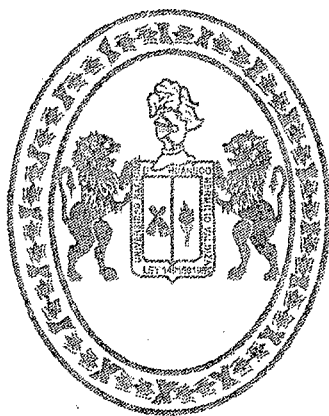


UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL
EN PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA.
IQUITOS - 2014**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

TESISTAS:

**PÉREZ LOYOLA, ROCÍO DEL PILAR
TORIBIO FAUSTINO, DANIEL**

**HUÁNUCO – PERÚ
2015**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL
EN PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA.**

IQUITOS - 2014

DEDICATORIA

A Dios

Por darnos la vida, sabiduría,
fortaleza, y sobre todo por ser
nuestro guía.

A nuestros padres, que gracias a su amor,
esfuerzo, apoyo incondicional y
motivación siempre nos han
proporcionado todo lo que han tenido a
su alcance para que cumplamos nuestros
objetivos.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Universidad Hermilio Valdizán – Huánuco, a la plana Docente de la Facultad de Obstetricia, al Hospital Iquitos César Garayar García y a la Asesora de la tesis, nuestro eterno agradecimiento.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer cervical de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.

Metodología: El estudio es de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, longitudinal de corte transversal y corresponde a un diseño analítico correlacional.

Muestra: estuvo constituido por 153 pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.

Técnica de recolección de datos: Las técnicas fueron la encuesta para el instrumento tipo cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para el recojo de los datos referenciales de la paciente, asimismo la encuesta del análisis documental para la ficha de recolección de datos de la historia clínica clínicas seleccionadas, ambas sirvieron como complemento una de la otra en el recojo de la información.

Resultados: De 153 pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, se encontró a 58 pacientes con resultado positivo de PAP y 95 pacientes con resultado negativo. Siendo la edad promedio de diagnóstico de ambos resultados 33 años. Resultados del PAP positivo para cáncer: el 56,9% tenían tres o más compañeros sexuales, el 31,4% iniciaron su primera relación sexual antes de los 18 años, el 26,8% de sus compañeros sexuales tenían ocupaciones elementales, el 20,3% de Enfermedades de Transmisión Sexual fueron PVH, 29,9% multíparas, el promedio de partos por vía vaginal 2,40; el 48,3 no usaron métodos anticonceptivos, el 48,3 % procedentes de Iquitos, el 29,9 % residen en la zona urbano marginal, el 17,6 % tienen como grado de instrucción primaria, el 29,4 % son amas de casa; 53,4 % son convivientes. Resultados del PAP negativo para cáncer: el 33,7% tenían tres o más compañeros sexuales, el 48,8% iniciaron su primera relación sexual antes de los 18 años, el 47,1% de sus compañeros sexuales tenían ocupaciones elementales, el 39,2% multíparas, el promedio de partos por vía vaginal 2,41; el 48,3 no usaron métodos anticonceptivos, el 42,1 % procedentes de Iquitos, el 5,2 % residen en la zona urbano marginal, el 18,3 % tienen como grado de instrucción primaria, el 49,7 % son amas de casa; 60 % son convivientes.

Conclusión: Con un valor de $p < 0.05$, concluimos que los factores asociados al cáncer cervical en la dimensión conducta sexual son: el número de compañeros sexuales, ocupación del compañero sexual y el PVH como enfermedad de transmisión sexual. En la dimensión socioeconómica fueron la zona de residencia y el grado de instrucción de las pacientes.

Palabras claves: *factores, riesgo, asociados, cáncer cervical, pacientes.*

ABSTRACT

Objective: Knowing the association that exists between the risk factors and the cervical cancer of the patients of the service of CaCu of the Hospital César Garayar Garcia. Iquitos.

Methodology: The study belongs to descriptive guy, observational, prospective, longitudinal cross-section and correlacional corresponds to an analytical design.

Show: César Garayar Garcia was composed of 153 patients of the service of CaCu.

The Collecting technique of data: Techniques were the opinion poll for the instrument guy questionnaire with open and closed questions for he I pick up of the referential data of the patient, in like manner the opinion poll of the documentary analysis for the collecting chip of data of the case history selected clinics, both served like complement one of the other.

Results: Of 153 patients attended in the service of CaCu of the Hospital Apoyo Iquitos César Garayar Garcia, found 58 patients with positive result of PAP and 95 patients with negative result. Being the mean age of diagnosis of both results 33 years. Results of the positive PAP for cancer: The 56.9 % had three or more sexual companions, the 31.4 % they initiated his first sexual intercourse before the 18 years, 26.8 % of his sexual companions had elementary occupations, 20.3 % of Enfermedades of Sexual Transmission they were PVH, 29.9 multiparous %, the average of childbirths for vaginal road 2.40; The 48.3 did not use contraceptive methods, the 48.3 % appropriate of Iquitos, the 29.9 % reside in the zone; 53.4 % are convivientes. Results of the negative PAP for cancer: The 33,7 % had three or more sexual companions, the 48.8 % they initiated his first sexual intercourse before the 18 years, 47.1 % of his sexual companions had elementary occupations, the 39.2 % multiparous, the average of childbirths for vaginal road 2.41; The 48.3 did not use contraceptive methods, the 42.1 % appropriate of Iquitos, the 5.2 % reside in the zone; 60

Conclusion: With a value of $p < 0,05$, we conclude that the factors correlated to the cervical cancer in dimension sexual conduct are: The number of sexual companions, occupation of the sexual companion and the PVH like sexually transmitted disease. In the socioeconomic dimension they were the zone of residence and the degree of instruction of the patients.

Passwords: *Factors, risk, associates, cervical cancer, patients.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I.....	17
MARCO TEÓRICO	17
1.1. Antecedentes.....	17
1.1.1. Internacionales.....	17
1.1.2. Nacionales	19
1.1.3. Locales.....	22
1.2. Investigación Bibliográfica	24
1.2.1. Cáncer Cervical.....	24
1.2.2. Factores de Riesgo del Cáncer Cervical.....	36
1.3. Definición de Términos Básicos	49
1.4. Hipótesis.....	50
1.5. Variables.....	52
1.5.1. Variable Independiente	52
1.5.2. Variable Dependiente.....	53
1.5.3. Indicadores	53
1.6. Operacionalización de variables.....	54
1.7. Objetivos.....	54
1.7.1. Objetivo general	54
1.7.2. Objetivos específicos	54

CAPITULO II.....	55
MARCO METODOLÓGICO.....	55
2.1. Ámbito de estudio.....	55
2.2. Tipo de Investigación.....	55
2.3. Diseño y Esquema de Investigación.....	56
2.4. Universo, Población y Muestra.....	56
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos.....	57
2.6. Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	59
CAPITULO III.....	61
RESULTADOS.....	61
DISCUSIÓN.....	97
CONCLUSIONES.....	105
SUGERENCIAS.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	110

INDICE DE TABLAS

Tabla 01. Edad del diagnóstico de cáncer de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.	61
Tabla 02. Resultado de PAP de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.	62
Tabla 03. Resultados de pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014 según la clasificación BETHESDA.	63
Tabla 04. Número de compañeros sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014. Según resultado de Papanicolaou.	64
Tabla 05. Medidas de tendencia central de la edad de Inicio de relaciones sexuales en pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.2014.	65
Tabla 06. Resultado de PAP según el factor de riesgo de la edad de inicio de relaciones sexuales de pacientes del servicio de CaCu del Hospital de Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.	66
Tabla 07. Resultados de PAP según ocupación del compañero sexual de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.2014.	67
Tabla 08. Presencia de enfermedades de transmisión sexual y resultados de PAP en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.	69
Tabla 09. Paridad de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	70
Tabla 10. Vías del parto de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García. 2014.	72

Tabla 11. Uso de MAC y resultado de PAP de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.2014.	75
Tabla 12. Resultados de PAP según procedencia de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.	76
Tabla 13. Resultados de PAP según zona de residencia de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	77
Tabla 14. Resultados de PAP según Grado de Instrucción de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	78
Tabla 15. Resultado de PAP según ocupación de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital de Iquitos “César Garayar García”. 2014.	80
Tabla 16. Resultado de PAP según hábitos nocivos de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	81
Tabla 17. Resultado de PAP según estado civil de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	82
Tabla 18. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con el número de compañeros sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	84
Tabla 19. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	85
Tabla 20. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con ocupación del compañero sexual de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	86
Tabla 21. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con ETS de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	87

Tabla 22. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con paridad de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	88
Tabla 23. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con número de partos vaginales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	89
Tabla 24. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible método de anticoncepción de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	90
Tabla 25. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con zona de residencia de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	91
Tabla 26. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con grado de instrucción de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	92
Tabla 27. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con ocupación de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	93
Tabla 28. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible hábitos nocivos de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	94
Tabla 29. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con estado civil de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.	95

INDICE DE GRÁFICOS

Figura 01. Edad de diagnóstico de cáncer.....	61
Figura 02. Resultado de PAP.....	62
Figura 03. Pacientes con resultado negativo y positivo según BETHESDA.....	63
Figura 04. Número de compañeros sexuales.....	65
Figura 05. Edad de Inicio de Relaciones Sexuales.....	66
Figura 07. Ocupación del compañero sexual.....	68
Figura 08. Enfermedades de transmisión sexual.....	70
Figura 09. Paridad: Número Total de Hijos.....	71
Figura 10. Número de partos vaginales.....	73
Figura 10. Número de partos por cesárea.....	73
Figura 11. Método de Planificación Familiar.....	75
Figura 12. Procedencia de las pacientes del servicio de CaCu.....	77
Figura 14. Grado de Instrucción.....	79
Figura 15. Ocupación.....	81
Figura 17. Estado Civil.....	83

ACRÒNIMOS

CACU	Cáncer de cuello uterino
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
INEN	<i>Instituto nacional de enfermedades neoplásicas</i>
MINSA	Ministerio de Salud
PAP	Papiloma Virus Humano
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
PCR	Proteína C Reactiva
ASCUS	Atipia células escamosas de significado indeterminado
ACO	Anticonceptivo Oral Combinado
IVL	Inspección Visual con solución yodada de lugol
INOR	Instituto de Oncología y Radiobiología
ADN	Ácido Desoxirribonucleico

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix constituye un problema importante de salud pública, siendo el segundo cáncer femenino más frecuente en la población mundial, sobre todo en países en vías de desarrollo. Cada año, aproximadamente 9 millones de personas en el mundo padecen cáncer y 5 millones mueren por su causa. Se estima que, actualmente existen unos 14 millones de personas enfermas con cáncer y las consecuencias económicas del mismo lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de Cáncer Cervicouterino, 231.000 mujeres mueren por la misma y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo. (1)

En países de América Latina y de la región del Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40%; y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa, las mayores incidencias se reportan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; Canadá y Puerto Rico reportan tasas inferiores. (2)

En el Perú; el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres, y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Lima después del cáncer de mama. Así; cada año 2,663 mujeres mueren por esta enfermedad en el Perú, especialmente en las zonas más alejadas y de menores recursos económicos. Los más de

5,400 nuevos casos que se presentan cada año en nuestro país, son producidos por el virus del Papiloma Humano (VPH) (Ministerio de Salud - MINSA, 2009). (3)

El mayor número de casos de cáncer procedieron del departamento de la Libertad con 75,0%, seguido de los departamentos de Ancash (8,5%) y Cajamarca (8,2%), Lambayeque (2,8%), Piura (2,0%) y Loreto (0,2%) (4).

Las limitaciones más saltantes se centran en el objetivo general de la presente investigación: conocer la asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer cervical de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital “César Garayar García”. Iquitos – 2014.

Los datos fueron obtenidos mediante la encuesta, con un instrumento tipo cuestionario de preguntas abiertas y cerradas para el recojo de los datos referenciales de la paciente; asimismo mediante la ficha de recolección se obtuvieron datos de las historias clínicas seleccionadas, ambas sirvieron como complemento una de la otra en el recojo de la información, los cuales fueron estructurados en base a tres dimensiones (conducta sexual, salud reproductiva, socioeconómica) de la variables en estudio; validadas su confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Crombrach y su contenido a través de un juicio de expertos. En este trabajo se presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se aborda el marco teórico con los antecedentes, la investigación bibliográfica, definición de términos, hipótesis, variables, operacionalización de variables y objetivos.

El capítulo II describe el ámbito de estudio, tipo de investigación, diseño y esquema de investigación, universo, población y muestra, técnicas e instrumentos de recopilación de datos, plan de tabulación y análisis de datos.

En el capítulo III presenta los resultados y discusión.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacionales

En Nicaragua se han realizado los siguientes estudios:

Según Ángela Vázquez Márquez; Julio César González Aguilera; Francisca de la Cruz Chávez; Ángel Miguel Almirall Chávez; Rubilselda Valdés Martínez. En la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología el tema "Factores de Riesgo del Cáncer de Cérvix Uterino" cuyo objetivo de investigación fue exponer los resultados de un estudio analítico de casos y controles de las 330 pacientes de los seis municipios de la región del Cauto que presentaron cáncer de cérvix uterino y que fueron atendidas en las consultas de Patología de Cuello y Oncología del Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, provincia Granma, en el cuatrienio 2003-2006. Material y métodos. Se realizó un estudio observacional de casos y controles, univariado y de regresión logística binaria. Resultados. Las gestaciones previas, sexarquia precoz, cervicitis, papiloma viral humano, tabaquismo, neoplasia intraepitelial cervical, sepsis

vaginal, leucoplasia y el desgarro cervical resultaron ser variables que influyeron de forma independiente y significativa en la aparición del cáncer de cérvix Conclusiones. La edad, la ectopia y el ectropión hipotéticamente influyentes, no mostraron asociación con la aparición del cáncer de cérvix. La tasa de incidencia en este estudio fue de $19,2 \times 10,000$ habitantes. (5)

Según Ángela Martínez Pinillo; Israel Díaz Ortega; Adriana Carr Pérez; Joel Alejandro Varona Sánchez; Julio Aurelio Borrego López; Ana Isabel de la Torre en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología en el tema "Análisis de los Principales Factores de Riesgo Relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino en Mujeres menores de 30 años" el objetivo de su investigación fue estudiar los principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervico uterino en las mujeres menores de 30 años, tratadas en el Instituto de Oncología y Radiobiología (INOR) durante un período de 11 años, así como evaluar los beneficios recibidos por estas con el o los tratamientos utilizados para su etapa clínica. Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 342 expedientes clínicos, correspondiente a mujeres jóvenes menores de 30 años diagnosticadas con cáncer cervico uterino (CCU) y atendidas en el INOR durante un período de 11 años. Se utilizó una hoja de Microsoft Excel para la recolección de la información y se aplicó el paquete estadístico SPSS 11.1. Resultados. Se

encontró que 4/5 pacientes del total de mujeres menores de 30 años se diagnosticaron entre los 25 y los 30 años, mientras 1/5 pacientes fue menor de 25 años. El carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente (80 %). Las pacientes recibieron como tratamiento: la cirugía (47,4 %), la radioterapia (42,1 %) y cirugía más radioterapia o viceversa. Los factores de riesgo que mostraron una mayor asociación con el CCU fueron la precocidad sexual y la presencia de HPV en el 27,5 %. El 34,5 % de las mujeres menores de 30 años afortunadamente eran portadoras de carcinoma in situ. Sin embargo, el 47 % de las pacientes incluidas en este análisis se detectaron con tumores localmente avanzadas (IIa, IIb y IIIb) Conclusiones. El carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente en las mujeres menores de 30 años diagnosticada con CCU (6).

