar y 10% sin antecedente familiar de cáncer cervicouterino; respecto al 11,4% (8) con cáncer cervicouterino de grado III, el 7,1% se registró con antecedente familiar y 4,3% sin antecedente; y en cuanto al 4,3% (3) que tenía cáncer cervicouterino de grado IV, el 4,3% se registró con antecedente familiar de cáncer cervicouterino y 0% sin antecedente familiar.

Para determinar si existe asociación entre el antecedente familiar y el cáncer cervicouterino, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución **Chi Cuadrada de Pearson**, con nivel de significancia de 0,05 y 95% de nivel de confianza, cuyo resultado fue de una $X^2 = 31,303$, con 3 grados de libertad y una **P-valor = 0,0000** ($p < 0.05$), que indica que existe relación estadística significativa entre ambas variables, en consecuencia se acepta la cuarta hipótesis específica planteada.

2. DISCUSIÓN

Al asociar los factores de riesgo (edad del primer parto, número de hijos, aborto, antecedente familiar) y el cáncer cervicouterino, en la población estudiada, se encontró que:

Existe asociación estadística significativa, entre:

- El aborto y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,013; $p < 0,05$), pues 70% de pacientes con cáncer cervicouterino de grados I, II, III, IV se registraron sin aborto y 30% de pacientes con cáncer cervicouterino de grados I, II, III, IV se registraron con abortos. Este resultado tiene cierta concordancia con lo encontrado por Carranza V, Nacimiento F, Vásquez C. (Perú, 2014), en su estudio sobre factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, en la ciudad de Iquitos, donde el 100% tuvo abortos (94,1% de cero a un aborto y 5,9% de dos a más); sin embargo, no coincide con lo encontrado por Cordero J, García M. (Cuba, 2013), en su estudio sobre citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, donde 31,2% se reportó sin aborto y 81,4% con aborto (56% de uno a tres y 11,8% de cuatro a más); asimismo, no coincide con lo encontrado por Silva BR, Soplin KE, Talledo SP. (Perú, 2014), en su estudio sobre conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cervicouterino, donde 34,5% no tuvo abortos y 65,5% que tuvo abortos (39,8% provocado, 25,7% natural), encontrando relación estadística significativa entre aborto y cancer cérvicouterino ($p=0,02$; $p<0,05$). Respecto a éste hallazgo o resultado, indicamos que el factor de riesgo aborto se encontró relacionado de forma directa a las lesiones cervicouterinas cuanto mayor es el número de veces en que la mujer se ve expuesta a un aborto mayores son sus probabilidades de tener cancer cervicouterino, porque el embarazo activa el funcionamiento de hormonas reproductivas y provoca un estado de inmunosupresión que al verse interrumpido de manera abrupta debido al aborto, aumenta la susceptibilidad de las células comprometidas, modifican esta transformación normal o definitiva del epitelio en metaplasia atípica que puede desencadenar el desarrollo del cáncer cervical con los años; sin embargo, también

se recalca que el aborto es un factor de riesgo evitable en la mujer con la educación y consejería oportuna junto a su pareja para disminuir nuevos casos, y esta es una actividad de responsabilidad de los profesionales de la salud, donde enfermería es un miembro importante del equipo de salud.

- El antecedente familiar y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,0000; $p < 0,05$), pues del 100% (70) de pacientes estudiadas, 71,4% con cáncer cervicouterino de grado I, II, III y IV se registraron sin antecedente familiar de cáncer cervicouterino y 28,6% con cáncer cervicouterino de grado I, II, III y IV se registraron con antecedente familiar de cáncer cervicouterino. Nuestros resultados, coinciden en cuanto a la proporción pero no en cifras con el estudio de Palma JE. (Perú, 2011), sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de ginecología y obstetricia del C. de S. Leonor Saavedra en San Juan de Miraflores, Lima, en una muestra de 280 mujeres en edad fértil, quien encontró que: 85,9% no tuvo antecedente familiar de cáncer cervicouterino, mientras que 14,1% si tuvo antecedente familiar (su madre, abuela materna, hermana y otro familiar); de igual forma con Romero KP, Rojas J. (Bolivia, 2012), en su investigación sobre la frecuencia de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil, en una muestra de 110 mujeres, encontraron que: 85% no sabe si tiene antecedente familiar de cáncer cervicouterino, 14% indican no tener el antecedente de cáncer Cervicouterino y 1% refiere saber que tienen antecedentes de cáncer cervicouterino. Respecto a este hallazgo o resultado obtenido, decimos que si bien es cierto que se trata de una condición genética que no la podemos cambiar, pero si se puede disminuir la probabilidad de desarrollo del cáncer cervicouterino si se enfatiza en el autocuidado de la mujer en el sentido de evitar o disminuir los factores de riesgo con los que podrían estar asociados, como el bajo nivel cultural y educativo, escasas opciones recreativas, baja incorporación de la mujer al trabajo bien remunerado, la existencia de altas tasas de natalidad lo que asociado a la serie de cambios que se experimentan durante el embarazo donde la mujer se inmunodeprime o se afecta su inmunidad, facilitando una infección de transmisión sexual en especial con el virus del papiloma humano, además de los efectos

