

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- León

Facultad de Ciencia Médicas

Escuela de Enfermería



Informe Final de investigación para optar al Título de Licenciada en Ciencias de Enfermería

TÍTULO

Factores Conductuales y reproductivos relacionados al riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, Centro de Salud Roberto Cortez, Octubre- 2015.

Autoras:

Bra. Zoila Janitzia Reyes Bonilla.

Bra. Scarleth Fabiola Reyes Ríos.

Tutora:

Msc. Francisca Canales Quezada.

Mina el Limón, 2015

¡A la libertad por la universidad!

DEDICATORIA

Al ser que me acompaña en todos los momentos de mi vida, que ilumina, guía y fortalece a diario mi existencia, por haberme ayudado a culminar esta carrera tan satisfactoria y llena de retos. A ti, DIOS, Padre Celestial. A ti sea la honra y gloria.

A mi adorado esposo Osman Sarantes gracias por todo tu amor, comprensión, paciencia y dedicación.

A mis padres, Jorge Reyes y Luvy Bonilla, por ser quien Dios puso en mi vida para ser mi guía terrenal, que me han brindado todo el amor, cariño, apoyo de forma innegable, tolerancia y educación. Quiero también dedicarles el fruto, que no es sólo de mi esfuerzo, sino el de todos nosotros como familia.

A mis hermanos y cuñadas, por la comprensión, paciencia y disposición que siempre han tenido para conmigo durante estos años de preparación.

A todas las personas que de una u otra forma me han dado su apoyo. A todas ellas, se las dedico.

Bra Zoila Janitzia Reyes Bonilla.

DEDICATORIA

Al ser que me acompaña en todos los momentos de mi vida, que ilumina, guía y fortalece a diario mi existencia, por haberme ayudado a culminar esta carrera llena de obstáculos. Gracias Padre Celestial.

A mis padres, Por darme la vida y por su apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi vida tanto académica como emocional ya que ellos han sido mi sostén durante este arduo y largo proceso que he logrado culminar con éxito gracias esta es la palabra que abarca todo lo que en este momento siento.

A mis hermanos, por su paciencia y disposición que siempre han tenido para conmigo durante estos años de preparación.

A todas las personas que de una u otra forma me han dado su apoyo. A todas ellas, se las dedico.

Bra Scarleth Fabiola Reyes Ríos

INDICE

CONTENIDOS	PÁG .N°
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	24
VIII. RESULTADOS.....	27
IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	31
X. CONCLUSIONES.....	37
XI. RECOMENDACIONES.....	38
XII. BIBLIOGRAFIA.....	39
XIII. ANEXOS.....	42
✓ CONSENTIMIENTO INFORMADO	
✓ ENTREVISTA	
✓ TABLAS	

RESUMEN.

El presente estudio tiene como propósito, determinar los factores conductuales y reproductivos relacionados al riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, centro de salud Roberto Cortez, Octubre- 2015.

El estudio es descriptivo de corte transversal, participaron 97 pacientes, 50% de la población, se elaboró un cuestionario estructurado con preguntas de respuestas dicotómicas y múltiples, previo consentimiento informado, la que fue validada realizando una prueba piloto a seis mujeres que no pertenecían a la población estudiada. La información se procesó a través del programa estadístico spss y tabla de contingencia 2X2 para demostrar la asociación de las variables.

El resultado final demostró en relación a los datos socio demográficos que la mayoría de las pacientes oscilan entre las edades de 20-38 años, en su mayoría de secundaria completa, tienen de 1-2 hijos, están casadas o acompañadas y son católicas. Además se identificó que la mayoría de las pacientes están expuestas a diferentes factores de riesgo conductuales y reproductivos que están relacionados con el desarrollo del cáncer cervicouterino principalmente la alimentación, el IVSA a temprana edad, número de parejas sexuales, uso del preservativo, realización de pap y paridad de las mujeres.

ABREVIATURAS

CaCu: Cancer Cervicouterino

VPH: Virus del papiloma Humano

OPS: Organización Panamericana de la salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud

IVSA: Inicio de Vida Sexual Activa

OEA: Organización de Estados Americanos

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

HEODRA: Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello.

LIE: Lesión Intraepitelial.

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical.

PAP: Papanicolaou.

.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública en el ámbito mundial y es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres y el más frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose miles de casos nuevos a diferencia de los países desarrollados en los cuales la incidencia de casos es menor ⁽¹⁾

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más detectable y tratable, siempre y cuando se detecte en un estadio incipiente. La falta de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados se ha convertido en una causa importante de mortalidad prevenible entre las mujeres, particularmente en zonas pobres de Latino América. Si bien la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en Norte América ha disminuido en los últimos 10 años, en los países en desarrollo de centro y Suramérica, permanece constante. Esa realidad refleja la necesidad de hacer énfasis en la prevención y los aspectos positivos de los análisis y la detección temprana. ⁽¹⁾

Sin embargo, es alarmante que siendo una patología factible de ser detectada en etapas tempranas y tratada de manera oportuna, debido al largo período de tiempo que transcurre entre la aparición de una lesión intraepitelial y su evolución a cáncer, en Centroamérica y Nicaragua continúan ocurriendo un número importante de fallecimientos. ^(2, 3)

Se ha demostrado que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente del cáncer cervicouterino, otros cofactores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH, influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad, factores de conducta de las mujeres como la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo entre otros se han asociado con la aparición del cáncer cervicouterino, no obstante este puede prevenirse adoptando conductas saludables que no pongan en riesgo su salud. ⁽⁴⁾

Según el Centro Nacional de Radioterapia (CNR, Managua-Nicaragua) se registró 1,500 casos durante el período de 2000 a 2010 y según datos del departamento de patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA, León-Nicaragua) cada año se diagnostican 80 nuevos casos de cáncer cervical. ^(5,6, 7)

II. ANTECEDENTES

El cáncer cervical es en el ámbito mundial el segundo cáncer entre las mujeres siendo precedido por el cáncer de mama con tasas de incidencia en rangos que van de 3.8 por 100,000 mujeres en por año en Israel a 48.2 por 100,000 mujeres por año en Colombia, es el más común en el conjunto de países en desarrollo. En el año 2005 se presentaron aproximadamente 470,606 casos incidentes al año y alrededor de 233,000 muertes al año por esta enfermedad, En la mayor parte del continente africano, centro y Sudamérica el cáncer cervicouterino representa de 20 a 30 % de todos los canceres femeninos. Por lo que refieren que el cáncer cervical tiene las tasas de incidencia más altas del mundo. ⁽⁸⁾

Según estudio realizado en Lima Perú en cuanto a la distribución de los factores de riesgo entre el año 2006- 2011, obtuvieron como resultados que el papiloma virus es primordial para el desarrollo de neoplasia cervical y ha podido ser detectado hasta en 99.7% de los cánceres cervicales además el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas se considera un factor determinante de las elevadas tasas de incidencia del cáncer, el riesgo es 1.5 veces mayor para 18 a 20 años y 2 veces para menores de 18 años. ⁽⁹⁾

Otro estudio realizado por Varela Álvarez en Cuba refiere que el 69% de las pacientes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años, el 64 % tenía historia de infecciones de transmisión sexual y con igual por ciento relacionó la multiparidad. El tabaquismo, la promiscuidad sexual, la no sistematicidad en los exámenes del programa nacional de prevención, la ingestión de anticonceptivos orales y el compañero sexual de riesgo, obtuvieron cifras entre 51 y 58 %. ⁽¹⁰⁾

Amaro Hernández, en Cuba, refieren una asociación estadística significativa entre el CaCu y los factores de riesgo, citan en orden de frecuencia la multiparidad, la promiscuidad, la infección por VPH y el inicio precoz de las relaciones sexuales. ⁽¹¹⁾

Los datos recientes de mortalidad de la OPS (2006-2010) indican una tasa mortalidad estandarizada por edades persistentemente alta en Nicaragua (21.2), El Salvador (18.8) y Perú (15.9) Si bien las tasas de mortalidad en algunos otros países parecen menores, ningún país en particular muestra una tasa tan baja como la de Canadá, donde en el 2000, se registró una Tasa de Mortalidad No Estandarizada por Edades de 1,17 defunciones por cada 100.000 mujeres. (12,13, 14)

En Nicaragua la mortalidad por cáncer cervical ocupa el primer lugar en mujeres adultas menores de 60 años y el segundo más alto de América Latina. En el año 2003, la Organización panamericana de la salud en su análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América latina y el Caribe reportaron un total de 997 casos nuevos y 392 defunciones en el país. (12) Las estadísticas revelan la mayor cantidad de casos de mujeres con cáncer cervicouterino en la zona norte del país específicamente en Matagalpa y Jinotega, quienes oscilan entre 30 y 50 años y son campesinas muy pobres. (15)

En el año 2004, el Departamento de Jinotega reportó un total de 4 casos de muerte por Cáncer Cervicouterino. Durante el año 2008 la cifra aumentó a un total de 12 defunciones por dicha causa. En base a los datos más recientes proporcionados a la OPS, entre 1996 y 2001 la incidencia de lesiones pre invasoras de cuello uterino fue de 5.5 % en mujeres entre 20 y 29 años de edad y de 2.6 % en mujeres de 50 a 59 años (15)

