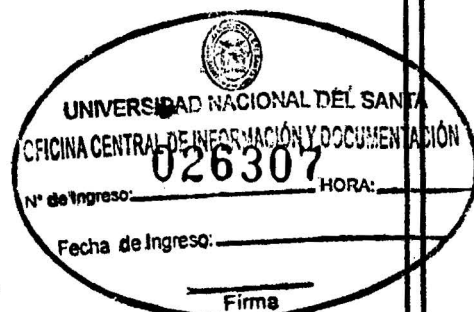




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y GINECO
OBSTÉTRICOS QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE
CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

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

TESISTAS:

Bach. FERNÁNDEZ VELÁSQUEZ, Carlaine Candy
Bach. IZAGUIRRE VILLANUEVA, Elizabeth

ASESORA:

Mg. LUZ FALLA JUÁREZ

CHIMBOTE - PERÚ
2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº. Bº DE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luz Falla", is written over a horizontal dashed line.

Mg. FALLA JUÁREZ, Luz.

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y V° B° DE:

Mg. PINTO FLORES, Irene

Presidente

Dra. Serrano Valderrama, Carmen

Secretaria

Mg. FALLA JUÁREZ, Luz.

Integrante

DEDICATORIA

A DIOS que iluminó mi camino y me inspiró la vocación de servicio, permitiendo que a diario supere obstáculos y por ser el guía permanente para alcanzar mi meta.

A MIS PADRES por sus sabios consejos y enseñanzas, que con su amor, su confianza y su noble sacrificio me enseñaron a valorar la vida, brindándome el apoyo necesario para hacer posible mi formación profesional, sembrando en mí, el espíritu de superación y perseverancia.

A MI HIJO quien es mi fuente de fortaleza y amor para cumplir todas mis metas.

CANDY FERNANDEZ

DEDICATORIA

A DIOS; mi guía y mentor por darme el privilegio de vivir un nuevo día y por llevarme por el camino correcto iluminando mi conocimiento bendiciendo para lograr culminar con éxito mis estudios superiores.

A MIS PADRES por ser la base que cimienta mi vida y fuente de superación personal y profesional, a lo que siempre estaré inmensamente agradecida por brindarme su amor, comprensión y tolerancia cada día de mi vida.

A MI FAMILIA por brindarme un perpetuo apoyo incondicional, por demostrarme amor ante cualquier situación y brindarme paz en los momentos de angustia.

ELIZABETH IZAGUIRRE

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A nuestra asesora: Luz Falla Juárez por su amistad, asesoramiento, orientación, comprensión y paciencia durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de tesis y el apoyo incondicional durante nuestra formación académica. Por la excelente labor desarrollada como asesora, guiándonos constantemente con dedicación y gran conocimiento en todas las etapas del trabajo de tesis, que fueron elementos claves para lograr la finalización del presente trabajo.

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|-------------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO | 19 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS | 29 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| 4.1 RESULTADOS | 40 |
| 4.2 DISCUSIÓN | 54 |
| V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1 CONCLUSIONES | 66 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 67 |
| VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| VII. ANEXOS | 82 |

INDICE DE TABLAS

**TABLA N° 01: FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS
QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO
CHIMBOTE, 2013. 40**

**TABLA N° 02: FACTORES DE RIESGO GINECO OBTETRICOS
QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO
CHIMBOTE, 2013. 45**

**TABLA N°03: RIESGO PREDISPONENTE A CANCER DE
CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 52**

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| GRÁFICO N° 01: INGRESOS ECONOMICOS QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 41 |
| GRÁFICO N°02: GRADO DE INSTRUCCION QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 42 |
| GRÁFICO N°03: OCUPACION QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 43 |
| GRÁFICO N° 04: CONSUMO DE TABACO QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 44 |
| GRÁFICO N° 05: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 46 |
| GRÁFICO N°06: PAREJAS SEXUALES QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 47 |

GRÁFICO N°07: INFECCION DE TRANSMISICION SEXUAL QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 48

GRÁFICO N°08: PARIDAD QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 49

GRÁFICO N°09: USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 50

GRÁFICO N°10: VACUNACION CONTRA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 51

GRAFICO N°11: RIESGO A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 53

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, tiene como objetivo general determinar los factores de riesgo socioeconómico y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino. La población de estudio estuvo conformada por 115 mujeres entre 10 años y 34 años del H.U.P. "Luis Alberto Sánchez". Para la recolección de datos se aplicó la técnica de encuesta y el instrumento fue el cuestionario semiestructurado. El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS 18 en sus dos niveles descriptivo y analítico. Obteniendo los siguientes resultados. 1. En los factores socioeconómicos; el 68.6% de las mujeres tienen un ingreso menor al mínimo vital, el 57.1% presenta grado de instrucción primaria, el 74.3% son ama de casa y el 71.4% no consumen tabaco. 2. En los factores gineco obstétricos el 68.6% han iniciado sus relaciones sexuales entre 14 a 19 años, el 62.9% tuvieron dos parejas sexuales, el 71.4% no presentaron infecciones de transmisión sexual, el 68.6% presentaron más de 3 partos y el 65.7% ha usado anticonceptivos orales y el 97.1% no recibió la vacuna contra el virus del Papiloma Humano. 3. En el riesgo a cáncer de cuello uterino; el 40% presenta riesgo alto, el 31.4% riesgo medio y el 28.5% riesgo bajo. Evidenciando que la mayoría de la población encuestada presenta riesgo a cáncer de cuello uterino.

Palabras Claves: Factores de riesgo socioeconómicos, gineco obstétricos, cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

This research is a descriptive, cross-sectional general objective determine socioeconomic risk factors and obstetric gynecology predisposing to cervical cancer. The study population consisted of 115 women between 10 years and 34 years of HUP "Luis Alberto Sanchez." For data collection the survey technique was applied and the instrument was the semi-structured questionnaire. Processing and statistical analysis was performed on specialized in Statistics and Epidemiology SOFTWARE: SPSS 18 on both descriptive and analytical levels. The following results. 1. In socioeconomic factors, 68.6 % of women have a smaller minimum income, 57.1 % have grade education, 74.3 % were housewife and 71.4 % did not consume snuff. 2. In obstetrician obstetric factors 68.6 % have initiated sexual intercourse between 14-19 years, 62.9 % had two sexual partners, 71.4 % had no sexually transmitted infections, 68.6 % had more than 3 births and 65.7 % have used oral contraceptives and 97.1 % received the vaccine against human papilloma virus. 3. In the risk of cervical cancer, 40% at high risk, 31.4% medium risk and low risk 28.5 %. Showing that the survey population at risk for cervical cancer.

Keywords: socioeconomic risk factors, obstetric gynecology, cervical cancer.

I. INTRODUCCION

El carcinoma del cuello uterino es originado por un tumor a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero. Constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos del aparato genital femenino. Puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer (1).

El cáncer cérvico uterino 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 pre-cancerosas, las células permanecen benignas (pre-cancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer cérvico uterino no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo (2).

La Neoplasia Intraepiteal Cervical (NIC) se ha subdividido en los siguientes estadios: NIC I displasia leve. NIC II displasia moderada. NIC III displasia grave o carcinoma (3).

En su primera fase no presenta síntomas, cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el cérvix, los síntomas que se pueden presentar abarcan: Secreción vaginal continua, que puede ser pálida, acuosa, rosada, marrón, sanguinolenta o de olor fétido. Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia. Períodos menstruales más abundantes y que duran más de lo usual. Pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor pélvico, dolor de espalda, dolor en las piernas, inflamación en una sola pierna, sangrado vaginal profuso, fuga o filtración de orina o heces por la vagina, fracturas óseas (3).

Otros factores aparte de la etapa, como la edad, estado de salud general y los tres tipos principales de tratamiento contra el cáncer de cuello uterino son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, aunque algunas veces el mejor plan de tratamiento incluye dos de estos métodos o más (3).

Los factores que más inciden en la aparición de la enfermedad son la infección por Virus del Papiloma Humano (HPV), el tabaquismo, pareja promiscua, múltiples parejas sexuales, infecciones por enfermedades de transmisión sexual, bajo nivel socioeconómico y la primera relación sexual antes de los 18 años. Sugieren comenzar la prevención desde edades tempranas de la vida con programas educativos para la población sobre el cáncer cérvico uterino (4).

El virus del papiloma humano es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino. 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. La infección por virus del papiloma humano se asocia con verrugas vulvares y plantares que aparecen frecuentemente en niños, jóvenes y adultos. En adultos se observaba lesiones ano genitales por el condiloma acuminado, es una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por virus del papiloma humano en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, la mayoría de infecciones genitales por virus del papiloma humano son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. En el hombre cursa como portador asintomático. Los virus papiloma son un género de virus agrupados por su tumorigenicidad y homogeneidad del DNA. Se conocen más de 70 tipos de Virus del Papiloma Humano, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital (5).

El inicio temprano de las relaciones sexuales implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de carcinógenos ya que existe un agente infeccioso relacionado. El riesgo de la lesión intraepitelial es dos veces mayor a las mujeres

que inician su actividad sexual antes de los 15 años. Existe además existe una relación directa entre el riesgo de la lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales, ésta se relaciona con la probabilidad de exposición al VPH (5).

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por la variación, ni la frecuencia con que se practica el coito; sino porque la promiscuidad tiene el antecedente y el alto riesgo de contraer las enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos". Se ha demostrado la asociación de cáncer uterino con las enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, sin embargo no se ha demostrado la relación con antecedentes por enfermedades como chlamydia o trachomatis o 25 herpes simples. La coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia (5).

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones pre invasoras y el del tabaco. En promedio se considera que las fumadoras tienen dos o tres veces el riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Se ha demostrado la presencia de nicotina, cotidina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cérvico uterino en mujeres que fuman. El tabaco induce un efecto inmunosupresor local. También se han conseguido mutágenos en el moco cervical (6).

En América Latina y el Caribe, el cáncer de cuello uterino es la tercera neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, y la segunda en las mujeres. En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad: en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que varían entre 5 y 10 casos por 100,000 mujeres, y en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas (7).

En el Perú en el año 2011, según lo reportado por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) , en cuanto a las neoplasias malignas en mujeres el cáncer de cuello uterino, desde 2000 al 2009 ha ocupado el primer lugar en casos atendidos, así encontramos que el 2000 se atendieron 1320 casos, en el 2001 se atendieron 1361 casos, en el 2002 se atendieron 1402 casos, en el 2003 se atendieron 1340 casos, en el 2004 se atendieron 1382 casos , en el 2005 se atendieron 1357casos , en el 2006 se atendieron 1533 casos, en el 2007 fueron atendidos 1493 casos, en el 2008 se atendieron 1616 casos y en el 2009 se reportaron 1585 casos de cáncer de cuello uterino, en el 2010 se atendieron 1494 y en el 2011 se atendieron 1518 casos; este es seguido del cáncer de mama. Del mismo modo en cuanto a las neoplasias malignas más frecuentes en mujeres de 20 a 44 años, se encontró que el cáncer de cuello uterino es el que más reporta casos de pacientes atendidos seguido por el cáncer de mama (8).

La coordinadora de La Estrategia de Lucha contra el Cáncer de la Dirección Regional de Salud Áncash (DIRESA) indicó que en Áncash al 2010 se contaban 50 casos de próstata, 40 casos de cuello uterino, 24 de cáncer al estómago y siete casos de cáncer de mama, casos reportados y atendidos por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) (9).

En el Marco del Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer, 2012, el coordinador del Programa de Prevención y Control del Cáncer del Hospital La Caleta informó que de cada 10 mujeres en actividad sexual en Ancash, dos de ellas están propensas a sufrir de cáncer de cuello uterino (9).

