

"Año de la Consolidación Económica y Social del Perú"

**UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ	
BIBLIOTECA	
RECIBIDO	
FECHA: 19/10/10	HORA: 6: PM
527	
FIRMA:	

TESIS

**"FACTORES ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO
EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO AÑO 2009"**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRIZ

PRESENTADO POR BACHILLER EN OBSTETRICIA:

Margarita Jesús GUTIÉRREZ RENGIFO

ASESOR:

Med. Mgr. Javier VÁSQUEZ VÁSQUEZ.



IQUITOS - PERÚ

2010

Universidad Científica del Perú

**ACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD**

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a las 11:00 am horas del día 20, del mes de setiembre del año 2010, se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de :

Srta. : **MARGARITA JESÚS GUTIÉRREZ RENGIFO**

En la modalidad de: **SUSTENTACION DE TESIS**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
A) Aplicación de la teoría a casos reales	13	12	13	13
B) Investigación Bibliográfica	13	13	14	13
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	14	14	14	14
D) Calidad de respuestas.	14	13	14	14
E) Uso de terminología especializada.	14	13	14	14
Calificación Final	<i>Catorce</i>			

Aprobado Por: *Mayoría*

Calificación Final (en letras) *Catorce*

Leyenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Optima	4

Presidente: Méd. Mgr. Edwin Zevallos Bazán

Miembro: Méd. Eder Aguilar Rojas

Miembro: Obst. Natalik Espinoza Ramírez

Imaginación para la innovación permanente

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos

Telf.: (065) 261088-261092



DEDICATORIA

El presente trabajo de Investigación se lo dedico a mis queridos padres, por ser mi principal motor y motivo para seguir adelante, siempre estuvieron conmigo, en los momentos buenos y malos, y es gracias a ELLOS que estoy logrando todas mis metas.

MAMITA hoy me siento más que satisfecha, por que la promesa que te hice antes de tu partida la estoy cumpliendo y sé que tú estas presente en todos mis triunfos y siempre iluminas mi caminar.

RECONOCIMIENTO

Mi más sincero reconocimiento al: Doctor Javier Vásquez Vásquez, Obstetra Natalik Espinoza Ramírez, Doctor Julio Goicochea, Fiorella Quintana Cárdenas y Ardes Paredes, por todo el apoyo que me brindaron, por su paciencia y enseñanzas en el transcurrir de la elaboración de mi investigación.

LA AUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Director, del Hospital Regional de Loreto, a la Jefa y al personal que labora en la oficina de Estadística por permitirme y brindarme las facilidades para tener acceso a las Historias Clínicas y así poder obtener mis datos estadísticos.

A los Ginecólogos y Obstetras del Hospital Regional de Loreto, por haber contribuido desinteresadamente en mi formación, por haber compartido sus conocimientos y haber fortalecido mi formación profesional.

LA AUTORA

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. Datos Generales.....	vii
II. Resumen.....	01
III. Summary.....	02
IV. Introducción.....	03
V. Plan de Investigación.....	04
1. Título.....	04
2. Planteamiento del Problema.....	04
2.1 Descripción del Problema.....	04
2.2 Formulación del Problema.....	04
2.2.1 Problema General.....	04
2.2.2 Problemas Específicos.....	05
3. Objetivos.....	06
3.1 Objetivo General.....	06
3.2 Objetivos Específicos.....	06
4. Justificación de la Investigación.....	07
5. Marco Teórico Referencial.....	08
5.1 Antecedentes de Estudio.....	08
5.2 Bases Teóricas.....	15
5.3 Definición de Términos Básicos.....	35
6. Hipótesis.....	36
7. Variables.....	37
8. Aspectos Metodológicos.....	38
8.1 Tipo de Investigación.....	38
8.2 Diseño de Investigación.....	38
8.3 Población y Muestra.....	38
8.3.1 Población.....	38
8.3.2 Muestra.....	38
8.3.3. Criterios de Inclusión.....	38
8.3.4. Criterios de Exclusión.....	39

8.4 Técnicas, Instrumentos y Procesamientos de Recolección de Datos.....	39
8.4.1 Técnica de Recolección de Datos.....	39
8.4.2 Instrumento de Recolección de Datos.....	39
8.4.3 Procesamiento de Recolección de Datos.....	39
8.5 Procesamiento de la Información.....	39
9. Resultados.....	40
10. Discusiones.....	49
11. Conclusiones.....	51
12. Recomendaciones.....	53
13. Bibliografía.....	54
14. Anexos.....	58
14.1 Anexo N° 01 Instrumento de Recolección de Datos.....	59
14.2 Anexo N° 02 Matriz de Consistencia.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01. Inicio de las relaciones coitales y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	40
GRÁFICO N° 02. Número de compañeros sexuales y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	41
GRÁFICO N° 03. Edad la menarquia y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	42
GRÁFICO N° 04. Examen de Papanicolaou para Infección por Virus de Papiloma Humano y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	43
GRÁFICO N° 05. Paridad y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	44
GRÁFICO N° 06. Uso de píldoras anticonceptivas y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	45
GRÁFICO N° 07. Aborto y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	46
GRÁFICO N° 08. Consumo de cigarrillos y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	47
GRÁFICO N° 09. Antecedentes de ITS y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.....	48

I. DATOS GENERALES

1.1 Título

Factores Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional de Loreto año 2009.

1.2 Área de investigación

1.2.1 Área: Salud, Educación, Comunicación, Derecho y Desarrollo Sostenible

1.2.2 Línea: Estrategias De Salud.

1.3 Autor:

Margarita Jesús; GUTIÉRREZ RENGIFO.

1.4 Colaboradores:

1.4.1 Instituciones:

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

1.4.2 Personas:

Med. Mg. Javier VÁSQUEZ VÁSQUEZ.

1.5 Duración estimada de la ejecución:

Cuatro Meses.

1.6 Fuentes de financiamiento:

1.6.1 Recursos propios

1.7 Presupuesto Estimado: S/. 3000 (nuevos soles)

II. RESUMEN

El Cáncer de Cuello Uterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo. América Latina y el Caribe, la Organización Mundial de la Salud reporta que cada año 86 532 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical y 38 436 mueren de esta enfermedad.

El objetivo de la investigación es determinar los Factores Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional de Loreto, se utilizó una muestra de 53 pacientes atendidas en el HRL., que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se consideraron los factores: Edad de inicio de la relación coital, número de compañeros sexuales, menarquía, el virus de papiloma humano, multiparidad, anticonceptivos orales, aborto, consumo de tabaco, ITS.

En la investigación se determinó que: El número de compañeros sexuales, la paridad, la presencia de virus de Papiloma Humano y el aborto, son factores que influyen en la presencia de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

Del mismo modo se determinó que la edad de inicio de la relación coital, edad de la menarquía, el uso de píldoras anticonceptivas, el consumo de tabaco y los antecedentes de ITS, no son factores que influyen en la presencia de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

La tasa de incidencia es de 0.04, tasa relativamente elevada, por lo que se recomienda a los especialistas del área de ginecología cumplir con las normas establecidas por el Ministerio de Salud en lo concerniente al diagnóstico y manejo de pacientes con cáncer de cuello uterino.

III. SUMMARY

The cervix cancer continues to be an important problem of public health among women of the world in development. In Latin America and the Caribbean, the World Organization of the Health reports that every year 86 532 women are diagnosed with cervical cancer and 38 436 die from this illness.

The objective of the investigation is to determine the Factors Associated to Cancer of Uterine Neck in Assisted Women in the Regional Hospital of Loreto, we used a sample of 53 patients assisted in the HRL. That completed with the inclusion approaches.

The factors that were considered are: age of beginning of the coital relationship, number of sexual partners, menarquia, the virus of human papiloma, multiparity , oral contraceptives, number of miscarries, consumption of tobacco, STD (Sexual transmitted diseases).

The research found that: The number of sexual partners, parity, the presence of human papiloma virus and abortion, are factors that influence the presence of cervical cancer patients treated at the Regional Hospital of Loreto.

Similarly it was determined that the age of onset of sexual relationships, age at menarche, use of birth control pills, use of snuff and a history of STIs, there are factors that influence the presence of cervical cancer patients treated at the Regional Hospital of Loreto.

The rate of incidence is of 0.04, it appears relatively high, for what is recommended the specialists of the gynecology area to fulfill the norms settled down by the Ministry of Health concerning to the diagnosis and management of patient with cancer of uterine neck.

IV. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo. América Latina y el Caribe tienen una de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud reporta que cada año 86 532 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical y 38 436 mueren de esta enfermedad.

En el Perú, el cáncer ginecológico (Cuello uterino y mama) es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en edad fértil según MINSA 1992. La incidencia de cáncer cervical en el Perú es de 40,4 por 100 mil mujeres y una tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres.

Puesto que no se ha precisado la etiología del cáncer, nos referimos a las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino, agrupándolos como factores de riesgo.

V. PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. Título:

Factores Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional de Loreto año 2009.

2. Planteamiento del Problema.

2.1 Descripción del Problema

El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo. América Latina y el Caribe tienen una de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud reporta que cada año 86 532 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical y 38 436 mueren de esa enfermedad. El cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres en América, y el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años de edad. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la región de las Américas. Los datos de mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud indican una mortalidad estandarizada de cáncer cervicouterino persistentemente alta en Nicaragua, El Salvador y Perú. La incidencia de cáncer cervical en Perú es de 40,4 por 100 mil mujeres y una tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres.

2.2 Formulación del Problema

2.2.1 Problema General

¿Cuáles son los Factores Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional de Loreto año 2009?

2.2.2 Problemas Específicos

- a) ¿La Edad de inicio de la relación coital está asociado a cáncer de cuello uterino?
- b) ¿El número de compañeros sexuales es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- c) ¿La menarquía es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- d) ¿El virus de papiloma humano es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- e) ¿La multiparidad es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- f) ¿El uso de anticonceptivos orales es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- g) ¿El aborto es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- h) ¿El consumo de tabaco es un factor asociado a cáncer de cuello uterino?
- i) ¿Los antecedentes de ITS son factores asociados a cáncer de cuello uterino?

3. Objetivos:

3.1 General:

- Determinar los Factores Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional de Loreto año 2009.

3.2 Específicos:

- a. Demostrar si la edad de inicio de la relación coital es un factor asociado a cáncer de cuello uterino.
- b. Corroborar si el número de compañeros sexuales es un factor asociado a cáncer de cuello uterino.
- c. Relacionar si la menarquía es un factor asociado a cáncer de cuello uterino.
- d. Identificar si el virus de papiloma humano es un factor asociado a cáncer de cuello uterino.
- e. Demostrar si la multiparidad es un factor asociado a cáncer de cuello uterino.
- f. Determinar si el uso de anticonceptivos orales está asociado a cáncer de cuello uterino.
- g. Identificar si el aborto es un factor asociado a cáncer de cuello uterino.
- h. Demostrar si el consumo de tabaco está asociado a cáncer de cuello uterino.
- i. Reconocer si los antecedentes de ITS son factores asociados a cáncer de cuello uterino.

4. Justificación de la investigación:

El cáncer representa la segunda causa de muerte en nuestra población y se tiene datos de la frecuencia de las neoplasias en sólo 3 departamentos de la costa del Perú; desconocemos el patrón de las neoplasias malignas que provienen de la sierra y selva del país.

Con el conocimiento de esta realidad pretendo contribuir en el diseño de estrategias de intervención que conlleven a la mejora del problema. Sin este conocimiento, toda directiva proveniente de los órganos centrales pierde valor ya que no se ajustan a la realidad.

El fin de la presente investigación es determinar cuáles son los factores asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.