Según datos del departamento de patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA, León-Nicaragua) cada año se diagnostican 80 nuevos casos de cáncer cervical (5, 6, 7)

En estudio realizado por la Dra. Pichardo en el Departamento de León, en el periodo comprendido del 1 de enero 2006 al 31 de diciembre 2008, demuestra un aumento significativo en el aumento del cáncer invasor, con respecto a los otros estudios, así como también denota similitud en cuanto a las edades y zonas más afectadas con dicha patología, lo que denota diagnósticos más tardíos o la falta de acceso a los métodos que diagnostican dicha enfermedad. (16)

Estudios realizados anteriormente en Nicaragua revelan una tasa de incidencia de 47 por ciento, con una mortalidad del 22.3 %. En el Hospital Bertha Calderón de Managua con una población de 97,817 de pacientes en la primera consulta, se encontró que el 2.25 % de las pacientes atendidas tenían algún tipo de cáncer ginecológico. En el HEODRA- León se ha encontrado un comportamiento similar en los últimos diez años según lo referido por la literatura internacional. Actualmente el número de mujeres atendidas en el centro nacional de radioterapia se ha incrementado. (5, 6, 7, 16)

Entre 2009 y 2011 se encontraron 140 casos de cáncer de cuello uterino en mujeres del Departamento de León. Estas cifras representan un promedio anual de 46.7 casos siendo que el número de mujeres mayores de 20 años en el Departamento es de 104,085, se calcula una tasa de incidencia anual de 44.9 casos de cáncer cervical por 100,000 mujeres mayores de 20 años. (17)

El comportamiento de la incidencia del cáncer Cervicouterino según estudios realizados en León revela que el cáncer in situ es el más frecuente con tendencia a la disminución. En este estudio fueron incluidas 140 mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer cervical, en el período de 2009 al 2011, con edad promedio de 47 años, grupo etéreo más afectado fue de 40 – 49 años, los factores de riesgo encontrados fueron paridad elevada, IVSA a temprana edad, promiscuidad sexual y VPH. El carcinoma in situ fue el más frecuente en el municipio de León, el carcinoma invasor tiene un comportamiento similar en todo el departamento. (17)

El 51% de los casos fue diagnosticado en etapa precoz. Según el cálculo de la tasa de incidencia predominó el grupo de 50-59 años de edad, los municipios más alejados son los más afectados. La tasa de prevalencia global en base a 100,000 mujeres fue de 54 para el año 2009, 43 para el 2010 y 37 para el 2011, lo que indica disminución en el número de casos reportado en este estudio. (17)

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, una de las causas principales de mortalidad en las mujeres es el cáncer cervicouterino, esta enfermedad está identificada como uno de los cinco problemas principales de salud pública y una de las cinco principales causas de mortalidad potencialmente prevenibles, es preocupante que actualmente sigan presentándose causas de defunción y en alta proporción como la mortalidad por cáncer cervicouterino, uno de los tipos de cáncer más fácil de detectar y tratar debido a que su desarrollo es gradual. (1, 3)

El Ministerio de salud de Nicaragua indica que el cáncer cervical es la primera causa de muerte en mujeres de 30 a 69 años; cada año mueren aproximadamente 300 mujeres por esta enfermedad, la alta mortalidad por esta causa está relacionada con las condiciones de vida de las mujeres. (5, 17)

Por lo antes expuesto surge el propósito de conocer los factores conductuales y reproductivos que tienen las mujeres en relación al cancer, es necesario hacer énfasis en estrategias orientadas a la prevención y control de este problema en beneficio de la población afectada.

Los resultados de la investigación serán de gran utilidad al personal de enfermería del centro de salud encargado del programa de planificación familiar de los diferentes sectores para orientar estrategias de mejor resolución que incidan en disminuir el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino y así las mujeres puedan tener una mejor calidad de vida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino constituye a nivel mundial un problema de salud pública y es la principal causa de muerte entre las mujeres de los países en subdesarrollo, pero la prevención y la detección temprana son las herramientas esenciales en la lucha contra esta enfermedad, por lo que consideramos importante saber:

¿Cuáles son los factores conductuales y reproductivos relacionados al riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, Centro de salud Roberto Cortez, Octubre- 2015?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar los factores conductuales y reproductivos relacionadas al riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, centro de salud Roberto Cortez, Octubre- 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.
- ❖ Identificar los factores conductuales de riesgo que tienen las mujeres para desarrollar cáncer cervicouterino.
- ❖ Describir los factores reproductivos que tienen las mujeres como riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 CONCEPTOS PRINCIPALES:

Cáncer: es una enfermedad provocada por un grupo de células que proliferan sin control y se multiplican de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado. ⁽⁶⁾

Factor de riesgo:

Un factor de riesgo es algo que aumenta la probabilidad de una persona de desarrollar una enfermedad. Esto puede ser una actividad, como un hábito de fumar, su dieta, su historia familiar, o muchas otras cosas. Diferentes enfermedades, incluyendo los cánceres, tienen distintos factores de riesgo.

Factor conductual: Es la actividad o hábito que aumenta la probabilidad de una persona de desarrollar una enfermedad.

Factor reproductivo: Es un indicador de necesidad que nos permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir a aquella con mayor probabilidad de sufrir daño en el proceso de reproducción. ⁽⁸⁾

Anticoncepción hormonal: son uno de los métodos más eficaces para prevenir el embarazo no deseado; los anticonceptivos hormonales actúan inhibiendo la ovulación, esto significa que el ovario no liberará ningún óvulo. Ante este hecho los espermatozoides no tendrán disponible al óvulo por consiguiente no habrá concepción. ⁽¹⁵⁾

6.2 CANCER CERVICOUTERINO

Cáncer cervicouterino:

El cáncer cervicouterino es muy común en mujeres de 30 a 45 años, pero se ha detectado a los 18 años. Casi todos los cánceres de cuello uterino son causados por el VPH (virus del papiloma humano), un virus común que se propaga a través de las relaciones sexuales y otro contacto, el VPH puede transmitirse de una persona a otra aun cuando no haya verrugas visibles u otros síntomas (6, 8, 14)

Agentes Infecciosos:

Los datos epidemiológicos hasta ahora señalados sugieren que la neoplasia cervical tiene mucho de las características de una enfermedad de propagación sexual, con el transcurso de los años señalaron a diversos agentes infecciosos que incluyen el VPH, trichomonas, chlamydias y virus del herpes tipo II. La relación de cáncer de cuello de útero con la conducta sexual, hace que se busque un microorganismo transmisible que sea el responsable desencadenante del proceso neoplásico. (1, 2, 3, 4).

Infección por virus del papiloma humano:

Su relación al cáncer de cuello uterino se manifiesta al encontrar por hibridación DNA del virus del papiloma humano (HPV) en el 85% al 100% de pacientes con displasia y cáncer. En la actualidad se ha demostrado que el factor de riesgo más importante en asociación a desarrollo de cáncer del cuello uterino es la infección por HPV.

Este es un grupo de más de 80 tipos de virus llamados “papilomas virus” porque pueden causar verrugas o papilomas. Ciertos tipos de HPV pueden infectar los órganos genitales femeninos y masculinos, así como el área del ano. Estos se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual. (17,18, 25)

Virus de herpes tipo II:

Estudios epidemiológicos han demostrado elevación de títulos de anticuerpos contra herpes virus hasta en el 40% de las mujeres con lesiones malignas de cuello uterino la introducción de nuevas técnicas y la realización de estudios prospectivos han hecho que perdiera parte de interés que despertaba, persistiendo actualmente alguna duda

sobre su participación por sí solo. El virus del herpes es implicado en el cáncer de cuello uterino especialmente cuando está presente en combinación con el HPV, lo cual sucede en el 45% de los casos.(4, 25)

Infección Por VIH:

La infección por virus de inmunodeficiencia humana, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, daña el sistema inmunológico del cuerpo y hace que las mujeres resulten más susceptibles a infecciones con virus de papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede revolucionar a un cáncer invasivo con mayor rapidez de la usual. (4, 6,13)

Infección Con Chlamydia Trachomatis:

La infección por Chlamydia Trachomatis es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentemente encontradas alrededor del mundo, la magnitud de la morbilidad asociada a esta es enorme. En el 80% de los casos su curso es asintomático

La Chlamydia Trachomatis es una causa común de uretritis y cervicitis, sus secuelas incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad. Así mismo ha sido reportado que la infección por chlamydia Trachomatis aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cervical. Algunos estudios recientes indican que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con chlamydia tienen mayor riesgo de cáncer del cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre negativo.

(1, 3, 4, 25)

6.3FACTORES CONDUCTUALES RELACIONADOS AL RIESGO DE CONTRAER CANCER CERVICOUTERINO:

Conocer la presencia de factores de conducta en una persona determinada que pongan en riesgo su salud, puede guiar a tomar las acciones apropiadas, incluyendo el cambio

de la conducta y el ser monitorizado clínicamente para la enfermedad. Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer del cuello uterino. No obstante, cuando se da el caso no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa (2, 4)

Aun cuando estos factores pueden aumentar el riesgo de una persona, el tener un factor de riesgo, o incluso varios, no significa que esta desarrollara la enfermedad. Algunas personas con uno o más factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras otras desarrollan cáncer y no tienen factores de riesgo conocidos.