El 24 de noviembre el Perú se convirtió en el primer país sudamericano en iniciar un proceso para inmunizar contra el cáncer de cuello uterino, al aplicar la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. La primera etapa de las actividades de vacunación, se inició inmunizando a más de dos mil niñas de 10 a 12 años de edad, en las ciudades de Arequipa, Junín, La Libertad, Loreto, Lima y Callao (9).

El 15 de agosto del 2013 se emitió la nueva norma técnica de inmunización donde se manifiesta que se vacunaran al 100% de las niñas que cursan el quinto año de primaria (o si la niña no estudia el referente es tener 10 años de edad) a nivel nacional (10).

En el Ámbito INTERNACIONAL:

En México; VEGA, D. (2004). En su estudio titulado "Factores de riesgo para cáncer cervico - uterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas", los factores de riesgo que mostraron mayor prevalencia fueron el número de gestaciones (94%), la edad mayor a 35 años (53.4%) y el número de partos (32.2%). Los factores que mostraron mayor asociación con el resultado de citología vaginal de displasia, clase IV y V fueron el número de parejas sexuales (RM = 21.04; IC 95% = 20.33-21.74), la edad de inicio de vida sexual (RM = 1.81; IC 95% = 1.35-2.26); la edad de la menarquía (RM = 1.67; IC 95% = 1.26-2.08) y el número de partos (RM = 1.55; IC 95% = 1.15-1.96) (11).

En México; FLORES, N. (2005). En su estudio titulado "Factores de riesgo de cáncer cervical en mujeres VPH positivas en México", La población de estudio se reclutó entre los años 2000 y 2001. Se evaluaron variables tradicionalmente asociadas con cáncer uterino (ginecológicas y socioeconómicas) y dos variables asociadas con la presencia de VPH (carga viral y el tipo 16). La presencia de VPH-AR incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar cáncer uterino invasor; cuando el VPH es tipo 16, el incremento es mayor (RM= 429.7) comparado con otros tipos (RM=64.1). Se observó una tendencia importante en la RM al elevarse la carga viral (RM=46.6 carga baja; RM=250.7 intermedia y RM=612.9 alta). Finalmente, los factores demográficos y obstétricos conocidos, incrementaron la probabilidad de CaCu invasor. No se observó asociación entre cáncer uterino invasor y tabaquismo en la población de estudio.

Este estudio contribuye a la identificación de las mujeres con alto riesgo de desarrollar CaCu invasor, entre las pacientes infectadas con VPH-AR. Por otra parte, confirma la importancia de la infección de VPH-AR y refleja la carga viral del VPH-AR como cofactor y posible promotor en el desarrollo de la enfermedad. Por último, este biomarcador puede contribuir a mejorar la prevención y la detección temprana de esta enfermedad (12).

En México; BUSTILLOS, V. (2006). En su estudio titulado "Factores de riesgo biológico y social que predisponen a cáncer cervico-uterino en mujeres de 15 a 40 años con vida sexual activa", el grupo de edad que predominó fue el de 25-34 años con 56.3%, la mayoría refirieron tener pareja; el 66.2% se dedica a las labores del hogar. De los factores de riesgos biológico estudiados, se encontró que el 62.4% son multigestas y el 53.7% multíparas, El 56.3% inicio su vida sexual activa de los 15-18 años. El factor de riesgo social, con más alto porcentaje fue la baja escolaridad (primaria) con 52.2%. Destaca la presencia de enfermedades del aparato genital con predominio de candidiasis en un 56.2%; el número de compañeros sexuales en la mitad de la población fue de uno. El tipo de displasia reportada fue leve en el 57.2% (13).

En Cuba; CORDERO, M. (2007). En su estudio titulado "Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino presentes en un grupo de mujeres pertenecientes al municipio de San José De Las Lajas, 2007", fueron entrevistadas 25 mujeres, la mayoría presentó factores de riesgo como:

tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivo hormonal, número de parejas sexuales, inicio precoz de la actividad sexual. Se concluyen como necesarias acciones educativas para efectivamente producir la reducción de las alteraciones antes de todo entre mujeres más jóvenes. El mayor porcentaje lo constatamos en las menores de 25 años con 105 mujeres para un 21.0%. Al analizar el grupo de menores de 25 años, observamos la presencia de hasta 3 riesgos en 38 mujeres para un 7,6% y 67 con 4 o más riesgos para el 13,4%. A partir de este grupo, comienza a disminuir el porcentaje de casos con 4 o más riesgos, con excepción del grupo de 40.44 años con el 8,8%. Para las mujeres con hasta tres factores de riesgos, la cifra se estabiliza entre los 35 y 44 años, comenzando a descender paulatinamente posteriormente. Podemos apreciar que de 427 mujeres que representan el 85,4% de nuestros casos, iniciaron su actividad sexual antes de cumplir los 20 años de edad y de ellas 116 para un 23,2% las iniciaron antes de los 15 años. Tenemos 287 mujeres de nuestro estudio, para un 57,4%, que han tenido entre 1 – 3 parejas sexuales. Otras 120, el 24%, entre 4 – 6 parejas. Como el porcentaje se eleva en este grupo de hasta tres parejas, de un 50,7% antes de los 20 años al 100% con más de 25 años. Por otra parte vemos como disminuye el porcentaje de mujeres de 15,2 a 7,5, al iniciar las relaciones sexuales antes de los 20 años y entre los 20 y 24 años en el grupo de 4 a 6 parejas. En estas mujeres donde no existió promiscuidad, solo encontramos 18 de ellas para un 4,2% en el grupo de 7 o más parejas y todas iniciaron sus relaciones antes de los 20 años (14).

En México; RAMIREZ, F. (2008). En su estudio titulado "Factores de riesgo de cáncer cervical en mujeres VPH positivas en México", el incremento de edad, la carga viral elevada, la edad temprana al inicio de la vida sexual y el nivel socioeconómico bajo se asocian con un mayor riesgo de enfermedad en mujeres VPH positivas (15).

En Brasil; CASTANHO, S. (2009). En su estudio titulado "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados de IVA, citología y cervicografía, 2009", el objetivo del estudio fue verificar alteraciones citopatológicas y factores de riesgo para la ocurrencia del cáncer de cuello de útero en mujeres atendidas por el Sistema Único de la Salud de una ciudad de pequeño porte en la Región Norte de la Provincia de Paraná, Brasil en el período de 2001 al 2006. Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo. La recolección de los datos fue realizada con los resultados de los exámenes, prontuarios y entrevistas. Fueron realizados 6.356 exámenes y 65(1,02%) presentaron alteraciones. De los exámenes hechos 4.869 (70,8%) fueron compuestos de mujeres con edades entre los 25 y los 59 años. Un total de 38,5% de los exámenes presentaron Neoplasia Intra-epitelial del Cuello Uterino (NIC) I, 32,3% NIC II y 18,5% NIC I y Virus de Papiloma Humano (HPV) (16).

En Brasil; BEZERRA, S. Y COLS. (2010). En su estudio titulado "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados de IVA, citología y cervicografía, 2010", se realizó investigación de prevalencia, con 157 mujeres en un centro de salud de Fortaleza-CE-Brasil, en el

período de junio a setiembre de 2006. Se utilizó el SPSS para codificar los datos. Se realizaron inferencias a través de tests estadísticos (χ^2 = Qui-cuadrado y RV= razón de verosimilitud). La IVA, cervicografía y citología obtuvieron 43,3%, 10,19% y 3,2% de resultados alterados. Las variables con importante asociación a lesiones cervicales en la IVA fueron: edad menor a 20 años ($p=0,0001$), uno o más parejas en los últimos tres meses ($p=0,015$), uso de anti-conceptivos ($p=0,0008$), presencia de vaginitis ($p=0,0001$) y pH elevado ($p=0,001$). No se encontró asociación significativa en la cervicografía (17).

En Colombia; GARCÉS, C Y COLS. (2012). En su estudio titulado "Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia, 2012", participaron 81 mujeres entre 18 y 66 años. Aunque se encontraron diferencias por grupos de edad, el inicio temprano de la actividad sexual, promiscuidad, infecciones vaginales, VPH, genética, abortos y falta de higiene, fueron identificados como los principales factores de riesgo para CaCu. Ellas reconocieron que esta enfermedad no siempre tiene síntomas, y que las citologías la detectan tempranamente. Sin embargo, mencionaron miedo a practicarse la citología, incomodidad/dolor, pena, mala atención, procrastinación y miedo al diagnóstico de cáncer como las principales barreras para el tamizaje rutinario. Las mujeres recomendaron campañas educativas y mejorar el servicio como estrategias para motivarlas (18).

En el **Ámbito NACIONAL:**

En Lima; BENIA, W; TELLECHEA, G. (2004). En su estudio titulado "Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias del Centro de Salud Villa San Luis ", cuyos resultados fueron de una muestra de 110 mujeres. Con respecto al inicio de las relaciones sexuales medio, es decir, entre 18 y los 20 años según historia clínica, el 18.52% presentaron su inicio de relaciones sexuales precoz, y el 18.52% presentaron su inicio de relaciones sexuales tardía (19).

En Lima; CABRERA, A. (2006). En su estudio titulado "Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006", cuyos resultados fueron de una muestra de 104 mujeres, con edad promedio de 30 años. El 94.44% presentaron menos de 5 parejas sexuales, el 5.556% presentaron de 5 a más parejas sexuales (20).

En Lima; MENDOZA, S. (2006). En su estudio titulado "Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino en las usuarias del centro de salud Fortaleza- Vitarte", del trabajo se concluyó el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino en las usuarias del C.S. Fortaleza en su mayoría es de medio y bajo. Desconocimiento al Virus de Papiloma Humano y algunos cofactores como causa del cáncer cervicoiterino, acerca de los conocimientos de la prevención secundaria (21).

En Lima; HUAMANI, C y COLS. (2007). En su estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en mujeres de Lima, 2007”, cuyos resultados fueron de una muestra de 502 mujeres, con una edad promedio de 27 años. El 15% inicio sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9%, el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuado (22).

En Tacna; CASTAÑEDA, TOLEDO R; AGUILERA M. (2008). En su estudio titulado “Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en pacientes adultas del Hospital Hipólito Unanue”, cuyos resultados fueron de una muestra de 180 mujeres. Como promedio de los factores de riesgo obtenidos del estudio: Antecedente de infección por Virus del Papiloma Humano negativo (no tamizaje), menarquia media (14 años), inicio de las relaciones sexuales precoz (17 años), 02 parejas sexuales (23).

En Tacna; GAMEZ, B. (2009). En su estudio titulado “Factores de riesgo de cáncer del cuello uterino en pacientes que consultan al Hospital Hipólito Unanue”, se obtuvieron como resultados con una población de 30 mujeres que tenían una edad entre 23 a 70 años con una media de 41 años; el 68% de la población se encuentra entre 31 a 50 años siendo una población donde predominan adultos jóvenes, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 17 años. El número de parejas sexuales

fue de 2 parejas, la paridad fue de 3 productos y abortos de 1 en promedio, el primer embarazo se presentó a los 21 años (24).

En Lima; ACEVEDO, P. (2010). En su estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, se obtuvieron como resultados el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de cérvix y de mama que presentan los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es así que de un total de 182 (100%) de alumnos encuestados, 33,5% (61) presentan un nivel de conocimientos alto, 52,2% (95) presentan un nivel de conocimientos medio y 14,3% (26) presenta un nivel de conocimiento bajo (25).

En el Ámbito LOCAL: A la fecha no se ha realizado trabajos de investigación relacionados con nuestras variables de estudio.

El cáncer uterino es un grave problema de salud pública entre las mujeres del mundo. “La incidencia mundial del cáncer se presenta alrededor de 500.000 nuevos casos por año y 250.000 muertes por esta causa según la OMS” (2006) (26).

En América Latina y el Caribe, el cáncer de cuello uterino es la tercera neoplasia maligna más frecuente y la segunda en las mujeres, con un ecocardiograma transesofágico de 24 casos por 100,000 mujeres; se ubica también en segundo lugar en importancia en mortalidad (26).

