



**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”**  
**FACULTAD DE OBSTETRICIA**  
**E.A.P DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

---

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016.**

---

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**TESISTAS:**

**Gonzales Isidro, Feliciano Yessenia**

**Torres Gamarra, Grassli**

**ASESORA:**

**Mg. Quiñones Flores, Mitsi Marleni**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2017**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO  
VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO – 2016.**

## DEDICATORIA

### ***Dedicamos a:***

#### ***Dios.***

Por habernos permitido llegar a este punto, brindándonos salud y fortaleza para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

#### ***Nuestros padres y hermanos.***

Por su apoyo incondicional consejos, valores, amor y la motivación constante que nos brindaron día a día para cumplir nuestros objetivos.

#### ***Nuestra asesora de tesis.***

Mg. Mitsi Quiñones Flores por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haber tenido la paciencia de guiarnos para la realización de nuestra tesis del mismo modo a todos los docentes que intervinieron de manera directa e indirectamente.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos:

A Dios por darnos la vida y darnos la fuerza necesaria para seguir adelante.

A Nuestra familia porque en conjunto nos ayudaron a poder concluir nuestra carrera profesional, brindándonos su apoyo incondicional.

A nuestra alma mater la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, a su plana de docentes y demás profesionales que con sus enseñanzas hicieron posible nuestra formación profesional.

A las autoridades del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, por los permisos brindados para la realización de la investigación.

A nuestra Asesora de Tesis Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	x
INTRODUCCION .....	xi
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Planteamiento del Problema .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Formulación del problema .....</b>	<b>18</b>
1.2.1. Problema General .....	18
1.2.2. Problemas Específicos .....	19
<b>1.3. Objetivos.....</b>	<b>19</b>
1.3.1. Objetivo General .....	19
1.3.2. Objetivos Específicos.....	19
<b>1.4. Justificación .....</b>	<b>20</b>
<b>1.5. Importancia.....</b>	<b>21</b>
<b>1.6. Limitaciones .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. Antecedentes del Problema .....</b>	<b>23</b>
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	23
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	27
2.1.3. Antecedente Local .....	34
<b>2.2. Bases Teóricas.....</b>	<b>34</b>

2.2.1. Factor de riesgo.....	34
2.2.2. Cáncer de Cuello Uterino .....	52
<b>2.3. Definiciones de términos u operacionales .....</b>	<b>66</b>
<b>CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>69</b>
<b>3.1. Hipótesis.....</b>	<b>69</b>
3.1.1. Hipótesis General .....	69
3.1.2. Hipótesis Específicas.....	69
<b>3.2. Variables .....</b>	<b>70</b>
<b>3.3. Operacionalización de las variables .....</b>	<b>71</b>
<b>CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1. Ámbito Espacial y Temporal .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2. Nivel y Tipo de Investigación.....</b>	<b>73</b>
<b>4.3. Diseño de investigación .....</b>	<b>74</b>
<b>4.4. Población y muestra.....</b>	<b>75</b>
4.4.1. Población.....	75
4.4.2. Población muestral .....	75
4.4.3. Tipo de muestreo.....	75
<b>4.5. Criterios de Selección .....</b>	<b>76</b>
4.5.1. Criterios de Inclusión .....	76
4.5.2. Criterios de Exclusión .....	76
<b>4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....</b>	<b>76</b>
4.6.1. Técnicas .....	76
4.6.2. Instrumento.....	76

<b>4.7. Procesamiento de Datos .....</b>	<b>79</b>
4.7.1. Procedimiento de Recolección de Datos .....	79
4.7.2. Análisis de Datos .....	80
<b>4.8. Aspectos Éticos .....</b>	<b>81</b>
<b>CAPITULO V: RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
5.1. Análisis Descriptivo .....	82
5.2. Prueba de Hipótesis .....	101
<b>CAPITULO VI: DISCUSIÓN .....</b>	<b>111</b>
<b>CAPITULO VII: CONCLUSIONES .....</b>	<b>117</b>
<b>CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES O PROPUESTAS.....</b>	<b>119</b>
<b>CAPITULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO 02: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Variable independiente factores de riesgo.	82
Tabla N° 02: Variable dependiente cáncer de cuello uterino.	83
Tabla N° 03: Factor de riesgo sociodemográfico.	84
Tabla N° 04: Edad de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	85
Tabla N° 05: Ocupación de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	86
Tabla N° 06: Procedencia de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	87
Tabla N° 07: Grado de instrucción de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	88
Tabla N° 08: Estado civil de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	89
Tabla N° 09: Hábitos nocivos de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	90
Tabla N° 10: Factor de riesgo asociado a la conducta sexual	91
Tabla N° 11: Edad de inicio de relaciones coitales de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	92
Tabla N° 12: Número de parejas sexuales de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	93

Tabla N° 13: Diagnóstico de alguna ITS de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	94
Tabla N° 14: Factor de riesgo asociado a la reproducción.	95
Tabla N° 15: Paridad de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	96
Tabla N° 16: Uso de método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	97
Tabla N° 17: Número de abortos de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.	98
Tabla N° 18: Factor de riesgo y etapa clínica del cáncer de cuello uterino.	99
Tabla N°19: Prueba de independencia chi-cuadrado.	101
Tabla N° 20: Factor de riesgo sociodemográficos asociado a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.	102
Tabla N° 21: Prueba de independencia chi – cuadrado.	104
Tabla N° 22: Factor de riesgo de la conducta sexual asociado a lesiones pre malignas y cáncer del cuello uterino.	105
Tabla N° 23: Prueba de independencia Chi – cuadrado.	107
Tabla N° 24: Factor de riesgo reproductivo asociado a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.	108
Tabla N° 25: Prueba de independencia Chi – cuadrado.	110

## RESUMEN

La investigación, tuvo como objetivo conocer los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, de diseño no experimental, de nivel descriptivo relacional. La muestra fue de 130 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer cuello uterino. El instrumento fue la ficha de recolección de datos y validado por juicio de expertos. La comprobación de hipótesis fue mediante la prueba estadística de chi cuadrado para un valor  $p$  ( $\leq 0.05$ ), apoyados con la prueba estadística SPSS V 24. Los resultados evidenciaron que hay una asociación de factores de riesgo, en el factor sociodemográfico tuvo el valor crítico (7, 8147) menor que el valor observado (10.2469) y valor  $p$  (0.0166), en el factor de riesgo conducta sexual se observa que el valor crítico es (12.5916) menor que el valor observado (13.2263) y valor  $p$  (0.0396) y en el factor de riesgo reproductivo se observa el valor crítico (7.8147) menor que el valor observado (7.8746) y el valor  $p$  (0.0487); con valor  $p \leq a$  (0.05). Se concluye que los factores de riesgo sociodemográfico, conducta sexual y reproductiva están asociados a las lesiones pre malignas y cáncer cuello en las mujeres de edad fértil. Evidenciando el valor crítico (7.8747) menor que el valor observado (10.1487) siendo su valor  $p$  (0.0173).

**Palabras claves:** Factores de riesgo, cáncer de cuello uterino.

## SUMMARY

The objective of the research was to know the risk factors associated with cervical cancer in women of childbearing age. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016. The study was an observational, descriptive, cross-sectional and retrospective, non-experimental, descriptive level. The sample was 130 clinical histories of women diagnosed with pre-malignant lesions and cervical cancer. The instrument was the datasheet and validated by expert judgment. Hypothesis testing was performed using the statistical test of chi square for a p value ( $\leq 0.05$ ), supported by the statistical test SPSS V 24. The results showed that there is an association of risk factors, in the sociodemographic factor it had the critical value (7, 8147) lower than the observed value (10.2469) and p value (0.0166), the sexual behavior risk factor shows that the critical value is (12.5916) lower than the observed value (13.2263) and p value (0.0396) ) and in the reproductive risk factor the critical value (7.8147) is lower than the observed value (7.8746) and the p value (0.0487); with value  $p \leq \alpha$  (0.05). We conclude that socio-demographic risk factors, sexual and reproductive behavior are associated with pre-malignant lesions and neck cancer in women of childbearing age. The critical value (7.8747) is lower than the observed value (10.1487) with its value p (0.0173).

Key words: Risk factors, cervical cancer.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye un problema social que afecta no solo a la salud de las mujeres de manera individual sino en lo colectivo interfiriendo en las condiciones de salud y calidad de vida.

El cáncer cervicouterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida. <sup>(1)</sup>

En comparación con otros tumores malignos ginecológicos, el cáncer cervicouterino se desarrolla en una población de mujeres más jóvenes. <sup>(2)</sup>

Según los últimos estudios a nivel nacional el cáncer de cuello uterino represento la primera causa de muerte en el Perú, registrándose más 16 mil nuevos casos, llegando a ser la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer peruana. <sup>(3)</sup>

En Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. <sup>(4)</sup>

La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo de edad previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, pueden prevenir la mayoría de los cánceres cervicouterinos. <sup>(2)</sup>

Así mismo identificando factores de riesgo como la conducta sexual que pueden considerarse, como el inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, compañero sexual promiscuo, enfermedades de transmisión sexual y la multiparidad, hábito de fumar, uso de métodos anticonceptivos, sociodemográficos.

Los nuevos adelantos tecnológicos ofrecen la posibilidad de enfrentar el cáncer cervicouterino de una manera más integral y prever un futuro más saludable para las niñas y las mujeres. La creciente disponibilidad de diversas tecnologías de tamizaje, tales como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y las pruebas de detección de VPH, y las nuevas vacunas contra virus del papiloma humano (VPH) pueden ayudar a prevenir muchos casos de cáncer cervicouterino. Por otro lado, puesto que la vacunación contra VPH se dirige a las niñas de 9 a 13 años de edad, antes de que pasen a ser sexualmente activas, existe la oportunidad de aplicar un método de prevención y control del cáncer cervicouterino que abarque el ciclo de la vida comenzando en la niñez y continuando en la edad adulta, recomendándose el tamizaje entre los 30 y los 49 años de edad. <sup>(1)</sup>

La presente investigación parte desde la problemática descritos anteriormente del cáncer de cuello uterino que afecta a las mujeres que son el pilar fundamental de una familia y para la sociedad, el objetivo principal de la tesis se ha centrado en; conocer los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán

Medrano, Huánuco – 2016. El presente trabajo de investigación se ha estructurado en 9 capítulos los cuales se detallan a continuación:

En el primer capítulo aborda el problema de la investigación, planteamiento del problema, formulación del problema, problema general y específicos, el objetivo general y específico; justificación, importancia y limitaciones.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico que comprende antecedentes del problema, bases teóricas, definiciones de términos básicos u operacionales.

En el tercer capítulo se evidencia: Hipótesis general y específica, las variables y operacionalización de las variables.

En el cuarto capítulo evidencian el marco metodológico de la investigación el cual está compuesto por el ámbito espacial y temporal, nivel y tipo de investigación, diseño de investigación, población y muestra, tipo de muestreo, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, análisis de datos y aspectos éticos.

En el quinto capítulo se exhiben los resultados descriptivos e inferenciales con sus respectivos análisis e interpretación.

En el sexto capítulo se presenta la discusión de los resultados.

En el séptimo capítulo se diseña las conclusiones.

En el octavo capítulo se propone las recomendaciones y sugerencias respectivas finalmente.

En el noveno capítulo aparece un listado de referencias bibliográficos según Vancouver utilizadas durante el proceso de estudio, así como los anexos respectivos.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

El cáncer de cuello uterino, es un problema de salud pública, por sus altos índices de morbi - mortalidad; ya que es una neoplasia maligna más frecuente del aparato genital femenino, generalmente es provocado por el virus de papiloma humano (VPH), la que se transmite mediante las relaciones sexuales, teniendo sub tipos que pueden ocasionar lesiones pre malignas y con el tiempo pudiendo convertirse en cáncer, teniendo como factores de riesgo para adquirir dicho virus, a la conducta sexual, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, multiparidad, métodos anticonceptivos orales, ITS y hábitos nocivos para la salud.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS).<sup>(1)</sup> El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y ello en todas las partes del mundo; todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a los oportunos servicios de detección y tratamiento es muy limitado. Siendo una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres.

Según Organización Panamericana de la Salud (OPS) <sup>(1)</sup>. En 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en la región de las Américas. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las América aumentará en un 45% en el 2030. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud.

En comparación con otros tumores malignos ginecológicos, el cáncer cervicouterino se desarrolla en una población de mujeres más jóvenes. Por tanto, su detección con pruebas de Papanicolaou casi siempre empieza en la adolescencia o en la juventud. Al inicio, casi todos los cánceres son asintomáticos, aunque los síntomas del cáncer cervicouterino avanzado incluyen hemorragia, secreción acuosa y signos de compresión venosa, linfática neural o uretral relacionada. <sup>(2)</sup>

Según la Liga Contra Cáncer: En los últimos estudios a nivel nacional el cáncer de cuello uterino representó la primera causa de muerte en el Perú, registrándose más 16 mil nuevos casos, llegando a ser la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer peruana y la segunda en Lima esta enfermedad se desarrolla en mujeres jóvenes a partir de los 30 años y se origina a causa de la infección por el Virus del papiloma humano (VPH), el cual tiene más de 11 subtipos y solo algunos

de ellos como el 16 y 18 son responsables de aproximadamente de 70% de los casos de cáncer de cérvix. <sup>(3)</sup>

En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2). <sup>(4)</sup>

En Huánuco, según DIRESA se encontró que la mortalidad por cáncer en los últimos cinco años mantiene una tendencia regular, con ligeros cambios en su ubicación de los tipos de cáncer en los periodos evaluados; así en el 2015 se encuentra como la tercera causa de morir por cáncer de cérvix (9.9%)... <sup>(5)</sup>

La lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina que reúne no solo a los clínicos, investigadores y médicos generales, sino también a la población en general. Por lo tanto es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una ayuda

en la lucha contra los tumores malignos. Mucho se ha avanzado en los últimos años en el conocimiento de los factores epidemiológicos ligados a la aparición del cáncer de cuello uterino y la mayoría de los investigadores están de acuerdo en considerarlo como una enfermedad de transmisión sexual, pues atribuyen, una relación directa entre la mayor o menor incidencia de esta tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos. En la conducta sexual hay elementos que pueden considerarse principales, como: inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, compañero sexual promiscuo, alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual y la multiparidad. Otros factores considerados en la actualidad son: hábito de fumar, uso de métodos anticonceptivos, sociodemográficos, inmunodepresión y hábitos dietéticos. <sup>(6)</sup>

Por ello se puede decir que los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino son multifactoriales.

## **1.2. Formulación del problema**

Por lo planteado anteriormente nos formulamos las siguientes interrogantes.

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016?

## **1.2.2. Problemas específicos**

**1.2.2.1.** ¿cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil?

**1.2.2.2.** ¿Cuáles son los factores de riesgo de la conducta sexual asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil?

**1.2.2.3.** ¿cuáles son los factores de riesgo reproductivos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Conocer los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil.
2. Determinar los factores de riesgo de la conducta sexual asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil.

3. Establecer los factores de riesgo reproductivos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil.

#### 1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

- **Justificación teórica:** Se enfocará en aportar conocimiento basado en factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, la cual servirá de ayuda como antecedente para futuras investigaciones y para la sociedad, también de este modo fortalecer y contribuir a través de datos que nos permite analizar e interpretar desde el ámbito preventivo.

Porque el cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las mujeres sin discriminación alguna.

A pesar de los esfuerzos realizados por las grandes entidades de salud interviniendo con programas preventivos promocionales sobre el cáncer de cuello uterino todavía se evidencia altas tasas de incidencia de mortalidad en el Perú.

- **Justificación práctica:** Se justifica el valor práctico de este estudio debido a las escasas investigaciones realizadas en el área Gineco-obstétrico, sobre todo centrada en la motivación u orientación del profesional obstetra a nivel personal, profesional en la falta de

conocimiento de los factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil de la región Huánuco.

- **Justificación metodológica:** La realización de la investigación generara metodologías de interés e incentivo para que otros grupos de obstetras inicien esta tarea de investigación y se pueda lograr la concientización sobre la importancia de este tema con la finalidad que las autoridades del hospital fomenten la actividad científica de investigación que permita el crecimiento profesional. Los datos que se obtengan como resultado de la investigación serán importantes ya que se podrá conocer los factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, como también tomar decisiones que permitan favorecer a la prevención del cáncer de cuello uterino.

### **1.5. Importancia**

- La presente investigación es de gran importancia, pues los resultados nos ayudarán a enriquecer los conocimientos respecto a los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, esto nos permitirá intervenir en beneficio de mujeres, aplicando estrategias para prevenir el cáncer de cuello uterino en ellas, disminuyendo la morbimortalidad en este grupo de riesgo. Servirá como un marco para la realización de otra investigación.
- En el ámbito local, el presente estudio será de vital importancia ya que su resultado permitirá identificar los factores de riesgo del cáncer de

cuello uterino y de esta manera trabajar conjuntamente con las familias y autoridades para su disminución.

#### **1.6. Limitaciones**

- Historias clínicas incompletas.
- Falta disponibilidad de tiempo del personal del área de admisión.
- Demora en la respuesta de los documentos presentados al Hospital.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del problema**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Cordero Martínez J, García Pimentel M <sup>(7)</sup> Cuba, 2015.** En el estudio de investigación denominado: “Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino” cuyo Objetivo de estudio fué relacionar los factores de riesgo para el cáncer cérvicouterino con el resultado de algunas citologías alteradas. Se realizó un estudio, analítico y retrospectivo de casos y controles, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” desde enero del 2011 hasta diciembre 2012. El grupo de estudio quedó constituido por 500 pacientes de la consulta de patología de cuello de dicho Hospital y el grupo control lo formaron otras 500 mujeres con citología negativa, con la misma edad y que pertenecían a los consultorios de las pacientes del grupo estudio. Se estimó el riesgo relativo mediante la razón de productos cruzados. Se determinaron como variables: relación sexual. Durante la menstruación y/o contra natura, antecedentes de infecciones de transmisión .sexual, antecedentes .obstétricos, hábito de fumar, uso de anticoncepción oral y susceptibilidad

genética. Resultados: Al unir dos formas de relación sexual (durante la menstruación y el coito anal), podemos apreciar que el riesgo se eleva al 6,0 de tener una citología alterada y en la casuística estudiada el 48,7 % lo realizaba. Después de aplicar el riesgo relativo, se probó que es 6,7 veces más frecuente tener citologías alteradas cuando se tiene al antecedente de al menos una ITS. También se reportan los resultados del hábito de fumar como factor de riesgo. Conclusiones: Se comprueba la importancia de la relación de estos factores y la alteración de la citología.