Por esto, al considerar factores de riesgo, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar y tener conductas sexuales de riesgo), en vez de enfocarse hacia los que no se pueden modificar (la edad y antecedentes familiares). No obstante, la comprensión de los factores de riesgo que no se pueden cambiar también es relevante, porque puede ayudar a convencer a las mujeres que los presentan acerca de la importancia de la prueba de Papanicolaou para la detección del cáncer del cuello uterino en las primeras etapas (2, 4, 6)

Entre los factores conductuales que están relacionados al riesgo de cáncer cervicouterino se encuentran:

Higiene personal: La buena higiene genital diaria es importante para evitar cualquier tipo de infección que perjudique la salud y bienestar sexual. Es imprescindible en la vida como pareja responsable, denota no solo limpieza, sino también respeto hacia el cuerpo y respeto hacia la otra persona, tanto la limpieza insuficiente como la limpieza extrema no son recomendables. La primera opción porque da albergue a gran cantidad de microorganismos que causaran enfermedades, mientras que la limpieza excesiva puede acabar con la flora propia de la vagina que se encarga de defenderla contra bacterias e infecciones, dejándola vulnerable ante virus o bacterias oportunistas que pueden provocar infecciones vaginales y estas por su recurrencia facilitan el desarrollo de alteraciones en los tejidos uterinos lo que conlleva con el paso del tiempo al cáncer cervicouterino. (1,2, 25)

Para las mujeres, la higiene íntima es requerida todos los días. Debe ser cuidadosa pero a la vez meticulosa.

En el baño debe dejar que el chorro de agua caiga sobre sus genitales externos en abundancia. Los genitales externos deben lavarlos con agua y jabón neutro, nunca se debe usar jabón ni ningún otro tipo de producto dentro de la vagina, no debe usar las conocidas “duchas vaginales”, son dañinas para el ph interno y para la flora vaginal. Luego del baño, es fundamental que seque completamente la zona genital, preste especial atención a los pliegues glúteos e inguinales. Es muy importante, ya que si queda humedad, se forma el ambiente perfecto para la proliferación de hongos y bacterias.

Se recomienda que después del acto sexual se tome un vaso de agua y orine, es aconsejable también que de un lavado, de ser posible, luego de la relación sexual, sino se puede, lo bueno sería que al menos seque la zona para limpiarla de los fluidos no propios. La forma correcta de limpiarse luego de orinar o defecar, es de la vagina hacia el ano, es decir, de adelante hacia atrás, para evitar que las bacterias del ano lleguen a la susceptible mucosa vaginal, poniendo en práctica estas medidas de higiene se estarán evitando muchas infecciones que acarrear consecuencias negativas para la salud. (1,2, 25)

Alimentación: una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras produce deficiencia de folatos, vitaminas A, C, E, entre otros, lo que se ha visto en asociación a un aumento del riesgo de cáncer cervical. (1, 2, 4) La vitamina C es una vitamina hidrosoluble necesaria para el crecimiento y reparación de tejidos en todas las partes del cuerpo, Forma una proteína importante utilizada para producir la piel, los tendones, los ligamentos y los vasos sanguíneos, además es importante en el proceso de Sanar heridas y formar tejido cicatricial. La vitamina A es una vitamina liposoluble, ayuda a la formación y al mantenimiento de dientes, tejidos blandos y óseos, membranas, mucosas y piel sanos.

La vitamina E es un antioxidante que protege el tejido corporal del daño causado por sustancias llamadas radicales libres. Estos radicales pueden dañar células, tejidos y

órganos, y se cree que juegan un papel en ciertas afecciones relacionadas con el envejecimiento, el cuerpo también necesita vitamina E para ayudar a mantener el sistema inmunitario fuerte frente a virus y bacterias. La vitamina E también es importante en la formación de glóbulos rojos y ayuda al cuerpo a utilizar la vitamina K También ayuda a dilatar los vasos sanguíneos y a impedir que la sangre se coagule dentro de ellos. Las células usan la vitamina E para interactuar entre sí y llevar a cabo muchas funciones importantes. (14,15, 24, 25)

Conducta Sexual: Desde hace muchos años, se sabe que el cáncer de cuello uterino, así como las lesiones precancerosas que lo preceden, está asociado a las relaciones sexuales. Su aparición es excepcional en mujeres vírgenes y máxima en mujeres con más de una pareja sexual.

Se consideran dentro de los principales factores de riesgo del cáncer: El inicio de relaciones sexuales a temprana edad, Tener muchas parejas sexuales, Realizar el acto sexual, a cualquier edad, sin protección.

Se cree que la asociación con el número de hijos está ligada a un inicio más precoz de la vida sexual. La actividad sexual del varón también es importante como factor de riesgo, ciertas conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección por virus de papiloma humano, VIH, Herpes Virus u otro tipo de infección de transmisión sexual, y por lo tanto a desarrollar cáncer de cuello uterino. (1, 2,9, 11, 25)

Anticoncepción Hormonal: No existe evidencia significativa de relaciones del uso de las píldoras anticonceptivas con el cáncer del cuello uterino. Sin embargo, hay estudios que muestran asociación estadística entre el uso de píldoras anticonceptivas por periodos prolongados y un aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino . Se piensa que esto es debido a que estas mujeres son más activas sexualmente , menos proclives al uso de condones y se practican más exámenes de control para recibir la indicación de las pastillas anticonceptivas .

La investigación para resolver este asunto continua , entre tanto la sociedad americana del cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los

beneficios de usar píldoras anticonceptivas supera este muy ligero riesgo potencial . Una mujer con múltiples parejas sexuales , independientemente del tipo de contraceptivo que use m, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. (1, 2, 4, 19)

Tabaquismo: Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Se han demostrado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino Además, provocan disminución de células de Langerhans y son facilitadores de la acción neoplásica de agentes virales. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de posibilidades respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino .El riesgo se incrementa en función de la cantidad y el tiempo de duración del hábito de fumar. (2, 4, 11,15)

El consumo de cigarrillo está asociado con un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El cigarro en general está compuesto por cerca de cuatro mil sustancias tóxicas, de las cuales aproximadamente 40 son cancerígenas para el ser humano, y entre ellas la nicotina, que facilita la aparición del Virus del Papiloma Humano (VPH), generador del cáncer cervicouterino en la mujer. (1, 20)

Consumo de alcohol: El alcohol aumenta el riesgo de cáncer de cérvix dañando el sistema inmune y dejando al cuerpo más vulnerable a cualquier infección. Como regla general, las mujeres no deberían ingerir más de dos a tres unidades de alcohol por día (considerando que una copa regular de vino de 175ml contiene alrededor de 2 unidades de alcohol). En un estudio realizado en Suecia en la década de los 90 se encontró que en mujeres alcohólicas el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino in situ fue de 1.7 veces y el riesgo de padecer de carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 2.8 veces más alto. Aunque este estudio fue realizado en pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de alcoholismo, sugiere una importante relación entre el consumo de

bebidas alcohólicas y el cáncer cervical ya sea por su implicancia socioeconómica o fisiopatológica. (19)

Realización de la prueba de Papanicolaou de forma regular: Papanicolaou y Traut introdujeron por primera vez la técnica de citología clínica en 1943 de muestras celulares exfoliadas o desprendidas de la superficie del cuello uterino y la vagina que sirven como micro biopsias en el que el citopatólogo estudia los procesos múltiples de salud enfermedad. Aunque provienen de las superficies de órganos como el cuello del útero estas muestras reflejan con precisión procesos más profundos, cubren un estudio más amplio que las biopsias, no eliminan tejido viable y producen poco o ningún proceso inflamatorio o de reparación (20, 24)

Según las normas del ministerio de salud de Nicaragua la mujer debe hacerse una citología cada año para verificar si hay cáncer de cuello uterino o alguna alteración. Si tiene más de 30 años o la citología vaginal ha sido negativa tres veces consecutivas, el médico puede decirle que necesita una citología cada 3 años, pero si ha tenido un resultado alterado se debe realizar el pap cada 6 meses, si usted o su pareja sexual tienen otros nuevos compañeros, deben hacerse una citología vaginal cada año.

Después de la edad de 65 a 70 años, la mayoría de las mujeres pueden dejar de hacerse citologías siempre y cuando hayan tenido tres pruebas negativas en los últimos 10 años, si usted tiene un nuevo compañero sexual después de los 65 años, debe comenzar a hacerse las pruebas de detección nuevamente. La precisión de la citología cervical dependerá de la técnica utilizada para obtener el frotis, así como el laboratorio de citología donde se observan las laminillas (19,24, 25)

Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales sin utilizar preservativo:

Kessler al comparar mujeres con un solo compañero sexual, el riesgo de cáncer aumento 8 veces en aquellas con 3-5 compañeros sexuales, pacientes que tuvieron su primer coito antes de los 20 años el riesgo de un cáncer cervicouterino es de 2.5 veces mayor que en aquellas que iniciaron a los 21 años o más. La relación de cáncer de cuello de útero con la conducta sexual, hace que se busque un microorganismo transmisible que sea el responsable desencadenante del proceso neoplásico. (18, 19, 20).