En el Perú, según lo reportado por el INEN (2013), en cuanto a las neoplasias malignas en mujeres el cáncer de cuello uterino, desde 2000 al 2009 ha ocupado el primer lugar en casos atendidos, con un incremento de 12,9% entre esos años (26).

De acuerdo de Globocan 2008, en nuestro país han ocurrido 4,142 caos en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 37,1 casos por 100,000 mujeres; del mismo modo se estima que fallecieron 1,646 pacientes por esta causa (27).

De acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa (27).

En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres y para Lima Metropolitana, en el periodo 2004 – 2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19,6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año (27).

La casuística del INEN revela que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia (27).

Es lo que nos llevó a formular la siguiente interrogante:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y GINECO OBSTÉTRICOS QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ◆ Identificar los factores de riesgos socioeconómicos que predisponen a cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013.
- ◆ Identificar los factores de riesgo gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013.
- ◆ Determinar el riesgo a cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013.

HIPÓTESIS

Implícita.

La presente investigación es de gran importancia, pues los resultados nos ayudarán a enriquecer los conocimientos respecto al cáncer de cuello uterino, esto nos permitirá intervenir en beneficio de mujeres, aplicando programas educativos y estrategias para prevenir el cáncer de cuello uterino en ellas, disminuyendo la morbimortalidad en este grupo de riesgo.

Servirá como un marco para la realización de otra investigación, con otras variables, de tal manera que nos permita aproximarnos a conocer la problemática y por ende generar proyectos viables de intervención elevando de este modo la calidad de vida.

Así como concientizar a los profesionales de salud, sobre la importancia de trabajar con este grupo de edad

La labor de la enfermera es muy importante, pues contribuye al trabajo interdisciplinario para una atención integral, mediante la creación de programas de prevención de cáncer de cuello uterino.

En el ámbito local, el presente estudio será de vital importancia ya que su resultado permitirá identificar los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y de esta manera trabajar conjuntamente con las familias.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el Enfoque de Riesgo que es un método que se emplea para medir las necesidades de atención. Ayuda a determinar las prioridades de salud. Es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Pretende mejorar la atención para todos, priorizando la atención a aquellos grupos que más la requieren (28).

Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención, captando a grupos especialmente vulnerables de sufrir enfermedad, accidente o muerte (28).

El enfoque asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos mayor probabilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos; cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño – prevención primaria; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación – prevención secundaria. La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria está dirigida a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (29).

La hipótesis en la que se basa el enfoque de riesgo es que a más exacta sea la medición del riesgo, se comprenderá adecuadamente las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones del personal de salud contribuyendo a mejorar la calidad de atención (28).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas (29).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, Factor (factor de riesgo o factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (factor de daño o beneficio) (30).

Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad que una o más características o factores contribuyan a que se produzca un hecho, daños o incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud. Se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (28).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en las numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada, sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca (29)(30).

Factor, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Se llama "Factor de riesgo" a aquellos factores que se encuentran asociados positivamente con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero no conduce a un daño o enfermedad (28).

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancias detectables en personas o grupo de personas, asociados con un aumento en la probabilidad de experimentar daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud. Estos factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socio-culturales, económico) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción, conllevando a incrementar aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud (30).

Su importancia radica en que son observables y/o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice (29).

Los factores socioeconómicos son características que se encuentran dentro del entorno de la mujer y las que pueden influir favorablemente o incrementar el riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino (31).

Los ingresos económicos es el ingreso monetario que tiene una familia mensualmente; se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud., Muchos estudios reportan que la pobreza se encuentra relacionada con una menor oportunidad de detección temprana de cáncer de cuello uterino, en el Perú las zonas pobres presentan menor búsqueda de atención por problemas de salud (32).

El grado de instrucción es el nivel educativo alcanzados por las mujeres así encontramos que la baja educación en las mujeres, es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchos autores reportan que el mayor porcentaje se encuentran cuando la mujer es analfabeta o solo suelen tener primaria. Las mujeres que no han tenido acceso a la educación viven sumisas en una situación de marginación y pobreza, enfrentando riesgos muy graves de enfermar y morir, así como no contar con los recursos para asistir a los centros de salud; en cambio una mujer con un nivel educativo adecuado adquiere buenos conocimientos, siguiendo un régimen más saludable (33).

La ocupación, tanto laboral como hogareña en las mujeres posiblemente sea un factor que modifique su conducta, al verse afectada por la disponibilidad del tiempo en la labor que desempeña, accesibilidad a los servicios de salud, conflictos de roles que afronta, entre otros (34).

El consumo de tabaco, es un factor predisponente ya que las mujeres fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer de cáncer del cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino (35).

Los factores gineco obstétricos, que predisponen a la adquisición de cáncer de cuello uterino, en los que encontramos los que abarcan el aparato reproductor femenino, embarazo y alumbramiento. Así encontramos que existen factores de riesgo específicos, en los que se encuentran, la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, la paridad enfermedades de transmisión sexual, la vacuna contra el VPH y el uso de anticonceptivos orales (31).

La edad de inicio de relaciones sexuales es un indicador importante para el riesgo a cáncer de cuello uterino; 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 cérvicouterina 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 noxas 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 (36).

Las parejas sexuales, representa un factor de riesgo determinante para la infección por VPH. El individuo que ha tenido mayor número de parejas sexuales 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 (37).

La infección de transmisión sexual, son ocasionadas por infecciones que se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual. Se

ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo clamidias, trichomonas, Herpes, sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital, ya que generan cambios inflamatorios en los genitales que facilitan el desarrollo de la infección por HPV y su progresión a cáncer de cuello uterino (38).

Paridad es el número de partos que ha tenido una mujer. Una paridad mayor o igual de tres partos a término también está asociada con un riesgo aumentado de desarrollo de cáncer cuello uterino, 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 (39).

El uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino; 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 (40).

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano permite la inmunización contra dos tipos de virus de papiloma humano, los cuales son responsables del 77 % de casos. 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 % de las mujeres sexualmente activas adquirirán la infección antes de los 50 años, por lo que ésta es extremadamente común (41).

La vulnerabilidad es la medida de susceptibilidad o predisposición intrínseca de una persona a sufrir daño a la salud. La vulnerabilidad es dinámica y el nivel de vulnerabilidad de una persona cambia a lo largo de la vida, como resultado de los procesos normales del desarrollo y de las circunstancias inusuales, tales como la exacerbación de la enfermedad y accidentes. Para el estudio de investigación, la vulnerabilidad la constituyen las adolescentes (30).

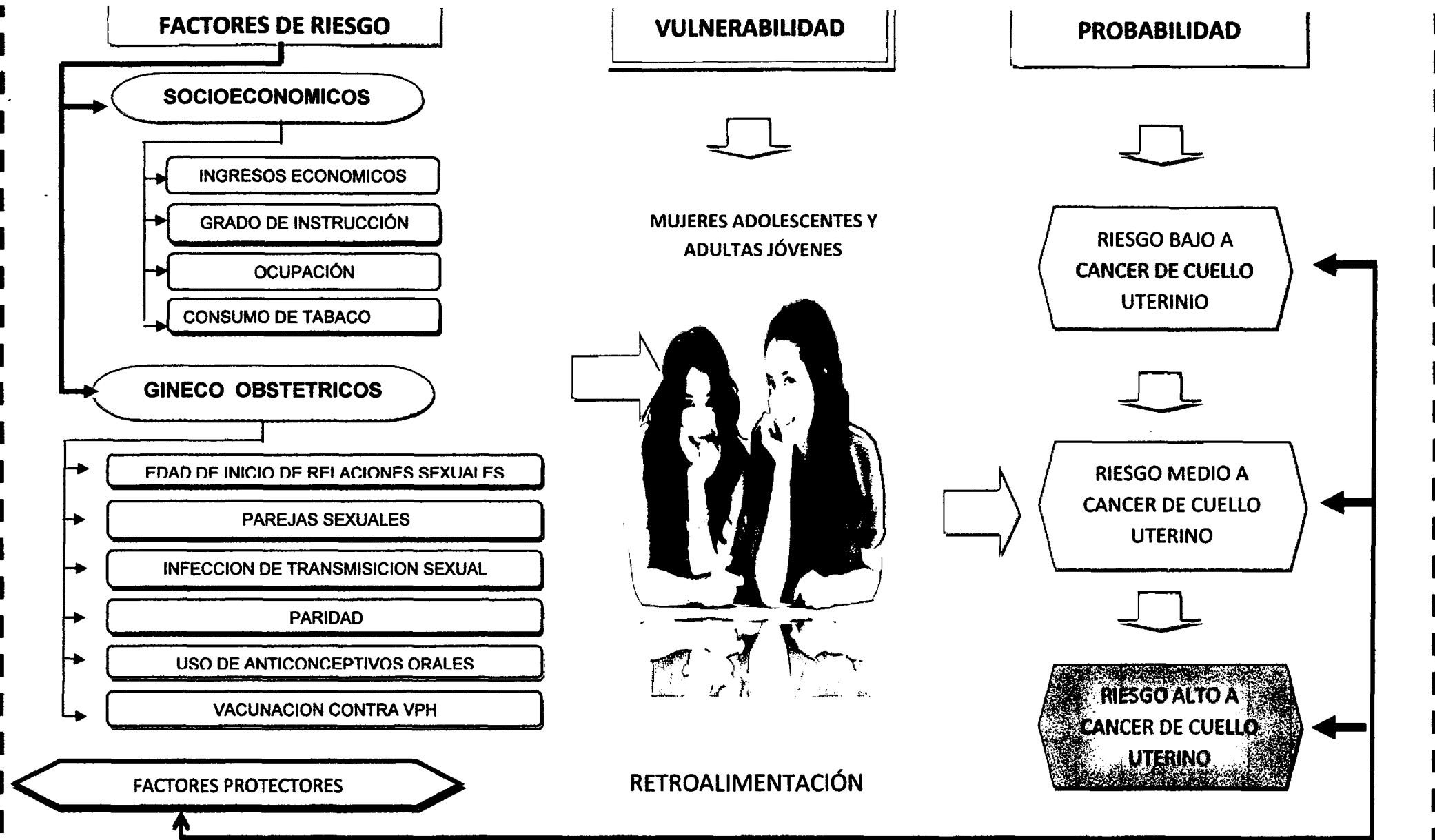
La probabilidad es la medida de algo incierto, medida del grado de ocurrencia de un suceso. Del mismo modo que en el componente factor, en el componente probabilidad se evidencia dos probabilidades de suceso: daño (suceso negativo) o beneficio (suceso positivo) (29) (30).

Daño, es definido como resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo.

Gran parte del trabajo de prevención del daño centra su atención en reducir la vulnerabilidad con el fin de poder hacerlo se deben identificar cuáles son los factores de mayor riesgo y evaluarlos (28).

Para efectos de la investigación se constituye un daño cuando existen riesgo bajo, riesgo medio, riesgo alto a cáncer de cuello uterino (29).

Beneficio está relacionado a características o factores que actúan como protectores (29).



ESQUEMA DEL ENFOQUE DE RIESGO ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, de Corte Transversal.

- **Descriptivo:** Se observará los fenómenos tal y como se dan en su contexto.
- **De Corte Transversal:** Se identificará las características de la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procederá a la descripción y análisis de los mismos.

3.2. POBLACIÓN:

A. Población muestral:

La población de estudio estará conformada por 115 mujeres del H.U.P Luis Alberto Sánchez. Nuevo Chimbote, 2013.

B. Unidad de análisis:

Constituido por la mujer que reside en el H.U.P Luis Alberto Sánchez. Nuevo Chimbote, 2013.

C. Criterios de inclusión:

- ◆ Las mujeres entre 10 a 34 años que viven en H.U.P. Luis Alberto Sánchez.
- ◆ Mujeres que han iniciado su vida sexual.