traumáticos que sobre el cuello uterino puede producir cada parto, siendo un reto esta actividad que debe ser asumido por los profesionales de la salud en sus actividades de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en ambos sexos.

Por otro lado, no existe asociación estadística significativa, entre:

- La Edad y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,549; $p > 0,05$), pues del 60% (42) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado I, el 31,4% tuvo el primer parto en edad menor de 20 años y 28,6% tuvo el primer parto entre 20 a 35 años; en cuanto al 24,3% (17) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado II, el 18,6% tuvo el primer parto en edad menor de 20 años y 5,7% entre 20 a 35 años; respecto al 11,4% (8) con cáncer cervicouterino de grado III, el 7,1% tuvo el primer parto en edad entre 20 a 35 años y 4,3% menor de 20 años; y del 4,3% (3) con cáncer cervicouterino de grado IV, 2,9% tuvo el primer parto con menos de 20 años y 1,4% entre 20 a 35 años de edad. Nuestros resultados coinciden en la proporción mas no en las cifras, con lo encontrado por Silva BR, Soplin KE, Talledo SP. (Perú, 2014), en su estudio sobre conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cervicouterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, en una muestra de 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino, donde: 79,6% tuvo el primer parto a edad temprana menor de 20 años y 20,4% entre 20 a 35 años, concluyendo que no existe relación estadística significativa entre edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,429$; $p > 0,05$); igualmente, guarda cierta concordancia con lo encontrado por Mollinedo NM, Mita SE, Gomez F. (Bolivia, 2012), en su estudio sobre determinación de conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil del Municipio de San Pedro de Tiquina 2011, en La Paz, que en una muestra de 19 mujeres, obtuvieron que: 46,8% tuvo su primer parto antes de los 18 años, 50% lo tuvo entre los 18 y 25 y 32% después de los 25 años; pero no coincide con lo encontrado por Palma JE. (Perú, 2011), en su investigación sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de ginecología y obstetricia del C. de S. Leonor Saavedra de San Juan de Miraflores en Lima, en

una muestra de 280 mujeres en edad fértil, encontró que: 41,9% había retrasado la edad de su primer parto hasta los 22 años en adelante. Respecto a los resultados obtenidos, la mayoría de mujeres con cancer cervicouterino de grado I tuvo su primer parto a edad menor de 20 años, seguido de una proporción significativa de mujeres con el mismo grado I que tuvo su primer parto entre 20 a 35 años, y en términos generales predominó el cáncer cervicouterino de grado I (60%) y la edad del primer parto de edad menor de 20 años (57,2%) frente a una proporción significativa que tuvo su primer parto entre 20 a 35 años (42,8%), encontrándose una relación inversa entre edad y cancer cervicouterino, pues cuanto menor edad tiene la mujer en su primer parto (menor de 20 años), mayor es la propensión (dos veces más) de llegar a tener cancer cervicouterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer parto a los 25 años o después; ello exige que el profesional de enfermería y de salud en general, cumpla con la consejería integral en cada atención y según la etapa del ciclo vital del ser humano, para dar a conocer los riesgos relacionados con la edad del primer parto y tomar conciencia de que es un factor que se puede cambiar para retrasarlo a una edad de menor riesgo, así como acceder de acceder a los servicios diagnósticos de salud de manera regular.