**Medina M, Medina M, Merino L <sup>(8)</sup> Argentina, 2014.** En el estudio de investigación denominado: “Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina”. Cuyo objetivo de estudio fue, describir las principales conductas de riesgo y el nivel de conocimientos sobre VPH en estudiantes universitarios. Se seleccionaron estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste durante 2010. Luego del consentimiento informado, se empleó cuestionario anónimo sobre conductas sexuales de riesgo y conocimientos de VPH. Los datos se procesaron por programa estadístico. Resultados se incluyeron 61 estudiantes; 47 (77%) mujeres y 14 (23%) hombres. Edad media 22 años. Se observó que 36 (59%) tuvieron relaciones sexuales precozmente. En 41 (67%)

se refirió haber tenido dos o más parejas sexuales. Se observó que 26 (43%) nunca o rara vez usaron preservativos. Del total 33 (54%) refirió sexo oral; 25 (41%) no consumió anticonceptivos orales. Consumo de alcohol se observó en 31 (51%). El conocimiento sobre VPH en el nivel académico básico fue 67% de insuficiente a bueno, y en el nivel académico clínico fue 61% de muy bueno a excelente. El desconocimiento mayor fue: 33 (54%) tipos de lesiones; 33 (54%) tratamiento; 32 (52%) factores de riesgo; 30 (49%) métodos preventivos. Conclusión las principales conductas de riesgo para la infección por VPH en esta población fueron haber tenido dos o más parejas sexuales, sexo oral y consumo de alcohol. Se observó alto desconocimiento, pudiendo ser el principal factor de riesgo para adquirir dicha infección.

**Arroyo Z, Villeda, Gravitt P, Guerra W, Dadel R, Kindilien K, ShahK <sup>(9)</sup> Guatemala, 2012.** En el estudio de investigación denominado: Prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) y otros factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cervical en Guatemala - 2012. Realizaron un estudio con el propósito de determinar la prevalencia de los tipos de VPH en un grupo de pacientes de Guatemala con cáncer cervical, así como para evaluar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad. Llevaron a cabo un estudio de casos y controles en 112 pacientes

con cáncer cervical invasivo (casos) y 102 mujeres sanas (controles). Los resultados demostraron (mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical) para factores como: edad temprana de inicio de relaciones sexuales, número elevado de compañeros sexuales durante toda la vida y compañeros estables, elevado número de embarazos y partos vaginales, baja escolaridad y un origen categorizado como indígena, al contrario de otros como el control prenatal durante el último embarazo, el cual es un factor que reduce el riesgo.

**Salinas J, Villarroel, G <sup>(10)</sup> Ecuador, 2012.** En el estudio de investigación denominado: Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvicouterino en las usuarias de la “Clínica Granados”. Salinas. 2011 - 2012. Realizaron un estudio descriptivo transversal. La técnica encuesta, con un cuestionario de preguntas que se aplicó a 100 mujeres en edad fértil. En los resultados obtenidos se manifiesta que el 60% de las usuarias tienen un déficit en el conocimiento sobre el Cáncer Cérvico Uterino; el 85% de las mujeres de la muestra de estudio tienen como mínimo tres factores de riesgo entre los que se cuenta el uso de anticonceptivos orales, antecedentes familiares de Cáncer Cérvico Uterino y el Virus del Papiloma Humano (VPH); otro resultado como 92% conoce parcialmente cuando debe evitar tener contacto sexual.

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**Pérez Loyola R, Toribio Faustino D <sup>(11)</sup> Iquitos, 2014.** En el estudio de investigación denominado: Factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes del Hospital Cesar Garayar García Iquitos 2014. En relación a la dimensión conducta sexual podemos concluir que los factores asociados al cáncer cervical son el número de compañeros sexuales (3 o más 56,9%), características del compañero sexual, (ocupaciones elementales 26,8%), enfermedad de transmisión sexual (PVIH 20, 3%).y la variable no asociada es la edad de inicio de relaciones sexuales. En cuanto a la dimensión salud reproductiva no se hallaron factores asociados al cáncer cervical. En cuanto a la dimensión socioeconómica: son procedencia (urbano marginal 22,9%) grado de instrucción (primaria 17,6%), los factores no asociados fueron: ocupación, hábitos nocivos, estado civil. En general concluimos que las dimensiones asociados al cáncer cervical incluyen a los factores de la conducta sexual y socioeconómica.

**Conde Félix A <sup>(12)</sup> Lima, 2014.** En el estudio de investigación denominado: Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora Julio-Agosto, 2013. Estudio analítico, de casos y controles, retrospectivo. Se encontró asociación significativa de riesgo el tener antecedente familiar de cáncer de cuello; el consumo de tabaco; intervalo entre las tomas de Papanicolaou mayor a dos años; el solicitar el estudio PAP por solicitud médica; la primera relación sexual entre los 14 a 16 años; la presencia de ITS en los últimos 5 años y en los tipos de ITS tenemos al Papiloma Virus Humano y el Condiloma Acuminado; tener más de dos partos; haberse embarazado a edades tempranas, entre los 14 a 19 años; el uso de anticonceptivo hormonales, de tipo oral (píldoras) por más de tres años. De igual manera, se halló asociación significativa de protección al riesgo, precisamente la edad fértil entre 25 años a 35 años; el intervalo anual entre las tomas; inicio de primera relación sexual entre las edades de 25 a 29 años; una sola pareja sexual; no tener ningún tipo de infección de transmisión sexual; presentar sólo un parto; y edad del primer embarazo entre 25 y 34 años; y, finalmente el tiempo de uso de método hormonal, menor a un año.

**Castro Balarezo E <sup>(13)</sup> Trujillo, 2014.** En el estudio de investigación denominado: Edad de inicio de relaciones coitales y numero de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2. Los factores de riesgo que se asociaron con mayor frecuencia al cáncer de cuello uterino fueron exposición a VPH y paridad, casi un tercio de las mujeres del estudio presentó edad de menarquía precoz (menor de 11 años). El mayor porcentaje tiene un riesgo aumentado de cáncer de cérvix de 1.5 a 2 veces según el inicio de las relaciones sexuales, pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida es lo mayormente hallado en el presente estudio, cuando lo más relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino es mayor cantidad de parejas; sin embargo, no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto exponen estos a sus parejas. El alcohol y el tabaco no son factores de riesgo determinantes en la población estudiada. No se hace un uso muy extendido de los programas de tamizaje primario a pesar de la facilidad de su práctica.

**Ybaseta Medina J, Paccori Rodrigo F, Vilca Yange A <sup>(14)</sup> Ica, 2014.** En el estudio de investigación denominado: Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Estudió 27 pacientes que contaron con diagnóstico confirmado con biopsia de cérvix compatible con CCU. Entre las principales características sociodemográficas destacan que: la mayoría tenían una edad mayor de 35 años (77,8%), eran convivientes (40,8%), con nivel de instrucción secundario (48,2%) seguido del nivel primario (29,6%), con ocupación al momento del diagnóstico (66,7%), de procedencia urbana (70,4%), y con nivel socioeconómico medio (44,5%). Entre las características ginecológicas y obstétricas destaca que: el CCU se presentó con más frecuencia en las multigestas (59,3%), multíparas (55,6%) y secundíparas (40,7%), y en aquellas en que la menarquia se inició después de los 15 años (33,3%). El síntoma más frecuente, hallado en nuestra investigación fue el sangrado post-coital (29,2%). Referente a los hallazgos anatomopatológicos de las biopsias de cérvix realizados a 27 pacientes, el 74,1% resultó ser carcinoma invasivo de cérvix, el 14,8% adenocarcinomas de cérvix y el 11,1% carcinomas de células escamosas. En cuanto al factor de la edad de inicio de relaciones sexuales, el CCU en nuestra serie se presentó mayormente en un inicio precoz entre los

13 y 14 años (para cada caso 18.5%). De igual forma el tener dos parejas fue más frecuente (37.1%) o más de dos parejas sexuales (29.6%). Sobre los antecedentes de importancia las más frecuentes fueron: antecedente familiar 7,4%, ETS 44,5%, higiene defectuosa 29,6%, uso de método anticonceptivo (MAC) 29,6%, consumo de tabaco 14,8% y en cuanto al Papanicolaou (PAP) el 85,2% no tuvieron control y sólo un 14.8% presentó controles previos al diagnóstico.

**Lazo Piña E. Aguilar Flores F <sup>(15)</sup> Tarapoto, 2011.** En el estudio de investigación denominado: Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – Junio del 2011. Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y correlacional de corte transversal. El 52% tenían CA INSITU, seguido de NIC I (29%), luego NIC II con el 14% y un 5% solo tenía NIC III. 3. Con respecto a los factores de riesgo reproductivo, el 93% tenían una menarca entre los 12 y 14 años, el 50% inicio sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, El 78% tuvo entre 2 y 3 parejas sexuales, el 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, el 47.62% tenían de 3 a 5 partos, el 78.57% no presentaron abortos, el 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo y el anticonceptivo más empleado es el AOC con

57.69% seguido del inyectable con 34.61%. En cuanto a la edad, el 33.33% tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% de las mujeres atendidas proceden de la zona urbana, en el distrito de residencia se observa que el 52.38% residen en otros distritos, el 30.95% en Tarapoto y el 16.66% en morales no encontrando ningún caso del distrito de la banda de Chiclayo. Con el análisis de asociatividad del chi, se llega a concluir que existe 22 casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etéreo de 45 -54 siendo este el grupo más afectado. El 50% de las mujeres con citología cervical uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de mujeres relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CA INSITU, indicando que hay relación entre el inicio de relaciones sexuales a temprana edad con la aparición de citología cervical uterina alterada. Con respecto al número de parejas sexuales se observa que el 78.6% de mujeres tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU, y esto quiere decir que al mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo de citología cervical uterina alterada.

**Cabreras Arenas, J** <sup>(16)</sup> **Lima, 2011.** En el estudio de investigación denominado: “Distribución de factores de riesgo en cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006 – 2011”. Su objetivo fue determinar la distribución de los factores riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernal, 2006 -2011. Materiales y métodos hace un estudio descriptivo observacional, retrospectivo el cual conto con 104 pacientes atendidas en el hospital Sergio E. Bernal, y en el cual se analizaron los siguientes factores de riesgo: edad, antecedentes de infección con VPH, menarquia, inicio de relaciones sexuales, numero de compañeros sexuales paridad, habito de fumar y consumo de alcohol. Los resultados y conclusiones: los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron exposición a VPH (64.8%) y multiparidad (68.5%); la mayoría tuvo menarquia de inicio medio (63%); el mayor porcentaje de inicio de relaciones sexuales esta entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene de igual porcentaje (18,5%). Pacientes con cinco parejas sexuales durante su vida es mayormente hallado en el presente estudio (94.4%), cuando lo más relacionado con el desarrollo de cuello uterino es mayor cantidad de parejas ;sin embargo no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto expone esto a sus

parejas; se encontró un bajo porcentaje del alcohol como del tabaco con un hallazgo casi 70% de mujeres con antecedentes de haber cocinado con leña con leña dato esperado en una sociedad como la nuestra y finalmente pero no menos importante, al hallarse que un poco más del 20% de las mujeres en estudio no contaban con estudio de tamizaje primario, por lo que no se sabía si contaba con el antecedente de infección previa de VPH.

### **2.1.3. Antecedente Local**

No se encontraron antecedentes.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Factor de riesgo**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.<sup>(17)</sup>

### **Factores sociodemográficos**

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes

extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren. La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna. <sup>(18)</sup>

- **Edad**

Edad, con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. <sup>(19)</sup>

Las jóvenes menores de 15 años rara vez desarrollan cáncer de cuello uterino. El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 30 años de edad. Las mujeres de más de 40 años siguen en riesgo y deben continuar sometiéndose con regularidad a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, que incluyen pruebas de Papanicolaou y de HPV. <sup>(20)</sup>

- **Ocupación <sup>(19)</sup>**

Es un término que proviene del latín *occupatio* y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer. Tanto laboral como hogareña en las mujeres posiblemente sea un factor que modifique su conducta, al verse afectada por la disponibilidad del

tiempo en la labor que desempeña, accesibilidad a los servicios de salud, conflictos de roles que afronta, entre otros.

- **Procedencia**

Del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

- **Área Urbana** <sup>(21)</sup>

Es el territorio integrado por los centros poblados urbanos.

- **Área Rural**

Es el territorio integrado por los centros poblados rurales y que se extienden desde los linderos de los centros poblados urbanos hasta los límites del distrito.

**Categoría del centro poblado**

- **Área urbana**

- a) Ciudad
- b) Pueblo Joven
- c) Urbanización
- d) Conjunto Habitacional
- e) Asociación de Vivienda
- f) Cooperativa de Vivienda
- g) Barrio o cuartel

### **Área rural**

- a) Pueblo
- b) Caserío
- c) Anexo
- d) Comunidad Indígena
- e) Unidad Agropecuaria
- f) Cooperativa Agraria de Producción
- g) Comunidad Campesina
- h) Campamento Minero.

- **Tabaquismo**

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones pre invasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. <sup>(18)</sup>

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en

la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. <sup>(22)</sup>

- **Nivel de instrucción** <sup>(23)</sup>

Analfabetismo es la condición de analfabeto, una palabra de origen latino (analphabetus) que deriva a su vez del griego antiguo (analfabetos) que hace referencia a aquella persona que no sabe leer ni escribir.

- **Inicial.** La educación inicial se ofrece las denominadas cunas, donde asisten menores de tres años, jardines para niños de tres a cinco años y a través de programas no escolarizados, destinados a niños carenciados de áreas rurales y urbano-marginales. El último año de este nivel es obligatorio.
- **Primaria.** La educación primaria tiene una duración de seis años. Los estudiantes adquieren conocimientos generales de ciencias, matemáticas y lenguaje, teniendo que contar con un promedio de 11 (sistema vigesimal de evaluación) para superarlo.
- **Secundaria.** La educación secundaria se divide en dos ciclos: el primero, general para todos los alumnos, tiene una duración de

dos años y junto con la educación primaria constituyen el bloque de la educación obligatoria; el segundo, con una duración de tres años, es diversificado, con opciones científico-humanista y técnicas. Se ofrece en dos modalidades: para adolescentes (de 12 a 16 años) y para adultos.

- **Superior.** La educación superior se imparte en escuelas, institutos superiores, centros superiores de post-grado y en universidades. Los institutos ofrecen programas de formación de maestros y una variedad de opciones de formación técnica en carreras que tienen una duración entre cuatro y diez semestres académicos. Los institutos y escuelas superiores otorgan títulos de profesional, técnico y experto, y también los de segunda y ulterior especialización profesional. Las universidades otorgan títulos de bachiller, maestro y doctor, así como certificados y títulos profesionales, incluso los de segunda y ulterior especialización.

El nivel educativo es una barrera para el acceso al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino. Las mujeres más educadas tienen mayor chance de realizarse un PAP y tener mejor adherencia al seguimiento después de un PAP anormal. <sup>(24)</sup>

- **Estado civil**

Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente.<sup>(25)</sup>

### **Factores asociados a la conducta sexual**<sup>(18)</sup>

#### **❖ Edad de Inicio de relaciones coitales**

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

### ❖ **Número de compañeros sexuales**

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional. Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. Además de lo anterior, una mujer tiene alto

riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón. <sup>(19)</sup>

#### ❖ **Infecciones de transmisión sexual**

Se entiende por ITS a una serie de infecciones que tienen como punto de partida la relación homo o etero sexual, producidas por múltiples agentes , algunos de las cuales poseen una especial adaptación para multiplicarse en el tracto genitourinario que origina lesiones locales: el aparato urogenital (uretritis, vulvovaginitis ,etc.), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas) o en la cavidad pélvica (enfermedad inflamatoria pélvica ) o bien en todo el organismo, como la sífilis, hepatitis b y el sida entre otras.<sup>(26)</sup>

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por Chlamydia trachomatis o herpes simple. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y C. trachomatis en Colombia y España, pero

no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus.<sup>(18)</sup>

- **Infección por el Virus Del Papiloma Humano.**<sup>(22)</sup>

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones.

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua. Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. A estos tipos se les

llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres.

Los médicos creen que una mujer tiene que estar infectada con VPH para desarrollar cáncer de cuello uterino. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18.

La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas el organismo puede eliminar la infección por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por ciertos tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino. Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.

- **Sífilis**

Enfermedad producida por una espiroqueta (*Treponema pallidum*), caracterizada por sucesivas etapas de evolución y que se transmite por vía sexual, sanguínea o transplacentaria. Muchos de sus signos y síntomas no se distinguen fácilmente de otras enfermedades. La sífilis se pasa de una persona a otra a través del contacto directo con una úlcera sifilítica. Las úlceras aparecen en los genitales externos, la vagina, el ano o el recto. También salen en los labios y boca. Existen las siguientes categorías de sífilis: Sífilis Congénita, Sífilis Precoz, Sífilis tardía.<sup>(27)</sup>

- **Herpes genital**

**Herpes simple (VHS)**

El VHS pertenece al grupo de Herpes virus. En los seres humanos hay dos serotipos: VHS-1, VHS-2. el primero es responsable de gingivomastitis y faringitis, el segundo se asocia principalmente con el herpes genital. El VHS es neurotrópico, ósea infecta los ganglios nerviosos donde está protegido de los mecanismos inmunológicos de la célula hospedera y puede reactivarse con manifestaciones clínicas a través de úlceras genitales recurrentes.<sup>(28)</sup>

- **VIH (Virus de la Inmuno Deficiencia Humana)**

El Virus de la Inmune deficiencia Humana VIH, el VIH ataca al sistema inmunológico del cuerpo, principalmente a los glóbulos blancos (los linfocitos T). Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona contra la enfermedad, dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían en personas saludables. <sup>(27)</sup>

- **Infección con clamidia**

La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico. <sup>(22)</sup>

#### - **Vaginosis bacteriana**

Entre mal llamadas vaginitis inespecíficas se han agregado hoy en día los cuadros en cuya causa está implicado un complejo infeccioso, que muestra de manera constante un aumento en la incidencia de Gardnerella vaginales, bacteria anaerobias (fundamentalmente bacteroides y mobiluncus) y micoplasma hominis, junto con una disminución del número de lactobacilos y del que G.vaginalis se convierte en el principal marcador diagnóstico. <sup>(6)</sup>

#### **Factores asociados a la reproducción**

##### ❖ **Paridad** <sup>(18)</sup>.

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.