- ◆ Mujeres sin problemas mentales.
- ◆ Mujeres que deseen participar voluntariamente en el estudio.

3.3 DISEÑO MUESTRAL.

La muestra estuvo constituida por 35 mujeres entre 10 - 34 años que viven en H.U.P. Luis Alberto Sánchez y que reúnen los criterios de inclusión.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS.

Se dará cumplimiento a los principios éticos como la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; respetando la integridad de las mujeres.

A. Beneficencia: “Actuar en beneficio del otro”.

En el presente estudio de investigación se busca el bien para las personas, teniendo como finalidad lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones. El presente estudio de investigación proporcionará información a los futuros profesionales y personal de salud para contribuir en la prevención de cáncer en la mujer.

B. No maleficencia: “Ante todo no hacer daño, no perjudicar”.

Es el presente estudio de investigación se tendrá en cuenta la discreción y la privacidad de en datos personales de la mujer.

C. Autonomía: Implica el “Respeto hacia la autodeterminación de las personas”. En el presente estudio de investigación se respetará los datos que se registrarán, evitando modificaciones para obtener beneficios propios.

D. Justicia: La justicia es la “Constante y perpetua libertad de dar a cada uno su propio derecho”. Por lo que cada dato obtenido será tomado sin acepciones teniendo en cuenta un trato igualitario.



3.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

FACTORES SOCIOECONOMICOS Y GINECO OBSTETRICOS:

A. FACTORES SOCIOECONOMICOS:

Conjunto de elementos económicos y sociales, susceptibles de estudio, para la determinación de las características económicas y sociales de una población.

1) INGRESOS ECONÓMICOS:

Definición Conceptual: Admisión de dinero que percibe la familia para el sustento familiar:

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Ingreso Menor al Mínimo Vital (< S/. 750.00)
- Ingreso Mínimo Vital (S/. 750.00)
- Ingreso Mayor al Mínimo Vital (> S/. 750.00)

2) GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Definición Conceptual: Año de estudios alcanzados por la mujer hasta el momento de aplicar el instrumento.

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Analfabeta.
- Primaria.
- Secundaria.
- Superior.

3) OCUPACIÓN:

Definición Conceptual: Actividad predominante que desempeña una persona para su desarrollo y productividad, en un tiempo y espacio determinado.

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Ama de casa.
- Estudiante.
- Trabajo independiente.
- Asalariada.

4) CONSUMO DE TABACO:

Definición Conceptual: hace referencia a que si la mujer fuma.

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Si consume.
- No consume.

B. FACTORES GINECO OBSTETRICOS:

Está relacionada con el estudio anatómico, fisiológico y patológico del aparato reproductor femenino, así como el embarazo, parto, puerperio normal y patologías.

1) EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES:

Definición Conceptual Se refiere a la edad en la mujer adulta tuvo su primera relación sexual.

Definición Operacional: Mediante la escala ordinal:

- 10-13 años.
- 14-19 años.
- 20-25 años.
- 26-34 años.

2) PAREJAS SEXUALES:

Definición Conceptual: se refiere a la cantidad de personas con las que ha tenido relaciones sexuales, hasta el momento del estudio.

Definición Operacional: Mediante la escala ordinal:

- 1 pareja sexual.
- 2 parejas sexuales.
- Más de 3 parejas sexuales.

3) INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

Definición Conceptual: se refiere a que si la usuaria ha tenido o tiene una ITS; y si se la trató.

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Si presentó.
- No presentó.

4) PARIDAD:

Definición Conceptual: El número de partos que ha tenido una mujer.

Definición Operacional: Mediante la escala ordinal:

- 1 parto.
- 2 partos.
- Más de 3 partos.

5) USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES:

Definición Conceptual: El uso prolongado de anticonceptivos orales se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Sí utilizo.
- No utilizo.

6) VACUNACION CONTRA EL VIRUS DEL PAPAILOMA HUMANO:

Definición Conceptual:

Esta vacuna brinda inmunidad frente a ciertas variedades de enfermedades de transmisión sexual del VPH, asociado con el desarrollo del cáncer cervical.

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Completa
- Incompleta
- No recibió.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta. Como instrumento de recolección de datos se usó el cuestionario mediante el cual se obtuvo la información a través de una serie de preguntas a las mujeres entre 10 a 34 años del H.U.P Luis Alberto Sánchez durante el mes de noviembre y diciembre, 2013. El instrumento que se utilizó en esta investigación fue:

Cuestionario Semiestructurado (ANEXO N° 01): Sobre los Factores De Riesgo Socioeconómicos y Gineco obstétricos: Ingresos Económicos, Grado de Instrucción, Ocupación, Consumo de tabaco, Edad de Inicio de Relaciones Sexuales, Parejas Sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual, Uso de Anticonceptivos Orales y Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. Estos indicadores tienen un puntaje cuya suma nos indicara el nivel de riesgo a cáncer de cuello uterino.

Dando la calificación siguiente:

- Riesgo bajo a Cáncer de Cuello Uterino: 10-16 puntos.
- Riesgo medio a Cáncer de Cuello Uterino: 17-23 puntos.
- Riesgo alto a Cáncer de Cuello Uterino: 24-30 puntos.

3.7 CONTROL DE CALIDAD DE INSTRUMENTOS

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Instrumento elaborado por las investigadoras, validado por juicio de expertos: Mg. Pinto Flores Irene y Dra. Serrano Valderrama Carmen.

3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Para la recolección de datos en el presente estudio de investigación se considera los siguientes datos:

Se coordinó con las autoridades del H.U.P Luis Alberto Sánchez, para hacer de su conocimiento el trabajo de investigación a realizar y se solicitó el permiso respectivo.

Luego se ubicó a las mujeres que se encuentran dentro de los criterios de inclusión y se realizó la orientación sobre la finalidad del trabajo de investigación y la importancia de llevar todo el cuestionario con honestidad y veracidad.

Los instrumentos fueron llenados por las investigadoras, interrogando a las mujeres en estudio.

Al finalizar la aplicación del instrumento se agradeció a las entrevistadas y a sus respectivas familias.

3.9 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS:

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS N°18; en sus 2 niveles: descriptivo y analítico; previa codificación de los datos obtenidos:

El análisis estadístico.

➤ **Descriptivo:** Tablas unidimensionales, cifras absolutas y relativas.

Las gráficas estadísticas se realizaron en Software HarwardGraphic.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS:

TABLA N° 01: FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

| FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS | Fi | Hi |
|--|-----------|-------------|
| TOTAL | 35 | 100% |
| INGRESO ECONÓMICO | | |
| Ingreso Menor al Mínimo Vital (<S/. 750.00). | 24 | 68.6 |
| Ingreso Mínimo Vital (S/. 750.00). | 10 | 28.6 |
| Ingreso Mayor Mínimo Vital (> S/. 750.00). | 1 | 2.8 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | |
| Analfabeta | 1 | 2.9 |
| Primaria | 20 | 57.1 |
| Secundaria | 9 | 25.7 |
| Superior | 5 | 14.3 |
| OCUPACION | | |
| Ama de casa. | 26 | 74.3 |
| Estudiante. | 6 | 17.1 |
| Asalariada. | 3 | 8.6 |
| CONSUMO DE TABACO | | |
| Si consume. | 10 | 28.6 |
| No consume. | 25 | 71.4 |

FUENTE: Las mujeres de 10 a 34 años del H.U.P "Luis Alberto Sánchez".

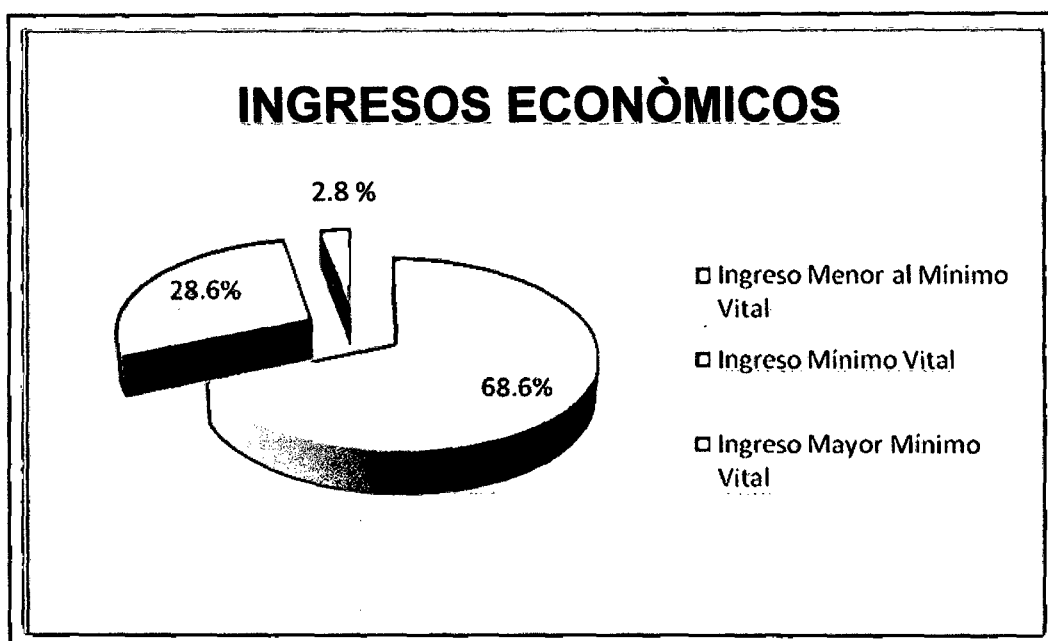


GRAFICO N° 01: INGRESOS ECONOMICOS QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

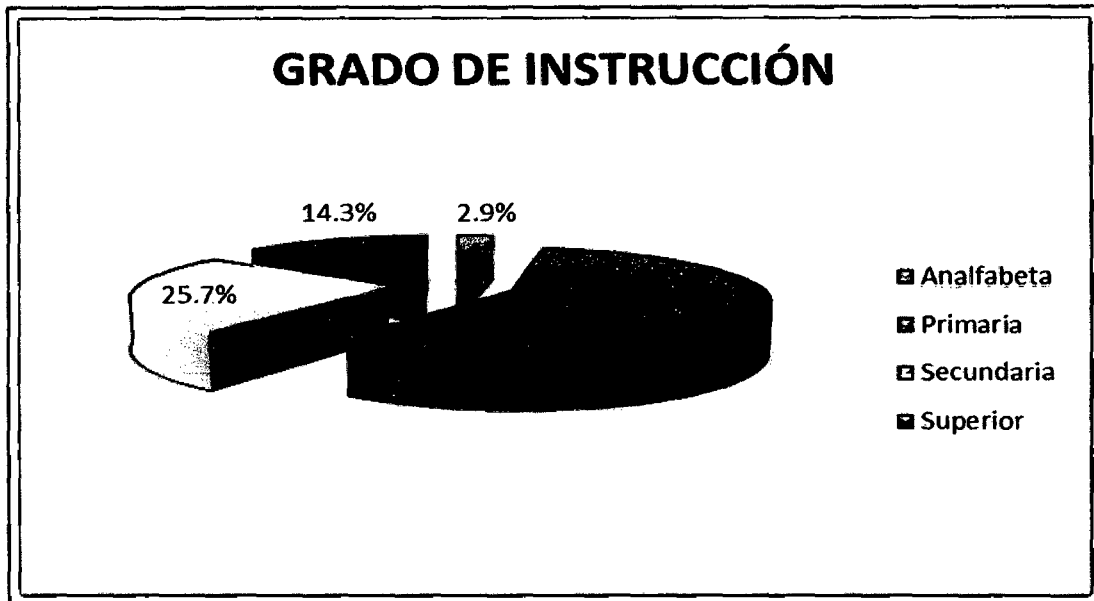


GRÁFICO N°02: GRADO DE INSTRUCCION QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