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

En numerosos estudios, El inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado con el incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical: esa relación se ha explicado con base en la consideración de que la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia (el llamado "periodo vulnerable"), es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el VPH. Lo anterior es congruente con la idea de que las infecciones por VPH durante la adolescencia tienen una probabilidad más alta de convertirse en infecciones crónicas y que implican un mayor riesgo de contraer cáncer cervical. Ese riesgo se reduce al postergar el inicio de las relaciones sexuales. (21, 22)

En estudios anteriores se observó que el incremento en el riesgo de que se presente la neoplasia cervical cuando la vida sexual da comienzo antes de los 15 años de edad se duplica respecto a la posibilidad de haber postergado esa actividad hasta después de los 19 años. (2, 23)

Características del compañero sexual: Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. En un estudio realizado se encontró que los compañeros de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los compañeros de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se encontró que habían tenido la primera relación sexual a

edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. (13,15, 20, 22)

La utilización del condón: El condón juega un papel primordial para la prevención en la transmisión del VPH, que es la principal causa subyacente del cáncer cervicouterino, el uso correcto del condón previene la transmisión del VPH y de otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH / SIDA, por ende, es otra razón más para incluir al condón como parte indispensable de la práctica sexual. (2)

Este está asociado a tasas de regresión de lesiones relacionadas con el virus del papiloma humano (VPH) significativamente mayores. Se plantea la hipótesis de que el uso del condón puede bloquear la reinfección entre los dos miembros de la pareja acortando, por tanto, la duración de la infección. (2, 9)

En un estudio realizado en Estados Unidos, con mujeres jóvenes que habían iniciado recientemente la vida sexual activa, se encontró que aquellas mujeres cuyas parejas usaron condones en todas sus relaciones sexuales en los ocho meses anteriores a la prueba de detección de virus de papiloma humano, presentaron una probabilidad 70% inferior de adquirir una nueva infección por VPH que aquellas mujeres cuyas parejas habían usado el condón en menos del 5% de sus relaciones. (8, 11, 14, 21)

Vacuna contra el VPH: La vacuna contra el VPH protege contra la infección por ciertas cepas del virus del papiloma humano (VPH) que pueden causar cáncer cervicouterino. Dos vacunas denominadas VPH4 (Gardasil) y VPH2 (Cervarix) están aprobadas:

Ambas vacunas protegen contra los dos tipos de VPH que causan la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino. Otros tipos menos comunes del VPH aún pueden causar cáncer de cuello uterino. La VPH4 (Gardasil) también protege Contra otros dos tipos del VPH que causan la mayoría de los casos de verrugas genitales en hombres y mujeres. (10, 14)

La VPH4 (Gardasil) está aprobada para: Mujeres de edades entre 9 y 26 años para protegerse contra el cáncer de cuello uterino y prevenir las verrugas genitales.

La VPH2 (Cervarix) está aprobada para: Mujeres de edades entre 10 y 26 años para ayudar a proteger contra el cáncer de cuello uterino. Las niñas de 11 y 12 años deben recibir series de la vacuna contra el VPH: La vacuna se aplica en 3 inyecciones durante un período de 6 meses. La segunda y tercera dosis se aplica a los 2 y 6 meses después de la primera. Una marca de la vacuna puede sustituirse por otra en la serie de las 3 dosis. La vacuna contra el VPH puede administrarse al mismo tiempo que otras vacunas. Las niñas incluso hasta de 9 años pueden recibir la vacuna si el médico lo recomienda.

Las niñas y las mujeres de 13 a 26 años: Aquellas que no hayan sido vacunadas contra el VPH en el pasado deben recibir una serie de tres vacunas. Aquellas que no hayan completado el esquema de vacunación total deben hacerse vacunar para ponerse al día con las dosis faltantes. (10, 16)

La vacunación contra el VPH no sustituye las actividades de detección de la presencia de cáncer cervicouterino. En los países donde se introduzca la vacuna contra el VPH, se deberán desarrollar o fortalecer programas de detección (14)

1.2 FACTORES REPRODUCTIVOS RELACIONADOS AL RIESGO DE DESARROLLAR CANCER CERVICOUTERINO:

Entre los factores relacionados con la reproducción están:

La Edad: La edad promedio de las mujeres que por primera vez reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino ha venido variando, usualmente hace unas décadas era entre 50 y 55 años. En la actualidad, el riesgo de contraer este cáncer es aún muy bajo entre las jovencitas menores de quince años, pero comienza a aparecer en las mujeres entre los 20 y 30 años. Las lesiones precursoras se presentan a partir de la segunda década, en tanto que el cáncer infiltrante está apareciendo hacia los 40- 45 años de

edad, el cáncer del cuello uterino se diferencia de la mayoría de los cánceres, en que estos otros aumentan su frecuencia a medida que las personas van envejeciendo.

En estudios realizados anteriormente los grupos etarios que predominaron en el resultado del estudio fueron los de rango de edad de 20 a 34 años con el 66 por ciento de la población en estudio lo que nos quiere decir que no solo las mujeres mayores están expuestas al riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino sino también las mujeres jóvenes menores de 35 años. (4,5, 19)

La Paridad: Aunque el embarazo y el parto constituyen un hecho fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, algunos autores señalan que el cáncer cervicouterino es más frecuente en las mujeres con hijos que en las nulíparas, lo cual está asociado a que las féminas con un alto número de embarazos suelen comenzar pronto la vida sexual y su primer contacto.

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80 veces mayor respecto de las nulíparas de presentar una lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. Además, las heridas e infecciones del cuello uterino, que pueden ocurrir durante el parto, alteran los límites normales entre los dos epitelios en la zona de transición que es la zona de origen del cáncer, y el número de embarazos llegados a término, debido a cierto grado de inmunodepresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general. (4,16)

En estudios anteriores se observó a un gran número de mujeres multíparas, que coincide con lo expuesto en la bibliografía médica acerca de que las manipulaciones obstétricas, como los partos, tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana. Una vez que se ocasionan estas lesiones traumáticas, el tejido necesita una regeneración, y si esta ocurre, cubrirá toda la zona del desgarrado con un epitelio cilíndrico, que luego será cubierto con el pavimentoso y si logra mantener en su

posición anterior la estructura anatómica del cuello, no habrá alteraciones pero de lo contrario se creara una lesión intraepitelial que puede dar origen al cáncer cervicouterino. (4)

Periodo Intergenésico: En estudios anteriores los resultados del análisis del período intergenésico mostraron un número importante de pacientes que han tenido un nuevo embarazo en un intervalo de tiempo menor de un año donde se refiere que las mujeres con cáncer cervicouterino tienen en su mayoría un período intergenésico corto, pues los órganos reproductores femeninos no se restablecen completamente entre un parto y otro. (16)

Edad del primer parto: Bosch demostró en estudios anteriores cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. Una edad menor de 20 años para el primer nacimiento y una paridad mayor o igual de tres partos a término también están asociadas con un riesgo aumentado de desarrollo de cáncer cervical, debido en parte a la mayor exposición al VPH por una mayor cantidad de relaciones sexuales desde temprana edad. (15,16)

Partos vaginales: Durante muchos años se ha ejercido la especialidad de gineco-obstetricia, y los especialistas han venido notando el escasísimo número de casos de cáncer de cérvix en pacientes cuyos partos habían sido exclusivamente por cesárea y que tenían el epitelio cervical intacto, en contraposición con las pacientes con parto vaginal y que habían dañado el epitelio cervical por dilatación o desgarro. (15)

Por los estudios previos, se piensa que para que el VPH infecte el epitelio cervical es necesario que exista un traumatismo anterior que lesionara el epitelio, como por ejemplo un parto vaginal, aborto o desgarro cervical, permitiendo de esta manera el ingreso del VPH a las células basales o parabasales, por lo que se postula que existe

una asociación directa entre mujeres con parto vaginal y cáncer cervical, pero no en aquellas con parto exclusivamente por cesárea.

Se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es plausible considerar al parto vaginal como un factor de riesgo de cáncer cervico uterino. Aunque en varios estudios previos se ha descartado la paridad como factor de riesgo de cáncer cervical, en diversas investigaciones se ha demostrado que el riesgo aumenta con la paridad, después de ajustar por diversos factores.

Lo anterior se explica en función de la incapacidad de algunos estudios previos para detectar aumento en el riesgo debido, tal vez, a que entre las mujeres había pocas con un antecedente de múltiples embarazos. Ese no es el caso de los estudios realizados en países latinoamericanos y en mujeres latinas residentes en Estados Unidos, donde se ha obtenido una estimación de riesgo de cáncer cervical similar, con la presencia de seis o más partos vaginales, por lo que se puede considerar la multiparidad vaginal como un factor de riesgo importante para contraer el padecimiento. Cabe mencionar que en otros estudios el efecto de la paridad fue moderado. ⁽¹⁶⁾

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto.