1.1.2. Nacionales

En Perú se han realizado los siguientes estudios:

María Valderrama C; Francisco E. Campos; César P. Cárcamo; Patricia J. García en la publicación de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública con el tema “Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima” donde su objetivo fue determinar la prevalencia y

factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres estudiantes en educación superior de 18 a 26 años de Lima. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, durante los meses de agosto a diciembre del 2001. Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a quienes se tomó muestras para PAP y VPH. **Resultados:** La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p= 0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH. La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística. **Conclusiones:** Las lesiones cervicales o presencia del VPH son frecuentes en esta población de mujeres jóvenes. La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad se asociaron a las lesiones cervicales o presencia del VPH. (7)

José Carlos Cabrera Arenas en su investigación “Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011” con su objetivo Determinar la distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2006 – 2011. Materiales y métodos hace un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo el cual contó con 104 pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, y en el cual se analizaron los siguientes factores de riesgo: edad, antecedente de infección con VPH, menarquía, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, paridad, hábito de fumar y consumo de alcohol. 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 menarquía de inicio medio (63%); el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%); pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida es lo mayormente hallado en el presente estudio (94.4%), 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; se encontró un bajo porcentaje tanto del alcohol como del tabaco con un hallazgo de casi el 70% de mujeres con antecedente de haber cocinado o cocinar 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 del estudio no contaban con estudios de tamizaje primario, por lo que no se sabía si contaban con el antecedente de infección previa por el VPH, se puede concluir que los programas de tamizaje primario no son muy difundidos en la comunidad que abarca el Hospital Nacional Sergio Bernales, a pesar de su facilidad de uso. A la luz esto se propone mejores medidas educativas y sobre todo preventivas con el uso sistemático del tamizaje primario con técnicas tan simples como la IVAA e IVL, pero que arrojan rápidamente resultados confiables que pueden orientar un diagnóstico precoz y, así, evitar las funestas consecuencias de este extendido mal. (8)

1.1.3. Locales

En un estudio realizado por Magallanes et al titulado; “Factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología Cérvico uterina alterada. Hospital regional de Loreto 2009”. Se realizó una encuesta estandarizada en una muestra por conveniencia conformada por 182 usuarios. El tipo de muestreo fue por conveniencia. Los datos fueron procesados en SPSS

Versión 15.0. El objetivo fue determinar algunos factores de riesgos reproductivos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de Oncología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2009. Los resultados mostraron, el perfil del usuario del servicio de oncología: la media aritmética de la edad fue de 38.21 años 10.43 años, el 34.6% de la población tenía entre 35 y 44 años, el 26.9% correspondió a 25 a 34 años. El 63.7% residen en área urbana, el 36.8% residen en Punchana e Iquitos respectivamente. El 53.8% es de estado civil conviviente, el 62.1% posee instrucción secundaria. El 79.1% tuvo una menarquia entre los 12 y 15 años. La edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 11 años. Casi el 60% tenían 3 y más partos (multíparas). El 11.5% presenta antecedente de algún familiar con cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cérvix (81%), el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% ya tenían NIC I (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado - LEIB), el 8.8% presentan NIC II (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado - LEIA) y solo el 1.6% presentaron NIC III / Cáncer in Situ. Conclusión: El predominio de las mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad así como la alta incidencia de ASCUS y NIC I como citología anormal

encontrada con la más alta frecuencia asociadas al inicio de las relaciones sexuales precoces a los 17 años o menos con una elevada multiparidad (9).

En un estudio realizado por Nuñez titulado; “Tamizaje Cérvico uterino usando Papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la región Loreto 2010”. Analizó que de 2000 mujeres estudiadas 348 tuvieron algún tipo de normalidad de las células epiteliales. En 45 casos se encontró lesiones intra epiteliales de alto grado o carcinoma escamoso invasivo. Sin embargo a través del proyecto “Mujer salva tu Útero y tu Vida” se desentierra a éste enemigo de la salud pública, se desenmascara a un exterminador de nuestro más grandepreciado capital social regional como es la mujer loreтана amazónica, al demostrarse que el 17.4% de las mujeres han adquirido el PVH en algún momento de su vida, de ahí la importancia del proyecto que tiene un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, descubre los resultados de las verdaderas prácticas sociales, sexuales y reproductivas existentes en nuestra región (10).

1.2. Investigación Bibliográfica

1.2.1. Cáncer Cervical

El cáncer de cuello uterino es el cáncer que con mayor frecuencia afecta a las mujeres en el Perú y es el causante de la mayoría de muertes.

Este cáncer se ubica en la parte inferior de la matriz, llamada cuello uterino o cérvix.

El virus del papiloma humano (VPH) juega un papel importante en el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Este virus, se contagia principalmente por relaciones sexuales y no presenta ningún síntoma. Es decir se trata de un enemigo silencioso, del cual existen más de 100 variedades, asociándose al cáncer de cuello uterino las cepas 16, 18 y 22 y a verrugas en los genitales las cepas 5, 8, 6 y 11.

No todas las mujeres que se contagian con VPH desarrollan cáncer o verrugas pues la mayoría de veces el virus es combatido por el organismo y no causa ninguna molestia. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos persiste la infección, la cual puede llevar al cáncer o a las verrugas dependiendo del ser o tipo que se haya infectado. Los factores que favorecen la infección son: las múltiples parejas sexuales, las relaciones sexuales a temprana edad, las defensas disminuidas (inmunosuprimidos), el hábito de fumar, los múltiples partos, etc.

La transformación de las células normales del cuello uterino en células cancerígenas puede tomar varios años. Primero, esta se inicia con lesiones pre-malignas, es decir con la existencia de células deformadas que no son cáncer y se denominan displasias (leve, moderada y severa), NIC (I,

II y III) o lesiones intraepiteliales (bajo y alto grado), según la forma que precise el médico patólogo. De menor a mayor, estas lesiones pueden tardar un promedio de 15 años para transformarse en cáncer localizado (in situ), el cual se cura en un 100% de casos. Sin embargo, con el tiempo la enfermedad se convierte en un cáncer avanzado conforme se disemina a otros órganos vecinos como la vagina, la vejiga, el hueso, los ganglios o a órganos lejanos como el hígado, el pulmón, etc.

El cáncer de cuello uterino inicial no da síntomas pero es posible detectarlo en revisiones periódicas. Si se espera a que aparezcan los síntomas, el cáncer ya se encontrará en una etapa evolutiva avanzada. Es por ello que para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino es necesaria la revisión sistemática anual llamada Papanicolaou, que consiste en sacar células del cuello uterino y observarlas mediante el microscopio.

El examen complementario es la colposcopia que consiste en observar el cuello ampliando la imagen y ante la eventual existencia de lesiones se realiza una biopsia. (11)

Mongrut Steane, Andrés refiere que “el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocérvix, con el epitelio cilíndrico endocervical a nivel del orificio externo del cuello o en zona cercana si existe ectopia. Histológicamente el 95 % corresponde

a carcinoma epidermoide, o de células planas y el resto son adenocarcinomas que nacen de las glándulas endocervicales, raramente el sarcoma. La lesión puede ser exofítica de crecimiento hacia la vagina y endofítica de crecimiento hacia las partes altas”. El cáncer cérvicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones precancerosas, las células permanecen benignas (precancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer cérvicouterino no muestra síntomas, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo. La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria. De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención primaria interviene en el período preclínico y parte del período subclínico. Según Leavell y Clark las

estrategias a nivel de la prevención primaria se centran en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad. Las metas de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud. En el cáncer: Promoción de la salud y la reducción del riesgo. Estos esfuerzos de primera línea promueven los estilos de vida sanos de la población general y reducen la exposición a peligros ambientales, evitando por completo el cáncer. En el cáncer cérvicouterino: Mediante la prevención y control de la infección genital por Papiloma Virus Humano se podría lograr la prevención primaria del cáncer cérvicouterino. La prevención de la infección genital por Papiloma Virus Humano se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las Infecciones de Transmisión Sexual de significado en salud pública.

La prevención primaria del cáncer cervical, a través de la prevención de la infección con Papiloma Virus Humano sin duda contribuye a reducir la mortalidad por cáncer. Actualmente se conocen más de 70 tipos de Papiloma Virus Humano, mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las

infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital. La International Agency for Research on Cancer (IARC) de la OMS los clasifica como “carcinogénicos” (tipos 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33), y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11). Se ha encontrado una fuerte asociación entre infección anogenital por PVH y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cérvicouterino invasor. Desde el punto de vista genómico, el DNA del Papiloma Virus Humano se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos (E), y los tardíos (L). Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional, y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside viral. Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas. Estas, expresadas en todos los tumores, inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb, causando proliferación celular descontrolada. La infección por PVH clínica y subclínica es la Infecciones de Transmisión Sexual más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por Papiloma Virus Humano se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva”. (12)

Clasificación BETHESDA

- ASCUS: células atípicas escamosas de importancia indeterminada.
- ASC-H: células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado.
- Lesión intraepitelial de bajo grado: es el equivalente de displasia leve o NIC 1, debe ser vigilada no hay tratamiento estándar.
- Lesión intraepitelial de alto grado: es el equivalente de displasia moderada y severa o de NIC-2, NIC-3 o cáncer in situ, requiere tratamiento.

Estadíaje:

0: cáncer in situ, no hay rotura de membrana basal.

I: Hay rotura de membrana basal.

Ia1: Invasión menor de 5 mms.

Ia2: Invasión hasta 5 mms de profundidad y 7 mms en extensión.

II: Cáncer sale del cuello uterino

IIA: Compromete solo 2/3 superior de la vagina.

IIB: Sale de vagina y compromete parametrios

III: Mayor infiltración

IIIA: Compromete 1/3 inferior de vagina

IIIB: Extensión a hueso pélvico o hidronefrosis o extensión a ganglios retroperitoneales. (13)

Cuadro clínico

Va a depender del grado de severidad, hasta el estadio I, generalmente es asintomático: en estadios mayores van a haber sangrado post coital, Ginecorragia, flujo vaginal mal oliente, hematuria, rectorragia, anemia, baja de peso, oliguria, anuria, etc. (13)

Fisiopatología

Cuando se desarrollaron los primeros programas para prevenir o controlar el cáncer de cuello uterino, se suponía que este se desarrollaba a partir de lesiones precancerosas (conocidas como displasias), que progresaban gradualmente de leve a moderado y severo, para luego convertirse en cáncer in situ y este en cáncer invasivo. Actualmente esta apreciación ha cambiado y parece ser que el precursor directo del cáncer es una lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada y severa), que puede convertirse en cáncer en el transcurso de más o menos 10 años y la mayoría de lesiones intraepiteliales de bajo grado (displasia leve) desaparecen sin tratamiento o no evolucionan. Estos cambios ocurren inicialmente en la zona de transformación de epitelios.

- **Displasia leve:** aumento de celularidad de epitelio, fundamentalmente en la capa basal, mayor número de mitosis y entre ellos algunas divisiones celulares patológicas.

- Displasia moderada: aumento de celularidad que casi llega a alcanzar las capas superficiales, mayor número de mitosis, algunas divisiones celulares patológicas.
- Displasia severa: proliferación celular, células muy apretadas, abundante mitosis y la discariosis afecta a todas las capas. (13)

Exámenes Auxiliares

- PAP
- IVAA
- Colposcopia
- Biopsia cervical
- Curetaje endocervical (13)

Diagnóstico diferencial

Se debe tener en cuenta los siguientes trastornos: ectropión, cervicitis crónica, úlcera luética, pólipos endocervicales, miomas cervicales, herpes genital, etc. (13)

Tratamiento

NIC 1: No hay tratamiento estándar

Expectante por 2 años (80 a 90%) se resuelven espontáneamente.

Cauterización, crioterapia. Escisión de asa, etc.

NIC 2: Crioaglutinación, escisión de asa, conización.

NIC 3: Conización o histerectomía simple

Cáncer: dependerá del estadio, edad, deseo de embarazo y condición médica.

Estadios:

0, IA1: Conización o histerectomía simple ampliada a vagina o radioterapia.

Ia2: Histerectomía radical y/o radioterapia.

Ib: Histerectomía radical y/o radioterapia

IIa: Histerectomía radical y/o radioterapia

Estadios más avanzados (IIb, III, IV): radioterapia. (13)

Prevención

Para prevenir el cáncer de cuello uterino le recomendamos:

- Acuda a realizarse el Papanicolaou periódicamente.
- Retrase el inicio de las relaciones sexuales.
- Procure tener la menor cantidad de compañeros/as sexuales posible.
- Utilice el preservativo (condón) y practique el sexo seguro.
- Evite el cigarrillo.
- Vacúnese contra la infección por VPH.

La vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) debe colocarse antes del inicio de las relaciones sexuales, aunque también puede

colocarse a mujeres con actividad sexual. El tiempo de duración - todavía en discusión - se ha estimado entre los 5 y 8 años.

En el Perú existen dos tipos de vacunas: el gardasil, que protege contra las cepas 18 y 22 responsables en un 70% de casos del cáncer de cuello de útero y contra las cepas 6 y 11 responsables de la generación de verrugas; y el cervarix, que protege contra las cepas 16, 18, 31 y 35 cubriendo el 80% de casos de cáncer de cuello uterino. (11)

Tamizaje de Papanicolaou:

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología exfoliativa o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cérvicouterino.

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello que son precursores del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces. El cáncer cervico uterino es una enfermedad que es 90% prevenible, si la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente. Esta prueba deben realizársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual una vez al año durante dos o tres años consecutivos, y si los resultados son negativos se repetirá cada tres a cinco años en caso de no haber factores de riesgo y hasta los 65 años.

Si existen factores de riesgo para cáncer de cuello de útero (Factores hereditarios, edad, inicio a temprana edad de relaciones sexuales, infección por VHP o historia personal de ETS, tabaquismo, multiparidad, inmunodepresión o toma de anticonceptivos orales) el seguimiento tendrá que ser anual. Realización de la Prueba de Papanicolaou: se refiere a que si la usuaria se ha realizado alguna vez la Prueba de Papanicolaou.

Conocimiento del propósito de la Prueba de Papanicolaou: se refiere a que si la participante del Proyecto conoce, que el propósito de realizarse el tamizaje es detectar el Cáncer Cérvicouterino.

Primer tamizaje de Papanicolaou: se refiere a la edad en que la participante del Proyecto se realizó su primer tamizaje de Papanicolaou. También, al momento en que se la tomó, podría ser después de iniciar su vida sexual, durante un embarazo o en otro momento.

- **Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou:** se refiere al tiempo que transcurre entre una y otra Prueba de Papanicolaou.
- **Última Prueba de Papanicolaou:** se refiere al tiempo que ha transcurrido desde su última Prueba de Papanicolaou.
- **Cantidad de Pruebas de Papanicolaou:** se refiere a la cantidad de tamizaje de Papanicolaou. Esto dependerá, del momento en el que la usuaria se realizó su primer tamizaje de Papanicolaou.

- **Conocimiento del resultado de su última Prueba de Papanicolaou:** se refiere a que si la usuaria del Centro de Salud conoce su último resultado de la Prueba de Papanicolaou, y si no lo conoce averiguar el motivo (11).

1.2.2. Factores de Riesgo del Cáncer Cervical

El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas.

Hasta hace algunos años había muy pocos estudios de prevalencia y, menos aún, de la incidencia de esta infección en poblaciones definidas. La infección con VPH se asociaba principalmente con verrugas vulgares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de

biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina.

La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático.

A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68, 27, 28 frente al 5-10% de los especímenes de mujeres control (14). En Colombia la prevalencia de VPH en mujeres sin lesiones malignas ni pre malignas es del 14,8%; el 9% de las mujeres tiene tipos de alto riesgo. Aunque esta cifra es alta, no lo es tanto como en Brasil, donde alcanza el 27%.

El ADN del VPH también está presente en las lesiones intraepiteliales; si estas contienen el ADN de oncogenes de alto riesgo son más propensas a progresar a las lesiones avanzadas. Consideran que las

mujeres con tipos de alto riesgo tienen hasta 37 veces más de posibilidades de presentar una citología anormal.

Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la relación entre la infección por VPH, con o sin cofactores, y el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a pesar que la mayoría de las infecciones cervicales son autolimitadas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus. La integración normalmente ocurre entre el E1/E2, produciendo una alteración de la integridad y la expresión génica. Estos fragmentos codifican proteínas de unión al ADN que regulan la transcripción y la replicación viral. En los serotipos de VPH 16 y 18, la proteína E2 reprime el promotor a través del cual se transcriben los genes E6 y E7. A causa de la integración los genes E6 y E7 se expresan en el cáncer positivo para VPH. Parece que los únicos factores virales necesarios para la inmortalidad de las células epiteliales genitales humanas son los E6 y E7. Además, estas dos oncoproteínas forman complejos con otras proteínas reguladoras de las células (la P53 y pRb) que producen degradación rápida de la P53 e impiden, por tanto, su función normal en respuesta al daño del ADN inducido por otros factores. Normalmente niveles elevados de P53 pueden producir la detención del crecimiento celular, permitiendo la reparación del ADN o la apoptosis.

Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neo infección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección.

Los dos mayores tipos histológicos de cáncer cervical, adenocarcinoma y carcinoma de células escamosas, y las lesiones precancerosas comparten muchos de los mismos factores de riesgo. La mayoría de estos están asociados con un riesgo aumentado de adquirir o tener una infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), el agente etiológico de la mayoría de los cánceres cervicales, debido a una respuesta inmune comprometida (15). Los más importantes son:

A. Factor de riesgo: Conducta sexual

- **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 permanentes u ocasionales (16).

La mayoría de los estudios basados en la identificación de VPH según PCR han sugerido que el número de parejas sexuales representa un factor de riesgo determinante para la infección por VPH. El individuo promiscuo está más expuesto a adquirir ITS las que a su vez juegan un papel importante en la transformación neoplásica cervical. Comparado con una pareja sexual, el riesgo aumenta a 2 veces para dos parejas y 3 veces para 6 o más parejas. (15)

- **Inicio de las relaciones sexuales:** 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.

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 (16).

El inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas aumenta el riesgo de cáncer invasor de cuello uterino, considerándose factor determinante de las elevadas tasas de incidencia de éste. Comparado con la primera relación a los 21 años o más, el riesgo es de 1.5 veces mayor para 18 a 20 años y 2 veces para menores de 18 años. La relación entre la edad temprana del primer coito y la neoplasia cérvicouterino puede

explicarse porque durante la adolescencia no se ha verificado la completa estratificación del epitelio escamoso. Por otra parte, al epitelio aún no maduro probablemente se suma la acción de toxas carcinogénicas como el esmegma o algunas proteínas nucleares del esperma.

Recientemente se ha indicado que la proliferación rápida de las células infectadas por VPH, en este periodo de gran actividad regenerativa, produce la expansión lateral de las células portadoras del genoma vírico (15).

- **Ocupación del compañero sexual:** existen otros elementos de riesgo para el cáncer cervical considerados por los científicos como los es la ocupación del compañero sexual (17).
- **Enfermedades de transmisión sexual:** 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 simplex*. 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.

Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (16).

El papiloma virus es primordial para el desarrollo de neoplasia cervical y puede ser detectado hasta en 99.7% de los cánceres cervicales.

Se ha estimado que del 75 a 80 por ciento de las mujeres sexualmente activas adquirirán la infección antes de los 50 años^{3, 4}, por lo que ésta es extremadamente común, pero resulta en neoplasia en sólo una pequeña proporción de mujeres infectadas. Además, se ha visto que la asociación de VPH con otros agentes infecciosos tiene importancia en la etiología del cáncer; la presencia de herpes virus, *Chlamydia trachomatis*, *trichomonas vaginalis*, etc. podrían producir algunas alteraciones citomorfológicas parecidas a los cambios que se usan como criterios en el diagnóstico de infección por VPH cervical. Los

cuatro pasos principales para el desarrollo del cáncer cervical por la infección con este virus son: Infección oncogénica por VPH del epitelio metaplásico en la zona de transición, persistencia de la infección, progresión de un clon de células epiteliales de la infección persistente hasta precáncer y desarrollo del carcinoma e invasión a través de la membrana basal (15).

B. Factores de riesgo: Salud Reproductiva

- **Paridad:** 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 (16).
- **Edad del primer parto:** Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino (16).

Una edad menor de 20 años para el primer nacimiento y una paridad mayor o igual de tres partos a término también están asociadas con un riesgo aumentado de desarrollo de cáncer cervical, debido en parte a la mayor exposición al VPH por una mayor cantidad de relaciones sexuales desde temprana edad. Además, las heridas e infecciones del cuello uterino, que pueden ocurrir durante el parto, alteran los límites normales entre los dos epitelios en la zona de transición que es la zona de origen del cáncer, y el número de embarazos llegados a término, debido a cierto grado de inmunodepresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general (15).

- **Vías del parto:** Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido (16).
- **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 (14).

Hay reportes que los anticonceptivos orales se han asociado con un riesgo incrementado cáncer cervical. Un análisis colaborativo de datos provenientes de 24 estudios epidemiológicos se encontró que entre los usuarios comunes de ACO en riesgo de desarrollar cáncer cervical invasivo aumenta con el tiempo de uso (uso mayor de 5 años vs no uso: RR 1.92, 95%, IC 1.69 – 2.13). Este riesgo disminuye luego del cese del uso y retorna a niveles como si nunca se hubiesen usado luego de 10 años 12. En el mismo estudio se estimó que el uso por 10 años de ACO desde las edades entre 20 y 30 años aumentan la incidencia acumulativa de cáncer cervical invasivo a los 50 años de 7.3 a 8.3 por mil en países en desarrollo y de 3.8 a 4.5 por mil en países desarrollados. Mientras algunos estudios encuentran una asociación más fuerte del adenocarcinoma con el uso de ACO que el carcinoma de células escamosas, otros encuentran un riesgo incrementado similar^{13, 14}. La interacción entre anticonceptivos orales y carcinoma cervical ha sido ampliamente

estudiada, bien sea desde el punto de vista biológico como clínico. En efecto, el tejido cervical posee receptores hormonales y la administración de asociaciones de estrógenos-progestágenos puede determinar alteraciones de tipo histológico. Varios estudios sugieren que existen evidencias de que la infección por el VPH, especialmente el tipo 16, el productor de los condilomas acuminados, puede ser influenciada por factores hormonales, algunos reportes sugieren que durante el embarazo, cuando los niveles de estrógenos y progestágenos son altos, éstos se incrementan en algunas mujeres (15).

- **Nivel Académico:** A menor nivel académico (menos de 9º grado) acude hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado (18)
- **Ocupación:** Se encontraron resultados similares donde la ocupación oficios del hogar predominó en un 85,1 % (19)

- **Hábitos nocivos:** Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras 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. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino (16).

El alcohol aumenta el riesgo de cáncer de cérvix dañando el sistema inmune y dejando al cuerpo más vulnerable a

cualquier infección. Como regla general, las mujeres no deberían ingerir más de dos a tres unidades de alcohol por día (considerando que una copa regular de vino de 175ml contiene alrededor de 2 unidades de alcohol). En un estudio realizado en Suecia en la década de los 90 se encontró que en mujeres alcohólicas el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino in situ fue de 1.7 veces y el riesgo de padecer de carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 2.8 veces. Aunque este estudio fue realizado en pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de alcoholismo, sugiere una importante relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el cáncer cervical ya sea por su implicancia socioeconómica o fisiopatológicamente (15).

- **Estado Civil:** Con respecto al estado civil, se aprecia que el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, seguidas de las convivientes con 30.95% y las solteras con 19.04% en una investigación realizada (18).

1.3. Definición de Términos Básicos

- **Cáncer cervical:** Neoplasia maligna más frecuente del aparato genital femenino, principal causa de muerte por problemas de cáncer en las mujeres

de nuestro medio, en el mundo fallecen cerca de 300, 000 mujeres por año, sobre todo en Latinoamérica, Asia y el África.

- **Factor de riesgo:** Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.
- **Pacientes hospitalarios:** Sujeto que recibe los servicios de un personal de salud.
- **Servicio de CaCu:** Servicio que brinda a los pacientes exámenes de Papanicolaou, IVAA. Con la finalidad de prevenir y detectar a tiempo el cáncer de cérvix.

1.4. Hipótesis

Hipótesis general

- **Hi:** El cáncer cervical es dependiente de los factores de riesgo en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos-2014.

Hipótesis específicas

- **H₀₁:** No existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical.
- **H₁₁:** Existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical.
- **H₀₂:** No existe asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el cáncer cervical.

- **H_{i2}**: Existe asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el cáncer cervical.
- **H_{o3}**: No existe asociación entre la ocupación del compañero sexual y el cáncer cervical.
- **H_{i3}**: Existe asociación entre la ocupación del compañero sexual y el cáncer cervical.
- **H_{o4}**: No existe asociación entre la Enfermedad de Transmisión Sexual por PVH y el cáncer cervical.
- **H_{i4}**: Existe asociación entre la infección de transmisión sexual por PVH y el cáncer cervical.
- **H_{o5}**: No existe asociación entre la paridad y el cáncer cervical.
- **H_{i5}**: Existe asociación entre la paridad y el cáncer cervical.
- **H_{o6}**: No existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.
- **H_{i6}**: Existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.
- **H_{o7}**: No existe asociación entre el número de partos vaginales y el cáncer cervical.
- **H_{i7}**: Existe asociación entre el número de partos vaginales y el cáncer cervical.

- **H₀8:** No existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.
- **H₁8:** Existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.
- **H₀9:** No existe asociación entre la zona de residencia y el cáncer cervical.
- **H₁9:** Existe asociación entre la zona de residencia y el cáncer cervical.
- **H₀10:** No existe asociación entre el grado de instrucción y el cáncer cervical.
- **H₁10:** Existe asociación entre el grado de instrucción y el cáncer cervical.
- **H₀11:** No existe asociación entre la ocupación de la paciente y el cáncer cervical.
- **H₁11:** Existe asociación entre la ocupación de la paciente y el cáncer cervical.
- **H₀12:** No existe asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical.
- **H₁12:** Existe asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical.
- **H₀13:** No existe asociación entre el estado civil y el cáncer cervical.
- **H₁13:** Existe asociación entre el estado civil y el cáncer cervical.

1.5. Variables

1.5.1. Variable Independiente

Factores de riesgo

1.5.2. Variable Dependiente

Cáncer cervical

1.5.3. Indicadores

- Numero de Compañeros Sexuales
- Edad del primer coito
- Ocupación
- Diagnóstico
- Fórmula Obstétrica
- Edad del primer parto
- Vías del parto
- Carnet de PPF
- Lugar de nacimiento.
- Domicilio
- Año de estudios alcanzado
- Ocupación
- Consumo de tabaco
- Documento de identidad
- Edad
- Fecha de diagnóstico
- Tamizaje de PAP

1.6. Operacionalización de variables (Ver Anexo N°1 y 2)

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Conocer la asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer cervical de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de la conducta sexual de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.
- Identificar los factores de la salud reproductiva de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.
- Identificar los factores socioeconómicos culturales de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.
- Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo de las pacientes del servicio de CaCu y el cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.
- Registrar los datos de la enfermedad al momento del diagnóstico de cáncer en el Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. **Ámbito de estudio**

El proyecto se realizó en el Hospital Iquitos César Garayar García, en el distrito de Iquitos, provincia de Maynas y departamento Loreto; el estudio se realizó en el servicio de Prevención y Detección de Cáncer Ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” del departamento de Loreto-Perú.

2.2. **Tipo de Investigación**

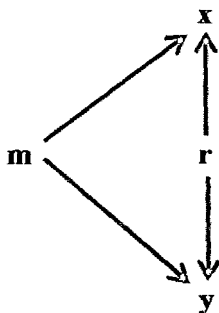
El tipo de estudio en la presente investigación se determinó por sus características de exhaustivo y excluyente y el nivel de estudio por la definición de su línea de investigación en salud es un estudio relacional.

- *Descriptiva*: porque describe fenómenos sociales y clínicos en un circunstancia temporal y geográfica determinada.
- *Observacional*: porque no se manipulan las variables.
- *Prospectivo*: porque los datos se recogen a propósito de la investigación.
- *Longitudinal con un corte transversal en el tiempo*.

2.3. Diseño y Esquema de Investigación

El diseño de investigación se desarrolló es diseño analítico correlacional.

Diagrama:



Donde:

m = Muestra: Pacientes con resultado de Papanicolaou del servicio de CaCu

x = Factores de riesgo

r = Relación entre los factores de riesgo y el cáncer de cérvix

y = Cáncer cervical

2.4. Universo, Población y Muestra

Nuestro universo estuvo conformado por todas las pacientes atendidas en el periodo del año 2014 en el servicio de prevención y detección de cáncer ginecológico.

Población

Se tomó como población diana de estudio a todas las pacientes del programa de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García. Iquitos - 2014.

Muestra

El tamaño de la muestra elegible fue 153 pacientes del servicio de CaCu.

El cálculo de la muestra fue no probabilística por conveniencia y para su selección se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con resultado positivo de Cáncer cervical
- Pacientes con resultado negativo de Cáncer cervical (sanas)

Criterios de exclusión:

- Trabajadoras sexuales

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos

Las técnicas fueron la encuesta para el instrumento tipo cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para el recojo de los datos referenciales de la paciente, asimismo la encuesta del análisis documental para la ficha de recolección de datos de la historia clínica seleccionada, ambas sirvieron como complemento una de la otra en el recojo de la información.

El estudio se inició con la construcción de instrumentos de recolección de información para lo cual se convocó a un equipo formado por cuatro expertos en investigación y en gineco obstetricia, para aplicar la técnica Delphi en la valoración del contenido y constructo del instrumento.

El contenido del instrumento ha sido validado por el juicio de 4 expertos:

Expertos	Calificación Cuantitativa	Calificación Cualitativa
Dra. Isabel Prado Juscamaita	16	Bueno
Mg. Melgarejo Figueroa, Maria del Pilar	17	Bueno
Obst. César López Godoy	16	Bueno
Med. G.O. José Gutarra Vara.	20	Bueno
Total	17	Bueno

Para la validez de la consistencia interna se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach el mismo que mostró la confiabilidad moderada del instrumento con un valor de 0,69.

Escala de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de Elementos
0,650	16

Criterio de Confiabilidad	Valores
No es confiable	16
Baja confiabilidad	-1 a 0
Moderada confiabilidad	0,01 a 0,49
Fuerte confiabilidad	0,5 a 0,75
Alta confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

2.6. Plan de Tabulación y Análisis de Datos

Una vez reajustados y validados los instrumentos se procedió a su aplicación. Seguidamente se utilizaron para consolidar la información por cada ítem en una matriz de datos en Excel y finalmente se exportó al programa de SPSS versión 20 donde se procesaron para la presentación de los resultados en tablas y gráficos estadísticas que muestran el número, la frecuencia y los porcentajes.

Para los efectos de realizar la comprobación de la hipótesis se compararon los datos de pacientes con su resultado negativo y positivo de PAP para CaCu en una tabla de contingencia de 2x2 y se utilizó el estadístico de Chi cuadrado de independencia y Correlación de Spearman.

Chi cuadrado de independencia:

$$\chi_{calc}^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde:

χ^2 = Chi cuadrado

Σ = Representa la suma

f_o = Valores observados

f_e = Valores esperados

Correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde:

r_s = Coeficiente de correlación por rangos de Spearman

d = diferencia entre los rangos (X menos Y)

n = Número de datos

INTERPRETACIÓN DEL VALOR DE "Rho"	
Muy baja correlación	0,00 a 0,19
Baja correlación	0,20 a 0,39
Moderada correlación	0,40 a 0,59
Buena correlación	0,60 a 0,79
Muy buena correlación	0,80 a 1,00

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: CÁNCER CERVICAL

Tabla 01. Edad del diagnóstico de cáncer de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.

Edad del diagnóstico del PAP*	
Media	33,29
Mediana	30,00
Moda	22
Mínimo	18
Máximo	77

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

**PAP: Papanicolaou*

Interpretación: En la presente tabla se observan las medidas de tendencia central de las edades del diagnóstico de PAP de 153 entre resultados positivos y negativos de pacientes del Servicio de CaCu, de los cuales el valor de la media que se obtiene sumando los números de parto y dividiéndolos por el número total de pacientes es de 33,29; la mediana es 30,00; y el valor que aparece con mayor frecuencia es 22.

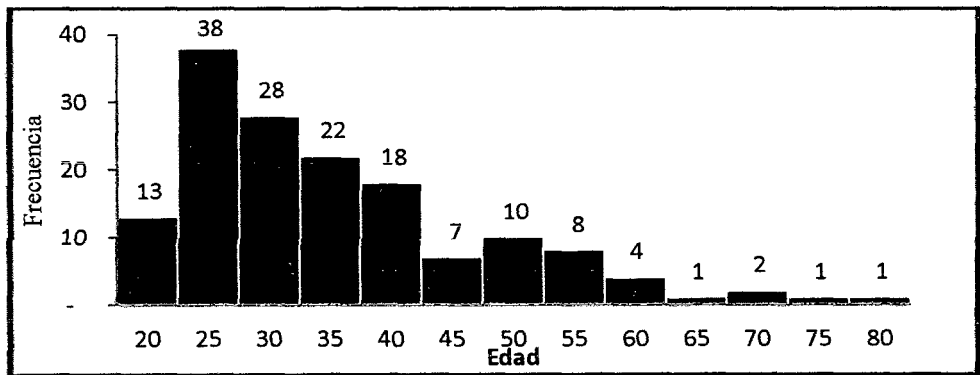


Figura 01. Edad de diagnóstico de cáncer

Tabla 02. Resultado de PAP de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.