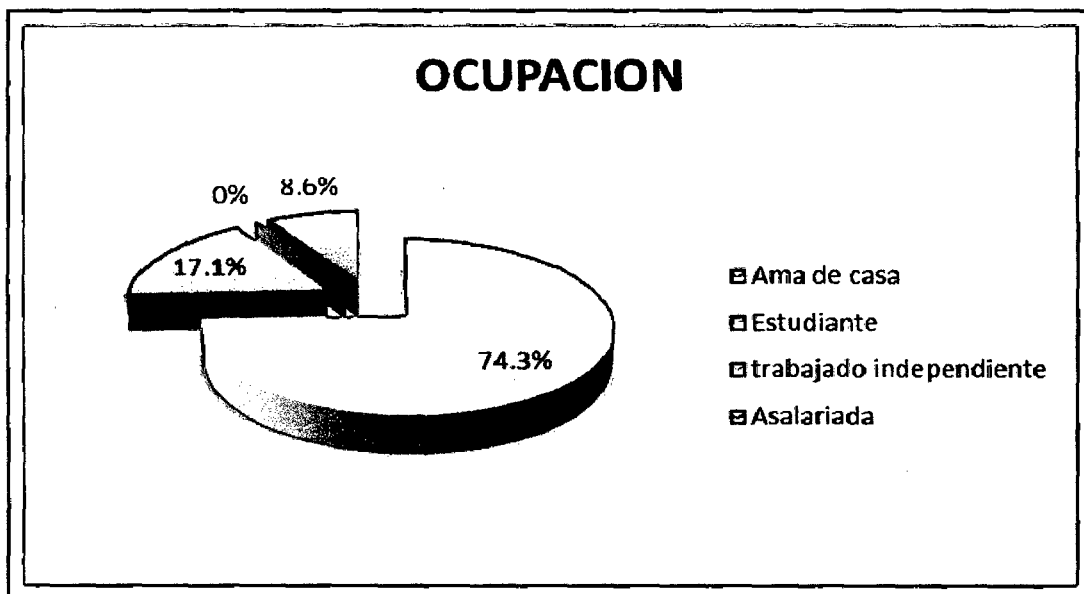


GRÁFICO N°03: OCUPACION QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

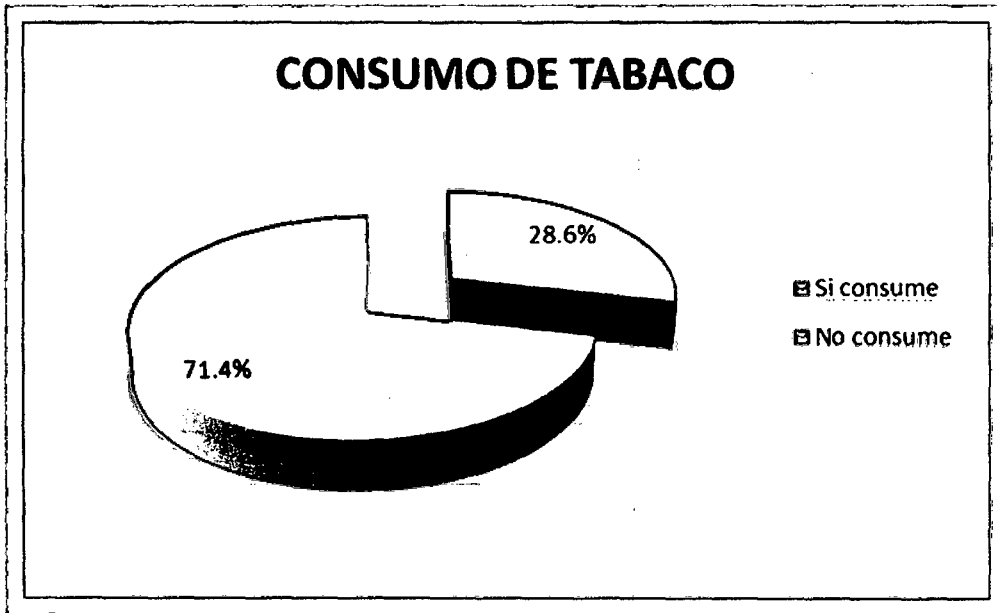


GRÁFICO N° 04: CONSUMO DE TABACO QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 02: FACTORES DE RIESGO GINECO OBSTETRICOS QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

| FACTORES DE RIESGO GINECO OBSTÈTRICOS | Fi | Hi |
|---|-----------|-------------|
| TOTAL | 35 | 100% |
| EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES | | |
| 10 – 13 años. | 2 | 5.7 |
| 14 - 19 años. | 24 | 68.6 |
| 20 – 25 años. | 9 | 25.7 |
| PAREJAS SEXUALES | | |
| 1 pareja sexual. | 8 | 22.8 |
| 2 parejas sexuales. | 22 | 62.9 |
| Más de 3 parejas sexuales | 5 | 14.3 |
| INFECCIÓN DE TRANSMISION SEXUAL | | |
| Si presentó | 10 | 28.6 |
| No presentó | 25 | 71.4 |
| PARIDAD | | |
| 1 parto | 3 | 8.6 |
| 2 partos | 8 | 22.8 |
| Más de 3 partos | 24 | 68.6 |
| USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES | | |
| Sí | 23 | 65.7 |
| No | 12 | 34.3 |
| VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO | | |
| Completa | 1 | 2.9 |
| No recibió | 34 | 97.1 |

FUENTE: Las mujeres de 10 a 34 años del H.U.P "Luis Alberto Sánchez".

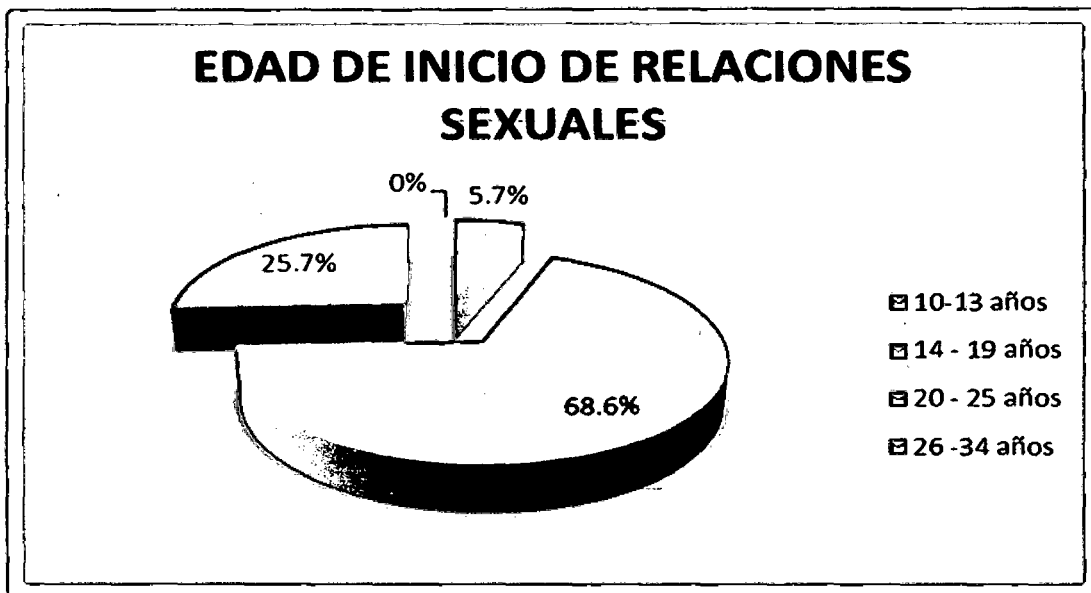


GRÁFICO N° 05: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

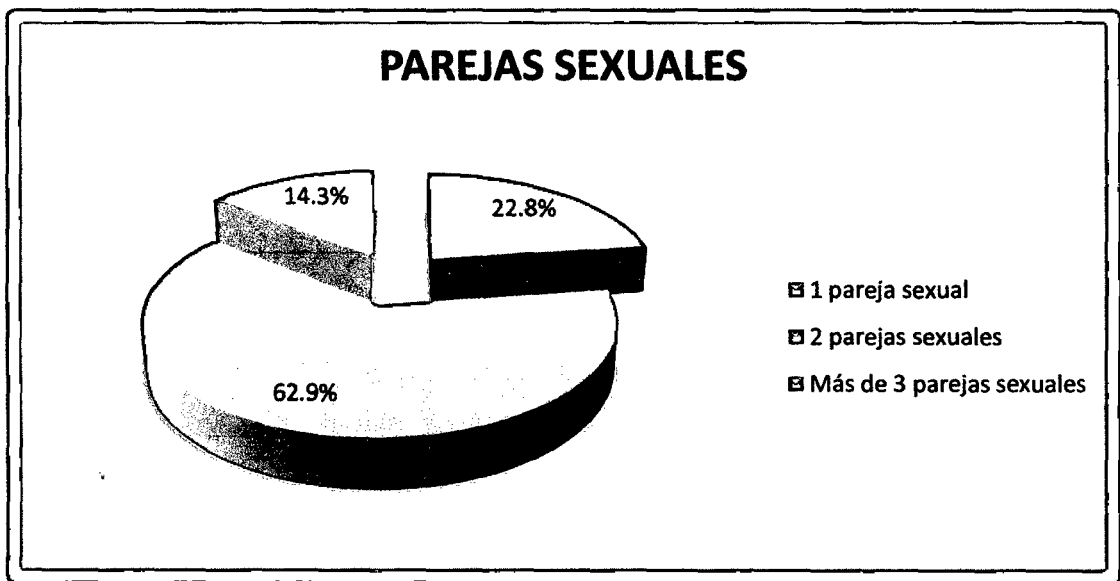


GRÁFICO N°06: PAREJAS SEXUALES QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