- **Nulípara:** <sup>(28)</sup> Es una primigravida o multigravida que aún no ha tenido un parto. Denota embarazos que han llegado a su viabilidad. No se tiene en cuenta si el producto nació vivo o muerto, ni se trató de una gestación única o múltiple ni tampoco la vía de finalización de la misma.
- **Primípara:** Es la mujer que ha tenido un embarazo que llego a la viabilidad. Con frecuencia en la práctica se utilizan los términos primigravida y primípara como si fueran equivalentes, pero esto es errado.
- **Múltipara:** es la mujer que ha tenido dos partos o más.
- **Gran Múltipara:** mujer que ha tenido 5 partos o más.

#### ❖ **Abortos**

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera aborto a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente inviable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc.) independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado <sup>(29)</sup>

Las perspectivas de las mujeres contemplan el aborto como un factor causal de cáncer de cuello uterino por dos razones: la

primera que es un procedimiento inseguro cuando se efectúa sin atención médica y que puede generar procesos mórbidos ya que pueden quedar restos de tejido en el cuerpo, segundo: porque la intervención médica por medio de un legrado uterino como consecuencia de un aborto incompleto puede lastimar al útero y desencadenar la enfermedad <sup>(30)</sup>

❖ **Métodos anticonceptivos.** <sup>(31)</sup>

- **Uso de un dispositivo intrauterino.**

Son dispositivos que el médico o la obstetra colocan dentro del útero de la mujer, quien así se protege de un embarazo por 10 años.

Un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos.

El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios.

Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

- **Inyectable hormonal**

Son inyectables que contienen progestágeno y se aplican en la nalga. Este método protege por 3 meses.

**Existen dos modelos:** el que contiene progestágeno y el combinado (estrógeno y progestágeno).

**Con progestágeno:** Medicamento que en dosis elevadas impide la ovulación, por lo que se emplea como componente de los anticonceptivos orales.

**Combinado:** Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno. El Minsa distribuye un producto de 28 píldoras con estos productos para la planificación familiar.

- **Condón o preservativo**

Es una funda delgada de látex que se coloca en el órgano sexual del hombre antes de tener relaciones sexuales. Para cada relación sexual se debe colocar un nuevo condón.<sup>(31)</sup>

- **Anticonceptivos orales.**

Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho

mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical. En un estudio multicéntrico realizado se encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente varios estudios han investigado a mujeres. <sup>(18)</sup>

- **Uso prolongado de anticonceptivos orales.**

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con

múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. <sup>(21)</sup>

### **2.2.2. Cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérnix y endocérnix, respectivamente. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma micro invasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer vasos linfáticos. En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma francamente invasivo. <sup>(1)</sup>

Los primeros programas de prevención de cáncer de cuello uterino se basaron en la premisa que la enfermedad se desarrollaba a partir de lesiones precursoras (ampliamente conocido como displasias), progresando de manera constante de leve a moderada y severa, a carcinoma in situ (CIS) y, a continuación, cáncer. De hecho, ahora parece que el precursor directo de cáncer de cuello uterino es la displasia de alto grado, que puede progresar a cáncer

de cuello uterino durante un período de hasta 10 años. La mayoría de displasias de bajo grado retroceden o no progresan, particularmente los casos de menor grado se dan en las mujeres más jóvenes (34 años o menos). Los casos prevalentes son menos propensos a la regresión." Las mujeres con infección de VPH persistente, es decir con presencia del virus detectable tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer. El cáncer cervical se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años. <sup>(4)</sup>

### **Tipos histológicos de cáncer cervicouterino <sup>(32)</sup>**

La Organización Mundial de la Salud (WHO) reconoce dos tipos histológicos principales de cáncer invasivo: Carcinoma de células escamosas, que constituye cerca del 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos. Otros tipos de carcinoma como el carcinoma adenoescamo o, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastásico constituyen el restante 3-5% de casos.

### **Carcinoma de células escamosas del cérvix**

Éstos son a su vez clasificados a su vez en queatinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrugosis verdaderos del cérvix son raros.

### **Adenocarcinoma cervical**

Son menos frecuentes y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Típicamente surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, algunas veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix.

### **Carcinoma adenoescamoso**

Consiste en un componente glandular maligno y un componente escamoso maligno, ocupando aproximadamente la tercera parte de

los carcinomas cervicales con diferenciación glandular, es pobremente diferenciado, algunas veces se asocia eosinofilia, de crecimiento rápido, con una diseminación regional temprana y un incrementado riesgo de recurrencia después de la terapia quirúrgica o radioterapia.

### **Tumores neuroendocrinos del cérvix**

Se dividen en tumores carcinoides típicos y atípicos, en carcinomas neuroendocrinos de células grandes o de células pequeñas y en carcinoma de células pequeñas no diferenciado. Son similares a los que aparecen en pulmón o tubo digestivo. Los carcinomas de células pequeñas no diferenciados son histológicamente similares al carcinoma de células anaplásicas del pulmón.

Estos tumores son agresivos, con metástasis a distancia, incluyendo hueso, hígado, piel y otros sitios. Las metástasis cerebrales pueden ocurrir en la enfermedad avanzada, pero usualmente son precedidas por metástasis pulmonares.

### **Presentación clínica**

Las neoplasias preinvasivas y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es necesario el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden presentar son la molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, descarga vaginal con mal olor,

dispareunia, dolor pélvico que puede ser ocasionado por contracciones uterinas causadas por la acumulación de sangre menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical. El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes. Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados. Se puede presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión de linfáticos o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, así como problemas con la micción y defecación. Se pueden presentar síntomas relacionados con metástasis a distancia y constitucionales en enfermedad muy avanzada.

### **Detección oportuna y diagnóstico.**

La Secretaría de Salud en México en 2005 presentó la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, aceptada y publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2007. En esta modificación se definen algunos conceptos importantes como son:

**Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG):** Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atipia coilocítica),

restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluye en estas lesiones a la displasia leve/NIC (32).

**Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG):** Cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/NIC 2-3 (32).

**Cáncer in situ:** De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

**Cáncer microinvasor:** Invasión del estroma cervical con una medida máxima de profundidad de 5 mm y una extensión horizontal máxima de 7 mm.

**Cáncer invasor:** Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

## **Signos y síntomas <sup>(4)</sup>**

### **a. Infección por el VPH**

Esta es totalmente asintomática, pero puede producir lesiones de bajo grado, que luego la mayoría regresiones. <sup>(4)</sup>

### **b. Lesiones pre malignas y cáncer en estadio temprano**

Las lesiones pre malignas no producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología.

### **c. Cáncer de cuello uterino en estado avanzado**

Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado incluyen:

- Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables.
- Sangrado cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo durante el coito o el uso de diafragma.
- Dolor durante el coito. Con el crecimiento lateral de los parametrios, los uréteres pueden obstruirse y si ambos uréteres son obstruidos puede presentarse anuria y uremia
- El compromiso de la pared pélvica puede causar dolor ciático y, menos común, linfedema de miembros inferiores. El crecimiento anterior del tumor en estadios avanzados de la enfermedad puede ocasionar dolor vesical y hematuria. Por extensión directa a la vejiga puede ser causa de retención

urinaria y eventualmente llegar a una fístula vesicourinaria. La extensión posterior puede ocasionar dolor lumbar, tenesmo y la formación de fístulas recto vaginales. Al examinar el cérvix se puede apreciar rojo, friable, exofítico o una lesión ulcerada. En la palpación recto vaginal en lesiones avanzadas, puede detectarse induraciones o nódulos en los parámetros.

### **Diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino**

#### **Criterios de diagnóstico**

##### **✓ Biopsia**

El diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Cítrico (IVAA) o colposcopia. La estrategia "tamizar o ver y tratar" recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica.

##### **✓ Examen físico**

Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. Cualquier

lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical.

El cáncer usualmente se origina en la zona de transformación (la unión del epitelio escamoso del ectocérvix y el epitelio glandular del canal endocervical). La lesión puede manifestarse como una ulceración superficial, un tumor exofítico en la exocérvix o una infiltración en la endocérvix .

### **Diagnóstico diferencial**

- El diagnóstico diferencial de cáncer cervical incluye otras condiciones que dan lugar a sangrado vaginal irregular o fuerte, flujo vaginal, o una lesión cervical visible.
- El sangrado del tracto genital y flujo vaginal pueden ser causados por una variedad de condiciones.
- El sangrado post-coital, que es la presentación más específica de cáncer de cuello uterino, también puede resultar de cervicitis.
- Las lesiones de tipo tumoral benignos que pueden confundirse con el cáncer de cuello uterino incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis.

## **Exámenes auxiliares**

### ➤ **Citología cervical o Papanicolaou (PAP)**

Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se "raspan" con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla 7 M.

Se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación. Siendo una prueba relativamente sencilla, son muchos los pasos que pueden fallar: la toma de la muestra, la coloración y la lectura. La sensibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%, Además el otro grave problema en nuestro medio es que la lectura de las muestras requiere personal muy entrenado, toma tiempo, las pacientes frecuentemente no recogen su resultado y se pierden oportunidades valiosas de tratar tempranamente.

➤ **Inspección visual con Ácido Acético (IVAA)**

Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas. Las ventajas del IVAA son las siguientes: su sencillez, se puede enseñar a obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud; menor costo que otros enfoques en el uso rutinario, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retomo para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia. Existen estudios en el Perú sobre el potencial beneficio del IVAA, especialmente cuando se usa la estrategia "VER Y TRATAR", usando crioterapia. La inspección visual debe ser realizada por personal de la salud entrenado.

➤ **Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN de VPH de alto riesgo. Estudios han mostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP. Sin embargo, el costo de las pruebas moleculares para el

diagnóstico de VPH y su complejidad puede significar una limitación. Las ventajas de las pruebas moleculares VPH en los países desarrollados incluyen una buena correlación inter e intraobservador; se puede realizar controles de calidad, y tienen muy alta sensibilidad. Existen también hoy pruebas moleculares del VPH que son menos costosas, requieren menos equipo y podrían ser manejadas por personal con un entrenamiento mínimo. Además, el uso de muestras auto colectadas (autotoma por la misma paciente) para la prueba del VPH podría mejorar significativamente la cobertura y ha demostrado ser muy bien aceptada por las mujeres. Un aspecto importante es que estas pruebas se recomiendan hacer a partir de los 30 años. Lo que buscan es detectar infecciones por VPH persistentes que son las que se asocian con cáncer cervical.

➤ **Colposcopia**

Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y pre malignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con

contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso.

### **Estadios o etapas del cáncer cervicouterino**

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

- **Estadio 0 o carcinoma in situ.**

El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

- **Estadio I.**

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

**I-a:** una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

**I-b:** una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

- **Estadio II.**

El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

**II-a:** el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

**II-b:** el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

- **Estadio III.** El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

- **Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.  
**IV-a:** Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino).

**IV-b:** Diseminación a órganos distales como los pulmones.

### 2.3. Definiciones de términos u operacionales

**Factor:** Es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Se llama "Factor de riesgo" a aquellos factores que se encuentran asociados positivamente con el riesgo de desarrollo de una enfermedad, pero no conduce a un daño o enfermedad. <sup>(6)</sup>

**Riesgo:** En términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Su enfoque se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de la atención a la salud o a otros servicios. <sup>(6)</sup>

**Factores de riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión <sup>(6)</sup>.

**Cáncer:** Tumor de características malignas, que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de las células, la infiltración de los tejidos adyacentes y su crecimiento a distancia (metástasis). <sup>(4)</sup>

**Cuello Uterino:** Es la parte final más baja del útero. Es de forma cilíndrica y continua con el cuerpo uterino; el conducto cervical es fusiforme y presenta constricciones por arriba, a la altura del orificio interno y abajo, por el sitio del orificio externo, donde se abre hacia la vagina <sup>(4)</sup>

**Cáncer de Cuello Uterino:** Es el carcinoma que se origina a partir de cualquiera de las estructuras histológicas que conforman el cuello uterino. El origen en ocasiones es primario, pero puede ser metafísico <sup>(4)</sup>

**Biopsia:** Obtención de muestras del cuello del útero para realizar un estudio histopatológico. Se suele hacer con control colposcópico cuando se trata de estudiar enfermedades cervicales, fundamentalmente el cáncer de cuello uterino. <sup>(32)</sup>

**Carcinoma:** Es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno. <sup>(32)</sup>

**Citología:** Estudio de células incluyendo su formación, origen estructura, función, actividades bioquímicas y patología. <sup>(32)</sup>

**Citología Vaginales:** Es una prueba de detección para cáncer de cuello uterino. Las células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino se examinan bajo un microscopio. <sup>(32)</sup>

**Colposcopia:** Es un procedimiento ginecológico que se realiza normalmente para evaluar a la paciente con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou. El colposcopio es una especie de telescopio de enfoque próximo que permite al médico ver con detalle regiones anormales del cuello uterino, a través de la vagina, por lo que es posible extraer una biopsia del área anormal y enviarlo al patólogo. <sup>(4)</sup>

**Crioterapia:** Es un método para súper congelar tejido con el fin de destruirlo. <sup>(4)</sup>

**Displasia Cervical:** Se refiere a cambios anormales en las células de la superficie del cuello uterino. Éste es la parte inferior del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina. <sup>(4)</sup>

**Mujer:** persona de sexo femenino. <sup>(35)</sup>

**Edad Fértil:** son aquellas mujeres de (15 – 49). <sup>(36)</sup>

**NIC:** Neoplasia Intraepitelial Cervical. <sup>(37)</sup>

**VPH:** Virus Papiloma Humano. <sup>(37)</sup>

**OMS:** Organización Mundial de la Salud. <sup>(37)</sup>

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud. <sup>(37)</sup>

**INEN:** Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. <sup>(38)</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

##### **3.1.1. Hipótesis (i)**

Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016.

##### **3.1.2. Hipótesis (0)**

Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva no están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016.

##### **3.1.3. Hipótesis específicas**

**Hi:** Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Ho:** Los factores de riesgo sociodemográficos no están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Hi:** Los factores de riesgo de conducta sexual están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Ho:** Los factores de riesgo de conducta sexual no están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Hi:** Los factores de riesgo reproductivo están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Ho:** Los factores de riesgo reproductivo no están asociados al cáncer de cuello uterino.

## **3.2. VARIABLES**

### **3.2.1. Variable independiente**

Factores de riesgo

### **3.2.2. Variable dependiente**

Cáncer del cuello uterino

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE FACTORES DE RIESGO FRENTE CANCER DE CUELLO UTERINO <sup>(39)</sup>

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
<b>Factores de Riesgo</b>	Algo que se relaciona con las probabilidades que tiene una persona de contraer una enfermedad.	Sociodemográfico	▪ Edad	≤18 19-25 26 -32 33 – 39 ≥ 40	Intervalo	Ficha de recolección de datos
			▪ Ocupación	Ama de casa Independiente Dependiente	Nominal	
			▪ Procedencia	Urbano Urbano marginal Rural		
			▪ Grado instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior		
			▪ Estado civil	Soltera casada conviviente		
			▪ Hábitos nocivos	Tabaco Drogas Ninguno		
		Conducta sexual	▪ Edad de Inicio de relaciones coitales.	10 – 14 15 – 19 ≥20	Intervalo	
			▪ Número de parejas sexuales	1 2 ≥3	Discontinuas	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico de ITS</li> </ul>	Virus del Papiloma humano Sífilis Herpes genital VIH Clamidias Vaginosis bacteriana Ninguno	Nominal	
		Reproductivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paridad</li> </ul>	Nulipara Primípara Múltipara Gran múltipara	Nominal	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Métodos anticonceptivos.</li> </ul>	DIU/ T de cobre Píldoras anticonceptivas Inyectable hormonal Métodos de barrera Ninguno		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Numero Abortos.</li> </ul>	0 1 2 ≥3	Discontinuas	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>						
<b>Cáncer de cuello uterino</b>	Es el carcinoma que se origina a partir de cualquiera de las estructuras histológicas que conforman el cuello uterino.	Historia de la enfermedad	Lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión intraepitelial de bajo grado</li> <li>• Lesión intraepitelial de alto grado</li> <li>• Carcinoma in situ</li> <li>• Carcinoma</li> </ul>	Nominal	Ficha de recolección de datos

## CAPITULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. **Ámbito de Estudio Espacial y Temporal**

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, en el servicio de ginecología. En el desarrollo de la investigación se realizó en el Hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano; ubicado en el Centro poblado la Esperanza en la calle la Aldea San Juan Bosco 18 A -112. Debido a la construcción del Hospital.

#### 4.2. **Nivel y Tipo de Investigación (Prado 2016 citado por Alarcón 2009).**

(39)

##### 4.2.1. **Nivel**

- ❖ El nivel de investigación es **descriptivo relacional**.

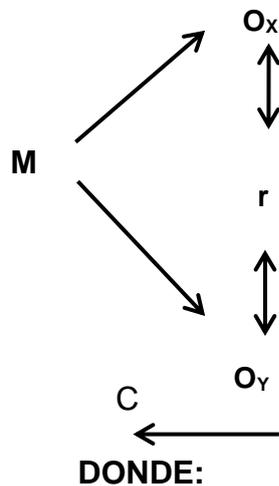
##### 4.2.2. **Tipo de Investigación**

- ❖ Según la intensidad del investigador es **observacional** porque el investigador solo se limita a observar los hechos tal cual suceden.
- ❖ Según el tiempo de ocurrencia datos es **retrospectivo**, porque los datos fueron recopilados de las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidos en el año 2016.
- ❖ Según el periodo y secuencia de estudio es **transversal**, porque ambas variables se estudió en un mismo momento.

- ❖ Según el análisis y alcance de los resultados es **descriptivo**, porque los datos que obtuvimos se investigó tal cual esta y se analizó la relación entre la variable independiente y dependiente.

### 4.3. Diseño de investigación

No experimental, descriptivo relacional y se esquematiza de la siguiente manera.



**M:** Representa a la muestra (mujeres de edad fértil)

**Ox:** Observación de variable independiente (factores de riesgo)

**r:** Relación de los factores de riesgo y el cáncer del cuello uterino.

**Oy:** Observación de variable dependiente (cáncer de cuello uterino). <sup>(39)</sup>

## **4.4. Población y muestra**

### **4.4.1. Población**

La población estuvo constituida por 130 historias clínicas de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino, que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco en el año 2016.