Resultado del PAP*	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Negativo	95	62,1
Positivo	58	37,9
Total	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

**PAP: Papanicolaou*

Interpretación: En la presente tabla se observa los resultados de PAP de 153 pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, de las cuales el 62,1 % tienen resultado negativo y el 37,9% resultado positivo.

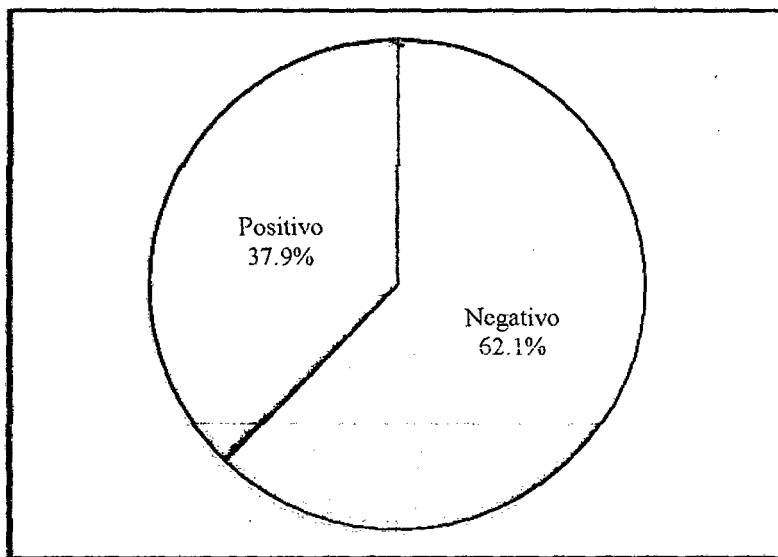


Figura 02. Resultado de PAP

Tabla 03. Resultados de pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014 según la clasificación BETHESDA.

Resultados según la clasificación BETHESDA	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
ASCUS*	4	2,6
Lesión intraepitelial de bajo grado	46	30,1
Lesión intraepitelial de alto grado	8	5,2
Ninguno (resultados negativos)	95	62,1
Total	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

*ASCUS: Atipia de células escamosas de significado indeterminado.

Interpretación: En la presente tabla se observa de un lado, la frecuencia de pacientes con resultado positivo según los estadios del cáncer de acuerdo a la clasificación BETHESDA, de las cuales el 30,1 % presentan Lesión intraepitelial de bajo grado; el 5,2 % lesión intraepitelial de alto grado y el 2,6 % presentan ASCUS. De otro lado se observan a un 62,1 % de pacientes con resultado negativo para CaCu.

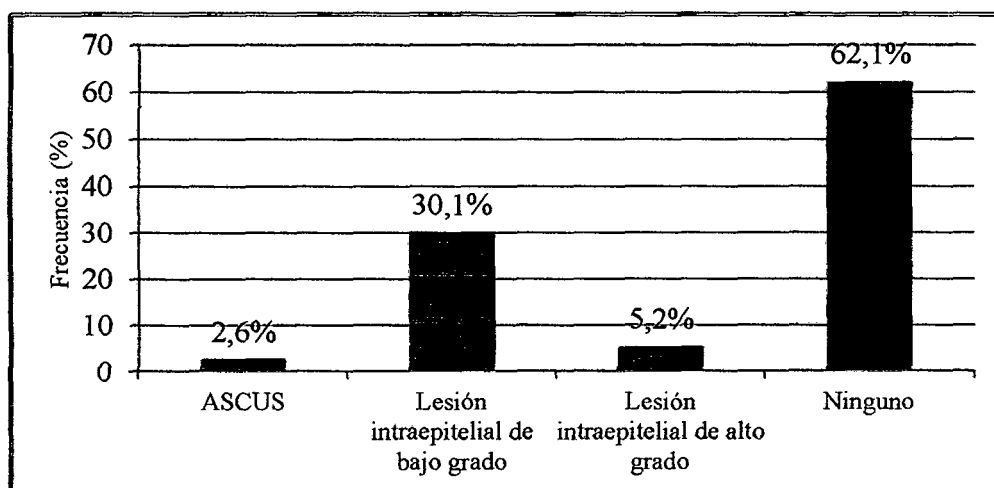


Figura 03. Pacientes con resultado negativo y positivo según BETHESDA.

3.2. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL

3.2.1. Factor de Riesgo: Conducta Sexual

Tabla 04. Número de compañeros sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014. Según resultado de Papanicolaou.

Número de Compañeros Sexuales	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Uno	17	17,9%	9	15,5%	26	17,0%
Dos	46	48,4%	16	27,6%	62	40,5%
Tres o más	32	33,7%	33	56,9%	65	42,5%
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa el número de compañeros sexuales de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en que el 33,7 % de las pacientes con resultado negativo han tenido tres o más compañeros sexuales, mientras que un 56,9 % de pacientes con resultado positivo tuvieron tres o más compañeros sexuales, lo que nos indica que a mayor número de compañeros sexuales podría asociarse al cáncer cervical.

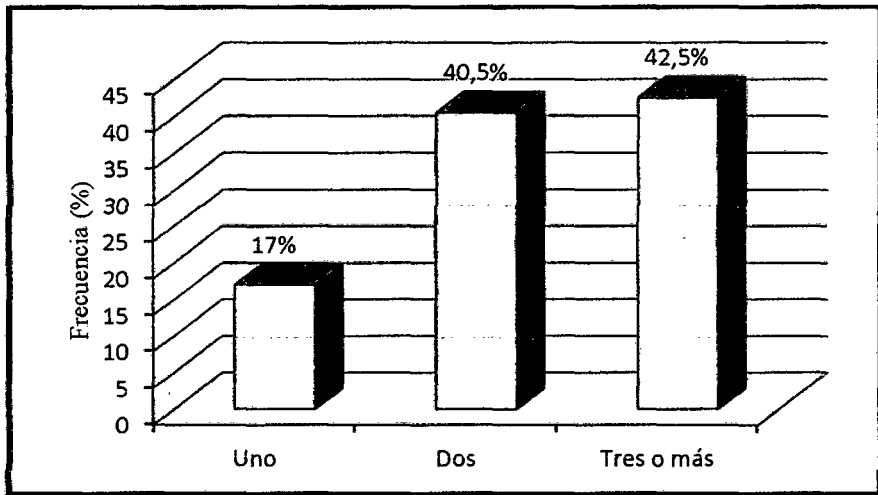


Figura 04. Número de compañeros sexuales

Tabla 05. Medidas de tendencia central de la edad de Inicio de relaciones sexuales en pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.2014.

Edad de Inicio de Relaciones Sexuales	
Media	16,96
Mediana	17,00
Moda	15
Mínimo	10
Máximo	29

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: La edad de inicio de relaciones sexuales promedio de las pacientes registradas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” es de 18 años; la edad representativa en una posición central es de 17 años y la edad que más se repite entre ellas es 15 años.

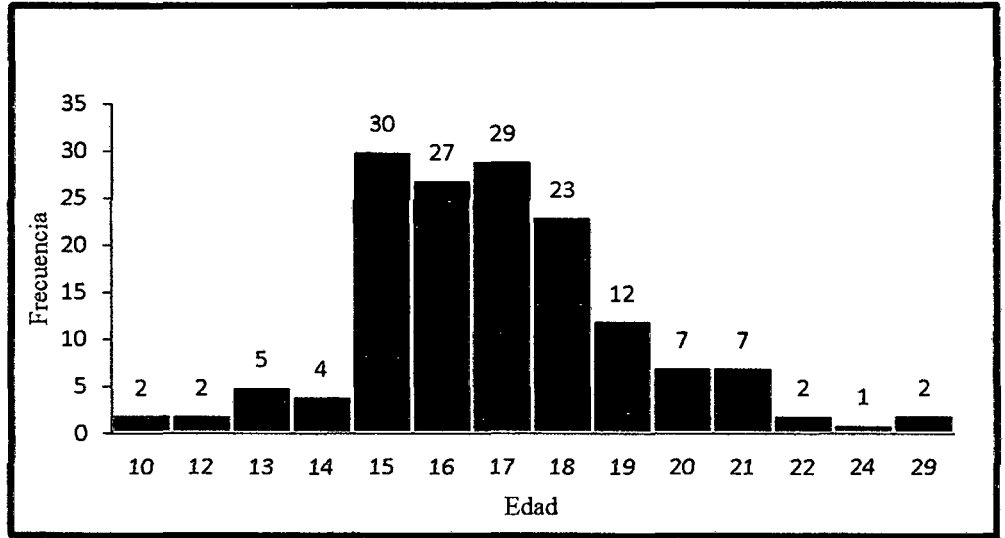


Figura 05. Edad de Inicio de Relaciones Sexuales

Tabla 06. Resultado de PAP según el factor de riesgo de la edad de inicio de relaciones sexuales de pacientes del servicio de CaCu del Hospital de Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.

Factor de riesgo de la edad de inicio de relaciones sexuales	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Positivo		Negativo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 18 años (2 veces)	48	82,8	74	77,9	122	79,7
18 a 20 (1,5 veces)	9	15,5	20	21,1	29	19,0
> 20 años (< 1,5 veces)	1	1,7	1	1,1	2	1,3
Total	58	100,0	95	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa el factor de riesgo de la edad de inicio de relaciones sexuales de las 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se observa en el 82,8 % de las pacientes con resultado positivo frente a un 77,9% de pacientes con resultado negativo que iniciaron su primera relación antes de los 18 años, mostrando 2 veces más el riesgo para Cáncer cervical. También se observa un 15,5% de pacientes con resultado positivo frente a 21,1% las pacientes con resultado negativo que iniciaron su primera relación sexual de 18 a 20 años, mostrando 1,5 veces más el riesgo para Cáncer cervical.

Tabla 07. Resultados de PAP según ocupación del compañero sexual de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.2014.

Ocupación del compañero sexual	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Positivo		Negativo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Profesionales científicos e intelectuales	5	8,6%	10	10,5%	15	9,8
Ocupaciones elementales	41	70,7%	72	75,8	113	73,9
Militares	9	15,5%	11	11,6	20	13,1
Otros	3	5,2	2	2,1	5	3,3
Total	58	100,0	95	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la ocupación del compañeros sexuales de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en el 70,7 % de las pacientes con resultado negativo sus compañeros sexuales tienen ocupaciones elementales frente a un 75,8% para las pacientes con resultado positivo; otro resultado significativo es que del total de pacientes con resultado positivo sus parejas son en 15,5% militares frente a un 11,6% para las pacientes con resultado negativo ,esto presume que la ocupación militar podría ser un factor asociado al cáncer cervical.

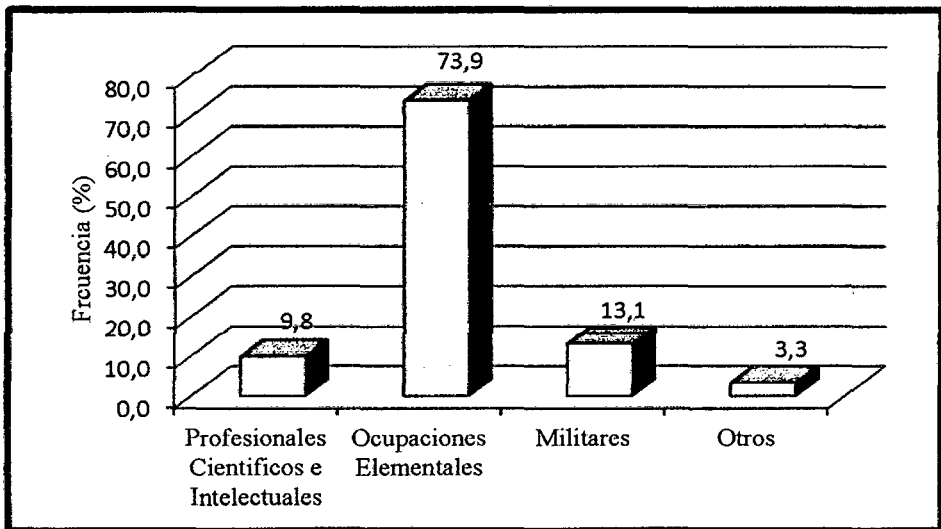


Figura 07. Ocupación del compañero sexual

Tabla 08. Presencia de enfermedades de transmisión sexual y resultados de PAP en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.

Enfermedades de Transmisión Sexual	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PVH*	0	0,0	31	53,4	31	20,3
Candidiasis	8	8,4	3	5,2	11	7,2
Síndrome de flujo vaginal	3	3,2	5	8,6	8	5,2
Condilomatosis	1	1,1	2	3,4	3	2,0
Trichomoniasis	0	0,0	3	5,2	3	2,0
Cocobacilos	0	0,0	1	1,7	1	0,7
Ninguno	83	87,4	13	22,4	96	62,7
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

*PVH: Papiloma Virus Humano

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de ETS y los resultados de PAP positivo (58) y negativo (95) de 153 pacientes del Servicio de CaCu, de los cuales el resultado más relevante se centra en que NO presentaron ninguna ETS un 87,4 % de pacientes con resultado negativo frente a un 22,4 % de pacientes con resultado positivo, este último resultado presume que un 78,6 % de pacientes con resultado positivo SI tuvieron al menos una ETS; de las cuales el 53,4 % corresponden al PVH.

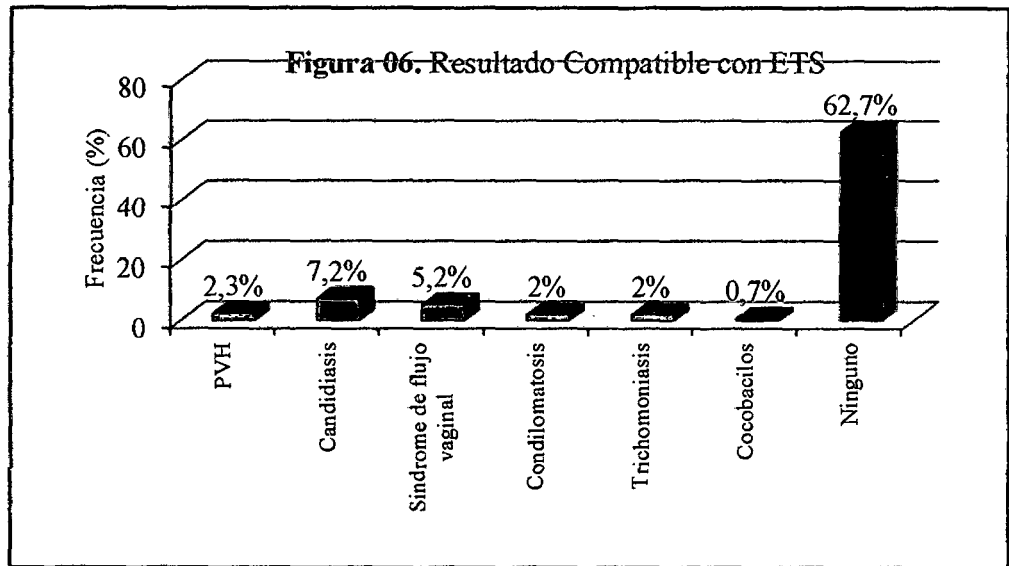


Figura 08. Enfermedades de transmisión sexual

3.2.2. Factor de Riesgo: Salud Reproductiva

Tabla 09. Paridad de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García". 2014.

Gestaciones: Número Total	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Positivo		Negativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nulípara	9	15,5	15	15,8	24	15,7
Primípara	14	24,1	20	21,1	34	22,2
Multipara	35	60,3	60	63,2	95	62,1
Total	58	100,0	95	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la paridad de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultado de Papanicolaou positivo (58) y negativo (95); de las cuales el resultado más relevante es que no hay diferencia significativa entre los resultados positivos y negativos de PAP en relación con las distintas paridades prueba de ello se observa que el 60,3% de las pacientes con resultado positivo son multíparas frente a un 63,3% de pacientes con resultado negativo. Todo positivo. Estas diferencias entre ambos grupos presumen que el número de gestaciones no son un factor de riesgo de Cáncer cervical.

