



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA - HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, 2017

TESIS

PRESENTADA POR:

MARIELA EVA MONTESINOS AJAHUANA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2019



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS

AUTOR

MARIELA EVA MONTESINOS AJAHUANA

RECuento de palabras

18670 Words

RECuento de caracteres

104449 Characters

RECuento de páginas

92 Pages

Tamaño del archivo

1.4MB

Fecha de entrega

Aug 15, 2024 9:32 AM CST

Fecha del informe

Aug 15, 2024 9:33 AM CST

● 20% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



LINDA N. RAMOS PERE
DIRECTORA GENERAL ASISTENTE
D.G.P. / 1 400 1 0
R.L. 2002 - 2020



Dra. Rosalva Ana Tacca
DIRECTORA GENERAL ASISTENTE
D.G.A. / 1 400 1 0

Resumen



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la mujer más importante de mi vida, a mi madre, quien no solo me dio la vida, sino que también me enseñó el amor más puro y desinteresado.

Agradezco profundamente también a mi abuela Virginia y mi abuelo Alberto, quienes siempre estuvieron presentes en mi crianza, guiándome con sabiduría y cariño.

A mis queridos hermanos, quienes han sido mis compañeros de vida y han compartido conmigo cada paso del camino, les dedico este logro que también es suyo.

A mis entrañables mascotas, quienes me han acompañado a lo largo de la vida, siendo parte integral de nuestra familia y han llenado nuestros días con amor incondicional y alegría.

Esta tesis es el resultado de la dedicación y el esfuerzo de todos aquellos que siempre han creído en mí, incluso cuando yo dudaba, mi eterna gratitud.

Mariela Eva



AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional del Altiplano por otorgarme la oportunidad invaluable de realizar esta investigación y por su compromiso continuo con los estándares académicos de excelencia.

Expresar mi sincero reconocimiento a mi respetada asesora, Zoraida Nicolasa Ramos Pineda, quien ha sido un pilar indispensable en la culminación de este trabajo, cuya orientación experta, paciencia y compromiso han sido fundamentales a lo largo de todo el proceso de desarrollo de este proyecto. Sus valiosos aportes y conocimientos han sido decisivos para la concreción de esta investigación.

Asimismo, gratitud hacia los distinguidos jurados cuya dedicación y rigurosa evaluación han enriquecido significativamente este trabajo académico. Sus comentarios críticos y constructivos han mejorado notablemente la calidad y profundidad de esta investigación.

Quiero extender también mi agradecimiento al Hospital Goyeneche III de Arequipa por facilitar el acceso a sus instalaciones y recursos, permitiendo así la recolección de datos y el desarrollo del estudio en un entorno adecuado y colaborativo.

Este logro académico no habría sido posible sin el respaldo y la colaboración de estas instituciones y personas. A todos ellos, mi más sincero reconocimiento y aprecio.

Mariela Eva



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1.1 Problema general	19
1.1.2 Problema específico.....	19
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.2.1 Objetivo General:	20
1.2.2 Objetivos Específicos:	20
1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3.1 Hipótesis general:	21
1.3.2 Hipótesis específicas:	21
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. MARCO TEÓRICO	22
2.1.1 Conductas sexuales.....	22



2.1.1.1	Inicio de relaciones sexuales a edad temprana:	22
2.1.1.2	Número de parejas sexuales:.....	23
2.1.1.3	Infecciones de transmisión sexual:	23
2.1.2	Conductas reproductivas.....	31
2.1.2.1	Edad del primer parto.....	31
2.1.2.2	Número de partos.....	32
2.1.2.3	Abortos.....	32
2.1.2.4	Uso de anticonceptivos orales.....	33
2.1.3	Cáncer de cuello uterino	33
2.1.3.1	Cuello uterino.....	34
2.1.3.2	El cáncer de cuello uterino en el Perú.....	35
2.1.3.3	Estadificación:.....	35
2.1.3.4	Clasificación de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de los carcinomas cervicouterinos (FIGO).....	36
2.1.3.5	Fisiopatología.....	39
2.2	MARCO CONCEPTUAL	40
2.2.1	Conducta:.....	40
2.2.2	Conducta sexual:.....	40
2.2.3	Relaciones sexuales	40
2.2.4	Pareja sexual	41
2.2.5	Infecciones de transmisión sexual	41
2.2.6	Conducta reproductiva.....	41
2.2.7	Parto.....	42
2.2.8	Aborto	42
2.2.9	Anticonceptivos orales	42



2.2.10	Cáncer	43
2.2.11	Cáncer de cuello uterino.....	43
2.2.12	Estadio de Cáncer.....	43
2.3	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	44
2.3.1	Antecedentes Internacionales	44
2.3.2	Antecedentes Nacionales	47
2.3.3	Antecedentes Locales	52
CAPÍTULO III		
MATERIALES Y MÉTODOS		
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	55
3.1.1.	Tipo de investigación.....	55
3.1.2.	Diseño de investigación.....	55
3.2.	ÁMBITO DE ESTUDIO	56
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO	57
3.4.	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	58
3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.5.1.	Técnica de recolección de datos:	60
3.5.2.	Instrumento de recolección de datos	60
3.6.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.7.	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	62
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1.	RESULTADOS.....	63
4.2.	DISCUSIÓN	67
V.	CONCLUSIONES.....	70



VI. RECOMENDACIONES	71
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	85

Área: Salud de la mujer

Tema: Cáncer de cuello uterino

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 05 de abril del 2019



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Variables y su operacionalización.....	59
Tabla 2 Conductas sexuales asociadas al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.....	63
Tabla 3 Conductas reproductivas asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.....	64
Tabla 4 Conductas sexuales de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología – Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017	65
Tabla 5 Conductas reproductivas de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017	66
Tabla 6 Tipos de cáncer según su estadio clínico en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.....	67



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Matriz de consistencia	86
ANEXO 2 Instrumento de recolección de datos	88
ANEXO 3 Evidencias fotográficas.....	89
ANEXO 4 Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	91
ANEXO 5 Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional.....	92



ACRÓNIMOS

ACO:	Anticonceptivos orales
CACU:	Cáncer de cuello uterino
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GLOBOCAN:	Global Cancer Observatory
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
PCR:	Reacción en cadena de la polimerasa
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SIDA:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SOLCA:	Sociedad de Lucha contra el Cáncer
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
UNICEF:	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VHS:	Virus del herpes simple
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH:	Virus del Papiloma Humano



RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar la asociación entre las conductas sexuales y reproductivas y el cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital Goyeneche Arequipa, 2017, se utilizó la metodología de tipo descriptivo correlacional, con diseño retrospectivo transversal; con una población y muestra que estuvo constituida por 141 historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino en cualquiera de sus estadios en el periodo 2017. Los datos se recolectaron a través de la técnica de revisión documentaria y el instrumento fue la ficha de recolección de datos, estos fueron analizados usando el paquete estadístico SPSS versión 24, se confrontaron los estadios del cáncer con las conductas sexuales y reproductivas, como resultados se obtuvo que: el 54% de pacientes tuvo un inicio de relaciones sexuales precoz, el 46% tuvo 2 a 3 parejas sexuales, el 85% no tuvo ITS, el 62.7% tuvo su primer parto antes de los 20 años, el 56.7% de pacientes era multípara, el 57.3% no tuvo abortos, que el 79% dijo no utilizó anticonceptivos orales y el estadio que se predispone en mayor cantidad fue el estadio clínico II con un 35.3% de pacientes; por otro lado, existe relación estadística significativa entre el cáncer de cuello uterino y: la edad al iniciar las relaciones sexuales, cantidad de parejas sexuales, la incidencia de Infecciones de transmisión sexual, edad del primer parto, paridad, aborto, contrario a el uso de anticonceptivos orales. En conclusión, existe asociación entre las conductas sexuales/reproductivas y el cáncer de cuello uterino en las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología del Hospital Goyeneche, excepto con el uso de anticonceptivos orales donde no existe asociación estadística.

Palabras Clave: Cáncer de cuello uterino, Conductas reproductivas, Conductas sexuales, Virus del papiloma humano.



ABSTRACT

The research was conducted with the objective of determining the association between sexual and reproductive behaviors and cervical cancer in hospitalized patients of the oncology service - Hospital Goyeneche Arequipa, 2017, the methodology used was descriptive correlational type, with retrospective cross-sectional design; with a population and sample that was constituted by 141 medical records of patients with the diagnosis of cervical cancer in any of its stages in the period 2017. The data were collected through the documentary review technique and the instrument was the data collection form, these were analyzed using the statistical package SPSS version 24, the stages of cancer were confronted with sexual and reproductive behaviors, as results were obtained that: 54% of patients had an early onset of sexual relations, 46% had 2 to 3 sexual partners, 85% did not have STIs, 62.7% had their first birth before the age of 20, 56.7% of patients were multiparous, 57.3% did not have abortions, 79% said they did not use oral contraceptives and the stage that predisposed the most was clinical stage II with 35.3% of patients; on the other hand, there is a statistically significant relationship between cervical cancer and: age at initiation of sexual relations, number of sexual partners, incidence of sexually transmitted infections, age at first birth, parity, abortion, as opposed to the use of oral contraceptives. In conclusion, there is an association between sexual/reproductive behaviors and cervical cancer in hospitalized patients of the oncology service of the Goyeneche Hospital, except with the use of oral contraceptives where there is no statistical association.

Keywords: Cervical cancer, Reproductive behavior, Sexual behaviors, Human papillomavirus.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva que inicia como una lesión intraepitelial y puede evolucionar hacia una neoplasia invasora en un intervalo de aproximadamente diez a 20 años, aunque existen algunas excepciones a este plazo (1). Anualmente, se registran en América Latina y el Caribe más de 56,000 diagnósticos de cáncer cervical, resultando en un número superior a 28,000 defunciones. Si se contemplan también los datos de Estados Unidos y Canadá, estas cifras aumentan a 72,000 casos y 34,000 fallecimientos, respectivamente (2).

En Perú, aproximadamente 6 mujeres fallecen diariamente debido al cáncer de cuello uterino, que es la segunda neoplasia más frecuente en términos de nuevos casos anuales en mujeres. Solo en el 2018 presentó 4,103 nuevos casos y originó la muerte de 1,836 mujeres (3). Es un gran problema de salud pública puesto que el cáncer de cuello uterino es la primera causa de mortalidad en el Perú en mujeres afectando además la calidad de vida de la persona que lo padece, a pesar de los avances en el tratamiento genera como consecuencia daños físicos, psicológicos y económicos por su costo elevado en insumos. Su diagnóstico suele ser tardío por diferentes causas como la poca información que la población maneja respecto de ella, atenciones tardías o deficientes que le da la persona, familia, comunidad e incluso el desinterés de las mismas instituciones prestadoras de salud. El diagnóstico precoz podría reducir drásticamente éste problema previniéndolo.

El virus del papiloma humano (VPH) constituye un componente crucial, aunque no único, en la patogénesis del cáncer cervical, es así entre otras causas relacionadas se encuentran el inicio temprano de relaciones sexuales ya que predispone a lesiones



precoces en el cuello uterino (4), paridad, el empleo de anticonceptivos orales por largos períodos (5), el número de parejas sexuales, la presencia de ITS's, el consumo de tabaco, la edad del primer parto, abortos (6). Todas estas prevenibles de alguna manera.

El departamento de Arequipa acoge a gran cantidad de población migrante además de contar con diferentes centros oncológicos especializados, que en diferentes regiones del Sur no se encuentran, como el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche III donde diariamente reciben pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino de los diferentes departamentos del Sur todo esto evidenciado en la práctica clínica realizada en este Hospital.

Esta investigación es de interés porque da a conocer posibles causas que puedan predisponer a tener el cáncer de cuello uterino. Lo que orientaría a su identificación oportuna y a enfocarse en grupos de riesgo para poder prevenir éste problema.

La investigación se realizó con el objetivo general de determinar la asociación entre las conductas sexuales y reproductivas con el cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital Goyeneche Arequipa, 2017 y con los objetivos específicos: Identificar las conductas sexuales: edad en que se inicia la actividad sexual, cantidad de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual de las pacientes; identificar las conductas reproductivas: edad del primer parto, número de partos, abortos, uso de anticonceptivos orales de las pacientes; describir los tipos de cáncer según su estadio clínico.

Además, se encuentra dividido por capítulos los que se describen a continuación: el capítulo I consta de la introducción del trabajo de investigación; capítulo II la revisión de la literatura; capítulo III materiales y métodos; capítulo IV discusión y resultados; finalmente conclusiones, recomendaciones y anexos.



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según los informes de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, cada año mueren alrededor de 231,000 mujeres a nivel mundial a causa del cáncer de cuello uterino (7). El cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer más común entre las mujeres en los países en desarrollo. Los datos más recientes indican que, en 2018, se diagnosticaron aproximadamente 570,000 nuevos casos a nivel global, situándolo como el cuarto cáncer más prevalente entre las mujeres en todo el mundo. Anualmente, más de 310,000 mujeres fallecen a causa de esta enfermedad prevenible, y alrededor del 90% de estas muertes ocurren en países con ingresos medios y bajos (8). Constituyó una de las principales causas de mortalidad oncológica femenina en Estados Unidos. Se posiciona como la segunda neoplasia maligna más prevalente en el género femenino peruano (8) y en el departamento de Arequipa, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur reporta anualmente la detección de aproximadamente 1,200 nuevos casos de cáncer. Entre los tipos más comunes se encuentran el cáncer de mama, cuello uterino, estómago y próstata. En particular, en el año 2019 se identificaron 236 nuevos casos de cáncer de cuello uterino exclusivamente en mujeres, lo cual constituye una preocupación significativa (9).