### **4.4.2. Población muestral**

La muestra estuvo constituida por 130 historias clínicas de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino, que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco en el año 2016.

### **4.4.3. Tipo de muestreo**

Es no probabilístico por conveniencia.

## **4.5. Criterios de selección**

### **4.5.1. Criterios de inclusión**

- Historia clínicas de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.
- historias clínicas de mujeres con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino,

### **4.5.2. Criterio de exclusión**

- Historia clínicas de mujeres menores de 15 años y mayores a 49 años.
- Historias clínicas de mujeres con otros diagnósticos

## **4.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

### **4.6.1. Técnica:** Análisis documental

### **4.6.2. Instrumento:** Es la ficha de recolección de datos.

Para la realización del presente estudio se aplicó una ficha de recolección de datos estructurado en 3 dimensiones con sus respectivos indicadores, sobre los factores de riesgo sociodemográficos (edad, ocupación, procedencia, grado instrucción, estado civil y hábitos nocivos), factores de riesgo asociados a la conducta sexual (edad de Inicio de relaciones coitales, número de parejas sexuales, diagnóstico de ITS); factores de riesgo asociados a la reproducción (paridad, métodos anticonceptivos, numero abortos) y sobre cáncer de cuello uterino

(lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino) las cuales consto de preguntas cerradas para cada indicador; los datos se obtuvieron de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino, atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco en el año 2016.

Estos indicadores tienen un puntaje cuya suma nos indicara el nivel de riesgo de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino,

Se explica de la siguiente manera; el instrumento consto de 12 preguntas del factor de riesgo (variable independiente) lo cual se multiplico por los 3 niveles de riesgo bajo, medio y alto, el total que es 36 se dividió entre 3 siendo el resultado 12 para el intervalo de los puntajes.

Dando el puntaje siguiente de cada nivel de riesgo para las lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino:

- Factores de riesgo bajo: 0-12 puntos.
- Factores de riesgo medio: 13 - 24 puntos.
- Factores de riesgo alto: 25-36 puntos.

#### 4.6.2.1. Validez

El Instrumento elaborado por las investigadoras, fue validado por 3 juicios de expertos.

	Calificación cuantitativa	Calificación cualitativa
Mg. Ana Soto Rueda	18	Muy bueno
Obts. Carlos Antonio Carrillo Espinoza.	20	Muy bueno
Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz	20	Muy bueno

#### 4.6.2.2. Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento se realizó a través de Alfa de Crombach.

**Escala de confiabilidad:** Variable independiente.

Factores de riesgo asociados a las lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.

Dimensión	Número de ítems	Coefficiente de confiabilidad
Factores Sociodemográficos	6	0,88
Factores asociados a la Conducta Sexual.	3	0,93
Factores asociados a la reproducción.	3	0,96
Factores asociados al cáncer de cuello uterino.	12	0,92

### **Resultados del análisis de confiabilidad del instrumento**

Como se aprecia en la tabla el valor oscila entre 0.88 y 0.96 y en el global se aprecia un valor 0.92, lo que indica un alto valor de confiabilidad es decir nuestro instrumento es confiable.

**Escala de confiabilidad:** Variable dependiente. Lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.

Dimensión	Número de ítems	Coeficiente de confiabilidad
Lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino,	1	0.913

### **Resultados del análisis de confiabilidad del instrumento**

Como se aprecia en la tabla el valor es 0.913 y en el global se aprecia un valor 0.913, lo que indica un alto valor de confiabilidad es decir nuestro instrumento es confiable.

## **4.7. Procesamiento de datos**

### **4.7.1. Procedimiento de recolección de datos**

#### **Autorización**

Se coordinó con las autoridades del Hospital Regional de contingencia Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco, para hacer de su conocimiento el trabajo de investigación a realizar mediante solicitudes de permiso a las autoridades respectivas.

### **Aplicación del instrumento**

La recolección de datos es 100% por las autoras.

De acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recopilación de los datos (aplicación de los instrumentos), después de la aprobación del proyecto de investigación.

#### **4.7.2. Análisis de datos**

Para el análisis de datos, se utilizó el método manual por el paloteo y el paquete estadístico SPSS V24 y el Excel 2016, el cual nos permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Además, los datos fueron procesados y contrastados según la estadística inferencial, utilizando el chi cuadrado de asociación como estadístico de prueba para la comprobación de la hipótesis.

Una vez registrado los datos se realizaron una descripción simultáneamente de los mismos, realizando el mismo análisis para cada cuadro estadístico destacando la frecuencia más significativa y que tiende dar respuesta el problema planteado.

#### **4.8. Aspectos éticos**

Para el presente trabajo de investigación se emplearon las historias clínicas del servicio de ginecología de las mujeres en edad fértil, con diagnóstico de lesiones pre maligna y cáncer de cuello uterino que se obtuvieron en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017, en el desarrollo de la investigación en el: “Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano”, mediante el período de estudio el cual se llevó a cabo para lograr los objetivos y fines propuestos. Los datos que se obtuvieron del instrumento se han utilizado solo con fines de la investigación y existe el compromiso de confidencialidad y privacidad de parte de las autoras del presente estudio.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Análisis descriptivo

Tabla N° 01: Variable independiente factores de riesgo.

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	Frecuencia	Porcentaje
Factor de riesgo bajo	0	0.0%
Factor de riesgo medio	29	22.3%
Factor de riesgo alto	101	77.7%
<b>TOTAL</b>	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

De la tabla y el gráfico N° 01 se evidencia de las 130 (100%) historias clínicas analizadas, el 77.7% (101) presentaron factor de riesgo alto para lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino, el 22.3% (29) presentan factor de riesgo medio, mientras que el 0% (0) presenta factor de riesgo bajo.

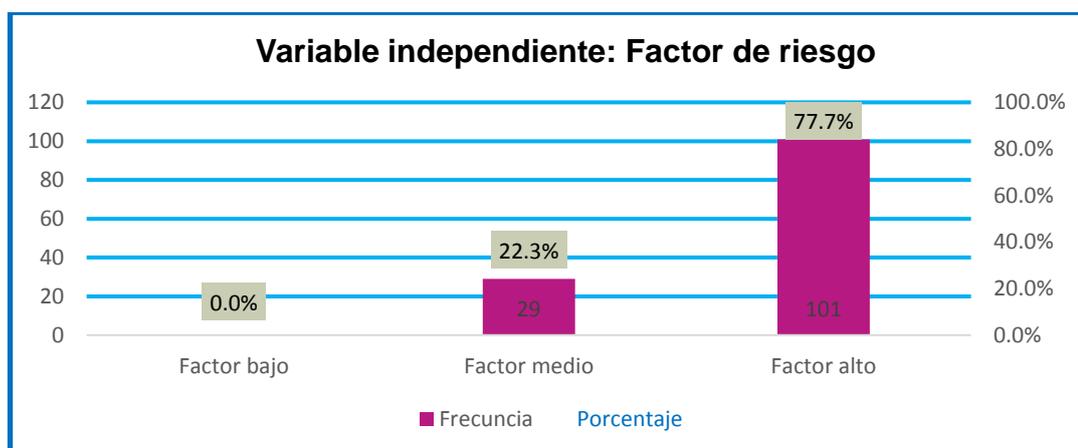


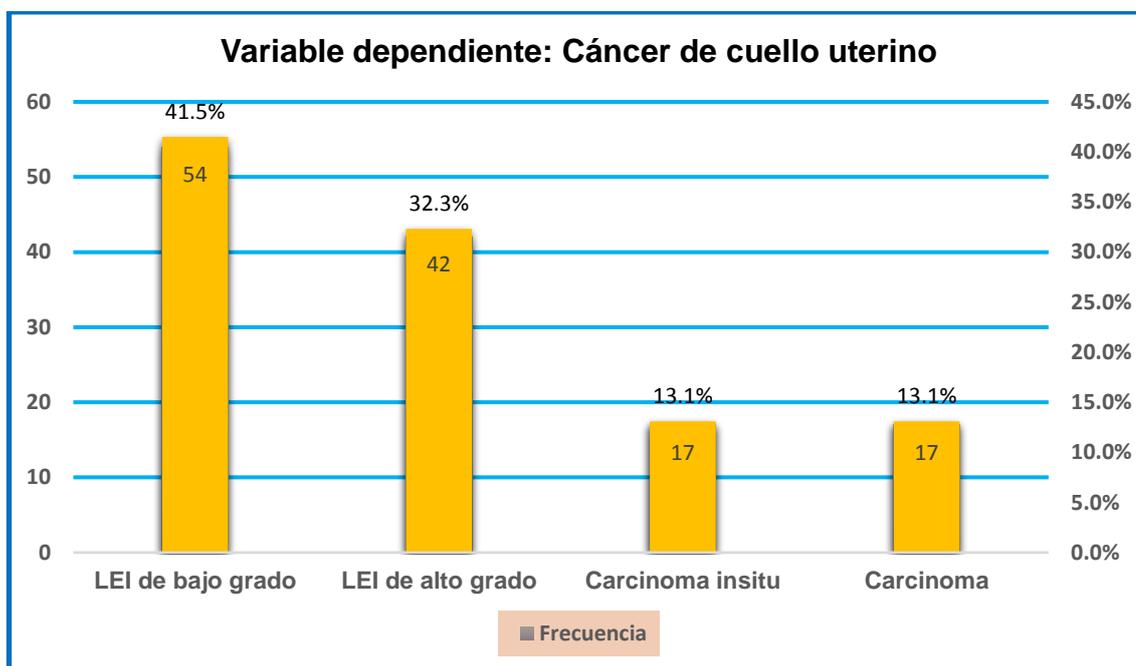
Gráfico N° 01: variable independiente factor de riesgo.

**TABLA N° 02: Variable dependiente cáncer de cuello uterino.**

<i>Hospital Hermilio Valdizan Medrano</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
LEI de bajo grado	54	41.5%
LEI de alto grado	42	32.3%
Carcinoma insitu	17	13.1%
Carcinoma	17	13.1%
Total	130	100.0%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

De la tabla y el gráfico N° 02 del 100% (130) historias clínicas estudiadas, el 41%(54) presentaron LEI de bajo grado, seguido del LEI de alto grado 32%(42), mientras que 13.1% (17) presentaron Carcinoma in situ, al igual que carcinoma con un 13%(17).



**Gráfico N° 02: variable dependiente cáncer de cuello uterino.**

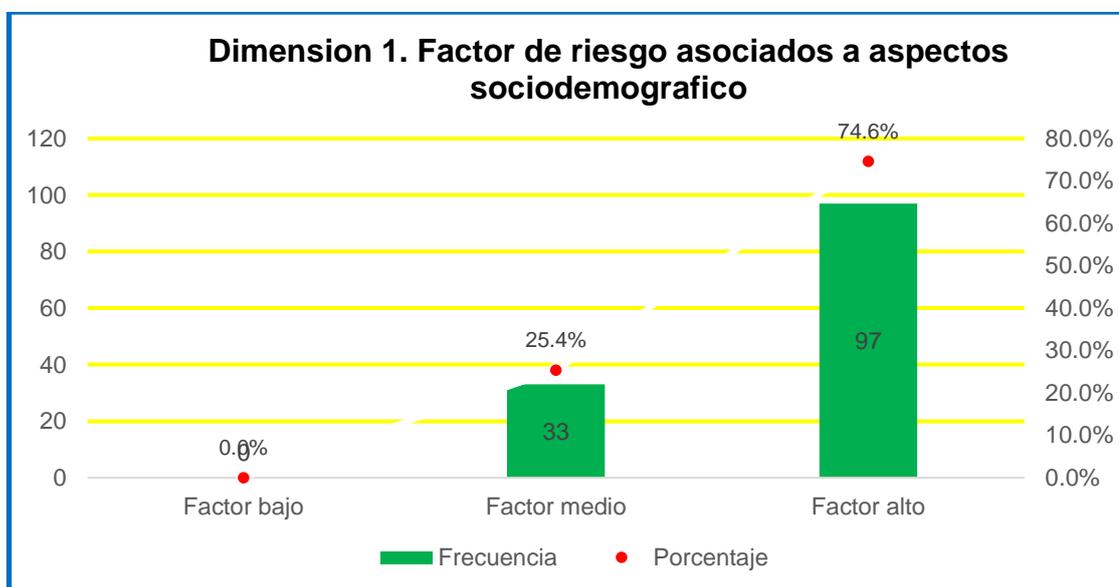
## DIMENSIÓN 1

Tabla N° 03: Factor de riesgo sociodemográfico.

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Factor de riesgo bajo	0	0.0%
Factor de riesgo medio	33	25.4%
Factor de riesgo alto	97	74.6%
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0%</b>

*Fuente: ficha de recolección de datos*

De la tabla y el gráfico N° 03 del 100% (130) historias clínicas estudiadas, el 74.6% (97) presentaron factor de riesgo sociodemográficos alto, seguido con un 25.4% (33) factor de riesgo sociodemográfico medio y el 0% presentaron factor de riesgo bajo.



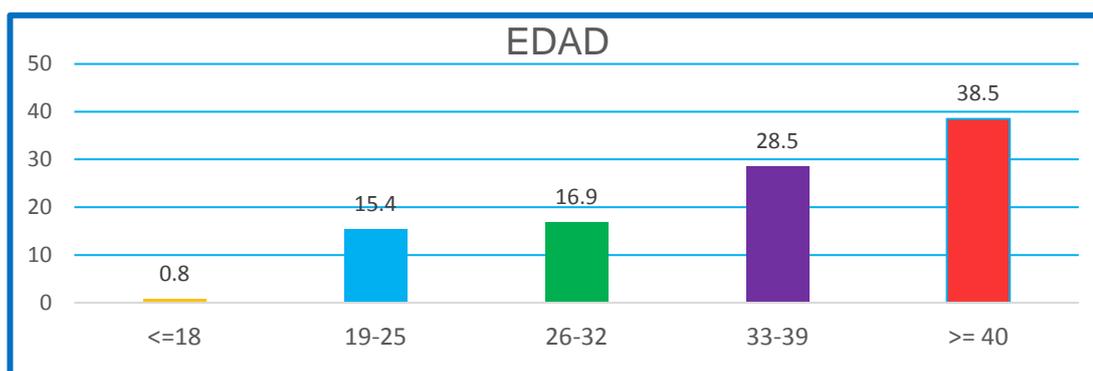
**Gráfico N°03:** Factor de riesgo asociado a aspectos sociodemográfico.

**Tabla N° 04: Edad de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<b>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>EDAD</b>	<=18	1	0.8
	19-25	20	15.4
	26-32	22	16.9
	33-39	37	28.5
	≥ 40	50	38.5
<b>Total</b>		130	100.0

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la presente tabla y el gráfico N°04 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas se observa que el 38.5% son  $\geq 40$  años, seguido de las edades entre 33-39 años con un 28.5% a si mismo las edades entre 26-32 años con 16.9%, mientras que el 15.4% son de 19-25 años y finalmente el 0.8% menores a 18 años.



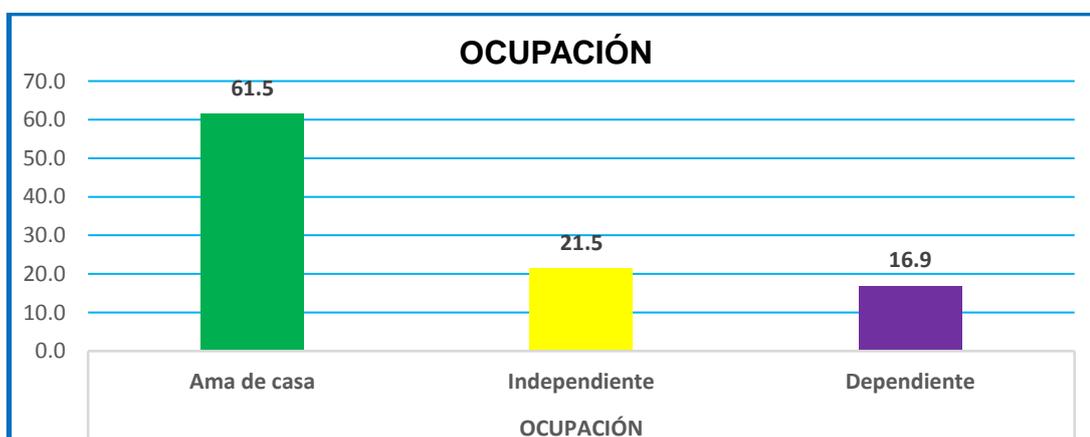
**GRÁFICO N° 04: Edad de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 05: Ocupación de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>OCUPACIÓN</b>	Ama de casa	80	61.5
	Independiente	28	21.5
	Dependiente	22	16.9
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: ficha de recolección de datos*

En la presente tabla y el gráfico N°05 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas se observa en cuanto a la ocupación el 61.5% es ama de casa, seguido con un 21.5% es de ocupación independiente y 16.9% es dependiente.



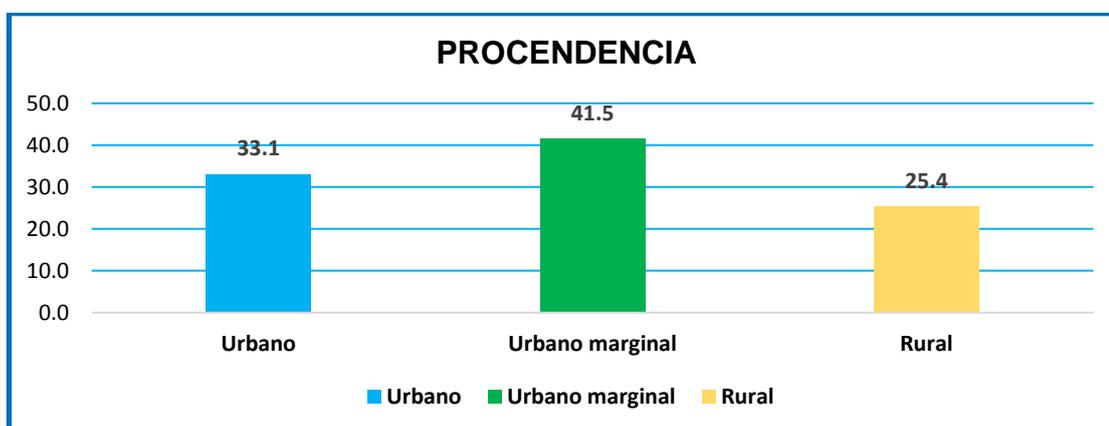
**Gráfico N° 05: Ocupación de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 06: Procedencia de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>PROCENDENCIA</b>	Urbano	43	33.1
	Urbano marginal	54	41.5
	Rural	33	25.4
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N°06 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, con respecto a la procedencia se observa que el 41.5% procede del área urbano marginal, seguido del área urbano con un 33.1% y 25.4% su procedencia es rural.