Las heridas e infecciones del cuello uterino, que pueden ocurrir durante el parto, alteran los límites normales entre los dos epitelios en la zona de transición que es la zona de origen del cáncer, y el número de embarazos llegados a término, debido a cierto grado de inmunodepresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general. ⁽¹⁷⁾

Abortos: Por los resultados de estudios anteriores se piensa que para que el VPH infecte el epitelio cervical es necesario que exista un traumatismo anterior que lesionara el epitelio, como sucede cuando ocurre un aborto o desgarro cervical que provoca heridas e infecciones en el cuello del útero, permitiendo de esta manera el ingreso del VPH a las células basales o parabasales, por lo que se postula que existe una

asociación directa entre las mujeres y el riesgo de desarrollar Cáncer cervical, la bibliografía médica refiere que las manipulaciones obstétricas, ya sean partos o abortos, tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana. Entre más alto es el número de abortos que haya sufrido la mujer mayor es el daño en el tejido del cuello uterino x lo tanto el riesgo de dicha enfermedad es mayor. (4,17)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Cuantitativo- Descriptivo, de Corte transversal.

Área de estudio: El estudio se realizó en el centro de salud Roberto Cortez ubicado en la comunidad Mina el Limón.

Periodo de estudio: La encuesta se realizó a las mujeres en estudio en Octubre 2015 y como referencia se utilizó los resultados de Papanicolaou entre noviembre del 2012 y octubre a Noviembre del 2015, que se encontraron en los expedientes de las pacientes.

Universo: La población en estudio estuvo constituida por 195 mujeres inscritas en el programa de planificación familiar del centro de salud Roberto Cortez de la comunidad Mina el Limón, municipio La Reynaga Malpaisillo.

Muestra: se tomó una muestra del 50% de la población que corresponde a 97 mujeres.

Muestreo: El muestreo fue probabilístico, en el cual se aplicó el método aleatorio simple, donde se introdujeron los nombres de las participantes en un recipiente verificando que cada participante cumpliera con los criterios de inclusión, se seleccionaron 97 nombres y de esta manera todas tendrían igual oportunidad de participar en el estudio.

Paciente de riesgo: se refiere al grupo de mujeres mayores de 30 años que asisten al programa de planificación familiar.

Fuente de información:

Primaria: Se obtuvo la información a través del contacto directo con la población en estudio.

Secundaria: mediante registros del centro de salud.

Criterios de inclusión.

- Mujeres de 15- 60 años
- Mujeres que estén inscritas en el programa de planificación familiar.
- Que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 15 años
- Mujeres no que estén inscritas en el programa de planificación familiar.
- Que no deseen participar en el estudio.

Variables en estudio:

Dependiente:

Riesgo de adquirir cáncer cervicouterino.

Independiente:

- Factores conductuales
- Factores reproductivos

Instrumento de recolección de datos: se aplicó un cuestionario que estaba estructurado con preguntas de respuestas dicotómicas y múltiples a las mujeres que planifican en el centro de salud Roberto Cortez en Mina el Limón.

Prueba de campo de los instrumentos: se realizó una prueba piloto a 6 mujeres que tengan las mismas características de la población pero que no pertenecían a nuestra muestra para validar el instrumento y evitar sesgo en la información.

Recolección de la información: para la recolección de la información se realizó previo consentimiento informado, luego se visitó casa a casa a las pacientes que están inscritas en el programa de planificación familiar del centro de salud que fueron seleccionadas para realizarles el cuestionario, esto se realizó entre el periodo del mes de octubre a noviembre del 2015 donde se les explicó el objetivo de la investigación y no fue necesario ponerle nombre ni firma ya que es anónimo. Además utilizamos los

resultados de pap de los últimos 4 años que estaban en los expedientes de las pacientes, al momento de llenar la encuesta no se les pidió nombre solo la edad y pedimos la fecha de nacimiento para poder obtener de esa manera sus números de expediente.

Procesamiento y análisis de la información:

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS versión 16.0. El análisis de la información se llevó a cabo a través de porcentaje de frecuencia simple, y tabla de contingencia 2X2 para demostrar la asociación de las variables, se utilizó la prueba estadística del chi cuadrado (χ^2) y el valor de P.

El análisis se realizó con un intervalo de confianza del 95%, cuando "P" sea menor de 0.05 se dice que hay relación entre las variables, cuando "P" sea mayor a 0.05 las variables son independientes una de la otra. La información se presentó a través de tablas para facilitar la comprensión de los resultados.

Aspectos éticos de la información:

Consentimiento informado: para recopilar la información primeramente se le pidió permiso a las autoridades del centro de salud, luego se le pidió el consentimiento de su participación voluntaria a las mujeres explicándole el objetivo de la investigación y además que la información que ellas nos brindarían sería fuente fidedigna respetando de esta manera la integridad que tiene como mujer.

Privacidad: El ámbito de la vida personal de un individuo que se desarrolla en un espacio reservado y debe mantenerse confidencial.

Anonimato: Se le explicó a cada una de las mujeres en estudio que la información que nos brindaron sería totalmente confidencial y no se solicitarían datos de identidad.

Confidencialidad: se refiere a un principio ético en el que se garantiza que la información está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a ella.

VIII. RESULTADOS

Los resultados del estudio de las 97 entrevistadas corresponden a las edades de: 4(4%) De 15 a 19 años, 45(46%) tienen entre 20 - 28 años, 30(31%) están entre los 39 a 48 años y 6(6%) Tienen edad entre 49-55 años; en relación con la escolaridad se encontró que 13(13%) tienen una educación primaria, 49(51%) con educación secundaria, 12(12%) son técnico y 23(24%) son universitarios; en relación al estado civil 27(28%) son solteras, y 70(72%) están casadas o acompañadas; en cuanto a la religión 44(45%) son católicas, 38(39%) son evangélicas, y 15(16%) tienen otra religión; en relación al número de hijos que tienen las mujeres se encontró que: 64(66%) tienen de 1-2 hijos, 17(18%) tienen de 3 hijos a más y 16(16%) no tienen ningún hijo; en cuanto a la ocupación 55(57%) son amas de casa, 14(14%) son comerciantes, y 28(29%) tienen otra ocupación. (Ver tabla número 1)

Según los factores conductuales que se relacionan con el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, en cuanto al consumo de alimentos ricos en vitaminas, se encontró que: 20(21%) lo consumen diariamente, y 77(79%) lo consume en ocasiones. (Ver tabla número 2)

En cuanto al uso del condón de las mujeres relacionado con la fidelidad entre parejas 11(64%) si usan condón y hay fidelidad en su pareja, 6(36%) no usan condón y si hay fidelidad entre su pareja, 42(52%) si usan condón y no hay fidelidad entre pareja, 38(48%) no usan condón y no hay fidelidad entre pareja. (Ver tabla # 3).

En relación al consumo de alcohol y cigarrillo se encontró que: 18(19%) si fuman, 79(81%) no fuman, 6(6%) si toman alcohol, 91(94%) no consumen alcohol. (Ver tabla número 4).

En cuanto a la frecuencia con que las mujeres se realizan el PAPS 10(11%) se han realizado el PAPS entre 6 meses y un año, y 87(89%) se han realizado el PAPS cada 2 años. (Ver tabla número 5).

En cuanto a la cantidad de PAPS que se han realizado las mujeres en los últimos 4 años se encontró que: 58(60%) se han realizado 1 PAPS, 27(28%) se han realizados 2 PAPS y 12 (12%) se han realizado 3 PAPS. (Ver tabla número 6).

En cuanto a los resultados de PAPS relacionados a los grupos de edad de las mujeres 29(53%) tienen PAPS normal y están entre las edades de 15-30 años, 26(47%) tienen PAPS alterados y están entre las edades de 15-30 años, 22(52%) tienen PAPS normal y están entre las edades de 31 años a mas, 20(48%) tienen PAPS alterados y están entre las edades de 31 años a más. Encontrándosele a estos un $chi^2=0.001$ y un valor de $P=0.973$. (Ver tabla número 7)

En cuanto a los grupos de edad de la primera relación sexual relacionados con los grupos de edad de las mujeres se encontró que: 35(64%) tienen entre 15-30 años y tuvieron su primera relación sexual antes de los 19 años, 20(36%) tienen entre 15-30 años y tuvieron su primera relación sexual de 19 años a mas, 27(64%) tienen de 31 años a más y tuvieron su primera relación sexual antes de los 19 años, 15(36%) están entre 31 años a más y tuvieron su primera relación sexual de 19 años a más encontrándose a esto $1chi^2=0.004$ con un valor de $P=0.947$. (Ver tabla número 8).

En referencia al número de parejas sexuales relacionados al grupo de edad de las mujeres 33(60%) están entre las edades de 15-30 años y tienen una pareja sexual, 22(40%) también entre 15-30 años de edad han tenido más de 2 parejas sexuales, 23(55%) están entre 31 años a más y han tenido una pareja sexual mientras que 19(45%) tienen de 31 años a más, pero tienen más de 2 parejas sexuales, a estos se le encontró $1\chi^2=0.268$ con un valor de $P=0.605$.(Ver tabla número 9).

En cuanto a los métodos de planificación familiar que usan las mujeres se encontró que: 20(21%) usan píldoras, 71(73%) usan métodos inyectables, 1(1%) usan T de cobre, y 17(18%) usan condón. (Ver tabla número 10).