Según la literatura se advierten de diversos factores que pueden producir cáncer de cuello dejando de lado al VPH, podríamos considerar a ciertos factores como: las conductas tanto sexuales (edad en que se inicia la actividad sexual, cantidad de parejas sexuales, anterioridad o presencia de infecciones sexuales) y reproductivas (edad del primer parto, cantidad de hijos, abortos), habiéndose encontrado relación entre éstos a través de diversos estudios. Como dato la Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo adolescente constituye un problema de salud pública global, respaldado por datos como los siguientes: anualmente, alrededor de 16 millones de jóvenes de 15 a



19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz, siendo la mayoría de estos casos en países de ingresos bajos y medianos(10). El cáncer de cuello uterino constituye una de las principales causas de mortalidad prevenible entre las mujeres. Este tipo de cáncer tiende a manifestarse en mujeres en edad reproductiva, especialmente en aquellas menores de 30 años (11).

Diversos estudios han identificado que los principales factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical incluyen factores reproductivos, un nivel socioeconómico bajo y la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Además, se ha demostrado que un mayor nivel de conocimiento está asociado con una mayor probabilidad de utilizar la prueba de Papanicolaou, lo que contribuye a un diagnóstico más temprano (12). La intervención sanitaria que tiene mayor importancia en la infección por el Virus del Papiloma Humano es la prevención. La prevención primaria tiene por objetivo evitar la adquisición de la enfermedad en personas sanas, mediante diversas medidas, como por ejemplo la educación sanitaria o la vacunación profiláctica. La vacunación es una estrategia eficaz y segura que protege frente al 70% de los casos de cáncer de cuello uterino, siendo este porcentaje el que corresponde a los casos causados por los genotipos del VPH 16 y 18 (13). En los últimos 30 años, la tasa de mortalidad por cáncer cervical ha disminuido en más del 50%, principalmente debido al incremento en el uso de la prueba de Papanicolaou. Este examen permite identificar alteraciones en el cuello uterino antes de que se desarrolle el cáncer, y también facilita la detección temprana del cáncer cervical cuando aún se encuentra en una etapa altamente tratable (14).

De este problema surgen consecuencias físicas, psicológicas a corto y largo plazo, disminución de la calidad de vida de la población, gastos excesivos por el tratamiento. El inicio precoz de las relaciones sexuales expone al cuello del uterino tempranamente a lesiones, la paridad también genera lesiones, un mayor número de parejas sexuales



expone a la mujer de tener reinfecciones consecutivas de VPH e impediría la rehabilitación de la zona exponiéndola a mayores lesiones, etc.

Además, no existen trabajos científicos suficientes que den a conocer la realidad en pacientes de Arequipa respecto de sus posibles causas.

El cáncer de cuello uterino se encuentra entre las principales causas de mortalidad femenina en Perú, ocupando el segundo lugar en incidencia entre los cánceres femeninos. A pesar de ser una enfermedad altamente prevenible, las tasas de morbilidad y mortalidad siguen siendo elevadas, especialmente en poblaciones vulnerables.

Esta investigación es de vital importancia por varias razones: a) La magnitud del problema se refleja en que el cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud pública en el Perú, con una alta tasa de incidencia y mortalidad, especialmente entre las mujeres de bajos recursos. En el Hospital Goyeneche, se ha observado un número significativo de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, incluso entre aquellas sin antecedentes genéticos. Esta situación evidencia la necesidad de comprender mejor los factores de riesgo asociados a la enfermedad, más allá de la predisposición genética; b) La búsqueda de nuevas estrategias de prevención implica comprender en profundidad las conductas sexuales y reproductivas que están asociadas al cáncer de cuello uterino. Estos factores incluyen la edad temprana en el inicio de la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, el tabaquismo, y la falta de acceso a programas de salud sexual y reproductiva. El estudio detallado de estas variables permitirá identificar nuevos blancos para la intervención y desarrollar estrategias de prevención primaria más efectivas. Además, se explorará la influencia de variables socioeconómicas y culturales que podrían estar subyacentes a estos comportamientos, como la educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y la desinformación sobre la enfermedad. Estos



hallazgos no solo podrían reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino, sino también mejorar la calidad de vida de las mujeres peruanas al empoderarlas con información precisa y oportuna para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.; c) Los beneficios abarcan diversos grupos, incluyendo a las mujeres en edad reproductiva, quienes podrán tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva para minimizar el riesgo de cáncer de cuello uterino. Además, se proporcionarán al personal de salud herramientas mejoradas para el diagnóstico, tratamiento y asesoramiento de pacientes con cáncer cervical o en riesgo de desarrollarlo. Asimismo, este enfoque servirá como base para investigaciones futuras, facilitando estudios más profundos sobre la prevención y el tratamiento del cáncer cervical; d) Existe un potencial significativo para el bienestar social al contribuir al bienestar de la población peruana, especialmente de las mujeres, mediante la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de cervicouterino, así como al promover la equidad en salud y el acceso a servicios de prevención y atención de calidad para todas las mujeres

1.1.1 Problema general

¿Las conductas sexuales y reproductivas se asocian al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017?

1.1.2 Problema específico

- ¿Cuáles son las conductas sexuales de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología – Hospital III Goyeneche Arequipa periodo, 2017?
- ¿Cuáles son las conductas reproductivas de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa periodo, 2017?



- ¿Cuáles son los tipos de cáncer según su estadio clínico en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología – Hospital III Goyeneche Arequipa periodo, 2017?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General:

Determinar la asociación entre las conductas sexuales y reproductivas con el cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las conductas sexuales: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.
- Identificar las conductas reproductivas: edad del primer parto, número de partos, abortos, uso de anticonceptivos orales de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.
- Describir los tipos de cáncer según su estadio clínico en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.



1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Hipótesis general:

Las conductas sexuales y reproductivas están asociadas al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.

1.3.2 Hipótesis específicas:

- Las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología iniciaron precozmente su vida sexual, tuvieron más de una pareja sexual y presentaron infecciones de transmisión sexual.
- Las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología tienen un primer parto a una edad temprana, son multíparas, han abortado al menos una vez, y han consumido anticonceptivos orales por un periodo largo de tiempo.
- El tipo de cáncer más prevalente entre las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología es el tipo II.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Conductas sexuales

La conceptualización de la conducta sexual implica la participación en actividades sexuales, ya sea con una pareja única o múltiples parejas. La práctica de conductas sexuales de riesgo está vinculada con dos aspectos que pueden interferir con el desarrollo personal y los planes de vida individuales: la posibilidad de embarazos no deseados y la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre las cuales el virus del papiloma humano (VPH) es especialmente relevante (15).

La sexualidad es una experiencia cotidiana para todos los individuos, trascendiendo el ámbito físico, como lo son las relaciones sexuales. Se expresa a través de diversas conductas que evidencian la manera en que las personas se comunican e interactúan en su entorno social. Además de constituir una fuente esencial de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como emocional, la sexualidad también desempeña un papel central en la configuración de desigualdades sociales (16).

2.1.1.1 Inicio de relaciones sexuales a edad temprana:

La edad en la que se inician las relaciones sexuales parece ser un factor crucial, dado su vínculo con los cambios biológicos que se producen en el cuello uterino durante la pubertad. Estos cambios pueden exponer la inmadurez fisiológica de la zona de transformación, que es el sitio donde



se origina la neoplasia. Durante la adolescencia, las mujeres muestran un predominio de células metaplásicas y endocervicales sobre el ectocérvix, lo que lo hace especialmente susceptible al virus del papiloma humano y otros agentes de infecciones de transmisión sexual (17). El comienzo temprano de las relaciones sexuales se relaciona con un incremento en el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. En comparación con el inicio de relaciones sexuales a partir de los 21 años, el riesgo es aproximadamente 1.5 veces mayor para quienes comienzan entre los 18 y 20 años, y es aproximadamente 2 veces mayor para aquellos que inician antes de los 18 años. Esta relación entre el inicio precoz del coito y la neoplasia cérvicouterina puede explicarse por la falta de completa estratificación del epitelio escamoso durante la adolescencia (18).

2.1.1.2 Número de parejas sexuales:

Diversos estudios que han utilizado la PCR para identificar el VPH han señalado que el número de parejas sexuales es un factor de riesgo significativo para la infección por este virus. Las personas con múltiples parejas sexuales están expuestas a un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, las cuales juegan un papel fundamental en el desarrollo de la transformación neoplásica cervical. En comparación con tener una pareja sexual, el riesgo de infección por VPH aumenta aproximadamente 2 veces con dos parejas y 3 veces con 6 o más parejas sexuales (18).

2.1.1.3 Infecciones de transmisión sexual:

Anualmente, se estima que se diagnostican 357 millones de nuevos casos de cuatro tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables



en personas de 15 a 49 años: infección por *Chlamydia trachomatis*, infección por *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis e infección por *Trichomonas vaginalis*. Además, la prevalencia de algunas ITS virales es igualmente alta, con aproximadamente 417 millones de personas infectadas por herpes simple tipo 2 y alrededor de 291 millones de mujeres portadoras del virus del papiloma humano (19).

Entre los más de 30 agentes patógenos conocidos por transmitirse por contacto sexual, se han identificado ocho que tienen la mayor incidencia de enfermedades asociadas. De estos, cuatro son infecciones actualmente curables: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Por otro lado, las otras cuatro infecciones: hepatitis B, herpes, VIH y virus del papiloma humano (VPH), son virales e incurables, aunque se pueden mitigar o controlar con tratamiento adecuado (20).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más comúnmente reportadas en el Perú incluyen: Tricomoniasis, VIH/SIDA, Sífilis, Virus del Papiloma Humano (VPH) relacionado con el cáncer de cuello uterino, Infección anogenital por herpes simple, Gonorrea, Clamidias, Hepatitis aguda tipo B, Granuloma inguinal y Chancro blando (21).

El virus del papiloma humano (VPH) juega un papel crucial en el desarrollo de neoplasias cervicales y se detecta en aproximadamente el 99.7% de los casos de cáncer cervical (18). Se ha observado que la relación entre el virus del papiloma humano (VPH) y otros agentes infecciosos es relevante en la etiología del cáncer cervical. La presencia de herpesvirus, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, entre otros, puede inducir



alteraciones citomorfológicas similares a las que se emplean como criterios para el diagnóstico de la infección cervical por VPH (22).

Tricomonirosis: La infección es provocada por el protozoo unicelular *Trichomonas vaginalis*. En el caso de las mujeres, la infección se presenta con mayor frecuencia en la vagina, mientras que, en los hombres, su localización principal es la uretra. La transmisión de este parásito se produce a través de relaciones sexuales con una pareja infectada, ya sea mediante el contacto directo entre el pene y la vagina o a través del contacto vulvar (23).

VIH: El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca principalmente a los glóbulos blancos, especialmente a los linfocitos T, que son fundamentales para el sistema inmunológico del cuerpo. Con el tiempo, el VIH debilita las defensas del organismo contra diversas enfermedades, lo que hace a la persona vulnerable a infecciones y tipos de cáncer que no suelen afectar a personas con un sistema inmunitario saludable (21).

Sífilis: La sífilis es una infección crónica sistémica provocada por *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*, que se transmite principalmente a través de relaciones sexuales. Esta enfermedad se distingue por episodios de actividad que alternan con períodos de latencia. Tras un periodo de incubación que oscila entre 2 y 6 semanas, se presenta una lesión primaria, frecuentemente acompañada de linfadenopatía regional, la cual tiende a resolverse espontáneamente sin intervención médica. La fase secundaria, caracterizada por bacteriemia, se asocia



comúnmente con lesiones mucocutáneas diseminadas y linfadenopatías generalizadas, seguida por una fase latente de infección subclínica que puede persistir durante años o incluso décadas. En etapas tempranas de la infección, puede ocurrir afectación del sistema nervioso central, ya sea de manera sintomática o asintomática. En la era anterior a la disponibilidad de antibióticos, aproximadamente el 33% de los pacientes no tratados progresaban a la fase terciaria, la cual se manifiesta con lesiones mucocutáneas, musculoesqueléticas o parenquimatosas destructivas y progresivas, aortitis o manifestaciones tardías que afectan el sistema nervioso central (24).