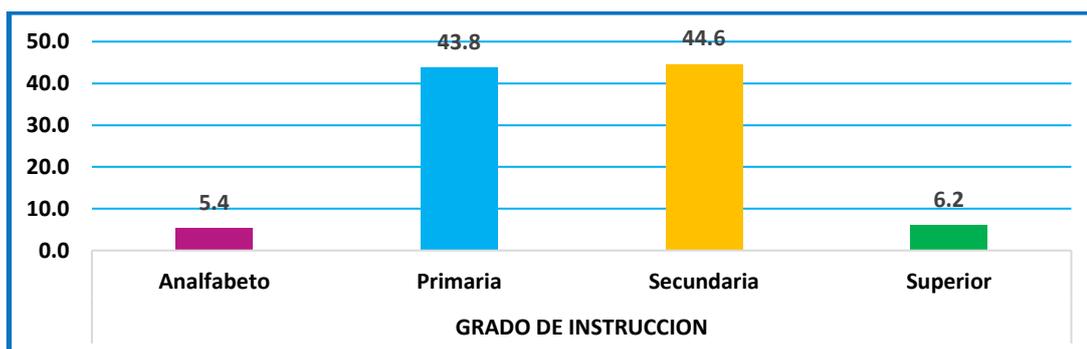
**GRÁFICO N°06: Procedencia de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 07: Grado de instrucción de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Analfabeto	7	5.4
	Primaria	57	43.8
	Secundaria	58	44.6
	Superior	8	6.2
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N°07 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, con respecto al grado de instrucción el 44.6% tiene grado de instrucción secundaria, seguido de primaria con un 43.8% de igual manera se observa pero en un menor porcentaje al grado de instrucción superior 6.2% y analfabeto 5.4%.



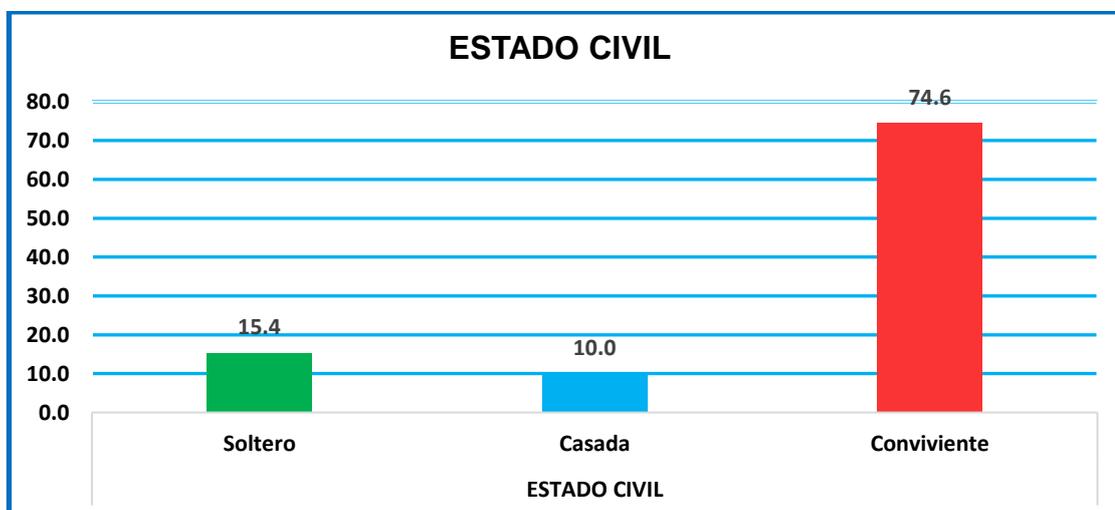
**GRÁFICO N° 07: Grado de instrucción de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 08: Estado civil de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	20	15.4
	Casada	13	10.0
	Conviviente	97	74.6
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 08 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, con respecto al estado civil el 74.6% es conviviente, el 15.4% es soltero y el 10% es casado.



**Gráfico N° 08: Estado civil de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 09: Hábitos nocivos de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<b>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>HABITOS NOCIVOS</b>	Tabaco	28	21.5
	Drogas	2	1.5
	Ninguno	100	76.9
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N°09 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en cuanto a los hábitos nocivos el 21.5% fuma tabaco, el 1.5% drogas, mientras que el 76.9% Ninguno.



**Gráfico N° 09: Hábitos nocivos de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

## DIMENSIÓN 2

Tabla N° 10: Factor de riesgo asociado a la conducta sexual

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	Frecuencia	Porcentaje
Factor de riesgo bajo	4	3.1%
Factor de riesgo medio	52	40.0%
Factor de riesgo alto	74	56.9%
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla y el gráfico N° 10 del 100% (130) historias clínicas estudiadas el 56.9% (74) presentaron factor de riesgo asociado a la conducta sexual alta, mientras que el 40% (52) presentaron factor de riesgo asociado a la conducta sexual medio. Solo el 3.1% (4) presento factor de riesgo bajo.

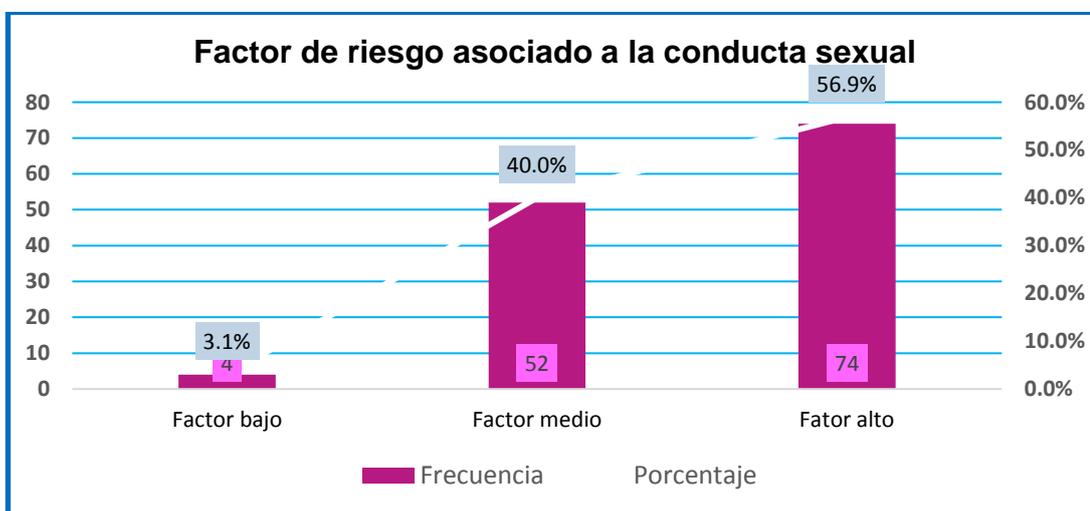


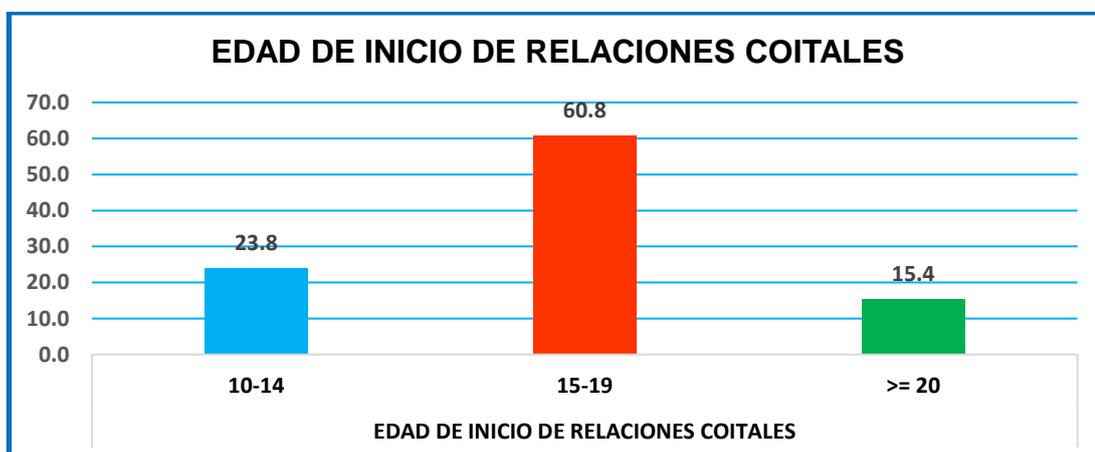
Gráfico N° 10: Factor de riesgo asociado a la conducta sexual.

**Tabla N° 11: Edad de inicio de relaciones coitales de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
<b>EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES</b>	10-14	31	23.8
	15-19	79	60.8
	>= 20	20	15.4
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>	

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 11 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en cuanto al inicio de relaciones coitales el 60.8% inicio su relación coital en entre 15 – 19 años, el 23.8% inicio su relación coital entre 10 a14 años y el 15.4% inicio su relación coital  $\geq$  20 años.



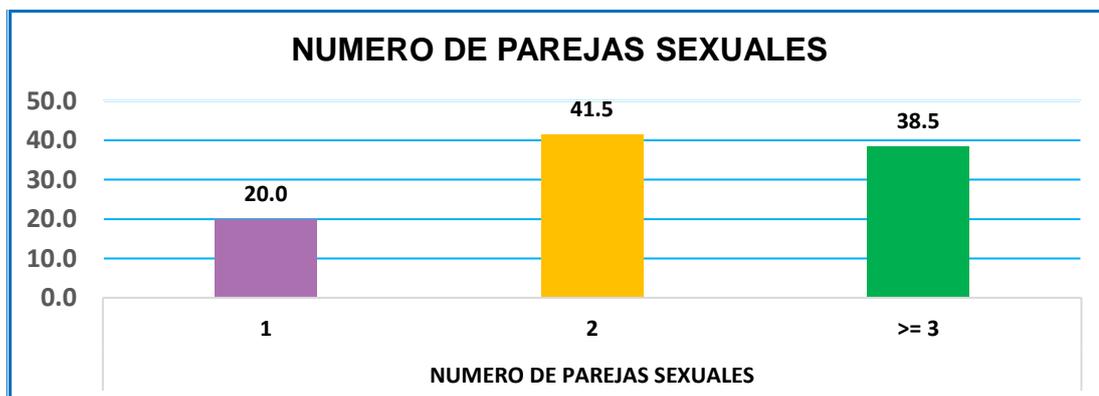
**Gráfico N° 11: Edad de inicio de relaciones coitales de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 12: Número de parejas sexuales de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>NUMERO DE PAREJAS SEXUALES</b>	1	26	20.0
	2	54	41.5
	>= 3	50	38.5
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 12 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en relación al número de parejas sexuales el 41.5% tuvo dos parejas sexuales, seguido con un 38.5% tuvo más de tres parejas sexuales y el 20% solo tuvo una pareja sexual.



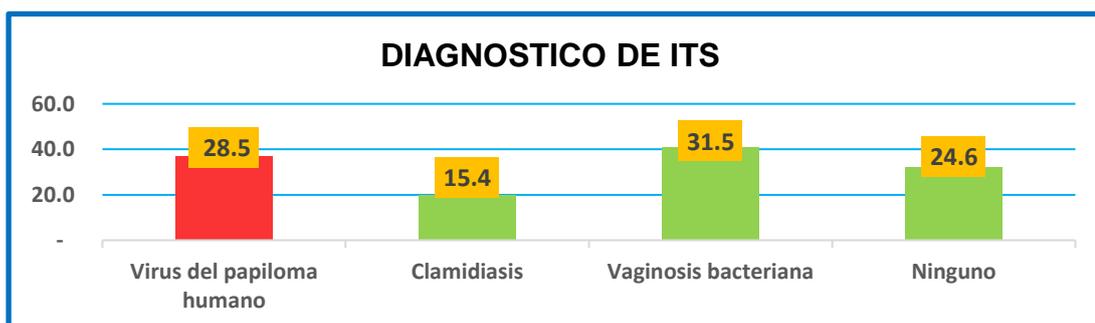
**Gráfico N° 12: Número de parejas sexuales de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 13: Diagnóstico de alguna ITS de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<b>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ALGUNA ITS</b>	Virus Del Papiloma Humano	37	28.5
	Clamidiasis	20	15.4
	Vaginosis Bacteriana	41	31.5
	Ninguno	32	24.6
<b>Total</b>		<b>130</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 13 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en relación al diagnóstico de ITS, con un porcentaje de 31.5% vaginosis bacteriana, seguido del virus de papiloma humano con un 28.5%, así mismo se observa que el 24,6% no tuvieron ninguna ITS y un 15.4% tuvo clamidiasis.



**Gráfico N° 13: Diagnóstico de alguna ITS de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

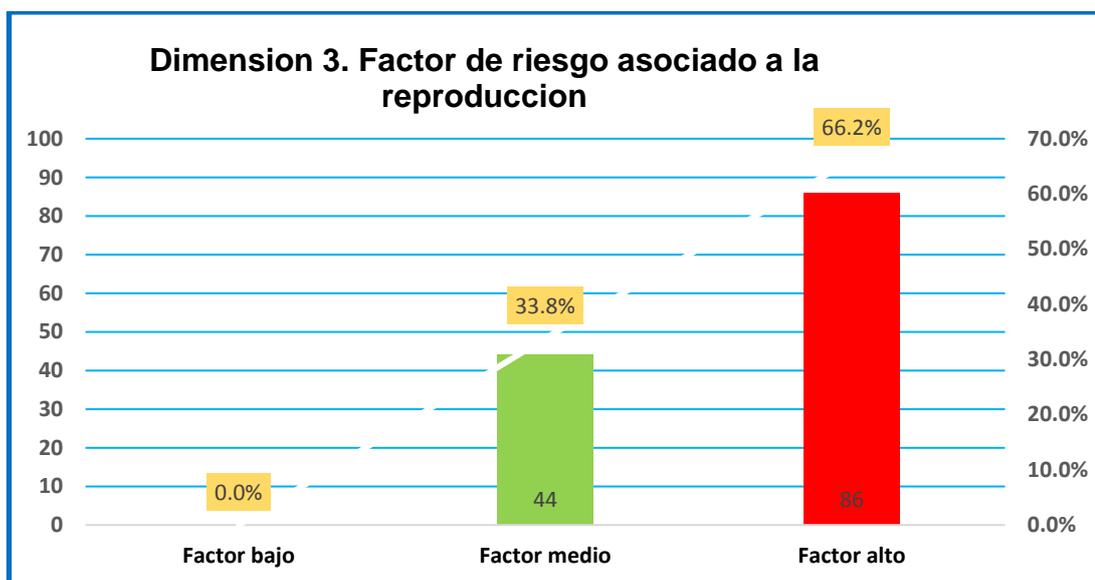
### DIMENSIÓN 3

Tabla N° 14: Factor de riesgo asociado a la reproducción.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Factor de riesgo bajo</b>	0	0.0%
<b>Factor de riesgo medio</b>	44	33.8%
<b>Factor de riesgo alto</b>	86	66.2%
<b>TOTAL</b>	130	100.0%

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la tabla y en el gráfico N°14 se evidencia del 100%(130) historias clínicas analizadas el 66.2% (86) presentaron factor de riesgo alto asociado a la reproducción, mientras que el 33.8% (44) presentaron factor de riesgo medio.



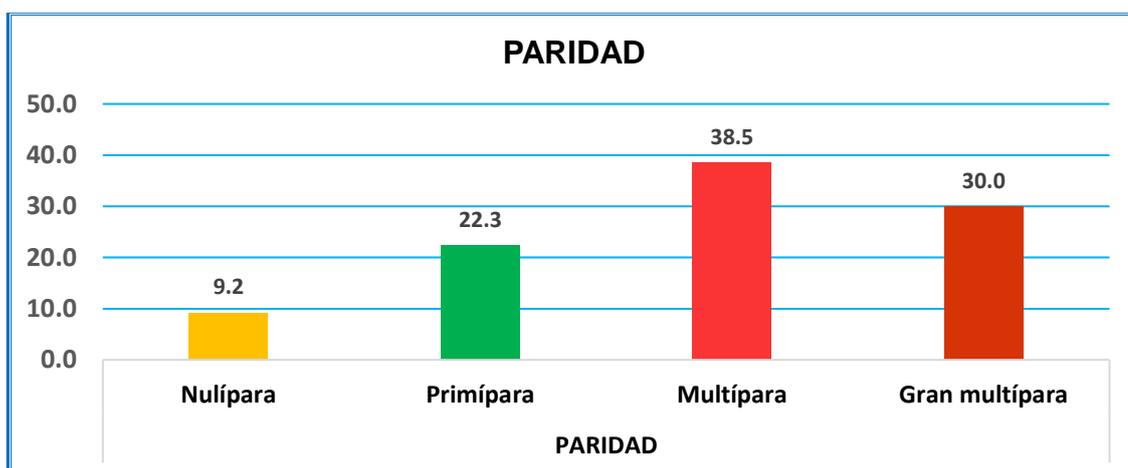
**Gráfico N° 14: Factor de riesgo asociado a la reproducción.**

**Tabla N° 15: Paridad de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>PARIDAD</b>	Nulípara	12	9.2
	Primípara	29	22.3
	Múltipara	50	38.5
	Gran Múltipara	39	30.0
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 15 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en referencia a la paridad el 38.5% es múltipara, mientras que el 30% gran múltipara seguido de primípara con 22.3%, y tan solo 9.2% es nulípara.