5. Marco Teórico:

5.1 Antecedentes del estudio:

José Pacheco Romero (2000). En el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (RCLM) del Centro de Investigación en Cáncer “Maes Heller” (CIC-MH), 1968-1970, la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue de 19,8 por 100 000 mujeres, ocupando el primer lugar como causa de muerte entre las neoplasias malignas que afectan a la mujer. En el período de 1990-1991, pasó al tercer lugar con la tasa de 10,2 y conservó esta posición en el último RCLM 1994-1997 (al entrar en prensa, el año 2006) con tasa de 10,94 por 100 000 mujeres, después de los cánceres de mamas y estómago.¹

Herrero R et al (1990). Realizaron un estudio de 759 pacientes con cáncer cervical, 1430 controles, y 689 parejas sexuales en cuatro países de América Latina; evaluaron la influencia de múltiples factores de riesgo sobre el cáncer cervical invasivo. Los principales factores de riesgo identificados fueron la edad de la mujer en la primera relación sexual, el número de parejas sexuales, el número de partos, la presencia de ADN de virus del papiloma humano (VPI) tipos 16 o 18 años, antecedentes de enfermedades venéreas, el no participación de programas de detección precoz, y un nivel socioeconómico bajo. Los factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino fueron analizados en 759 pacientes con cáncer de la Ciudad de México, Costa Rica, Panamá y Bogotá, Colombia, en comparación con 1430 controles y 689 parejas masculinos, de entrevista y análisis de virus del papiloma humano (VPH) Los tipos 16 y 18.²

Schmeink CE et al (2008). Ha publicado recientemente una meta-análisis, además de un gran estudio de cohortes que mostraron con independencia de que el uso de anticonceptivos orales (CO) conduce a un aumento del riesgo relativo (RR) de cáncer de cuello uterino. Este RR aumentó con la duración del uso y la OR fue del 1,90 después de 5 años o más (95% CI: 1.69-2.13). Basándose en estos resultados, no hay razones para desalentar el uso de OC en mujeres en los Países del tercer mundo.³

Ricardo Ortiz Serrano et al (2004). En el período comprendido entre los años 1983 y 1991, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia fue de 6,5 por 100,000 habitantes; entre 1986 y 1996 fallecieron 20.000 mujeres por cáncer de cuello uterino, el 50% de estos casos murieron por diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados. Es la segunda tasa de mortalidad (9,9 por 100.000 mujeres en 1994) más alta de todo Sudamérica por esta patología. De acuerdo con los últimos datos de mortalidad en el país, en 1995 el cáncer de cuello uterino ocasionó el 15% de las muertes por cáncer en mujeres, lo cual significó un descenso con respecto a 1985 de un 1%; sin embargo, pasó a ocupar el primer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos. El cáncer de cuello uterino ocupa el décimo lugar en la mortalidad general en el área rural y la octava en el área urbana. La tendencia de la mortalidad ha conservado un patrón estable en los últimos 30 años; durante el quinquenio 1987-1991 la incidencia del carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 25,2 por 100.000 mujeres, mientras que para el carcinoma in situ fue de 21,6 por 100.000. La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades ha disminuido y el cáncer preinvasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran la gran magnitud del problema que representa esta patología. El Registro Poblacional de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga encontró entre 2000 y 2001 un total de 3.326 casos nuevos de lesión preneoplásica y neoplásica de cuello uterino en una población de 468.282 mujeres del área metropolitana, con una incidencia promedio anual de tumor maligno de 26,9 por 100.000 habitantes, lo que representa una tasa ajustada promedio de 35,7 por 100.000 habitantes para los años 2000 y 2001; es la segunda causa en frecuencia de cáncer en el área metropolitana de Bucaramanga.⁴

Dr. Armando Rodríguez Salva et al (1999). Realizó un estudio de casos y controles, con el objetivo de identificar los grupos de alto riesgo del carcinoma cervicouterino, como base para la orientación adecuada en su control. Se seleccionaron como casos las 67 pacientes diagnosticadas con cáncer localizado e invasivo por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino durante el período 1995 y 1996. En el estudio se reportó por el Programa un total de 67 casos, 16,4 % fue de carcinoma invasor y 83,6 % en estadio 0. La distribución de casos según la edad y etapa clínica al diagnóstico, se

observa mayor porcentaje en mujeres menores de 35 años (50,7 %), este grupo y el de 35 a 44 años sólo reportaron casos en estadio 0. Sólo hubo casos de carcinoma invasor en mayores 45 años. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 37,8 años, con un rango de edades entre 20 y 59 años. Se analizaron algunos factores de riesgo relacionados con la historia reproductiva. La edad media de la menarquía fue de 12,6 años en los casos y 11,5 en los controles. Cuando aumenta la edad de la menarquía se incrementa significativamente el riesgo de padecer cáncer, siendo éste 43 veces mayor en las que comenzaron su menarquía después de los 14 años. La edad en el primer parto tiene una media de 20 y 22 años para casos y controles, respectivamente. A menor edad en el primer parto aumenta de forma significativa el riesgo de padecer este cáncer (13 veces mayor en menores de 20 años). A mayor número de partos el riesgo aumenta 9,4 veces más en las mujeres con 5 o más partos. La media del total de partos en los casos fue 2,9 y en el grupo control 2,2. El estudio muestra la asociación altamente significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y pertenecer al grupo de casos o de controles, el 85,1 % de los casos comenzaron las relaciones sexuales de forma precoz, siendo el riesgo 80 veces mayor en el grupo de 14 a 15 años. En relación con el número total de compañeros sexuales se apreció una media de 4 en los casos y de 2,4 en los controles, cuando es mayor el número aumenta el riesgo, y llega a ser 34,5 mayor en las que han tenido 5 o más. Usar anticonceptivos orales resultó un factor de riesgo 2,8 veces mayor en quienes lo usan. La realización del coito anal confiere un riesgo 4,1 veces mayor, en los casos el 64,3 % lo realizó alguna vez. El coito en el período menstrual eleva el riesgo 3,5 veces.⁵

Santos C et al (2001). Realizó en un hospital un estudio de casos y controles en el Perú de 198 mujeres con el histológico de cáncer de cuello uterino (173 carcinomas de células escamosas y 25 casos de adenocarcinoma) y 196 mujeres control. La información sobre factores de riesgo se obtuvo mediante entrevista personal. El ADN del VPH fue detectado en 95,3% de las mujeres con carcinoma de células escamosas y en el 92,0% de las mujeres con adenocarcinoma, en comparación con el 17,7% en las mujeres control. Los tipos más comunes en mujeres con cáncer de cuello uterino fueron VPH 16, 18, 31, 52 y 35. La asociación con los distintos tipos de VPH era igualmente fuerte para los dos tipos más comunes (VPH 16 y 18) como para los otros tipos menos

comunes. Además de VPH, el uso a largo plazo de anticonceptivos orales y el tabaquismo fueron asociados con un mayor riesgo. El VPII es la causa principal de carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma en mujeres peruanas. Copyright 2001 la investigación sobre el cáncer campaña⁶

Omar Nazzari N et al (2006). En Chile se producen anualmente alrededor de 1200 nuevos casos de cáncer cervicouterino y 677 muertes por año (tasa de mortalidad: 8,4/100.000 mujeres). La relación entre el virus papiloma humano de alto riesgo y este cáncer, es la más fuerte e importante de la epidemiología mundial. Se analiza en detalle el rol del virus papiloma en la carcinogénesis cervical y el rol de la tipificación viral en el estudio y manejo de la citología alterada, tanto en la literatura internacional como su aplicación en el modelo chileno. Sin embargo, la infección por VPH se sabe que es muy común en la población sexualmente activa; se ha estimado que hasta un 60% de las mujeres y hombres se han expuesto al menos una vez al virus durante su vida. La exposición a estos virus ocurre durante el contacto sexual, siendo la adolescencia el período de mayor exposición, habitualmente con sus primeras parejas. La prevalencia de la infección viral es de alrededor de un 30% antes de los 30 años de edad, cayendo gradualmente a cerca de un 10% entre los 30 y 50 años, y a menos de un 5% en las mayores de 50, aunque algunos estudios revelan un segundo pico de prevalencia en estas mujeres, así como también una mayor tasa de persistencia.⁷

Leyes Susana et al (2005). En la República Argentina. El cáncer de cuello uterino es uno de las principales patologías que afectan a la mujer especialmente en países como la Argentina, donde todos los factores de riesgo para su desarrollo están presentes. En la provincia de Corrientes, según un estudio realizado en 1995 en el Hospital J. R. Vidal, que atiende a una gran parte de la población más expuesta al riesgo sobre 725 casos registrados durante 1985-1995 representó el 24 % de todas las neoplasias (en ambos sexos) y el 62 % de todas las neoplasias génito mamarias. Otro estudio informa que la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en Corrientes en el año 2000 era de 15.3 por 100.000 mujeres, cifra más de 3 veces superior a la tasa del país. Según un estudio realizado en el Servicio de Anatomía patológica del Hospital J. R. Vidal en el año 2001, el cáncer de cérvix representó el 20,63 % sobre 2078 tumores

malignos, ocupando el primer lugar y seguido por tumores malignos de piel y de mama. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de extracción socio económica baja. Se ha establecido la relación etiológica con genotipos virales de riesgo del Papiloma Virus Humano (HPV), especialmente los subtipos 16, 18, 31 y 45, siendo su presencia condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de esta neoplasia. Las lesiones malignas del cuello uterino pueden ser intraepiteliales preinvasivas o invasoras. En su etiopatogenia confluyen además otros factores de riesgo, siendo los principales: inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas, pareja con hábitos sexuales de riesgo, enfermedades auto inmunes, infección por HIV, pobre respuesta inmune local, y tabaquismo.⁸

Dra. Elena Kasamatsu et al (2006). Los datos que se presentan a continuación fueron obtenidos del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en América Latina son de 28,6 y 12,9 x 100.000 mujeres respectivamente en el año 2002, con variaciones geográficas; así Paraguay ocupa el 3er lugar en la incidencia del cáncer de cuello uterino con 53.2 x 100.000 mujeres entre los países latinoamericanos, superados por Haití y Bolivia y seguido por Perú. Esta tasa es muy superior a las registradas en los otros países vecinos como Argentina, Brasil, Uruguay y Chile. Datos mundiales han demostrado que el virus del papiloma humano (VPH) está asociado al cáncer de cuello uterino en 99% de los casos y de los 40 genotipos que infectan el tracto genital femenino y masculino, los dos genotipos de alto riesgo (VPH 16 y 18) son causantes del 70% de cáncer de cuello uterino y los dos genotipos de bajo riesgo (VPH 6 y 11) del 90% de lesiones benignas (verrugas). El periodo entre la infección por VPH, la aparición de lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de bajo y alto grado y el cáncer de cuello uterino infiltrante es de 20 a 30 años.⁹

María Valderrama C et al (2007). Se realizó un estudio de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, durante los meses de agosto a diciembre del 2001. Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a

quienes se tomó muestras para PAP y VPH. La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p= 0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR: 8,8; IC95:1,9-39,6). La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística. Este estudio transversal incluyó estudiantes entre 18 a 26 años de tres instituciones de educación superior (dos universidades y un instituto) de Lima, Perú. Las estudiantes enroladas entre el 1 de agosto y el 15 de diciembre de 2001, eran sexualmente activas, tenían pleno uso de sus facultades mentales y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud reporta que cada año 86 532 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical y 38 436 mueren de esa enfermedad. El cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres en América, y el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años de edad.¹⁰

Huang A et al (2008). La obesidad se asocia con mayor mortalidad por cáncer cervical, pero su relación con el comportamiento sexual de los factores de riesgo que predisponen a la mujer el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino es poco clara. Han utilizado los datos de 3329 mujeres participantes, con edades entre 20-59 años, del 1999-2004 Nacional de Salud y Nutrición de examen, encuesta para analizar la relación entre el IMC y la edad al primer coito, número de parejas sexuales, el uso de condones durante la actividad sexual, la historia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus herpes simple 2 (VHS-2) de seropositividad, y la prevalencia del VPH. IMC no se asoció con la prevalencia de VPH. Suavemente mujeres obesas (IMC 30.0-34.9 kg / m (2)) fueron menos probabilidades de informar de un historial de enfermedades de transmisión sexual (9% vs 13% en peso normal) y > / = 2 parejas sexuales en el año anterior (8% vs 13%), mientras que las mujeres con sobrepeso (IMC 25.0-29.9 kg / m (2)) fueron menos probable que presente un informe > / = 10 socios de toda la vida, entre los que tienen múltiples parejas, el IMC no se asoció con la actividad sexual sin preservativo en el último mes. Tras ajustar por edad, raza / etnia, y la educación, las mujeres con IMC superior era

menos probable que presente un informe del comportamiento sexual de los factores de riesgo de lo normal-peso las mujeres, sin embargo, los odds-ratios fueron sólo ligeramente significativo para mujeres obesas para informar de un historial de enfermedades de transmisión sexual (0,74, 95% intervalo de confianza 0,55-0,99), y teniendo en $> / = 2$ parejas sexuales en el último año (0,57, 0,39-0,85). IMC superior no se asoció con el VHS-2 seropositividad después del ajuste. VPH de comportamiento sexual y los factores de riesgo para el VPH y el cáncer cervical no son más frecuentes en obesos de lo normal-peso las mujeres y es poco probable que representen el mayor observó la mortalidad por cáncer cervical en obesos.¹¹

Antecedentes Regionales, Nacionales e Institucionales.