En cuanto al tiempo de uso del método de planificación familiar relacionado al grupo de edad de las mujeres se encontró que 13(24%), están entre las edades de 15-30 años y han usado el método menos de 1 año,42(76%) también están entre 15-30 años de edad, pero han usado el método por más de 1 año, 4(10%) están entre los 31 años a más de edad y han usado el método por menos de 1 año, mientras que 38(90%) también están entre los 31 años a más de edad y han usado el método por más de 1 año; a estos le encontramos $1\chi^2=3.281$ con un valor de $P=0.070$. (Ver tabla número 11).

En los factores reproductivos que tienen las mujeres como riesgos para desarrollar cáncer Cervicouterino, en cuanto a las mujeres que tienen hijos se encontró que 81(83%) si tienen hijos, mientras que 16(17%) no tienen hijos. (Ver tabla número 12).

En cuanto a los partos vaginales en relación a los grupos de edad de las mujeres tenemos que 27(49%) están entre las edades de 15-30 años y si han tenido partos vaginales, 28(51%) también están entre las edades de 15-30 años pero no han tenido partos vaginales, 30(71%) están entre las edades de 31 años a más y si han tenido partos vaginales, mientras que 12(29%) tienen entre 31 años a más y no han tenido partos vaginales, a estos le encontramos $1chi^2=4.904$ con un valor de $P=0.027$. (Ver tabla número 13).

En relación a los partos por cesarí que han tenido las mujeres se encontró que: 31(32%) si han tenido partos por cesarí, mientras que 66(68%) no han tenido cesarí. (Ver tabla número 14).

En relación al periodo intergenésico entre los embarazos de las mujeres se encontró que: 13(13%) tuvieron un periodo menor de 2 años, 60(62%) tuvieron un periodo mayor de 2 años y 24(25%) no tuvieron ninguno de estos periodos. (Ver tabla número 15).

En cuanto al número de abortos que han tenido las mujeres se encontró que: 13(13%) han tenido de 1-2 abortos, mientras que 84(87%) no han tenido nunca un aborto. (Ver tabla número 16).

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Datos sociodemográficos:

En cuanto los datos sociodemográficos de las mujeres en estudio, la mayoría se encuentran entre las edades de 20-38 años, siendo todas de procedencia urbana, el estado civil que más predominó fue casada o acompañada, en cuanto al grado de escolaridad se destaca la mayor parte de la población con escolaridad secundaria siguiéndole un porcentaje menor de universitarios, la mayor parte de la población es católica y tienen de 1-2 hijos, la ocupación que predominó es ama de casa.

Factores conductuales que tienen las mujeres en relación al riesgo de cancer cervicouterino:

Conforme al estudio realizado sobre el consumo de alimentos nutritivos como frutas y verduras, la mayoría los consumen en ocasiones y una minoría los consumen diario. La teoría afirma que una alimentación con poco contenido de vitamina A, E y C se asocia a un aumento del riesgo de cancer ya que estas vitaminas ayudan al crecimiento y reparación de tejidos blandos, membranas y mucosas ^(1,2); por lo que se considera que existe riesgo en cuanto a la alimentación ya que estos alimentos deberían incluirse en la dieta a diario para fortalecer el índice de vitaminas que ellas proporcionan al cuerpo como la vitamina A, E Y C.

En cuanto al uso del condón y la fidelidad de pareja un alto porcentaje manifiesta que existe fidelidad entre su pareja y usan condón pero una cantidad significativa refieren que no hay fidelidad entre sus parejas y además no usan preservativo. La teoría nos dice que el cancer cervicouterino está asociado a las relaciones sexuales con diferentes parejas pues de esta manera se aumenta el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual más si se hace sin protección pues el condón juega un papel primordial para la prevención del VPH y otras ITS ⁽²⁾. Se considera que existe riesgo en las mujeres pues están propensas a adquirir enfermedades que puedan desencadenar un proceso neoplásico.

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco la mayoría de las mujeres no consumen ni alcohol ni tabaco pero si se encontró una minoría que si lo hacen. Estudios revelan que las personas que fuman están expuestas a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan los órganos además de los pulmones y que a través de ellos se conducen al torrente sanguíneo como la nicotina que facilita la aparición del Vph generador del CaCu ^(1, 20); mientras que el alcohol aumenta el riesgo de cancer dañando el sistema inmune y dejando el cuerpo más vulnerable a cualquier enfermedad. ⁽¹⁹⁾

En cuanto a la frecuencia de realizarse el pap, se encontró un mayor porcentaje que se lo realizan cada 2 años. En los últimos 4 años la mayoría tiene únicamente un pap realizado lo cual las hace más vulnerables a tener una infección que pueda desencadenar un CaCu si no se trata a tiempo. Según la Organización mundial de la salud, la manera más eficaz de prevenir el cancer de cérvix es a través del Papanicolaou pues este permite diagnosticar lesiones pre-cancerosas para controlar los posibles factores de riesgo. ^(20,24)

En cuanto a los resultados de pap relacionados con los grupos de edad de las mujeres un mayor porcentaje que están entre las edades de 15-30 años, tienen resultados de pap normales pero hay una cantidad significativa con resultados de pap alterados entre las edades de 15-30 años y una minoría entre las edades de 31 años a más. La teoría nos dice que si la citología ha tenido un resultado alterado, la mujer deberá realizarse el pap cada 6 meses para diagnosticar posibles lesiones pre-cancerosas mientras que si las pacientes no lo hacen así tienen mayor riesgo de desarrollar un CaCu ^(24,25). Se considera que las mujeres deberían realizarse con mayor frecuencia las pruebas de pap para tener un mejor control de su salud.

En cuanto a la edad de la primera relación sexual relacionado con los grupos de edad se encontró que un mayor porcentaje está entre las edades de 15-30 años y su primera relación sexual fue antes de los 19 años, aunque una menor cantidad entre las edades de 31 años a más, también tuvieron su primera relación sexual antes de los 19 años.

Los estudios refieren que el inicio temprano de relaciones sexuales se ha asociado al riesgo de cancer cervicouterino, esto tomando en consideración de que la zona de transformación del epitelio cervical la más proliferativa durante la pubertad y adolescencia es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente como el Vph, el cual en la adolescencia se convierte en infecciones crónicas e implican un mayor riesgo de contraer cancer cervicouterino. ^(21,22)

En relación al número de parejas sexuales y los grupos de edad un mayor porcentaje está entre las edades de 15-30 años y solo han tenido una pareja sexual, mientras que

un porcentaje significativo está entre las edades de 15-30 años y han tenido más de 2 parejas sexuales. Estudios demuestran que el riesgo de cáncer cervicouterino aumentó 8 veces en aquellas mujeres con 3-5 compañeros sexuales pues de esta manera hace que se busque un microorganismo transmisible que sea el responsable desencadenante del proceso neoplásico.

En cuanto a los métodos de planificación familiar que usan las mujeres la mayoría utiliza método inyectable y una menor cantidad usa píldoras. En relación a los grupos de edad de las mujeres y el tiempo de uso del método la mayoría de las mujeres están entre las edades de 15-30 años y han usado el método por más de 1 año. Se considera que hay una asociación estadística entre el uso de anticonceptivos por periodos prolongados y el aumento de riesgo de cancer cervicouterino, por lo tanto se considera que estas mujeres tienen un riesgo pues la mayoría de ellas usan anticonceptivos por tiempo mayor a un año principalmente las adolescentes que son menos proclives al uso de condones. (18, 19)

Factores reproductivos que tienen las mujeres relacionados al riesgo de cancer cervicouterino

En relación a la edad que predominó en los resultados de pap alterados fue de 15-30 años. Estudios como el de Maura Sara Castañeda refieren que en la actualidad el cancer empieza a aparecer entre los 20- 30 años, las lesiones precursoras se presentan en la segunda década en tanto que el cancer infiltrante está apareciendo hacia los 40-45 años (19). Por lo que se considera que no solo las mujeres mayores

corren el riesgo sino también las que tienen de 20 años a más las cuales están dando frecuentemente resultados de pap con alteraciones.

En cuanto a las mujeres con hijos se encontró que la mayoría de ellas tienen hijos. En relación a los partos vaginales y los grupos de edad de las mujeres se encontró que un mayor porcentaje de 31 años a más, si han tenido partos vaginales. La teoría nos dice que las mujeres con 2 o más hijos tienen riesgo 80 veces mayor respecto de las nulíparas de presentar una lesión intraepitelial debido a las heridas e infecciones del cuello uterino que pueden ocurrir durante el parto lo cual sería un elemento favorecedor del cancer. (4)

A través del análisis realizado se pudo encontrar que hay relación entre las edades de las pacientes y los partos vaginales, es decir las variables dependen entre sí. Por lo tanto se considera que estas mujeres presentan un factor de riesgo por posibles lesiones sufridas al momento del parto.

En cuanto a los partos por cesárea hay un porcentaje significativo que le practicaron cesáreas. Según la teoría se ha notado un escasísimo número de casos de cancer cervicouterino, en pacientes cuyos partos habían sido exclusivamente por cesárea y que tenían el epitelio cervical intacto en contra posición a las mujeres con parto vaginal que habían dañado el epitelio cervical por dilatación o desgarró (15). Por lo que se considera que estas mujeres están libres de un riesgo de lesión intraepitelial anterior al vph.