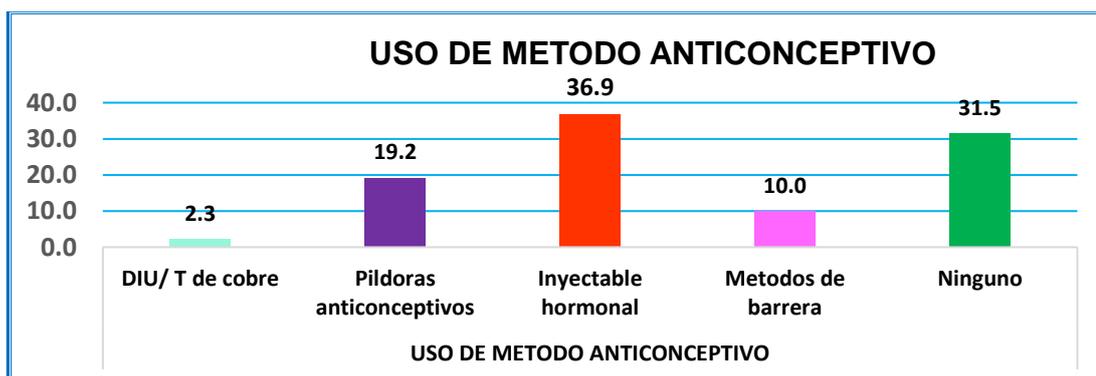
**Gráfico N° 15: Paridad de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 16: Uso de método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>	DIU/ T de Cobre	3	2.3
	Píldoras Anticonceptivos	25	19.2
	Inyectable Hormonal	48	36.9
	Métodos de Barrera	13	10.0
	Ninguno	41	31.5
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 16 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en cuanto al uso de método anticonceptivo el 2.3% utilizó el DIU/ T de cobre, el 19.2% Píldoras anticonceptivas, 36.9% Inyectable hormonal, el 10% métodos de barrera, el 31.5% ninguno.



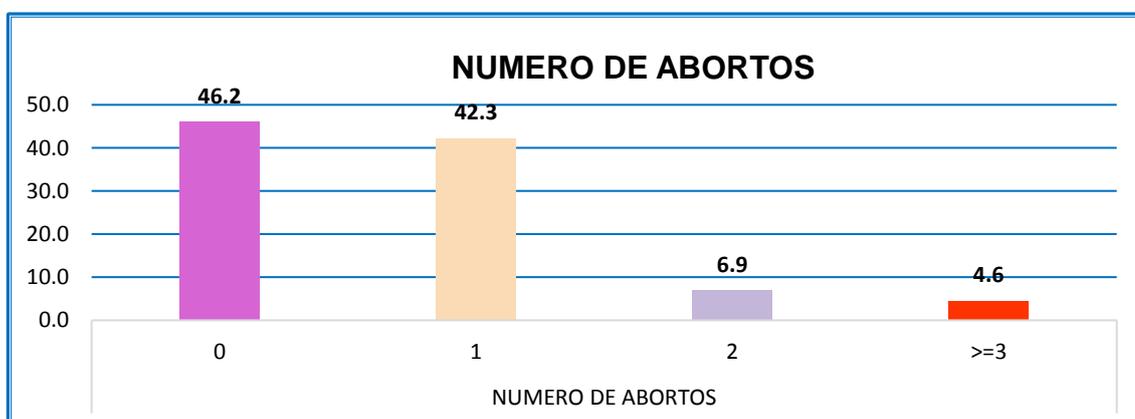
**Gráfico N° 16: Uso de método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

**Tabla N° 17: Número de abortos de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
<b>NUMERO DE ABORTOS</b>	0	60	46.2
	1	55	42.3
	2	9	6.9
	>=3	6	4.6
<b>Total</b>		130	100.0

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 17 de un total de 100%(130) historias clínicas analizadas, en referencia al número de abortos el 46.2% tuvo cero abortos, el 42.3% tuvo un aborto el 6.9% tuvo dos abortos, el 4.6% más de 3 abortos.



**Gráfico N° 17: Número de abortos de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco – 2016.**

## ANÁLISIS INFERENCIAL

En esta sección se elaboró un cuadro de contingencia para calcular el valor chi-cuadrado con la finalidad de evaluar el nivel de asociación e independencia entre la variable dependiente y la variable independiente, así como también la asociación entre las dimensiones de la variable dependiente con la variable independiente. Cuyos resultados se muestran líneas más abajo.

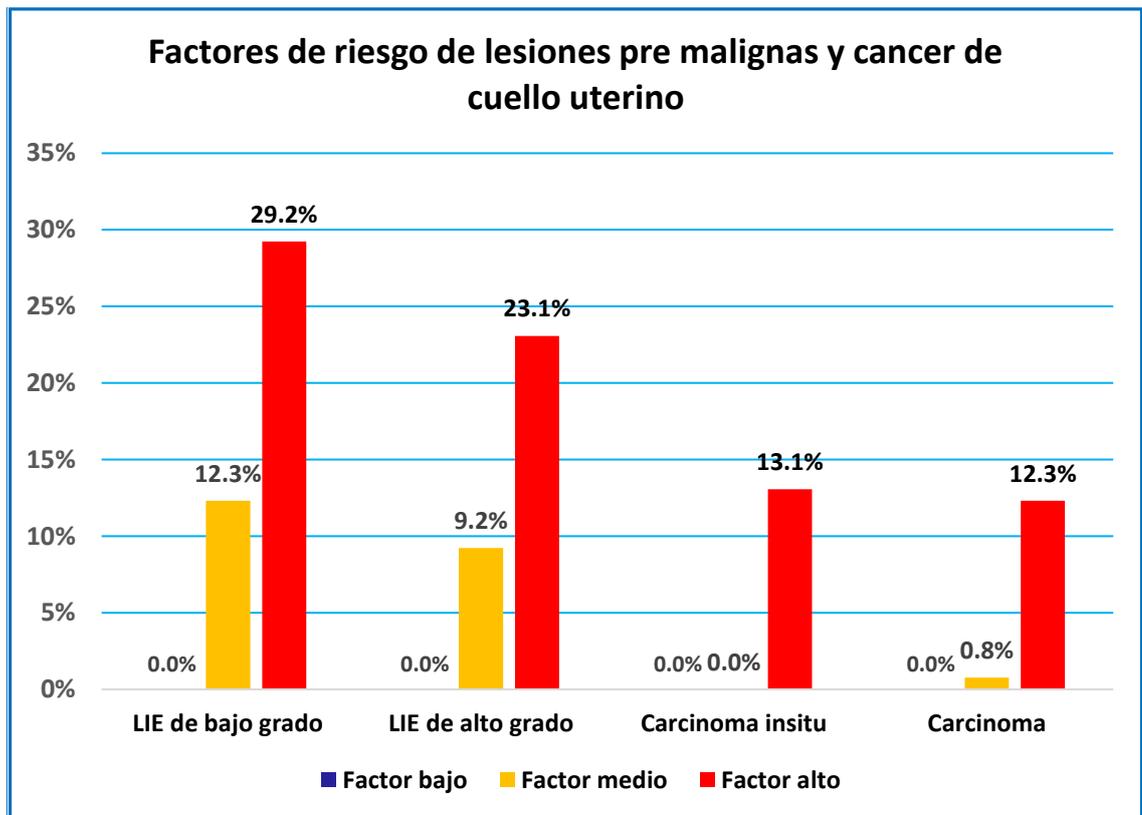
**TABLA N° 18: Factor de riesgo y diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	LEI de bajo grado		LEI de alto grado		Carcinoma insitu		Carcinoma		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Factor de riesgo bajo</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Factor de riesgo medio</b>	16	12.3%	12	9.2%	0	0.0%	1	0.8%	29	22.3%
<b>Factor de riesgo alto</b>	38	29.2%	30	23.1%	17	13.1%	16	12.3%	101	77.7%
<b>TOTAL</b>	54	41.5%	42	32.3%	17	13.1%	17	13.1%	130	100.0%

**Fuente:** *Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 17 de un total de 130 Historias Clínicas estudiadas, de los que presentaron LEI de bajo grado el 0% corresponde al factor de riesgo de bajo, el 12.3% corresponde al factor de riesgo medio mientras, 29.2% corresponde al factor de riesgo alto; así mismo de los que presentaron LEI de alto grado 23.1% presento factor de riesgo alto. Por otro lado, los que presentaron Carcinoma insitu el 0% presento factor de riesgo

medio, pero el 13.1% presento factor de riesgo alto. Finalmente, de los que presentaron carcinoma el 0.8% corresponde al factor de riesgo medio, mientras que el 29.2% corresponde al factor de riesgo alto para el diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.



**Gráfico N° 18: Factores de riesgo de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.**

## 5.2. Prueba de Hipótesis

Se aplicó la prueba de  $\chi^2$  (chi cuadrado) considerando al valor (p) para aceptar o rechazar la hipótesis nula.

Si el valor de (p) es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula.

### Hipótesis (a)

Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco -2016.

### Hipótesis (0)

Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva no están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco -2016.

**Tabla N°19: Prueba de independencia chi-cuadrado.**

Chi-cuadrado (Valor observado)	<b>10.1487</b>
Chi-cuadrado (Valor crítico)	7.8147
GL	3
valor-p	0.0173
Alfa	0.05

Visto que el valor chi – cuadrado critico (7.8147) < (10.1487) al chi – cuadrado Observado y valor p (0.0173); por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Lo que nos lleva a concluir que los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductivo están asociados al cáncer de cuello uterino a un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

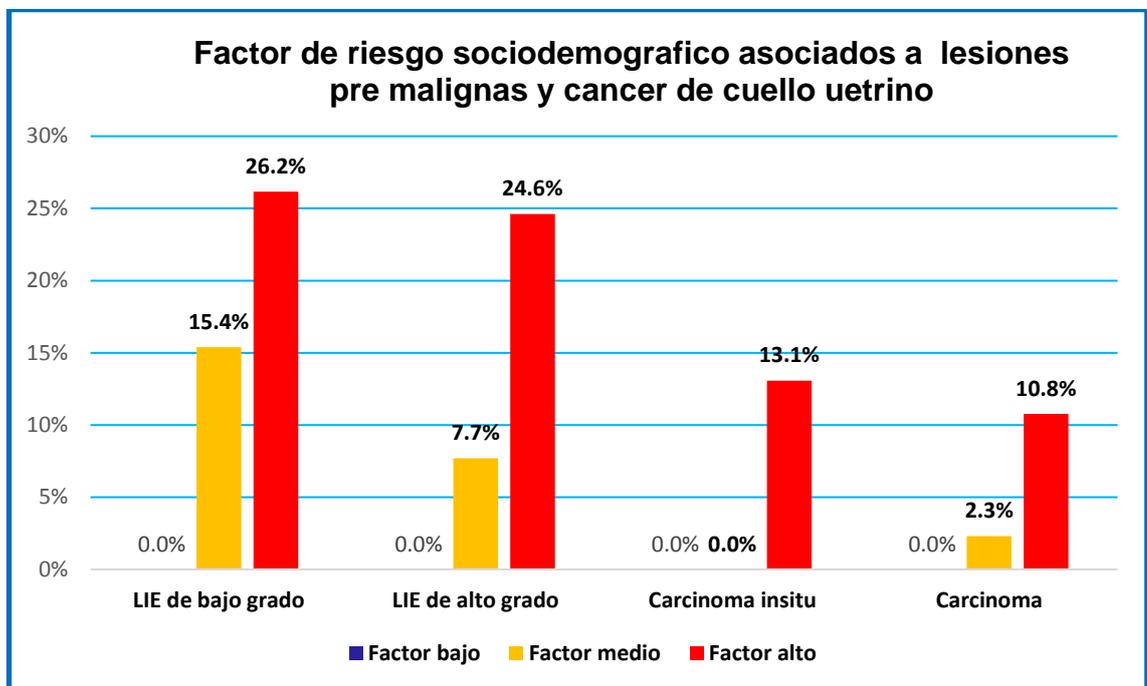
**Tabla N° 20: Factor de riesgo sociodemográficos de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	LEI de bajo grado		LEI de alto grado		Carcinoma insitu		Carcinoma		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Factor de riesgo bajo</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0 %	0	0.0%	0	0.0%
<b>Factor de riesgo medio</b>	20	15.4%	10	7.7%	0	0.0 %	3	2.3%	33	25.4 %
<b>Factor de riesgo alto</b>	34	26.2%	32	24.6 %	17	13.1 %	14	10.8 %	97	74.6 %
<b>TOTAL</b>	54	41.5%	42	32.3 %	17	13.1 %	17	13.1 %	130	100.0 %

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

En la presente tabla y el gráfico N° 20 del 100%(130) de historias clínicas analizadas, los que presentaron LEI de bajo grado el 0% corresponde al factor de riesgo sociodemográfico bajo, el 15.4% al factor de riesgo medio y el 26.2% al factor de riesgo alto; Por otro lado los que presentaron LEI de alto grado el

24.6% presentan factor de riesgo sociodemográfico alto y el 7.7% presento factor de riesgo sociodemográfico medio por otro lado; Así mismo los que presentaron Carcinoma insitu el 0% corresponde al factor sociodemográfico bajo, el 0% factor de riesgo medio y el 13.1% factor alto ; finalmente los que presentaron carcinoma el 2.3% fueron del factor sociodemográfico medio y el 10.8% fue del factor sociodemográfico alto.



**Gráfico N° 20** Factor de riesgo sociodemográficos asociados a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.

### Prueba de hipótesis específica 1.

**Hi:** Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Ho:** Los factores de riesgo sociodemográficos no están asociados al cáncer de cuello uterino.

**TABLA N° 21:** Prueba de independencia chi – cuadrado.

<b>Chi-cuadrado (Valor observado)</b>	<b>10.2469</b>
Chi-cuadrado (Valor crítico)	7.8147
GL	3
valor-p	0.0166
Alfa	0.05

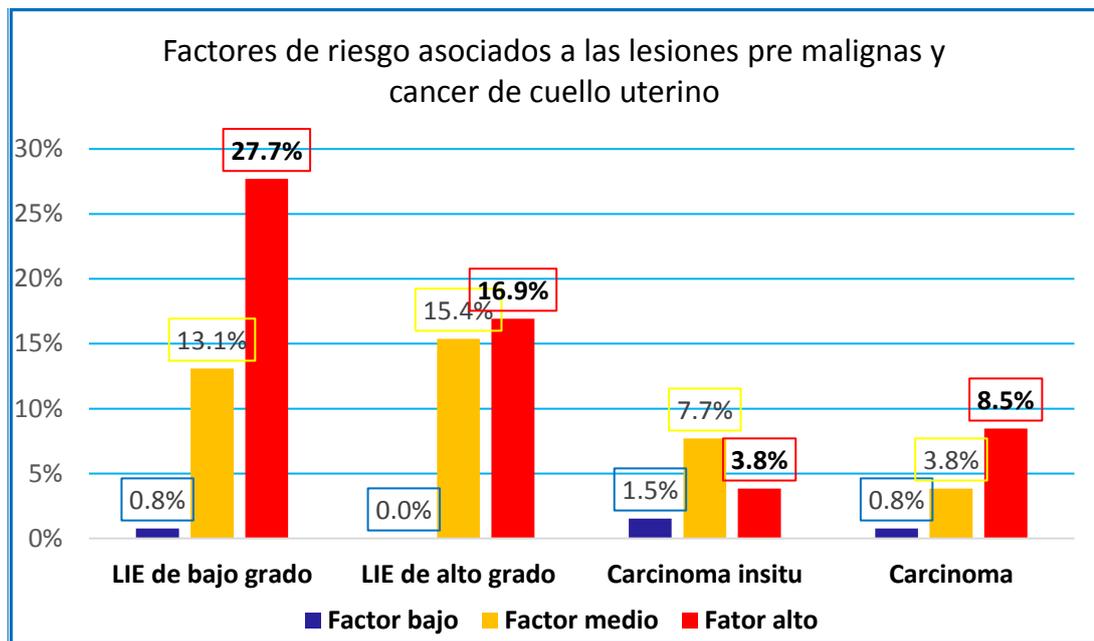
Se observa que el valor chi – cuadrado crítico (7.8147) < (10.2469) valor chi – cuadrado observado y valor-p(0.0166), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, demostrando que los factores de riesgo sociodemográfico están asociados al cáncer de cuello uterino a un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

**Tabla N° 22: Factor de riesgo de la conducta sexual asociado a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	LEI de bajo grado		LEI de alto grado		Carcinoma insitu		Carcinoma		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Factor de Riesgo Bajo</b>	1	0.8%	0	0.0%	2	1.5%	1	0.8%	4	3.1%
<b>Factor de Riesgo Medio</b>	17	13.1%	20	15.4%	10	7.7%	5	3.8%	52	40.0%
<b>Factor de Riesgo Alto</b>	36	27.7%	22	16.9%	5	3.8%	11	8.5%	74	56.9%
<b>TOTAL</b>	54	41.5%	42	32.3%	17	13.1%	17	13.1%	130	100.0%

**Fuente:** *Ficha de recolección de datos.*

En la presente tabla y el gráfico N° 22 del 100% (130) de historias clínicas analizadas, de los que presentaron LEI de bajo grado el 0.8% presento factor de riesgo asociado a la conducta sexual bajo, el 13.1% presento factor de riesgo asociado a la conducta sexual medio, pero el 27.7% presento un factor de riesgo alto; así mismo para los que presentaron LEI de alto grado el 0% corresponde al factor de riesgo de conducta sexual bajo, el 15.4% al factor medio y el 16.9% al factor de riesgo alto; pero los que presentaron Carcinoma insitu el 1.5% presento factor de riesgo asociado a la conducta sexual bajo el 7.7% presento el factor medio y el 3.8% finalmente los que presentaron carcinoma el 0.8% corresponde al factor de riesgo bajo , el 3.8% al factor de riesgo medio y el 8.5% al factor de riesgo alto.



**Gráfico N° 22: Factor de riesgo de la conducta sexual asociado a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.**

## Prueba de hipótesis específica 2.

**Hi:** Los factores de riesgo de conducta sexual están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Ho:** Los factores de riesgo de conducta sexual no están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Tabla N° 23:** Prueba de independencia Chi – cuadrado.