Elena M. Meléndez Araujo (2006). En Loreto se observa que el principal cáncer es el de cuello uterino con 38,0% semejante al hallado en Trujillo (22,4%), Arequipa (19,2%) y Lima (13,1%). Únicamente en Lima el cáncer de cuello uterino no ocupa el primer lugar. Estas neoplasias representan más del 50% de los cánceres que afectan a la mujer Loretana. Loreto es una región que amerita ser investigada para conocer las causas y factores de riesgo de cáncer cuello uterino.¹²

Dr. Andrés Solidoro et al (2004). El Registro de Cáncer de Lima y el de la ciudad de Trujillo han coincidido en que el Cáncer de Cuello Uterino tiene en la mujer peruana, una de las incidencias más altas del mundo. En base a esos buenos registros la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer ha estimado que el número de casos esperados de Cáncer de Cuello Uterino en la población femenina del Perú en el año 2000 fue de 4,101, y que este número se incrementará a 4,738 en el año 2,005. En el registro hospitalario de cáncer del Instituto de Enfermedades Neoplásicas se reporta 13,491 casos de cáncer de cuello uterino atendidos entre 1985 y 1997, lo que representa un promedio de 1,124 casos por año.¹³

Ronald Hernández Alarcón (1992). En el Perú, el cáncer ginecológico (cuello uterino) es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en edad fértil, según el MINSA en 1992. El cáncer ginecológico mas fuerte es el de cuello

uterino con el 41.2% de casos. La mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 x 100.000 mujeres mayores de 15 años, correspondiéndole a Ucayali el 22,9. La Libertad el 15,6 y a Huancavelica el 13,55 %. En Lima Metropolitana, según el registro de cáncer, da a conocer que la tasa de incidencia estandarizada por edad para los años 1990 – 1991 es de 26.1 x 100,000 y 32,8 y la tasa de mortalidad es de 10,2 x 100,000 mujeres, en 1968-1970 la incidencia fue de 48.4 x 100,000. Los factores de riesgo detectados en los estudios epidemiológicos con mas consistencia el bajo nivel socio cultural, actividad sexual temprana, múltiples compañeros sexuales, compañero sexual con muchas parejas o compañero con antecedente de cáncer de cuello uterino, infección por virus de papiloma humano, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, infección por virus de inmunodeficiencia.¹⁴

5.2 Bases Teóricas

5.2.1. Cáncer de Cuello Uterino

5.2.1.1. Definición

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina.

Es ampliamente aceptado que el carcinoma de cuello uterino invasor de tipo epidermoide (el más frecuente y que aparece más en edades más tempranas), constituye la etapa final de un espectro continuo de enfermedades intraepiteliales que precede en años a la etapa final mencionada.

5.2.1.2. Epidemiología.

El cáncer de Cuello Uterino es uno de los cánceres más comunes, el cual representa el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres. Se estima que cada año hay 16,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivos en los EEUU y 5,000 defunciones cada año. El pronóstico de esta enfermedad depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico. Debido a que una gran mayoría de estos casos (más del 90%) podrían y deberían

ser detectados temprano a través de pruebas de Papanicolaou, la tasa de mortalidad actual es mucho más baja de lo que debiera ser; refleja que, aun en la actualidad, las pruebas de Papanicolaou no se realizan en aproximadamente un tercio de las mujeres los requisitos para esta prueba

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina. Las tasas de incidencia encontradas en varios registros de cáncer de la región, como los de Cali con una incidencia global de 31 x 100,000 mujeres, Recife con 65,1 x 100,000 mujeres, son o están entre las más altas del mundo ya que en comparación con Italia, España, Grecia que se encuentran por debajo de 10 x 100,000 mujeres entre los años de 1980 a 1982.¹⁵

El cáncer de cuello uterino invasor es causa de una muerte cada dos horas en mujeres. Esta neoplasia es el segundo cáncer más común entre mujeres de todo el mundo, La mayor prevalencia está en países en vías de desarrollo ya que se diagnostican aproximadamente 450,000 casos nuevos cada año y casi 200,000 muertes son atribuibles a esta enfermedad. En México ocupa el primer lugar por topografía general; en 1995 la incidencia fue de 21% de las neoplasias malignas en general. En el caso específico de mujeres, él representó el 33.2% de casos nuevos lo que duplica la cifra de cáncer de mama. En EEUU, como se mencionó, esta neoplasia ocupa el 6to. Lugar o sea el 9% de la prevalencia general.¹⁶

En el Perú, el cáncer ginecológico (Cuello uterino y mama) es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en edad fértil según MINSa 1992. EL cáncer ginecológico más frecuente es el de cuello uterino con el 41.2% de casos, seguidos por el cáncer de mama con el 27.6% de casos. La mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 x 100,000 mujeres mayores de 15 años, correspondiéndole a

Ucayali el 22,9% a la Libertad el 15,6 y a Huancavelica el 13,55%. Hay zonas no registradas probablemente por falta de información.¹⁷

5.2.1.3. Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino.

El Cáncer de cuello uterino es una neoplasia de alta incidencia en los países en desarrollo: como tal; el Perú y muchos países latinoamericanos y los de otros continentes en desarrollo, sufren este serio problema de salud pública. En el registro de cáncer de Lima Metropolitana (RCLM) del centro de investigación en Cáncer "Maes Heller" (CIC-MH), 1968-1970, la tasa estandarizada por edad fue de 19,8 por 100.000 mujeres, ocupando en primer lugar como causa de muerte entre las neoplasias malignas que afectan a la mujer. En el período de 1990-1991, pasó al tercer lugar con la tasa de 10,2 y conservó esta posición en el último RCLM 1994-1997 (al entrar en prensa, en el año 2006) con tasa de 10,94 por 100.000 mujeres, después de los cánceres de mamas y estómago. Las tasas de incidencia estandarizada por edad por 100.000 mujeres de cáncer de cuello uterino del RCLM del CIC-MH en los períodos 1968-1970, 1990-1991, 1990-1993 y 1994-1997 fueron 51,1; 32,8; 26,15 y 23,5, respectivamente, ah pasado del primero al segundo lugar. A pesar de no existir un Registro de Cáncer a nivel nacional, se considera que fuera de Lima Metropolitana, en el resto del país el cáncer de cuello uterino conserva el primer lugar en frecuencia entre las neoplasias que afectan a la mujer, si se proyecta las cifras obtenidas en el Registro de Cáncer de Trujillo y Cajamarca. La explicación de la disminución en frecuencia de Cáncer de cuello uterino el Lima sería la difusión a nivel nacional del grave problema de salud pública que representa. Se ah dado énfasis en la enseñanza en pregrado, en las facultades de medicina, y en post grado, a través de la capacitación en oncología ginecológica, principalmente en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) Y Red Rebagliati, para Ginecoosbtetas de

las diversas regiones del país, con preferencia a la detección, diagnóstico precoz y tratamiento de lesiones NIC y cáncer cervical incipiente para así cortar la historia natural de la enfermedad.¹⁸

5.2.1.4. Factores Asociados

Puesto que no se ha precisado la etiología del cáncer, nos referimos a las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino, agrupándolos como factores de riesgo, de acuerdo a los antecedentes generalmente comunes en las mujeres afectadas. Los factores de riesgo o factor asociado tienen especial importancia para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino. Cuando se les identifica deben extremarse los medios de despistaje de diagnóstico a fin de descubrir la enfermedad en etapas iniciales con posibilidad de tratamiento definitivo.¹⁹

- Edad de inicio de relación coital.
- Número de compañeros sexuales.
- Menarquía.
- Infección por VPH
- Multiparidad
- Anticonceptivo oral.
- Aborto.
- Tabaquismo.
- Antecedentes de ITS.

a) Inicio de Relaciones Coitales.

El cáncer de cuello uterino tiene relación con el coito, se le considera un cáncer con vinculación sexual. Es más frecuente en mujeres con actividad sexual, que en solteras sin relaciones sexuales. Las estadísticas demuestran que es más frecuente en casadas que en solteras que se suponen que no tiene hijos. Investigaciones epidemiológicas demuestran que la precocidad en las

relaciones sexuales, significa un factor de riesgo. El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predispone a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino.

Rodríguez, A. et al (1999), realizó un estudio con el fin de determinar los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, encontrando una asociación altamente significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y pertenecer al grupo de casos o de controles, el 85,1 % de los casos comenzaron las relaciones sexuales de forma precoz, siendo el riesgo 80 veces mayor en el grupo de 14 a 15 años.²⁰

b) Numero de Compañeros Sexuales.

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino que la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos. El riesgo puede estar presente en mujeres monogámicas, si el marido o compañero sexual es promiscuo. Este será, en estos casos, quien aportará el factor de riesgo para la mujer.

Gimeno Ortiz, A. et al (1993), estudió al cáncer de cuello uterino en Extremadura España, demostrando que la promiscuidad sexual es una variable que presenta asociación estadística con el cáncer de cuello de útero ($p < 0,001$). El 1,15% (49/4262) de la población estudiada manifiesta tener dos o mas compañeros sexuales, siendo esta frecuencia del 4,19(7/167) en las pacientes con carcinoma. Igualmente en presencia de promiscuidad se eleva la prevalencia de la enfermedad al 14,28% (7/49). El

riesgo relativo para este factor fue de 4,17 con intervalos de 1,98 y 8,76.²¹

c) Menarquía

Muchos estudios han demostrado que el inicio precoz de la menarquía es uno de los factores de riesgo poco estudiado del cáncer de cuello uterino, así lo demuestra Caripidis Staveris, J et al. En su estudio sobre evaluación de los factores de riesgo a la aparición de cáncer invasor de cuello uterino y su relación con el VPH. Pues este autor encontró un riesgo aumentado en 7 veces para aquellas mujeres que iniciaron la menarquía antes de los 11.7 años.²² Atalah S; en su estudio sobre Alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello del útero, encontró una edad promedio de 13.1 de inicio de la menarquía, sin embargo no resultó ser estadísticamente significativa como factor de riesgo para cáncer de cuello uterino.²³

d) Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)

Datos mundiales han demostrado que el virus del papiloma humano (VPH) está asociado al Cáncer de Cuello Uterino en 99% de los casos y de los 40 genotipos que infectan el tracto genital femenino y masculino, los dos genotipos de alto riesgo (VPH 16 y 18) son causantes del 70% de Cáncer de Cuello Uterino y los dos genotipos de bajo riesgo (VPH 6 y 11) del 90% de lesiones benignas (verrugas). El periodo entre la infección por VPH, la aparición de lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de bajo y alto grado y el Cáncer de Cuello Uterino infiltrante es de 20 a 30 años, lo que facilita el desarrollo de programas de prevención y control del Cáncer de Cuello Uterino.²⁴

De acuerdo con los resultados obtenidos en diversos estudios epidemiológicos, el factor asociado en forma más consistente con el Cáncer de Cuello Uterino, es la infección por el virus de papiloma humano (VPH) transmitido por el hombre. La presencia del virus entre los hombres es dos o tres veces mayor comparado con las mujeres, por lo tanto, de cada cinco varones, según sus conductas sexuales, dos o tres están infectados. Al inicio de las relaciones sexuales, se dice que 20% de las mujeres contraen este padecimiento, pero la mayor incidencia se presenta entre quienes tienen de 35 a 40 años de edad. El VPH (tipos 16,18, 31,33 y 35) puede causar un crecimiento verrugoso en la piel, los pies, los genitales o el ano.²⁵

e) Multiparidad

El incremento de la paridad aumenta el riesgo de cáncer escamoso de cuello, La disminución de la paridad en la población, explicaría parcialmente, la reducción de cáncer cervical observada en la mayoría de los países.

Muñoz, et al (2000), realizó un estudio con el objetivo de Evaluar el efecto de la paridad en la progresión de la infección por papiloma virus humano (HPV) a cáncer de cuello uterino. En la cual encontró una asociación directa entre el número de embarazos a término y el carcinoma escamoso. El OR para 7 o mas embarazos a término fue de 3.8 (IC95 % 2.7 - 5.5), comparado con nulíparas, y de 2.3 (IC 95% 1.6 - 3.2), si se las compara con mujeres que tuvieron 1 o 2 embarazos a término.²⁶

Lazcano Ponce, E. et al (1993), estudió los factores de riesgo reproductivos y cáncer cérvico uterino en la ciudad de México. Encontrando que los factores de riesgo reproductivos más importantes asociados al cáncer de cuello uterino la multiparidad (con 7 o más partos se

estimó una razón de momios de 3.41 y un IC al 95% de 2. A 4.7); el inicio de una vida sexual activa antes de los 14 años y menarquía tardía.²⁷

f) Anticonceptivo Oral.

Las investigaciones indican que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición de cáncer cervicouterino.

Un análisis de los datos compartidos de diez estudios de casos y testigos, de pacientes con cáncer invasivo del cuello uterino, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con el VPH.

A la espera de los resultados de varios estudios actualmente en marcha, la OMS convocó una reunión de expertos que se centró en el cáncer cervicouterino, los anticonceptivos orales y la paridad, llegando a la conclusión de que Muchos casos de cáncer cervicouterino pueden prevenirse mediante prácticas de tamizaje apropiadas.