VPH: El virus del papiloma humano (VPH) está compuesto por un extenso grupo de virus interrelacionados, cada uno de los cuales se identifica mediante un número, denominado tipo de VPH. La mayoría de los tipos de VPH están asociados con la formación de verrugas cutáneas que pueden aparecer en diversas áreas como brazos, pecho, manos o pies. Otros tipos de VPH se localizan principalmente en las membranas mucosas del organismo. Estas membranas mucosas son las capas húmedas que recubren órganos y áreas del cuerpo que, al abrirse, quedan expuestas al ambiente exterior, como la cavidad vaginal, anal, así como la boca y la garganta. Los tipos de VPH que afectan a estas membranas mucosas se conocen a menudo como VPH genitales, y generalmente no se encuentran en la piel. Se clasifican en dos grupos principales según el riesgo: VPH de riesgo alto: Estos tipos pueden causar varios tipos de cáncer. Entre ellos se encuentran los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59. Es importante destacar que los tipos 16 y 18 son responsables de la mayoría



de los cánceres relacionados con el VPH; VPH de riesgo bajo: Estos tipos rara vez causan cáncer, pero pueden provocar verrugas en los genitales, el ano, la boca, la garganta o en áreas cercanas. En algunos casos, los VPH de riesgo bajo pueden causar papilomatosis respiratoria, una condición que puede afectar las vías respiratorias y causar problemas respiratorios cuando las verrugas se presentan en la laringe o las vías respiratorias (25).

Infección ano genital causada por herpes (Herpes simple): La infección por el virus del herpes simple (VHS), comúnmente conocida como herpes, es una condición frecuente que se manifiesta a través de la formación de vesículas o úlceras dolorosas. Su transmisión se produce principalmente mediante contacto piel con piel y, aunque es posible tratar la infección, no se puede erradicar completamente. Existen dos tipos de virus del herpes simple: el tipo 1 (VHS-1), que se transmite principalmente a través del contacto bucal y puede provocar herpes labial en la boca y áreas cercanas, así como herpes genital; y el tipo 2 (VHS-2), que se disemina principalmente a través del contacto sexual y es responsable del herpes genital (26).

La mayoría de las personas infectadas por el virus del herpes simple no presenta síntomas, o estos son de carácter leve. No obstante, la infección puede dar lugar a la aparición de vesículas o úlceras dolorosas que tienden a reaparecer de forma periódica. Aunque existen medicamentos que pueden ayudar a aliviar los síntomas, estos no logran erradicar la infección. Los síntomas recurrentes del herpes labial y genital pueden resultar molestos, y el herpes genital, en particular, puede tener un impacto negativo en las relaciones sexuales debido al estigma que lo rodea.



Con el tiempo, la mayoría de las personas aprende a gestionar y convivir con la infección provocada por cualquiera de los dos tipos de herpes (27).

Gonorrea: La gonorrea, provocada por *Neisseria gonorrhoeae*, es la segunda infección bacteriana de transmisión sexual más común y representa una carga significativa en términos de enfermedad y costos económicos a nivel global. Su transmisión ocurre principalmente a través de relaciones sexuales desprotegidas, ya sea vaginal, anal u oral, con una persona infectada, así como de madre a hijo durante el parto. El uso correcto y constante de condones disminuye notablemente el riesgo de infección. En las mujeres, la gonorrea a menudo es asintomática. Sin tratamiento, puede conducir a complicaciones graves. Esta infección es especialmente conocida por su elevada resistencia a varios antibióticos que se utilizan para su tratamiento, lo que genera preocupación sobre la posibilidad de que surjan cepas resistentes que no respondan a los tratamientos disponibles, con serias consecuencias para la salud sexual y reproductiva. Por ello, es fundamental que los países actualicen sus protocolos de tratamiento basándose en la vigilancia continua de la resistencia antimicrobiana en su contexto local (28).

Clamidia: La infección por *Chlamydia trachomatis* es la enfermedad de transmisión sexual bacteriana más común en todo el mundo, afectando principalmente a adultos jóvenes sexualmente activos, especialmente a mujeres de entre 15 y 24 años. Esta infección, conocida como clamidiasis, se transmite mayormente a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con una persona infectada, así como de madre a hijo durante el parto. En las mujeres, puede causar



cervicitis, mientras que en los hombres provoca uretritis, además de otras infecciones extragenitales, como las rectales y orofaríngeas. Si no se trata, puede resultar en graves complicaciones de salud reproductiva en mujeres, incluida la infertilidad, y también se asocia con efectos adversos en los recién nacidos. El diagnóstico suele realizarse mediante análisis de laboratorio, y la infección no complicada puede ser tratada eficazmente con antibióticos, generalmente resolviéndose en días o semanas. El linfogranuloma venéreo, una forma más grave de la infección por *C. trachomatis*, se presenta con úlceras genitales y afecta el tejido linfático, y su frecuencia está aumentando entre hombres que tienen sexo con hombres en ciertos entornos. Además, las infecciones de transmisión sexual (ITS) no ulcerosas, como la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis, aumentan el riesgo de transmisión y adquisición de otras ITS, incluido el VIH. Es común que las personas con gonorrea también tengan infección por clamidias, y alrededor del 70% de las mujeres y el 50% de los hombres infectados no muestran síntomas evidentes de las infecciones genitales por clamidias (29)(30).

Hepatitis B: La hepatitis B es una infección viral del hígado que puede manifestarse de manera aguda o crónica. En muchos casos, las personas infectadas no experimentan síntomas inmediatamente después de la infección. Sin embargo, algunos desarrollan una infección crónica que puede conducir a una enfermedad hepática progresiva, incluyendo cirrosis (endurecimiento del hígado) o cáncer hepático. La cronicidad de la infección es frecuente en la mayoría de los lactantes infectados a través de la madre y en menores de 5 años, afectando aproximadamente al 90% de



estos casos. En contraste, las personas infectadas después de los cinco años tienen una probabilidad mucho menor, menor al 5%, de desarrollar una infección crónica (31).

Granuloma inguinal: La Donovanosis, también conocida como granuloma inguinal, es una enfermedad infecciosa crónica e inflamatoria que típicamente causa úlceras en el área ano-genital. Es transmitida principalmente por contacto sexual y es causada por la bacteria *Klebsiella granulomatis*. La característica distintiva de la enfermedad es la presencia de cuerpos de Donovan en la microscopía de las secreciones de las úlceras. Es una infección progresiva de la piel en áreas genitales y perineales causada por *Klebsiella granulomatis*. Esta enfermedad se caracteriza por la aparición lenta de lesiones en la piel que son carnosas, sobreelevadas, de color rojo, típicamente indoloras y a menudo ulceradas. La presencia de adenopatías regionales es poco común. El diagnóstico se realiza principalmente mediante criterios clínicos y examen microscópico. El tratamiento suele incluir antibióticos como tetraciclinas, macrólidos o trimetoprima/sulfametoxazol (32).

Chancro blando: El chancro blando, también conocido como chancro de Ducrey, se caracteriza por la presencia de úlceras genitales o perianales extremadamente dolorosas. Esta enfermedad rara vez afecta la cavidad bucal u otras áreas del cuerpo. Las úlceras tienen un borde irregular y un fondo sucio con una cubierta necrótica y amarillenta que desprende un olor desagradable. Al retirar la cubierta necrótica, se expone tejido de granulación frágil y una base no infiltrada. En hombres, las ubicaciones más comunes son el frenillo y el surco balanoprepucial,



mientras que en mujeres afecta la fúrcula y la cara interna de los labios pequeños y grandes (33).

El chancro blando o chancro de Ducrey frecuentemente se asocia con linfadenopatías unilaterales, lo cual es característico de la infección. La incidencia de esta enfermedad es de 5-6 millones de casos por año según la OMS, siendo más prevalente en regiones como África, el sudeste asiático y el Caribe. El diagnóstico puede realizarse mediante el aislamiento del agente en cultivos tomados del fondo de la úlcera, aunque *Haemophilus ducreyi* es una bacteria difícil de cultivar. La prueba de elección es la detección de *Haemophilus ducreyi* mediante PCR, aunque esta prueba no está disponible en todos los laboratorios. En caso de resultados negativos en los tests serológicos, estos deben repetirse a los 3 meses. Es fundamental tratar a todas las parejas sexuales del individuo afectado para prevenir la propagación de la enfermedad (34)(21).

2.1.2 Conductas reproductivas

El conjunto de comportamientos que tienen como objetivo maximizar el éxito reproductivo incluye acciones dirigidas a obtener pareja, llevar a cabo la copulación, la gestación, el parto y el cuidado parental.

2.1.2.1 Edad del primer parto.

La probabilidad de desarrollar cáncer cervical se incrementa cuando el primer parto ocurre antes de los 20 años y hay tres o más partos a término, lo cual se relaciona con una mayor exposición al virus del papiloma humano (VPH) debido a una actividad sexual iniciada tempranamente y más frecuente (35). Asimismo, las lesiones e infecciones



del cuello uterino que pueden ocurrir durante el parto alteran los límites normales entre los dos tipos de epitelios en la zona de transición, que es el lugar donde se origina el cáncer cervical. Además, el número de embarazos a término puede actuar como un factor promotor del cáncer en general, debido a la inmunodepresión que experimenta la mujer durante la gestación (18).

2.1.2.2 Número de partos.

El riesgo de desarrollar neoplasia cervical aumenta considerablemente con el número de gestaciones. Las mujeres con más de 12 gestaciones presentan un riesgo mayor en comparación con aquellas que han tenido menos de tres. Además, el riesgo de neoplasia cervical también se eleva con el número de partos, siendo que las mujeres con 12 o más partos tienen un riesgo cinco veces mayor en comparación con aquellas que han dado a luz menos de tres veces (36). El incremento de los niveles de estrógeno y progesterona durante el segundo y tercer trimestre del embarazo provoca la eversión de la mucosa endocervical hacia el exocervix anatómico, lo que se conoce como ectropión exocervical. Esta condición hace que el ectropión permanezca expuesto en el exocervix durante un período prolongado, aumentando así el riesgo de cáncer cervical al facilitar su exposición (22).

2.1.2.3 Abortos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la terminación del embarazo antes de que el feto alcance la capacidad de sobrevivir fuera del útero materno, lo cual generalmente ocurre antes de



las 22 semanas de gestación. Las laceraciones y traumatismos obstétricos que pueden ocurrir durante abortos inducidos o partos complicados alteran las estructuras normales del cuello uterino, especialmente la relación entre el epitelio endocervical (interno) y exocervical (externo). Este cambio puede prolongar la exposición del epitelio cervical al ambiente vaginal, aumentando así el riesgo de cáncer cervical. Además, algunos estudios sugieren que los partos distócicos, es decir, aquellos que son difíciles o complicados, especialmente en el primer año después del inicio de la actividad sexual, podrían incrementar aún más este riesgo debido a los posibles traumas adicionales al cuello uterino (37).

2.1.2.4 Uso de anticonceptivos orales.

Diversos informes sugieren que el uso de anticonceptivos orales podría estar asociado con un aumento en el riesgo de cáncer cervical. Un análisis combinado de datos provenientes de 24 estudios epidemiológicos muestra que el riesgo de desarrollar cáncer cervical invasivo se incrementa con la duración del uso de anticonceptivos orales. Sin embargo, este riesgo disminuye después de suspender su uso y vuelve a niveles similares a los de las mujeres que nunca han utilizado anticonceptivos orales después de aproximadamente 10 años (38). El tejido cervical posee receptores hormonales, y la administración de combinaciones de estrógenos y progestágenos puede inducir alteraciones histológicas en dicho tejido (18).

2.1.3 Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino comienza en las células ubicadas en el cuello del útero, también conocido como cérvix o cervicouterino. Este tipo de cáncer se



desarrolla lentamente a partir de cambios celulares llamados displasia, que pueden progresar hacia células anómalas en el tejido cervical. Si estas células anómalas no se tratan, pueden convertirse en cancerosas y propagarse hacia áreas más profundas del cuello uterino y sus alrededores (39).

2.1.3.1 Cuello uterino

El cuello uterino, una estructura fibromuscular situada en la parte inferior del útero, se divide en dos secciones principales: el ectocérvix, que es visible en los exámenes ginecológicos y está revestido por células escamosas delgadas y planas, y el endocérvix, una porción interna que produce moco y está cubierto por células glandulares columnares. La mayoría de los cánceres cervicales se originan en la zona de transformación, donde el ectocérvix y el endocérvix se encuentran. Este sitio es donde las células escamosas del ectocérvix y las células glandulares del endocérvix se entrelazan. La ubicación exacta de la zona de transformación puede variar según la edad y el historial obstétrico de la paciente (40).

El útero tiene 3 regiones anatómicas y funcionales:

- El cuerpo
- El istmo o segmento uterino inferior
- El cérvix

Mide entre 3 y 4 cm de largo y de 2.5 a 3.5 cm de ancho. Está sostenido por el ligamento redondo y por los ligamentos uterosacos (41).



2.1.3.2 El cáncer de cuello uterino en el Perú

En el territorio peruano, alrededor de seis mujeres pierden la vida diariamente a causa del cáncer cervical, situándolo como el segundo tipo de cáncer con mayor incidencia anual entre la población femenina. Únicamente en el año 2018, se documentaron 4,103 casos nuevos de esta enfermedad, resultando en el fallecimiento de 1,836 mujeres (3).

2.1.3.3 Estadificación:

Cuando se detecta cáncer mediante biopsia, es crucial determinar su extensión para definir su estadio, que depende de la invasión en los tejidos adyacentes o la diseminación a otros sitios. El cáncer cervical típicamente se propaga a los tejidos cercanos en la pelvis o a los ganglios linfáticos, y puede metastatizarse a órganos distantes. Cuando el cáncer se disemina desde su sitio original a otras partes del cuerpo, el nuevo tumor se clasifica de acuerdo con el tipo de células cancerosas y el tumor primario de origen (42).