<b>Chi-cuadrado (Valor observado)</b>	<b>13.2263</b>
<b>Chi-cuadrado (Valor crítico)</b>	12.5916
<b>GL</b>	6
<b>valor-p</b>	0.0396
<b>alfa</b>	0.05

*Fuente: Ficha de recolección de datos.*

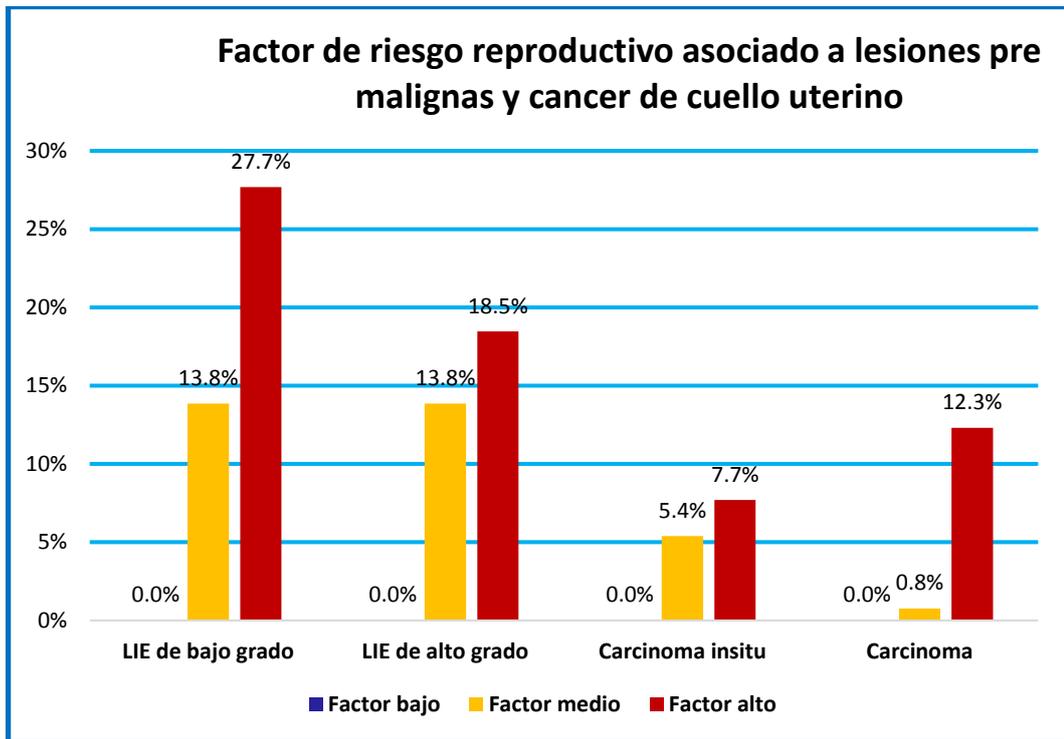
En la presente tabla N° 23, se observa que el valor chi – cuadrado crítico (12.5916) < (13.2263) valor chi – cuadrado observado y valor p (0.0396), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, finalmente se concluye que los factores de riesgo de conducta sexual están asociados al cáncer de cuello uterino a un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

**Tabla N° 24: Factor de riesgo reproductivo asociado a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.**

<i>Hospital Hermilio Valdizán Medrano</i>	LEI de bajo grado		LEI de alto grado		Carcino ma insitu		Carcino ma		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
	<b>Factor de riesgo bajo</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
<b>Factor de riesgo medio</b>	18	13.8%	18	13.8%	7	5.4%	1	0.8%	44	33.8%
<b>Factor de riesgo alto</b>	36	27.7%	24	18.5%	10	7.7%	16	12.3%	86	66.2%
<b>TOTAL</b>	54	41.5%	42	32.3%	17	13.1%	17	13.1%	130	100.0%

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

En la tabla N°24 del total de 100% (130) historias clínicas analizadas, los que presentaron LEI de bajo grado el 0% presento factor de riesgo bajo asociado a la reproducción , mientras que el 13.8% presento factor de riesgo medio, pero el 27.7% presentaron factor de riesgo alto; así mismo los que presentaron LEI de alto grado el 13.8% corresponde al factor de riesgo medio asociado a la reproducción , el 18.5% corresponde al factor de riesgo alto; en relación a los que presentaron Carcinoma insitu el 15.4% corresponde al factor de riesgo medio mientras que el 7.7% corresponde al factor de riesgo alto. Finalmente, los que presentaron carcinoma el 0.8% corresponde al factor de riesgo medio mientras que el 12.3% corresponde al factor de riesgo alto.



**Gráfico N°24:** Factor de riesgo reproductivo asociado a lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.

### Prueba de hipótesis específica 3.

**Hi:** Los factores de riesgo reproductivo están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Ho:** Los factores de riesgo reproductivo no están asociados al cáncer de cuello uterino.

**Tabla N° 25: Prueba de independencia Chi – cuadrado.**

Chi-cuadrado (Valor observado)	7.8746
Chi-cuadrado (Valor crítico)	7.8147
GL	3
valor-p	0.0487
Alfa	0.05

En la tabla N°25, se observa que el valor chi – cuadrado crítico (7.8147) < (7.8746) valor chi – cuadrado observado y valor-p (0.0487), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, finalmente se concluye que los factores de riesgo reproductivo están asociados al cáncer de cuello uterino a un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

## **CAPITULO VI**

### **DISCUSIÓN**

El presente estudio tiene como objetivo conocer los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016.

Los resultados de la hipótesis general son: Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil coincidiendo con el estudio realizado por Ybaseta Medina J, Paccori Rodrigo F, Vilca Yange A. Ica, 2014. Entre las principales características sociodemográficas destacan que: la mayoría tenían una edad mayor de 35 años (77,8%), eran convivientes (40,8%), con nivel de instrucción secundario (48,2%) seguido del nivel primario (29,6%), con ocupación al momento del diagnóstico (66,7%), de procedencia urbana (70,4%), y con nivel socioeconómico medio (44,5%). Entre las características ginecológicas y obstétricas destaca que: el CCU se presentó con más frecuencia en las multigestas (59,3%), multíparas (55,6%) y secundíparas (40,7%), y en aquellas en que la menarquia se inició después de los 15 años (33,3%).

En la tabla N° 04, se analizó la edad de las pacientes con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino siendo el grupo más relevante mayores de 40 años de edad, coincidiendo con el estudio realizado por Lazo

Piña E. Aguilar Flores F Tarapoto, 2011. Donde concluye que el 33.33% tenía entre 35 a 54 años.

En la tabla N° 05 en cuanto a la ocupación se observa que el 61.5% es ama de casa, seguido con un 21.5% es de ocupación independiente y 16.9% es dependiente. Siendo la de ama de casa la más relevante difiriendo con el estudio realizado por Pérez Loyola R, Toribio Faustino D. Iquitos, 2014. Teniendo como resultado que los factores no asociados fueron: ocupación, hábitos nocivos, estado civil.

En la tabla N° 06 se analizó la procedencia de las pacientes siendo la más relevante el área urbano marginal con un 41.5% coincidiendo con el estudio realizado por Pérez Loyola R, Toribio Faustino D. Iquitos, 2014. Donde concluye que la procedencia (urbano marginal 22,9%).

En la tabla N° 07 se analizó respecto al grado de instrucción el 44.6% tiene grado de instrucción secundaria siendo el grupo de mayor riesgo, seguido de primaria con un 43.8% de igual manera se observa pero en un menor porcentaje al grado de instrucción superior 6.2% y analfabeto 5.4%.Coincidiendo con el estudio realizado Castro Balarezo E. Trujillo, 2014. Los resultados fueron nivel de instrucción secundario (48,2%) seguido del nivel primario (29,6%).

En la tabla N° 08 se analizaron el estado civil de la paciente los resultados fueron el 74.6% es conviviente siendo el factor de riesgo mayor seguido con un 15.4% es soltero y el 10% es casado. Coincidiendo con el

estudio realizado por Ybaseta Medina J, Paccori Rodrigo F, Vilca Yange A. Ica, 2014. Donde los resultados fueron que entre las principales características sociodemográficas destacan que la población estudiada era de estado civil convivientes (40,8%), por otro lado el estudio realizado por Lazo Piña E. Aguilar Flores F. Tarapoto, 2011. Tiene como resultado que el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casado.

En la tabla N° 09 se analizó en cuanto a los Hábitos Nocivos el 21.5% fuma Tabaco, el 1.5% drogas, siendo el más relevante que el 76.9% no consume tabaco ni drogas. Coincidiendo con el estudio que realizó por Castro Balarezo E. Trujillo, 2014. Donde concluye que el alcohol y el tabaco no son factores de riesgo determinantes en la población estudiada, difiriendo con el estudio realizado por Cordero Martínez J, García Pimentel. Cuba, 2015 donde reporta el hábito de fumar como factor de riesgo.

En la tabla N° 11 se analizó edad de inicio de las relaciones coitales de las pacientes con diagnóstico de la lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino donde el resultado fue de un total de 100%(130) de historias clínicas analizadas, en cuanto al inicio de relaciones coitales el 60.8% inicio su relación coital entre 15 –19 años, el 23.8% inicio su relación coital entre 10-14 años, el 15.4% inicio su relación coitales  $\geq$  20 años. Coincidiendo con el estudio realizado por Arroyo Z, Villeda M, Gravitt P, Guerra W, Dadel R, Kindilien K, Shah K .Guatemala, 2012, coincidiendo con Pérez Loyola R, Toribio Faustino

D. Iquitos, 2014. Donde concluye que edad temprana de inicios de relaciones sexuales como factor de riesgo para desarrollar cáncer cervical.

En la tabla N° 12 se analizó en relación al número de parejas sexuales el 41.5% tuvo dos parejas sexuales, seguido con un 38.5% tuvo más de tres parejas sexuales y el 20% solo tuvo una pareja sexual; evidenciándose que el grupo que predomina es el de 2 parejas sexuales. Nuestros resultados son similares a Arroyo Z, Villeda M, Gravitt P, Guerra W, Dadel R, Kindilien K, ShahK. Guatemala, 2012 y Castro Valarezo E .Trujillo, 2014. Donde concluyen que (mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical) para factores fueron número elevado de compañeros sexuales durante toda la vida así mismo coincidiendo con Pérez Loyola R, Toribio Faustino D Iquitos, 2014. Refiere que en relación a la dimensión conducta sexual los factores asociados al cáncer cervical son el número de compañeros sexuales (3 o más 56,9%). De igual manera Lazo Piña E. Aguilar Flores F. Tarapoto, 2011. Refiere con respecto al número de parejas sexuales se observa que el 78.6% de mujeres tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU, y esto quiere decir que al mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo de citología cervical uterina alterada.

En la tabla N° 13 se analizó diagnóstico de la infección de transmisión sexual (ITS), en nuestros hallazgos informamos que las ITS mayor porcentaje fue vaginosis bacteriana con un porcentaje de 31.5%, seguido del virus de papiloma humano con un 28.5%, constituyéndose esta situación en factor

significativo de riesgo asociado a la lesión pre maligna y cáncer de cuello uterino. Los resultados coinciden con Pérez Loyola R, Toribio Faustino D. Iquitos, 2014. Refiere que en relación a la dimensión conducta sexual los factores asociados al cáncer cervical es la enfermedad de transmisión sexual (PVH 20, 3%). De igual manera coincide con Cabrerías Arenas, J. Lima, 2011. Concluye que los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron exposición a VPH (64.8%). Los resultados son similares con respecto al virus del papiloma humano (VPH).

En la tabla N° 15 se analizó en referencia a la paridad el 38.5% es multípara, mientras que el 30% gran multípara seguido de la primípara con 22.3%, y tan solo 9.2% es nulípara. Estos resultados dejan en claro que en la investigación, la gran cantidad de pacientes, son multíparas y gran multíparas, lo cual las convierte en población de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino.

Los resultados son similares a Lazo Piña E. Aguilar Flores F. Tarapoto, 2011. Con respecto a los factores de riesgo reproductivo refiere que el 47.62% tenían de 3 a 5 partos. De igual manera coincide con Cabrerías Arenas, J. Lima, 2011. Refiere que los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron la multiparidad (68.5%).

En la tabla N° 16 se analizó en cuanto al uso de método anticonceptivo el 2.3% utilizó del DIU/ T de cobre, el 19.2% Píldoras anticonceptivas, 36.9%

Inyectable hormonal, el 10% Métodos de barrera, el 31.5% Ninguno. Los resultados no coinciden con Lazo Piña E. Aguilar Flores F. Tarapoto, 2011. Quien concluyó que el 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo y el anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69% seguido del inyectable con 34.61%.

La importancia de estos datos es sumamente relevante, pues a pesar del uso y no uso de métodos anticonceptivos la mujer, se convierte en una mujer con alto riesgo de padecer lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.

En la tabla número N° 17 se analizó en referencia al número de abortos el 46.2% tuvo cero abortos, el 42.3% tuvo un aborto, el 6.9% tuvo dos abortos y el 4.6% más de 3 abortos. Coincidiendo con Lazo Piña E. Aguilar Flores F. Tarapoto, 2011. Refiere con respecto a los factores de riesgo reproductivo, que el 78.57% no presentaron abortos.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

Como consecuencia de los resultados del estudio y su discusión realizada, se arriba las siguientes conclusiones:

- Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva están asociados al cáncer de cuello uterino. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco -2016. Se evidencia que el valor chi – cuadrado crítico (7.8147), es menor que el valor observado (10.1487) y el valor p (0.0173), por lo que se pudo rechazar la hipótesis nula. Demostrando que los factores de riesgo están asociados al cáncer de cuello uterino a un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.
- En los factores de riesgo sociodemográficos que están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Se encontró que el valor chi – cuadrado crítico (7.8147), es menor que el valor observado (10.2469) y el valor p (0.0166), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula concluyendo que los factores de riesgo sociodemográficos están asociados al cáncer de cuello uterino a un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.
- En los factores de riesgo de la conducta sexual que están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Se mostró que el valor chi – cuadrado crítico (12.5916), es menor que el valor observado

(13.2263) y el valor p (0.0396), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Demostrando que los factores de riesgo de la conducta sexual están asociados al cáncer de cuello uterino un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

- En los factores de riesgo reproductivo que están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Se evidencia que el valor chi – cuadrado crítico (7.8147), es menor que el valor observado (7.8746) y el valor p (0.0487), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Demostrando que los factores de riesgo reproductivo están asociados al cáncer de cuello uterino un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

1. A las personas involucradas a la salud pública promover la difusión sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino mediante los medios de comunicación para así dar a conocer sobre la importancia de este tema para tomar conciencia de su salud sexual y reproductiva.
2. A los establecimientos de salud se les sugiere desarrollar actividades preventivas promocionales sobre el Cáncer de cuello de útero, teniendo en cuenta los factores de riesgo, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco.
3. Promover en la población la importancia de la prevención y detección oportuna del cáncer de cuello uterino, fomentando la realización de Papanicolaou, IVAA y la colposcopia.
4. Realizar mayor investigación acerca de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino que permitan intervenciones acordes a las necesidades particulares de las mujeres de dicha institución.

## CAPITULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino. Suiza: Organización Mundial De La Salud; 2014. Disponible en :<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
2. International Agency for Research on Cancer. El Cáncer de Cuello de Útero Incidencia Estimada, Mortalidad y Prevalencia en el Mundo 2012. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>
3. Liga contra el cáncer. Cáncer de cuello uterino 2016. Disponible en : <http://www.ligacancer.org.pe/tiposdecancer.html>
4. Ministerio de salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para la prevención y manejo de cáncer de cuello uterino. 2016. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-N\\_1013-2016-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-N_1013-2016-MINSA.pdf)
5. Dirección Regional De Salud Huánuco. Análisis De Situación De Salud Del Departamento De Huánuco 2016. Disponible en :[http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis\\_huanuco.pdf](http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_huanuco.pdf)
6. Rigol, O. Obstetricia y Ginecología.Cuba: Ciencias Médicas; 2004.
7. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 10 de junio 2015 [fecha de acceso 3 de mayo 2017]; 41(4):1- 13. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40\\_2\\_14/gin09214.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin09214.htm)
8. Medina M, Medina M, Merino L. Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina. Enf Inf Microbiol [en línea] 2014 julio [fecha de acceso 3 de mayo del 2017]; 34 (4): 140- 144.
9. Arroyo Z, Villeda M, Gravitt P, Guerra W, Dadel R, Kindilien K, ShahK. Prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) y otros factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cervical en Guatemala. Revista Científica 2012; 4 (1):49-57.
10. Salinas Tomalá J, Villarroel Peña G. Factores De Riesgo Y Prevención Del Cáncer Cérvico Uterino en Las Usuaris De La “Clínica Granados”. Salinas. 2011-2012. [Tesis Doctoral]. Ecuador; 2012.

11. Pérez Loyola R, Toribio Faustino D. Factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes del hospital cesar Garayar García Iquitos 2014". [tesis doctoral]. Universidad Hermilio Valdizán Huánuco; 2015.
12. Conde Félix A. Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora Julio-Agosto, 2013. [Tesis doctoral].Universidad San Martin De Porras; 2014.
13. Castro Balarezo E. Edad de Inicio de Relaciones Coitales y Numero de Compañeros Sexuales como Factor de Riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2.[tesis doctoral]. Trujillo; 2014.
14. Ybaseta Medina J, Paccori Rodrigo F, Vilca Yange A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev méd panacea. 2014 diciembre 31 [fecha de acceso 16 de abril de 2017]; 4(3): 61-65. Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/manuscript%20(1).pdf
15. Lazo Piña E, Aguilar Flores F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. [tesis doctoral] Universidad Nacional de San Martin.2012.
16. Cabrerías Arenas J. Distribución de factores de riesgo en cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006 -2011. [Tesis Doctoral]. Lima; 2012.
17. Organización mundial de la Salud (OMS).Factores De Riesgo.2017. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
18. Ortiz Serrano R, Uribe Pérez C, Días Marines L, Dangol Romero Y. Factores De Riesgo Para Cáncer De Cuello Uterino. Revist Colomb de Obstet y Ginecol [en línea]; 55 (2):2004[5 de mayo del 2017]; pag.146-160. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306007.pdf>
19. Pérez Porto J, Gardey A. 2012, Definicion.de.[Internet Blog ].[consultado 05 junio,2017] .Disponible en :<https://definiciones/edad/>
20. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer De Cuello Uterino: Factores De Riesgo 2016. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total y Edades Quinquenales, según Departamento, Provincia y Distrito, 2005- 2015.Peru: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010.