Quienes utilizan anticonceptivos orales en lugares en los que se cuenta con servicios de detección deberían recurrir a ellos, tal como se aconseja a otras mujeres. Sin embargo, en muchos entornos se carece de estos servicios; a menudo, los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos en estos entornos y los anticonceptivos orales combinados son uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles. Incluso, dado que la paridad parece ser un factor de riesgo de cáncer cervicouterino, el uso de los anticonceptivos orales puede reducir el riesgo de cáncer cervicouterino atribuible a la

paridad. No debe negarse a la mujer el uso de anticonceptivos orales combinados simplemente porque la mujer no puede obtener acceso a los servicios de detección. Probablemente, el riesgo de mortalidad materna por la falta de uso de anticonceptivos sobrepasaría ampliamente cualquier riesgo adicional de cáncer cervicouterino para la mayoría de las mujeres.²⁸

g) Aborto

ALTIABE, F. Et al; realizó un estudio en la cual hizo una revisión de las principales intervenciones utilizadas actualmente para detectar, prevenir o tratar el cáncer de cuello uterino; que con el objeto de prevenir las detecciones tardías de esta neoplasia, y las complicaciones que con ellos se asocian, a menudo se ha intentado identificar a las mujeres en alto riesgo de cáncer de cuello uterino. Por este motivo estos autores identificaron algunos factores de riesgo bien conocidos: antecedentes de parto pretérmino o aborto tardío, embarazo múltiple, bajo peso antes del embarazo, infección por PVH, ITS, Tabaquismo, aumento insuficiente del peso corporal durante el embarazo, edad menor de 20 ó mayor de 35 años, y nivel socioeconómico bajo como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.²⁹

h) Tabaquismo

Algunos estudios demostraron que las mujeres que tienen el hábito tabáquico presentan un riesgo 2 veces más de presentar cáncer de cuello uterino que aquellas mujeres que no consumen tabaco.²⁸ Sin embargo McIntyre-Seltman et al (2005), demostró que el tabaquismo por sí solo, es un factor de riesgo débil para el cáncer intraepitelial de cuello uterino, sin embargo esta asociación aumenta cuando la paciente presenta un ADN + para el papiloma virus humano (PVI) 16 y 18. Estos autores también

demonstraron que el tabaquismo crónico junto a la infección con las sepas oncogénicas de PVII (16 y 18) son factores de riesgo para la detección de grados más avanzados de carcinoma intraepiteliales (NIC 3) en mujeres más jóvenes.³⁰

i) Virus Oncógenos.

Actualmente se acumulan pruebas de que existe vinculación entre el cáncer de cuello uterino y algunos virus oncógenos. Existe asociación entre el herpes virus simple tipo 2, de la enfermedad herpética genital y el papiloma virus humano del condiloma acuminado, con la enfermedad cancerosa del cuello uterino. La vinculación del que el herpes virus humano interfiere en la etiología del cáncer de cuello uterino se basa en estudios seroepidemiológicos y en la detección del antígeno DNA específicos del herpes virus tipo 2 en las neoplasias cervicales. Cambio inmunquímicos y bioquímicos establecen pruebas directas de asociación entre el papiloma virus humano y neoplasias intraepitelial. Los tipo 16 y 18, se han encontrado en elevada proporción en el cáncer cervical, indicándolos como inductores de transformación celular. Estudios de control han establecido también, que de cada seis mujeres con condiloma acuminado, una desarrolla displasia o carcinoma in situ.³¹

j) Otras Infecciones de Transmisión Sexual

Las mujeres con coinfección por el VPPII y otro agente de transmisión sexual, como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cervicouterino que las mujeres sin coinfecciones. Un análisis compartido de siete estudios de casos y testigos, que examina el efecto de la infección con HSV-2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con

seropositividad para el ADN de VPH, el HSV-2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer cervicouterino, después del ajuste para posibles variables de confusión.³²

En un estudio tipo descriptivo y de corte transversal en Managua (Nicaragua) con el objetivo de determinar los factores asociados a las alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres con edad fértil que acudieron a la toma del PAP, durante el período comprendido de Enero de 1999 a enero del 2000. En los PAP realizados se encontraron 193 hallazgos microbiológicos y Atipia escamosa solos o combinados, siendo los más frecuentes: Inflamación severa en un 3.1% (6 casos), Cándida Albicans en un 20.2% (39 casos), Flora Coccoide en un 22.8% (44 casos), Tricomonas Vaginales en un 8.3% (16 casos), Cardenella Vaginales en un 4.1% (8 casos) y las Combinaciones de Cándida A con Flora Coccoide en un 6.7% (13 casos), Atipia Escamosa con otros gérmenes en un 3.1% (6 casos), Herpes con Metaplasia Escamosa en un 1% (2 casos), y el 28% (54 casos), corresponde a otras combinaciones. El grupo de edad más afectado fue el de 21 a 29 años, la mayoría de las pacientes no refieren antecedentes de fumar, ni de ITS, el 92.3% iniciaron su vida sexual entre 15 y 19 años, el 53.8% no se había realizado un PAP con anterioridad, todas las pacientes refirieron 2 a más compañeros sexuales.³³

5.2.1.5. Sintomatología.

Se describe como síntomas la metrorragia post coito y a los esfuerzos, leucorrea sanguinolenta y mal oliente, dolor que se presenta al final y trastornos generales como irritación vulvar, prurito, anemia, caquexia y anorexia. Todos en realidad son manifestaciones muy tardías de la enfermedad, el diagnóstico

basado en ellos es simplemente Terminal, ya que la enfermedad con seguridad tiene muchos años de evolución.

5.2.1.6. Diagnóstico.

Existen diversos procedimientos para llegar al diagnóstico del cáncer cervical y establecer los estadios de enfermedad; desde el examen colposcópico, el PAP, la biopsia que es el examen estándar para el diagnóstico; para este estudio nos basaremos en los resultados de biopsias para determinar nuestros casos; por tal motivo se describirá este tipo de estudio:

Biopsia.

La biopsia consiste en la extracción de una pequeña cantidad de tejido para su examen con microscopio. Otras pruebas pueden sugerir la presencia de cáncer, pero sólo la biopsia permite dar un diagnóstico definitivo. La muestra extraída a través de la biopsia es analizada por un patólogo (médico que se especializa en interpretar análisis de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades). Si la lesión es pequeña, el médico posiblemente la extirpe en su totalidad durante la biopsia. Existen diversos tipos de biopsias:

- Un método frecuente consiste en utilizar un instrumento para extraer pequeños trozos de tejido cervical.
- A veces, el médico desea verificar un área dentro de la abertura del cuello del útero que no puede verse durante la colposcopia. Para esto, el médico utiliza un procedimiento llamado curetaje endocervical (ECC, por su sigla en inglés). Con la ayuda de un instrumento pequeño con forma de cuchara, llamado cureta, el médico raspa un pequeño trozo de tejido del interior de la abertura cervical.
- El procedimiento de extirpación electroquirúrgica con asa (LEEP, por su sigla en inglés) utiliza corriente eléctrica que se transmite a través de un gancho de alambre delgado. El

gancho extrae el tejido para su estudio en el laboratorio. El LEEP también puede utilizarse para extirpar el precáncer o el cáncer de estadio temprano.

- La conización (biopsia en cono) extrae un trozo de tejido con forma de cono del cuello del útero. La conización puede efectuarse como tratamiento para extirpar el precáncer o el cáncer de estadio temprano.

Los tres primeros procedimientos habitualmente se realizan en el consultorio médico con un anestésico local para adormecer la zona. Pueden causar algo de sangrado o de secreción y, en algunas mujeres, molestia similar a los dolores menstruales. La conización se realiza bajo anestesia general o local en el consultorio médico o el hospital.

Si la biopsia indica la presencia de cáncer de cuello uterino, el médico derivará a la paciente al oncólogo ginecológico que se especializa en el tratamiento de este tipo de cáncer. El especialista puede sugerir exámenes adicionales para ver si el cáncer se ha diseminado más allá del cuello del útero.

5.2.1.7. Tratamiento.³⁴

La cirugía y la radioterapia son las dos modalidades para el tratamiento primario de cáncer cervical invasivo. La radioterapia puede ser utilizada en cualquier estadio clínico de la enfermedad. La cirugía tiene su indicación en los estadios más tempranos. Ia1, Ia2, Ib1, hasta IIa con tumor no mayor de 4 cm., permite la conservación de la función ovárica, útil sobre todo en mujeres jóvenes y, de otro lado, aunque acorta la vagina, posteriormente, con las relaciones sexuales puede lograr cierto alargamiento gradual. Las injurias quirúrgicas que pueden presentarse, son generalmente de fácil reparación y sin complicaciones a largo plazo. La radioterapia afecta la función ovárica, produce en la vagina fibrosis, atrofia de la mucosa y acortamiento, ocasionando frecuentemente disfunción sexual;

pueden presentarse problemas crónicos que comprometen la vejiga y el recto, que son difíciles de tratar por ser el resultado de fibrosis y disminución de la vascularidad; los resultados de ambas modalidades son iguales. La quimioterapia es solo paliativa y esta indicada en los casos en los que la cirugía y la radioterapia no han logrado la curación. El uso de algunos quimioterápicos administrados concomitantemente con la radioterapia ha evidenciado resultados esperanzados. El tratamiento de cáncer invasor exige estrecha colaboración del ginecólogo-oncólogo, el radioterapeuta y el oncólogo.

a) Tratamientos Quirúrgicos.

Los tipos de histerectomía más aceptados en el tratamiento del cáncer cervical son los siguientes: histerectomía total extrafascial tipo I. Con remoción de un pequeño rodete tipo vaginal por fuera de la fascia pubocervical; histerectomía radical modificado tipo II, con remoción de la mitad de parametrios (ligamentos cardinales y úterosacros) y linfadenectomía pélvica bilateral (la operación de wetheim original consideraba solo linfadenectomía opcional selectiva de ganglios agrandados; histerectomía radical tipo III descriptiva por Meiggs, incluye parametrectomía total, colpectomía del tercio superior y linfadenectomía pélvica bilateral. El estadio clínico Ia1, sin invasión de espacios vasculares, puede ser tratado con histerectomía total extrafascial ampliada a vagina, tipo I sin linfadenectomía; la ausencia de invasión de espacios vasculares, de algún modo asegura, estadísticamente, la no existencia de metástasis ganglionares. El estadio clínico Ia1, con invasión de espacios vasculares y el Ia2 tienen posibilidad de metástasis ganglionar pélvica; por tal el tratamiento indicado es la histerectomía radical modificada tipo II. Los estadios clínicos Ib1, y IIa con tumor menor de 4 cm., en los que el riesgo de metástasis ganglionares es mayor y en un porcentaje menor de

metástasis en ganglio paraaórticos, el tratamiento es la histerectomía radical tipo III con evaluación de paraaórticos. Los casos con tumor mayor de 4 cm., aunque en el mismo estadio clínico, representan mayor riesgo en el comportamiento biológico, en el pronóstico, recurrencia y supervivencia, por lo que este grupo de pacientes debe recibir tratamiento primario con radioterapia. Cuando el estudio anatomopatológico de las piezas de histerectomía radical revela la existencia de uno o más ganglios positivos metastáticos, la indicación es la radioterapia complementaria. En lo referente al cáncer cervical recurrente después de tratamiento quirúrgico, las pacientes deben recibir radioterapia. Las pacientes con recurrencia postirradiación pueden recibir tratamiento quirúrgico en casos muy bien seleccionados, con enfermedad pélvica central. El tipo de cirugía puede ser la histerectomía extrafascial, histerectomía radical modificada tipo II. La exenteración pélvica con miras curativas, es un procedimiento cada vez menos empleado.

b) Manejo Quirúrgico y Adyuvante de las Neoplasias del Cérvix.

Tanto la cirugía como la radioterapia son igualmente efectivas para estadios tempranos y para lesiones de volumen pequeño. El oncólogo ginecólogo debe seleccionar el tratamiento a seguir considerando las ventajas y desventajas de cada procedimiento. Las pacientes más jóvenes son mejor tratadas con cirugía, para permitir la preservación de ovarios, evitar la atrofia y estenosis vaginal asociados con la radioterapia. La histerectomía puede ser, según la extensión de la parametrectomía, Rutledge tipo I o histerectomía simple total, Rutledge tipo II o con parametrectomía parcial y colpectomía tercio superior (histerectomía ampliada a vagina o de Wertheim) y tipo III, con parametrectomía

total desde el nacimiento de la arteria uterina y colpectomía del tercio superior (histerectomía radical o de Meiggs). La linfadenectomía paraaórtica y pélvica se efectúa previamente a la parametrectomía, porque la intervención puede ser suspendida si la congelación de ganglios es positiva a neoplasia maligna. La radioterapia como tratamiento único está indicada en pacientes de riesgo alto y cuando el estadio no permite la exéresis del tumor cervical que ya se ha extendido a estructuras vecinas. La quimioterapia, como tratamiento adyuvante, es aplicada como ensayo clínico en pacientes con estadio III o IV y en la recurrencia del carcinoma, cuando la radioterapia no ha sido efectiva.

Estadio 0

El tratamiento puede ser escisional o ablativo. La elección del tratamiento dependerá de la edad, deseo de embarazo y condición médica. Para pacientes inoperables por razones médicas, una sola inserción intracavitaria con tándem y ovoides para 5 000 MGH (8000 cGy) puede ser usada.