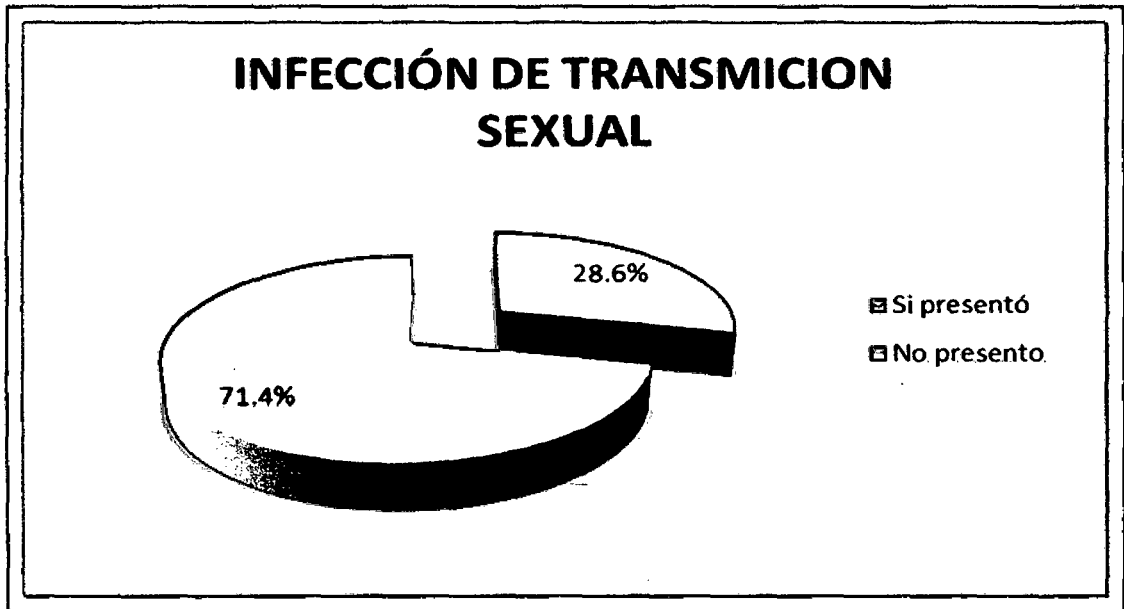


GRÁFICO N°07: INFECCION DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

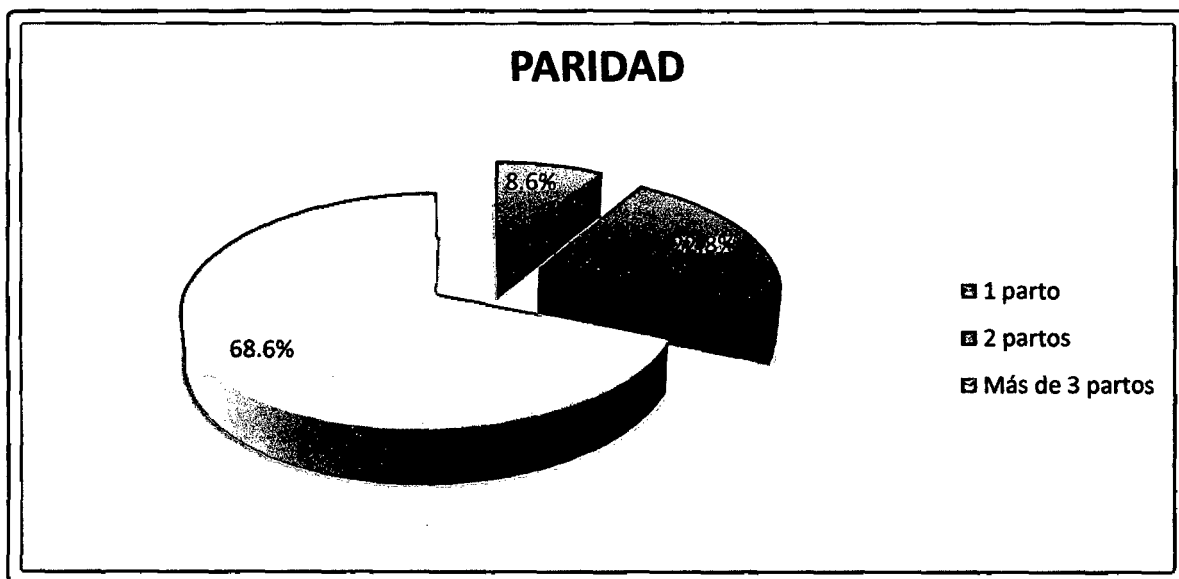


GRÁFICO N°08: PARIDAD QUE PREDISPONEN A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

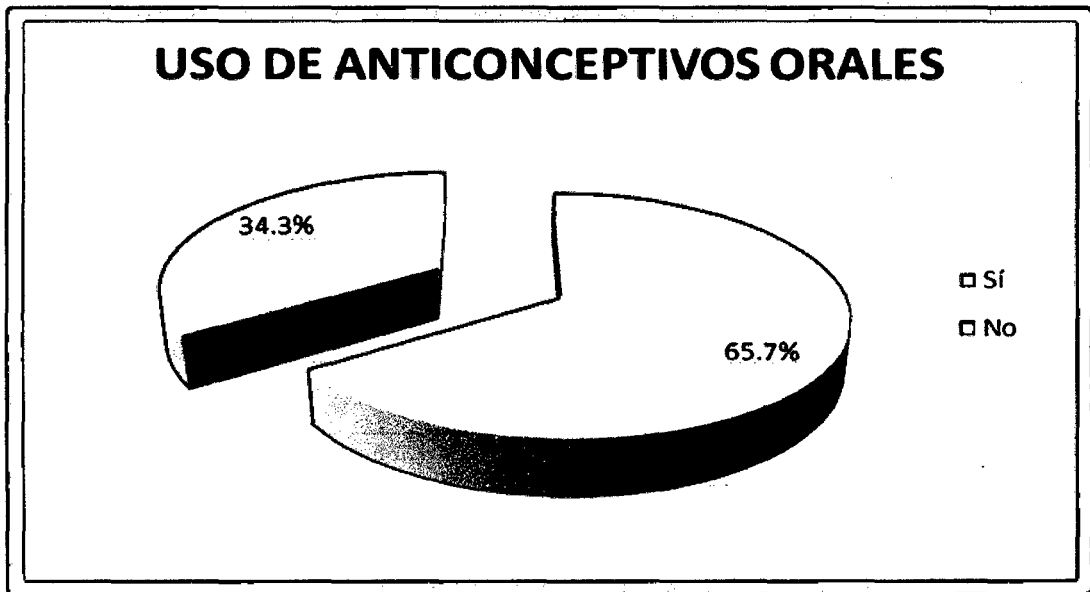
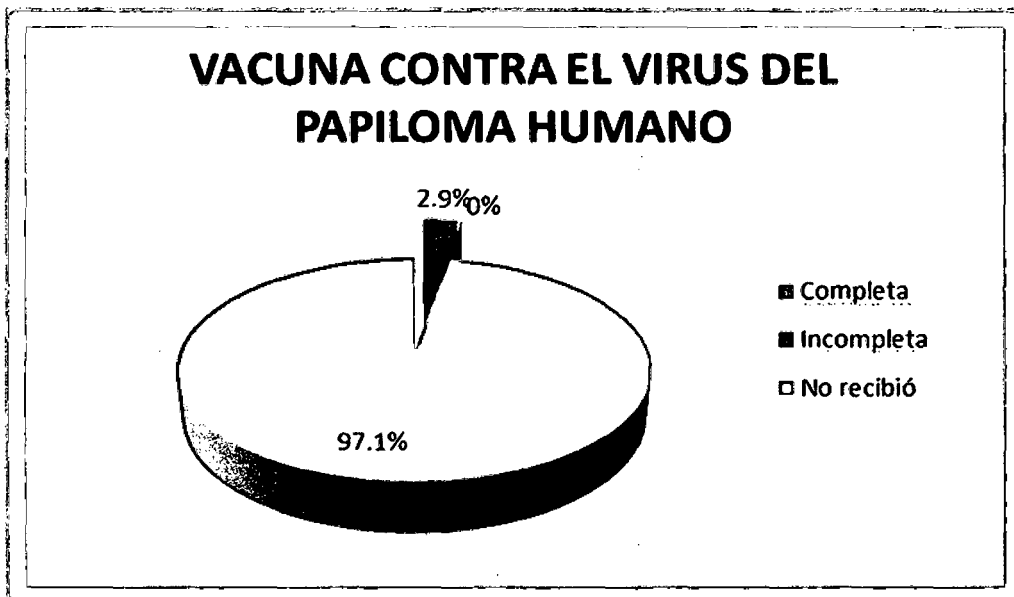


GRÁFICO N°09: USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES QUE PREDISPONEN A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



**GRÁFICO N°10: VACUNACION CONTRA VPH QUE PREDISPONEN A
CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE,
2013.**

TABLA N° 03: RIESGO PREDISPONENTE A CÁNCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

| RIESGO | Fi | Hi |
|---------------|-----------|--------------|
| RIESGO BAJO | 10 | 28.5 |
| RIESGO MEDIO | 11 | 31.4 |
| RIESGO ALTO | 14 | 40 |
| TOTAL | 35 | 100.0 |

FUENTE: Las mujeres de 10 a 34 años del H.U.P "Luis Alberto Sánchez".

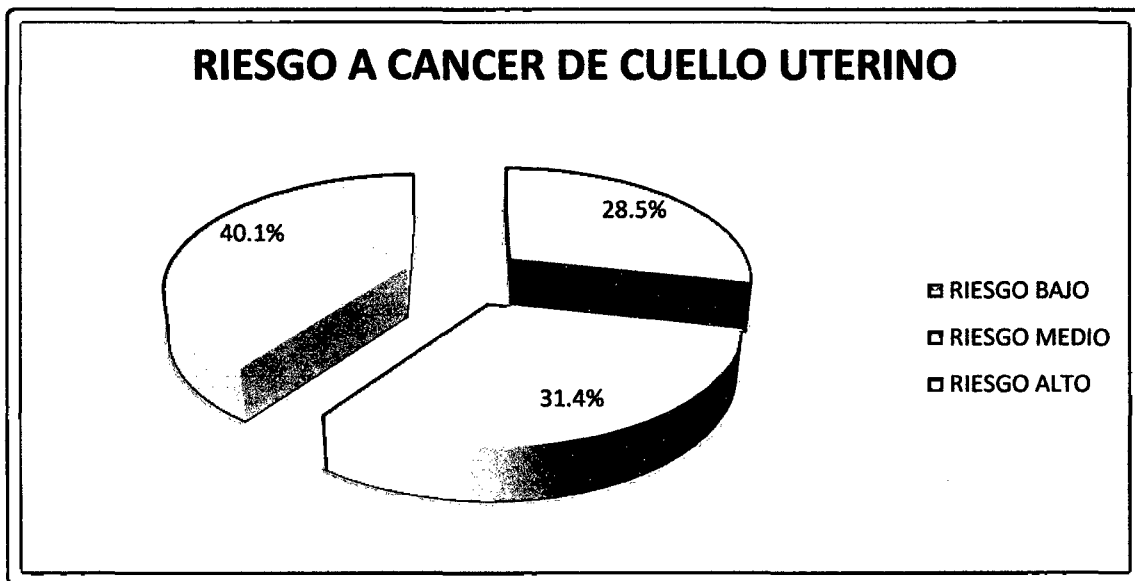


GRÁFICO N°11: RIESGO A CANCER DE CUELLO UTERINO. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

4.2. ANALISIS Y DISCUSION:

Tabla N°1: Sobre los Factores Socioeconómicos que predisponen a cáncer de cuello uterino, tenemos que:

Según **INGRESOS ECONÓMICOS**, se aprecia que la mayoría el 68% de las entrevistadas tienen un ingreso económico menor al mínimo vital el 28.6% tienen un ingreso económico mínimo vital y el 2.8% tienen un ingreso económico mayor al mínimo vital.

Los resultados son similares a **PALMA, J.** en su investigación: "Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino del C.S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores 2011", encontró que el 81,3% de las usuarias entrevistadas refieren un ingreso económico mensual de menos de 750 soles, el 13.8% de las usuarias entrevistadas refieren un ingreso económico mensual de 750 soles y el 4.9% de las usuarias entrevistadas refieren un ingreso económico mensual mayor a 750 soles (42).

Los resultados también son respaldados por **DOMÍNGUEZ, E.** en su investigación: "Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en pacientes atendidas en el centro estatal de cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa. México", quien concluye

que el 53.3% con respecto al ingreso familiar mensual es menos de al ingreso mínimo vital (43).

En nuestro estudio observamos que la mayoría de mujeres tienen un ingreso menor al mínimo vital, los ingresos económicos nos permiten accesibilidad a diferentes servicios, un bajo nivel de ingresos son importantes indicadores de un rango de problemas de salud. La pobreza se encuentra relacionada con una menor oportunidad de detección temprana de enfermedades y menor búsqueda de atención por problemas de salud.

Según **GRADO DE INSTRUCCIÓN**, el 57.1% de las entrevistadas presentan grado de instrucción primaria, el 25.7% secundaria, el 14.3% superior y el 2.9% son analfabetas. Evidenciándose que predomina el grado de instrucción primaria.

Los datos obtenidos son similares a los reportados por **RUOTI, G.** en su investigación: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolau (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay", halló que el 10% ha terminado la Secundaria y solo el 1% termino el Superior, ya que la mayoría había terminado solo la Primaria con un 89% (44).