En cuanto al periodo intergenésico un mayor porcentaje tuvieron un periodo mayor de años. Por lo que se consideran que no tienen un riesgo porque la literatura refiere que

un periodo intergenésico menor de 2 años constituye un riesgo relacionado al cancer cervicouterino.

En relación al número de abortos un mayor porcentaje no ha tenido abortos solo una mínima cantidad refirió haber tenido aborto espontaneo. La teoría refiere que las manipulaciones obstétricas, ya sean partos o abortos, tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana (4, 17), por lo tanto se considera que estas mujeres deben estar más frecuentes en sus tomas de Papanicolaou para una mejor promoción de su salud en cuanto a este riesgo.

X. CONCLUSIONES

- En cuanto a los datos sociodemográficos que la mayoría de las pacientes oscilan entre las edades de 20-38 años, son del sexo femenino, tienen secundaria completa, viven en zona urbana, la mayoría están casadas o acompañadas, practican la religión católica, tienen de 1-2 hijos y la ocupación que predominó es ama de casa.
- De acuerdo a los factores de riesgo conductuales, la mayoría de las pacientes iniciaron vida sexual activa a temprana edad, una cantidad significativa tienen más de 2 parejas sexuales, no usan preservativo durante las relaciones a pesar de saber que no hay fidelidad entre sus parejas, un alto porcentaje no se realizan el pap en el periodo necesario aun teniendo resultados alterados. El método anticonceptivo más utilizado son los inyectables y los usan por más de 1 año consecutivamente.
- En cuanto a los factores reproductivos encontramos lo siguiente: la edad en la que predominaron los resultados de pap alterados fue 15-30 años. La mayoría de las mujeres tienen de 1-2 hijos y han tenido partos vaginales, una mínima cantidad tuvo periodo intergenésico menor de 2 años y ha tenido abortos espontáneos. Respecto a los partos vaginales y los grupos de edad de las mujeres este estudio encontró relación significativa.

XI. RECOMENDACIONES

A la responsable de Docencia de Enfermería:

- Dirigir acciones de promoción de la salud para reducir los factores de riesgo del cáncer de cérvix, así como incrementar el tamizaje a través del PAPS para detectar oportunamente los casos.
- Capacitar al personal de salud sobre las medidas preventivas del cáncer cervicouterino a fin de dar una mejor consejería en cada atención que se brinde en el programa de Planificación familiar a las pacientes.

Al personal de Enfermería:

- Promover la detección oportuna mediante charlas educativas llevadas a cabo en unidades de salud y colegios con respecto a factores de riesgo tales como el IVSA, número de compañeros sexuales y la infección por VPH.
- Concientizar a las pacientes a llevar a la práctica las orientaciones brindadas por el personal de salud, con el propósito de lograr una mejor calidad de vida.
- Realizar periódicamente jornadas de promoción y prevención, realizando tomas de la toma de Papanicolaou.

XII. REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS

1. Merle J. Lewis, Dr. PHD. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org
2. Fundación Ortiz Guardián. Informe del programa integral de prevención y detección del cáncer cervical y mama. Estrategia Ginecobono Informe 2009. Pág., (1,2)
3. Brisson J, Morin C, Fortier M. Factores de riesgo para la neoplasia intraepitelial cervical: Diferencias entre las lesiones del grado bajo y alto. Diario estadounidense de epidemiologia 2005; 140(8) 700-710. disponible en: www.scielo.org.mx.
4. Bosch FX, de San Jose S. Capitulo 1. Virus Del Papilloma Humano y el cancer cervical—Carga y evaluación de la causalidad. Diario de las monografías del Instituto Nacional del Cancer 31:3–13 (2003).
5. Taller centroamericano sobre detección de Ca Cu CIES- Managua, Nicaragua, 2008. Biblioteca Nacional de Salud Concepción Palacios.
6. Delgadillo B. Cáncer cérvico - uterino en el departamento de León 1999 – 2002 UNAN – HEODRA. Tesis Monográfica.
7. Ministerio de salud, manejo del carcinoma de cérvix, centro de radioterapia, Managua 2009.
8. Organización mundial de la salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.10ª revisión. Washington: OPS; 2009. Disponible en: www.cancer.org

9. Cabrera, José Carlos. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. (tesis) 2006-2011. Lima, Perú.
10. Varela Álvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferrá Torres TM, Durruthy Wilson O, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer cervicouterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camagüey, Cuba. *MediCiego* 2008; 14(2):3.
11. Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pareta L, Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cervicouterino en un área de salud. *Rev. Archivo Médico de Camagüey, Cuba.* 2003; 7 (supl. 2): 7.
12. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino 2009. Biblioteca Nacional de salud Concepción Palacios.
13. Miller A.B. Programa de detección del cáncer cervicouterino-consejo ejecutivo EB 120/ 135 add 1 Ginebra, OMS, febrero 2008. (citado el 20 de junio del 2013)
14. Berek J, Hillard P, et al.: *Ginecología de Novak* 12va edición, Interamericana Mc. Graw – Hill 2007: 1001 – 1135.
15. Padilla, Nathalia del socorro. Manejo de lesiones pre invasoras de cuello uterino en el centro de salud “Guillermo Matute” Jinotega. Enero-Dic. 2008. (Tesis) Universidad Americana UAM-Managua
16. Pichardo M. Cáncer cervicouterino en el departamento de León 2006- 2008 UNAN – LEÓN HEODRA. Tesis Monográfica.

17. Hidalgo, Dea Catalina. Situación epidemiológica del cáncer cervical en el departamento de león durante el periodo 1° de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011. (Tesis) UNAN-León. Disponible en: www.minsa.gob.ni.
18. Pacheco Chevez, Lilieth. hallazgos citológicos de muestras cervicales en una población de mujeres y su relación con los tipos moleculares del virus del papiloma humano (vph) en la ciudad de León, Nicaragua, durante el período de abril 2009 – abril 2010. (Tesis) UNAN-León.
19. Castañeda, Maura Sara. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus del papiloma humano. Universidad Autónoma de Barcelona. 2002.
20. Amador Salgado, Luis Cesar. Situación epidemiológica del cáncer cervicouterino en el departamento de león entre los años 2003-2005. (Tesis) León, Nic. UNAN, 2006.
21. Aguirre HR, Medina CL, Montoya FH, Sandoval LG, Padilla RM, García SV. Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México. Rev. de ginecología y obstetricia de México. 2010; 75 (6):311-6. (citado el 2 de julio del 2013).
22. Castañeda IMS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Rev. de Salud Pública de México. 2010; 40(4):330-38. Disponible en: www.monografias.com
23. Álvarez MH, Pérez CE. Causalidad en medicina. Gaceta Médica de México. Medigraphic. 2010; 140(4):467-72. (citado el 25 de julio 2013) disponible en: www.scielo.org.mx.
24. Ministerio de salud. Normas de prevención y atención del cáncer cervicouterino, septiembre, 2009.
25. Sociedad estadounidense del cancer. Hechos y cuadros 2013 de cancer. Atlanta, Ga: Sociedad estadounidense del cancer; 2013.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN -LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para la participación en el estudio sobre factores conductuales y reproductivos relacionados al riesgo de cancer cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, centro de salud Roberto Cortez, octubre- 2015.

La presente entrevista ha sido elaborada por la Bra. Zoila Janitzia Reyes Bonilla y Bra. Scarleth Fabiola Reyes Ríos, con el objetivo de obtener datos para la realización de un trabajo de investigación científica que servirá para fines académicos y aportaciones en el mejoramiento de la información obtenida será de carácter confidencial y anónimo.

Yo, _____

Manifiesto que mi información es de forma libre y no he recibido ninguna presión por parte de las personas que están realizando este estudio, la información brindada será manejada de manera privada, autorizo a las bachilleras, egresadas de la carrera de Enfermería para que procedan a realizarme la entrevista.

del entrevistado

Firma del entrevistador

Firma

Universidad Autónoma de Nicaragua

Unan- León

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de enfermería



El presente instrumento, tiene como objetivo determinar los factores conductuales y reproductivos relacionadas al riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres que acuden al programa de planificación, centro de salud Roberto Cortez, Octubre 2015.

Se les recuerda que el llenado del instrumento es confidencial y voluntario.

I. Datos Sociodemográficos

➤ **¿Desea participar en el estudio?**

Si: _

No: _

➤ **Edad: ____**

➤ **Sexo: M: ____**

F: ____

➤ **Procedencia:**

Rural: ____

Urbana: ____

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

3. ¿Cuál es el número de pareja sexual que ha tenido hasta este momento?

1: _

2: _

3 a más: _

4. ¿Existe fidelidad entre usted y su pareja?

Si: _

No: _

No se: _

5. ¿Ha tenido o tiene alguna de estas enfermedades?

Gonorrea: _

Chancro: _

Sífilis: _

VIH/SIDA: _

Herpes: _

VPH: _

Clamidia: _

No he tenido: _

¿Con que frecuencia en el año se repite la enfermedad?

1 vez al año: _

3-4 veces al año: _

2 veces al año: _

no he tenido: _

6. ¿Qué tipo de método anticonceptivo ha utilizado?