Estadio IA.

El tratamiento de la microinvasión está influenciado por la preservación de la fertilidad.

Para el estadio IA1 (compromiso ganglionar 1%) puede ser:

- Histerectomía ampliada a vagina (tipo II). La ooforectomía es opcional.
- Conización. Los márgenes o bordes no deben estar comprometidos.
- Radioterapia interna o intracavitaria (pacientes inoperables). Una o dos inserciones con tándem y

ovoides para 6500 a 8 000 MGH (10 000 a 12 500 cGy dosis de superficie vaginal).

Para el estadio IA2 (compromiso ganglionar > 8%) puede ser:

- Histerectomía radical.
- Radioterapia externa e interna.

Estadio IB.

La elección del tratamiento, sea histerectomía radical (tipo III) o radioterapia, dependerá de factores de la paciente, características del tumor y experiencia del cirujano, Dentro de las ventajas de la radioterapia está la aplicabilidad a toda las pacientes, y la sobrevida es igual a la de la cirugía. Sus desventajas consisten en daño vesical e intestinal (2 a 6%), estenosis vagina, disfunción sexual. Las ventajas de la cirugía son la conservación ovárica, se establece la extensión exacta del tumor, la vagina es más funcional, complicaciones incidentales corregibles y ventaja psicológica. Mientras que las desventajas la constituyen las complicaciones urológicas (fistulas o estenosis (1 a 2%), y otras. Las pacientes deben ser seleccionadas y, en algunas, se requerirá radioterapia postoperatoria. Dentro de los hallazgo intraoperatorios debe describirse si existe metástasis intraperitoneal (vejiga, Douglas, peritoneo, otras), extensión a parametrios, metástasis de ganglios pélvicos (3 o más) o bilateral o irresecable, metástasis macroscópica a ganglios (iliaca, precava, paraaórtica). Estos hallazgos pueden indicar la suspensión de la intervención. Las lesiones escamosas menores de 4 cm. son quirúrgicas. Los adenocarcinomas mayores de 3 cm. deben recibir radioterapia inicial. El tamaño del tumor es un factor pronóstico importante. Aquellas pacientes con compromiso ganglionar paraaórtico, con volumen tumoral

pequeño y enfermedad pelviana controlada por cirugía pueden ser tratadas con irradiación pélvica y paraaórtica, mejorando el porcentaje de control local. El tratamiento con radiación de campo extendida a ganglios paraaórticos no resecados conduce al control de la enfermedad por largo tiempo, en pacientes con enfermedad ganglionar de menor volumen (< 2 cm.), por debajo de L3. Un estudio mostró mejor sobrevida en pacientes con tumores de más de 4 cm. que recibieron radioterapia en los ganglios paraaórticos, sin evidencia histológica de la enfermedad. La toxicidad de la radioterapia paraaórtica es mayor que la pélvica. El abordaje extraperitoneal de los ganglios linfáticos tiene menos complicaciones intestinales que el abordaje transperitoneal. Si los ganglios pélvicos o paraaórticos (dos o más) son positivos para neoplasia maligna, se administrará radioterapia externa (la interna o braquiterapia en dosis alta está en investigación), 5 000 cGy durante 5 semanas, asegurando la reducción de recurrencia pélvica (control pélvico). No obstante, el efecto sobre la sobrevida no está probado. Se está comparando la irradiación de ganglios paraaórticos con la quimioterapia combinada en tumores primarios de gran volumen (> 4cm).

Estadio IIA

La selección de la histerectomía radical o radioterapia se hará como en el estadio IB. Para carcinomas escamosos de más de 6 cm. o adenocarcinomas, la radioterapia de dosis alta hará control local y logrará tasas de sobrevida comparables con la radioterapia más histerectomía. La cirugía después de la radioterapia puede ser indicada en pacientes con tumores que responden lentamente a la radioterapia o en las que su anatomía vaginal no permite la braquiterapia óptima. La irradiación pélvica total después de histerectomía radical (tipo III) se efectúa con 5 000 cGy, durante 5 semanas,

para reducir la recurrencia pélvica en pacientes con tres o más ganglios positivos, aunque no existe información que demuestre una ventaja de sobrevida. En el cáncer residual de 2 cm. (v. gr. un ganglio no resecado), el control local del 90% requerirá una dosis total de 6 000 cGy a un área de cono bajo durante 6 a 6,5 semanas.

Estadio IIB

El tratamiento es la radioterapia, que consiste en irradiación externa e interna o braquiterapia (dos o más aplicaciones intracavitarias). La sobrevida y el control local son superiores en tumores de menor volumen y cuando el compromiso medial de parametrios es unilateral, comparado con el bilateral. La radioterapia e hidroxiurea (sensibilizante que mejora el efecto citotóxico de la radiación) es una opción de tratamiento. Actualmente se realiza pruebas clínicas de radioterapia y quimioterapia (secuencial o concurrente), quimioterapia noadyuvante, fraccionamiento de radiaciones alterada, braquiterapia templada de dosis alta.

Estadio III

La radioterapia externa e interna es el tratamiento de elección. El tamaño del tumor primario es un factor pronóstico importante. La enfermedad pélvica fija, bilateral responde mejor que las lesiones que involucran el tercio inferior de la vagina. También existe un aumento en el control local y sobrevida cuando se aumenta la dosis paracentral (punto A), además de la braquiterapia. La tasa más alta de control local ha sido vista con dosis mayores de 8 500 cGy. Se usa un campo pélvico estándar. Una dosis de refuerzo (boost) en parametrios y paredes pélvicas es ocasionalmente necesaria cuando éstas están muy comprometidas o cuando los tejidos son radiorrefractarios. En caso que la enfermedad no se extienda profundamente en los parametrios ni

fuera de la pelvis, la exenteración anterior, posterior o total puede ser indicada. La radioterapia con agentes citotóxicos radiosensibilizantes (hidroxiurea, 5-fluorouracilo y cisplatino) es una opción, así como la radioterapia más quimioterapia, quimioterapia noadyuvante, fraccionamiento de radiación alterada y braquiterapia templada. Las pacientes que son estadiadas quirúrgicamente y tienen enfermedad pélvica controlable, pueden ser controladas con irradiación pélvica y paraaórtica. La resección de ganglios pélvicos involucrados en forma macroscópica puede mejorar la tasa de control local con radioterapia postoperatoria. El tratamiento de los ganglios periaórticos no resecables con radiación de campo extendida, seguida de dos aplicaciones de braquiterapia, conduce al control a largo plazo en aquellas lesiones ganglionares de menor volumen (menores de 2 cm.).

Estadio IVA

La radioterapia externa e interna es el tratamiento de elección, de manera similar al estadio III. La exenteración pélvica total puede estar indicada en pacientes sin enfermedad en parametrios, pero con invasión de vejiga y/o recto.

Estadio IVB

No existe tratamiento quimioterápico estándar para cáncer de cérvix IVB que proporcione paliación sustancial. Todas son candidatas para ensayos clínicos con agentes únicos o combinados, o nuevos tratamientos de ensayos clínicos en fase I y II. La radioterapia puede ser empleada para paliar la enfermedad central o las metástasis distantes. Los quimioterápicos usados incluyen el cisplatino (tasa de respuesta 15 a 25%) y la ifosfamida (t. r. 31 %).

5.3 Definición de Termino Básicos:

- **Papanicolaou (PAP):** Examen cito químico de secreción vaginal para determinar el grado de displasia celular.
- **Multiparidad:** Mujer con 3 partos o más.
- **Aborto:** Interrupción del embarazo (espontáneo o provocado), Gestación menor de 20 semanas o peso < 500 gr.
- **Estadio:** Etapa o fase de un proceso, desarrollo o transformación.
- **Menarquía:** Aparición de la primera menstruación, normalmente de los 12 a 15 años.
- **Virus del Papiloma Humano (VPH):** Infección de transmisión sexual. Tipo de virus que puede causar la formación de tejido anormal (verrugas) y otros cambios en las células. La infección durante largo tiempo por ciertos tipos de papiloma virus humano, puede causar cáncer de cuello uterino.
- **Cáncer Invasivo:** Cáncer que se ha diseminado desde la superficie del cuello uterino hasta los mas profundo de este o a otras partes del cuerpo.
- **Coito:** Introducción del pene en la vagina, ano u otra cavidad corporal, con expulsión de esperma.
- **Promiscuidad:** Convivencia y relaciones sexuales desordenadas de una persona con muchas otras.
- **Precoz:** Temprano, prematuro, que sucede antes de los previsto o lo usual.
- **Metrorragia:** Sangrado genital femenino fuera de los días de regla o durante la menopausia.
- **Leucorrea:** Flujo Blanquecino de las vías genitales femeninas. Que suele acompañar a múltiples patologías, infecciosas y tumorales ginecológicas.
- **Prurito:** Comezón, Picazón que se produce en el cuerpo. Puede ser local o generalizado.
- **Caquexia:** Estado de Extrema desnutrición producido por enfermedades consuntivas; como tuberculosis, supuraciones y cáncer.
- **Anorexia:** Falta de apetito, que origina una negativa del sujeto a tomar alimentos. Es la situación en la cual, existiendo las condiciones fisiológicas para provocar el hambre, no se desencadena la conducta de comer
- **Radioterapia:** Tratamiento a base de radiación ionizante que se administra para combatir el cáncer, incluyendo los linfomas y el sarcoma de kaposi. Consiste en la destrucción de las células alteradas a través de elementos

radioactivos como el radio, cobalto, cesio a galio, producido por máquinas de alto voltaje.

- **Quimioterapia:** Tratamiento generalmente empleado contra el cáncer a base de diferentes sustancias químicas citotóxicas. Este tratamiento se puede administrar de forma oral o inyectarse en una vena o músculo.
- **Histerectomía:** Operación de extirpar total o parcialmente el útero por vía abdominal o vaginal imagen quirúrgica.
- **Braquiterapia:** Uso de radiaciones ionizantes para el tratamiento de afecciones, usualmente malignas.
- **Metástasis:** Proceso por el cual las células tumorales se diseminan hacia localizaciones distintas del organismo. Puede ocurrir en el caso de los tumores malignos que no están encapsulados. Las células pueden escapar y ser transportadas por la circulación linfática o sanguínea a otros órganos alojados del tumor primario.
- **Conización:** Resección de un trozo de tejido de forma cónica. Se aplica especialmente a la mucosa cervical del útero.

6. Hipótesis:

Los factores: Edad de Inicio de relaciones coitales, número de compañeros sexuales, menarquía, virus del papiloma humano, multiparidad, uso de anticonceptivos orales, aborto, tabaco, ITS; se asocian en la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.

6.1. Formulación de la hipótesis estadística para determinar la asociación ó influencia de los factores.

Hipótesis nula:

$H_0: n_{ij} = e_{ij}$: El factor (i) no influye en la presencia de cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en el HRL.

Hipótesis alternativa:

$H_1: n_{ij} \neq e_{ij}$. El factor (i) si influye en la presencia de cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en el HRL.

7. Variables:

Variables	Indicadores	Índices
Variables Independientes		
Edad de inicio de relación coital	Práctica del coito	<11 (); 11-15 (); >15 ();
Número de compañeros sexuales	Parejas coitales	Ninguno (); 1 a 3 (); 4 a 7 (); >7 ().
Edad de menarquía	Momento de la primera Menstruación	Precoz < 12 años (); Normal 12 – 15 (); Tardía > 15 ().
Virus del papiloma humano	Formación de tejido anormal	SI (); NO (); No se Hizo ();
Multiparidad	Mujer con 3 partos o más	Ninguno () 1 a 3 (); 4 a 7 (); >7 ();
Anticonceptivo Oral	Consumo de anticonceptivo oral	Si (); No ();
	Tiempo de uso	<1 año (); 1 a 5 años (); >5 años (). NR ();
Aborto	Interrupción de embarazo < 20 semanas y peso < 500 gr	Ninguno(); 1 (); 2(); 3 o más ().
Tabaco	Consumo de tabaco	Si (); No ();
ITS	Antecedentes de ITS	VIH (); Sífilis (); Vaginosis (); Herpes genital(); Condiloma(); NR (); Otros:.....
Variable Dependiente		
Cáncer de Cuello Uterino	Diagnóstico de biopsia	Si (); No ();

8. Aspectos Metodológicos

8.1 Tipo de Investigación:

El presente trabajo de investigación es del tipo transversal, porque el estudio se hizo en un solo control al paciente y en un solo tiempo y es descriptivo, por que solamente se va describir las características de las variables en estudio.

8.2 Diseño de Investigación:

El diseño empleado es el no experimental porque la recolección de datos se realizó de las Historias Clínicas del Servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto en el año 2009; además no se pudo tener el control de las variables independiente.