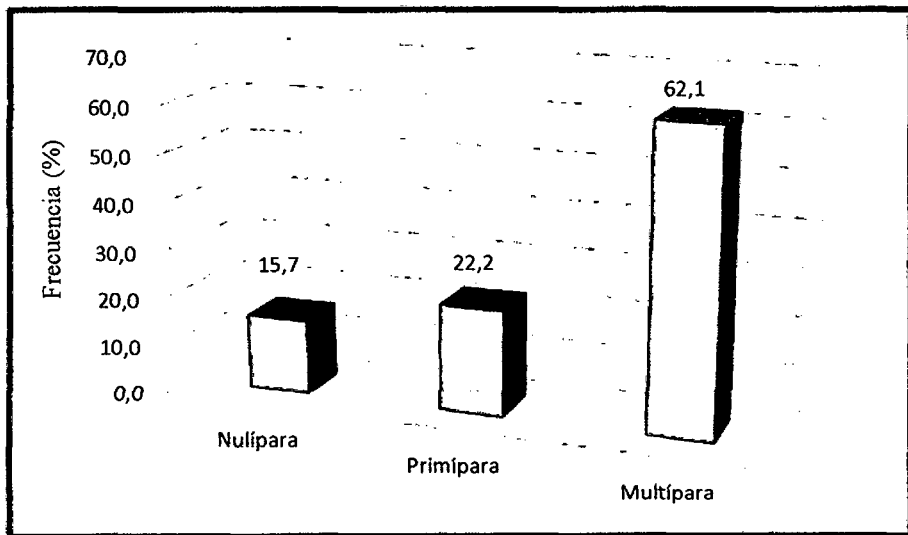


Figura 09. Paridad: Número Total de Hijos

Tabla 10. Vías del parto de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García. 2014.

Vía de parto	Media	Mediana	Moda
Vaginal	2,41	2,00	0,00
Cesárea	0,12	0,00	0,00

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observan las medidas de tendencia central de los partos por vía vaginal y cesárea de 153 pacientes del Servicio de CaCu, de los cuales el valor de la media que se obtiene sumando los números de parto y dividiéndolos por el número total de pacientes es de 2,41 y 0,12 para los partos vaginales y cesárea respectivamente; la mediana es 2,00 para el vaginal y 0,00 para los de cesárea; y el valor que aparece con mayor frecuencia es 0,00 en ambas vías de parto. Estos datos presumen que el promedio de partos vaginales es de 2,41, que, en términos médicos correspondería a un promedio de 2 partos vaginales por cada paciente; mientras que el promedio de partos por cesárea es 0,12 lo que correspondería a ser 0 partos por paciente.

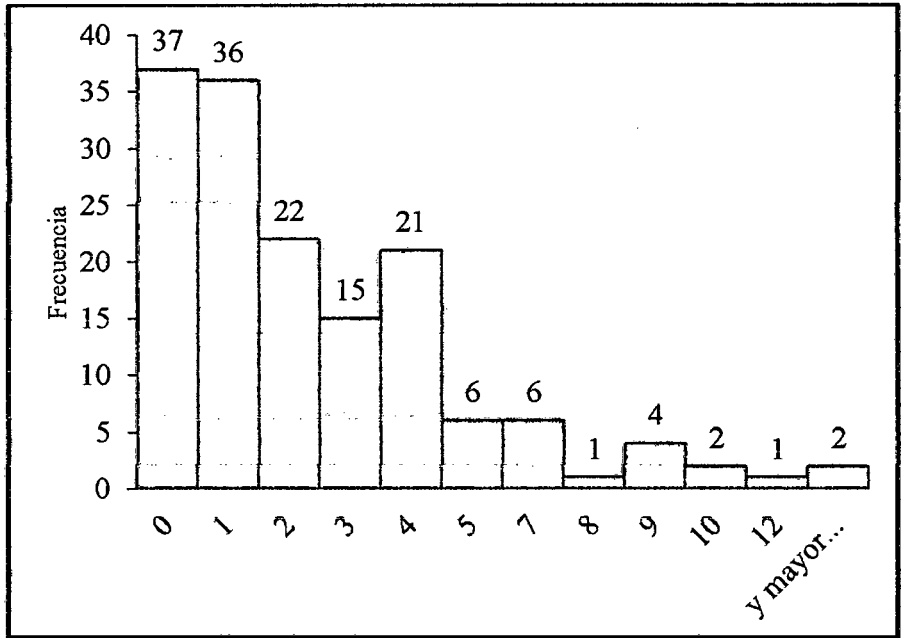


Figura 10. Número de partos vaginales

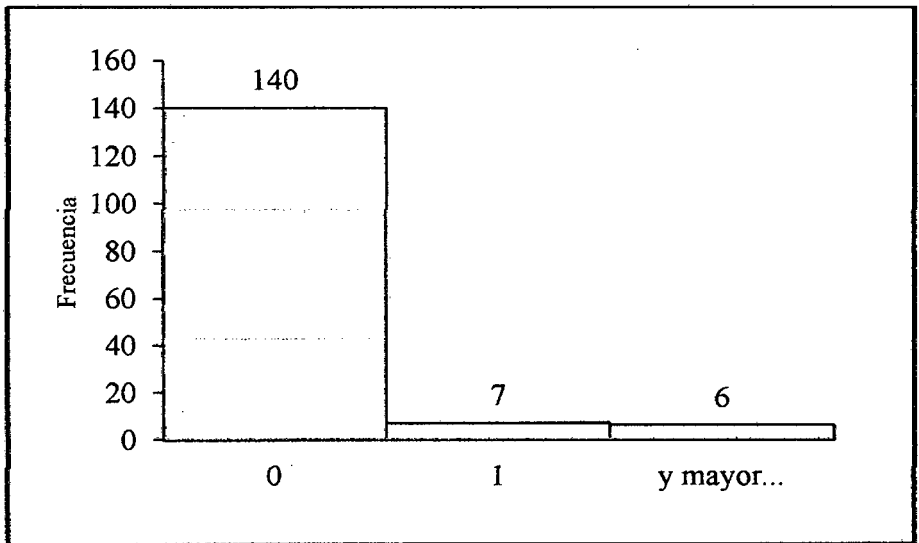


Figura 10. Número de partos por cesárea

Tabla 11. Uso de MAC y resultado de PAP de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.2014.

Método de Anticoncepción	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
Condón	16	16,8	4	0,9	20	13,1
Inyectable	13	13,7	11	19,0	24	15,7
Píldoras anticonceptivas	8	8,4	9	15,5	17	11,1
AQV*	9	9,5	5	8,6	14	9,2
T de cobre	2	2,1	0	0,0	2	1,3
Collar	1	1,1	0	0,0	1	0,7
Implante	1	1,1	1	1,7	2	1,3
Ninguno	45	47,4	28	48,3	73	47,7
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

*Anticoncepción quirúrgica voluntaria

Interpretación: En la presente tabla se observa la comparación de los resultados de PAP positivo y negativo de acuerdo al uso de MAC de las pacientes del Servicio de CaCu; de las cuales podemos observar que el 47,7 % es decir 73 pacientes del total NO usan algún MAC, de ellas 45 (47,4 %) tienen resultados negativos para PAP y 28 (48,3 %) tienen resultado positivo para PAP. El otro porcentaje restante presumible a un 53,3 % se distribuyen entre las pacientes con resultado positivo y negativo que usan algún MAC, siendo el uso del condón el más relevante en el 16,8 % de pacientes con resultado negativo frente a un 0,9 % de pacientes con resultado positivo; estas diferencias suponen que el no uso del condón es un factor probable de riesgo de Cáncer cervical. El siguiente MAC analizado es el uso de las píldoras anticonceptivas en el 15,5 % de pacientes con

resultado positivo frente al 8,4 % de pacientes con resultado negativo, estas diferencias entre ambos grupos suponen que el uso de píldoras anticonceptivas es un factor probable de riesgo de Cáncer cervical.

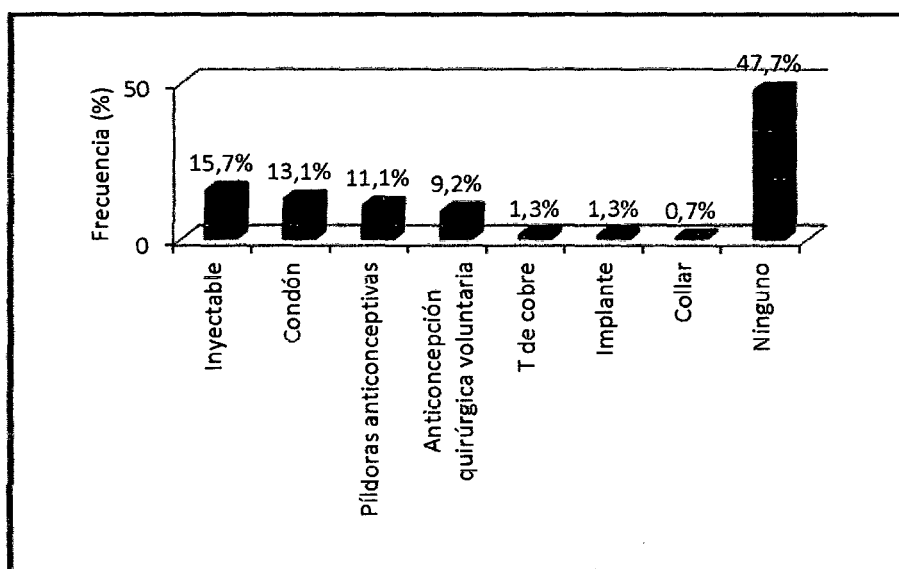


Figura 11. Método de Planificación Familiar

3.2.3. Factor de Riesgo: Socioeconómicos

Tabla 12. Resultados de PAP según procedencia de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. 2014.

Procedencia	Resultado de PAP				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
Iquitos	40	42,1	28	48,3	68	44,4
Belén	20	22,4	13	22,4	33	21,6
San Juan	23	10,3	6	10,3	29	19,0
Punchana	5	8,6	5	8,6	10	6,5
Mazan	0	6,9	4	6,9	4	2,6
San pablo	1	1,1	1	1,1	2	1,3
San Martin	2	0,0	0	0,0	2	1,3
Caserio amazonas	1	0,0	0	0,0	1	0,7
Moronacocha	1	0,0	0	0,0	1	0,7
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa lugar de procedencia de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultado de Papanicolaou positivo (58) y negativo (95); de las cuales el resultado más relevante es el mayor porcentaje de procedencia es de Iquitos con un 42,1 % y 48,3 % respectivamente para pacientes con resultado de PAP negativo y positivo.

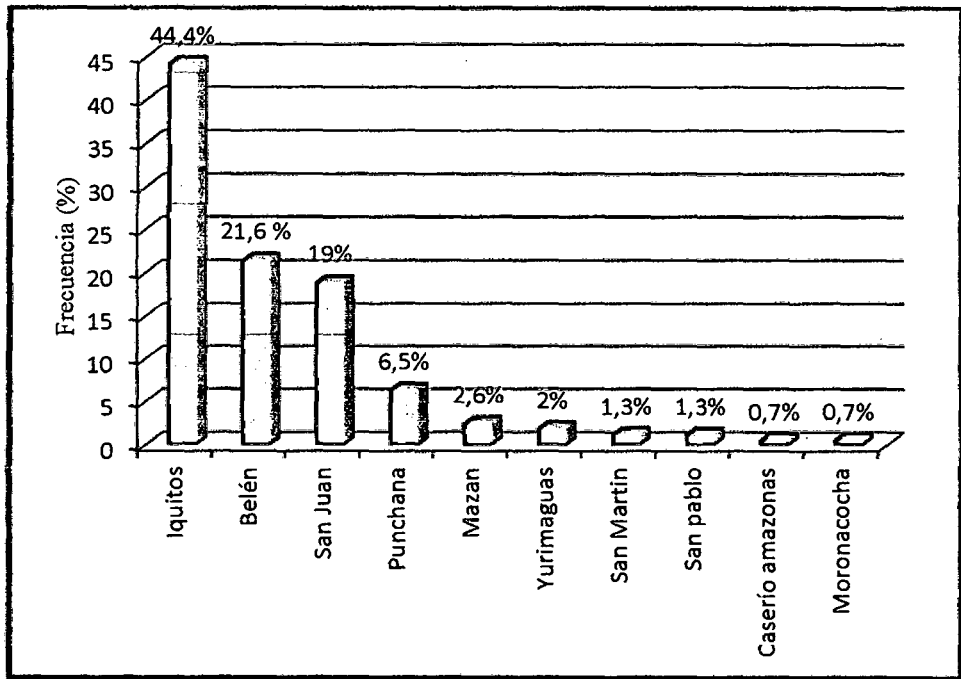


Figura 12. Procedencia de las pacientes del servicio de CaCu

Tabla 13. Resultados de PAP según zona de residencia de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García". 2014.

Zona de Residencia	Resultado de PAP				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Rural	2	2,1%	10	17,2%	12	7,8%
Urbano marginal	8	8,4%	35	60,3 %	43	28,1%
Urbano	85	89,5%	13	22,4%	98	64,1%
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la zona de residencia de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en que solo el 8,4 % de las pacientes con resultado negativo son de la zona de residencia urbano marginal, mientras que un 60,3 % de esta misma zona son pacientes con resultado positivo, otro resultado significativo se centra en que el 89,5 % de las pacientes con resultado negativo son de la zona de residencia urbano, mientras que un 22,4 % de esta misma zona son pacientes con resultado positivo.

Tabla 14. Resultados de PAP según Grado de Instrucción de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Grado de Instrucción	Resultado de PAP				Total	
	Negativo		Positivo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeta	1	1.1%	0	0.0%	1	0.7%
Primaria	28	29.5%	27	46.6 %	55	35.9%
Secundaria	55	57.9%	26	44.8%	81	52.9%
Superior	11	11.6	5	8.6	16	10.5
Total	95	100.0	58	100.0	153	100.0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la zona de residencia de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en que solo el 29,5 % de las pacientes

con resultado negativo tienen un grado de instrucción de primaria frente a un 46,6 % de pacientes con resultado positivo de este mismo grado de instrucción, otro resultado significativo se centra en que el 57,9 % de las pacientes con resultado negativo tiene grado de instrucción secundaria , mientras que un 44,8 % de pacientes con resultado positivo tienen grado de instrucción secundaria. Con estos resultados se presume que el grado de instrucción estaría asociado al cáncer cervical.

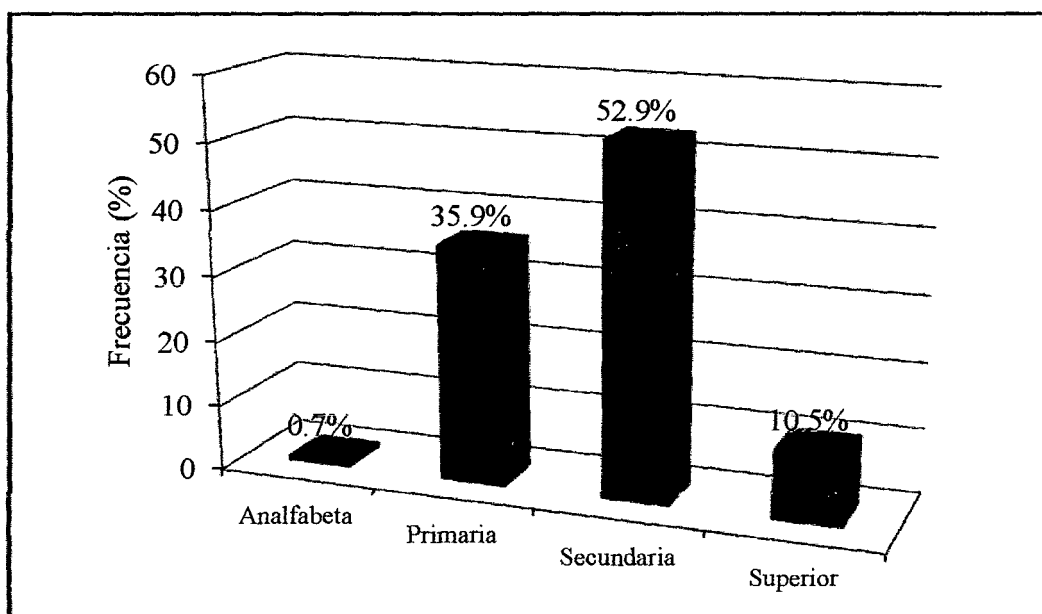


Figura 14. Grado de Instrucción

Tabla 15. Resultado de PAP según ocupación de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital de Iquitos “César Garayar García”. 2014.