22. American Cancer Society. Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Atlanta: American Cancer Society; 2017.
23. Universidad. Estudiar en Perú, Estructura del Sistema Educativo. España: Universia; 2017.
24. Instituto Nacional de Salud. Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino 2013. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/ier/evidencias/2013/notas/14.Determinantes%20sociales%20para%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino.pdf>
25. Enciclopedia Jurídica [sede web].[actualizado 2014;consultado 5 de junio 2017].Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
26. Schwartz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Argentina: El Ateneo; 2009.
27. Ministerio de Salud. Boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002 – 2011.peru: ministerio de salud; 2011.
28. Medicina. 02 de abril del 2016.Midocctor en Línea. [Internet Blog]. [Consulta el día 15, junio, 2017]. Disponible En: <http://Midocctorenlinea.Blogspot.Pe/2016/04/Gravida-Primigesta-Multigesta-Gestante.Html>.
29. Vicent Alberola Cuñat. [internet].2016, Codificación en obstetricia: Asignación de códigos con la CIE-9-MC Y LA CIE-10-ES. [consultado 13 de junio del 2017]. Disponible en: [http://www.svdm.es/svdm/wp-content/uploads/2016/07/OBSTETRICIA\\_2016.pdf](http://www.svdm.es/svdm/wp-content/uploads/2016/07/OBSTETRICIA_2016.pdf)
30. Salud de la mujer. Información sobre la salud de la mujer: Mujeres asocian el cáncer de cuello uterino al aborto clandestino en encuesta nacional. Entrada en vigor 4 de abril del 2012. Salud. (ultimo acceso 5 de mayo 2017). Disponible en : <http://www.salud-mujer.com.mx/2012/04/mujeres-asocian-el-cancer-de-cuello-uterino-al-aborto-clandestino-en-encuesta-nacional/>
31. Ministerio de Salud.[Internet].n.d. Planificación Familiar Derecho de Todas Y Todos.[Consultado 20,Junio,2017].Disponible en: <Http://Www.Minsa.Gob.Pe/Portada/Especiales/2012/Planfam/Metodos.Asp>
32. Pérez I, Chavaro N, arroyo G, alcázar L, Muruchi W .Cáncer Cervicouterina. Anale de radiol [en línea] 2009 [3 de mayo 2017]; (1):61-

79. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
33. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Glosario de términos del cáncer y su tratamiento 2017. disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivorship/resources/glossary.htm>
  34. La Federación Internacional de Planificación de la Familia. Glosario de IPPF sobre términos relacionados con la salud sexual y reproductiva. London. La Federación Internacional de Planificación de la Familia; 2010. Disponible en <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-13%232E%23pdf>
  35. Diccionario de la lengua española. 23. ed. Madrid: Espasa Libros, 2014.
  36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), 2015. Disponible en: <http://www.regionlalibertad.gob.pe/ineiestadisticas/libros/libro24/cap06.pdf>
  37. World Health Organization. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino 2013.
  38. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer 2016. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/acerca-sitio>.
  39. Prado J. Como Hacer Una Tesis. Huánuco: Ugraph S.A.C; 2017.
  40. Dirección Regional de Salud Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística, 2016. Disponible en: [www.diresahuanuco.gob.pe/OITE/mainoite.htm#](http://www.diresahuanuco.gob.pe/OITE/mainoite.htm#)

# **ANEXOS**

**ANEXO 01**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL.**  
**HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	POBLACIÓN	MARCO METODOLÓGICO	VARIABLE
<p>¿Cuáles son factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. ¿cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil?</p> <p>2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la conducta sexual asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Conocer los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil.</li> <li>• Determinar los factores de riesgo de la conducta sexual asociados al</li> </ul>	<p><b>HIPOTESIS (i)</b></p> <p>Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco -2016.</p> <p><b>HIPOTESIS (0)</b></p> <p>Los factores de riesgo sociodemográficos, conducta sexual y reproductiva no están asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil. Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco -2016.</p>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población estuvo constituida por 130 historias clínicas de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino, que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco en el año 2016.</p> <p><b>POBLACION MUESTRAL</b></p> <p>La muestra estuvo constituida por 130 historias clínicas de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de lesiones pre</p>	<p><b>MARCO METODOLÓGICO</b></p> <p><b>ÁMBITO ESPACIAL Y TEMPORAL</b></p> <p>La investigación se llevó a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, en el servicio de ginecología. En el desarrollo en el Hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano; ubicado en el centro poblado la esperanza en la calle la aldea San Juan Bosco 18 A -112. Por la construcción del Hospital.</p> <p><b>NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b>NIVEL</b> Descriptivo-relacional.</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Según la intención del investigador es <b>observacional</b> Según el tiempo de ocurrencia de datos es <b>retrospectivo</b></p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Factores de riesgo</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>Cáncer del cuello uterino.</p>

<p>3. ¿cuáles son los factores de riesgo reproductivos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil.</p>	<p>cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los factores de riesgo reproductivos asociados al cáncer de cuello uterino, en las mujeres de edad fértil</li> </ul>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA</b></p> <p><b>Hi:</b> Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados al cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>Ho:</b> Los factores de riesgo sociodemográficos no están asociados al cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>Hi:</b> Los factores de riesgo de conducta sexual están asociados al cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>Ho:</b> Los factores de riesgo de conducta sexual no están asociados al cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>Hi:</b> Los factores de riesgo reproductivo están asociados al cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>Ho:</b> Los factores de riesgo reproductivo no están asociados al cáncer de cuello uterino.</p>	<p>malignas y cáncer de cuello uterino, que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco en el año 2016.</p> <p><b>TIPO DE MUESTREO</b> No probabilístico por conveniencia.</p>	<p>Según el periodo y secuencia de estudio es <b>transversal</b>. Según el análisis y alcance de los resultados es <b>descriptivo</b></p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>No experimental, descriptivo relacional y se esquematiza de la siguiente manera.</p> <div data-bbox="1480 635 1675 842" data-label="Diagram"> <pre> graph TD     M --&gt; Ox     M --&gt; Oy     Ox &lt;--&gt; r     r &lt;--&gt; Oy     Ox --&gt; Ox     Oy --&gt; Oy     Ox --&gt; Oy     Oy --&gt; Ox   </pre> </div> <p><b>DONDE:</b> M: Muestra (mujeres de edad fértil) ox: variable independiente (factores de riesgo) r: relación de los factores de riesgo y el cáncer del cuello uterino. oy: representa la variable dependiente (cáncer de cuello uterino).</p>
--	--	---	--	---

**ANEXO 02**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
<b>Factores de Riesgo</b>	Algo que se relaciona con las probabilidades que tiene una persona de contraer una enfermedad.	<b>Sociodemográfico</b>	▪ Edad	≤18 19-25 26 -32 33 – 39 ≥ 40	Intervalo	Ficha de recolección de datos
			▪ Ocupación	Ama de casa Independiente Dependiente	Nominal	
			▪ Procedencia	Urbano Urbano marginal Rural		
			▪ Grado instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior		
			▪ Estado civil	Soltera casada conviviente		
			▪ Hábitos nocivos	Tabaco Drogas Ninguno		
		<b>Conducta sexual</b>	▪ Edad de Inicio de relaciones coitales.	10 – 14 15 – 19 ≥20	Intervalo	
			▪ Número de parejas sexuales	1 2 ≥3	Discontinuas	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico de ITS</li> </ul>	Virus del Papiloma humano Sífilis Herpes genital VIH Clamidias Vaginosis bacteriana Ninguno	Nominal	
		<b>Reproductivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paridad</li> </ul>	Nulipara Primípara Múltipara Gran múltipara	Nominal	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Métodos anticonceptivos.</li> </ul>	DIU/ T de cobre Píldoras anticonceptivas Inyectable hormonal Métodos de barrera Ninguno		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Numero Abortos.</li> </ul>	0 1 2 ≥3	Discontinuas	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>						
<b>Cáncer de cuello uterino</b>	Es el carcinoma que se origina a partir de cualquiera de las estructuras histológicas que conforman el cuello uterino.	Historia de la enfermedad	Lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión intraepitelial de bajo grado</li> <li>• Lesión intraepitelial de alto grado</li> <li>• Carcinoma in situ</li> <li>• Carcinoma</li> </ul>	Nominal	<b>Ficha de recolección de datos</b>

## ANEXO 03

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DE CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FERTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016.

#### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### I.FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICO

##### 1) Edad

- a)  $\leq 18$
- b) 19-25
- c) 26 -32
- d) 33 – 39
- e)  $\geq 40$

##### 2) Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Independiente
- c) Dependiente

##### 3) Procedencia

- a) Urbano
- b) Urbano marginal
- c) Rural

##### 4) Grado de instrucción

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

##### 5) Estado civil

- a) Soltera
- b) casada
- c) conviviente

##### 6) Hábitos nocivos

- a) Tabaco
- b) Drogas
- c) Ninguno

## II.FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SEXUAL

### 1) Edad de Inicio de relaciones coitales

- a) 10 – 14
- b) 15 – 19
- c)  $\geq 20$  0

### 2) Número de parejas sexuales

- a) 1
- b) 2
- c)  $\geq 3$

### 3) Diagnóstico de alguna ITS.

- a) Virus del Papiloma Humano
- b) Sífilis
- c) Herpes genital
- d) VIH
- e) Clamidiasis
- f) Vaginosis bacteriana
- g) Ninguno

## III.FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA REPRODUCCIÓN

### 1) Paridad

G...P... /... /... /...

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara
- d) Gran multípara

### 2) Uso de Método anticonceptivo

- a) DIU/ T de cobre
- b) Píldoras anticonceptivas
- c) Inyectable hormonal
- d) Métodos de barrera
- e) Ninguno

### 3) Número de abortos

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d)  $\geq 3$

**IV. CÁNCER DE CUELLO UTERINO.**

**1) TIENE DIAGNOSTICO DE LESIONES PRE MALIGNAS O CÁNCER DE CUELLO UTERINO, (según Bethesda)**

- a) LEI de bajo grado
- b) LEI de alto grado
- c) Carcinoma in situ
- d) Carcinoma



**RESOLUCIÓN N° 071-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 04 de abril de 2017.

**VISTO:**

El FÚT N° 0344173, de fecha 13.MAR.2017, presentada por las alumnas TORRES GAMARRA, Grassli y GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia; quienes solicitan aprobación de exclusividad de tema y nombramiento del asesor;

**CONSIDERANDO:**

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia TORRES GAMARRA, Grassli y GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia, solicitan nombramiento del Asesor y la exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016";

Que, con Proveído N° 004-COM-UI/FOBST-UNHEVAL-2017, de fecha de recepción 28.MAR.2017, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia indica que la comisión del Instituto de Investigación, ha revisado el tema en la base de datos y opina FAVORABLE la aceptación como exclusividad de tema, dando por aceptado para su ejecución y quedando registrado como exclusividad, y asesoría respectiva;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, la Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores ha presentado la constancia de aceptación para el asesoramiento del Proyecto de Investigación de las alumnas TORRES GAMARRA, Grassli y GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1° **APROBAR** como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016", de las alumnas TORRES GAMARRA, Grassli y GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2° **NOMBRAR** a la Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores, Asesora de las alumnas TORRES GAMARRA, Grassli y GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

  
Dra. Mary L. Maque Ponca  
DECANA

**Distribución:** DUIFO, Asesora, Interesadas y Archivo.



**RESOLUCIÓN N° 204-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 06 de julio de 2017.

**VISTO:**

El Informe N° S/N UNHEVAL-FOBST-PJJI-DDT, de fecha de recepción 05.JUL.2017, presentada por la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta y el Informe N° S/N UNHEVAL-FOBST-RLCR-DDT, de fecha de recepción 05.JUL.2017, presentada por la Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz, mediante el cual informan de la suficiencia de Proyecto de Tesis de las alumnas GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli, de la Facultad de Obstetricia;

**CONSIDERANDO:**

Que las alumnas de la Facultad de Obstetricia GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli, presentaron dos (02) ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016", para su aprobación, habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación;

Que, con Informe N° S/N UNHEVAL-FOBST-PJJI-DDT, de fecha 05.JUL.2017, la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta y con Informe N° S/N UNHEVAL-FOBST-RLCR-DDT, de fecha 05.JUL.2017, la Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016", de las alumnas GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli, de la Facultad de Obstetricia, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

1° **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016", a partir del 05.JUL.2017, de las alumnas GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli, de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por la Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores.

2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*Mary L. Magueta*  
Dra. Mary L. Magueta  
DECANA

**DISTRIBUCIÓN:**

DUIFO  
Asesora  
Interesadas  
Archivo

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR  
EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mg. Ruth L. Córdova Ruiz.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO	INCORRECTO
	2 puntos	0 puntos
1. El instrumento <b>da cuenta del título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	2	
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	2	
3. La secuencia de presentación <b>es óptima</b>	2	
4. El grado de complejidad de los ítems <b>es aceptable</b>	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación	2	
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	2	
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	2	
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	2	
10. Las preguntas están <b>agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b>	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

.....

  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI: 22525276.....

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR  
EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Obstetra Carlos Antonio Carrillo Espinoza

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO	INCORRECTO
	2 puntos	0 puntos
1. El instrumento <b>da cuenta del título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	?	
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	?	
3. La secuencia de presentación <b>es óptima</b>	?	
4. El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	?	
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	?	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación	?	
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	?	
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	?	
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	?	
10. Las preguntas están <b>agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b>	?	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: .....

27576580

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR  
EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mg. Ana Soto Rueda.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO	INCORRECTO
	2 puntos	0 puntos
1. El instrumento <b>da cuenta del título/tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	2	
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	2	
3. La secuencia de presentación <b>es óptima</b>	2	
4. El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación	2	
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	2	
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	2	
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	—	0
10. Las preguntas están <b>agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio</b>	2	
TOTAL	18	

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI: 16764303.....



Dirección Regional de Salud Huánuco  
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año del Buen Servicio del Ciudadano"



Huánuco, 28 de agosto de 2017.

**CARTA N° 034 -2017-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.**

Señorita:

**Feliciano Yessenia, GONZALES ISIDRO.**

Alumna de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" de Huánuco.

Presente.

**REFERENCIA** : Proveído N° 002-2017- Unidad de Estadística.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre la solicitud de brindar facilidades para la ejecución de su proyecto de Tesis, al respecto contando con la opinión favorable de la Jefatura de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por lo que esta Dirección **AUTORIZA** la realización del Proyecto de Tesis titulado: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DE CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUANUCO - 2016**", para cuyo objetivo, deberá coordinar con la Jefatura de la Unidad Estadística e Informática, para que le brinde las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora, debiendo alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

**Atentamente,**

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"  
  
Mg. Herberto Hidalgo Carrasco  
CMP 19586 RNE 12927  
DIRECTOR EJECUTIVO

  
HTHC/CJCH/cjch.  
Hco. 28.08.2017.  
C.c. U. Estadística e I.  
Archivo

[www.hospitalvaldizanhco.gob.pe](http://www.hospitalvaldizanhco.gob.pe)

Jr. Hermilio Valdizán N° 950  
Huánuco - Perú  
T(06251) 3370  
Telefax (06251) 3370



Dirección Regional de Salud Huánuco  
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año del Buen Servicio del Ciudadano"



Huánuco, 28 de agosto de 2017.

**CARTA N° 033 -2017-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.**

Señorita:

**Grassli, TORRES GAMARRA.**

Alumna de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" de Huánuco.

Presente.

**REFERENCIA** : Proveído N° 002-2017- Unidad de Estadística.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre la solicitud de brindar facilidades para la ejecución de su proyecto de Tesis, al respecto contando con la opinión favorable de la Jefatura de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por lo que esta Dirección **AUTORIZA** la realización del Proyecto de Tesis titulado: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DE CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUANUCO - 2016**", para cuyo objetivo, deberá coordinar con la Jefatura de la Unidad Estadística e Informática, para que le brinde las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora, debiendo alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

**Atentamente,**

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano  
*Hidalgo Carrasco*  
Mg. Heriberto Hidalgo Carrasco  
CMP 19586 RNE 12927  
DIRECTOR EJECUTIVO

*[Handwritten Signature]*  
HTHC/CJCH/cjch.  
Hco. 28.08.2017.  
C.c. U. Estadística e I.  
Archivo

[www.hospitalvaldizanhco.gob.pe](http://www.hospitalvaldizanhco.gob.pe)

Jr. Hermilio Valdizán N° 950  
Huánuco - Perú  
T(06251) 3370  
Telefax (06251) 3370



**RESOLUCIÓN N° 280-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 16 de octubre del 2017.

**VISTO:**

La Solicitud N° 0379211, de fecha 11.OCT.2017, presentada por las Bachilleres en Obstetricia GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli;

**CONSIDERANDO:**

Que, las Bachilleres GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli; solicitan fijar fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO – 2016**";

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentran APTAS para ser sustentado, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25° dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación..."; y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

**SE RESUELVE:**

- 1° **FIJAR fecha, hora y lugar** de sustentación de la tesis Titulado: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016**", presentada por las Bachilleres **GONZALES ISIDRO, Felician Yessenia y TORRES GAMARRA, Grassli**; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.  
**DÍA** : JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2017  
**HORA** : 11:00 a.m.  
**LUGAR** : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.

- 2° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes y a la Asesora Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores:
- |  |             |
|--|-------------|
| - Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta | Presidente  |
| - Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz           | Secretaria  |
| - Mg. Ana María Soto Rueda             | Vocal       |
| - Mg. Yola Espinoza de Santiago        | Accesitaria |

- 3° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*Dra. Mary L. Mague Flores*  
DECANA

**DISTRIBUCIÓN:**

Jurados, Asesora, Interesadas, Publicación y archivo.



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los .....19..... días del mes de .....Octubre..... del 2017 siendo las .....11..... Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el aula sala prof., los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016", presentada por la Bachiller en Obstetricia GONZALES ISIDRO, Feliciania Yessenia, para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

- |  |             |
|--|-------------|
| - Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta | Presidenta  |
| - Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz           | Secretaria  |
| - Mg. Ana María Soto Rueda             | Vocal       |
| - Mg. Yola Espinoza de Santiago        | Accesitaria |

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

.....03..... Papeleta (S) APROBADOS  
.....-..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: .....1.8..... y cualitativa de: .....Muy buena.....

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

  
Dra. Justina Isabel Prado Juscamaíta  
**PRESIDENTA**

  
Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz  
**SECRETARIA**

  
Mg. Ana María Soto Rueda  
**VOCAL**

  
Mg. Yola Espinoza de Santiago  
**ACCESITARIA**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los 19 días del mes de Octubre del 2017 siendo las 11 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el aula sala prof.; los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2016", presentada por la Bachiller en Obstetricia **TORRES GAMARRA, Grassli**, para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

- |  |             |
|--|-------------|
| - Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita | Presidenta  |
| - Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz           | Secretaria  |
| - Mg. Ana María Soto Rueda             | Vocal       |
| - Mg. Yola Espinoza de Santiago        | Accesitaria |

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 ..... Papeleta (S) APROBADOS  
..... 1 ..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 18 y cualitativa de: Muy buena

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

  
Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita  
**PRESIDENTA**

  
Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz  
**SECRETARIA**

  
Mg. Ana María Soto Rueda  
**VOCAL**

  
Mg. Yola Espinoza de Santiago  
**ACCESITARIA**