8.3 Población y Muestra

8.3.1. Población.

El universo poblacional estuvo constituido por todas las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto en el año 2009.

8.3.2. Muestra.

La muestra estuvo constituida por 53 pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto en el año 2009 que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

8.3.3. Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino, atendidas en el servicio de hospitalización de Ginecología del Hospital Regional de Loreto año 2009.

8.3.4. Criterios de Exclusión

- Pacientes atendidas en Consultorio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto.
- Pacientes con diagnóstico diferente a Cáncer de Cuello Uterino, atendidas en el servicio de hospitalización de Ginecología del Hospital Regional de Loreto año 2009.

8.4 Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos:

8.4.1. Técnica de Recolección de Datos.

- Análisis documental a través de la revisión de historias clínicas

8.4.2. Instrumento de Recolección de Datos.

Se aplicó la ficha de recolección de datos que se confeccionó para la presente investigación, la cual fue sometida al proceso de validación. La ficha de recolección de datos; estuvo conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información de la variable dependiente y la segunda parte destinada a recolectar datos de las variables independientes.

8.4.3. Procedimientos de Recolección de Datos.

- Gestionar el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al Director del Hospital Regional de Loreto.
- Disponer de la información de las Historias Clínicas y los datos estadísticos del Departamento de Ginecología del hospital regional de Loreto entre enero-diciembre de 2009.
- Recolectar información de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino entre enero-diciembre de 2009 en una ficha de recolección de datos.

8.5 Procesamiento de Información

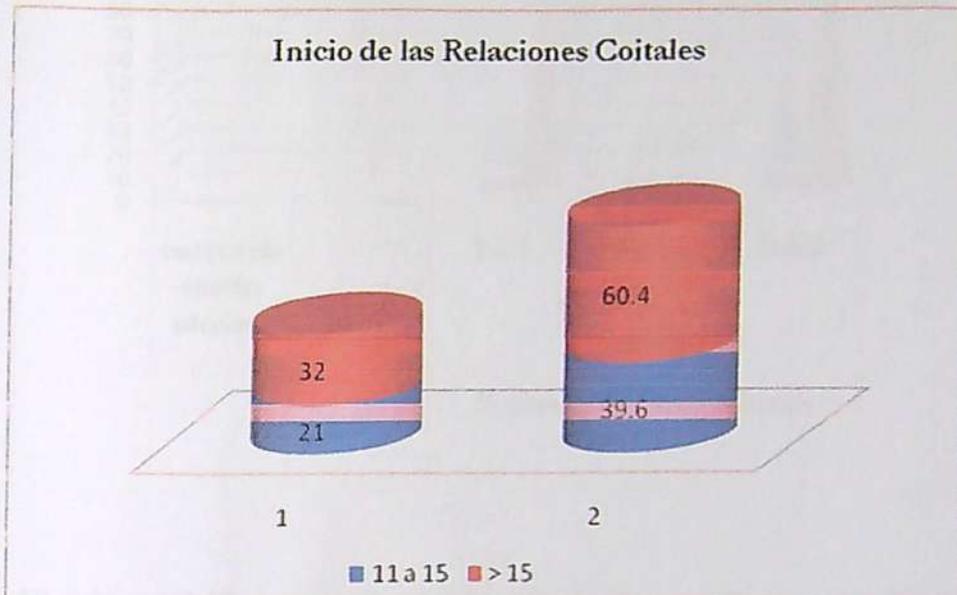
Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó software estadístico SPSS ver. 17for Windows y Microsoft Excel utilizando los estadígrafos de frecuencia.

9. Resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en estadígrafos de frecuencia.

GRÁFICO N° 01

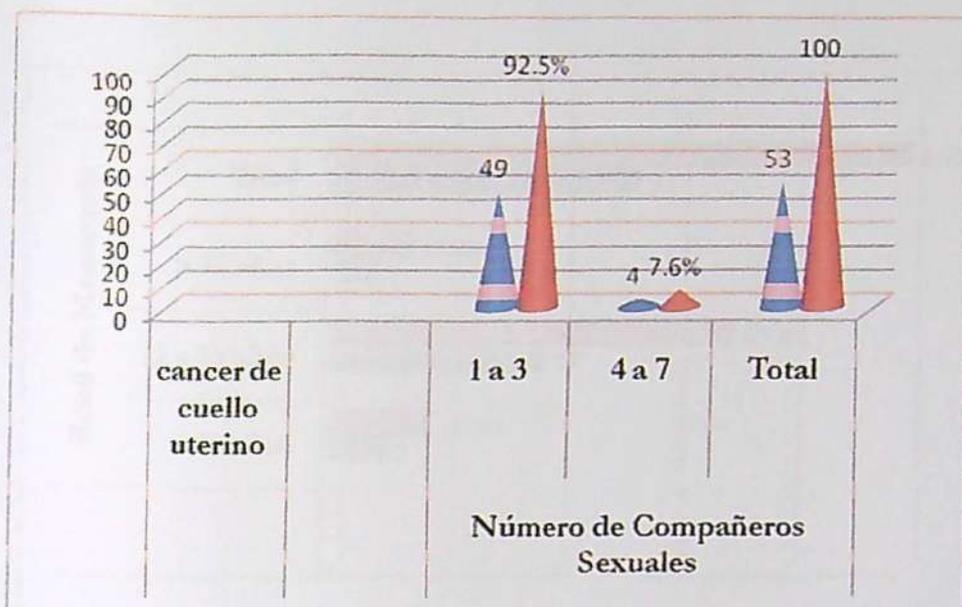
Inicio de la relaciones coitales y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Loreto en el año 2009.



En el gráfico N° 01, se muestra la distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta la edad de inicio de la relación coital y el cáncer de cuello uterino. Se puede apreciar que las pacientes en estudio iniciaron su relación coital a los 11 años de edad, el 60.4% (32 pacientes), iniciaron sus relaciones coitales mayores de 15 años de edad y el 39.7% (21 pacientes), iniciaron sus relaciones coitales cuando tenían entre 11 y 15 años de edad. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 02

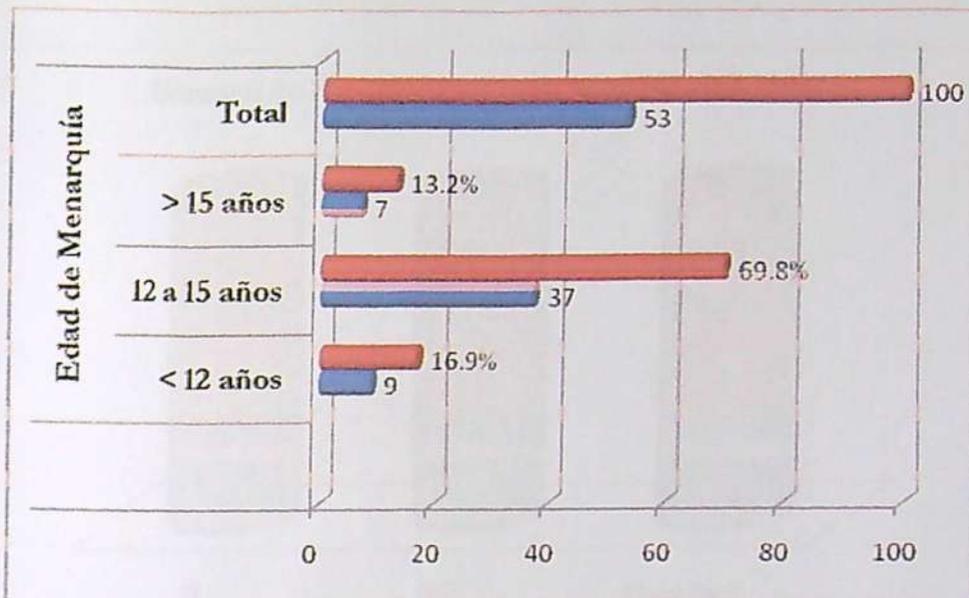
Número de Compañeros Sexuales y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009



El gráfico N° 02, muestra La distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta el número de compañeros sexuales y el cáncer de cuello uterino. Se observa que las pacientes en estudio tuvieron de 1 a 7 parejas sexuales; el 92.5% (49 pacientes), tuvieron de 1 a 3 parejas sexuales y el 7.6% (4 pacientes), tuvieron de 4 a 7 parejas sexuales. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 03

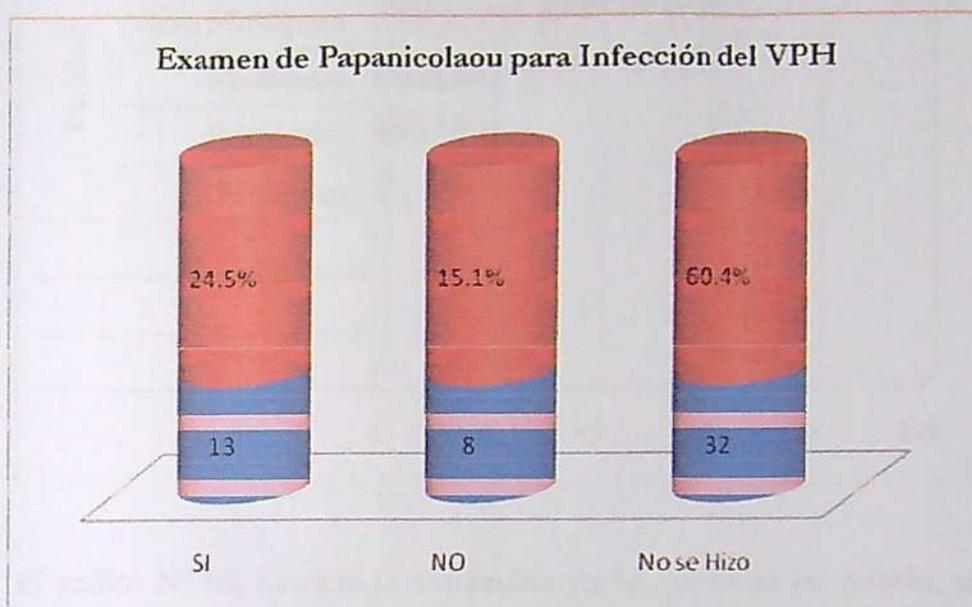
Edad de menarquía y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.



EL gráfico N° 03, muestra La distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta la edad de inicio de la menarquía y el cáncer de cuello uterino. Se puede apreciar que las pacientes en estudio, el 69.8% (32 pacientes), tuvieron su menarquía entre 12 a 15 años, el 16.9% (9 pacientes), tuvieron su menarquía menores de 12 años de edad y el 13.2% (7 pacientes), tuvieron su menarquía mayores de 15 años. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 04

Examen de Papanicolaou para Infección del Virus del Papiloma Humano y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.

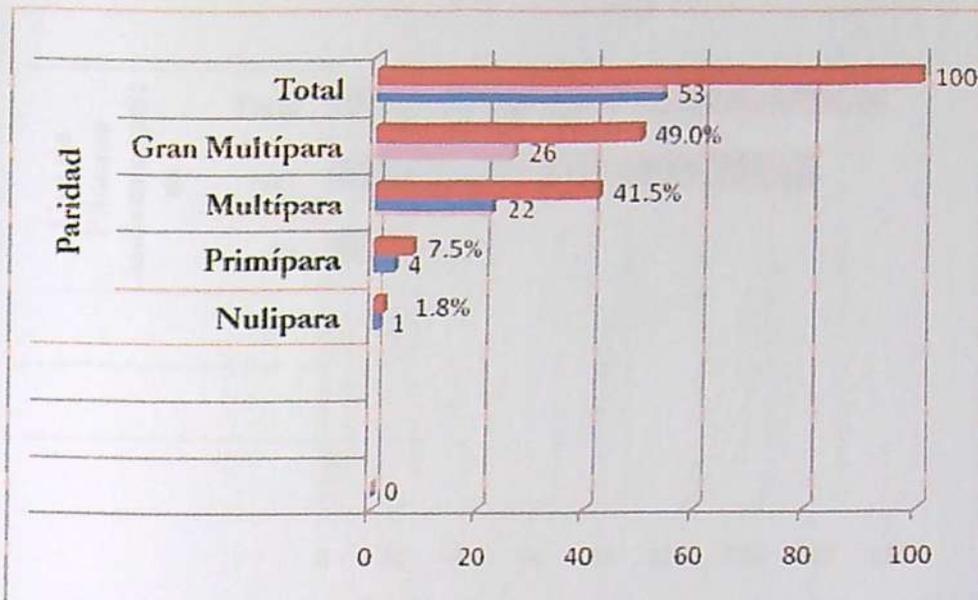


El gráfico N° 04, muestra la distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta el examen de Papanicolaou para infección del virus del papiloma humano. Se puede apreciar que las pacientes en estudio, el 60.4% (32 pacientes), no se hicieron el examen, el 24.5% (13 pacientes), tuvieron resultado positivo y el 15.1% (8 pacientes), tuvieron resultado negativo. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