Carcinoma de cuello uterino in situ, estadio 0: El carcinoma in situ es una condición en la que se observan células anómalas, visualmente similares a células cancerosas bajo el microscopio, pero localizadas exclusivamente en el sitio de origen sin diseminación a tejidos circundantes. Existe la posibilidad de que estas células anormales evolucionen hacia un estado canceroso y se propaguen a tejidos normales adyacentes. El término abarca varias clases según el tipo de tejido afectado, como el adenocarcinoma in situ (en el cuello uterino, pulmón y



tracto digestivo), el carcinoma ductal in situ (en la mama) y el carcinoma de células escamosas in situ (en la piel, boca y laringe) (43).

El estadio se determina según el lugar en donde se encuentra el cáncer:

Estadio I: Las células cancerosas se encuentran en el cérvix.

Estadio II: El tumor crece a través del cérvix e invade la parte superior de la vagina. El cáncer puede haber invadido tejidos cercanos, pero no ha comprometido la pared pélvica (la membrana que recubre la región entre las caderas) ni la parte inferior de la vagina.

Estadio III: El tumor ha penetrado en la pared pélvica o en la parte inferior de la vagina. Si el tumor alcanza un tamaño que obstruye uno o ambos uréteres, los resultados de laboratorio podrían revelar un funcionamiento inadecuado de los riñones.

Estadio IV: El tumor ha invadido la vejiga o el recto, o el cáncer se ha propagado a otras áreas del cuerpo, como los pulmones (42).

2.1.3.4 Clasificación de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de los carcinomas cervicouterinos (FIGO).

Estadio I

El carcinoma en estadio I está limitado al cuello uterino y no se ha extendido al cuerpo uterino. En los estadios IA1 e IA2, el diagnóstico se realiza mediante el análisis microscópico del tejido extirpado, preferentemente a través de conización, que debe abarcar toda la lesión



(44). El cáncer cervical ha avanzado desde la superficie del cuello uterino hacia los tejidos más profundos del mismo. No obstante, no ha metastatizado a los ganglios linfáticos cercanos ni a otras regiones distantes del cuerpo (45).

Estadio 1A: El cáncer invasor es detectado únicamente mediante un examen microscópico. La invasión se limita al estroma, con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal de hasta 7 mm. El cáncer detectado es microscópico, no ha invadido los ganglios linfáticos cercanos ni se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IA1: La invasión en el estroma no excede los 3 mm de profundidad y los 7 mm de diámetro. El cáncer es microscópico, no ha afectado los ganglios linfáticos cercanos ni se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IA2: La invasión en el estroma tiene una profundidad que varía entre 3 y 5 mm y no supera los 7 mm de diámetro. Solo es visible con microscopio. No ha afectado los ganglios linfáticos cercanos ni se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IB: Las lesiones clínicas están confinadas al cérvix, o las lesiones preclínicas superan en extensión a las observadas en el estadio IA. Cualquier lesión microscópicamente visible, incluso con una invasión superficial, se clasifica como cáncer de estadio IB. El cáncer sigue restringido a esta área específica y no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a otras partes del cuerpo.



Estadio IB1: Las lesiones clínicas tienen un tamaño máximo de 4 cm y no se han propagado a los ganglios linfáticos adyacentes ni a otras regiones del cuerpo.

Estadio IB2: Las lesiones clínicas tienen un tamaño superior a 4 cm, sin haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes ni a otras partes del cuerpo.

Estadio II

El carcinoma en estadio II se extiende más allá del cérvix, pero no alcanza las paredes pélvicas. Afecta la vagina, pero no se extiende más allá de sus dos tercios superiores (44).

Estadio IIA: No se observa afectación evidente de los tejidos parametriales. La invasión afecta únicamente los dos tercios superiores de la vagina.

Estadio IIB: Se presenta afectación evidente de los tejidos parametriales, pero la pared pélvica no está comprometida.

Estadio III

El carcinoma en estadio III se extiende hasta la pared pélvica. En el examen rectal, todas las áreas entre el tumor y la pared pélvica están invadidas por el cáncer. El tumor también afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los casos de cáncer que presentan hidronefrosis o disfunción renal se clasifican como estadio III (44).



Estadio IIIA: No hay extensión hacia la pared pélvica, pero se observa afectación del tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIB: Hay extensión hacia la pared pélvica, así como hidronefrosis o disfunción renal.

Estadio IV

El carcinoma en estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

Estadio IVA: El carcinoma en estadio IV invade los órganos pélvicos adyacentes y/o se extiende más allá de la pelvis.

Estadio IVB: Extensión a los órganos distantes (44).

2.1.3.5 Fisiopatología.

El primer paso en el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección del cuello uterino por un tipo oncogénico del virus del papiloma humano (VPH). Aunque la mayoría de estas infecciones se resuelven de forma espontánea, algunas persisten. Con la persistencia de la infección, las células epiteliales pueden evolucionar hacia células precancerosas y, eventualmente, desarrollar carcinoma invasivo al atravesar la membrana basal. Los tipos de VPH de alto riesgo, como el VPH 16 y el VPH 18, son responsables del 70% de los casos de cáncer cervical, mientras que otros tipos como el VPH 31, 33, 35, 45, 52 y 58 contribuyen al 20%. Las infecciones cervicales por VPH de alto riesgo tienen menor probabilidad de resolverse espontáneamente y aumentan el riesgo de progresar a lesiones intraepiteliales. Además de la infección persistente por VPH,



otros factores externos y del huésped influyen en la carcinogénesis, tales como la susceptibilidad genética, condiciones que afectan la inmunidad como el estado nutricional deficiente y la infección por VIH, factores ambientales como la exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas, así como comportamientos de riesgo como el inicio temprano de la actividad sexual y la historia de múltiples parejas sexuales (46).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Conducta:

La conducta se refiere a nuestras acciones y cómo interactuamos tanto con nosotros mismos como con el entorno externo. Define cómo llevamos a cabo nuestras actividades, cómo nos relacionamos con los demás, cómo resolvemos los desafíos de la vida cotidiana y cómo tomamos decisiones (47). Son todas las manifestaciones del ser humano.

2.2.2 Conducta sexual:

La conducta sexual es el análisis de los comportamientos amorosos o sexuales, que abarca todas las prácticas sexuales que una persona puede llevar a cabo, ya sea en solitario, con otra persona, independientemente de su orientación sexual (homosexual, heterosexual, bisexual), o incluso en encuentros grupales (48).

2.2.3 Relaciones sexuales

Puede definirse como el contacto físico entre individuos, realizado principalmente con el objetivo de experimentar placer sexual o con fines reproductivos. El coito se refiere a la unión sexual entre dos individuos de sexos



opuestos. En los seres humanos, el coito es una parte integral de la actividad sexual e involucra la participación de los órganos genitales externos o internos. El sexo abarca dos componentes que a veces están separados y otras veces están estrechamente relacionados. Uno de ellos es fisiológico, relacionado con la reproducción. El otro es emocional, que implica la expresión de pasión y afecto entre dos personas (49).

2.2.4 Pareja sexual

Una pareja sexual se refiere a una persona con la cual se puede tener un encuentro erótico, que puede incluir besos, relaciones sexuales u otras actividades sexuales, sin necesariamente tener un vínculo afectivo profundo o compromiso emocional (50).

2.2.5 Infecciones de transmisión sexual

Comprenden un grupo de enfermedades infectocontagiosas de diversas etiologías, que se presentan con diferentes manifestaciones clínicas. Estas enfermedades comparten el factor epidemiológico de transmitirse principalmente por contacto sexual, aunque no es el único mecanismo de transmisión. También pueden adquirirse por contacto con sangre u otros fluidos corporales contaminados, a través de transfusiones sanguíneas o sus derivados, así como de madre a hijo durante el embarazo, parto y lactancia (51).

2.2.6 Conducta reproductiva

Se define como las características de salud, tanto favorables como de riesgo, asociadas con la capacidad de reproducirse o tener hijos, que son evidentes en las mujeres durante su período reproductivo o edad fértil (52).



2.2.7 Parto

Se define como el proceso dinámico de carácter tanto activo como pasivo que facilita la expulsión del feto de 22 semanas de gestación o más, junto con la placenta y sus anexos, a través del canal vaginal. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el parto se clasifica en diversas categorías basadas en la edad gestacional.

La duración total del trabajo de parto varía notablemente: en mujeres nulíparas, el promedio oscila entre 12 y 20 horas, mientras que en multíparas se sitúa entre seis y 12 horas (53).

2.2.8 Aborto

La interrupción del embarazo se produce antes de las 22 semanas de gestación, cuando el feto tiene un peso inferior a 500 gramos y una longitud total de hasta 20 centímetros o de 16.5 centímetros desde la coronilla hasta el coxis (54).

2.2.9 Anticonceptivos orales

Se refieren a una combinación de estrógeno junto con un progestágeno sintético. Estos compuestos inducen una retroalimentación negativa en el hipotálamo, inhibiendo la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas, lo que impide la liberación de gonadotropinas por parte de la hipófisis a mitad del ciclo menstrual, lo cual es necesario para la estimulación de la ovulación. Además, causan un adelgazamiento del endometrio y aumentan la densidad del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides (55).



2.2.10 Cáncer

Es un proceso descontrolado de proliferación y diseminación celular que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. Generalmente, el tumor invade el tejido circundante y tiene el potencial de metastatizar a otras áreas del organismo. Muchos tipos de cáncer pueden prevenirse evitando la exposición a factores de riesgo conocidos, como el consumo de tabaco. Además, una proporción significativa de casos de cáncer puede curarse mediante intervenciones como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia, especialmente cuando se diagnostican en etapas tempranas (56).

2.2.11 Cáncer de cuello uterino

Es una condición neoplásica provocada por la infección con determinadas cepas del virus del papiloma humano (VPH). Este virus infecta las células del epitelio cervical y puede inducir lesiones precursoras displásicas que van desde displasia leve hasta displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ. Aproximadamente un tercio de las displasias de alto grado avanzan a cáncer de cuello uterino en un período de 10 a 15 años, mientras que las displasias de bajo grado tienen la capacidad de revertirse espontáneamente. mente (57).

2.2.12 Estadio de Cáncer

La estadificación del cáncer se refiere a determinar la extensión del tumor, es decir, su tamaño y si se ha diseminado a otras partes del cuerpo (58).



2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1 Antecedentes Internacionales

En Cuba, se realizó un estudio titulado "Análisis de los principales factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años", cuyo objetivo fue investigar los factores de riesgo predominantes vinculados con la incidencia de cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años atendidas en el Instituto de Oncología y Radiobiología durante un período de 11 años, así como evaluar los tratamientos administrados. Este estudio retrospectivo y descriptivo revisó 342 historias clínicas de mujeres jóvenes diagnosticadas con cáncer cervicouterino durante dicho período. Los resultados indicaron que el 80% de las pacientes fueron diagnosticadas con carcinoma epidermoide de cérvix, el tipo tumoral más frecuente. Los tratamientos aplicados incluyeron cirugía en el 47,4% de los casos, radioterapia en el 42,1%, y combinaciones de ambos. Los factores de riesgo más notablemente asociados con el cáncer cervicouterino fueron la precocidad sexual y la infección por VPH, detectado en el 27,5% de los casos. Además, el 34,5% de las mujeres menores de 30 años fueron diagnosticadas con carcinoma in situ, mientras que el 47% presentó tumores en etapas avanzadas (IIa, IIb y IIIb) (59).

En Cuba, se llevó a cabo un estudio titulado "Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino", cuyo objetivo fue presentar los resultados de una investigación de casos y controles realizada entre 2003 y 2006. El estudio se centró en 330 pacientes de seis municipios de la región del Cauto, diagnosticadas con cáncer de cérvix uterino y atendidas en las consultas de Patología de Cuello y Oncología del Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" en Bayamo, provincia de



Granma, durante el período mencionado. Este estudio observacional, con un diseño de casos y controles, empleó análisis univariado y regresión logística binaria. Los resultados identificaron varios factores influyentes e independientes en el desarrollo del cáncer de cérvix, como antecedentes de gestaciones, inicio precoz de la actividad sexual, cervicitis, infección por el virus del papiloma humano, tabaquismo, neoplasia intraepitelial cervical, sepsis vaginal, leucoplasia y desgarro cervical (60).

En Cuba, se llevó a cabo un estudio titulado "Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino". Los resultados del estudio indicaron una asociación significativa entre la actividad sexual y el desarrollo de lesiones premalignas en el cuello uterino, lo que incrementa el riesgo de cáncer cervical. Se descubrió que las mujeres con múltiples patrones sexuales, antecedentes de embarazos a temprana edad, interrupciones de embarazo y antecedentes de infecciones presentan un riesgo elevado de desarrollar esta enfermedad maligna (61).