- El número de hijos y cáncer cervicouterino (P-valor = 0,140; $p > 0,05$), pues del 60% (42) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado I, el 38,6% tuvo paridad baja con uno o dos hijos, 14,3% tuvo multiparidad con tres hijos a más y 7,1% registró nuliparidad o ningún hijo; en cuanto al 24,3% (17) de pacientes con cáncer cervicouterino de grado II, el 11,4% tuvo paridad baja, 10% multiparidad y 2,9% nuliparidad; respecto al 11,4% (8) con cáncer cervicouterino de grado III, el 5,7% tuvo paridad baja, 4,3% multiparidad y 1,4% nuliparidad; y del 4,3% (3) con cáncer cervicouterino de grado IV, el 2,9% tuvo multiparidad, 1,4% paridad baja y 0% nuliparidad. Nuestros resultados, coinciden en proporción mas no en las cifras, con lo encontrado por Ávila DI, Plaza WR. (Ecuador, 2012), en su estudio sobre frecuencia y tipo de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20 a 60 años de la parroquia El Valle 2011, en una muestra de 470 historias clínicas, utilizando el sistema Bethesda para clasificar lesiones histopatológicas, encontraron que:

82,7% tuvo paridad baja con uno a dos hijos, 14,4% tuvo multiparidad con tres, cuatro y más hijos y 2,7% fueron nulíparas; de ellas 14,9% fueron normales o sin lesiones cervicouterinas, 72,1% con lesiones inflamatorias, 5,3% con atipias epiteliales de significado indeterminado (ASCUS), 3% con displasia leve (LIE BG) y 0,2% displasia moderada a severa (LIE AG); por otro lado, guarda cierta similitud con lo encontrado por Carranza V, Nacimiento F, Vásquez C. (Perú, 2014), en su estudio sobre factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, en Iquitos, encontraron que: 86,8% tuvo menor número de hijos (de cero a tres) y 13,2% mayor número de hijos (de cuatro a más), siendo un factor predictor que más aportó a la aparición del cáncer cervical ($p=0,032$); sin embargo, no coincide con lo encontrado por Lazo E, Aguilar FL. (Perú, 2012), en su estudio sobre factores de riesgos reproductivos de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de ginecología del Hospital II-2 de Tarapoto, quien en una muestra de 42 pacientes, encontró que: 47,62% tuvo de 3 a 5 partos (mínimo 0 y máximo 10); referente a los casos de cáncer insitu, 52,4% de casos confirmados, de ellos 42,9% como NIC I, encontrando relación entre los factores de riesgo y las citologías cervicales uterinas alteradas; igualmente, no coincide con Silva BR, Soplin KE, Talledo SP. (Perú, 2014), en su estudio sobre conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, en una muestra de 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino, obtuvieron que: 96,5% tuvo paridad múltipara y 3,5% nulíparas, concluyendo que no existe relación estadística significativa entre número de hijos y cáncer cervicouterino ($p = 0,801$; $p > 0,05$). En cuanto a los resultados encontrados, tenemos que la mayoría de pacientes (60%) se encontraban con cáncer cervicouterino grado I y de ellos el mayor porcentaje fue para la paridad baja con uno o dos hijos, seguido de la multiparidad con tres o más hijos en el mismo grado I, siendo la distribución total de casos mayoritariamente para la paridad baja con uno o dos hijos (57,1%), seguido de la multiparidad con tres hijos a más (31,5%) y con menor proporción para la nuliparidad (11,4%), es decir que se evidencia relación directa entre la variable número de hijos y cáncer cervicouterino, pues a mayor número de hijos mayor

presentación de cancer cervicouterino. Esta información es importante pues evidencia un mayor acercamiento o preocupación por su estado de salud por parte de las mujeres en edad fértil, con el diagnóstico temprano de los casos en la mayoría (grado I), lo cual ayuda a que el tratamiento tenga un mejor pronóstico, aunque no deja de ser preocupante que existen un buen número de mujeres que esperan que la enfermedad avance para solicitar atención profesional eso se evidencia en el 24,3% de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino de grado II. Asimismo, las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término o completos tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino, por los cambios hormonales que suceden durante el embarazo que podrían causar que las mujeres presenten un sistema inmunológico más débil, lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones y a crecimiento tumoral; ello amerita que el profesional de enfermería asuma su responsabilidad como parte del equipo de salud con actividades orientadas a lograr que las mujeres interioricen este riesgo y realicen cambios en la disminución del número de hijos lo cual beneficia su salud.