En nuestro estudio observamos que hay un mayor porcentaje de mujeres con grado de instrucción primaria, es un factor muy importante cuando se trata de la comprensión y el entendimiento de cualquier información, dado esto las mujeres con grado de instrucción muy escaso, están más expuestas a una incorrecta orientación. Por otro lado los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino que la mujer adquiera, no necesariamente lo recibe en la educación secundaria o en la universidad (a excepción de las carreras de salud); si no que viene acompañado con su cultura la cual consiste en un conjunto de saberes, creencias y pautas de conducta de su grupo social del que procede, el cual se transmite de generación en generación para comunicarse entre sí y dar solución a problemas que pueden suscitarse durante su vida.

Según **OCUPACION**, se aprecia que la mayoría el 74.3% de las entrevistadas son ama de casa, el 17.1% son estudiantes, y el 8.6% son tienen trabajo independiente. Evidenciándose que predomina un ingreso económico menor al mínimo vital.

Estos datos concuerdan con los de **COGOLLO, Z.** en su investigación: "Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervico uterina en instituciones de salud pública de Cartagena. Colombia. 2007",

encontró que aproximadamente el 90 % de las usuarias entrevistadas son ama de casa (45).

Nuestros datos también concuerda con los de **HERNANDEZ, R.** en su investigación: "Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino. Lima = Perú", encontró que el 46.6% de las pacientes su ocupación principal fue ama de casa y el 20.5 % tiene son estudiantes (46).

Según **CONSUMO DE TABACO**, se aprecia que la mayoría el 71.4% de las entrevistadas no consumen tabaco, y el 28.6% si consumen tabaco.

Los resultados también coinciden con los de **SOZA, R.** en su investigación: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Aleman Nicaraguense. Nicaragua, quien encontró que el 10.98% de las entrevistadas refieren consumir tabaco y el 89.02% refieren no consumir tabaco (47).

Los datos son similares con **ARELLANO, R.** en su investigación: "Sobrevivencia en cáncer cérvico uterino en el servicio de salud metropolitano Sur Oriente. Chile", quien encontró que un 39.32% de las pacientes declararon fumar o haber fumado y el 60.68% declararon no fumar (48).

En nuestros datos observamos que la mayoría de mujeres no consumen tabaco; fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones también dañan el ADN de las células en el cuello uterino.

La **TABLA N° 02**, sobre los Factores Gineco Obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino, tenemos que:

Según la **EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES**, el 68.6% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 -19 años, seguido por un 25.7% el cual inició sus relaciones sexuales entre los 20 – 25 años, el 5.7% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 10 – 13 años. Evidenciándose que el grupo que predomina son las edades de 14 a 19 años.

Los resultados no coinciden a **CABRERA, A.** en su investigación: “Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales”, afirma que el 62.96% presentaron un inicio de relaciones sexuales entre los 18 a 20 años (49).

Los porcentajes son similares a **SANCHEZ, E.** en su investigación: "Infección del Virus Del Papiloma Humano y Cáncer de cuello uterino", refiere que el rango de los 16 a los 18 años de edad de inicio de las relaciones sexuales engloba a los dos tercios del total de casos estudiados, siendo la edad más frecuente a los 16 años (50).

Los resultados son similares con **PACHECO, R.** en su libro: "Ginecología y Obstetricia", refiere que un 31,45% de las mujeres tuvo un inicio precoz de relaciones sexuales antes de los 20 años (51).

Los datos obtenidos por **TENORIO, B.** en su investigación: "Percepciones y actitudes frente al examen de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Carrión – Callao", manifiesta que con respecto al inicio de relaciones sexuales un 78.5% de la población afirma haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad (52).

Los resultados obtenidos por **CARDOZO, J.** en su investigación: "Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre", concluye que el 60% de las usuarias tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 19 años (53).

Nuestros datos reportan que la mayoría de mujeres ha iniciado sus relaciones sexuales entre las edades de 14 a 19 años; durante la adolescencia nuestro organismo presenta desarrollo biológico es decir un desarrollo del organismo que se completa en la etapa adulta; empieza el desarrollo sexual que se evidencia con el incremento del tamaño del útero. El útero aún no maduro no ha completado la estratificación de su epitelio este al exponerse a relaciones sexuales se pone en contacto con acción de noxas carcinogénicas como el esmegma o algunas proteínas nucleares del espermatozoides que producen cambios en las células del cuello del útero, además en este periodo existe gran actividad regenerativa, por lo cual se produce la expansión lateral de las células portadoras del genoma dañado (expansión de células cancerígenas en el cuello del útero).

Según el número de **PAREJAS SEXUALES**, el 62.9% tuvieron 2 parejas sexuales, el 22.8% de las mujeres tuvieron 1 pareja sexual y el 14.3% tuvieron más de 3 parejas sexuales. Evidenciándose que el grupo que predomina es el de 2 parejas sexuales.

Según **SOTOMAYOR, Y.** en su investigación: "Conocimiento y actitudes respecto al cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el hospital Sabogal", refieren que el 83.9% de mujeres reportó dos compañeros sexuales (54).

Los datos hallados reportan que mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas han tenido dos parejas sexuales; el individuo que ha tenido mayor número de parejas sexuales está más expuesto a adquirir enfermedades de transmisión sexuales como el virus del papiloma humano, las que a su vez esto juega un papel importante en la transformación neoplásica cervical.

Según las **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**, el 71.4% de las mujeres no presentaron infección de transmisión sexual y el 28.6% presentaron infección de transmisión sexual.

Los resultados son similares a **SERMAN, F.** en su investigación: **Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento**, refiere que el 24.6% refieren haber padecido infecciones de transmisión sexual (55).

Al adquirir enfermedades de transmisión sexual se generan cambios inflamatorios en los genitales que facilitan el desarrollo de la infección por HPV y su progresión a cáncer.

Según **PARIDAD**, el 68.6% tuvieron más de 3 partos, el 22.8% 2 partos y el 8.6% tuvieron 1 parto.

Los resultados coinciden con **LOPÉZ, A.** en su investigación: “Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizar el examen de Papanicolaou al centro de salud de Sipacate, Escuintla, de Junio 2010 a Junio 2011”, refiere que el 85% de las mujeres ha tenido entre 2 a más embarazos, lo cual puede asociarse como un factor que influye en la aparición de esta enfermedad (56).

Los resultados obtenidos por **LUDIMIR, G.** en su investigación: “Ginecología y Obstetricia. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento”, refiere que el 61.3% de las entrevistadas han tenido más de 2 partos vaginales (57).

De igual manera **PICON, R.** en su investigación: “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano”, refiere que el 66.2% de las mujeres son multíparas (58).

Una mujer que ha tenido mayor cantidad de partos se encuentra expuesta a laceraciones en el cuello del útero que ocurren durante el parto, además se 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, produce cierto grado de inmunodepresión, todo esto es un elemento favorecedor del cáncer.

Según el **USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES**, el 65.7% usan anticonceptivos orales y el 34.3% no usan anticonceptivos orales.

Los resultados también son similares a **YÁNEZ, M.** en su investigación: "Factores de riesgo asociados con la gravedad de las alteraciones cito e histopatologías en mujeres con patología de cuello uterino en el hospital de SOLCA – Núcleo de Quito durante el año 2007", refiere que el uso de anticonceptivos orales estuvo presente en el 38.7% de las mujeres estudiadas (59).

El tejido cervical posee receptores hormonales; la administración de asociaciones de estrógenos-progestágenos encontrados en los métodos anticonceptivos orales puede determinar alteraciones de tipo histológico en el cuello del útero.

Según la **VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**, el 97.1% no recibió la vacuna contra el virus del Papiloma Humano, el 2.9% recibió la vacuna contra el virus del

Papiloma Humano. Evidenciándose que el grupo que predomina no recibió la vacuna contra el virus del Papiloma Humano.

Nuestros resultados son similares con **AMAYA, J.** en su investigación: "Tamizaje para cáncer de cuello uterino: como, desde y hasta cuándo", refiere que el 5.8 % se han colocado la vacuna contra el virus del papiloma humano (60).

Tabla N°3: En el riesgo a cáncer de cuello uterino, tenemos que el 40% presenta riesgo alto, el 31.4% riesgo medio y el 28.5% riesgo bajo. Evidenciando que la población encuestada presenta riesgo a cáncer de cuello uterino.

Nuestros resultados son similares a **Herrero, R.** en su estudio "Prevalencia y distribución por edades del Virus del Papiloma Humano entre las mujeres de Santiago de Chile" refiere que las alteraciones cervicales displasias avanzan con rapidez hacia el cáncer cuando las mujeres presentan más factores de riesgo. Ciertos patrones de comportamiento como la edad temprana de inicio de actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales, multiparidad, uso de anticonceptivos hormonal demuestran estar asociados con la presencia de cáncer cervical (61).

Los resultados también coinciden con **Uribe, J.** en su investigación: "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes oncológicos del Hospital de la Ribera", refiere que el

80% de las mujeres son ama de casa, el 57% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años, el 64% usa anticonceptivos orales, el 79% son multíparas y el 75% tuvieron múltiples parejas sexuales (62).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.

- 1. En los factores socioeconómicos; el 68.6% de las mujeres tienen un ingreso menor al mínimo vital, el 57.1% presenta grado de instrucción primaria, el 74.3% son ama de casa y el 71.4% no consumen tabaco.**
- 2. En los factores gineco obstétricos; el 68.6% han iniciado sus relaciones sexuales entre 14 a 19 años, el 62.9% tuvieron dos parejas sexuales, el 71.4% no presentaron infecciones de transmisión sexual, el 68.6% presentaron más de 3 partos, el 65.7% ha usado anticonceptivos orales y el 97.1% no recibió la vacuna contra el virus del Papiloma Humano.**
- 3. En el riesgo a cáncer de cuello uterino; el 40% presenta riesgo alto, el 31.4% riesgo medio y el 28.5% riesgo bajo. Evidenciando que la mayoría de la población encuestada presenta riesgo a cáncer de cuello uterino.**

5.2. RECOMENDACIONES

- 1. A los establecimientos de salud se les sugiere tener en cuenta este estudio de investigación; para programar intervenciones de enfermería y ejecutar actividades de promoción y prevención de la salud en la mujer.**
- 2. Educar a la población en general, principalmente a las mujeres, para mejorar el nivel de conocimientos acerca de prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino, conducta sexual segura, estilos de vida saludables, autoestima y asertividad; para poder vivir en una comunidad y ambiente saludable.**
- 3. Ampliar los conocimientos sobre la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino, para lo cual se deberá incluir la participación de instituciones educativas públicas y privadas de nivel primario y secundario en coordinación con los establecimientos de salud que corresponda, coordinar con las facultades y/o escuelas profesionales de salud a nivel local para la difusión de información, sensibilización y educación; con ello buscar fortalecer la capacidad de las personas y de sus comunidades para mejorar su salud.**
- 4. Que el equipo de salud fomente la participación de los líderes comunales como promotores de salud y agentes comunales en actividades de educación sanitaria para la sensibilización de la**

población y así la prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

5. Instalar el concepto de vacunas como derecho y responsabilidad en las comunidades, en especial en sectores donde se identifiquen más factores de riesgo a cáncer de cuello uterino.
6. Realizar intervenciones de enfermería como sesiones educativas sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, el uso de preservativos y conducta sexual saludable; en las instituciones educativas priorizando la participación de los adolescentes.
7. Ejecutar campañas de vacunación contra el virus del papiloma humano en las diferentes instituciones educativas públicas y privadas realizando el seguimiento del cumplimiento de las siguientes dosis de la vacuna.
8. Que los estudiantes de enfermería, como futuros profesionales de la salud tomen conciencia de la importante labor educativa en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por lo que es indispensable su preparación continua de esta en el transcurso de su vida profesional.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1. MONGRUT, S. (2000).** Tratado de Ginecología 4ta Ed. Págs. 303 – 314. Perú
- 2. OTTO, SH. (2001).** Enfermería oncológica. 3ra Ed. Edit. el Servier España S.A.
- 3. OPS, (2002).** PATH (Programa para una tecnología apropiada en salud). Cáncer cervicouterino: magnitud del problema: Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino 3ra Ed. Washington
- 4. VEGA, A. (2004).** Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Metamoros, Tamaulpas. En tesis para optar el grado en ciencias de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Págs. 10 -15.
- 5. ORTIZ, y COLS. (2004).** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 N°2. Colombia. Págs. 148 – 154.