En Ecuador, se llevó a cabo un estudio titulado "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". El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia de los factores de riesgo vinculados al desarrollo de cáncer y displasia cervical en mujeres con alteraciones cervicales atendidas en el Hospital de SOLCA – Núcleo de Quito durante el año 2007. Este estudio, de diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, incluyó una muestra aleatoria de 149 pacientes. Los resultados indicaron que el cáncer de cuello uterino está ocurriendo a edades más tempranas y que las displasias cervicales pueden progresar rápidamente hacia el



cáncer. Aunque la transmisión del VPH genital se considera principalmente sexual, el inicio temprano de la actividad sexual no se identificó como un factor de riesgo significativo. No obstante, se observó que tener múltiples parejas sexuales está asociado con un mayor riesgo de adquirir la infección por VPH. Además, la multiparidad (50%), el tabaquismo (13.4%) y el uso de anticonceptivos hormonales (32%) se relacionaron significativamente con la presencia de cáncer cervical (62).

En Chile, se llevó a cabo un estudio titulado "Alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello uterino", cuyo objetivo principal fue investigar la relación entre los patrones alimenticios, el tabaquismo, el comportamiento sexual y el riesgo de cáncer de cuello uterino. Este estudio empleó un diseño de casos y controles emparejados, incluyendo una muestra de 170 casos de cáncer cervical y 340 controles. Los resultados revelaron que un alto consumo de verduras, frutas, beta caroteno, vitamina C, vitamina E y fibra se asoció con un menor riesgo de cáncer cervical. Además, se observó que el riesgo de cáncer de cuello uterino estaba inversamente relacionado con la edad en el primer parto, pero directamente relacionado con el número total de embarazos y el hábito de fumar. El análisis multivariado destacó que el consumo de verduras y vitamina E ofrecía un efecto protector, mientras que el tabaquismo y una edad temprana en el primer parto se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. En conclusión, el cáncer de cuello uterino está influenciado por factores reproductivos y patrones dietéticos, y una mayor ingesta de verduras y vitamina E podría reducir el riesgo de esta enfermedad (63).

En Colombia, se realizó un estudio titulado "Relación entre las conductas sexuales y algunas patologías crónicas del Tracto Genital Inferior Femenino", con



el objetivo de examinar la posible asociación entre las conductas sexuales y diversas patologías crónicas del tracto genital inferior en mujeres. Este estudio empleó un enfoque descriptivo-exploratorio y utilizó un análisis factorial de correspondencias múltiples, con una muestra de 129 mujeres. Los resultados revelaron que no se detectó una relación directa entre el virus del papiloma humano (VPH) y la edad de inicio de la actividad sexual. De igual manera, la asociación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente el VPH, y el número de parejas sexuales no fue claramente definida. Sin embargo, se concluyó que la ausencia de protección durante las relaciones sexuales constituye una conducta de alto riesgo para la infección por VPH y otras ITS (64).

2.3.2 Antecedentes Nacionales

En Cañete, se realizó un estudio titulado "Relación entre factores reproductivos y el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del Hospital Rezola Cañete, 2015-2016". El objetivo de la investigación fue analizar la asociación entre factores reproductivos y el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Rezola Cañete durante el período mencionado. Este estudio adoptó un diseño analítico de casos y controles, con un enfoque retrospectivo y transversal, y se llevó a cabo con una muestra de 75 mujeres en edad fértil, compuesta por 25 casos diagnosticados con cáncer y 50 controles sin diagnóstico de la enfermedad. Los resultados del estudio identificaron varios factores significativamente relacionados con el riesgo de cáncer de cuello uterino. Entre estos, se destacó el inicio de las relaciones sexuales entre los 10 y 19 años, presente en el 92% de los casos y en el 70% de los controles; haber tenido dos o más parejas sexuales, observado en el 92% de los casos frente al 36% de los controles; una paridad de dos o más hijos, registrada en el 96% de



los casos y en el 32% de los controles; y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, que afectaron al 36% de los casos y al 92% de los controles. En resumen, el estudio evidenció una asociación significativa entre estos factores de riesgo y el desarrollo de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil (65).

En Tarapoto, se llevó a cabo un estudio titulado "Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2013-2017", cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en dicho servicio durante el período especificado. Este estudio empleó un diseño transversal de casos y controles, con una muestra de 125 mujeres diagnosticadas con cáncer cervical y 120 mujeres sin dicho diagnóstico. Los resultados del estudio identificaron varios factores de riesgo significativos para el cáncer de cuello uterino. Entre los factores medioambientales, se encontró que la pertenencia a la raza nativa aumentaba la probabilidad de desarrollar cáncer cervical en 2,043 veces en comparación con la raza mestiza. En términos de conducta sexual, un inicio precoz de las relaciones sexuales incrementaba el riesgo de desarrollar la enfermedad en 5,663 veces en comparación con aquellas mujeres que comenzaron después de los 19 años. Además, el estilo de vida también fue relevante, ya que el consumo de tabaco incrementaba la probabilidad de desarrollar cáncer de cérvix en 6,538 veces en comparación con las no fumadoras. No se encontró evidencia de un factor hereditario significativo para el cáncer de cuello uterino. En cuanto a los tipos de cáncer detectados, el carcinoma escamoso in situ fue el más frecuente, con una prevalencia del 56,8% de los casos. Le siguió el carcinoma escamoso microinfiltrante, que representó el 29,6%, y, en menor proporción, el carcinoma escamoso infiltrante con un 13,6%. En resumen, los



factores de riesgo más significativamente relacionados con el cáncer de cuello uterino en este estudio fueron la pertenencia a la raza nativa ($p = 0,001$) y el inicio temprano de las relaciones sexuales ($p = 0,000$) (66).

En Sullana, se realizó un estudio titulado "Edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales como factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II durante el periodo de enero a diciembre de 2013". El objetivo principal del estudio fue evaluar si la edad de inicio de las relaciones sexuales y la cantidad de parejas sexuales representan factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres que recibieron atención en dicho hospital durante ese año. El estudio adoptó un diseño de casos y controles, seleccionando 50 casos confirmados de cáncer de cuello uterino del programa de cáncer del Hospital de Apoyo II-2 Sullana para el periodo de enero a diciembre de 2013. Se utilizó un grupo de control compuesto por 100 mujeres en edad fértil que también recibieron atención en el mismo programa. Los resultados revelaron que iniciar las relaciones sexuales antes de los 18 años estaba significativamente asociado con la presencia de cáncer de cuello uterino. Además, se observó que las mujeres que habían tenido dos o más parejas sexuales mostraban una asociación significativa con el desarrollo de esta enfermedad. En conclusión, el estudio indica que la edad temprana al inicio de la actividad sexual y el número de parejas sexuales son factores de riesgo importantes para el cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II durante el periodo evaluado (67).

En la región de Loreto, se llevó a cabo un estudio titulado "Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales", con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados al



cáncer cervical en mujeres que, a pesar de tener resultados citológicos normales, pertenecían al Grupo Básico de Trabajo. Este estudio observacional y descriptivo se realizó en el Grupo Básico de Trabajo 1 del Policlínico Docente "Tula Aguilera" en el municipio de Camagüey, entre septiembre y diciembre de 2011. Se seleccionaron 191 mujeres de un total de 997 registradas en las Historias Clínicas de Salud Familiar mediante un muestreo aleatorio simple utilizando el programa EPIDAT. Se administró una encuesta a las participantes, y los datos obtenidos se organizaron en tablas de frecuencia. Los resultados indicaron que el grupo etario más predominante fue el de mujeres de 35 a 39 años, representando el 24,0% de la muestra. Además, el 90,0% de las participantes habían iniciado su vida sexual antes de los 20 años, el 64,3% había tenido tres o más parejas sexuales, y el 70,7% había presentado infecciones vaginales (68).

En Iquitos, se realizó un estudio denominado "Conducta sexual y reproductiva asociada al cáncer cervicouterino en mujeres atendidas entre 2012 y 2013 en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014", con el objetivo de investigar la asociación entre las prácticas sexuales y reproductivas y el cáncer de cuello uterino en mujeres que recibieron atención en dicho hospital durante los años 2012 y 2013. El estudio empleó un enfoque cuantitativo y utilizó un diseño no experimental, correlacional y retrospectivo, basado en el análisis de una muestra de 113 historias clínicas. Los resultados del estudio indicaron que el 50,4% de las mujeres había comenzado su actividad sexual a una edad temprana, entre los 10 y 19 años, y el 71,7% había tenido múltiples parejas sexuales. Además, el 59,3% tenía antecedentes de infecciones de transmisión sexual, el 79,6% había tenido su primer parto antes de los 20 años, el 96,5% era multípara y el 39,8% había experimentado un aborto provocado. En resumen, el estudio



sugiere una fuerte asociación entre ciertos comportamientos sexuales y reproductivos y el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el período de estudio (52) .

En Nuevo Chimbote, se llevó a cabo una investigación titulada "Factores de riesgo socioeconómicos y gineco-obstétricos que predisponen al cáncer de cuello uterino. Nuevo Chimbote, 2013", con el propósito de identificar los factores socioeconómicos y gineco-obstétricos que pueden incrementar la predisposición al cáncer de cuello uterino. La población estudiada incluyó a 115 mujeres con edades entre 10 y 34 años. Los resultados revelaron que, en términos de factores socioeconómicos, el 68.6% de las mujeres tenía ingresos inferiores al salario mínimo, el 57.1% solo había completado la educación primaria, el 74.3% eran amas de casa y el 71.4% no consumía tabaco. En cuanto a los factores gineco-obstétricos, el 68.6% había iniciado su vida sexual entre los 14 y 19 años, el 62.9% había tenido dos o más parejas sexuales, el 71.4% no tenía antecedentes de infecciones de transmisión sexual, el 68.6% había tenido más de tres partos y el 65.7% había usado anticonceptivos orales. Además, el 97.1% de las mujeres no había recibido la vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH). En relación con el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, el 40% de las participantes presentaba un riesgo alto, el 31.4% un riesgo medio y el 28.5% un riesgo bajo. Estos hallazgos sugieren que la mayoría de las mujeres estudiadas están en un grupo de riesgo significativo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino (69).

En la ciudad de Lima, se realizó una investigación titulada "Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011", con el fin de examinar la distribución de los factores de riesgo relacionados con el cáncer de cuello uterino en las



pacientes atendidas en dicho hospital durante el período de 2006 a 2011. La muestra consistió en 104 pacientes, y se examinaron diversos factores de riesgo, incluyendo la edad, antecedentes de infección por VPH, menarquía, inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales, paridad, y consumo de tabaco y alcohol. Los resultados del estudio indicaron que los factores de riesgo más significativos asociados con el cáncer cervical fueron la infección por VPH (64.8%) y la multiparidad (68.5%). La mayoría de las participantes experimentó la menarquía a una edad promedio (63%) y la actividad sexual comenzó predominantemente entre los 18 y 20 años (63%). Se observó un porcentaje similarmente bajo para el inicio sexual temprano o tardío (18.5%). Adicionalmente, la mayoría de las mujeres reportaron haber tenido menos de cinco parejas sexuales a lo largo de su vida (94.4%); sin embargo, se identificó una relación entre un mayor número de parejas sexuales y un aumento en el riesgo de cáncer cervical. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, se registró un bajo porcentaje de consumo entre las pacientes. Otro dato relevante fue que cerca del 70% de las mujeres reportaron antecedentes de cocinar con leña, lo cual proporciona información sobre las condiciones de vida en el entorno estudiado. Finalmente, se observó que más del 20% de las mujeres no habían sido sometidas a un tamizaje primario, lo que dificultaba la detección de antecedentes de infección por VPH (18).

2.3.3 Antecedentes Locales

En la ciudad de Arequipa, se realizó un estudio bajo el título "Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015". El propósito de esta investigación fue determinar cómo se relacionan las características sociodemográficas con el nivel de conocimiento



sobre el cáncer de cuello uterino entre las mujeres atendidas en ese centro de salud durante febrero de 2015. Se utilizó un diseño relacional de corte transversal, encuestando a 205 mujeres entre los 20 y 60 años. Los hallazgos mostraron que el 58% de las mujeres encuestadas tenían entre 20 y 39 años, el 49% eran amas de casa, el 51% contaba con un nivel educativo alto, y el 38% era originaria de Arequipa. En cuanto al nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, el 56% de las encuestadas obtuvo una calificación de bueno, el 29% de regular y el 15% de deficiente. En conclusión, se estableció que las usuarias del centro de salud demostraron un nivel satisfactorio de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino. Además, se identificó que factores sociodemográficos como la edad joven adulta (20 a 39 años), un alto nivel educativo, la ocupación como ama de casa y la procedencia de Arequipa y otros departamentos estuvieron positivamente asociados con un mayor conocimiento sobre esta enfermedad (70).

En Arequipa, se realizó una investigación titulada "Actitudes de los pacientes con cáncer de cuello uterino hacia el tratamiento oncológico en el Hospital Goyeneche. Arequipa, 2013", cuyo objetivo fue identificar las actitudes positivas y negativas de las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia su tratamiento oncológico. El estudio se aplicó a 62 pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche en Arequipa. Los hallazgos revelaron que las características sociodemográficas predominantes eran la edad entre 30 y 49 años, nivel educativo secundario, estado civil de convivencia y un promedio de tres hijos. Todas las participantes tenían antecedentes de cáncer de cuello uterino. En cuanto a las actitudes positivas hacia el tratamiento, estas se manifiestan predominantemente en un nivel moderado, destacando la paciencia, la aceptación, el deseo de curación y la esperanza. Por otro lado, las actitudes negativas se



presentan en un nivel bajo, con énfasis en la baja autoestima, el estrés y el sentimiento de abandono (71) .