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se han llegado después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son:

1. Con respecto a los factores de riesgo para cáncer cervicouterino identificados, 54,1% tenía edad del primer parto menor de 20 años, 57,1% tuvo paridad baja con número de hijos de uno a dos, 70% no tuvieron abortos, y 71,4% no tenían antecedente familiar de cáncer cervicouterino u otro tipo de cáncer.
2. Referente al cáncer cervicouterino, el 60% estaba en grado I, 24,3% estaba en grado II, 11,4% estaba en grado III y 4,3% estaba en grado IV.
3. Asimismo, al asociar los factores de riesgo y cáncer cervicouterino, se obtuvo que existe relación estadística significativa entre: el aborto y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,013; $p < 0,05$) y entre el antecedente familiar y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,0000; $p < 0,05$).
4. Sin embargo, no existe relación estadística significativa entre: la edad del primer parto y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,549; $p > 0,05$) y entre el número de hijos y el cáncer cervicouterino (P-valor = 0,140; $p > 0,05$).

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones del estudio de investigación, se recomienda:

1. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Seguir enfatizando en la formación profesional de los futuros enfermeros, las intervenciones de promoción y prevención de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino estudiados, porque pueden ser cambiados a favor de la salud de la mujer y el bienestar de la familia en general.
- Difundir los resultados, para que sean utilizados como antecedentes para nuevas investigaciones que se realicen sobre el tema, y como nuevo conocimiento científico en la formación profesional.

2. A LA DIRECCION DEL HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

- Para que se fortalezcan los programas educativos y de consejería dirigidos a las mujeres en edad fértil, con el fin de sensibilizarlas sobre el autocuidado y la importancia de un diagnóstico temprano de cáncer cervicouterino, para prevenir la aparición de nuevos casos.
- Que el personal de salud enfatice en la orientación sobre situaciones o enfermedades no deseadas como el aborto y el cáncer cervicouterino, que pueden ser evitadas observando una conducta sexual y reproductiva responsable y protectora.

3. A LA UNIDAD DE ANÁLISIS DEL ESTUDIO:

- De utilizar oportuna y convenientemente los servicios de salud que el estado les facilita, para obtener información pertinente e integral acorde a cada etapa de vida que influya en su autocuidado y el uso oportuno de los mismos.
- Buscar información en el profesional de enfermería y de salud en general, sobre enfermedades que afectan a la mujer en edad fértil como el cáncer cervicouterino, si tuvo un inicio sexual precoz, tuvo abortos o si algún familiar a tenido o tiene algún tipo de cáncer, para identificar los factores de riesgo y buscar estrategias de promoción y prevención de la salud.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino y de control. Ginebra, Suiza. 2010. Disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/WHO_RHR_10.13_eng.pdf
2. Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología. Cáncer cervicouterino. España, 2010. Disponible en: http://www.acog.org/publications/patient_education/sp085.
3. Llanos SLX. Factores de riesgo de infección del virus papiloma humano y el cáncer de cuello uterino. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Lima. Universidad Privada Sergio Bernales. Perú, 2013.
4. Grisson G. Cáncer en mujeres se detectan en etapas avanzadas. Liga contra el Cáncer. Lima, Perú. Disponible en: http://www.educacionenred.pe/noticia/?portad=79236&utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_c
5. Ministerio de Salud. Porcentaje de casos nuevos de cáncer I semestre 2015. Iquitos Hospital Regional de Loreto. Perú. 2015.
6. Carballo P. Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. México. 2011. Disponible en: <http://bvs.sId.cu/revistas/san/voI7.html>
7. Gómez RM. Estudio de lesiones premalignas y malignas de cérvix uterino en mujeres mayores de 35 años y su respuesta al tratamiento en la unidad oncológica Solca Ambato, año 2006. Tesis para Título profesional. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. 2014.
8. Ávila DI, Plaza WR. Frecuencia y tipo de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20 a 60 años de la parroquia El Valle, atendidos en el Programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino el año 2011. Tesis de titulación profesional. Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador. 2012.
9. Romero KP, Rojas J. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres de 14-65 años. [Revista en internet] 2012. [Revisado 15/11/15]. v.15 n.1. 12. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-4332012000100006&script=sci_
10. Mollinedo NM, Mita SE, Gomez F. (Bolivia, 2012), en su estudio sobre determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al

cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil en San Pedro de Tiquina 2011. CIENTIFICA v.10 n.1 La Paz 2012. Revistas Boliviana. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-00542012000100004&script=sci_arttext