Ocupación	Resultado de PAP				Total	
	Negativo		Positivo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ama de casa	76	80,0	45	77,6	121	79,1
Comerciante	9	9,5	6	10,3	15	9,8
Docente	4	4,2	1	1,7	5	3,3
Enfermera	2	2,1	1	1,7	3	2,0
Otros	4	4,2	5	8,7	9	2,8
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la ocupación de 153 pacientes del servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en que solo el 80,0 % de las pacientes con resultado negativo tienen la ocupación ama de casa, mientras que un 77,6 % de pacientes con resultado positivo también tienen la ocupación ama de casa.

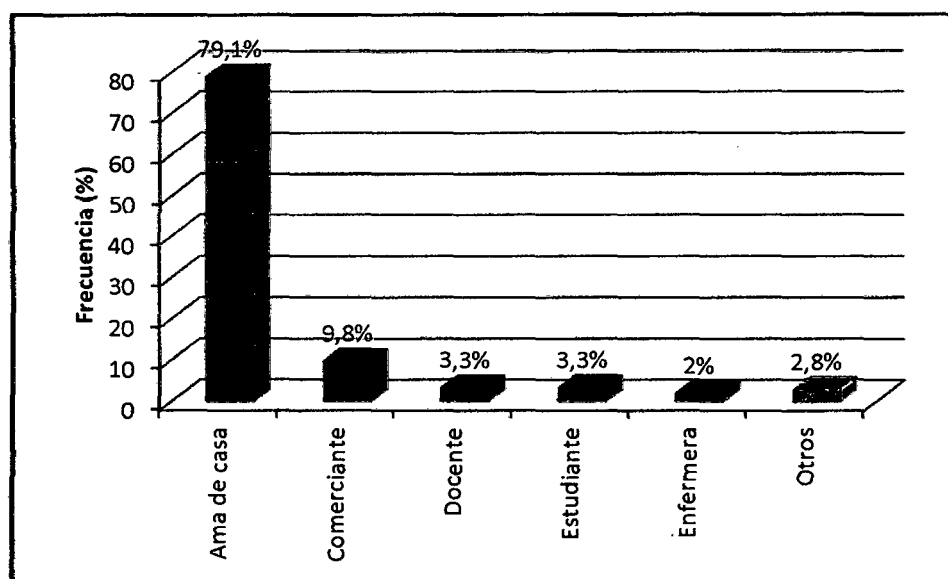


Figura 15. Ocupación

Tabla 16. Resultado de PAP según hábitos nocivos de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García". 2014.

Consumo de Cigarrillos	Resultado de PAP				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Si	2	2,1	0	0,0	2	1,3
No	93	97,9	58	100,0	151	98,7
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la el consumo de cigarrillos de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en que el 2,1 % de las pacientes con resultado negativo consumen cigarrillos mientras que el 0,0 % de pacientes con resultado positivo consumen cigarrillos. Esto presume que el consumo de cigarrillos no es un factos relevante en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.

Tabla 17. Resultado de PAP según estado civil de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Estado Civil	Resultado de PAP				Total	
	Negativo		Positivo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Conviviente	57	60,0	31	53,4	88	57,5
Soltera	21	22,1	16	27,6	37	24,2
Casada	12	12,6	10	17,2	22	14,4
Separada	4	4,2	1	1,7	5	3,3
Viuda	1	1,1	0	0,0	1	0,7
Total	95	100,0	58	100,0	153	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa el estado civil de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en que el 60,0 % de las pacientes con resultado negativo tienen como estado civil conviviente frente a un 53,4 % de pacientes con resultado positivo, sin embargo existe una diferencia en el estado civil de

soltera con 22,1% para resultado de PAP negativo frente a un 27,6% para resultado de PAP positivo, en el estado civil casada existe una diferencia similar donde los resultados de PAP negativo tienen un 12,6% frente a un 17,2% para resultados de PAP positivo.

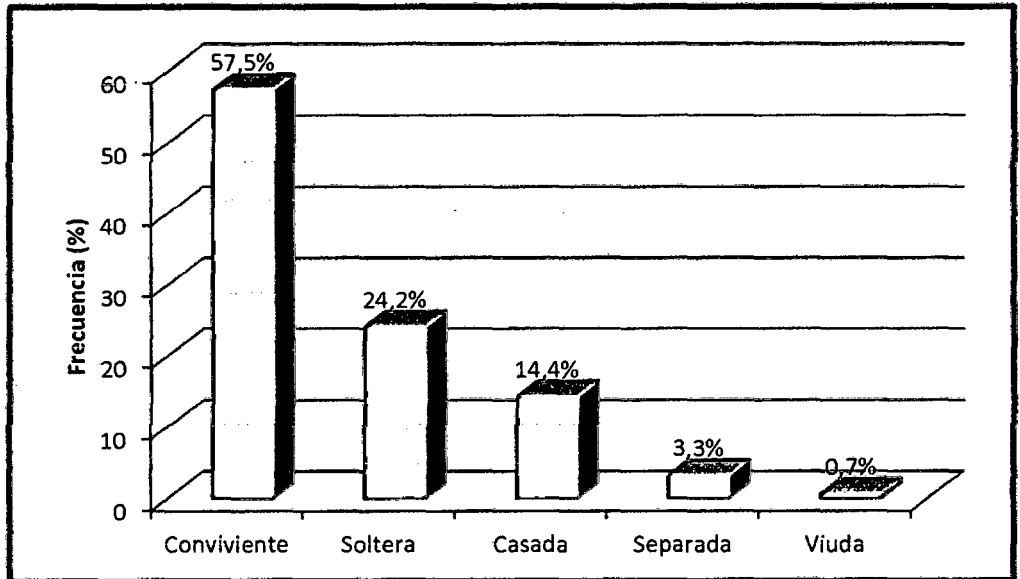


Figura 17. Estado Civil

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

DIMENSIÓN CONDUCTA SEXUAL

Tabla 18. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con el número de compañeros sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Número de Compañeros sexuales	Resultado de PAP		Total
	Positivo	Negativo	
N	58,00	95,00	153,00
Media	2,41	2,16	2,25
Desviación Estándar	0,75	0,70	0,73
Error típico	0,10	0,07	0,06

$r = 0,188$ ($p < 0,020$)

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Correlación de Speaman

Valor de $p = 0,020$

Conclusión:

Se acepta la Hipótesis del investigador el cual señala que existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical.

Interpretación:

De acuerdo al valor de “Rho” el $r = 0,188$ se encuentra en el rango de 0,20 a 0,39, por tanto tiene una baja correlación positiva, y con un valor de $p = 0,020$ decimos que existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical.

Tabla 19. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Edad de Inicio de Relaciones Sexuales				Total	
	<18 años		≥ 18 años		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	48	31,4	10	48,4	58	37,9
Negativo	74	48,8	21	13,7	95	62,1
Total	122	79,7	31	20,3	153	100

$$X^2 = 0,527 \quad (p = 0.468)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,468$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 91,8% No existe asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, la edad de inicio de relaciones sexuales no está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión de la Conducta Sexual.

Tabla 20. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con ocupación del compañero sexual de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Ocupación del Compañero Sexual				Total	
	Ocupaciones Elementales		Otras Ocupaciones		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	41	26,8	17	11,1	58	37,9
Negativo	72	47,1	23	15,0	95	62,1
Total	113	73,9	40	26,1	153	100

$$X^2 = 0,485 \quad (p = 0,020)$$

Planteamiento de Hipótesis

H_0 : No existe asociación entre la ocupación del compañero sexual y el cáncer cervical.

H_1 : Existe asociación entre la ocupación del compañero sexual y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,020$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 48,6% No existe asociación entre la ocupación del compañero sexual y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, la ocupación del compañero sexual no está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión de la Conducta Sexual.

DIMENSIÓN SALUD REPRODUCTIVA

Tabla 21. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con ETS de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Resultado Compatible con ETS				Total	
	PVH		Otras ETS		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	31	20,3	27	17,6	58	37,9
Negativo	0	0,0	95	62,1	95	62,1
Total	31	20,3	122	79,7	153	100

$$\chi^2 = 63,678 \quad (p = 0,00)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre la Enfermedad de Transmisión Sexual por PVH y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre la infección de transmisión sexual por PVH y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,000$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0,0% decimos que existe asociación entre la presencia del PVH y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, El Virus del Papiloma Humano (PVH) es la Infección de Transmisión Sexual asociado al Cáncer Cervical en la dimensión de la Conducta Sexual.

Tabla 22. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con paridad de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Paridad				Total	
	Múltiparas		Otras Paridades		N	%
	N	%	N	%	N	%
Positivo	35	22,9	23	15,0	58	37,9
Negativo	60	39,2	35	22,9	95	62,1
Total	95	62,1	58	37,9	153	100

$$X^2 = 0,121 \quad (p = 0,728)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre la paridad y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre la paridad y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,728$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 72,8 % NO existe asociación entre la paridad y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, el número de hijos no está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión Salud reproductiva.

Tabla 23. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con número de partos vaginales de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Número de Partos Vaginales	Resultado de PAP		Total
	Positivo	Negativo	
N	58,00	95,00	153,00
Media	2,40	2,41	2,41
Desviación Estándar	2,08	2,78	2,53
Error típico	0,27	0,28	0,20

$r = - 0,065$ ($p = 0,421$)

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre el número de partos vaginales y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre el número de partos vaginales y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Correlación de speaman

Valor de $p = 0.421$

Conclusión:

NO Existe asociación entre el número de partos vaginales y el cáncer cervical

Interpretación:

De acuerdo al valor de “Rho” el $r = 0,065$ se encuentra en el rango de 0,00 a 0,19, por tanto tiene asociación, significando que su valor predictivo para los pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” con cáncer cervical es baja y que habrían otros factores asociados de mayor significancia.

Tabla 24. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible método de anticoncepción de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Método de PP FF				Total	
	Hormonales		Otros Métodos		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	21	13,7	37	24,2	58	37,9
Negativo	22	14,4	73	47,7	95	62,1
Total	43	28,1	110	71,9	153	100

$$X^2 = 3.035 \quad (p = 0.081)$$

Planteamiento de Hipótesis

H_0 : No existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.

H_1 : Existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,081$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 8,1 % NO existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, el uso de métodos anticonceptivos no está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión Salud reproductiva.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA

Tabla 25. Tabla de contingencia dicotomisada según resultado compatible con zona de residencia de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Zona de Residencia				Total	
	Urbano- Marginal		Rural		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	35	22,9	23	15,0	58	37,9
Negativo	8	5,2	87	56,9	95	62,1
Total	43	28,1	110	71,9	153	100

$$\chi^2 = 48.052 \quad (p = 0.00)$$

Planteamiento de Hipótesis

H_0 . No existe asociación entre la zona de residencia y el cáncer cervical.

H_1 . Existe asociación entre la zona de residencia y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,00$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0,0 % existe asociación entre la zona de residencia y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, la zona de residencia está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión socioeconómica.

Tabla 26. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con grado de instrucción de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Grado de Instrucción				Total	
	Primaria		Otros grados		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	27	17,6	31	20,3	58	37,9
Negativo	28	18,3	67	43,8	95	62,1
Total	55	35,9	98	64,1	153	100

$$X^2 = 6,678 \quad (p = 0,00)$$

Planteamiento de Hipótesis

H_0 : No existe asociación entre el grado de instrucción y el cáncer cervical.

H_1 : Existe asociación entre el grado de instrucción y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,00$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0.00 % existe asociación entre grado de instrucción y el cáncer cervical. Significando que a menor grado de instrucción mayor probabilidad de desarrollo de esta enfermedad.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, grado de instrucción está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión socioeconómico.

Tabla 27. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con ocupación de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Ocupación de la Paciente				Total	
	Ama de casa		Otra ocupación		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	45	29,4	13	8,5	58	37,9
Negativo	76	49,7	19	12,4	95	62,1
Total	121	79,1	32	20,9	153	100

$$X^2 = 0,127 \quad (p = 0,722)$$

Planteamiento de Hipótesis

H_0 : No existe asociación entre la ocupación de la paciente y el cáncer cervical.

H_1 : Existe asociación entre la ocupación de la paciente y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,722$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 72,2 % existe asociación entre la ocupación de la paciente y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, la ocupación de la paciente está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión socioeconómica.

Tabla 28. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible hábitos nocivos de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Consumo de Cigarrillos				Total	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	0	0,0	58	37,9	58	37,9
Negativo	2	1,3	93	60,8	95	62,1
Total	2	1,3	151	98,7	153	100

$$\chi^2 = 1,237 \quad (p = 0,266)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independendencia

Valor de $p = 0,226$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 22,6 % NO existe asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, el consumo de cigarrillos no está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión socioeconómica.

Tabla 29. Tabla de contingencia dicotomizada según resultado compatible con estado civil de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”. 2014.

Resultado de PAP	Estado Civil				Total	
	Sin Pareja		Con Pareja		N	%
	N	%	N	%		
Positivo	16	10,5	42	27,5	58	37,9
Negativo	22	14,4	73	47,7	95	62,1
Total	38	24,8	115	75,2	153	100

$$X^2 = 0,378 \quad (p = 0,539)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe asociación entre el estado civil y el cáncer cervical.

H₁: Existe asociación entre el estado civil y el cáncer cervical.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi cuadrado independencia

Valor de $p = 0,539$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 53,9 % NO existe asociación entre el estado civil y el cáncer cervical.

Interpretación:

En el servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, el estado civil no está asociado al Cáncer Cervical en la dimensión socioeconómica.

Cuadro N° 01

Resumen Estadístico por Dimensiones

Dimensiones	Variable	Prueba Estadístico	Valor	Valor de <i>p</i>
Conducta Sexual	Numero de compañeros sexuales	Correlación de Speaman	$r = 0.188$	$p = 0,020$
	Inicio de relaciones sexuales	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 0,010$	$p = 0,468$
	Características del compañero sexual	Correlación de Speaman	$r = 0.188$	$p = 0,020$
	ETS	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 63.678$	$p = 0,000$
Salud Reproductiva	Paridad	Chi cuadrado de independencia	$X^2 = 0,121$	$p = 0,728$
	Vías del parto	Correlación de speaman	$r = - 0,065$	$p = 0,421$
	Uso de MAC	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 3.035$	$p = 0,081$
Socioeconómico	Procedencia	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 48.052$	$p = 0,00$
	Grado de instrucción	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 63.678$	$p = 0,00$
	Ocupación	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 0.127$	$p = 0,722$
	Hábitos nocivos	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 1.237$	$p = 0,226$
	Estado civil	Chi cuadrado independencia	$X^2 = 0.378$	$p = 0,539$

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo conocer la asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer cervical de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos – 2014. Respecto al cáncer cervical de 153 pacientes se encontró 58 (37,9 %) con resultado positivo en el año 2014, en ellas la edad de diagnóstico promedio fue de 33 años, este resultado difiere con la tesis del ginecólogo Ronald Hernández Alarcón quien indica que del total de pacientes con cáncer cervical, el 44% pertenece al grupo etáreo de 40 a 49 años y su media fue de 45 años. (16)

Los factores que se asocian al cáncer cervical se discutirán de acuerdo al orden en que se analizaron las dimensiones; comenzando por la dimensión conducta sexual; en la tabla 4, el número de compañeros sexuales presenta su mayor porcentaje de pacientes tanto negativos como positivos para cáncer, ellas han tenido a la fecha tres o más compañeros sexuales y con un valor de rho de Speaman ($p= 0,020$) decimos que existe asociación entre el número de compañeros sexuales y el cáncer cervical. Estos resultados lo comparamos con el estudio de Cabrera Arenas, José Carlos encontrando similitud ya que menciona que la mayoría de los estudios basados en la identificación de VPH según PCR han sugerido que el número de parejas sexuales representa un factor de riesgo determinante para la infección por VPH. El individuo promiscuo está más expuesto a adquirir ITS las que a su vez juegan un papel importante en la transformación neoplásica cervical. Comparado con una pareja sexual, el riesgo aumenta a 2 veces para

dos parejas y 3 veces para 6 o más parejas. (15), Ortiz Serrano et. al; también fundamenta que 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. (16)

Seguidamente discutiremos los resultados de la tabla 5 en cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales en el presente estudio el promedio fue de 16,96 años, en pacientes con PAP positivo el 82,8 % iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años; EL 15,5% entre 18 a 20 años y solo el 1,7 % después de los 20 años. En las pacientes con resultados negativos el 77,9% antes de los 18 años, el 21,1 % entre los 18 a 20 años y el 1,1 % más de 20 años; este resultado es similar en cuanto a la estadística descriptiva con en el estudio José Cabrera quien indica que el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas aumenta el riesgo de cáncer invasor de cuello uterino, en su estudio el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%, comparado con la primera relación a los 21 años o más, el riesgo es de 1.5 veces mayor para 18 a 20 años y 2 veces para menores de 18 años, considerándose factor determinante de las elevadas tasas de incidencias (8). Sin embargo

en el presente estudio difiere en la conclusión ya que el valor de $p=0,468$ indica que no existe asociación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el cáncer cervical.