Pero de las 21 pacientes que se hicieron el examen de Papanicolaou para infección del virus del Papiloma Humano, el 24.5% (13 pacientes) resultaron positivas para PVH

GRÁFICO N° 05

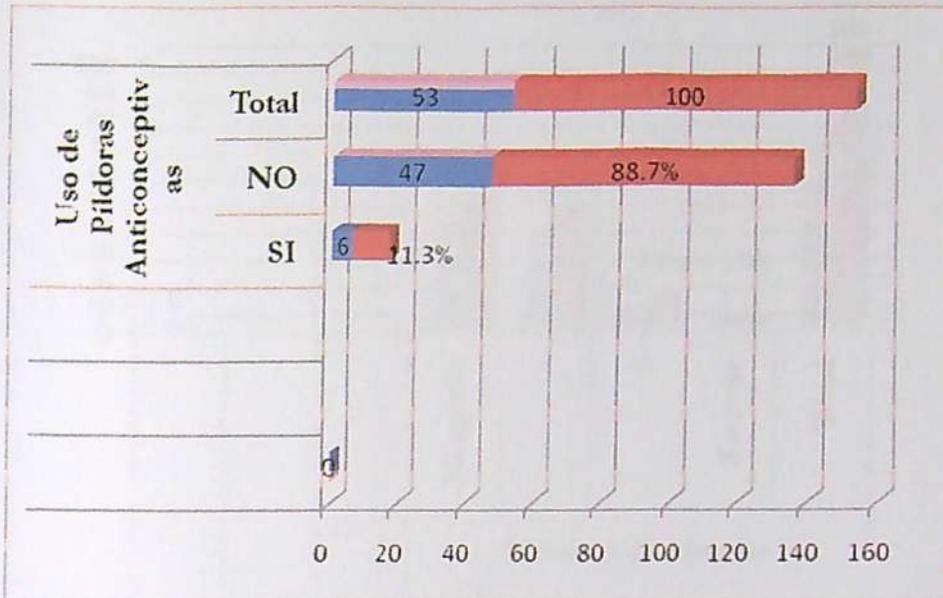
Paridad y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.



El gráfico N° 05, muestra la distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta la paridad y el cáncer de cuello uterino. Se puede apreciar que las pacientes en estudio, el 49% (26 pacientes), son gran multiparas, el 41.5% (22 pacientes), son multiparas, el 7.5% (4 pacientes), son primiparas y el 1.8% (1 pacientes), son nulíparas. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 06

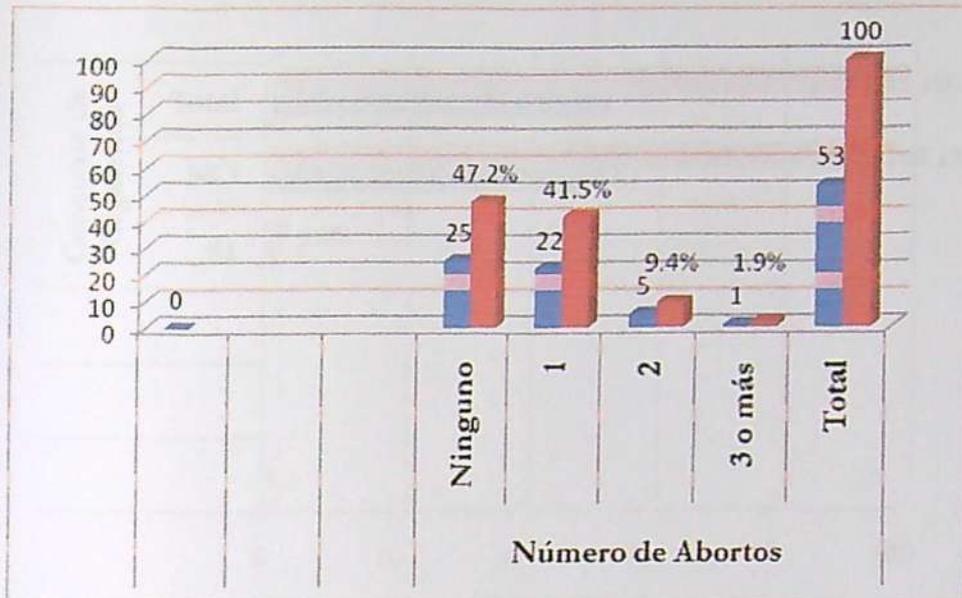
Uso de píldoras anticonceptivas y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Loreto en el año 2009.



El gráfico N° 06, muestra la distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta el uso de píldoras anticonceptivas y el cáncer de cuello uterino. Se puede apreciar que, el 88.7% (47 pacientes), no uso píldoras anticonceptivas y solamente el 11.3% (6 pacientes), tienen antecedentes de haber usado. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 07

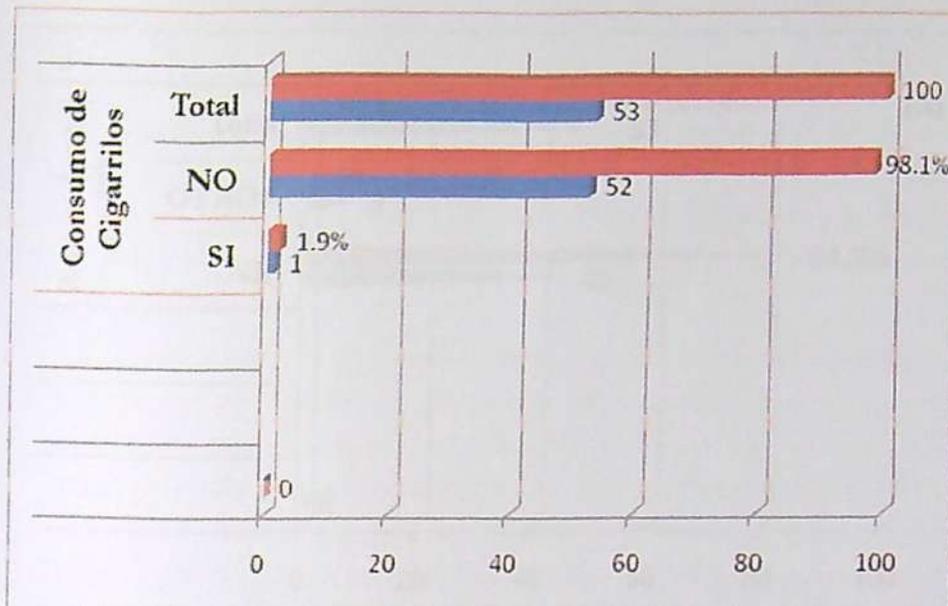
Aborto y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.



El gráfico N° 07, muestra la distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta el número de abortos y el cáncer de cuello uterino. Se puede apreciar que, el 47.2% (25 pacientes), no tuvo ningún aborto, el 41.5% (22 pacientes), tuvieron 1 aborto, el 9.4% (5 pacientes), tuvieron 2 abortos y el 1.9% (1 paciente), tuvieron 3 o más abortos. Haciendo un total de estudio de 53 pacientes con cáncer de cuello uterino. Haciendo un total del 52.8% (28) de pacientes que se sometieron a uno o más de un aborto

GRÁFICO N° 08

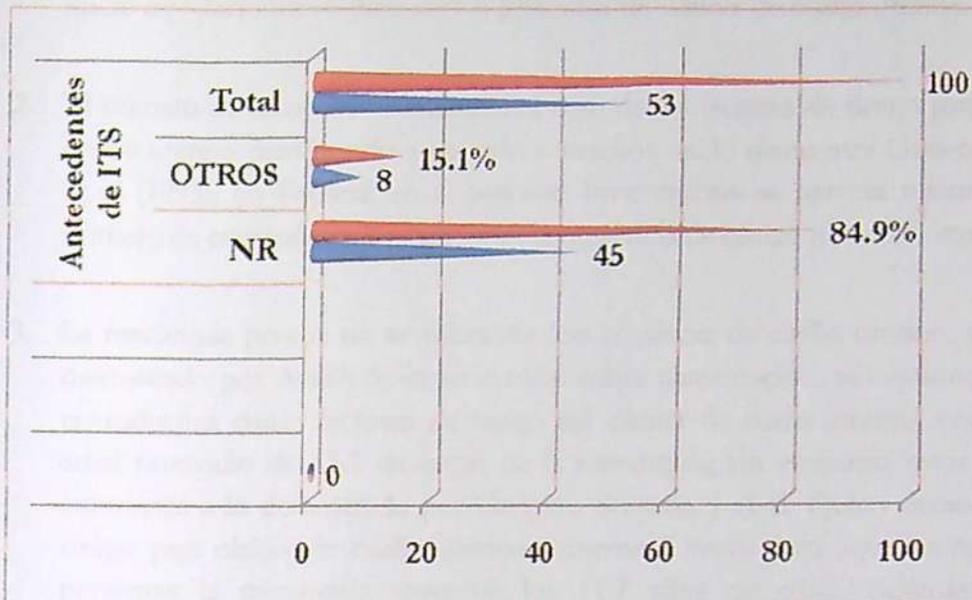
Consumo de cigarrillos y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Loreto año 2009.



El gráfico N° 08, muestra la distribución de las pacientes, teniendo en cuenta el consumo de cigarrillos y el cáncer de cuello uterino. Se aprecia que, el 98.1% (52 pacientes), no tienen antecedentes de consumo de cigarrillos y el 1.9% (1 paciente), tiene antecedentes de consumo de cigarrillos. Haciendo un total de 53 pacientes en estudio con cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 09

Antecedentes de ITS y el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2009.



El gráfico N° 09, muestra la distribución de las pacientes en estudio, teniendo en cuenta los antecedentes de ITS y el cáncer de cuello uterino. Se puede apreciar que la mayoría 84.9% (45 pacientes), no registra información en la Historia Clínica y el 15.1% (8 pacientes), registran otros antecedentes. Haciendo un total de 53 pacientes con cáncer de cuello uterino.

10. Discusiones.

1. El inicio precoz de las relaciones coitales como factor para cáncer de cuello uterino, es uno de los factores muy ampliamente estudiado; así lo afirma Herrero R (1990) y Huang A (2008), en la presente investigación no se aprecia relación de la edad de inicio de relaciones coitales con la presencia de Cáncer de cuello uterino.
2. El número de compañeros sexuales es otro de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino demostrado en muchos estudios, así lo demuestra Gimeno Ortiz, A. et al (1993), en España; en la presente investigación se aprecia relación entre el número de compañeros sexuales con la presencia de cáncer de cuello uterino.
3. La menarquía precoz no se relaciona con el cáncer de cuello uterino, similar a lo demostrado por Atalah S; en su estudio sobre alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, encontró una edad promedio de 13.1 de inicio de la menarquía; sin embargo estos resultados contrastan a lo demostrado por Caripidis Staveris, J et al. Quien demostró que el riesgo para cáncer de cuello uterino aumenta 7 veces para aquellas mujeres que presentan la menarquía antes de los 11.7 años de edad. Además Armando Rodríguez Salva (1999), concluyo que la edad de la menarquía entre 12 a 15 años guarda relación con el cáncer de cuello uterino.
4. La presencia del virus del papiloma humano si se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino así se demuestra en la presente investigación: similar a lo demostrado por Rodríguez Lundes, O. Et Al (2009) y Muñoz et al (2001).
5. La paridad se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino, así se demuestra en la presente investigación; similar a lo demostrado por Lazcano Ponce, E. et al (1993), quien afirmo que la multiparidad es factor para cáncer de cuello uterino.
6. Armando Rodríguez Salva et al (1999), afirmo que el uso de anticonceptivos orales es factor 2,8 veces mayor para cáncer de cuello uterino en quienes lo usan; contrastando a lo demostrado en la presente investigación donde se encontró que el uso de píldoras anticonceptivas no influye en la presencia cáncer de cuello uterino.
7. El aborto si se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino; similar a lo demostrado con Althabe, F. Et al, quien identifico el aborto como factor para la presencia de cáncer de cuello uterino.
8. El consumo de cigarrillos no se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino; contrastando a lo demostrado por Ronald Hernández Alarcón (1992) y

Santos C et al (2001), quienes detectaron que el tabaquismo es factor para la presencia de cáncer de cuello uterino.

9. Los antecedentes de ITS no se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino; contrastando a lo demostrado por Herrero R et al (1990), quien encontró en su estudio de que los antecedentes de enfermedades venéreas son los principales factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.