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo descriptivo correlacional: Descriptivo, porque permitió describir y analizar las variables que se está estudiando, correlacional porque permitió establecer la asociación entre la variable independiente y la variable dependiente, los estudios de tipo correlacional están orientados a descubrir la relación entre dos o más variables en un mismo sujeto. Según Hernández, Fernández y Baptista (72) “la utilidad y el propósito principal de los estudios correlaciones son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas”. Este estudio mide las dos o más variables que se desea conocer, si están o no relacionadas con el mismo sujeto y así analizar la correlación.

3.1.2. Diseño de investigación

No experimental de corte transversal: Estos estudios se enfocan en describir la relación entre dos o más variables en un punto específico en el tiempo. Su objetivo es caracterizar las variables y analizar su incidencia e interrelación en ese momento particular.

El diagrama se describe de la siguiente manera:

M : Representa a las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas con cáncer de cuello uterino



Ox : Representa las conductas sexuales y reproductivas

Oy : Representa a los estadios del cáncer de cuello uterino

r : Representa la relación entre las variables

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El área seleccionada para llevar a cabo este estudio fue el Hospital Goyeneche de Arequipa, que forma parte del Gobierno Regional de Arequipa y desempeña un papel crucial en la resolución de problemas de salud de la población a la que sirve, proporcionando una Atención Integral de Salud (73).

El Hospital Goyeneche de Arequipa, inaugurado el 11 de febrero de 1912 con el patrocinio del Papa Pío X, ha sido tradicionalmente conocido como el "Hospital de los Pobres", dedicado a la imagen de Cristo Pobre. Ubicado en el Cercado de Arequipa, limita al norte con el Pasaje Santa Rosa, al sur con la Calle Paucarpata, al este con la Av. Independencia y al oeste con la Av. Goyeneche.

Este hospital ofrece una amplia gama de servicios médicos distribuidos en 16 departamentos de salud, que incluyen Oncología, Odontología, Enfermería, Emergencia y Cuidados Críticos, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y Dietética, Consulta Externa, Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia. En el departamento de Oncología, el hospital proporciona servicios tanto de hospitalización como de consulta externa. Cuenta con 24 camas para pacientes hospitalizados y 8 sillones en el Hospital de Día, así como una cámara laminar utilizada para la preparación de medicamentos destinados a la quimioterapia. Además, dispone de 21 camas adicionales para pacientes hospitalizados y 3 camas para la recuperación post-anestesia quirúrgica. En los



consultorios externos, se ofrece atención ambulatoria y diagnóstico a pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia (74).

En cuanto al personal profesional, el Hospital dispone de cuatro médicos especializados en cirugía oncológica y otros cuatro en oncología clínica. Además, cuenta con cinco tecnólogos médicos, siete enfermeras especializadas y ocho técnicas de enfermería. Estos profesionales se encargan de la atención de pacientes oncológicos y de la administración de tratamientos de quimioterapia. También hay personal dedicado a tareas de limpieza y servicios de cocina en el hospital (74).

El estudio fue realizado en el mes de febrero del 2018 después de haber realizado las coordinaciones respectivas para el ingreso a la Unidad de Admisión y Archivo para poder obtener los datos de las historias clínicas.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

La población y muestra de estudio estuvo constituida por historias clínicas de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa en el año 2017 que padecen de cáncer de cuello uterino que según la base de datos de la Unidad de Admisión y Archivo son 141.

Criterios de Inclusión: Historias clínicas de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Cáncer de cérvix en el año 2017 que contaran con la información completa sobre sus datos ginecoobstétricos: inicio sexual, parejas sexuales, paridad, edad del primer parto, antecedente de infecciones de transmisión sexual, abortos, uso de métodos anticonceptivos, además que deben ser sexualmente activas.

Criterios de exclusión: Historias clínicas de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Cáncer de cérvix en el año 2017 con información incompleta.



3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Variable independiente: conductas sexuales y reproductivas.

Variable dependiente: Estadíos del cáncer de cuello uterino.



Tabla 1

Variables y su operacionalización

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
V.I.: CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS: se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en grupo.	CONDUCTAS SEXUALES	1.- EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> a) Precoz: antes de los 18 años b) Media: entre los 18 y los 20 años c) Tardía: después de los 20 años
		2.-NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> a) Una pareja b) Dos a tres parejas c) Cuatro a más parejas
		3.- INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> a) Sin antecedentes b) Con antecedentes
V. D: ESTADÍOS DEL CANCER DE CUELLO UTERINO. Determinación de la extensión del tumor.	CONDUCTAS REPRODUCTIVAS	1.- EDAD DEL PRIMER PARTO	<ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Menor de 20 años c) De 20años a más
		2.- NÚMERO DE PARTOS	<ul style="list-style-type: none"> a) Nulípara b) Primípara c) Multípara d) Gran multípara
		3.- ABORTOS	<ul style="list-style-type: none"> a) Sin aborto b) Con aborto
		4.- USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 5 años b) Más de 5 años c) Nunca
		ESTADÍO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> a) Estadío clínico 0 “in situ” b) Estadío clínico I c) Estadío clínico II d) Estadío clínico III. e) Estadío clínico IV.



3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica de recolección de datos:

Para el presente trabajo de investigación debido al tipo de estudio se utilizó la técnica de revisión documentaria a través de la historia clínica, mediante la cual se obtuvo la información necesaria.

3.5.2. Instrumento de recolección de datos

Como instrumento de recolección de datos se utilizó como base la ficha de recolección de datos “Ficha de Registro de Conductas sexual y reproductivas y cáncer de cuello uterino”.

Comprende dos partes: la primera sobre conducta sexual y reproductiva que contiene 6 indicadores (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, infección de transmisión sexual, edad del primer parto, número de hijos y aborto, el uso de píldoras anticonceptivas orales) y la segunda sobre cáncer cérvicouterino, para el registro de este diagnóstico de la historia clínica en sus diferentes estadios.

Teniendo en cuenta que antes de aplicar el instrumento se observó la estructura y datos que existen en la historia clínica y al aplicar el instrumento se tomó la mayor parte de los datos de la hoja de anamnesis (antecedentes personales: Gineco-obstétricos) y epicrisis.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- a) **Coordinación:** Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería UNA – Puno, dos oficios de presentación dirigidos al Director del Hospital III Goyeneche de



Arequipa y otro dirigido hacia la Jefa de Enfermeras del Hospital III Goyeneche para poder obtener la autorización y acceso respectivo para la ejecución de estudio de investigación.

Se realizaron los trámites administrativos en el Hospital a través de la Mesa de Partes adjuntando una solicitud y los papeles solicitados, donde se solicitó autorización para la ejecución del proyecto de Tesis.

Se pasó a coordinar con la Jefa de Enfermeras del Hospital III Goyeneche donde se emitieron documentos en los que se solicitaron el apoyo del servicio de Oncología y la Unidad de Estadística.

Se coordinó con la Unidad de Estadística, presentándose al jefe de esta Unidad junto a una solicitud donde le pidió la base de datos de las pacientes hospitalizadas que tenían el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino en el año 2017.

Se realizó la presentación personal a la jefa de la Unidad de Archivo y Admisión.

b) Aplicación del instrumento: La recolección de datos se llevó a cabo en el horario comprendido entre las 10:00 hrs y 12:30 hrs por ser muy concurrida por el personal y demás investigadores que también revisan las Historias Clínicas.

Se empezó a recolectar datos de las Historias Clínicas para la ejecución del proyecto de investigación utilizando la ficha de recolección de datos. Esta recolección se dio en diversos ambientes de esta Unidad, teniendo en cuenta la ubicación de las Historias Clínicas, la búsqueda de la información necesaria en las fichas de recolección de datos y finalmente devolviendo estas Historias a sus respectivos lugares.



3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

a) Procesamiento de datos

Al término de la ejecución se realizó:

- La codificación de los datos de las fichas.
- Luego se tabularon los datos en Excel 2016.
- Se importaron los datos al programa estadístico IBM SPSS estadísticas 24.
- Se elaboraron cuadros y tablas de información porcentual para los resultados obtenidos de las variables de estudio.
- Se analizaron e interpretaron los resultados.

b) Análisis de resultados

- Se trabajó con un nivel de significancia del 5% (0.05), con un nivel de confianza del 95%. El valor de grados de libertad que se halló depende de cada tabla. Con estos datos se determinó el valor de la Chi cuadrada crítica o tabulada y dicho valor se encuentra en la tabla de Chi cuadrado. Además, también se utilizó la probabilidad “p”.

c) Regla de decisión:

- Si: $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}$ se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , caso contrario se acepta la H_0 .
- Si: $p < \alpha$ = Se rechaza H_0 ; Si: $p > \alpha$ = Se acepta H_0 .

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 2

Conductas sexuales asociadas al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017

		Cáncer de cuello uterino											
		In situ		I		II		III		IV		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Precoz: <18 años	0	0	0	0	37	25	28	18.7	16	11	81	54
	Media: 18- 20 años	0	0	0	0	16	11	4	2.7	24	16	44	29.3
	Tardía: >20 años	4	2.7	4	3	0	0	8	5.3	0	0	16	10.7
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 96.729				p=0.000				gl=8			
Número de parejas sexuales	1 pareja	0	0	4	3	28	19	8	5.3	28	19	68	45.3
	2 a 3 parejas	4	2.7	0	0	21	14	32	21.3	12	8	69	46
	4 a más parejas	0	0	0	0	4	2.7	0	0	0	0	4	2.7
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 37.414				p=0.000				gl=8			
Infección de transmisión sexual	Sin antecedente	4	2.7	4	3	52	35	36	24	32	21	128	85.3
	Con antecedente	0	0	0	0	1	0.7	4	2.7	8	5.3	13	8.7
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 9.801				p=0.044				gl=4			

Nota: Historias clínicas del Hospital Goyeneche III Arequipa

En la tabla 2 se observa respecto a los antecedentes de conductas sexuales que: el 54% de pacientes tuvo un inicio de relaciones sexuales precoz con el 24.7% en el estadio II, el 46% tuvo 2 a 3 parejas sexuales en el 21.3% en estadio III, el 85% dijo no haber tenido ITS en un 34.7% en estadio II. Respecto del estadio del cáncer el 35.3% de las pacientes estaba en el estadio clínico II.

Estadísticamente según p, con un nivel de significancia del 5 %, con un nivel de confianza del 95 %; existe relación entre: la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales e ITS y el cáncer de cuello uterino.

Tabla 3

Conductas reproductivas asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes

hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017

		Cáncer de cuello uterino											
		In situ		I		II		III		IV		Total	
Nunca		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad del primer parto		0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	2
	< 20 años	0	0	0	0	42	28	28	18.7	24	16	94	62.7
	20 a más	4	2.7	4	3	8	5.3	12	8	16	11	44	29.3
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 29.457		p=0.000		gl=8							
Paridad	Nulípara	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	2
	Primípara	0	0	0	0	5	3.3	4	2.7	8	5.3	17	11.3
	Múltipara	0	0	4	3	29	19	32	21.3	20	13	85	56.7
	Gran Múltipara	4	2.7	0	0	16	11	4	2.7	12	8	36	24
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 29.745		p=0.003		gl=12							
Aborto	Sin aborto	4	2.7	4	3	34	23	28	18.7	16	11	86	57.3
	Con aborto	0	0	0	0	19	13	12	8	24	16	55	36.7
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 14.112		p=0.007		gl=4							
Anticonceptivos orales	< 5 años	0	0	0	0	1	0.7	3	2	4	2.7	8	5.3
	> 5 años	0	0	0	0	11	7.3	3	2	0	0	14	9.3
	Nunca	4	2.7	4	3	41	27	34	22.7	36	24	119	79.3
	Total	4	2.7	4	3	53	35	40	26.7	40	27	141	100
		Chi2= 15.300		p=0.054		gl=8							

Nota: Historias clínicas del Hospital Goyeneche III Arequipa

En la tabla 3 se observa respecto a las conductas reproductivas que: el 62.7% tuvo su primer parto antes de los 20 años con el 28% en estadio II, el 56.7% de pacientes era múltipara con el 21.3% en el estadio III, el 57.3% no tuvo abortos con el 22.7% en estadio II y que el 79% dijo no haber utilizado anticonceptivos orales con el 27.3% en el estadio II; el estadio que se predispone en mayor cantidad fue el estadio clínico II con un 35.3% de pacientes.

Estadísticamente según p, con un nivel de significancia del 5 %, con un nivel de confianza del 95 %; existe relación entre: la edad del primer parto, la paridad, el aborto con el cáncer de cuello uterino. En cambio, no existe relación estadística entre el uso de anticonceptivos orales y el cáncer de cuello uterino.