En la tabla 6 se observa la ocupación del compañeros sexuales de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultados positivo (58) y negativo (95), de las cuales el resultado más relevante se centra en el 70,7 % de las pacientes con resultado negativo sus compañeros sexuales tienen ocupaciones elementales frente a un 75,8% para las pacientes con resultado positivo; otro resultado significativo es que del total de pacientes con resultado positivo sus parejas son en 15,5% militares frente a un 11,6% para las pacientes con resultado negativo, esto presume que la ocupación militar podría ser un factor asociado al cáncer cervical. Que confirmaría lo que menciona la Dr. Andriana Lange que existen otros elementos de riesgo para el cáncer cervical considerados por los científicos como lo es la ocupación del compañero sexual (17).

En la tabla 7 se observa la enfermedad de transmisión sexual con mayor frecuencia encontradas en el resultado de PAP positivo fue el PVH (53,4%), por lo tanto con una probabilidad de error del ($p= 0,000$) 0.0% decimos que existe asociación entre la presencia del PVH y el cáncer cervical confirmando lo que José Cabrera menciona que entre los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix se encuentra la exposición a VPH (64.8%) (15); también Cáceres Graziani, Eduardo menciona que el VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la última década se ha publicado una serie de artículos que

mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. (14); Mongrut Steani, Andrés también menciona que la infección por PVH clínica y subclínica es la Infecciones de Transmisión Sexual más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por Papiloma Virus Humano se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva”. (12)

En la tabla 8 se analiza la paridad en el cual se observa que el promedio general de pacientes con resultado positivo fue 35 (60.3%) que representan a las multíparas y 60 (63,2%) con resultado negativo representan a las multíparas estas diferencias entre ambos grupos presumen que el número de gestaciones no son un factor de riesgo de Cáncer cervical. Demostrándonos que hay muchas contradicciones respecto a este factor el cual tiene como fundamento a que 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 creó 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. (16)

En la tabla 9 analizaremos las vías del parto: para la vía vaginal se obtuvo una media de 2,40 en pacientes con resultado positivo de PAP y 2,41 para resultados

negativos, no existiendo diferencia significativa esto se evidencia en la prueba estadística donde el valor de p ($p= 0,421$) que significa que no existe asociación entre la vía del parto y el cáncer cervical estos resultados no coinciden en la investigación realizada por Ortiz Serrano, et. al donde menciona que las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea, la razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. (16) .

En la tabla 10 analizaremos el uso de métodos anticonceptivos de las pacientes del Servicio de CaCu en el cual se observa el 15,5 % de pacientes con resultado positivo frente al 8,4 % de pacientes con resultado negativo. El presente resultado no muestra diferencias significativas ($p=0,081$) indicando que no existe asociación entre los métodos anticonceptivos y el cáncer cervical. Se fundamenta en un análisis colaborativo de datos provenientes de 24 estudios epidemiológicos donde se encontró que entre los usuarios comunes de ACO en riesgo de desarrollar cáncer cervical invasivo aumenta con el tiempo de uso (uso mayor de 5 años vs no uso: RR 1.92, 95%, IC 1.69 – 2.13). Este riesgo disminuye luego del cese del uso y retorna a niveles como si nunca se hubiesen usado luego de 10 años 12. Mientras algunos estudios encuentran una asociación más fuerte del adenocarcinoma con el uso de ACO que el carcinoma de células escamosas, otros encuentran un riesgo incrementado similar (15).

En la tabla 11 se presenta la zona de procedencia donde de 153 pacientes del Servicio de CaCu con resultado de Papanicolaou positivo (58) y negativo (95); de las cuales el resultado más relevante es el mayor porcentaje de procedencia es de Iquitos con un 42,1 % y 48,3 % respectivamente para pacientes con resultado de PAP negativo y positivo. No se han encontrado antecedentes o estudios relacionados entre el lugar de procedencia y el cáncer cervical pero en el presente estudio se los resultados fueron: que el 48,8% de pacientes con resultados positivo tenían como procedencia Iquitos y 42,2 % para pacientes y negativo ,siendo estos los mayores porcentajes para ambos resultados de PAP.

En la tabla 12 analizaremos el nivel académico de las cuales el resultado más relevante se centra en que solo el 29,5 % de las pacientes con resultado negativo tienen un grado de instrucción de primaria frente a un 46,6 % de pacientes con resultado positivo de este mismo grado de instrucción, otro resultado significativo se centra en que el 57,9 % de las pacientes con resultado negativo tiene grado de instrucción secundaria , mientras que un 44,8 % de pacientes con resultado positivo tienen grado de instrucción secundaria. Con estos resultados se presume que el grado de instrucción estaría asociado al cáncer cervical esto también se menciona en la investigación hecha por la Obst. Lazo Piña donde menciona que el menor nivel académico (menos de 9º grado) acude hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida

que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado (18).

En la tabla 13 analizaremos la ocupación de las pacientes atendidas en el servicio de CaCu donde se obtuvo un 80,0% de pacientes con resultado negativo tenían la ocupación de ama de casa frente a un 77,6% para resultados negativos no existiendo diferencias significativa según el valor de p valor (0,722) donde podemos decir que con una probabilidad de error del 72,2 % No existe asociación entre la ocupación de la paciente y el cáncer cervical , Evely J Rivas de Manzanilla et al encontró un resultado similar donde la ocupación oficios del hogar predominó en un 85,1 % (19).

En la tabla 14 analizaremos el consumo de cigarrillos donde el resultado $p=0,266$ indica que no existe asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical. Esto se contradice con la investigación hecha por Ortiz Serrano donde nos dice que existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. (16)

En la tabla 15 analizaremos el factor estado civil donde obtuvimos que el 53,4 % de las pacientes son convivientes, un 27,6% solteras y el 17,2% casadas. Con una probabilidad de error del 53,9 % no existe asociación entre este factor y el cáncer cervical. Estos datos difieren con los resultados de la Obst. Lazo Piña, et al donde nos

muestra que el 50% corresponde a las mujeres con estado civil casada, esto fue analizado con la prueba estadístico de Chi cuadrado y de Pearson ($P = 0,078$) llegando a la conclusión de que existe asociación entre este factor con las citologías cervicales uterinas alteradas (18).

CONCLUSIONES

1. En relación a la dimensión conducta sexual podemos concluir que los factores asociados al cáncer cervical son: el número de compañeros sexuales (tres o más 56,9 %), características del compañero sexual (ocupaciones elementales 26,8 %), la Enfermedad de Transmisión Sexual (PVH 20,3 %). Y la variable no asociada es la edad de inicio de relaciones sexuales.
2. En cuanto a la dimensión salud reproductiva no se hallaron factores de riesgo asociados al cáncer cervical.
3. En cuanto a la dimensión socioeconómica los factores asociados: son procedencia (urbano – marginal 22,9%), grado de instrucción (primaria 17,6%); los factores no asociados fueron: ocupación, hábitos nocivos y estado civil.
4. En general concluimos que las dimensiones asociadas al cáncer cervical incluyen a los factores de la conducta sexual y el socioeconómico.

SUGERENCIAS

De acuerdo a las conclusiones se sugiere:

1. Al personal del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” se recomienda en cuanto a la dimensión conducta sexual focalizar en los factores de riesgo: número de compañeros sexuales, ocupación del compañero sexual y las ETS, principalmente con el PVH; para realizar la prevención del cáncer de cuello uterino principalmente en este grupo focalizado.
2. Difundir los resultados del presente estudio al personal del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” señalando que la dimensión salud reproductiva no es un factor de riesgo para el cáncer cervical en este grupo poblacional.
3. Al personal del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” se sugiere reforzar las estrategias de prevención del cáncer de cérvix desarrollando un trabajo conjunto de los distintos actores, profesionales de la salud y de gestión.
4. Usar métodos y técnicas de educación para la salud, de acuerdo al grado de instrucción para lograr una mejor comprensión y concientizar a las mujeres vulnerables (según zona de residencia) en la prevención de cáncer cervical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Americana de Cancer. *cancercervicouterinio*. [Online].; 2012 [cited 2013 diciembre 14. Available from: [hpt://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_prevenccion_y_factores_de_riesgo_8.asp](http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_prevenccion_y_factores_de_riesgo_8.asp).
2. Sociedad Americana de Cancer. *Cancer del Tracto Genital Inferior Femenino*. In. Barcelona: Medicina Stm Editores; 2010. p. 56-59.
3. MINSA. *Manual de Normas y Prosedimientos para la prevencion del Cancer*. In edicion 1, editor.. Lima: Sinco Editores; 2009. p. 15-18.
4. PINILLOS GANOZA L. IREN. [Online].; 2013 [cited 2015 Mayo 20. Available from: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/informe-octubre2007-Diciembre2013.pdf>.
5. Vázquez Márquez. Á, González Aguil C, De la Cruz Chávez F, Almirall Chávez ÁM, Valdés Martínez. *RPMESP*. [Online].; 2009 [cited 2014 Abril 16. Available from: E:\antesendes teoricos cacu2013\antecedente internacional 1.mht.
6. Martínez Pinillo M, Ortega ID, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López A, De la Torre I. *RPMESP*. [Online].; 2010 [cited 2014 ABRIL 10. Available from: E:\antesendes teóricos cacu2013\antecedente internacional2.mht.
7. Valderrama C M, E. Campos F, P. Cárcamo C, J. García P. *RPMESP*. [Online].; 2013 [cited 2014 Marzo 27. Available from: E:\antesendes teóricos cacu2013\antecedentes nacionales1.mht.
8. Cabrera Arenas C. *Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011*. [Online].; 2006-2011 [cited 2014 Marzo 30. Available from: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cybertesis.edu.pe%2Fbitstream%2Fcybertesis%2F452%2F1%2Fcabrera_aj.pdf&ei=25-WUt6rLNLrkQfvsYGwDg&usg=AFQjCNEbrzXoEaBwTRSQH76qfGwUbLaOw

g&bvm=bv.571554.

9. Magallanes Castilla J. Yumpu. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 08. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/view/26694317/articulojesusmagalla>.
10. Nuñez Rengifo C. Ciencia Amazónica. [Online].; 2011 [cited 2015 Junio 05. Available from: <file:///C:/Users/roci/Downloads/Dialnet-TamizajeCervicouterinoUsandoPapanicolaouEnMujeresD-5072919.pdf>.
11. Delgado Delgado A. Cáncer de cuello uterino: padecimiento evitable. [Online].; 2012 [cited 2014 Noviembre 24. Available from: http://www.maisondesante.org.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=429&esp=todas&itemid=132.
12. MONGRUT STEANI. Tratado de ginecología. ; III.
13. Alvarado Calixto N. Módulo de ginecología. 2013.
14. Cáceres Graziani E. Neoplasias malignas más frecuentes diagnosticadas en ambos géneros en el INEN. [Online].; 1985-2011 [cited 2014 Noviembre 24. Available from: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>.
15. Cabrera Arenas C. Cybertesis. [Online].; 2011 [cited 2015 Mayo 20. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/452/1/cabrera_aj.pdf.
16. Ortiz Serrano R, Uribe Pérez CJ, Alfonso Díaz L, Dangond Romero. Scielo. [Online].; 2004 [cited 2015 Mayo 3. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>.
17. Lange A. Books. [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 8. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=ae1CMsnLnpQC&pg=PA181&lpg=PA181&dq=ocupacion+del+compa%C3%B1ero+sexual+y+el+cancer+cervical&source=bl&ots=5-WF30s-wR&sig=EwP-aK7OEp0w9aNoNSj2Q9xf-U&hl=es-419&sa=X&ei=9Wh2VbaCH4HmgwTOKYHABw&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=>.

18. Lazo Piña F, Aguilar Flores L. UNSM. [Online].; 2011 [cited 2015 Junio 7. Available from: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_82_Binder1.pdf.
- 19 Rivas de Manzanilla E, José Salinas. Saber. [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 5. Available from: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21751/1/articulo4.pdf>.

ANEXOS

**ANEXO 01
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDADES O CATEGORIAS o VALOR FINAL	ESCALA
VARIABLE				
Número de Compañeros Sexuales	Conducta sexual	Número de Compañeros Sexuales	(1) Monogamia	Nominal
Inicio de las relaciones sexuales		Edad del primer coito	- Precoz - Medio - Tardío	Razón
Características del compañero sexual		Ocupación	Tipo de ocupación	Nominal
Enfermedades de transmisión sexual		Diagnóstico	Tipo de ETS	Nominal
Paridad	Salud reproductiva	Fórmula Obstétrica	- Primípara - Multipara	Nominal
Vías del parto		Vías del parto	- Parto vaginal - Parto abdominal	Nominal
Uso de MAC		Carnet de PPF	Tipo de MAC	Nominal
Procedencia	Socioeconómicos	Lugar de nacimiento	Departamento Provincia Distrito	Razón
		Domicilio	- Urbano - Urbano marginal - Rural	
Nivel académico		Año de estudios alcanzado	- Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal
Ocupación		Ocupación	Tipo de ocupación	Nominal
Hábitos nocivo		Consumo de tabaco	Fumadora - SI - NO	Nominal
Estado civil		Documento de identidad	Soltera Casada Conviviente	Nominal
VARIABLES DEPENDIENTE: CÁNCER CERVICAL				
Edad en el diagnóstico del cáncer		Edad Fecha de diagnóstico	Etapas de vida: - Adolescente - Adulto joven - Adulto maduro	Nominal
Estadio del cáncer		Tamizaje de PAP	- NIC1 - NIC 2 - NIC 3 - Carcinoma invasor	Ordinal

ANEXO 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL
HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA. QUITOS - 2014

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION/MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
<p>Pregunta general</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer cervical en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Conocer la asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer cervical de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014.</p>	<p>Hipótesis de Investigación</p> <p>H1: El cáncer cervical es dependiente de los factores de riesgo en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos-2014.</p> <p>H0: El cáncer cervical es independiente de los factores de riesgo en las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos-2014.</p>	<p>a) Variable independiente (1)</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>b) Variable dependiente: (2)</p> <p>Cáncer cervical</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero de Compañeros Sexuales - Edad del primer coito - Ocupación - Diagnóstico - Fórmula Obstétrica - Edad del primer parto - Vías del parto - Carnet de PPF - Lugar de nacimiento. - Domicilio - Año de estudios alcanzado - Ocupación - Consumo de tabaco - Documento de identidad - Edad - Fecha de diagnóstico - Tamizaje de PAP 	<p>Población: Se tomará como población referencial de estudio a todas las pacientes del servicio de CaCu del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García. Iquitos - 2014.</p> <p>Muestra: El cálculo de la muestra fue no probabilística por conveniencia y para su selección se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con resultado positivo de Cáncer cervical - Pacientes con resultado negativo de Cáncer cervical (sanas) <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajadoras sexuales 	<p>Ámbito de Estudio: Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014.</p> <p>Tipo de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo - Observacional - Prospectivo - Longitudinal <p>Nivel de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacional <p>Diseño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño analítico correlacional. <div style="text-align: center;"> </div> <p>m = Muestra: pacientes con cáncer cervical. X = Factores de riesgo Y = Cáncer cervical r = Relación entre los factores de riesgo y el cáncer cervical.</p>	<p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario estructurado</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>R de Pearson Chi cuadrado</p>
<p>Preguntas específicas</p> <p>1. ¿Cuál es la característica de la conducta sexual de las pacientes con cáncer cervical en Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014?</p> <p>2. ¿Cuál es la característica de la salud reproductiva de las pacientes con cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014?</p> <p>3. ¿Cuál es la condición socioeconómica cultural de las pacientes con cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014?</p> <p>4. ¿Cuál es la historia de la enfermedad de cáncer cervical de las pacientes del Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores de la conducta sexual de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014. • Identificar los factores de la salud reproductiva de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014. • Identificar los factores socioeconómicos culturales de las pacientes del servicio de CaCu del Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014. • Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo de las pacientes del servicio de CaCu y el cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014. • Registrar los datos de la enfermedad al momento del diagnóstico de cáncer en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014. 						