Píldora: _

Inyección: _

T de cobre: _

Condón: _

7. ¿Cuánto tiempo tiene de utilizar el método?

De 1 a 6 meses: _

De 7 a 11 meses: _

1 año: _

De 2 años a más: _

8. ¿Fuma?

Si: _

No: _

9. ¿Frecuencia el consumo de cigarrillos?

Diario: _

2 a 3 veces al día: _

En ocasiones: _

No fumo: _

10. ¿Número de cigarrillos al día?

Menos de 5 cigarrillos: _

De 5 a 10 cigarrillos: _

Más de 1 cajetilla de cigarrillo: _

No fumo: _

11. ¿consume alcohol?

Si: _

No: _

12. ¿Usa condón al momento de tener relación sexual?

Si: _

No: _

13. ¿Con que frecuencia usa el condón al momento de tener relaciones sexuales?

Siempre: _

Nunca: _

14. ¿Se ha realizado el PAP?

Si: _

No: _

15. ¿Con que frecuencia al año se realiza el PAP?

A los 6 meses: _

Al año: _

Cada 2 años: __

No realizado nunca: ___

16. ¿Visita al médico para el control de su resultado de PAP?

Si: _

No: _

17. ¿Se ha aplicado alguna vez la vacuna contra el VPH?

Si: _

No: _

18. ¿Pones en práctica medidas de higiene genital a diario?

Si: _

No: _

19. ¿Practica el uso de duchas vaginales al momento del aseo del área genital?

Siempre después del periodo menstrual: _

Nunca: _

20. ¿Usa una toalla exclusiva para el sacado del área genital?

Si: _

No: _

21. ¿Pone en práctica medidas de higiene genital antes de tener relaciones sexuales?

Si: _

No: _

22. ¿Pone en práctica medidas de higiene genital después de tener relaciones sexuales?

Siempre: _

Nunca: _

III. Factor de riesgo reproductivo que tienen las mujeres en relación al cáncer cervicouterino.

1. ¿Tiene hijos?

Si: _

No: _

2. ¿Ha tenido partos vaginales?

Si: _

No: _

3. ¿Cuántos partos vaginales ha tenido?

1 a 2: _

3 a 4: _

5 a más: _

4. ¿A qué edad tuvo su primer parto?

Menor de 15: _

15 a 19: _

20 a 35: _

36 a más: _

5. ¿Cuántos hijos tiene?

1 a 2: _

3 a 4: _

5 a más: _

6. ¿Tuvo algún desgarro al momento del parto?

Si: _

No: _

7. ¿Ha tenido partos por cesárea?

Si: _

No: _

8. ¿Cuántos cesáreas le han hecho?

1 a 2: _

3: _

9. ¿De cuánto tiempo ha sido el periodo intergenésico entre sus embarazos?

Menor de 2 años: _

Más de 2 años: _

10. ¿Ha tenido abortos?

Si: _

No: _

11. ¿Cuántos abortos ha tenido?

1 a 2: _

3 a 4: _

12. ¿Ha tenido abortos espontáneos?

Si: _

No: _

13. ¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido?

1 a 2: _

3 a 4: _

14. ¿Ha tenido abortos inducidos?

Si: _

No: _

1. ¿Cuántos abortos inducidos ha tenido?

1 a 2: _

3 a 4: _

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS MUJERES RELACIONADOS AL RIESGO DE CANCER CERVICOUTERINO

Tabla #

VARIABLES		n	%
EDAD DE LAS PACIENTES	15-19	4	4
	20-28	45	46
	29-38	30	31
	39-48	12	13
	49-55	6	6
	Total	97	100
ESCOLARIDAD	Primaria	13	13
	Secundaria	49	51
	Técnico	12	12
	Universitario	23	24
	Total	97	100
ESTADO CIVIL	Soltero	27	28
	casado y acompañado	70	72
	Total	97	100
RELIGIÓN	Católico	44	45
	Evangélico	38	39
	Otras	15	16
	Total	97	100
NUMERO DE HIJOS	1-2	64	66
	3ª más	17	18
	Ninguno	16	16
	Total	97	100
OCUPACIÓN	ama de casa	55	57
	Comerciante	14	14
	Otras	28	29
	Total	97	100

I. FACTORES CONDUCTUALES QUE SE RELACIONAN CON EL RIESGO DE DESARROLLAR CANCER CERVICOUTERINO

TABLA # 2
ALIMENTOS QUE CONSUMEN LAS MUJERES RICOS EN VITAMINAS

ALIMENTOS RICOS EN VITAMINAS	N	%
Diario	20	21
En ocasiones	77	79
Total	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 3
USO DEL CONDON EN RELACION A LA FIDELIDAD DE PAREJA

USO DEL CONDON	FIDELIDAD DE PAREJA						Valor de P
					Total		
	Si	%	No Hay o no saben	%	N	%	
SI	11	64	6	36	17	18	0.3
No	42	52	38	48	80	82	
Total	53	55	44	45	97	100	

Fuente: Entrevista

TABLA # 4
CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO QUE TIENEN LAS MUJERES

COSUMO DE ALCOHOL Y FUMADO						
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
FUMAN	18	19	79	81	97	100
CONSUMEN ALCOHOL	6	6	91	94	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 5
FRECUENCIA CON QUE LAS MUJERES SE REALIZAN EL PAP

FRECUENCIA DE REALIZARSE EL PAP		
	N	%
Entre 6 meses - 1 año	10	11
Cada 2 años	87	89
Total	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 6

CANTIDAD DE PAP QUE SE HAN REALIZADO LAS MUJERES EN LOS ULTIMOS 4 AÑOS

NUMERO DE PAP REALIZADOS EN LOS ULTIMOS 4 AÑOS		
	N	%
1 pap realizado	58	60
2 pap realizados	27	28
3 pap realizados	12	12
Total	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 7

GRUPOS DE EDADES DE LAS MUJERES EN ESTUDIO EN RELACION A LOS RESULTADOS DE PAP

GRUPOS DE EDADES	RESULTADOS DE PAP						Valor de P
	Pap normal	%	Pap alterado	%	Total		
					T	%	
15-30 años	29	53	26	47	55	57	0.973
31 años a mas	22	52	20	48	42	43	
Total	51	53	46	47	97	100	

Fuente: Entrevista

TABLA # 8

GRUPOS DE EDAD DE LAS MUJERES EN ESTUDIO EN RELACION A LOS GRUPOS DE EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

GRUPOS DE EDADES	GRUPO DE EDAD PRIMERA RELACION SEXUAL						Valor de P
	Menos de 19	%	19 años a mas	%	Total		
					n	%	
15-30 años	35	64	20	36	55	57	0.947
31 años a mas	27	64	15	36	42	43	
Total	62	64	35	36	97	100	

Fuente: Entrevista

TABLA # 9

GRUPOS DE EDADES DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

GRUPOS DE EDADES	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES						Valor de P
	1 pareja	%	Más de 2 parejas	%	Total		
					n	%	
15-30 años	33	60	22	40	55	57	0.605
31 años a mas	23	55	19	45	42	43	
Total	56	58	41	42	97	100	

Fuente: Entrevista

TABLA # 10

MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE USAN LAS MUJERES

MÉTODO UTILIZADO	n	%
Píldoras	20	21
Otro Método	77	79
Total	97	100
Inyectables	71	73
Otro Método	26	27
Total	97	100
T De Cobre	1	1
Otro Método	96	99
Total	97	100
Condón	17	18
Otro Método	80	82
TOTAL	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 11

TIEMPO DE USO DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN RELACION A LOS GRUPOS DE EDAD DE LAS MUJERES

GRUPOS DE EDADES	TIEMPO DE USO DEL METODO						Valor de P
	Menos de 1 año	%	más de 1 año	%	Total		
					n	%	
15-30 años	13	24	42	76	55	57	0.07
31 años a mas	4	10	38	90	42	43	
Total	17	18	80	82	97	100	

Fuente: Entrevista

II. FACTORES REPRODUCTIVOS QUE TIENEN LAS MUJERES COMO RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CANCER CERVICOUTERINO.

**TABLA # 12
MUJERES QUE TIENEN HIJOS**

TIENE HIJOS		
	n	%
Si	81	83
No	16	17
Total	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 13

GRUPOS DE EDAD DE LAS MUJERES EN RELACION CON LOS PARTOS VAGINALES

GRUPOS DE EDADES	PARTOS VAGINALES						Valor de P
	Si				Total		
		%	No	%	n	%	
15-30 años	27	49	28	51	55	57	0.027
31 años a mas	30	71	12	29	42	43	
Total	57	59	40	41	97	100	

Fuente: Entrevista

TABLA # 14

PARTOS POR CESAREA QUE HAN TENIDO LAS MUJERES

CESAREA	N	%
Si	31	32
No	66	68
Total	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 15

PERIODO INTERGENESICO ENTRE EMBARAZOS DE LAS MUJERES

PERIODO INTERGENESICO	N	%
menos de 2 años	13	13
más de 2 años	60	62
Ningún periodo	24	25
Total	97	100

Fuente: Entrevista

TABLA # 16

NUMERO DE ABORTOS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES

NUMERO DE ABORTOS	N	%
1-2	13	13
Ninguno	84	87
Total	97	100

Fuente: Entrevista