6. **LEON C. y COLS. (2004).** Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino En Ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. Vol.30 N°3.

7. **MINSA – PERU. (2004).** Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Modulo I: Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Págs. 20.

8. **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASIAS (2006).** Departamento de la Salud y Prevención del Cáncer. El Cáncer como problema de salud pública. Págs. 11 – 12.

9. **DIARIO DE CHIMBOTE (2010).** Ancash ocupa el segundo lugar con mayores cifras de afectados con cáncer. Fecha de acceso: el 5 Marzo del 2013. Disponible en <http://www.diariodechimbote.com/portada/noticias-locales/63301-ancash-ocupa-segundo-lugar-con-mayores-cifras-de-afectados-con-cancer>.

10. **NORMA TECNICA DE INMUNIZACIONES (2013).** Fecha de acceso: el 03 Enero del 2014. Disponible en:

<http://www.slideshare.net/mltondeperu/rm510-2013-minsaesquema-nacional-de-vacunacion>.

- 11. VEGA, D. (2004).** Factores De Riesgo Para Cáncer Cervicouterino En Mujeres De Matamoros, Tamaulipas". Tesis para optar el título del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria en la Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

- 12. FLORES, N. (2005).** Factores de riesgo de cáncer cervical en mujeres VPH positivas en México. México.

- 13. BUSTILLOS, V. (2006).** Factores de riesgo biológico y social que predisponen a cáncer cervico uterino en mujeres de 15 a 40 años con vida sexual activa. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad Veracruzana. México.

- 14. CORDERO, M. (2007).** Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino presentes en un grupo de mujeres pertenecientes al municipio de San José De Las Lajas, 2007. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería.

- 15. RAMIREZ, F. (2008).** Factores de riesgo de cáncer cervical en mujeres VPH positivas en México. México.
- 16. CASTANHO, S y COLS. (2009).** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados de IVA, citología y cervicografía, 2009. Brasil.
- 17. BEZERRA, S. y COLS. (2010).** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados de IVA, citología y cervicografía, 2010. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería. Brasil.
- 18. GARCÉS, C. y COLS. (2012).** Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia, 2012. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería. Colombia.
- 19. BENIA, W. TELLECHEA, G. (2004).** Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias del Centro de Salud Villa San Luis .Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad de San Marcos. Perú.

20. CASTAÑEDA, M. TOLEDO, R.; AGUILERA, D. (2008).

Factores de riesgo para cáncer cérvicouterino en pacientes adultas del Hospital Hipólito Unanue. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grahmann. Tacna. Perú.

21. CABRERA, A. (2006). Distribución de los factores de riesgo en

el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad de San Marcos. Perú.

22. MENDOZA, S. (2006). Nivel de conocimientos sobre factores de

riesgo del cáncer cervicouterino en las usuarias del centro de salud Fortaleza- Vitarte. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad de San Marcos. Perú.

23. HUAMANI, C y COLS. (2007). Conocimientos y actitudes sobre

los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en mujeres de Lima, 2007. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad de San Marcos. Perú.

- 24. GAMEZ, B. (2009).** Factores de riesgo de cáncer del cuello uterino en pacientes que consultan al Hospital Hipólito Unanue. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grhmann. Tacna. Perú.
- 25. ACEVEDO, P. (2010).** Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el título del grado de Licenciada en Enfermería en la Universidad de San Marcos. Perú.
- 26. MINISTERIO DE SALUD (2013).** Instituto Nacional De Neoplásicas, Fecha de acceso: el 5 de Marzo del 2013. Disponible en http://www.inen.sid.pe/pe/potal/documentos/pdf/estadística/datos_estadisticos/20052011_INEN_NM_FRECUENTES_2000_2009_vf.pdf.
- 27. NATIONAL CANCER INSTITUTE (2004).** Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de cuello uterino. Fecha de acceso: el 06 de Marzo del 2013. Disponible en http://www.cancer.gov/español/tipos/necesitasaber/cervix/wyntk_cervixs.pdf.

- 28. LABOR, J. (2002).** Enfoque de Riesgo. Boletín Práctica Médica. Cuba. Fecha de acceso: el 11 de Octubre del 2013. Disponible en <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/boprime/v2n0900/02.htm>.
- 29. CASTAÑEDA, G. (2003).** Notas de clase. Departamento de salud. Asignatura Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante M. Fajardo". Cuba. Fecha de acceso: el 11 de Octubre del 2013. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos38/Enfoque-de-riesgo/enfoque-de-riesgo.shtml>.
- 30. FLETCHER, P. (2005).** Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex. Perú. Fecha de acceso: el 12-10-13. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/manual-enfoque-de-riesgo/07.htm>.
- 31. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1990).** "Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino". Fecha de acceso: 30 de Noviembre 2013. Disponible en <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=PXE06>

- 32. AMERICAN CANCER SOCIETY. (2013).** Resumen sobre
cáncer de cuello uterino. Fecha de acceso: 01 de
Diciembre 2013. Disponible en
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/resumen/>.
- 33. VALDÉS, R. (2004).** Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. En Revista Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 22. Colombia-Bogotá.
- 34. CEDES. ÁREA DE SALUD, ECONOMÍA Y SOCIEDAD. (2004).**
Cáncer cervical: percepción social, prevención y conocimientos. Argentina.
- 35. ARANDA, F. (2009).** Prevención primaria del cáncer cervicouterino. En Revista GAMO. México.
- 36. ECHEVERRÍA, R. Y COLS. (1999).** Factores de riesgos de cáncer de cérvix en el municipio del cerro. Revista Cubana Epidemiológico

- 37. DURÁN, M. (2005).** Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico epidemiológicos en un área de salud.
Fecha de acceso: 24 de Octubre del 2013.
Disponible en
<<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino>.
- 38. RIGOL, O. (2004).** Obstetricia y ginecología. 2 Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- 39. JAMES, W. (2010).** Comportamiento de Algunos Factores Clínico Epidemiológicos en un Área de Salud. Fecha de acceso: 16 octubre 2013.
- 40. LAZCANO, A. (1995).** Factores de riesgo reproductivos e historia de vida sexual asociada con cáncer cervical en México. En: Revista Investigación Clínica: Vol. 47 .México.
- 41. ALBÚJAR, P. (1995).** Cobertura Citológica de la población femenina a riesgo de cáncer cérvico uterino en la región La Libertad.

- 42. PALMA, J. (2011).** Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino del C.S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores. Lima – Perú.
- 43. DOMINQUEZ, E. (2012).** Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en pacientes atendidas en el centro estatal de cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa. México.
- 44. RUOTI, G. (2008).** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolau (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. Paraguay.
- 45. COGOLLO, Z. y COLS. (2007)** Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervico uterina en instituciones de salud pública de Cartagena. En Revista Salud Uninorte. Barranquilla. Colombia.
- 46. HERNANDEZ, R. (2002).** Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino. Lima – Perú.
- 47. SOZA R. (2011).** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense.

- 48. ARELLANO, R. (2007).** Sobrevivencia en cáncer cérvico uterino en el servicio de salud metropolitano Sur Oriente. Chile.
- 49. CABRERA, A. (2012).** Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima. Perú.
- 50. SANCHEZ, E. (2012).** Infección del Virus Del Papiloma Humano y Cáncer de cuello uterino. Madrid.
- 51. PACHECO, R. (1999).** Ginecología y Obstetricia. 1° Ed. Perú.
- 52. TENORIO, B. (2004).** Percepciones y actitudes frente al examen de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Carrión.Lima – Perú.
- 53. CARDOZO, J. (2004).** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia.

- 54. SOTOMAYOR, Y. (2008).** Conocimiento y actitudes respecto al cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el Hospital Sabogal. Lima
- 55. SERMAN, F. (2002).** Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. En Revista Chilena Obstetricia y ginecología; Volumen 67. No 4. Chile.
- 56. LOPÉZ, A. (2011).** Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizar el examen de Papanicolaou al centro de salud de Sipacate, Escuintla, Guatemala.
- 57. LUDMIR G. y Cols. (2007).** Ginecología y Obstetricia. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. CONCYTEC. Lima. Perú.
- 58. PICÓN, R. (2009).** Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres acerca del Papiloma Virus Humano, Chile.
- 59. YÁNEZ, M. (2009).** Factores de riesgo asociados con la gravedad de las alteraciones cito e histopatológicas en mujeres con patología de cuello uterino en el

hospital de SOLCA – Núcleo de Quito, 2007. Quito – Ecuador.

60. AMAYA J. y Cols. (2005). Tamizaje para cáncer de cuello uterino: como, desde y hasta cuándo. En Revista de Obstetricia y Ginecología. Colombia.

61. HERREO, R. (2007). Prevalencia y distribución por edades del Virus del Papiloma Humano entre las mujeres de Santiago de Chile.

62. URIBE, J. (2009). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes oncológicos del hospital de la Ribera. España.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 01

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO: Factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013.

Autoras:

- Fernández Velásquez, Carlaine Candy
- Izaguirre Villanueva, Elizabeth

Instrucciones Generales: El presente cuestionario es anónimo, tiene como finalidad conocer los factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino del H.U.P. Luis Alberto Sánchez. La información obtenida de este cuestionario será utilizada para el trabajo de investigación.

A continuación encontrará un listado de preguntas con diferentes alternativas como respuestas. En las respuestas de cada pregunta marcar la alternativa que crea conveniente. Agradecemos su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera para la veracidad del trabajo que se está realizando.

PARTE I:

❖ FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

1. Ingresos Económicos:

- a) Ingreso Menor al Mínimo Vital (< S/. 750.00). (3 puntos)
- b) Ingreso Mínimo Vital (S/. 750.00). (2 puntos)
- c) Ingreso Mayor al Mínimo Vital (> S/. 750.00). (1 punto)

2. Grado de instrucción:

- a) Analfabeta. (4 puntos)
- b) Primaria. (3 puntos)
- c) Secundaria. (2 puntos)
- d) Superior. (1 punto)

3. Ocupación:

- a) Ama de casa. (4 puntos)
- b) Estudiante. (3 puntos)
- c) Trabajo independiente. (2 puntos)
- d) Asalariada. (1 punto)

4. Consumo de tabaco:

- a) Si consume. (2 puntos)
- b) No consume. (1 punto)

❖ FACTORES GINECO OBSTETRICOS:

5. Edad de inicio de relaciones sexuales:

- a) 10 – 13 años. (4 puntos)
- b) 14 - 19 años. (3 puntos)
- c) 20 – 25 años. (2 puntos)
- d) 26 – 34 años. (1 punto)

6. Conducta sexuales:

- a) 1 pareja sexual. (1 punto)
- b) 2 parejas sexuales. (2 puntos)
- c) Más de 3 parejas sexuales. (3 puntos)

7. Infección de transmisión sexual:

- a) Si presentó. (2 puntos)
- b) No presentó. (1 punto)

8. Paridad:

- a) 1 parto. (1 punto)
- b) 2 partos. (2 puntos)
- c) Más de 3 partos. (3 puntos)

9. Uso de métodos anticonceptivos:

- a) Sí. (2 puntos)
- b) No. (1 puntos)

10. Vacunación contra virus papiloma humano:

- a) Completa. (1 punto)
- b) Incompleta. (2 puntos)
- c) No recibió. (3 puntos)

PUNTUACION:

| RIESGO A CÁNCER DE CUELLO UTERINO | PUNTUACIÓN |
|--|-----------------------|
| Bajo riesgo | 10 – 16 puntos |
| Riesgo Medio | 17 – 23 puntos |
| Alto Riesgo | 24 – 30 puntos |