ANEXO 03
MATRIZ DE CONSISTENCIA PARA JUICIO DE EXPERTO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA. IQUITOS - 2014

OBJETIVO GENERAL: Describir la asociación entre los factores de riesgo de las pacientes del servicio de CaCu y el cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	ITEMS
1. ¿Cuál es la característica de la conducta sexual de las pacientes con cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014.	Número de Compañeros Sexuales	Conducta sexual	Numero de Compañeros Sexuales	Encuesta - cuestionario (entrevista)	1
	Inicio de las relaciones sexuales		Edad del primer coito		2
	Características del compañero sexual		Ocupación		3
	Enfermedades de transmisión sexual		Diagnóstico	Ficha de observación	...
2. ¿Cuál es la característica de la salud reproductiva de las pacientes con cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos -	Paridad	Salud reproductiva	Fórmula Obstétrica	Encuesta - cuestionario	4
	Vías del parto		Vías del parto		6
	Uso de MAC		Camet de PPF		7
3. ¿Cuál es la condición socioeconómica cultural de las pacientes con cáncer cervical en el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014.	Procedencia	Socioeconómicos	- Lugar de nacimiento	Encuesta - cuestionario	8
			- Domicilio		9
	Nivel académico		Año de estudios alcanzado		10
	Ocupación		Ocupación		11
	Hábitos nocivo		Consumo de tabaco		12
Estado civil	Documento de identidad	13			
4. ¿Cuál es la historia de la enfermedad de cáncer cervical de las pacientes del el Hospital César Garayar García. Iquitos - 2014.	Edad en el diagnóstico del cáncer	Historia de la enfermedad	Edad Fecha de diagnóstico	Encuesta Ficha de recolección de datos	
	Estadio del cáncer		Tamizaje de PAP o IVAA		



ANEXO 04

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZÁN FACULTAD DE OBSTETRICIA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN
PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA. IQUITOS -
2014**

**CUESTIONARIO CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

Marque con una X si la paciente ACEPTA que se le aplique la entrevista con el objetivo de recolectar información respecto a los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino.

SI ACEPTA ()

Complete y/o marque con un aspa (X) o cruz (+) la respuesta correcta:

N° de Historia Clínica: _____

Iniciales: _____

Edad: _____ (años)

Fecha: _____

I. CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL

1. Número de compañeros sexuales que tuviste:

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres o más

2. ¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?

Edad:..... (años)

3. En que trabaja su pareja

- a. Agente viajero
- b. Chofer
- c. Militar
- d. Comerciante
- e. Otros: _____ (especifique)

II. CARACTERISTICAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

1. Paridad de la paciente

G:P _/_/_/_/_

2. ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

.....

3. ¿Sus partos fueron vaginales o cesáreas? (indique el número)

Vaginal ()
 Cesárea ()

4. ¿Qué método de planificación familiar utiliza?

- a) DIU/ T de cobre
- b) Pildoras anticonceptivas
- c) Inyecciones
- d) Condones
- e) Otro: _____(Especifique)

III. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICO CULTURAL

1. ¿Cuál es su lugar de nacimiento?

2. ¿Cuál es el lugar donde reside?

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

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

Primaria:	completa ()	incompleta ()
Secundaria :	completa ()	incompleta ()
Superior:	completa ()	incompleta ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Profesora
- d) Enfermera
- e) Otros: _____(especifique)

5. ¿Ud. consume cigarrillos?

SI () NO ()

En caso de SI cuantos cigarrillos al día:

6. Estado civil

- a) Soltera
- b) Separada/Divorciada
- c) Conviviente
- d) Casada
- e) Viuda



ANEXO 05

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OSTETRICIA



**TITULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN
PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA. IQUITOS - 2014**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de Historia Clínica: _____ Iniciales: _____
Fecha: _____

I. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

1. Tipo de muestra o prueba para descarte de CaCu a.
 - PAP
 - b. IVAA

2. Entidad que analizó la muestra de PAP y/o IVAA
 - a. INEN
 - b. Patólogo del MINSA
 - c. INPPARES
 - d. Maternidad de Lima
 - e. Liga de lucha contra el cáncer
 - f. Otros: _____(especifique)

3. Resultados compatibles con enfermedad de transmisión sexual a.
 - Gonorrea
 - b. Trichomoniasis
 - c. Cándida
 - d. Otros: _____(especifique)

4. Edad en el diagnóstico del cáncer

5. Estadio del cáncer según BETHESDA
 - a. ASCUS
 - b. ASC-H
 - c. Lesión intraepitelial de bajo grado d.
 - Lesión intraepitelial de alto grado

ANEXO 06



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

RESOLUCIÓN Nº 0325-2014-UNHEVAL/F-OBST-D

Huánuco, 19 de noviembre del 2014

VISTO:

El Oficio Nº 006-MMF-DA-FOBST-UNHEVAL-2014 de la Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa y el Oficio Nº 002-MMF-IFS-DA-FOBST-UNHEVAL-2014 de la Mg. Ibeth Figueroa Sánchez de la Comisión Revisora Ad hoc del proyecto de tesis presentado por los alumnos **PÉREZ LOYOLA Rocío del Pilar** y **TORIBIO FAUSTINO Daniel** de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que encontrándose el Oficio Nº 006-MMF-DA-FOBST-UNHEVAL-2014 de la Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa y el Oficio Nº 002-MMF-IFS-DA-FOBST-UNHEVAL-2014 de la Mg. Ibeth Figueroa Sánchez de la Comisión Revisora Ad hoc del proyecto de tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA.IQUITOS-2014", donde indica que se encuentran APTOS para su aprobación y ejecución;

Que, los alumnos **PÉREZ LOYOLA Rocío del Pilar** y **TORIBIO FAUSTINO Daniel** adjunta 02 ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA.IQUITOS-2014", para su aprobación; habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación, el mismo que se encuentra inscrito en el Libro de Registro de la Facultad de Obstetricia; y, según el Art. 18º del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad que indica "Emitida la Resolución del 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";

Que, estando a las atribuciones conferidas al Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución Nº 053-2012-UNHEVAL-CU de fecha 20 de diciembre del 2012;

SE RESUELVE:

1º **APROBAR**, el Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA.IQUITOS-2014", presentado por los alumnos **PÉREZ LOYOLA Rocío del Pilar** y **TORIBIO FAUSTINO Daniel** de la Facultad de Obstetricia, asesorado por la Dra. Mary Marque Ponce.

2º **DAR A CONOCER**, la presente resolución a los órganos correspondientes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

CON DISTRIBUCIÓN
E. S. M. P. O.
Instituto Invest.
Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA


Mg. Digna M. Matamoros de Lara Suarez
DECANA

ANEXO 07



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

RESOLUCIÓN N° 019-2013-D-F-OBST-UNHEVAL

Huánuco, 09 de enero del 2013.

VISTO;

La solicitud presentado por el alumno **TORIBIO FAUSTINO, Daniel** y **PEREZ LOYOLA, Rocío del Pilar** sobre exclusividad de tema y designación de asesor;

CONSIDERANDO:

Que, según solicitud N°164711 los alumnos de la Facultad de Obstetricia **TORIBIO FAUSTINO, Daniel** y **PEREZ LOYOLA, Rocío del Pilar**, solicitan la exclusividad del título (tema): Factores de riesgo asociados al cáncer cévical en pacientes del Hospital César Grayar García- Iquitos 2014 y nombramiento de asesora de tesis;

Que, con Proveído N° 006-DII-F-OBST-2013 el Instituto de Investigación, indica que hecho la verificación del título (tema) a Investigar: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CÉVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA- IQUITOS 2014, DA POR ACEPTADO** y queda registrado como exclusividad en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de una 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 designando para tal fin a la Dra Mary Luisa Maque Ponce, en el título a investigar: "Factores de riesgo asociados al cáncer cévical en pacientes del Hospital César Garayar García- Iquitos 2014" de los alumnos **TORIBIO FAUSTINO, Daniel** y **PEREZ LOYOLA, Rocío del Pilar**;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, de acuerdo a la Resolución N° 053-2012-UNHEVAL-CU de fecha 20 de Diciembre del 2012;

SE RESUELVE:

- 1º **APROBAR** como exclusividad el título de Investigación: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CÉVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA- IQUITOS 2014" de los alumnos **TORIBIO FAUSTINO, Daniel** y **PEREZ LOYOLA, Rocío del Pilar** y queda registrado en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º **NOMBRAR** a la Dra. Mary Luisa Maque Ponce, Asesora de los alumnos **TORIBIO FAUSTINO, Daniel** y **PEREZ LOYOLA, Rocío del Pilar**; para la elaboración del Proyecto de Investigación hasta la presentación y sustentación del mismo.
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a los interesados.


Regístrese, comuníquese y archívese.

L.L.
L.G.
INTERESADOS
ARCHIVO

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" HUÁNUCO.
FACULTAD DE OBSTETRICIA


Mg. Digna A. Manrique De Lara Suarez
DECAN

ANEXO 08

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	GOBIERNO REGIONAL DE LORETO	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-LORETO	HOSPITAL APOYO IQUITOS	DEPARTAMENTO GINECO OBSTETRICIA
---	------	---------------------	-----------------------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------------

"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Iquitos, octubre 02 del 2014

CARTA N° 002-2014-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01.08

Señora:
 Obst. Jhuliana Elizabeth Pezo Saavedra
 Presente.-

De mi especial consideración:

Grato es dirigirme a Usted para saludarla cordialmente, asimismo el presente tiene por finalidad manifestarle que esta Jefatura ha visto conveniente designarla como Asesora del Proyecto de Tesis "Factores de Riesgo Asociados al Cáncer Cervical en Pacientes del Hospital Apoyo Iquitos 2014" siendo los responsables de la ejecución del mismo la Int. Obst. Rocio del Pilar Pérez Loyola y el Int. Obst. Daniel Toribio Faustino.

Agradecido por las facilidades que brinde al proyecto, quedo de Usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL APOYO IQUITOS - CESAR GARAYAR GARCIA

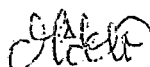
MC Eder Eñ Aguilar Rojas
 Jefe Distrito Gineco Obstetricia
 C.M.P. N° 23708 R.N.E. N° 22496

C.c.:
 - URR.HH
 - Interesados
 - Archivo.
 smss

ANEXO 09

CONSTANCIA DE VALIDACION

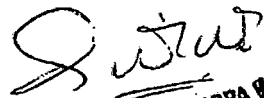
Quién suscribe Mg. María del Pilar, MELGAREJO FIGUEROA mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL SEDE INTERNADO-EXTERNADO 2014” elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



ANEXO 10

CONSTANCIA DE VALIDACION

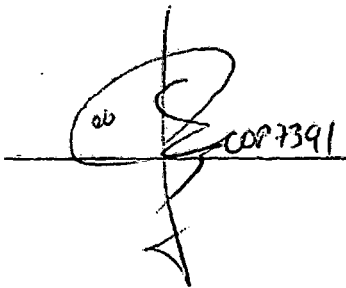
Quién suscribe Dr. José B., GUTARRA VARA, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL SEDE INTERNADO-EXTERNADO 2014" elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



DR. JOSÉ B. GUTARRA VARA
M.P. 18830
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

ANEXO 11**CONSTANCIA DE VALIDACION**

Quién suscribe Obst. César, LOPEZ GODOY, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL SEDE INTERNADO-EXTERNADO 2014" elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



ob
COR 7391



RESOLUCIÓN N° 0134-2015-UNHEVAL-FOBST-D

Huánuco, 11 de junio del 2015.

VISTO;

La solicitud presentado por los alumnos PEREZ LOYOLA Rocío del Pilar y TORIBIO FAUSTINO Daniel.

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 19º del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad indica " Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis con el visto bueno de su Asesor y obteniendo el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Unico de trámite, se designe el Jurado de Tesis...". Art. 20º dice: " El Jurado de Tesis es designado por el Decano, en coordinación con el Jefe de Departamento Académico y en ausencia con el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, en la que debe ser integrado por cuatro (04) profesores ordinarios, tres (03) serán titulares y un (01) accesitario..."

Que, los alumnos PEREZ LOYOLA Rocío del Pilar y TORIBIO FAUSTINO Daniel ha culminado la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA.IQUITOS-2014", bajo el asescramiento de la Dra. Mary Maque Ponce, quien con el Informe S/N de fecha 10 de junio del 2015, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis y que cumple con los estándares exigidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis.

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia mediante Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 enero 2013:

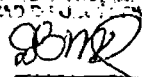
SE RESUELVE:

1º DESIGNAR, dictaminadores de Jurado de la Teis titulada : "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA.IQUITOS-2014**" presentado por los alumnos **PEREZ LOYOLA Rocío del Pilar y TORIBIO FAUSTINO Daniel** debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera:

- PRESIDENTA : Dra. Isabel Prado Juscamaita
- SECRETARIA : Mg. Maria Del Pilar Melgarejo Figueroa
- VOCAL : Mg. Ibeth Figueroa Sánchez
- ACCESITARIA : Mg. Rosario De La Mata Huapaya

2º DISPONER, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA


 DECANO

FC OBSTETRICIA
 JURADOS
 INTERESADOS
ARCHIVO



RESOLUCIÓN N° 0144-2015-D-F-OBST-UNHEVAL

Huánuco, 22 de junio del 2015

VISTO:

La solicitud N° 0254067 de fecha 19 de junio del 2015 presentado por los bachilleres PEREZ LOYOLA Rocío Del Pilar y TORIBIO FAUSTINO Daniel, quien pide fecha, hora para sustentación adjuntando los Informes de Tesis.:

CONSIDERANDO:

Que los bachilleres PEREZ LOYOLA Rocío Del Pilar y TORIBIO FAUSTINO Daniel, solicita fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA, IQUITOS-2014";

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

Que, el Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad en el Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, en su art. 27° dice : " Una vez completado el jurado de tesis señalar día, hora y lugar de la sustentación..."

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia mediante Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de Enero;

SE RESUELVE:

1° **FIJAR** como fecha de sustentación de la Tesis: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA, IQUITOS-2014" presentado por los bachilleres PEREZ LOYOLA Rocío Del Pilar y TORIBIO FAUSTINO Daniel :

DÍA : MARTES 30 DE JUNIO DEL 2015.

HORA : 3:00 P.M.

LUGAR : Aula 301 pab. III 3er. piso.

2° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Isabel Prado Juscamaita Presidenta
- Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa Secretaria
- Mg. Ibeth Figueroa Sánchez Vocal
- Mg. Rosario De La Mata Huapaya Accesoraria

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

Regístrese, comuníquese y archívese.

CON DISTRIBUCIÓN
Expediente
Jurados
Interesados.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMINIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

[Signature]
Mg. Diana E. Mariquez Lara Suarez
DECANA



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

En la ciudad de Huánuco, a los...30...días del mes de...Junio...del 2015 siendo las...15:00...horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el...Aula 301..., los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CANCER CERVICAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA.IQUITOS-2014" presentado por la bachiller PEREZ LOYOLA Rocío del Pilar para obtener el TITULO DE OBSTETRA estando integrado por los siguientes docentes:


- Dra. Isabel Prado Juscamaita PRESIDENTA
- Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa SECRETARIA
- Mg. Ibeth Figueroa Sánchez VOCAL
- Mg. Rosario De La Mata Huapaya ACCESITARIA

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

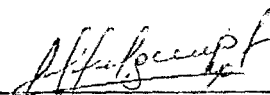
.....Papeleta (s) APROBADOS
..... Papeleta (s) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: dieciocho y cualitativa de : muy bueno

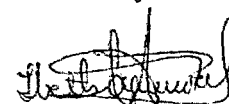
Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.
En fe, de lo cual firmamos.



Dra. Isabel Prado Juscamaita
PRESIDENTE



Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa
SECRETARIA



Mg. Ibeth Figueroa Sánchez
VOCAL

Mg. Rosario De La Mata Huapaya
ACCESITARIA