11. Callejas DE. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix. [Tesis para optar grado académico de Doctor]. España. Universidad de Alcalá. 2011.
12. Cordero J, García M. Citologías alteradas y factores de riesgo para cáncer cervicouterino. Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”. San José de las Lajas. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. V. 41, n° 4. Cuba, 2015. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/5/5>
13. Lazo E, Aguilar FL. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto, 2011. Tesis de Título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú, 2012.
14. Palma JE. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. de S. Leonor Saavedra - San Juan de Miraflores. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2011. [En español: Revisado: 13/11/2015]
15. Silva BR, Soplin KE, Talledo SP. Conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. Iquitos, Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU-pdf.pdf>
16. 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 para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Iquitos. UNAP. 2014.
17. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Washington. EE. UU. 2015.
18. Duque J, Rodríguez. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades en niños. Rev Cub Estomatol. 2011; 39(2): 111-9.

19. Ravela P. factores de riesgo. Programa de promoción de la reforma educativa en América latina y el Caribe. Madrid, España. 2013.
20. Creative Commons. El Embarazo humano. EE. UU. 2016. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano
21. Rovati L. La mejor edad para ser madre (en términos biológicos) son los 25 años. México 2015. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/embarazo/la-mejor-edad-para-ser-madre-en-terminos-biologicos-son-los-25-años>.
22. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580.pdf>
23. Comisión de Economía para América Latina - CEPAL. Definición de algunos indicadores demográficos. 2015. Disponible en: http://www.cepal.org/sites/default/files/def_ind.pdf
24. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Información y Análisis de Salud (HA). Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, Junio 2015. Disponible en: <file:///D:/Documents/Downloads/glosario-spa-2014.pdf>
25. Pérez J, Merino M. Definición de aborto. 2012. Disponible en: <http://definicion.de/aborto/#ixzz4H3xKVWgW>
26. Ganatra B, Tunçalp Ö, Bart H, Johnson B, Gülmezoglu AM, Temmerman M. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014;92:155. Ginebra, Suiza. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>
27. ACIPRENSA. Secuelas físicas del aborto. 2015. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/recursos/secuelas-fisicas-del-aborto-18/>
28. Borràs JM. Cancer y herencia. Colegio de Farmaceuticos. Barcelona, España. Editorial. 2010.
29. Sociedad Americana contra el Cáncer. Síndrome de cáncer en las familias. EE. UU. Editorial. 2014.
30. Urioste M. Cáncer familiar y hereditario. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. 2015.

31. Feller L, Wood NH, Khammissa RAG, Lemmer J. Carcinogénesis mediada por virus del papiloma humano. EE. UU. Editorial. 2010.
32. Castillo G. Cáncer de Cuello Uterino. 2011. Disponible en: [http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=141:cancer-de-cuello-uterino&catid=37:enfermedades_con_c-&](http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=141:cancer-de-cuello-uterino&catid=37:enfermedades_con_c-)
33. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino (cervical). EE.UU. Editorial. 2014.
34. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Cáncer de cuello uterino. Lima, Perú. 2011.
35. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. Relación causal entre el virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino. [Revista en internet]. 2010. 55:244-65.
36. Fernández CF. El nobel que evitó la muerte de miles de mujeres. Periódico El tiempo. Bogotá, Colombia. 06/10/2014. Sección estilo de vida/salud.
37. Román V. Cinco teorías explicativas del porqué una persona enferma de cáncer. [Biblioteca digital]. 2007. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2007/07/14/sociedad/s-05601.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

**FICHA DE REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO Y CANCER
CERVICOUTERINO**

I. INSTRUCCIONES

Sr/Srta. investigador/a, lea cuidadosamente el dato específico consignado en la historia clínica de cada paciente y regístrelo en la presente ficha, asimismo escriba en la dimensión correspondiente la respuesta según lo refiera la paciente en estudio.

Duración: 05 minutos.

II. CONTENIDO

I. INFORMACION GENERAL		
1. FECHA:/...../.....		
2. N° DE HISTORIA CLINICA:		
II. FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION	CODIF.
1. EDAD DEL PRIMER PARTO	a) Menor de 20 años	1
	b) De 20 a 35 años	2
	c) Mayor de 35 años	3
2. NÚMERO DE HIJOS	a) Nulípara (Ningún hijo)	1
	b) Paridad Baja (De uno a dos hijos)	2
	c) Multiparidad (De tres a más hijos)	3
3. ABORTO	Sin aborto (ninguno/cero abortos)	1
	Con Aborto (De 1 a más)	2
4. ANTECEDENTE FAMILIAR	a) Sin antecedente de cáncer cervicouterino u otros cánceres.	1
	b) Con Antecedente de cáncer cervicouterino u otros cánceres. (Especifique) - Mamá () - Abuela () - Hermana () - Tía/prima () - Otro (especifique)	2

III. DIAGNOSTICO CANCER CERVICOUTERINO	
GRADO DE EVOLUCION	CODIF.
1. Cáncer Cérvico-uterino, Grado I	1
2. Cáncer Cérvico-uterino, Grado II	2
3. Cáncer Cérvico-uterino, Grado III	3
4. Cáncer Cérvico-uterino, Grado IV	4

OBSERVACIONES:

.....

.....

¡Muchas gracias!

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES DE RIESGO	Definido como aquellas características somáticas y genéticas, inherentes a la mujer sujeto de estudio que expresan la probabilidad de sufrir una lesión o daño. Fue medido según los siguientes indicadores:	a) Edad del primer parto	Referido a la edad cronológica en que la mujer sujeto de estudio dio a luz por primera vez y que se encuentra registrado en la historia clínica. Fue medido como: - Menor de 20 años - De 20 a 35 años - Mayor de 35 años	Ordinal	Ficha de Registro de factores de riesgo y cáncer cervicouterino
		b) Numero de hijos.	Referido a la cantidad numérica de hijos que tuvo la mujer con diagnóstico de cáncer cervicouterino y que se encuentra registrado en la historia clínica. Fue medido como: - Nulípara: cuando la historia clínica registró ninguno en número de hijos - Paridad baja: cuando la historia clínica registró de uno a dos hijos - Multiparidad: cuando la historia clínica registró de tres a más hijos	Ordinal	
		c) Aborto	Referido a la pérdida del producto de la gestación dentro de las 20 semanas, que tuvo la mujer con diagnóstico de cáncer cervicouterino y que se encontró registrado en la historia clínica. Fue medido como: - Sin aborto: cuando estaba registrado ninguno/cero abortos - Con Aborto: cuando estaba registrado de uno a más abortos	Ordinal	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
		d)Antecedente familiar	<p>Referido a las probables alteraciones genéticas de las células del cuello del útero, que pueden ser transmitidas de padres a hijos/as o entre los miembros de la misma familia de la mujer afectada con cáncer cervicouterino. Será medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin Antecedentes: cuando refiere no tener ningún miembro de su familia con cáncer cervicouterino o cualquier otro tipo de cánceres. - Con Antecedentes: cuando refiere tener algún miembro de su familia con cáncer cervicouterino o cualquier otro tipo de cánceres. 		
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>CANCER CERVICO UTERINO</p>	<p>Referido a la presencia de células cancerígenas o la proliferación anormal y descontrolada de células malignas a nivel del cuello uterino, diagnosticado como cáncer cervicouterino y registrado en la historia clínica de la mujer sujeto de estudio. Fue medido como:</p>	<p>a)Cáncer CU Grado I</p> <p>b)Cáncer CU Grado II</p> <p>c)Cáncer CU Grado III</p> <p>d)Cáncer CU Grado VI</p>	<p>Si la historia clínica lo registraba como tal</p> <p>Si la historia clínica lo registraba como tal</p> <p>Si la historia clínica lo registraba como tal</p> <p>Si la historia clínica lo registraba como tal</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ficha de Registro de factores de riesgo y cáncer cervicouterino</p>