11. Conclusiones

En cuanto a los factores a cáncer de cuello uterino en la investigación se arribó a las siguientes conclusiones:

- a) La edad de inicio de las relaciones coitales, no influye en la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 01).
- b) El número de compañeros sexuales, si influye en la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 02).
- c) El inicio de la menarquia a edad temprana no influye en la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 03).
- d) El virus del papiloma humano, si influye en la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 04).
- e) La paridad, si influye para la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver cuadro (Ver gráfico N° 05).
- f) El uso de píldoras anticonceptivas, no influye en la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 06).
- g) El Aborto, si se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 07)
- h) El consumo de cigarrillos, no se relaciona con la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 08).
- i) Los Antecedentes de ITS, no influye en la presencia de cáncer de cuello uterino. (Ver gráfico N° 09).
- j) La tasa de incidencia acumulada es de 0,04 considerando 53 casos de cáncer de cuello uterino y un total de 1'324 pacientes atendidas (durante todo el año 2009 y por diferentes diagnósticos), lo que indica que por cada 100 pacientes hay 4 mujeres que presentan cáncer de cuello uterino.
- k) En la investigación se determinó que: El número de compañeros sexuales, la paridad, la presencia de virus de Papiloma Humano y el aborto, son factores que influyen en la presencia de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

- D) Se determino que: La edad de inicio de las relaciones coitales, el inicio a temprana edad de la menarquia, el uso de píldoras anticonceptivas, el consumo de tabaco y los antecedentes de ITS, no son factores que influyen en la presencia de cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto 2009.

12. Recomendaciones

- A los profesionales recomendar el llenado correcto de las Historias Clínicas, de tal manera que sirva de información primaria para futuras investigaciones.
- Los especialistas (ginecólogos) deberán cumplir con las normas establecidas por el ministerio de Salud en lo concerniente al diagnóstico y manejo de pacientes con cáncer de cuello uterino.
- Realizar este estudio en el Hospital Apoyo Iquitos y ESSALUD.
- Que los próximos estudios a realizarse sean prospectivos, lo que serviría para poder obtener mejor información.
- Protocolizar el manejo de pacientes que ingresen al servicio de Ginecología con Diagnóstico de Cáncer de Cuello uterino.
- Mejorar el sistema estadístico del hospital, en el sentido de que los números de historias clínicas asignadas a las pacientes posteriormente no sean modificados.

13. Bibliografía

1. PACHECO Romero, J. (2007) Ginecología Obstetricia y Reproducción 2º Edición, 2007. Pág. 756-762.
2. HERRERO R, Brinton LA, et al, Los factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina. Bull Pan Am Health Organ. 1990, 24 (3); 263-83.
3. SCHMEINK CE, CH Lenselink et al, Enlaces [El uso de anticonceptivos orales y mayor riesgo de cáncer de cuello uterino] [Artículo en holandés], Ned Tijdschr Geneesk. 2 Agosto 2008, 152 (31):1717-8.
4. ORTIZ Serrano, M.D, Claudia J. Uribe Pérez, et al, Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Recibido: junio 25/2004 – Revisado: junio 28/2004 – Aceptado: junio 30/2004.
5. RODRÍGUEZ Salvá, Dr. Ángel A. Echevarria Aguilera, et al, Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología ISSN 1561-3003 versión on-line.
6. SANTOS C, et al, HPV types and cofactors causing cervical cancer in Peru. Instituto de Enfermedades Neoplásicas Dr. Eduardo Cáceres Graziani, Av. Angamos Este 2520, Lima 34, Perú. Br J Cancer. 2001 Sep 28;85 (7):966-71
7. NAZZAL N, Eugenio Suárez P, Lesiones Preinvasoras de Cuello Uterino: una Visión actual, Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(5): 341-348
8. LEYES Susana Zimmerman, et al, Cátedra de clínica Ginecológica. UNNE. Facultad de Medicina, Departamento de Oncología y Servicio de Ginecología, Hospital J. R. Vidal. Resumen: M-066 Universidad Nacional Del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005 Necochea 1050. 3400. Corrientes. Argentina.
9. KASAMATSU, E. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. Cervical cancer and human papiloma virus in Paraguay Prospects for primary prevention, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 4(2) Diciembre 2006.

10. VALDERRAMA C, et al, Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima, Rev. Perú. med. exp. Salud publica v.24 n.3 Lima jul. /set 2007.
11. HUANG A, et al, La obesidad y el Riesgo de Comportamiento Sexual Factores de riesgo para el VPH y el cáncer cérvico-uterino Cancer. Obesity (Silver Spring). 14 Agosto 2008. PMID: 18719677.
12. MELÉNDEZ Araujo (2002-2004), Trabajo de investigación para optar el Título de Enfermera Especialista en Oncología, UNMSM 2005.
13. SOLIDORO, et al, Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia 2008 y Ginecología.
14. HERNÁNDEZ Alarcón, Perfil Epidemiológico y Clínico del Cáncer de Cuello Uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2008
15. Manual de normas y procedimientos para el control de Cáncer de Cuello Uterino. OPS.OMS.70. 1990.
16. HERRERA Gómez y col.. Manual de Oncología.Procedimientos médicos quirúrgicos. Instituto nacional de cancerología.McGraw-Hill interamericana.
17. Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico.<boletín informativo Planificar.MINSA.1999.No5-20.
18. MONGRUT Steane, A. (1974), Tratado de Obstetricia, 4º Edición, Pág. 475-478.
19. RODRÍGUEZ Salvá, A. et al. factores de riesgo de cáncer de cérvix en el municipio de Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol 1999;37(1):40-6. [online]http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol37_1_99/hie07199.pdf
20. GIMENO Ortiz, A. et al. Cancer De Cuello Uterino En Extremadura. Rev San Hig F?íb 1993; 67: 217-22.5.[online] http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL67/67_3_217.pdf
21. CARIPIDIS STAVERIS, J. ET AL; Punteado inverso en cuello uterino. Su relación con la infección por el virus de papiloma humano; Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60(4): 255-260: http://www.infomediconline.com/biblioteca/revistas/obstetricia_obs604art6.pdf
22. ATALAH S, Alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello del útero, Rev.méd. Chile v.129 n. 6 Santiago jun. 2001. <<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000600001&script=sciarttext>>

23. PAHO. Human Papillomavirus vaccines: a new tool for cervical cancer prevention. PAHO; 2005 [online]. <[http://www.ops-oms.org/English /AD/FCII/IM /HPVFactSheet1.pdf](http://www.ops-oms.org/English/AD/FCII/IM/HPVFactSheet1.pdf)>
24. RODRÍGUEZ LUNDES, O. et al. Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23: 12-17. [online]. <http://www.inper.edu.mx/revista/pdf/Estudiosdelapatologia.pdf>
25. MUÑOZ N., Francechi S, Bosetti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case- control study. *The Lancet*. Vol 359; 1093 - 2000. [online] <<http://www.foroaps.org/files/Rol%20de%20la%20paridad%20y%20HPV%20en%20el%20c%20c%20A1ncer%20de%20cuello%20uterin o.pdf>> [revisado el 20 enero 2010]
26. LAZCANO Ponce, E. et al. factores de riesgo reproductivos y cáncer cérvico uterino en la ciudad de México. *Salud Pública Mex.* 1993; 35:65-73. [http://www.insp.mx/rsp/files/File/1993/ene feb/ene%20feb%2093%20factores.pdf](http://www.insp.mx/rsp/files/File/1993/ene%20feb/ene%20feb%2093%20factores.pdf)
27. VALDIVIA Franco, H. (2008), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
28. ALTHABE, F; El Parto Pretérmino: Detección De Riesgos Y Tratamientos Preventivos; *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(6), 1999. [online]. <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n6/v5n6a1.pdf>> [citado el 08 de noviembre del 2009]
29. MCINTYRE- Seltman, K. et al. Smoking Is a Risk Factor for Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 among Oncogenic Human Papillomavirus DNA-Positive Women with Equivocal or Mildly Abnormal Cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14(5). May 2005. [online] <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/reprint/14/5/1165>
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cervical cancer, oral contraceptives and parity. Geneva, WHO, (Weekly Epidemiological Record, No. 20) (2002).
31. SMITH, J. et al. Herpes Simplex Virus-2 as a Human Papillomavirus Cofactor in the Etiology of Invasive Cervical Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 94, No. 21, November 6, 2002. [online] <http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/94/21/1604>
32. SHIELDS, T. A Case-Control Study of Risk Factors for Invasive Cervical Cancer among U.S. Women Exposed to Oncogenic Types of Human Papillomavirus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13(10). October 2004. [online] <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/reprint/13/10/1574>

33. TALAVERA Silva, Sh. Factores De Riesgo Asociados A Lesiones Precursoras De Cáncer Cervical En Mujeres Que Asisten Al Centro De Salud Edgard Lang. Silais Managua. Año 2005. Tesis para optar al Título de Maestro en Salud Pública. Escuela De Salud Pública De Nicaragua; Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. [online] http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/58.pdf
34. Plan nacional de prevención del cáncer ginecológico. boletín informativo Planificar.MINSA.1999.No5-20.

14. Anexos

14.1. Anexo N° 01.**Instrumento de Recolección de Datos****Ficha de registro**

El presente instrumento tiene como finalidad registrar datos de las variables que se asocian a la presencia del Cáncer de Cuello Uterino

1. N° de historia clínica:.....

Variable Dependiente

2. Cáncer de cuello uterino: Diagnóstico por biopsia.

1. SI ()

2. NO()

Variabes Independientes***Factores Asociados***

3. Edad de inicio de primera relación coital

1. <11 ();

2. 11 a 15 ();

3. >15 años ()

4. Número de parejas sexuales

1. Ninguno ()

2. 1 a 3 ();

3. 4 a 7 ();

4. >7 ();

5. Edad de Menarquía:

1. < 12 Años. ();

2. 12 – 15 Años ();

3. > 15 Años. ();

6. Examen de Papanicolaou positivo para Infección por Virus del Papiloma Humano

1. SI ();
2. NO ();
3. No se hizo ();

7. Paridad

1. Nulípara ();
2. Primípara ();
3. Multípara ();
4. Gran Multípara ().

8. Uso de píldoras anticonceptivas Si (); No ().

Si la paciente usa píldoras: Cuantos años usa píldoras anticonceptivas

1. <1 año ();
2. 1 a 5 años ();
3. >5 años ();
4. NR ();

9. Número de abortos

1. Ninguno ();
2. 1 ();
3. 2 ();
4. 3 o más ().

10. Consumo de cigarrillo: Si (); No ().

11. Antecedentes de ITS:

1. VIH ();
2. SIFILIS ();
3. VAGINITIS ();
4. Herpes genital ();
5. Condiloma ();
6. NR ();
7. Otros:.....

14.2. Anexo N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES ASOCIADOS A CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
AÑO 2009

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>Son los factores asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Regional de Loreto entre Enero - Diciembre del 2009?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>a) ¿El inicio de relaciones coitales está asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>b) ¿El número de compañeros sexuales es un factor asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>c) ¿La menarquía es un factor asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>d) ¿El virus de papiloma humano es un factor asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>e) ¿La multiparidad es un factor asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>f) ¿El uso de anticonceptivos orales está asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>g) ¿El aborto es un factor asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>h) ¿El consumo de tabaco está asociado al cáncer de cuello uterino?</p> <p>i) ¿Los antecedentes de ITS son factores de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los Factores Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Regional de Loreto entre Enero-Diciembre del 2009.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a) Demostrar si el inicio de relaciones coitales está asociado al cáncer de cuello uterino.</p> <p>b) Corroborar si el número de compañeros sexuales es un factor asociado al cáncer de cuello uterino.</p> <p>c) Relacionar si la menarquía es un factor asociado al cáncer de cuello uterino.</p> <p>d) Identificar si el virus de papiloma humano es un factor asociado al cáncer de cuello uterino</p> <p>e) Demostrar si la multiparidad es un factor asociado al cáncer de cuello uterino.</p> <p>f) Determinar si el uso de anticonceptivos orales está asociado al cáncer de cuello uterino</p> <p>g) Identificar si el aborto es un factor asociado al cáncer de cuello uterino.</p> <p>h) Demostrar si el tabaquismo está asociado al cáncer de cuello uterino.</p> <p>i) Reconocer si los antecedentes de ITS son factores asociados al cáncer de cuello uterino.</p>	<p>Los factores: Inicio de relaciones coitales, número de compañeros sexuales, menarquía, virus del papiloma humano, multiparidad, uso de anticonceptivos orales, aborto, tabaco, ITS; Influyen el la presencia de Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres Atendidas el Departamento del Hospital Regional de Loreto entre Enero - Diciembre del 2009.</p>	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLES dependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de cuello uterino <p>VARIABLES independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de relaciones sexuales coital a temprana edad. • Número de compañeros sexuales. • Edad de menarquia • VPH • Multiparidad • Anticonceptivos orales (AO) • Aborto • Consumo de Tabaco • Antecedentes de ITS. 	<p>METODOLOGÍA</p> <p>Tipo de investigación Transversal y Descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación No experimental</p> <p>Población. Mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del HRL en el año 2009.</p> <p>Muestra. La muestra estuvo constituida por 53 pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del HRL en el año 2009 que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación</p> <p>Técnicas de recolección de datos</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumento de recolección de datos</p> <p>Ficha de registro</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Medidas de tendencia central y de asociación</p>