OE1

Tabla 4

Conductas sexuales de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología – Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017

Conductas sexuales		N°	%
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Precoz: antes de los 18 años	81	54.0
	Media: entre los 18 y los 20 años	44	29.3
	Tardía: después de los 20 años	16	10.7
	Total	141	100.0
Número de parejas sexuales	Una pareja	68	45.3
	Dos a tres parejas	69	46.0
	Cuatro a más parejas	4	2.7
	Total	141	100.0
Infecciones de transmisión sexual	Sin antecedente	128	85.3
	Con antecedente	13	8.7
	Total	141	100.0

Nota: Historias clínicas del Hospital Goyeneche III Arequipa

En la tabla 4 se observa que: 81 (54.0%) tuvieron un inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (precoz), En cuanto al número de parejas sexuales el 46% de las pacientes tuvo de dos a tres parejas sexuales a lo largo de su vida. Respecto a las ITS las pacientes al ser consultadas al momento de su ingreso por medio de la entrevista en la historia clínica negaron haber tenido alguna ITS a lo largo de su vida un 85.3%.

OE2**Tabla 5**

*Conductas reproductivas de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología -
Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017*

Conductas reproductivas		N°	%
Edad del primer parto	Nunca	3	2
	Menor de 20 años	94	62.7
	De 20 a más	44	29.3
	Total	141	100
Paridad	Nulípara	3	2
	Primípara	17	11.3
	Múltipara	85	56.7
	Gran Múltipara	36	24
	Total	141	100
Aborto	Sin aborto	86	57.3
	Con aborto	55	36.7
	Total	141	100
Anticonceptivos orales	Menos de 5 años	8	5.3
	Más de 5 años	14	9.3
	Nunca	119	79.3
	Total	141	100

Nota: Historias clínicas del Hospital Goyeneche III Arequipa

En la tabla 5 se puede observar que la edad de primer parto se concentra en las pacientes que tuvieron su primer parto siendo menores de 20 años con un 62.7%, Respecto a la cantidad de partos el 56.7% fueron múltiparas. En cuanto al aborto 57.3% de las pacientes no tuvieron abortos. Por otro lado, el 79.3% de las pacientes niega haber utilizado anticonceptivos orales.

OE3**Tabla 6**

Tipos de cáncer según su estadio clínico en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017

Conductas reproductivas		N°	%
Edad del primer parto	Nunca	3	2
	Menor de 20 años	94	62.7
	De 20 a más	44	29.3
	Total	141	100
Paridad	Nulípara	3	2
	Primípara	17	11.3
	Multípara	85	56.7
	Gran Multípara	36	24
	Total	141	100
Aborto	Sin aborto	86	57.3
	Con aborto	55	36.7
	Total	141	100
Anticonceptivos orales	Menos de 5 años	8	5.3
	Más de 5 años	14	9.3
	Nunca	119	79.3
	Total	141	100

Nota: Historias clínicas del Hospital Goyeneche III Arequipa

En la tabla 6 se puede observar los estadios clínicos del cáncer de cuello uterino donde se puede reconocer que 53 pacientes (35.3%) se encuentran en el estadio clínico II, seguido del estadio clínico III con 40 pacientes que son el 26.7% y el estadio clínico IV con 40 pacientes también. En el estadio clínico 0 “in situ” existen 4 pacientes al igual que en el estadio clínico I las cuales representan un 2.7%.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio revelan que hay una serie de patrones significativos en relación con los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

Al analizar la relación entre las conductas sexuales y el cáncer de cuello uterino en nuestro estudio, se observó que un segmento significativo de las pacientes inició sus



relaciones sexuales antes de los 18 años. Entre estas, un número considerable fue diagnosticada en un estadio avanzado del cáncer. Este hallazgo concuerda con investigaciones previas, como el estudio realizado en Tarapoto, que también identificó una fuerte asociación entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y el cáncer cervical, mostrando una incidencia mayor en mujeres que comenzaron antes de los 19 años.(66). De manera similar, el estudio realizado en Iquitos reportó que más de la mitad de las mujeres de su estudio tuvo una edad de inicio precoz en relaciones sexuales, sugiriendo una relación fuerte entre este factor y el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino (52).

En cuanto al número de parejas sexuales una proporción notable de las pacientes había tenido entre dos y tres parejas a lo largo de su vida, y una parte de estas se encontraba en un estadio III del cáncer. Esto se alinea con la evidencia de estudios realizados en Colombia y en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde la presencia de múltiples parejas sexuales se identificó como un factor de riesgo significativo para el cáncer de cuello uterino (64)(18). Sin embargo, a diferencia del estudio en Ecuador, que no encontró una asociación clara entre el número de parejas sexuales y la incidencia de cáncer cervicouterino(62), nuestros resultados refuerzan la importancia del número de parejas sexuales como un factor de riesgo significativo.

Referente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), un hallazgo relevante es que la mayoría de las pacientes negó haber tenido ITS, dentro de ellas se encontraron las pacientes en estadio II. Esta discrepancia puede indicar una posible falta de información o subregistro de ITS en las historias clínicas. El estudio en Cuba y el análisis realizado en el Hospital de Apoyo Sullana también subrayan la importancia de las ITS, especialmente el VPH, en la génesis del cáncer cervical (60), (67). La ausencia de ITS en la mayoría de



las pacientes sugiere la necesidad de mejorar la detección y documentación de estas infecciones en la historia clínica.

En cuanto a las conductas reproductivas, el mas de la mitad de las pacientes tuvo su primer parto antes de los 20 años, con una parte significativa de ellas en estadio II. Este dato es consistente con los resultados del estudio en Arequipa, donde la edad temprana del primer parto también se relacionó con el riesgo de cáncer de cuello uterino (70). Además, el gran parte de las pacientes eran multíparas, y no había tenido abortos, lo que concuerda con hallazgos previos que indican una mayor paridad como un factor de riesgo (52)(62)(65) (69)(18). Sin embargo, gran cantidad de las pacientes no utilizó anticonceptivos orales, y no se halló una relación estadísticamente significativa entre el uso de estos anticonceptivos y el cáncer de cuello uterino, lo que contrasta con algunos estudios que han señalado un riesgo incrementado asociado con el uso prolongado de anticonceptivos hormonales (62)(69).

En tanto a los Estadios Clínicos del Cáncer, se observó una predominancia del estadio II, seguido del estadio clínico III. Este perfil de estadio es similar al reportado en el estudio realizado en el Hospital de SOLCA en Quito, donde una parte considerable de los casos fue diagnosticada en etapas avanzadas (62). La predominancia del estadio II en nuestro estudio refleja una posible tendencia hacia el diagnóstico de cáncer en etapas intermedias, subrayando la necesidad de mejorar las estrategias de detección temprana y tamizaje. Por ello se debe actuar a través del equipo multidisciplinario para poder luchar contra este gran problema.



V. CONCLUSIONES

- Al asociar las conductas sexuales y reproductivas al cáncer de cuello uterino se obtuvo que: existe relación estadística significativa del cáncer de cuello uterino y: la edad de inicio de relaciones sexuales ($p=0.000$), número de parejas sexuales ($p=0.000$), ITS ($p=0.044$), edad del primer parto ($p=0.000$), paridad ($p=0.043$), aborto ($p=0.044$) en las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología Goyeneche III Arequipa. Además, se indica que el uso de anticonceptivos oral y el cáncer de cuello uterino no están asociado.
- Las conductas sexuales que sobresalen en las pacientes estudiadas son: que más de la mitad de las pacientes tuvo un inicio de relaciones sexuales precoz antes de los 18 años; gran parte de las pacientes tuvo de dos a tres parejas sexuales, la mayoría de las pacientes niega haber tenido alguna ITS.
- Las conductas reproductivas predominantes son: más de la mitad de las pacientes tuvo su primer parto antes de los 20 años, la mitad eran multíparas, un tercio de las pacientes tuvo algún aborto.
- El cáncer de cuello uterino más prevalente en las pacientes estudiadas es el de estadio clínico II. A pesar de que es un estadio no muy avanzado estos suelen empeorar rápidamente generando complicaciones en la salud.



VI. RECOMENDACIONES

AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA

- Implementar programas educativos y de consejería enfocados en las conductas sexuales y reproductivas como factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Esto incluye promover el uso de métodos preventivos como la vacunación contra el VPH y el tamizaje regular, además de monitorear y seguir de cerca las conductas de las pacientes diagnosticadas. Es crucial fomentar la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud para abordar integralmente las necesidades de las pacientes, así como apoyar la investigación continua sobre estas relaciones para mejorar los tratamientos y la calidad de vida de las mujeres afectadas.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:

- Desarrollar programas educativos continuos sobre la importancia del control ginecológico regular, la vacunación contra el VPH y las prácticas sexuales seguras. Esto incluye sesiones informativas para pacientes y la comunidad en general.
- Promover protocolos claros para el tamizaje regular del cáncer de cuello con Papanicolaou y VPH. A la vez capacitar al personal en toma de muestras y manejo de resultados, identificando rápidamente riesgos como inicio temprano de relaciones, múltiples parejas, multíparas y aborto para aplicar estrategias adecuadas.
- Implementar sistemas efectivos de seguimiento de pacientes con resultados anormales en las pruebas de detección para garantizar que reciban atención especializada y oportuna en caso de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.



- Fomentar la colaboración entre el sector salud, educación y organizaciones comunitarias para fortalecer las campañas educativas, mejorar la conciencia pública y abordar los determinantes sociales de la salud que afectan la prevención del cáncer de cuello uterino.
- Fomentar la creación de programas preventivos y proyectos sociales dirigidos a intervenir en la reducción de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino mediante actividades de prevención y promoción.
- Promover la investigación sobre el cáncer de cuello uterino, explorando factores socioeconómicos, conductas sexuales y reproductivas, factores demográficos y otros aspectos relevantes con diversos enfoques metodológicos y apoyar la investigación local sobre factores de riesgo, barreras de acceso y efectividad de las intervenciones en la prevención del cáncer de cuello uterino.

A LA DOCENCIA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Se sugiere implementar en el currículo contenidos específicos abordando el tema de las enfermedades neoplásicas que están en aumento, prevención, detección, abordaje, tratamiento, etc.
- Promover la educación sexual para los estudiantes, e incentivar la difusión de la información.
- Proporcionar oportunidades prácticas en entornos clínicos donde los estudiantes puedan aprender y aplicar técnicas de tamizaje, educación preventiva y apoyo emocional a pacientes con cáncer de cuello uterino.



- Capacitar al personal docente en las últimas investigaciones, avances tecnológicos y directrices de práctica clínica relacionadas con el cáncer de cuello uterino, garantizando la entrega de información actualizada y precisa a los estudiantes.
- Incentivar la investigación estudiantil y la participación en publicaciones científicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino, promoviendo la curiosidad académica y el desarrollo profesional de los estudiantes.

A LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Considerar involucrarse en proyectos de investigación estudiantil relacionados con el cáncer de cuello uterino. Esto te permitirá explorar nuevas áreas de conocimiento, contribuir a la evidencia científica y desarrollar habilidades en métodos de investigación.
- Se sugiere abordar la relación entre las conductas sexuales y reproductivas y el cáncer de cuello uterino con otros diseños estadísticos proporcionando diversas perspectivas metodológicas.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schiffman M, Castle P, Jeronimo J, Rodriguez A, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet [Internet]. el 8 de septiembre de 2007 [citado el 8 de marzo de 2019];370(9590):890–907. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61416-0/fulltext#secd100813722e1466](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61416-0/fulltext#secd100813722e1466)
2. Organización Panamericana de la Salud Perú. El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir [Internet]. 2019 [citado el 27 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4239:el-cancer-cervicouterino-es-el-tercero-mas-frecuente-entre-las-mujeres-de-america-latina-y-caribe-pero-se-puede-prevenir&Itemid=1062
3. Globocan, International Agency for Research on Cancer. Número estimado de muertes por cáncer en Perú 2018 [Internet]. Bulletin of the World Health Organization. 2018 [citado el 22 de marzo de 2019]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=604&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group
4. Ministerio de Salud del Perú. Programa presupuestal, prevención y control del cáncer. 2017.
5. Cordero J, García M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el



- cáncer cervicouterino. Medimay [Internet]. 2015 [citado el 27 de noviembre de 2018];21(2):357–70. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/780/1222>
6. Capote L. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en América Latina. Programa Oncol Minist PP Salud [Internet]. 2012;(1):1–3. Disponible en: <file:///C:/Users/Johanna/Documents/Downloads/manuscript.pdf>
 7. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O, Galdós R, Cáceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. [citado el 12 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/29-33.html#pie>
 8. International Agency for Research on Cancer. Observatorio Mundial del Cáncer, el cáncer hoy en día, el cuello uterino. 2018.
 9. Cobarrubia R. Arequipa: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur reporta 1200 nuevos casos de cáncer al año [Internet]. Diario Correo. Arequipa; [citado el 7 de junio de 2017]. p. 1. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/arequipa/1200-nuevos-casos-de-cancer-al-ano-624746/>
 10. Universidad de los Andes, UNICEF. Embarazo subsecuente en la adolescencia [Internet]. Unicef. 2015. 1–60 p. Disponible en: [https://www.unicef.org/colombia/media/441/file/Embarazo en la adolescencia.pdf](https://www.unicef.org/colombia/media/441/file/Embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf)
 11. Universidad Católica San Pablo. Menos del 20% de adolescentes inician actividad sexual en Arequipa [Internet]. Arequipa; 2016. Disponible en: <https://ucsp.edu.pe/saladeprensa/informa/menos-del-20-de-adolescentes-inician->



actividad-sexual-en-arequipa/

12. Huamaní J, Hurtado-Ortega A. , Guardia-Ricra M.I R-MJ. Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Lima ene/mar 2008 [Internet]. 2008;7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100007
13. Valdecantos C. Enfermería y Virus del Papiloma Humano. Revisión bibliográfica [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14820/1/TFG-O 638.pdf>
14. Smith R, Mettlin C, Johnston K, Eyre H. Guías de la Sociedad Americana del Cáncer para la detección temprana del cáncer. 2000;34–49.
15. Pulido M, Ávalos C, Fernández J, García L, Hernandez L, Ruiz A. Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la ciudad de México. Psicol y Salud [Internet]. 2013;23(1):25–32. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Marco Antonio Pulido Rull.pdf>
16. Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. 2da edició. Gráfica Ñañez, editor. Perú; 2004.
17. Reguero E. La infección por papilomavirus humano y su relación con el cáncer cervico-uterino. Trabajo presentado en el XVIII Forum Nacional de Ciencias Médicas. 2006;
18. Cabrera J. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011. Universidad



- Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
19. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. 2015;56.
 20. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [citado el 25 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/
 21. Ministerio de Salud Pública. Boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002-2011 [Internet]. 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2728.pdf>
 22. Lazcano M. “ Cáncer cervicouterino : sobrevida en mujeres beneficiarias de la provincia de San Antonio . 1997-2007. Universidad de Chile; 2015.
 23. World Health Organization. Tricomoniasis [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>
 24. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison, principios de medicina interna. 20°. McGraw Hill Education México, editor. Mexico; 2018.
 25. American Cancer Society. VPH y cáncer [Internet]. cancer.org. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/vph/vph-y-cancer.html>
 26. Organización Panamericana de la Salud. Herpes Genitales [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/herpes-genitales>
 27. Organización Mundial de la Salud. Virus del herpes simple [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes->



simplex-virus

28. Organización Panamericana de la Salud. Gonorrea [Internet]. 2018. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/gonorrea>
29. Organización Panamericana de la Salud. Clamidiasis [Internet]. 2016. Disponible
en: <https://www.paho.org/es/temas/clamidiasis>
30. Cuéllar LA. Revisión bibliográfica-Actualización en los métodos diagnósticos de
Chlamydia Trachomatis. Rev para Prof la salud. 2022;V(49):113–24.
31. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas: nuevas
recomendaciones de la OMS para prevenir la transmisión maternofilial del virus
de la hepatitis B [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/q-a-new-who-recommendations-for-prevention-of-mother-to-child-transmission-of-hepatitis-b-virus>
32. R. Morris S. Granuloma inguinal [Internet]. 2019. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/enfermedades-infecciosas/infecciones-de-transmisión-sexual/granuloma-inguinal>
33. Cunha Ramos M, Sardinha JC, Duarte Ramos de Alencar H. Protocolo Brasileño
para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infecciones que causan úlcera
genital. Epidemiol e Serv Saude [Internet]. 2021;30(Special issue 1):1–14.
Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/ress/a/t5cFGq4BcJW3b4NvDq9y7dz/?format=pdf&lang=es>
34. Tumoración inguinal en varón joven [Internet]. Vol. 45. 2019. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-vii->



jornadas-residentes-tutores-semergen-119-sesion-casos-clinicos-6291-
comunicacion-tumoracion-inguinal-en-varon-joven-75940-pdf

35. Berrington de González A, Green J. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: Collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* [Internet]. el 15 de febrero de 2007 [citado el 27 de noviembre de 2018];120(4):885–91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17131323>
36. Castañeda M, Toledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. 1998;40(Salud Pública de México):330–8. Disponible en: <http://dl.acm.org/citation.cfm?doid=2396761.2398521>
37. Cordero J, García M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. 2015;21(2):357–70.
38. Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodhill A, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet (London, England)* [Internet]. el 10 de noviembre de 2007 [citado el 27 de noviembre de 2018];370(9599):1609–21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361>
39. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>



40. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
41. Castillo Cañadas AM. Anatomía y fisiología del aparato reproductor. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
42. Instituto Nacional del Cancer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2019 [citado el 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
43. Instituto Nacional del Cáncer. Carcinoma in situ [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/carcinoma-in-situ>
44. American Cancer Society. Etapas del cáncer de cuello uterino [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
45. American Cancer Society. Detección temprana , diagnóstico y clasificación por etapas del cáncer de cuello uterino. En: Cancer.org [Internet]. p. 1–38. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8935.00.pdf>
46. Ministerio de Salud Pública de Perú. Guía de práctica clínica para la prevención y



- manejo del Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. Primera ed. Vol. 1, Ministerio de Salud Pública de Peru. Lima; 2019. 1–36 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
47. Salinas L. Conductas Sexuales [Internet]. 2018 [citado el 27 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.cota5.es/conductas.sexuales.html>
48. Enciclopedia Cubana en la Red. Conducta sexual [Internet]. [citado el 25 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Conducta_sexual
49. Sanitas. La relación sexual [Internet]. 2019 [citado el 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/ginecologia/aparato-genital-femenino/sin012103wr.html>
50. Ledezma H. Sexualidad. 2009; Disponible en: <http://archivo.de10.com.mx/wdetalle3089.html>
51. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. En 2008. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=35-situacion-programa-nacional-de-sida-2008&category_slug=publicaciones-vih-sida&Itemid=307
52. Silva B, Soplin K, Talledo S. Conducta Sexual Y Reproductiva Asociados Al Cancer Cervicouterino, En Mujeres Atendidas Entre 2012-2013, En El Hospital Regional De Loreto, Punchana 2014 [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3564/Briony_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1



53. Alba B, Guerrero D, Dañino M, Reyes D, Vargas A, Zenteno I, et al. Atención de parto. Mexico: Departamento de integración de ciencias médicas; 2016.
54. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades 10 (CIE 10). Ginebra; 1992.
55. Govantes C. Manual Normon. En: 7ma edició. Madrid; 1999.
56. Chabner B, Lynch T, Longo D. Manual de Oncología Harrison. 2009.
57. Solidoro A. Apuntes de cancerología. 2da edició. Hozlo, editor. Perú; 2005.
58. National Cancer Institute. Estadificación del cáncer [Internet]. 2015 [citado el 27 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
59. Martínez A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, de la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2010;36(1):52–65.
60. Vázquez A, González J, De la Cruz F, Almirall A, Valdés R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2008;34(2):1–15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v34n2/gin07208.pdf>
61. León G, Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2005;
62. Sotomayor M. 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 durante el año 2007 [Internet]. Universidad San Francisco de Quito; 2009. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/378/1/89966.pdf>
63. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Villegas R. Alimentación, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello del útero. Rev méd Chile [Internet]. 2001; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000600001&script=sci_arttext
64. Escobar G. Relacion entre las conductas sexuales y algunas patologías crónicas del Tracto Genital Inferior Femenino. 2007;12:165–77.
65. Ccoyllo N. Relación entre factores reproductivos y el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad reproductiva del Hospital Rezola Cañete. 2015-2016 [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/cervicalcancer.html>
66. Saldaña E, Silva J. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital II- 2 Tarapoto, periodo 2013 - 2017. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto; 2018.
67. Castro E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II -2. [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/511/1/Castro_Eduardo_Relacion_es_Coitales_Cancer_Cuello_Uterino.pdf
68. Díaz Brito Y, Báez Pupo MM, Pérez Rivero JL, García Placeres M. Presencia de



- algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2014 [citado el 12 de junio de 2024];30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
69. Fernández C, Izaguirre E. Factores de riesgo socioeconómicos y gineco-obstrétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino Nuevo Chimbote, 2013. [Internet]. Universidad Nacional del Santa Chimbote - Perú; 2014. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1900/27202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
70. Anco S. Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola. Arequipa, febrero 2015. Universidad Católica de Santa María; 2015.
71. Rondón J, Santé L. Actitudes de las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia el tratamiento oncológico en el Hospital Goyeneche. Arequipa, 2013. 2013.
72. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptisa Lucio P. Metodología de la Investigación. 2006.
73. Hospital Goyeneche III. Reglamento de Organización y Funciones Hospital III Goyeneche. Arequipa; 2008.
74. Condori E, Yahua E. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2017. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018.



ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>PG: ¿Las conductas sexuales y reproductivas se asocian al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - hospital III Goyeneche Arequipa, 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>OG: Determinar la asociación entre las conductas sexuales y reproductivas con el cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>HG: Las conductas sexuales y reproductivas están asociadas al cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>conductas sexuales y reproductivas</p>	<p>Edad de inicio de relaciones sexuales</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Infección de transmisión sexual</p> <p>Edad del primer parto</p> <p>Número de partos</p> <p>Abortos</p> <p>Uso de anticonceptivos orales</p>	<p>TIPO Y DISEÑO:</p> <p>descriptivo correlacional, No experimental de corte transversal.</p> <p>TÉCNICA:</p> <p>revisión documental</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>ficha de recolección de datos</p> <p>POBLACIÓN: 141 historias clínicas de las pacientes hospitalizadas del</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>PE1: ¿Cuáles son las conductas sexuales de las pacientes</p>	<p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>OE1: Identificar las conductas sexuales: edad de inicio de relaciones</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>HE1: Las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología iniciaron</p>			

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa periodo, 2017? PE2: ¿Cuáles son las conductas reproductivas de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017? OE2: Identificar las conductas reproductivas: edad del primer parto, número de partos, abortos, uso de anticonceptivos orales de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017. PE3: ¿Cuáles son los tipos de cáncer según su estadio clínico en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017?	sexuales, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017. OE2: Identificar las conductas reproductivas: edad del primer parto, número de partos, abortos, uso de anticonceptivos orales de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017. OE3: -Describir los tipos de cáncer según su estadio clínico en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital III Goyeneche Arequipa, 2017.	precozmente su vida sexual, tuvieron más de una pareja sexual y presentaron infecciones de transmisión sexual. HE2: Las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología tienen un primer parto a una edad temprana, son multíparas, han abortado al menos una vez, y han consumido anticonceptivos orales por un periodo largo de tiempo HE3: El tipo de cáncer más prevalente entre las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología es el tipo II.	Variable dependiente: Estadios del cáncer de cuello uterino	Estadío clínico 0 “in situ” Estadío clínico I Estadío clínico II Estadío clínico III. Estadío clínico IV.	servicio de oncología Hospital III Goyeneche Arequipa en el año 2017 MUESTRA: 141 historias clínicas de las pacientes hospitalizadas del servicio de oncología del Hospital III Goyeneche Arequipa en el año 2017.



ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

**FICHA DE REGISTRO DE LAS CONDUCTAS SEXUALES Y
REPRODUCTIVAS ASOCIADAS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

I. PRESENTACIÓN:

El presente instrumento es parte del proyecto de investigación para determinar la asociación entre las conductas sexuales/reproductivas y el cáncer de cuello uterino en pacientes hospitalizadas del servicio de oncología - Hospital Goyeneche III Arequipa, 2017 para recolectar la información necesaria para el estudio a través de las historias clínicas.

II. CONTENIDO:

I. DATOS GENERALES:	
1.	FECHA DE REGISTRO:/...../.....
2.	Nº DE HISTORIA CLINICA:
II. CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS	
A. CONDUCTAS SEXUALES	MEDICIÓN
1. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	a) Precoz: antes de los 18 años () b) Media: entre los 18 y los 20 años () c) Tardía: después de los 20 años ()
2. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	a) Una pareja () b) Dos a tres parejas () c) Cuatro a más parejas ()
3. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	a) Sin antecedente () b) Con antecedente ()
B. CONDUCTAS REPRODUCTIVAS	MEDICIÓN
4. EDAD DEL PRIMER PARTO	a) Nunca () b) Menor de 20 años () c) De 20 a más ()
5. NUMERO DE HIJOS O PARIDAD	a) Nulípara () b) Primípara () c) Multípara ()

	d) gran múltipara	()			
6. ABORTO	a) Sin aborto	()			
	b) Aborto	()			
7. USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	a) Menos de 5 años	()			
	b) Más de 5 años	()			
	c) Nunca	()			
C. DIAGNÓSTICO	Estadio clínico 0 o in situ	Estadio clínico I	Estadio clínico II	Estadio clínico III	Estadio clínico IV
CANCER DE CUELLO UTERINO					

Ficha de observación elaborada por Silva Mori, Briony Rubali, Soplin Ocampo, Kelly Evelyn, Talledo Castillo, Silvia Patricia y **adaptada por: Mariela Eva Montesinos Ajahuana**

ANEXO 3. Evidencias fotográficas



Foto 1: Tesista revisando las historias clínicas en la Unidad de Admisión y Archivo del Hospital



Foto 2: Durante la búsqueda de las historias clínicas



Foto 3: Durante la aplicación del instrumento de recolección de datos.



ANEXO 4. Declaración jurada de autenticidad de tesis



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo MARIELA EVA MONTESINOS AJAHUANA
identificado con DNI 70033678 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS AL CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA -
HOSPITAL III GUYONÉCHE AREQUIBA, 2017"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 12 de AGOSTO del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 5. Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo MARIELA EVA MONTESINOS AJAHUANA
identificado con DNI 70053678 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA - HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA, 2017"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 12 de AGOSTO del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella