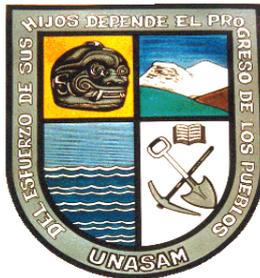


**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LESIONES PRECANCEROSAS
DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTORIO
DE GINECOLOGIA HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ 2014-
2015.”**

Investigadora Responsable:

Dra. MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ (FCM-UNASAM)

Investigadores Corresponsables:

Dra. CONSUELO TERESA VALENCIA VERA (FCM – UNASAM).

Mg. ADA EUDOSIA RODRIGUEZ FIGUEROA (FCM – UNASAM).

Investigadores Colaboradores

***Investigadores colaboradores de otras Instituciones (Representan al servicio de
patología del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz)***

Medico Patóloga LADMILA ROSALINDA RUIZ GUIO

I/Medicina PATRICIA FIORELLA SALAZAR QUISPE.

Alumna de EPO- UNASAM: Sonia Agurto Cerna

***Huaraz – Perú
2017***

ÍNDICE

	Página
Resumen	iv
Abstract	v
I. INTRODUCCIÓN	1 - 8
II. HIPÓTESIS	8
III. BASES TEORICAS	9
2.1. Antecedentes	9 - 24
2.2. Marco teórico	25 - 48
2.3. Definición de términos	48 - 49
IV. MATERIAL Y METODOS	50
4.1. Tipo de estudio	50
4.2. Diseño de Investigación	50
4.3. Población o universo	50 - 52
4.4. Unidad de análisis y muestra	52 - 53
4.5. Instrumento (s) de recopilación de datos	53
4.6. Técnica (s) de recolección de datos	53 - 54
4.7. Análisis estadístico e interpretación de la investigación	54
4.8. Ética de la Investigación	54 - 55

V. RESULTADOS	56 - 75
VI. DISCUSIÓN	76 - 93
VII. CONCLUSIONES	94 - 95
VIII. RECOMENDACIONES	96 - 97
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98 - 103
ANEXOS	104

RESUMEN

Se planteó el problema ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014- 2015? Con el objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino. Investigación Observacional analítico de casos y controles, se seleccionó una muestra de 366 mujeres, **Casos:**183 con lesiones cervicales y **Controles:** 183 sin lesiones cervicales. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V. 24, se aplicó las pruebas estadísticas χ^2 y el OR.

Resultados : Los factores de riesgo que mostraron asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) fueron: Edad (mayores de 35 años) (OR = 1.94) bajo grado de instrucción (OR = 1.84), estado civil de convivencia (OR = 1.67), procedencia rural (OR = 3.92), Inicio de Relaciones sexuales menor de 16 años (OR = 29.51), Mas de 2 parejas sexuales (OR = 16.06), VPH (OR = 2.51), multiparidad (OR = 17.21), MAOC (OR = 1.70) antecedentes familiares (OR = 3.13). No se observó asociación estadísticamente significativa entre la edad del primer embarazo y el consumo de tabaco y lesiones cervicales ($p=0.678$, OR=2.02 IC 95%:0.37-11.18. La lesión más frecuente fue LEIB con displasia leve + PVH con un 30.7%. Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo personal, sexual y reproductivo con las lesiones precancerosas de cuello uterino.

Palabras claves: Factores de riesgo, lesiones precursoras para cáncer de cérvix.

ABSTRACT

The problem was raised. What are the risk factors associated with precancerous cervical lesions in women treated at Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz, 2014-2015? With the overall objective: To determine the risk factors associated with precancerous cervical lesions. Investigational observational case-control study, we selected a sample of 366 women, **Cases:** 183 with cervical lesions and **Controls:** 183 without cervical lesions. A data collection sheet was used as instrument, the information was processed using the SPSS V. 24 program, the Chi2 and OR statistical tests were applied.

RESULTS: The risk factors that showed a statistically significant association ($p < 0.05$) were: age (over 35 years old) (OR = 1.94) low educational level (OR = 1.84), civil status of cohabitation (OR = 1.67), (OR = 3.92), Start of Sexual Relations under 16 years (OR = 29.51), More than 2 sexual partners (OR = 16.06), HPV (OR = 2.51), multiparity (OR = 17.21), MAOC = 1.70) family history (OR = 3.13). There was no statistically significant association between the age of first pregnancy and smoking and cervical lesions ($p = 0.678$, OR = 2.02 95% CI: 0.37-11.18). The most frequent lesion was LEIB with mild dysplasia + HPV with 30.7%. It was concluded that there is a statistically significant relationship between personal, sexual and reproductive risk factors with precancerous cervical lesions.

Key words: Risk factors, precursor lesions for cervical cancer.

I. INTRODUCCIÓN

Las lesiones precancerosas del cuello uterino también se denominan displasia cervical y consiste en la presencia de células anómalas en el cuello del útero, se presentan en forma de las llamadas lesiones escamosas intraepiteliales de cérvix o neoplasia intraepitelial cervical (CIN, en sus siglas en inglés). Estas lesiones se dividen en CIN de bajo grado o (CIN-I) o CIN de alto grado (CIN-II o III). El grado de la displasia se define a partir del grosor de las células anómalas dentro de la pared cervical. La displasia cervical de bajo grado crece lentamente y puede resolverse sin tratamiento, pero la displasia cervical de alto grado progresa a cáncer de cuello uterino entre el 30 y 50 % de las veces. ⁽¹⁾

El Cáncer de cuello uterino constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina y es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y si es que se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas.

En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Catalá d'Oncologia que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan. Se estima que en el 2012

hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3.⁽¹⁾ Esto se compara con la de Sudamérica que es 22.2 y la mundial que es 15.1. La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo.⁽²⁾ El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo. También para el 2012, la tasa cruda de mortalidad estimada fue de 11.6 y la tasa de mortalidad estandarizada por año fue de 12.0, mientras que en Sudamérica fue de 8.6." La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino varió de 7.9 muertes por 100,000 habitantes en el 2001 a 5.7 en el 2011. El cáncer de cuello uterino afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años, es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados. En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente, en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima.⁽¹⁾

La causa primaria para el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la infección persistente o crónica por uno o más de los denominados tipos oncógenos (o de «alto riesgo»), siendo los

más frecuentes el 16 y el 18 que se encuentran en el 70% de todos los cánceres de cuello uterino, los menos frecuentes son el 31, el 33, el 45 y el 58 y los de bajo riesgo son el 6 y 11; siendo todos ellos transmitidos por vía sexual.

Casi todos los individuos sexualmente activos serán infectados por VPH en algún momento de sus vidas, y algunos pueden ser infectados reiteradamente. el sistema inmunológico elimina la infección en un 90-95% de los casos. Sólo 5% mantendrá una infección persistente. El período de mayor número infecciones se presenta poco después de la iniciación de la vida sexual activa.

La mayoría de las infecciones por el VPH remiten espontáneamente; sin embargo, algunas pocas persistirán, con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal^(1, 2)Siendo necesario que transcurran entre 10 y 20 años para que una lesión precursora producida por el VPH pueda transformarse en un cáncer invasor, pero la infección por el VPH un factor causal necesario, pero no suficiente, para que se desarrolle un cáncer cervicouterino; otros factores del hospedador, así como conductuales y medioambientales, pueden facilitar el desarrollo del cáncer.

El cáncer cuello uterino afecta raramente a las mujeres menores de 30 años de edad; es más frecuente en las mujeres de más de 40 años. Siendo las quincuagenarias y sexagenarias las más afectadas, y su prevalencia puede llegar a ser de entre el 25% y el 30% en las menores de 25 años.

Esta neoplasia se encuentra precedida por una serie de lesiones celulares dentro del epitelio endocervical denominadas neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC),

o bien, lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de acuerdo con el método utilizado para su reporte: NIC grado 1 es equivalente a LEI de bajo grado, mientras que NIC 2 o 3 se refiere a LEI de alto grado.⁽²⁾

Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado se refieren a los cambios tempranos en el tamaño, forma y número de células que forman el tercio externo del grosor del epitelio, las cuales remiten en aproximadamente 79.2 %. El restante 20.8 % se mantendrá o progresará a lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en un tiempo aproximado de 24 meses.⁽⁴⁾ Las lesiones precursoras de cáncer cervical se presentan en las pacientes con edades entre 25 y 35 años. La tasa de progresión a cáncer de cérvix invasor reportada para las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado se encuentra alrededor de 1.5 % (0-4 %). De acuerdo con la edad, el pico de incidencia para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado es de 35 a 38 años de edad, mientras que, para el cáncer invasores de 48 años, lo que hace evidente la progresión de la enfermedad con la edad.⁽⁴⁾

Para considerar la eficacia del tamizaje en la detección de lesiones precursoras de cáncer cervical se requiere una cobertura mínima de 80 %, la cual se refiere a que la población blanca se haya realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años.⁽⁵⁾

En el departamento de Ancash, según los datos obtenidos de la Dirección Regional de Salud Ancash (DIRESA), en el año 2012 se presentaron 185 casos de displasia cervical leve, 97 casos de displasia cervical severa, 14 casos de displasia cervical moderada y 13 casos de displasia del cuello del útero no especificada. La

presente investigación se realizó en el servicio de ginecología del Hospital Víctor Ramos Guardia en pacientes del consultorio de ginecoobstetricia que se realizaron su prueba de Papanicolaou, durante el periodo 2014, 2015. En el cual se notificó 198 casos de enfermedad precancerosa del cuello uterino identificadas mediante la toma de Papanicolaou, y se detectó 20 casos de cáncer de cuello uterino.⁽⁶⁾

El cáncer de cuello uterino presenta algunos factores de riesgo relacionados a la salud sexual, como las relaciones sexuales a temprana edad (antes de 16 años), la promiscuidad, el número de partos, el riesgo aumenta a mayor número de partos, abortos a temprana edad; factores exógenos como el tabaquismo o coinfección con el VIH u otras ITS como el herpes simple 2,

En el caso de la paridad, las puérperas son más susceptibles a la infección por VPH, porque es muy frecuente que tras los partos se erosione el epitelio cervical, el cual es la puerta de entrada del VPH, y se puede dar en aquellas mujeres con menos de 16 años, en donde el epitelio cervical está en fase de transición haciendo está más susceptible a las lesiones.

En el caso de la conducta sexual, se considera al número de parejas sexuales la probabilidad de exposición al VPH y demás agentes infecciosos, sobre todo en aquellas mujeres que inician su vida sexual antes de los 16 años de edad.

El presente trabajo de investigación, tiene en cuenta la importancia de las lesiones precancerosas en la morbimortalidad de las mujeres en el país y la región.

La prevalencia de cáncer de cuello uterino solo es una fracción de la cantidad de lesiones pre neoplásicas en general, actualmente no se han desarrollado muchos

estudios sobre la prevalencia de estas lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino

en nuestro país.

La prueba que se utiliza comúnmente para detectar este tipo de cáncer es la técnica de Papanicolaou, desarrollada en los años treinta. El objetivo de esta prueba es detectar, en un estadio temprano, células neoplásicas. Es en estas etapas cuando se puede utilizar con éxito un procedimiento quirúrgico de relativo bajo costo y bajo riesgo, que permite remover dichas células y prevenir la diseminación del cáncer.

Además, es importante el desarrollo de este trabajo de investigación porque de acuerdo a los resultados obtenidos se va a tener conocimiento de la situación actual en que nos encontramos, en términos de prevalencia de las lesiones, factores de riesgo, el origen de estas, que son las lesiones precancerosas. Ya que, si bien hay tratamiento, curativo o paliativo, para el cáncer de cuello uterino, es indudablemente mejor el manejo precoz, por medio de la promoción, prevención y diagnóstico temprano de las lesiones precancerosas y así determinar las medidas necesarias mediante persistencia, mejora o la creación de programas o proyectos de detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Considerando que las lesiones premalignas son, mucho, más frecuentes que las neoplasias de cuello uterino, ya que solo un porcentaje de estas, progresará a sus formas más agresivas.

Formulación del problema de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014 – 2015?

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014 - 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si los factores personales se asocian a lesiones precancerosas en el cuello uterino.
- Determinar si los factores sexuales se asocian, a lesiones pre cancerosa en el cuello uterino.
- Identificar si los factores reproductivos se asocian a lesiones precancerosas en el cuello uterino
- Determinar el tipo de lesión precancerosa más frecuente del cuello uterino

De esta manera, **se concluyó** que los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres que asisten al Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015 son: la edad mayor de 35 años , grado de instrucción analfabeta y primaria, estado civil conviviente, procedencia de zona rural, inicio de relaciones sexuales entre los 14 a 19 años, tener más de

dos parejas sexuales, tener infecciones de transmisión sexual, multíparas, uso métodos AOC y tener antecedentes familiares, los cuales presentan los más altos valores de probabilidad de aumentar el riesgo de presentar una lesión precancerosa de cuello uterino.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional nacional, regional y local. A continuación, en la tercera parte se describe los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la información de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

II. HIPÓTESIS

Los factores personales, los sexuales y reproductivos son factores de riesgo para lesiones precancerosas de cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología en el Hospital Víctor Ramos Guardia 2014-2015.

- Variables

Variable independiente: Factores de riesgo

Variable dependiente: Lesiones precancerosas

III. BASES TEORICAS

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Cordero Martínez J y García Pimentel M (2015) realizaron un estudio, **Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”** desde enero del 2011 hasta diciembre 2012. Cuba, tipo de estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles El grupo de estudio quedó constituido por 500 pacientes de la consulta de patología de cuello y el grupo control lo formaron otras 500 mujeres con citología negativa, de la misma edad y consultorios de las pacientes del grupo estudio. En los resultados se evidenció significativamente la relación existente entre relaciones sexuales con la menstruación y contra natura, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedentes obstétricos de partos y abortos provocados, partos en la adolescencia, utilización de anticoncepción oral, hábito de fumar y la susceptibilidad genética y la citología cervical alterada como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino⁽⁷⁾

MAY, Ruth (2015). **Factores de riesgo asociados a las lesiones intraepiteliales, cervicales. Balancán – Tabasco, 2010.** México. Artículo de revista. Objetivo: Identificar el comportamiento de los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales cervicales, en mujeres que se sometieron a citología cervical en las Unidades Médicas de Salud del municipio Balancán. Estudio de casos y controles, analítico. En la muestra se incluyó 50 casos y 100 controles; observando las variables:

sociodemográficos, ginecoobstétricas, biológicas. Como instrumento se utilizó la encuesta y se evaluó la diferencia entre variables con Chi cuadrado Pearson o Test exacto de Fisher, según corresponda, para la medida de fuerza de asociación se utilizó la razón de momios con intervalo de confianza del 95% admitiendo un nivel de significancia estadística $p \leq 0.05$. Se utilizó el programa Epiinfo 6 (CDC) para el análisis del procesamiento de datos. Resultados: Se confirmó la asociación de los factores socioeconómicos con respecto a la edad de 35 a 39 años y el riesgo de lesiones intraepiteliales cervical con RM (medida de asociación) = 2.52, IC 95%, $p=0.0190$. Se demostró el riesgo en relación a la pareja sexual del caso (RM = 6.20, IC 95%, $p = 0.0000$), se confirma la asociación entre los antecedentes de VPH y el riesgo de lesiones intraepiteliales cervicales con RM = 9.79, IC 95%, $p = 0.0000$, con respecto al antecedente heredofamiliar de cáncer cérvico uterino en antecedentes materno, fue estadísticamente significativa (RM = 4.57, IC 95%, $p = 0.0106$), en cuanto a la relación de consumo de tabaco se obtuvo un valor significativo asociados a lesiones intraepiteliales cervicales con RM = 23.06, IC 95%, $p = 0.0000$. Conclusiones La edad que predominó en la población estudiada fue de 35 a 39 años en ambos grupos, los factores de riesgo más significativos fueron: la pareja sexual del caso, antecedentes heredofamiliares, antecedentes del VPH, y el consumo de tabaco⁽⁸⁾.

Vicente Argueta Edgar Rolando (2014) en su estudio **Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolau en el Hospital Nacional de Occidente en el año 2011,**

Guatemala. Tesis de grado, cuyo objetivo fue analizar la asociación entre factores de riesgo y lesiones premalignas del cérvix y la fuerza de asociación que existe entre cada uno de ellos; al igual que conocer cuál es la anomalía que con más frecuencia se reporta en el Papanicolaou., estudio Analítico-Transversal, se evidenció una prevalencia del 1.9% de lesiones premalignas, que haciendo uso de las medidas de asociación (Chi cuadrado = X^2 y Razón de Prevalencia = RP) se encontró que el factor edad no es significativo con un X^2 de 0.09 y un RP de 0.7. En relación a procedencia, coitarquia, paridad y parejas sexuales no se encontró asociación alguna, con X^2 de 0.71, 1.08, 0.26 y 1.2 respectivamente; sin embargo, en relación a RP se determinó para la paciente 3 veces más riesgo (RP= 2.7) de padecer la lesión si vive en el área urbana, si inicio vida sexual antes de los 20 años (RP= 3.3), si tuvo 2 parejas sexuales (RP= 3.5) y 2 veces más riesgo si tiene más de 5 hijos (RP= 1.9). Se concluye entonces que no se encontró asociación como factores de riesgo entre la edad, procedencia, inicio precoz de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y las lesiones premalignas del cérvix. Tienen mayor riesgo de presentar lesiones premalignas de cérvix, las mujeres que, son del área urbana, que tengan vida sexual antes de los 20 años, que tengan más de 5 hijos y que tengan 2 o más parejas sexuales y la anomalía reportada con mayor frecuencia son los procesos inflamatorios desde leve a severa.⁽⁹⁾

Cevallos Boada LA, et al. (2012) en su estudio “Hallazgos anormales de citología cervical y factores relacionados con la historia reproductiva de la

mujer en usuarias atendidas en Solca núcleo Ibarra periodo enero a junio 2012.” Quito Tesis de grado, tipo de estudio descriptivo, retrospectivo, muestra de 69 mujeres pacientes que asistieron a Solca Núcleo de Quito de la ciudad de Ibarra – Ecuador, en el periodo de enero a junio 2012 con hallazgos anormales en la citología cervical, que contaban con Historia Clínica y fueron diagnosticadas con algún tipo de lesión intraepitelial, encontraron que las edades están comprendidas entre los 34 a 44 años en el 40,58% de las usuarias. En relación a los tipos de lesión, predominó Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASCUS) con 42,3%. Según los factores sociodemográficos, la mayoría procedía de zonas urbanas 52,17%; el mayor porcentaje fue casada con 46,37%; el 55.08% fueron encargadas del quehacer; el 44,92% ostentaba como grado de instrucción primaria; el mayor porcentaje tuvo su menarquia entre los 11 y 12 años; el 46,3% manifestaron tener de 3 a 5 gestaciones; la anticoncepción más usada en las pacientes fue la oral con un 49,48%. Un 47.83% manifestó que el inicio de la vida sexual fluctuó entre los 16 y 19 años fue de edad; y el número de parejas sexuales en un 83,78% fue de 1 a 3. ⁽¹⁰⁾

Fleites Yoleisi, et al. (2011), Realizo un estudio Lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años, pacientes registradas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, en el periodo de enero a diciembre de 2007 y primer trimestre del 2008. Artículo científico, tipo de estudio observacional, descriptivo y correlacionar, en el que incluyeron a 248

pacientes registradas, en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, Cuba, artículo científico, en el periodo enero a diciembre de 2007 y primer trimestre del 2008, que tuvo como objetivo determinar las lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años en premalignas o con alto o bajo grado de malignidad, en la provincia de Cienfuegos de enero del 2007 a marzo del 2008. Se analizaron: edad, edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales, tipo y grado de lesión, motivo de consulta. Los resultados fueron: predominaron las mujeres de más de 21 años y las que tuvieron 2 y 3 parejas sexuales; el principal motivo de consulta fue cervicitis (84, 7 %); en el 22,6 % de las mujeres se detectó neoplasia intraepitelial grado I; en el 41, 9 % de grado II; y en el 33, 1 % de grado III. En el 90 % de las pacientes más jóvenes la lesión fue maligna. Concluyendo que la presencia de lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años no es baja, como tampoco la frecuencia de lesiones malignas. ⁽¹¹⁾

Daudinot Cos CE, et al. (2011), Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", de La Habana – Cuba, de enero 2007 a diciembre 2008, artículo científico, estudio observacional, descriptivo en 52 pacientes menores de 24 años con diagnóstico de lesión cervical de alto grado, estudiaron variables de factores de riesgo y diagnóstico, cuyo objetivo fue caracterizar las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado en

adolescentes y mujeres jóvenes. Obteniéndose que el rango de edad predominante fue entre 20-24 años (78,8 %); 65,3 % iniciaron las relaciones sexuales entre los 15-17 años, 62,2% habían tenido 3 o más parejas sexuales y 67,3 % no usaban ningún método anticonceptivo La correlación citohistológica fue del 100 % para las neoplasias intraepiteliales cervicales II y III. Concluyendo que los resultados de este trabajo obligan a señalar la necesidad de profundizar en la educación sexual de los jóvenes.⁽¹²⁾

DUQUE, Ethel (2010). Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural. Guatemala. Tesis de pregrado. Objetivo: Analizar la asociación de lesiones displásicas de cérvix y factores de riesgo en mujeres en edad fértil, de las aldeas Los Esclavos, Las Cabezas, Candelaria y Monterrico del departamento de Santa Rosa; y Santa Apolonia del departamento de Chimaltenango. Durante el periodo de 24 de marzo al 14 de abril del año 2010. Estudio analítico de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 233 mujeres; tomadas a través de técnica de Papanicolaou y analizadas por citotecnólogo y corroboradas por patólogo del Hospital Roosevelt. Se definió como caso a las pacientes con diagnóstico de: NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) de grado I, II y III Como instrumento se llenó la boleta de recolección de datos y la boleta del consentimiento informado a través de entrevista dirigida al paciente. En la técnica de análisis se utilizó Chi cuadrado, Excel para crear la base de datos, luego los datos generados en este programa fueron analizados en EpiInfo. Resultados: El 76.4%

provenían de Santa Rosa, con prevalencia de 5.61% y 23,6% de Chimaltenango, con prevalencia de 14.54%. La prevalencia de NIC I fue de 5.58%; 14.54% de los casos pertenece a la etnia indígena, y 88.89% de los casos al grupo etario de ≥ 31 años. Conclusiones: Existió suficiente evidencia para determinar la asociación entre los factores de riesgo, etnia y edad, y el desarrollo de displasia de cérvix. Las mujeres indígenas presentaron 3 veces más probabilidad de padecer displasia de cérvix, que las no indígenas; y las mujeres del grupo ≥ 31 años presentaron 4 veces mayor probabilidad de padecer lesión displásica de cérvix, que las del grupo ≤ 30 años. El tipo de displasia más frecuente fue Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I (NIC I) ⁽¹³⁾.

Solís María Teresa (2009) Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: - Chile Artículo científico, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino, estudio de casos y controles Se seleccionó una muestra aleatoria de población de 616 mujeres de la Pintana (un barrio de bajos ingresos de Santiago) participó en 2001 en un VPH, Estudio de prevalencia y se re-evaluado en 2006 a través de un cuestionario de factores de riesgo, prueba de Papanicolaou y detección de ADN de VPH. La prueba de Papanicolaou se analizó en Santiago y el análisis del VPH (PCR_GP5 + / GP6 +) se llevó a cabo en la Universidad de Amsterdam. En él participaron 42 mujeres con lesiones cervicales y controles incluidos 574 mujeres con

citología normal durante el periodo 2001-2006. Regresión logística con uni y multivariado.

Resultados: Durante el período de estudio, hubo un aumento significativo en la proporción de mujeres solteras, de 8,3 a 14,8% ($p < 0,05$), de las mujeres con 3 o más parejas sexuales 8,9 a 13,3 y de las mujeres VPH de alto riesgo, desde 9.1 14,3%. La proporción de pruebas anormales de Papanicolaou se mantuvo estable (3,08 y 3,9% > ASCUS). Alto VPH de alto riesgo fue el factor más significativo asociado con lesiones cervicales (Odds ratio (OR) = 9,6 95% intervalos de confianza (IC) = 4.4-21.1), seguido de anticonceptivos orales utilizar (OR = 2,58 IC 95% = 1.2 a 5.7). Entre las mujeres infectadas por el VPH de alto riesgo, el uso de los anticonceptivos orales era un factor de riesgo, mientras que el cumplimiento de cribado fue protectora para las lesiones cervicales. Conclusiones: De 2001 a 2006, hubo un aumento en la proporción de mujeres con infecciones por VPH de alto riesgo.⁽¹⁴⁾

Marruffo Anyosa Betty (2015) realizo un estudio Análisis de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del hospital central PNP Luis N. Sáenz, durante el periodo de enero del 2014 a agosto del 2015. Lima – Perú, tesis de licenciatura, su objetivo fue Analizar los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de Ginecología del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz durante el periodo de enero 2014 a agosto 2015. Estudio descriptivo retrospectivo, la muestra estuvo

conformada de 23 historias clínicas, correspondiente a pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer cervico uterino atendidas durante un período de 20 meses. Se utilizó una hoja de Microsoft Excel para la recolección de la información y se aplicó el paquete estadístico SPSS 23.0. RESULTADOS: se encontró que el carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente (60.9%). Los factores de riesgo más reconocidos fueron la presencia de HPV en un 78.3%, la edad temprana de inicio de relaciones sexuales en un 73.9% en menores o iguales de 18 años y en 26.1% en mayores de 18 años, el número de parejas sexuales obtuvo un 82.6% en pacientes que presentaron 2 o más parejas sexuales y el consumo de tabaco se observó en un 56.5%. CONCLUSIÓN: los factores de riesgo más reconocidos para el cáncer de cuello uterino fueron la presencia del VPH, la precocidad sexual y la promiscuidad sexual. ⁽¹⁵⁾

Mario Ernesto Cosser Herrera (2015) Factores asociados a la citología anormal del cérvix liga contra el cáncer 2010 – 2014 Lima-Perú. El objetivo del estudio fue identificar los factores asociados a la citología anormal del cérvix en la Liga Contra el Cáncer Lima-Perú, 2010-2014, determinando la prevalencia de la citología anormal asociada a las características socio demográficas de las pacientes. Se siguió una metodología de tipo cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal, para un diseño no experimental. Se estudió 206 203 citologías de cérvix, encontrándose 1,80% de prevalencia de citología anormal, siendo el 3,06% la mayor prevalencia de citología anormal encontrada: en el rango de edad

de 15 a 24 años, siendo esta lesión intraepitelial de bajo grado (3,04%), y la mayor prevalencia de lesión intraepitelial de alto grado estuvo en el rango de edad de 35 a 49 años (0,34%). Se identificó como factores asociados a esta citología anormal, principalmente, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad (13 a 15 años), el número de parejas sexuales (3 a más), y en cuanto al lugar de procedencia, se relacionó con el nivel socioeconómico donde a menor nivel mayor prevalencia de citología anormal. En conclusión, se identificó como factores asociados a la citología anormal, a aquellos relacionados a la sexualidad, determinándose la prevalencia de ésta citología anormal en 1,80%. De acuerdo a este estudio, se podrá replantear nuevas estrategias para el desarrollo de programas bien planificados para la prevención de cáncer de cuello uterino y así buscar como objetivo la disminución de la mortalidad en esta patología en nuestro país. Palabras claves: citología anormal, lesión intraepitelial de alto grado, lesión intraepitelial de bajo grado.⁽¹⁶⁾

Castro Balarezo Eduardo (2014) **Edad de inicio de relaciones coitales y numero de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Sullana II - 2. Perú**, tesis para optar el título profesional, tuvo como objetivo determinar si la edad de inicio de las relaciones coitales y el numero compañeros sexuales son factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, se realizó un estudio de casos y controles. Se tomaron 50 casos confirmado de cáncer de cuello uterino del programa de cáncer del Hospital de Apoyo II – 2 Sullana,

Enero – diciembre 2013 y los controles (100) fueron las mujeres en edad fértil atendidas en dicho programa. Luego de haber obtenido los datos se utilizó la prueba de Chi Cuadrado, fijando el nivel de significancia en $P < 0,05$. Se encontró que la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). En relación al número de compañeros sexuales muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20) ⁽¹⁷⁾

Arango Rojas Gian M. (2014) realizo un estudio **Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015**. Cañete- Perú Tesis para Optar título médico cirujano.

Cuyo objetivo fue Determinar la prevalencia de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014 a Julio del 2015. Métodos: Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo. La población, y muestra fue de 3061 resultados de Papanicolau, y fue recolectado por medio de una ficha simple de recolección de datos. Resultados: El estudio obtuvo 136 resultados de Papanicolau positivos, de los cuales 104 presentaron algún grado de alteración citológica, lo cual representó una prevalencia de 3.39%. De las citologías positivas presentaron ASCUS, 43.3%; LIE Bajo Grado, 37.5%;

LIE Alto Grado, 18.3% y Carcinoma de cérvix, 1%. Las muestras insatisfactorias corresponden a un total de 32 resultados, lo cual es 1.04%

Conclusiones: La prevalencia de anomalías citológicas, y de muestras insatisfactorias fue bajo en el grupo estudiado, respecto a estudios Latinoamericanos, y según los indicadores nacionales. Además, se encontró un mayor número de alteraciones citológicas hacia el grupo de 25 a 34 años

(18)

Conde Félix, Alicia Mercedes (2014) realizo un estudio **sobre Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil hospital maría auxiliadora julio- agosto, 2013** Lima – Perú, tesis para optar el título profesional, su objetivo fue: Determinar factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil. Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013. **Material y método:** Estudio de casos y controles, retrospectivo. Conformada por 118 mujeres en edad fértil, con y sin lesiones cervicales. El instrumento fue en base al formato de uso y validado por la institución de estudio. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el chi² y el OR **Resultados.** Como factor asociados significativamente al riesgo: *antecedente familiar* [chi² 7.07 p=0.0081 OR 4.0186 IC 1.3631-11.8472]; *consumo de tabaco* [chi² 9.84 p=0.0017 OR 4.0729 IC 1.6384-10.1249]; intervalo entre las tomas de PAP, mayor de dos años [chi² 32.20 p=0.0000 OR 14.688 IC 5.1311-42.0454]; *motivo de estudio* por control médico [chi² 4.28 p=0.0386 OR 2.2019 IC1.0366 -4.6774]; *edad de primera relación sexual*, entre los 14 a

16 años [chi2=16.14 p=0.0001 OR 5.1717 IC 2.2515-11.8797]; infecciones de transmisión sexual, *la presentaron en los últimos cinco años* [chi2=33.54 p=0.0000 OR 11.70 IC 4.78–28.64]; presencia del Papiloma Virus Humano [chi2=19.51 p=0.0000 OR 27.55 IC 3.5436-214.1917], de dos a cinco partos [chi2=10.81 p=0.0010 OR 3.8347 IC 1.683-8.7372]; *edad del primer embarazo* entre los 14 y 24 años [chi2=7.25 p=0.0071 OR 2.9032 IC 1.3203-6.3839]; *usuarias anticonceptivo hormonales* [chi2=25.44 p=0.0000 OR 7.8961 IC 3.3933-18.374], de *tipo oral* [chi2=10.02 p=0.0015 OR 0.1542 IC 0.0449 - 0.5293]; y con tiempo de uso mayor de cinco años [chi2=10.46 p=0.0012 OR 14.8085 IC 1.8575 - 118.0589]. **Conclusiones:** Se encontró asociación significativa de riesgo el tener antecedente familiar de cáncer de cuello; el consumo de tabaco; intervalo entre las tomas de Papanicolaou mayor a dos años; el solicitar el estudio PAP por solicitud médica; la primera relación sexual entre los 14 a 16 años; la presencia de ITS en los últimos 5 años y en los tipos de ITS tenemos al Papiloma Virus Humano y el Condiloma Acuminado; tener más de dos partos; haberse embarazado a edades tempranas, entre los 14 a 19 años; el uso de anticonceptivo hormonales, de tipo oral (píldoras) por más de tres años. ⁽¹⁹⁾

Magallanes et. (2009) Realizo un estudio realizado titulado; **“Factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología Cérvico uterina alterada. Hospital regional de Loreto 2009”** Perú. Se aplicó una encuesta estandarizada en una muestra por conveniencia conformada por 182

usuarios. El tipo de muestreo fue por conveniencia. Los datos fueron procesados en SPSS Versión 15.0. El objetivo fue determinar algunos factores de riesgos reproductivos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de Oncología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2009. Los resultados mostraron, el perfil del usuario del servicio de oncología: la media aritmética de la edad fue de 38.21 años + 10.43 años, el 34.6% de la población tenía entre 35 y 44 años, el 26.9% correspondió a 25 a 34 años. El 63.7% residen en área urbana, el 36.8% residen en Punchana e Iquitos respectivamente. El 53.8% es de estado civil conviviente, el 62.1% posee instrucción secundaria. El 79.1% tuvo una menarquía entre los 12 y 15 años. La edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 11 años. Casi el 60% tenían 3 y más partos (multíparas). El 11.5% presenta antecedente de algún familiar con cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cérvix (81%), el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% ya tenían NIC I (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado - LEIB), el 8.8% presentan NIC II (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado - LEIA) y solo el 1.6% presentaron NIC III / Cá in Situ. Conclusión: El predominio de las mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad, así como la alta incidencia de ASCUS y NIC I como citología anormal encontrada con la más alta frecuencia asociadas al inicio de las relaciones sexuales precoces a los 17 años o menos con una elevada multiparidad ⁽²⁰⁾.

Soto V, Neciosup E, Ascurra C. (Perú, 2007) realizaron un estudio **“Factores de Riesgo de Neoplasias Prioritarias en una Red Asistencial de la Seguridad Social”** en el hospital de Essalud de Lambayeque, tomando como las cuatro neoplasias prioritarias: cáncer de mama, cuello uterino, próstata y estómago, estudio de casos y controles. Se obtuvo como factor de riesgo de las cuatro neoplasias, estadísticamente significativos, al consumo de tabaco. Este estudio indicó como factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino: el inicio de relaciones sexuales menor de 18 años, compañeros sexuales múltiples, parejas con múltiples compañeras sexuales, el alto número de hijos y el uso de anticonceptivos orales.⁽²¹⁾

RAMOS, Joel (2015). **Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia. Huaraz 2008 - 2012.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. El tipo de Investigación fue Retrospectivo, de tipo Casos y Controles. La población estuvo comprendida por todas las mujeres que acudieron a la toma de muestra de Papanicolaou en los consultorios de Ginecología y Obstetricia, con un total de 231 historias clínicas de mujeres que se realizaron el examen de Papanicolaou. Como instrumento se utilizó la ficha de recolección. El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora personal Intel 5 con Windows 7, el paquete estadístico SPSS v. 20. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó Estadística descriptiva e

inferencial, los mismos que se presentaron en tablas de doble entrada. Resultados: Se evidencio que la lesión premaligna del cáncer de cuello uterino con mayor prevalencia (41.7%) corresponde a la lesión intraepitelial de bajo grado más papiloma virus humano; se observa que las pacientes comprendidas entre las edades de 30 a 49 años presentan el mayor porcentaje (74%) de lesiones premalignas; el 53.1% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino son analfabetas; las pacientes que mantienen una situación de convivencia con la pareja presentan el mayor porcentaje de lesiones premalignas (59.4%); que el 66,7% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino proceden de la zona rural; que las pacientes gran multíparas presentan la mayor proporción de lesiones premalignas (50%); que el 71,9% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino no han usado los métodos anticonceptivos orales combinados; las pacientes cuyo inicio de relaciones sexuales se dio entre las edades de 15 a 25 años presentan el mayor porcentaje (88.5%) de lesiones premalignas; que el 61.5% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino manifestaron haber tenido 4 o más parejas sexuales; las pacientes con antecedente materno de cáncer de cuello uterino presentan el mayor porcentaje (49%) de lesiones premalignas. Conclusiones: Los factores de riesgo relacionados a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino son: LEI de bajo grado, mujeres entre las edades de 30 a 49 años, mujeres analfabetas, convivencia, vivir en zona rural, multiparidad, el no

uso de anticonceptivos orales combinados, inicio de relaciones sexuales a temprana edad (15-25 años), múltiples parejas sexuales (4 o más), antecedente de familiares con cáncer de cuello uterino.⁽²²⁾

3.2. MARCO TEORICO

El cáncer de cuello uterino, uno de las enfermedades más temidas de la humanidad, tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual de los países subdesarrollados por no tener o tener en forma deficiente programas de detección temprana; existen múltiples los factores asociados a la falta de tamizaje⁽²³⁾

DEFINICIÓN

Por cáncer se entiende el crecimiento maligno, autónomo y descontrolado de células y tejidos. Ese crecimiento da lugar a tumores que pueden invadir tejidos circundantes y provocar nuevas proliferaciones similares al cáncer original en partes distantes del cuerpo, proceso llamado metástasis. A medida que crece, el cáncer destruye los tejidos normales y compite por los nutrientes y el oxígeno⁽²⁴⁾

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in

situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. ^{1,25)}

La infección persistente por los tipos de VPH carcinógenos es la causa de la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino. El 90% de los cánceres cervicouterinos son cánceres de células escamosos y se inician en la zona de transformación del exocérnix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérnix.⁽²⁵⁾ El cáncer cervicouterino es prevenible mediante la vacunación de las niñas contra los virus del papiloma humano que lo causan y mediante el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas en las mujeres, ya que esas lesiones preceden el cáncer en muchos años. Además, si se detecta precozmente y se trata, el cáncer cervicouterino se puede curar.⁽²⁵⁾

LESIONES PRECANCEROSAS DEL CUELLO UTERINO

Las lesiones precancerosas del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por VPH. Estas lesiones se tratan fácilmente, y generalmente desaparecen de forma natural, pero si persisten y no se tratan, pueden transformarse en cáncer. El cáncer cervicouterino es uno de los pocos cuya fase precursora (lesiones precancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento. Lamentablemente, aunque sea

prevenible, gran número de mujeres mueren todavía de cáncer cervicouterino en muchos países. Esto es porque carecen de acceso a servicios de prevención y tratamiento, problema que puede obedecer a numerosos factores, como barreras que limitan el acceso a los servicios (por ejemplo, horarios de atención, distancia, falta de transporte) así como barreras culturales y de género. En la mayoría de los casos, sin embargo, la causa principal es la pobreza.⁽²⁵⁾

El concepto de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores. (William, 1888). El término carcinoma in situ se introdujo en 1932 para denotar las lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal (Broders, 1932). Y el término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia celular intermedia entre el epitelio normal y el carcinoma in situ de cuello uterino (Reagan et al., 1953). El cáncer de cuello uterino viene precedido generalmente por una larga fase de enfermedades preinvasoras; esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) antes de progresar a carcinoma invasor⁽¹³⁾.

Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) son lesiones premalignas, son los cambios del epitelio de la zona de transformación. Dichos cambios están usualmente asociados a infección por el virus del VPH.

La clasificación histológica más frecuente es:

Lesiones intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG)

- NIC 1 - Neoplasia Intraepitelial Cervical

Hace referencia a los cambios de las células de las capas más superficiales (un tercio) del cuello uterino. Estas lesiones con frecuencia desaparecen por sí solas sin necesidad de tratamiento y solo una pequeña proporción de estas lesiones progresan a cáncer.

Lesiones intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG)

- NIC 2 - Neoplasia Intraepitelial Cervical

Los cambios están presentes en un grupo de células intermedias (dos tercios) del cuello uterino, produciendo lesiones intraepiteliales. Cerca de un cuarto de estas lesiones progresan a cáncer.

- NIC 3 - Neoplasia Intraepitelial Cervical

Los cambios se observan en capas celulares más profundas (una gran parte de las células) del cuello uterino. Una gran proporción de estas lesiones pueden progresar a cáncer

La clasificación anterior se conocía como displasias cervicales, término utilizado por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical.

El NIC 2,3 son las lesiones de alto grado indiferenciadas, se puede utilizar NIC 2, 3 debido a que la diferencia entre el NIC2 y NIC3 es difícil de identificar.

Las lesiones de NIC2 tienen mayor posibilidad de regresión durante un periodo largo de seguimiento que las lesiones de NIC3, pero NIC2 es el umbral de consenso para el tratamiento en los Estados Unidos, excepto en circunstancias especiales ⁽²⁶⁾

El NIC3 es el precursor inmediato de cáncer cervicouterino y debe correlacionarse con la edad y los deseos de fertilidad de las pacientes.^{20,26}

HISTORIA NATURAL

El 60 % de las lesiones de HPV y NIC I (bajo grado) regresan en unos 2 a 3 años. Sólo 15% desarrolla lesiones de mayor grado en 3 a 4 años y de este grupo entre 30 y 70% progresa en unos 10 años hacia cáncer invasor²⁷.

Una clara comprensión de la historia natural del cáncer de cuello uterino es la clave para la planificación y la implementación de un programa racional de prevención de cáncer cervical costo efectivo. Los modelos aceptados de la historia natural del cáncer de cuello de útero han cambiado en los últimos años." Los primeros programas de prevención de cáncer de cuello uterino se basaron en la premisa que la enfermedad se desarrollaba a partir de lesiones precursoras (ampliamente conocido como displasias), progresando de manera constante de leve a moderada y severa, a carcinoma in situ (CIS) y, a continuación, cáncer. De hecho, ahora parece que el precursor directo de cáncer de cuello uterino es la displasia de alto grado, que puede progresar a

cáncer de cuello uterino durante un período de hasta 10 años. ^(1,27) La mayoría de displasias de bajo grado retroceden o no progresan, particularmente los casos de menor grado se dan en las mujeres más jóvenes (34 años o menos). Los casos prevalentes son menos propensos a la regresión." Las mujeres con infección de VPH persistente, es decir con presencia del virus detectable tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer. El cáncer cervical se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años. La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años' ^(1,27)

ETIOLOGÍA

El virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres se infectan con el VPH alguna vez en su vida, usualmente al inicio de la actividad sexual. La mayoría de infecciones se resolverán espontáneamente a los 6 y hasta los 24 meses' ^(1,25,28)

Infección por VPH y cofactores que facilitan las infecciones persistentes

La causa primaria del precáncer cervicouterino y del cáncer cervicouterino escamoso es la infección asintomática persistente o crónica por uno o más de los tipos de VPH de alto riesgo (carcinogénicos u oncogénicos). El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente. De los más de 100 tipos de VPH, la mayoría no están asociados con el cáncer cervicouterino. Siete de cada 10 casos de cáncer cervicouterino notificados en todo el mundo (el

70%) son causados por solo dos tipos de VPH: el 16 y el 18. Otros cuatro tipos de VPH de alto riesgo, el 31, el 33, el 45 y el 58, se encuentran con menor frecuencia asociados con cáncer cervicouterino, y algunos son más prevalentes que otros en ciertas zonas geográficas. Dos tipos de VPH de bajo riesgo (6 y 11) no causan cáncer cervicouterino, pero causan la mayoría de las verrugas genitales o condilomas. Casi todas las mujeres y hombres contraen la infección por VPH poco después de iniciar su actividad sexual. No es necesario que haya penetración de la vagina por el pene porque el virus se puede transmitir por contacto de piel con piel entre las áreas genitales cercanas al pene y la vagina^(27,28) Las infecciones de los hombres por VPH generalmente son asintomáticas, al igual que las de las mujeres, y la mayoría de las infecciones son de corta duración. Los hombres pueden contraer cáncer del ano; este se asocia con mayor frecuencia al VPH de tipo 16 y es más frecuente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los tipos de VPH 6 y 11 causan la mayoría de las verrugas genitales masculinas, así como las femeninas. En las mujeres, durante la pubertad y el embarazo se agranda la zona de transformación en el exocérnix. La exposición al VPH en esos momentos puede facilitar la infección y puede explicar las asociaciones del cáncer cervicouterino de células escamosas con un inicio precoz de la actividad sexual, con un primer parto a una edad temprana o con antecedentes de múltiples embarazos. Algunos comportamientos que también pueden aumentar el riesgo de infección por VPH (y por lo tanto de cáncer cervicouterino) son tener

múltiples parejas sexuales, o compañeros íntimos con múltiples parejas sexuales. Mientras que la infección por un tipo de VPH de alto riesgo es la causa subyacente de casi todos los casos de cáncer cervicouterino, No es verdad que estas infecciones casi siempre causen cáncer. De hecho, la mayoría de las mujeres infectadas por VPH de alto riesgo no contraen cáncer porque la mayoría de las infecciones, independientemente del tipo de VPH, son de corta duración; el cuerpo las elimina espontáneamente en menos de dos años. La infección por VPH de alto riesgo solo persiste (se hace crónica) en un porcentaje pequeño de mujeres, y solo un porcentaje pequeño de esas infecciones crónicas puede evolucionar hacia lesiones precancerosas; de estas, un porcentaje aún menor evolucionará hacia un cáncer invasor. Por lo tanto, se calcula que no más de un 2% de las mujeres de los países de bajos recursos contraerán cáncer cervicouterino. No se conocen bien las condiciones (cofactores) que pueden llevar a que una infección por VPH persista y evolucione hacia un cáncer^(1,19,28)

B.-FACTORES DE RIESGO

Como factor de riesgo se entiende cualquier situación, condición o exposición que aumente la posibilidad de que una persona desarrolle cáncer. Generalmente los factores de riesgo influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provocan cáncer en forma directa. Por esta razón, algunas personas con factores de riesgo previamente identificados no desarrollan cáncer y otras sin factores de riesgo pueden desarrollar cáncer; sin embargo, conocer los factores de riesgo permite a las pacientes, en conjunto con el

médico y otro personal sanitario, tomar decisiones para actuar sobre estos de la manera más adecuada. Los factores de riesgo que más se asocian según la investigación actual para el desarrollo de cáncer de cuello uterino son los siguientes: ^(27,29)

b.1. Factores de riesgo personales

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección por VPH que otras. En otros casos, una mujer en la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección: ⁽²⁹⁾

Tabaquismo:

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al

torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunitario sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH (25,29)

En cuanto al papel del hábito de fumar en esta entidad, Brinton y otros que en 1986 encontraron resultados que sugieren una relación causal entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical y señala que los mecanismos, de este efecto pudieran estar relacionados con el efecto directo de los carcinógenos de los cigarrillos en el epitelio cervical. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial y aumenta el riesgo de NIC II – III 2,6 veces con efecto dosis dependiente de 10 a más cigarrillos por día (29,30)

Bajo nivel socioeconómico. Un estudio realizado en el 2005 en los Estados Unidos que incluyó 5.060 mujeres con citologías cervicales anormales, determinó que el bajo nivel educativo y un nivel socioeconómico bajo aumentaron la progresión de NIC3 5(Khan 2005 – Citado en Dynamed 2015. (29)

Grado de Instrucción: El nivel de educación de las mujeres históricamente ha sido inferior a la de los hombres, siendo esta diferencia incluso mayor para las mujeres indígenas. Las niñas indígenas se encuentran triplemente excluidas; primero, el hecho de que viven en áreas puramente rurales dificulta su acceso a la escuela. Segundo el sistema educativo desconoce el valor de su cultura y la necesidad de preservar su visión del mundo y su cultura. Por último, por ser mujer se le pone más impedimentos a la hora de permanecer en el sistema educativo ya que los trabajos domésticos y tareas generalmente atribuidas a las mujeres son aún considerados una prioridad para la mujer indígena. Por lo que se ha observado en nuestro país y en varios estudios realizados en Latinoamérica a menor nivel de escolaridad aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix, siendo éste significativo en varios grupos estudiados. ^(25,29)

Inmunosupresión: Mujeres inmunosuprimidas tienen mayor riesgo, progresión más rápida y etapas más avanzadas.

VIH (+) aumenta 10 veces riesgo de lesión alto grado con mayor porcentaje de fallas y recurrencias en el tratamiento. ⁽³⁰⁾

b.2. Factores Sexuales

Edad de inicio de 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 cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y

de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor, el riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.⁽²⁹⁾

Número de compañeros sexuales: Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales, esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH, Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales. ¹¹ existe una probabilidad de 17-21% en aquellas mujeres con 1 pareja sexual y 69-83% de aquellas con 5 o más parejas sexuales.^(11,2,30)

Características del compañero sexual. Se ha demostrado la presencia de Papiloma virus humano cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con una pareja sexual en 69-83% de aquellas con cinco o más parejas sexuales. Las asociaciones entre el número de parejas nuevas y recientes y la probabilidad de detectar ADN del HPV en muestras del tracto genital femenino son sólidas y consistentes. La tasa de nuevas parejas (tasa de contacto) desempeña una función clave en el proceso de transmisión de las infecciones de transmisión sexual (ITS).⁽²⁹⁾

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al

grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión Intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón.⁽³¹⁾

Infecciones de transmisión sexual: Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La infección con el VIH facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH⁽³¹⁾.

b.3. Factores Reproductivos

Paridad: Los resultados obtenidos de ocho estudios de casos y controles sobre el cáncer cervical invasivo y dos estudios sobre el Carcinoma In Situ (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. Otros estudios confirman esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro;

las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto comparada con aquellas que solo tuvieron parto por cesárea. ⁽³¹⁾

Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunitarios más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. ⁽³²⁾

Partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. ⁽³²⁾

Edad del primer parto

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. ⁽³²⁾

Uso de anticonceptivos orales: Las investigaciones indican el uso de anticonceptivos orales (ACO) por 5 a 9 años, en presencia de HPV, cervical, aumenta el riesgo de Cáncer de cérvix a 2,82% y con el uso por más de 10 años a 4.03%. Un análisis de los datos compartidos de diez estudios de casos y controles, de pacientes con cáncer cervical invasivo o con CIS, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en las mujeres infectadas con el HPV. ^(19,32)

C. DIAGNÓSTICO DE LESIONES PRE MALIGNAS Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Criterios de diagnóstico

Biopsia

El diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Cítrico (IVAA) o colposcopia. La estrategia "tamizar o ver y tratar" recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica.⁽³³⁾

Otros criterios diagnósticos

Examen físico

Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. Cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical. ^(29,33) Las únicas lesiones visibles que no requieren biopsia son los quistes de Naboth, y sólo cuando este diagnóstico se confirma por un examinador experimentado. El cáncer usualmente se origina en la zona de transformación (la unión del epitelio escamoso del ectocérvix y el epitelio glandular del canal endocervical). La lesión puede manifestarse como una u. G..cakD. ulceración superficial, un tumor exofítico en la exocérvix o una infiltración en la endocérvix. ^(1,29)

Diagnóstico diferencial

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

infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis.

EXÁMENES AUXILIARES

• Citología cervical o Papanicolaou (PAP)

Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se "raspan" con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación. Siendo una prueba relativamente sencilla, son muchos los pasos que pueden fallar: la toma de la muestra, la coloración y la lectura. La sensibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%, Además el otro grave problema en nuestro medio es que la lectura de las muestras requiere personal muy entrenado, toma tiempo, las pacientes frecuentemente no recogen su resultado y se pierden oportunidades valiosas de tratar tempranamente.^(29, 33)

Frecuencia

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la

mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años. Mientras que, las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso ^(29,33).

Así mismo:

- A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo) ^(1,2 34)

EL SISTEMA DE BETHESDA

El objetivo de esta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta esta edad porque el cáncer cervicouterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos periodos que pueden ser de 10 a más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NIC 1) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda.⁽³⁵⁾

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas de significado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre neoplásica
Lesión intra epitelial de bajo grado (LSIL)	Cambios koilocíticos Neoplasia intra-epitelial cervical (CIN 1): displasia leve
Lesión intra epitelial de alto grado (HSIL)	CIN 2: displasia moderada CIN 3: displasia grave CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

Fuente: Figueroa ⁽¹¹⁾

• INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se toma blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha

encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas.

30. Las ventajas del IVAA son los siguientes: su sencillez, se puede enseñar a obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud; menor costo que otros enfoques en el uso rutinario, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retomo para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia. Existen estudios en el Perú sobre el potencial beneficio del IVAA, especialmente cuando se usa la estrategia "VER Y TRATAR", usando crioterapia. La inspección visual debe ser realizada por personal de la salud entrenado. ^(29,31, 37)

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

Otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN de VPH de alto riesgo. Estudios han mostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP.^{33, 34} Sin embargo, el costo de las pruebas moleculares para el diagnóstico de VPH y su complejidad puede significar una limitación. Las ventajas de las pruebas moleculares VPH en los países desarrollados incluyen una buena correlación inter e intraobservador; se puede realizar controles de calidad, y tienen muy alta sensibilidad. Existen también hoy pruebas moleculares del VPH que son menos costosas, requieren menos equipo y podrían ser manejadas por personal con un entrenamiento mínimo. Además, el uso de muestras autocolectadas (autotoma por la misma paciente) para la prueba del VPH podría mejorar significativamente la cobertura y ha demostrado ser muy

bien aceptada por las mujeres. Un aspecto importante es que estas pruebas se recomiendan hacer a partir de los 30 años. Lo que buscan es detectar infecciones por VPH persistentes que son las que se asocian con cáncer cervical. ¿También se ha estudiado su uso como parte de la estrategia “TAMIZAR y TRATAR” con excelentes resultados?⁽³⁸⁾

• COLPOSCOPIA

Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y premalignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso. La sensibilidad de la colposcopia tampoco es óptima ya que el diagnóstico colposcópico detecta 70-80% de las lesiones de alto grado. El objetivo principal de la colposcopia es identificar lesiones precancerosas y cancerosas de modo que puedan ser tratadas temprano. 36 La colposcopia puede ser realizada por personal de la salud entrenado para ello. También se recomienda la estrategia de "VER Y TRATAR", usando crioterapia siempre que sea posible.^(1,29,39)

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común en el mundo. Aunque el uso de condones y de prácticas sexuales seguras protege contra la mayoría de ITS no son muy efectivas en la prevención del VPH. Esto es debido que el VPH vive en las células escamosas que cubren el área púbica, en el recubrimiento interno de la vagina, el cérvix, en la uretra y el ano. Los condones no cubren todas estas áreas ni bloquean el contacto, por lo que durante las relaciones sexuales incluso usando condón las células epiteliales que contienen el VPH pueden entrar en contacto con la vulva o vagina de una mujer permitiendo que el virus llegue al cérvix. Sin embargo, el uso del condón debe de ser recomendada por su innegable protección de otras enfermedades.^(27,39)

PREVENCIÓN PRIMARIA

A) Vacuna contra el virus del Papiloma humano Existen tres tipos de vacunas contra el virus papiloma humano (VPH): La tetravalente y la bivalente que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos de VPH16, VPH18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales. La vacuna tetravalente también protege contra VPH6, VPH11 que se asocian a verrugas genitales. La tercera vacuna es la nonavalente que incluye protección contra VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado. La evidencia de los ensayos clínicos, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Food Drugs Administration (FDA) y los reportes post-licencia han demostrado que estas

vacunas tienen un buen perfil de seguridad, no se han registrado efectos secundarios graves causados por las vacunas. Los efectos secundarios presentados son leves, principalmente locales y autolimitados.²⁹ La NTS N° 080-MINSA/DGIESP-V.04: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" vigente o la que haga sus veces, establece las indicaciones para la vacunación contra el VPH y dispone que para las niñas que inician el esquema de vacunación con 2 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, el intervalo sea 6 meses entre dosis. Las niñas que ya han iniciado vacunación con el esquema anterior (3 dosis) continuarán y completarán el esquema.^{8,39)}

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tamizaje en población general De acuerdo a las Guías Prácticas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical, elaboradas por la OPS-OMS, deben tomarse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El cáncer cervical suele ser de evolución lenta: Las lesiones premalignas tempranas tardan de 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad. El tamizaje de mujeres más jóvenes detectará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará lugar a tratamientos innecesarios, por lo que no es eficaz en función de los costos.
- La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones pre malignas

detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino.
(39)

- Las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje.
- En el enfoque de "TAMIZAJE y TRATAMIENTO" o "VER Y TRATAR", la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva.
- Este enfoque reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el retraso de inicio del tratamiento de las mujeres.

En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años.

- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.

3.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) Lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino:

lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, es decir a las alteraciones del epitelio normal, cambios atípicos, sin llegar todavía al termino cáncer.

(40)

a) Paridad:

Mujer que ha parido. Nulípara: nunca ha parido; multípara: mujer que ha parido de uno a cuatro fetos viables; gran multípara: mujer que ha parido cinco o más fetos viables previamente.^(30, 40)

b) Anticonceptivos orales:

Son compuestos farmacéuticos que contienen hormonas (estrógeno y/o progesterona); inhiben la ovulación, producen un espesamiento del moco cervical y cambios en el endometrio, para prevenir el embarazo.^(40,41)

c) ASCUS:

El término proviene del inglés y significa cambios en las células escamosas que no pueden ser específicamente clasificados.³⁰

d) AGUS:

Citología con atipias glandulares de significado incierto.⁽³⁰⁾

e) Cáncer:

Un término que se aplica a enfermedades en las que células anormales se dividen sin control. Las células cancerosas pueden invadir tejidos cercanos y pueden diseminarse por medio del torrente sanguíneo y del sistema linfático a otras partes del cuerpo.^(37,40)

f) Cuello uterino:

Extremo inferior, estrecho del útero, que forma un canal entre el útero y la vagina. También se conoce como cérvix o cuello uterino.³⁰

g) Papiloma Virus Humano: (PVH)

Tipo de virus que puede causar la formación de tejido anormal (por ejemplo, verrugas) y otros cambios en las células³⁰

h) Papanicolaou:

Estudio que consiste en la toma para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina ²⁹

i) Displasia:

Células anormales en el cuello uterino causadas por el virus del VPH. ²⁸

j) Atipia:

Son las alteraciones que afectan a la forma de las células, a su tamaño y al proceso de división de las mismas de un tejido. ³⁰

k) Intraepitelial:

Interior de una capa de las células que forman la superficie o recubrimiento de un órgano. ³¹

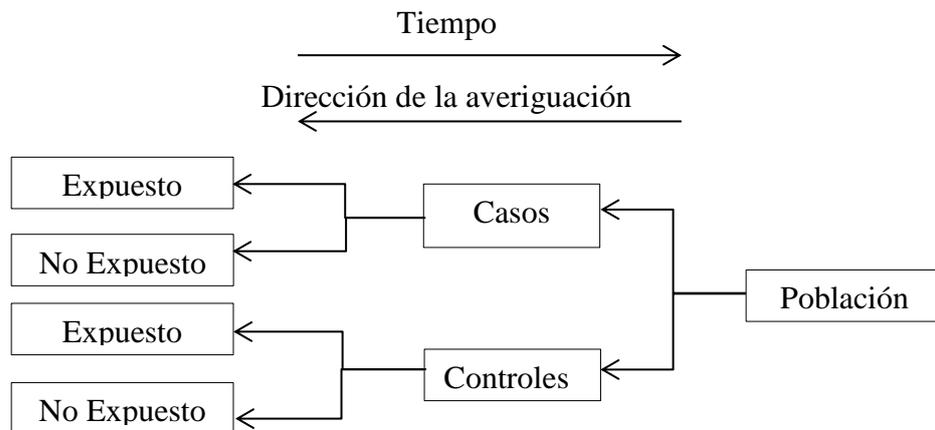
IV. MATERIAL Y METODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es Retrospectivo observacional analítico de casos y controles. ⁽⁴³⁾

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño seleccionado a emplearse en el presente estudio, es no experimental, Longitudinal de casos y controles. ⁽⁴³⁾



4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO

Todas las Historias Clínicas de mujeres que acudieron a la toma de muestra de Papanicolau en los consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, en el periodo 2014-2015, en total son 2 611 Historias Clínicas de mujeres. resultado de Papanicolaou.

Grupo Caso: Constituido por las mujeres con resultado de Papanicolaou positivo, o positivo para otras morbilidades cervico uterino, realizado en la institución de estudio en el período de 2014-2015.

Grupo Control. Conformado por las mujeres con resultado de Papanicolaou negativo; asimismo, negativo para otras morbilidades cervico uterino, realizado en la institución de estudio en el período 2014- 2015.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Casos

- Historias Clínicas de mujeres que hayan sido diagnosticadas a través de pruebas confirmatorias positivo a cáncer u cervicitis.
- Que los formatos del Informe de Papanicolaou estén completos y con letra legible.
- Que el examen de Papanicolaou haya sido realizado en la institución, en el período mencionado.

Controles

- Historias Clínicas de mujeres que hayan presentado en el resultado del Papanicolaou, negativo a cáncer u cervicitis.
- Historias clínicas de mujeres no gestantes.
- Historias clínicas de mujeres que tengan una edad aproximada o igual a las mujeres con riesgo de padecer cáncer de cuello uterino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para Casos y Controles:

- Historias Clínicas de mujeres gestantes
- Historias clínicas que no tengan la información requerida completa
- Que no cumplan los criterios de inclusión

4.4.UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

4.4.1. Unidad de análisis

En la presente investigación, la unidad de análisis, está representado por cada una de las historias clínicas.

4.4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 183 Historias clínicas de pacientes que asisten al consultorio con PAP positivo (casos) pacientes con lesiones precancerosas de cuello uterino y 182 Historias clínicas de mujeres con resultado de PAP negativo que es el grupo control. Para la realización de la presente investigación se conformarán 2 grupos cuyas historias clínicas fueron revisadas.

Grupo Caso: Constituido por 183 historias clínicas de mujeres con resultado de Papanicolaou positivo realizado en la institución de estudio en el período de 2014-2015.

Grupo Control. Conformado por 183 historias clínicas de mujeres con resultado de Papanicolaou negativo; asimismo realizado en la institución de estudio en el período 2014- 2015.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS

La información se recolecto de las historias clínicas de las pacientes que se realizaron la prueba de Papanicolaou en el consultorio de Ginecoobstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia; a través de un instrumento previamente diseñado, la ficha de recolección de datos (Anexo 1) Dicho instrumento abarca las diversas variables y los diversos factores presentados en la investigación de acuerdo a los objetivos.

El instrumento estuvo constituido por 4 partes:

- Primera parte: Factores personales: contiene 5 ítems
- Segunda parte: Factores Sexuales: contiene 3 ítems
- Tercera parte: Factores Reproductivos: contiene 3 ítems
- Cuarta parte: Informe Citológico cervico vaginal: contiene 5 ítems

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de juicio de expertos para su validación por 2 Obstetras, 1 Médico Gineco - Obstetra y 1 Ginecólogo Oncólogo (Anexo N° 02)

4.6. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de la información se realizó desde el mes de Noviembre del 2016, tanto en los registros en físico de las pacientes consignadas en el libro de Planificación Familiar y registro de Papanicolaou del servicio de ginecología; a su vez, se revisó el Libro de registro del departamento de patología en donde llevan registro de las muestras de Papanicolaou patológicas y con ellas poder tener el nombre de las pacientes, para su posterior obtención de los números de las historias clínicas y la revisión minuciosa de las historias clínicas de cada usuaria.

4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO O INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información y de acuerdo a la naturaleza de las preguntas se usó el programa estadístico SPSS V24.0

Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, tablas y gráficos) y para ver si hay relación entre las variables de estudio se utilizó la estimación del ODDS RATIO (OR), el cual permitirá cuantificar la magnitud del riesgo. Se considerará que hay significancia estadística si se tiene un valor $P < 0.05$.

Serán presentados en gráficas de barras, y en cuadros de doble entrada, donde se valorará la eficacia con cada una de sus parámetros estudiados.

4.8. ETICA DE LA INVESTIGACION.

Por ser un trabajo retrospectivo, y de revisión de historias clínicas, no fue necesario obtener consentimiento informado, no se tuvo contacto con las pacientes.

En el presente estudio se siguió los lineamientos de la declaración de Helsinki II, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud. ⁽³²⁾

V. RESULTADOS

Al procesar los datos estudiados se encontraron los siguientes resultados

5.1 FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Tabla 1: Lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según grupos de edad, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Edad	Grupo					
	Con lesiones y/o cáncer cervical		Sin lesiones ni cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
15 a 24 años	22	12.0	64	35.0	86	23.5
25 a 34 años	61	33.3	90	49.2	151	41.3
> de 35 años	100	54.6	29	15.8	129	35.2
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

$X^2=65.159$ GL=2 P-valor=0.000 OR=1.94 IC95%:1.27-2.95

En la tabla 1 observamos, que la edad más frecuente en el cual se dan las lesiones precancerosas del cuello uterino, son en aquellas mayores de 35 años (54.6%) del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la edad y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Teniendo en cuenta a las mujeres mayores de 35 años como expuestas y mujeres con edades de 25 a 34 años como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.94, esto indica que las mujeres que tienen edades mayores de 35 años tienen 1.94 veces de posibilidad de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres de 25 a 34 años de edad; es decir la edad es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 2: Lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según estado civil, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Estado civil	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Soltera	17	9.3	61	33.3	78
Conviviente	107	58.5	41	22.4	148	40.4
Casada	59	32.2	81	44.3	140	38.3
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=57.710$ GL=2 P-valor=0.000 OR=1.67 IC95%:1.09-2.56

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 2 observamos, que el estado civil más frecuente en el cual se da las lesiones precancerosas del cuello uterino es en las convivientes representado por un 58.5% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el estado civil y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

Teniendo en cuenta a las mujeres solteras y convivientes como expuestas y a las mujeres casadas como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.67, esto indica que las mujeres que son solteras y convivientes tienen 1.67 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres casadas; es decir el estado civil es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello con una seguridad de 95%.

Tabla 3: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según procedencia, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Procedencia	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Urbana	115	62.8	159	86.9	274
Rural	68	37.2	24	13.1	92	25.1
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=28.109$ GL=1 P-valor=0.000 OR=3.92 IC95%:2.32-6.61

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 3 apreciamos, que proporcionalmente se atiende a más pacientes provenientes de la zona urbana, representado por un 74.9% del total de pacientes estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la procedencia y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando a las mujeres provenientes de la zona rural como expuestas y a las mujeres provenientes de la zona urbana como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 3.92, esto indica que las mujeres de la zona rural tienen 3.92 veces más el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres provenientes de la zona urbana; es decir procedencia es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 4: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según grados de instrucción, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Grado de instrucción	Grupo				Total	
	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Sin lesiones ni Cáncer cervical		n	%
	n	%	n	%		
Ninguno	15	8.2	7	3.8	22	6.0
Primaria	32	17.5	22	12.0	54	14.8
Secundaria	97	53.0	68	37.2	165	45.1
Superior	39	21.3	86	47.0	125	34.2
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0
$X^2=27.530$		GL=3	P-valor=0.000	OR=1.84	IC95%:1.09-3.08	

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 4 observamos, que el grado de instrucción predominantes, es secundaria representado por un 45.1% del total de pacientes estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el grado de instrucción y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando a las mujeres con grado de instrucción ninguno y primaria como expuestas y a las mujeres con educación secundaria y superior como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.84, esto indica que las mujeres que no tienen estudios y son de primaria tienen 1.84 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con educación secundaria y superior; es decir el grado de instrucción es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 5: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Antecedente familiar de Cáncer de cuello uterino	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Hermana	3	1.6	3	1.6	6
Abuela	28	15.3	7	3.8	35	9.6
Madre	9	4.9	5	2.7	14	3.8
Ninguno	143	78.1	168	91.8	311	85.0
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=15.753$ GL=3 P-valor=0.001 OR=3.13 IC95%:1.66-5.91

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 5 se aprecia, que el 85.0% del total de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología no tienen antecedentes familiares para el cáncer al cuello uterino, sin embargo, hay un 15.0% de las pacientes si cuentan con antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino ya sea de la abuela, madre o hermana. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre los antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Teniendo en cuenta a las mujeres con antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino como expuestas y a las mujeres que no tienen antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 3.13, esto indica que las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino tienen 3.13 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que no tienen antecedentes familiares; es decir los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino con una seguridad de 95%.

Tabla 6: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según consumo de tabaco, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Consumo de tabaco	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	No	179	97.8	181	98.9	360
Si	4	2.2	2	1.1	6	1.6
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=0.678$ GL=1 P-valor=0.410 **OR=2.02** IC95%:0.37-11.18

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 6 se aprecia, que el 98.4% del total de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología no consumen tabaco, solo el 1.6% de las pacientes consumen tabaco. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado no encontramos una asociación entre el consumo de tabaco y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

Considerando a las mujeres que consumen tabaco como expuestas y a las mujeres que no consumen tabaco como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 2.02 y

viendo que el intervalo de confianza del OR incluye a la unidad, concluimos que el consumo de tabaco no es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino con una seguridad de 95%.

5.2. FACTORES SEXUALES

Tabla 7: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según menarquia, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Menarquia	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
9 a 10 años	8	4.4	3	1.6	11	3.0
11 a 12 años	84	45.9	61	33.3	145	39.6
13 a 14 años	73	39.9	110	60.1	183	50.0
15 a 16 años	18	9.8	9	4.9	27	7.4
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=16.402$ GL=3 P-valor=0.001 OR=1.88 IC95%:1.24-2.86

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 7 observamos, que la menarquia se da entre 11 y 12 años más frecuente y además se da las lesiones precancerosas del cuello uterino, representado por un 45.9% del total de casos estudiados.

Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la menarquia (11-12 años) y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

Considerando como expuestas a las mujeres con menarquia entre 9 y 12 años y a las mujeres con menarquia entre 13 y 14 años como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.88, esto indica que las mujeres que tienen menarquia entre los 9 y 12 años tienen 1.88 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con menarquia entre 13 y 16 años; es decir la menarquia es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino con una seguridad de 95%.

Tabla 8: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según edad de inicio de relaciones sexuales, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Edad de inicio de relaciones sexuales	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
14 - 16 años	45	24.6	2	1.1	47	12.8
17 - 19 años	101	55.2	26	14.2	127	34.7
20 - 24 años	35	19.1	132	72.1	167	45.6
25 - 29 años	2	1.1	21	11.5	23	6.3
30 a más años	0	0.0	2	1.1	2	0.5
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$\chi^2=157.669$ GL=4 P-valor=0.000 OR=29.51 IC95%:7.04-123.76

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 8 observamos, que la edad de inicio de relaciones sexuales se da en mayor frecuencia entre 17 y 19 años de edad en mujeres con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología representado por un 55.2% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Teniendo en cuenta como expuestas a las mujeres que inician relaciones sexuales entre 14 y 16 años y a las mujeres con inicio de relaciones sexuales mayores de 17 años como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 29.51, esto indica que las mujeres que empiezan a tener relaciones sexuales en edades comprendidas de 14 a 16 años tienen 29.51 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que inician relaciones sexuales después de los 17 años de edad; es decir la edad de inicio de relaciones sexuales es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino. con una seguridad de 95%.

Tabla 9: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según número de parejas sexuales, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Número de parejas sexuales	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Única	50	27.3	157	85.8	207
2 a más parejas	133	72.7	26	14.2	159	43.4
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0
$X^2=127.315$ GL=1 P-valor=0.000			OR=16.06		IC95%:9.48-27.21	

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 9 observamos, que el número de parejas que tienen las pacientes es más de dos parejas en mayor frecuencia y tienen lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología representado por un 72.7% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el número de parejas y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

Considerando como expuestas a las mujeres que tienen más de dos parejas y a las mujeres con única pareja como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 16.06, esto indica que las mujeres que tienen más de dos parejas tienen 29.51 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con única pareja; es decir el número de parejas es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 10: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según presencia de ITS en los últimos cinco años, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Presencia de ITS en los últimos cinco años	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	No	74	40.4	144	78.7	218
Si	109	59.6	39	21.3	148	40.4
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0
$X^2=55.585$		GL=1	P-valor=0.000		OR=5.44	IC95%:3.43-8.62

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 10 observamos, que la presencia de ITS en los últimos años en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología es alto representado por un 59.6% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la presencia de ITS en los últimos cinco años y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando como expuestas a las mujeres que tienen ITS en los últimos años y a las mujeres sin ITS como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 5.44, esto indica que las mujeres que tienen ITS tienen 5.44 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que no han tenido ITS en los últimos cinco años; es decir la presencia de ITS en los últimos cinco años es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 11: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según tipo de ITS, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Tipo de ITS	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
Papiloma Virus Humano	64	58.7	14	35.9	78	52.7
Sífilis	1	0.9	0	0.0	1	0.7
SIDA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Candidiasis/Trichomona	21	19.3	16	41.0	37	25.0
Condiloma acuminado	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Herpes Genital	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trichomonas	22	20.2	9	23.1	31	20.9
Total	109	100.0	39	100.0	148	100.0

$X^2=9.108$ GL=4 P-valor=0.058 OR=2.54 IC95%:1.19-5.42

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 11 observamos el comportamiento de las frecuencias de los tipos de ITS en los últimos cinco años en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología de esto podemos mencionar que el 58.7% del total de pacientes que tienen lesiones y/o cáncer cervical tienen papiloma virus humano, seguido de un 20.2% del total de casos que tiene trichomonas.

Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el tipo de ITS y los grupos estudiados, es decir el tipo de ITS está asociado o relacionado tanto al grupo control y al grupo casos, a una confianza de 90%.

Considerando como expuestas a las mujeres que tienen ITS Papiloma Virus Humano y a las mujeres con los demás tipos de ITS (Sífilis, Candidiasis/Trichomona, Condiloma acuminado y Trichomonas) como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 2.54, esto indica que las mujeres que tienen ITS Papiloma Virus Humano 2.54 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que con otro tipo ITS; es decir el tipo de ITS Papiloma Virus Humano es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

5.3. FACTORES REPRODUCTIVOS

Tabla 12: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según gestaciones, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Gestaciones	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Nuligesta	3	1.6	36	19.7	39
Primigesta	33	18.0	117	63.9	150	41.0
Multigesta	130	71.0	28	15.3	158	43.2
Granmultigesta	17	9.3	2	1.1	19	5.2
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$\chi^2=152.653$ GL=3 P-valor=0.000 OR=20.83 IC95%:12.20-35.55

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 12 se observa que hay mayor cantidad de gestaciones (multigestas) tienen lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología representado por un 71.0% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre las gestaciones y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Asumiendo como expuestas a las mujeres multigestas y granmultigestas y a las nuligestas y primigestas como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 20.83, esto indica que las mujeres que son multigestas y gran multigestas tienen 20.83 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres nuligestas y primigestas; es decir las gestaciones son un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 13: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según paridad, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Paridad	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nulípara	3	1.6	36	19.7	39	10.7
Un parto	43	23.5	120	65.6	163	44.5
Dos a cinco partos	122	66.7	25	13.7	147	40.2
Más de 5 partos	15	8.2	2	1.1	17	4.6
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=138.245$ GL=3 P-valor=0.000 OR=17.21 IC95%:10.15-29.17

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 13 se observa que hay mayor cantidad de partos (entre 2 y 5 partos) tienen lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología representado por un 66.7% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la paridad y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando como expuestas a las mujeres con un parto o ninguno y a las que tienen dos partos a más como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 17.21, esto indica que las mujeres que tienen un parto o ninguno tienen 17.21 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con dos partos a más; es decir la paridad es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 14: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según edad del primer embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Edad del primer embarazo	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Ninguno	0	0.0	0	0.0	0
Entre 14 y 24 años	50	27.8	85	57.8	135	41.3
Entre 25 y 34 años	129	71.7	61	41.5	190	58.1
Después de los 35 años	1	0.6	1	0.7	2	0.6
Total	180	100.0	147	100.0	327	100.0

$X^2=30.390$ GL=2 P-valor=0.000 OR=0.43 IC95%:0.28-0.67

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 14 se aprecia, que el 71.7% del total de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología y tienen lesiones y/o cáncer cervical tuvieron su primer embarazo entre 25 y 34 años de edad. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado no encontramos una asociación entre la edad del primer embarazo y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando a las mujeres de que tuvieron su primer embarazo entre 14 y 24 años como expuestas y a las mujeres que tuvieron su embarazo de 25 años a más como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 0.43 y viendo que el intervalo de confianza del OR incluye a la unidad, concluimos que la edad del primer embarazo no es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 15: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según uso de método anticonceptivo, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Uso de método anticonceptivo: (En los seis meses últimos)	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hormonal	110	60.1	86	47.0	196	53.6
No hormonal	73	39.9	97	53.0	170	46.4
Total	183	100.0	183	100.0	366	100.0

$X^2=6.327$ $GL=1$ $P\text{-valor}=0.012$ $OR=1.70$ $IC95\%:1.12-2.57$

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 15 observamos, que el uso del método anticonceptivo hormonal en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología es alto representado por un 60.1% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre uso del método anticonceptivo y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Teniendo en cuenta como expuesta a las mujeres que usan del método anticonceptivo hormonal y a las mujeres que no usan método anticonceptivo hormonal como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.70, esto indica que las mujeres que usan método anticonceptivo hormonal tienen 1.70 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que no usan método anticonceptivo hormonal; es decir el uso del método anticonceptivo es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Tabla 16: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según tipo de método anticonceptivo hormonal, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Tipo de método anticonceptivo hormonal	Grupo					
	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
Inyectable	58	52.7	66	76.7	124	63.3
Píldoras	52	47.3	20	23.3	72	36.7
Total	110	100.0	86	100.0	196	100.0

$X^2=11.979$ GL=1 P-valor=0.001

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 16 se presenta las frecuencias del comportamiento del tipo de método anticonceptivo hormonal en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología, en ella se puede evidenciar que el 52.7% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical usan métodos hormonales de tipo inyectable, además en el grupo de pacientes sin lesiones ni cáncer cervical el 76.7% del total usan inyectables. Realizando la prueba

estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el tipo de método anticonceptivo hormonal y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Tabla 17: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según tiempo de uso del método hormonal, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Tiempo de uso del método hormonal	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Menos de 1 año	16	14.5	6	7.0	22
Entre 1 a 2 años	46	41.8	54	62.8	100	51.0
Entre 3 a 4 años	26	23.6	20	23.3	46	23.5
Más de 5 años	22	20.0	6	7.0	28	14.3
Total	110	100.0	86	100.0	196	100.0

$$X^2=12.357 \quad GL=3 \quad P\text{-valor}=0.006$$

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 17 se presenta las frecuencias del comportamiento del tiempo de uso de método anticonceptivo hormonal en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología, en ella se puede evidenciar que el 41.8% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical usan métodos hormonales entre 1 y 2 años, además en el grupo de pacientes sin lesiones ni cáncer cervical el 62.8% del total tienen un tiempo de uso entre 1 y 2 años. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos

una asociación entre el tiempo de uso de método anticonceptivo hormonal y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Tabla 18: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según resultados de PAP, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Resultados del PAP	Grupo					
	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ninguno	158	86.3	0	0.0	158	86.3
Inflamación Leve	1	0.5	0	0.0	1	0.5
Inflamación moderada	13	7.1	0	0.0	13	7.1
Inflamación Severa	11	6.0	0	0.0	11	6.0
Total	183	100.0	0	0.0	183	100.0

$X^2=369.022$ GL=3 P-valor=0.000

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 18 se presenta las frecuencias del comportamiento de los resultados del PAP realizado a las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología, en ella se puede evidenciar que el 86.3% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical tienen resultados negativos; seguido de un 7.1% de las mujeres con lesión que tienen inflamación moderada. Realizando la prueba estadística de comparación de proporciones Chi cuadrado

encontramos una diferencia de proporciones en las diferentes categorías del resultado PAP para en las pacientes con lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Tabla 19: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según resultados de PAP, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

Resultados del PAP	Con lesiones y/o Cáncer cervical		Grupo Sin lesiones ni Cáncer cervical		Total	
	n	%	n	%	n	%
	LEIA+Carcinoma en situ	11	6.0	0	0.0	11
LEIA+NIC III	5	2.7	0	0.0	5	2.7
LEIA+NIC II	17	9.3	0	0.0	17	9.3
LEIA+Carcinoma en situ+NIC II	3	1.6	0	0.0	3	1.6
LEIB+PVH	1	0.5	0	0.0	1	0.5
LEIB+NIC I	44	24.0	0	0.0	44	24.0
LEIB+NIC I+PVH	57	31.1	0	0.0	57	31.1
ASCUS-AGUS	45	24.6	0	0.0	45	24.6
Total	183	100.0	0	0.0	183	100.0

$$X^2=151.645 \quad GL=7 \quad P\text{-valor}=0.000$$

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

En la tabla 19 se presenta las frecuencias del comportamiento de los resultados del PAP realizado a las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología, en ella se puede evidenciar que el 31.1% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical tienen resultados de LEIB+NIC

I+PVH; seguido de un 24.0% de las mujeres con lesión que tienen LEIB+NIC I. Realizando la prueba estadística de comparación de proporciones Chi cuadrado encontramos una diferencia de proporciones en las diferentes categorías del resultado PAP para en las pacientes con lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

VI. DISCUSION

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, con respecto al primer objetivo específico, orientado a identificar si los factores de riesgo personales están asociadas a las lesiones precancerosa de cuello uterino, fueron presentados en las tablas 1, 2, 3, 4, 5,6

En la tabla N° 1; Observamos, que, del total de casos estudiados, el 54.6% pacientes mayores de 35 años, presentan lesiones pre cancerosas de cuello uterino. Hallando el Chi cuadrado encontramos una asociación entre la edad y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, con OR = 1.94, esto indica que las mujeres que tienen edades mayores de 35 años, tienen 1.94 veces el riesgo de presentar lesiones precancerosas de cuello uterino en comparación a las mujeres de otros grupos étnicos. Ante lo cual se puede concluir que la edad mayor de 35 años sí es un factor de riesgo de las lesiones lesiones precancerosas de cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Resultado que es similar con la investigación de May, Ruth (2015), concluyó que el grupo de mayor riesgo fueron las mujeres entre 35 a 39 años, con una medida de fuerza de asociación correspondiente de RM 2.52 (IC 95% 1.15-5.51), $p=0.0190$ con una diferencia estadísticamente significativa⁽⁸⁾. Asimismo, Cevallos Boada (2012) en sus resultados afirmó que el grupo de mujeres más afectadas con algún tipo de lesión intraepitelial, son aquellas cuyas edades están comprendidas entre los 34 a 44 años con el 40,58% de las usuarias.⁽¹⁰⁾

También Duque, Ethel (2010) afirma en sus resultados que las mujeres más afectadas fueron las mayores de 31 años con prevalencia de 11.27%, presentando 4 veces más probabilidad de desarrollar lesiones displásicas de cérvix con 88.89%, (OR = 4.11)⁽¹³⁾.

Así mismo Magallanes (2009) concluyó que las mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad, años presentan el mayor porcentaje (34.6%) de lesiones premalignas, evidenciándose luego del análisis estadístico, una asociación muy significativa⁽²⁰⁾

Al igual que Ramos, Joel (2015), señala que las pacientes comprendidas entre las edades de 30 a 49 años presentan el mayor porcentaje (74%) de lesiones premalignas, evidenciándose luego del análisis estadístico, una asociación muy significativa ($p = 0.001$) entre el factor edad y las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, con OR = 5.502 y un intervalo de confianza que no contiene a la unidad; ante lo cual se puede concluir que la edad entre 30 a 49 años sí es un factor de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino.⁽²²⁾

En la tabla 2 observamos, que el estado civil más frecuente en el cual se da las lesiones precancerosas del cuello uterino es en las convivientes representado por un 58.5% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el estado civil y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

El OR entre las mujeres solteras y convivientes considerándolas como expuestas y a las mujeres casadas como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.67, esto indica que las mujeres que son solteras y convivientes tienen 1.67 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres casadas; es decir el estado civil es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello con una seguridad de 95%.

Resultado que concuerda con la investigación de May, Ruth (2015), donde el 54% corresponde a las mujeres con estado civil de unión libre, el 22% se encuentran mujeres casadas por lo que tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino a diferencia de las divorciadas y solteras con un porcentaje de 10% y 8% respectivamente ⁽⁸⁾. Así mismo También Magallanes, Jesús (2009) concluyó también que el 53.8% es de estado civil conviviente ⁽²⁰⁾. De igual manera Ramos, Joel (2015). Señala que las pacientes que mantienen una situación de convivencia con la pareja presentan el mayor porcentaje de lesiones pre malignas (59.4%), evidenciándose luego del análisis estadístico, una asociación significativa ($p = 0.012$) entre el factor estado civil y las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, con $OR = 3.105$ y un intervalo de confianza que no contiene a la unidad; ante lo cual se puede concluir que el estado

civil de soltera y conviviente sí se constituye en un factor de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino.⁽²²⁾

En la Tabla N° 3 se aprecia, que proporcionalmente se atiende a más pacientes provenientes de la zona urbana, representado por un 74.9% del total de pacientes estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la procedencia y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando a las mujeres provenientes de la zona rural como expuestas y a las mujeres provenientes de la zona urbana como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 3.92, esto indica que las mujeres de la zona rural tienen 3.92 veces más el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres provenientes de la zona urbana; es decir procedencia es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Y que dichos resultados concuerdan con los estudios realizados por Ramos, Joel (2015). concluyó que el 66,7% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino proceden de la zona rural determino estadísticamente que existe asociación.⁽²²⁾; Por el contrario.⁽¹⁰⁾, así mismo Magallanes , Jesús (2009) concluyó también que el El 63.7% de pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello residen en área urbana⁽²⁰⁾ Además en su estudio Vicente Argeta E. (2014), determinó que estadísticamente no existe mucha diferencia en si la paciente proviene del área rural o del área urbana, con lo cual se considera que este no tenga asociación alguna a la aparición de lesiones pre-malignas ($X^2 =$

0.71); sin embargo, existe la probabilidad de que la enfermedad se de tres veces más en el área urbana que en el área rural, $RP = 2.7$.⁽¹¹⁾

En la tabla N° 4 observamos, que el grado de instrucción predominantes, es secundaria representado por un 45.1% del total de pacientes estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el grado de instrucción y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Considerando a las mujeres con grado de instrucción ninguno y primaria como expuestas y a las mujeres con educación secundaria y superior como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.84, esto indica que las mujeres que no tienen estudios y son de primaria tienen 1.84 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con educación secundaria y superior; es decir el grado de instrucción es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Resultado que es similar con el estudio de investigación de Magallanes, Jesús (2009), concluyó que el grupo de mayor riesgo fueron las mujeres con grado de instrucción secundaria con 62.1%, lo cual sí es un factor de riesgo para tener cáncer de cuello uterino⁽²⁰⁾. Por el contrario, de acuerdo a la investigación de Duque, Ethel (2010) el 77.78% de los casos encontrados, corresponde al grupo de mujeres alfabetas, con prevalencia de 8.69%, y 22.22% restante son analfabetas, con prevalencia de 5.55%. En éste estudio no se observó asociación entre el desarrollo de displasia de cérvix y analfabetismo, ya que 69% de mujeres

estudiadas fueron alfabetas. ⁽¹³⁾ De igual manera Ramos, Joel (2015) encontró en sus resultados que el 53.1% de las pacientes con lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino son analfabetas, demostrándose después del análisis estadístico, una asociación significativa entre el factor grado de instrucción y cáncer de cuello uterino, ante lo cual concluye que el grado de instrucción analfabeta, primaria y secundaria sí es un factor de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino. ⁽²²⁾

En la tabla 5 se aprecia, que el 85.0% del total de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología no tienen antecedentes familiares para el cáncer al cuello uterino, sin embargo, hay un 15.0% de las pacientes si cuentan con antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino ya sea de la abuela, madre o hermana. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre los antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

El OR entre las mujeres con antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino considerándolas como expuestas y a las mujeres que no tienen antecedentes familiares de cáncer al cuello uterino como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 3.13, esto indica que las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino tienen 3.13 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que no tienen antecedentes familiares; es decir los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino con una seguridad de 95%.

Resultado que es similar con el estudio de investigación de May Ruth (2010) quien concluyó que el antecedente heredofamiliar de cáncer cérvico uterino en antecedentes materno, fue estadísticamente significativa (RM = 4.57, IC 95%, p = 0.0106).⁽⁸⁾ De igual manera Conde Félix (2014) en su estudio encontró. Como factor asociado significativamente al riesgo: *antecedente familiar* [chi2 7.07 p=0.0081 OR 4.0186 IC 1.3631-11.8472]; esto indica que las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino tienen 4.0186 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino.⁽¹⁹⁾

En la tabla N° 6 Se aprecia, que el 98.4% del total de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología no consumen tabaco, solo el 1.6% de las pacientes consumen tabaco. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado no encontramos una asociación entre el consumo de tabaco y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

El OR calculado entre las mujeres que consumen tabaco y considerándolas como expuestas y a las mujeres que no consumen tabaco como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 2.02 y viendo que el intervalo de confianza del OR incluye a la unidad, concluimos que el consumo de tabaco no es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino con una seguridad de 95%.

Por el contrario, en la investigación de May, Ruth (2015) concluyó que el consumo de tabaco de los 50 casos, 16 resultaron ser fumadoras (32%), demostrando el riesgo de padecer lesiones intraepiteliales cervicales con una RM = 23.06, (IC 95 % 5.04-105.52), p = 0.0000. En cuanto al tiempo de consumo, se

observó mayor significancia en las consumidoras de uno a tres años, RM = 6 (IC 95% 1.24 – 28.99), p= 0.0138. Al estudiar la posible influencia con respecto a la edad en que comenzó a fumar, de los 15 a 19 años presento más riesgo al resultar la RM = 13.50 (IC 95 % 1.58-115.50), p = 0.0425 con una diferencia estadísticamente significativa ⁽⁸⁾.

Los resultados del presente estudio con respecto al segundo objetivo específico, orientado a reconocer si los factores de riesgo sexuales están asociadas a las lesiones precursoras para cáncer de cérvix, fueron presentados en las tablas :7, 8,9,10,11

En la tabla 7 observamos, que las mujeres con menarquia entre 11 y 12 años son más frecuentes, representado por un 45.9% del total de casos estudiados.

Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la menarquia (11-12 años) y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%,

El OR asumiendo como expuesta a las mujeres con menarquia entre 9 y 12 años y a las mujeres con menarquia entre 13 y 14 años como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 1.88, esto indica que las mujeres que tienen menarquia entre los 9 y 12 años tienen 1.88 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con menarquia entre 13 y 16 años; es decir la menarquia es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino con una seguridad de 95%.

Por el contrario, en la investigación de Magallanes concluyó que el 79.1% tuvo una menarquía entre los 12 y 15 años. ⁽²⁰⁾

En la tabla 8 observamos, que el 55.2% de las mujeres diagnosticadas con lesiones precancerosas del cuello uterino iniciaron sus relaciones coitales entre los 17 y 19 años de edad. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, además calculado el OR = 29.51, esto indica que las mujeres que empiezan a tener relaciones sexuales en edades comprendidas de 14 a 16 años tienen 29.51 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que empiezan a tener relaciones sexuales después de los 17 años de edad; es decir la edad de inicio de relaciones sexuales es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino. con una seguridad de 95%.

Hallazgos parecidos fueron reportados por Marruffo, Betty (2015), concluyó que del total de pacientes estudiados 17 pacientes (73.9%) iniciaron sus relaciones sexuales antes y a los 18 años. Mientras 6 pacientes (26.1%) iniciaron sus relaciones sexuales después de los 18 años. El rango de edades donde con mayor frecuencia las pacientes comenzaron las relaciones sexuales fue entre los 15 y 20 años que corresponden con el 82.6% (19 casos). Dentro del cual los 15 años fue la edad donde un mayor número de pacientes (6 casos) iniciaron las relaciones sexuales que corresponden 26% ⁽¹⁵⁾. Así mismo. De igual manera, Castro Balarezo E. (2014), al analizar el inicio de relaciones coitales como factor de riesgo asociados a la existencia del cáncer de cérvix, con un Odds Ratio (7,76), lo cual

muestra una relación significativa entre ambos ($p = 0,000 < 0,05$); se pudo observar que del 26,6 % de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino iniciaron sus relaciones coitales antes de los 18 años, mientras que un 6.7% iniciaron a partir de los 19 años o más. Así mismo podemos afirmar que las mujeres que iniciaron sus relaciones coitales antes de los 18 años tiene 7 veces más probabilidades de contraer cáncer de cérvix que las que iniciaron después de los 19 años ⁽¹⁷⁾. También Conde, Félix (2014), concluyó que el iniciar a temprana edad las relaciones sexuales (54.2%) es decir de 14 a 16 años se presenta como factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino, de igual manera se encontró que las edades comprendidas entre los 25 a más de 30 años (1.7% vs 16.9%) se constituye en factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁹⁾

En la Tabla N° 9 Al analizar el número de compañeros sexuales como factor de riesgo que se relacionan con lesiones precancerosas del cuello uterino, Se obtuvo un 27.3 por ciento de las mujeres que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino y que tuvieron un compañero sexual, en tanto que un 72.7 por ciento de las pacientes diagnosticadas con lesiones precancerosas del cuello uterino, que tuvieron más de dos compañeros sexuales.

Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el número de parejas y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%. Y el OR= Odds Ratio (16.06) significa que las mujeres que tienen dos o más parejas sexuales tienen 16.06 veces la probabilidad de contraer lesiones precancerosas del cuello uterino que las mujeres que tienen

una pareja sexual, es decir el número de parejas es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Resultado que es similar a la investigación de Vicente **Argueta**, Edgar. (2014), concluyó que existe 3 veces el riesgo de presentar lesión displásica de cérvix en las que tienen dos a más parejas sexuales que las que tienen solo una; a pesar de que pueda haber subjetividad en este resultado, ya que no se puede corroborar la autenticidad de los datos proporcionados por las pacientes ⁽⁹⁾. De igual manera Castro Balarezo E. (2014), determinó que, al analizar el número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, determinó que el Odds Ratio (4.20) obtenido, muestra que existe una asociación significativa ($p=0.000 < 0,05$). Se obtuvo de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix, el 9.3% tuvieron un compañero sexual, en tanto que un 24% tuvo más de dos compañeros sexuales. Por lo que las mujeres que tienen dos o más parejas sexuales tienen 4.20 veces más probabilidad de contraer Cáncer de Cuello Uterino que las mujeres que tienen una pareja sexual ⁽¹⁷⁾. Por otra parte, Conde, Alicia (2014), concluyó que el tener una sola pareja (69.5% vs 93.2%) se presenta como factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino lo cual significaría que tener dos o más parejas, probablemente representaría factor de riesgo ⁽¹⁹⁾.

En la Tabla N° 10 observamos, que la presencia de ITS en los últimos 5 años en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino es alto representado por un 59.6% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la

presencia de ITS en los últimos cinco años y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, además calculado el OR = 5.44, esto indica que las mujeres que tienen ITS tienen 5.44 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que no han tenido ITS en los últimos cinco años; es decir la presencia de ITS en los últimos cinco años es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Resultado que es similar con la investigación de Duque, Ethel (2010), que, del total de casos, 22.22 refirió antecedente de alguna enfermedad de transmisión sexual, con prevalencia de 9.30%. La prevalencia de las que informaron haber padecido enfermedad de transmisión sexual fue de 18.5%, de estas 9.3% presentó displasia de cérvix ⁽¹³⁾. Así mismo Conde, Alicia (2014), encontró que el grupo casos había tenido ITS (67.8%) en relación al grupo control (30.5%), constituyéndose esta situación en factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino. En cambio, el no presentar ninguna ITS representó factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁹⁾

En la Tabla N°11 observamos En nuestra investigación la presencia del VPH estuvo presente en el 58.7% del total de pacientes que tienen lesiones y/o cáncer cervical, seguido de un 20.2% del total de casos que tiene trichomonas.

Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el tipo de ITS y los grupos estudiados, es decir el tipo de ITS está asociado o relacionado tanto al grupo control y al grupo casos, a una confianza de 90%.

Considerando como expuestas a las mujeres que tienen ITS Papiloma Virus Humano y a las mujeres con los demás tipos de ITS (Sífilis, Candidiasis/Trichomona, Condiloma acuminado y Trichomonas) como no expuestas a la lesión, hallamos un OR de 2.54, esto indica que las mujeres que tienen ITS Papiloma Virus Humano 2.54 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que con otro tipo ITS; es decir el tipo de ITS Papiloma Virus Humano es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Estudio similar realizado por MAY, Ruth (2015). Confirmando la asociación entre los antecedentes de VPH y el riesgo de lesiones intraepiteliales cervicales con RM = 9.79, IC 95%, $p = 0.0000$.

Los resultados del presente estudio con respecto al tercer objetivo específico, orientado a determinar si los factores de riesgo reproductivos están asociadas a lesiones precancerosas del cuello uterino, fueron presentados en las tablas, 12, 13, 14, 15,16,17,18,19.

En la Tabla N° 12 se observa que hay mayor cantidad de mujeres que han tenido muchas gestaciones (multigestas) y tienen lesiones precancerosas del cuello uterino representado por un 71.0% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre las gestaciones y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, además calculado el OR = 20.83, esto indica que las mujeres que son multigestas y gran multigestas tienen 20.83 veces el riesgo de tener lesiones

precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres nuligestas y primigestas; es decir las gestaciones en mayor número son un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

En la tabla 13 se observa que hay mayor cantidad de mujeres que han tenido muchos partos (entre 2 y 5 partos) tienen lesiones precancerosas del cuello uterino representado por un 66.7% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre la paridad y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, además calculado el OR = 17.21, esto indica que las mujeres que tienen un parto o ninguno tienen 17.21 veces más posibilidades de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres con dos partos a más; es decir la paridad es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

Así mismo Conde, Alicia (2014), encontró que el tener de dos a cinco partos (49.25 vs 18.6%), representa factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino ⁽¹⁶⁾. De igual manera en la investigación de Ramos, Joel (2015) manifestó que las pacientes multíparas presentan la mayor proporción de lesiones premalignas (50%), evidenciándose luego del análisis estadístico, una asociación muy significativa ($p = 0.000$) entre el factor paridad y las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, con OR = 7.892 y un intervalo de confianza que no contiene a la unidad; ante lo cual se puede concluir que el ser multípara sí es un factor de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁸⁾

En la Tabla N° 14 se aprecia, que el 71.7% del total de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología y que tienen lesiones y/o cáncer cervical tuvieron su primer embarazo entre 25 y 34 años de edad. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado no encontramos una asociación entre la edad del primer embarazo y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, además calculado el OR =0.43 y viendo que el intervalo de confianza del OR incluye a la unidad, concluimos que la edad del primer embarazo no es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

En la Tabla N° 15 observamos, que el uso del método anticonceptivo hormonal en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología es alto representado por un 60.1% del total de casos estudiados. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre uso del método anticonceptivo y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%, además calculado el OR = 1.70, esto indica que las mujeres que usan método anticonceptivo hormonal tienen 1.70 veces el riesgo de tener lesiones precancerosas del cuello uterino en comparación a mujeres que no usan método anticonceptivo hormonal; es decir el uso del método anticonceptivo es un factor de riesgo para las lesiones precancerosas del cuello uterino, con una seguridad de 95%.

investigación similar realizó Conde, Alicia (2014), quien concluyó que el 81.4% usaba métodos hormonales, al análisis estadístico representó ser factor significativo de riesgo asociado al cáncer de cuello uterino y se duplicó en las

mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. El tipo de anticonceptivo de mayor uso para el grupo casos fue las píldoras (60.4%), sin embargo, para el grupo control lo fueron los inyectables (81%); lo que representó que el uso de los inyectables es factor significativo de protección asociado al cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁶⁾ Por el contrario, Duque, Ethel (2010), mencionó que el antecedente de utilizar anticonceptivos orales se encontró en 11.11% de las pacientes que presentaron algún tipo de lesión displásica, con prevalencia de 3.17%; y 88.89% no refirió antecedente de uso de anticonceptivos orales, con prevalencia de 9.41%. No se encontró significancia estadística entre el uso de anticonceptivos orales y el desarrollo de lesiones displásicas de cérvix; lo que puede deberse a que las mujeres estudiadas no especificaron el tiempo de uso de los mismos, y es únicamente el uso prolongado (10 años o más) lo que se asocia a mayor riesgo ⁽¹³⁾. También en su investigación de Ramos, Joel (2015) se observó que el 71,9% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino no han usado los métodos anticonceptivos orales combinados, demostrándose después del análisis estadístico, la no existencia de una asociación significativa ($p = 0.245$) entre el factor uso de anticonceptivos orales y las lesiones premalignas del cáncer de cérvix, con OR = 0.652 y un intervalo de confianza que sí contiene a la unidad; ante lo cual se puede concluir que el uso de métodos anticonceptivos orales combinados no se constituye en factor de riesgo de las lesiones premalignas del cérvix en la población estudiada. ⁽¹⁸⁾

En la tabla N° 16 se puede evidenciar que el 52.7% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical usan métodos hormonales de tipo inyectable, además en el grupo de pacientes sin lesiones ni cáncer cervical el 76.7% del total usan inyectables. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el tipo de método anticonceptivo hormonal y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

En la tabla N° 17 se presenta las frecuencias del comportamiento del tiempo de uso de método anticonceptivo hormonal en las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología, en ella se puede evidenciar que el 41.8% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical usan métodos hormonales entre 1 y 2 años, además en el grupo de pacientes sin lesiones ni cáncer cervical el 62.8% del total tienen un tiempo de uso entre 1 y 2 años. Realizando la prueba estadística de dependencia Chi cuadrado encontramos una asociación entre el tiempo de uso de método anticonceptivo hormonal y las lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

En la tabla N° 18 se presenta las frecuencias del comportamiento de los resultados del PAP realizado a las pacientes que tienen lesiones precancerosas del cuello uterino atendidas en consultorio de ginecología, en ella se puede evidenciar que el 86.3% de las mujeres con lesiones y/o cáncer cervical tienen resultados negativos; seguido de un 7.1% de las mujeres con lesión que tienen inflamación moderada. Realizando la prueba estadística de comparación de proporciones Chi cuadrado encontramos una diferencia de proporciones en las diferentes categorías

del resultado PAP para en las pacientes con lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Los resultados del presente estudio con respecto al cuarto objetivo específico, orientado a identificar el tipo de lesión más frecuente para cáncer de cérvix, fue presentado en la tabla 19.

En la tabla 19 se observó que la lesión precancerosa de cuello uterino más frecuente el 31.1% tienen resultados de LEIB+NIC I+PVH; seguido de un 24.0% de las mujeres con lesión que tienen LEIB+NIC I. Realizando la prueba estadística de comparación de proporciones Chi cuadrado encontramos una diferencia de proporciones en las diferentes categorías del resultado PAP para en las pacientes con lesiones precancerosas del cuello uterino a una confianza de 95%.

Nuestro estudio es similar al de Ramos, Joel (2015), quien concluye que la Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado más PVH presenta la mayor frecuencia de 41.7%, seguido de la Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado con 30.2%, finalmente el ASCUS se presentó con menor con tan solo 9.4% del total de casos estudiados ⁽¹⁸⁾. Por otro lado, De Oro, Jessica (2013) afirmó que el 54% registran Lesión Intraepitelial de Bajo Grado y un 22% Lesión Intraepitelial de Alto Grado ⁽¹²⁾. Por el contrario, Magallanes, Jesús (2009), concluyó que el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% ya tenían NIC I (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado - LEIB), el 8.8% presentan NIC II (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado - LEIA) y solo el 1.6% presentaron NIC III / CA in Situ ⁽¹⁷⁾

VII. CONCLUSIONES

- 1) las lesiones de papanicolaou que predominan en un 31.1% corresponde a la lesión intraepitelial de bajo grado con displasia leve más papiloma virus humano. (LEIB+NIC I+PVH)
- 2) Los factores de riesgo que mostraron asociación significativa con lesiones precancerosas de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Son: Factores de riesgo personal, sexuales y reproductivos.
- 3) Los factores de riesgo personal asociados a lesiones precancerosas de cuello uterino estadísticamente significativos fueron; La edad entre 30 a 49 años; grado de instrucción analfabeta, primaria y secundaria; estado civil de convivencia; vivir en zona rural. Por otro lado, no existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco y lesiones precancerosas de cuello uterino en la población estudiada.

- 4) Los factores sexuales: Inicio de relaciones sexuales edad (14-19) múltiples parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual con frecuencia el PVH, tienen asociación significativa con las lesiones precursoras para cáncer de cérvix; con énfasis en cuanto a la edad de inicio temprano de relaciones antes de los 19 años presenta mayor grado de influencia, lo cual se incrementa en 16.27 veces la probabilidad de presentar lesiones para cáncer de cérvix que una mujer que no tenga dicho factor de riesgo.

- 5) Los factores reproductivos: multiparidad, el uso de anticonceptivos orales y antecedentes familiares con cáncer de cérvix, con énfasis en cuanto a la paridad, ya que al ser una mujer multípara incrementa en 10.62 veces el riesgo de padecer de lesiones precancerosas de cuello uterino, no existe relación estadísticamente significativa entre la edad del primer embarazo y lesiones precancerosas de cuello uterino en la población estudiada.

VIII. RECOMENDACIONES

- 1.** Se sugiere a las autoridades de salud (DIRESA), Hospitales, que los resultados de este estudio se difundan al interior de la institución, lo cual ayudara a la toma de decisiones en cuanto a medidas preventivas – promocionales acerca de las lesiones cervicales en las mujeres de la zona sierra especialmente en el área rural por las características propias de la zona, a fin de disminuir la incidencia de esta enfermedad.
- 2.** Las autoridades del Hospital Víctor Ramos Guardia, deben de emitir directivas para implementar pruebas de detección para encontrar precánceres antes de que se tornen en cánceres invasivos para todas las mujeres que acuden a diferentes consultorios con el fin de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.
- 3.** Se sugiere a los profesionales Obstetras, implementar estrategias de captación de mujeres que presenten factores de riesgo, con la finalidad de identificar lesiones de cuello uterino, que posteriormente conllevan a cáncer de cérvix.

4. Se recomienda a las (os) Obstetras del Hospital Víctor Ramos Guardia, Desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer de cuello uterino, causas modo de transmisión y sus factores de riesgo, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo adecuados adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias que acuden al establecimiento de salud; con la finalidad de que adopten una conducta preventiva sobre aquellos factores de riesgo modificables.

5. A la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo , incorporar dentro de sus actividades de proyección social, campañas educativas dirigidas a la población femenina en edad fértil acerca de la prevención de las infecciones de transmisión sexual especialmente en la en la adolescencia debido al incremento no sustancial, pero sí importante en este grupo de edad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino", 29 de diciembre del 2016 MINSA aprobado con Resolución N°103-2016 MINSA
2. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino . 1st Ed. Santiago: MINSA, 2010
3. Tamizaje de cáncer de cuello uterino [en línea]. Europa [Fecha de acceso 13 de octubre del 2012]. URL disponible en http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Brochures/Uruguay/L1_ES_UY_A.pdf
4. Bazán F. Posso M. Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, AnFacMed Lima 2009; 68(1): 45 – 49.
5. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [citado 2015 marzo nota de prensa]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>

6. Dirección Regional de Ancash (DIRESA). Estadísticas sobre la Morbilidad General por Categorías según grupo etáreo y sexo. 2015.
7. Cordero Martínez J y García Pimentel M (Cuba, 2011,2012) realizaron un estudio, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” desde enero del 2011 hasta diciembre 2012.
8. May Gonzales R, Romero Vázquez A. (2015) Factores de riesgo asociados a las lesiones intraepiteliales, cervicales, Balancán. Salud en Tabasco-México. Mayo - Agosto, Septiembre – Diciembre. [En línea] 21(2 y 3): p. 62-70. [Citado 26 de marzo del 2016]. Disponible en URL:<http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
9. **Vicente Argueta** Edgar Rolando (2014) Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolau en el Hospital Nacional de Occidente en el año 2011, Guatemala
10. Cevallos Boada LA, et al. (2012) “Hallazgos anormales de citología cervical y factores relacionados con la historia reproductiva de la mujer en usuarias atendidas en Solca núcleo Ibarra periodo enero a junio 2012.” Quito Ecuador Tesis doctorado.
11. Fleites Yoleisi (2011) Lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años, pacientes registradas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, en el periodo de enero a diciembre de 2007 y primer trimestre del 2008. Cuba artículo Científico. Medisur vol.9 no.6 Cienfuegos nov.-dic. 2011

12. Duodinot Cos et al. (2011) “Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro, de La Habana – Cuba, de enero 2007 a diciembre 2008, artículo científico(Rev. Medisur vol.9 no.6 Cienfuegos nov.-dic. 2011)
13. Duque Cardona E, Gonzales Pérez I, Ramos Morales E, Ruiz Solares C, Chen Yen J. Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural. [Tesis de pregrado] Guatemala, 2010 junio. p.1-75.
14. Solís María Teresa (2009) Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas (Rev Med Chile 2010; 138: 175-180)
15. Marruffo Anyosa Betty Lorena (2015), Análisis de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del hospital central PNP Luis N. Sáenz durante el periodo de enero del 2014 a agosto del 2015.
16. Mario Ernesto Cosser Herrera (2015) Factores asociados a la citología anormal del cervix liga contra el cáncer 2010 – 2014 Lima-Perú
17. Castro Balarezo 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 [Tesis Doctoral]. Fac. de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. Tumbes, Perú. 2014.

18. Arango Rojas Gian M. (2014) realizo un estudio Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete
19. Conde Félix, Alicia Mercedes (2014) Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil hospital maría auxiliadora julio-agosto, 2013 Lima – Perú, tesis para optar el título profesional.
20. Magallanes Castilla Jesús (2009), et al Factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cérvico uterina alterada. hospital regional de Loreto. 2009.
21. Soto V, Neciosup E, Ascurra C. (2007) “Factores de Riesgo de Neoplasias Prioritarias en una Red Asistencial de la Seguridad Social” en el Hospital de Essalud de Lambayeque-Perú,
22. Ramos Dávila J. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia. Huaraz 2008-2012. [Tesis de pregrado]. Perú. 2015. p.7- 105.
23. Organización Panamericana de la Salud, 2016 Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales
24. Koutsky L, Kiviat NB. Genital human papillomavirus. In Sexually transmitted diseases, eds Holmes KK et al. New York: McGraw Hill; 1999.
25. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al.: Natural history of dysplasia of the uterine cervix. J Natl Cancer Inst 91 (3): 252-8, 1999
26. Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino", 2013 aprobado con Resolución N°650-2013 INEN

27. Ministerio de salud guía clínica cáncer cervico uterino (2015) Santiago Minsal Chile
28. Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas de cáncer de cérvix (2016) Federación centro americana de asociaciones y sociedades Ginecología y obstetricia. Nicaragua
29. Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino (2014) Instituto Nacional de Cancerología - ESEGuía para pacientes y cuidadores. - Guía No. 44 Colombia
30. Manual para tamizaje del cáncer cervicouterino (2014) Programa Nacional De Salud reproductiva componente cervicouterino ministerio de salud pública y asistencia social -Guatemala
31. Lazo Piña, Erick Francisco. (2012) *Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011*” [Tesis de pregrado]. Perú. 2012.
32. *World Medical Association. Declaración de Helsinki. Finlandia: WMA; 2010.*
33. Nelly Solís Villanueva (2013) *Conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou en mujeres del AAHH Tangay – Nuevo Chimbote e* [Tesis de pregrado]. Perú.
34. Deulofeu P. Lesión Intraepitelial de Bajo y Alto Grado. Ginecología Clínica y Quirúrgica 2001; 2(1): 32-36.

35. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014.
36. Cunningham F. et al. Williams Ginecología. 1 ed. México: Interamericana Editores; 2008.
37. Prevención del cáncer cervicouterino. Historia natural del cáncer cervicouterino: Incluso una prueba de detección ocasional contribuye a salvar la vida de las mujeres de más edad. N.Y.: ACCP 2003, agosto. [En línea] [Citado el 22 de octubre de 2009]. Disponible en URL: <http://www.path.org/files/cxca-factsheet-natural-history-SPAN.pdf>.
38. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia, 2005. Revista de Salud Pública. 2007; 9(3): p.327-341.
39. Sánchez V. y Valencia G. Perspectivas en la detección y control del virus de papiloma humano. 6 ed. México: Mediterráneo; 2009.
40. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- IREN Norte. Guía de inspección visual con ácido acético (IVAA) en el tamizaje de lesiones pre malignas de cuello uterino. Trujillo: IREN Norte; 2011.
41. Instituto Bernabeú. Dicionário Ginecológico. Madrid: Bernabreú Editores; 2000.
42. World Medical Association. Declaración de Helsinki. Finlandia: WMA; 2010.
43. BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert & KJELLSTRÖM, Tord - Epidemiología básica. Segunda edición. Washington, Organización

Panamericana de la Salud, 2008. 269p. ilustraciones. (Publicación Científica y Técnica No. 629). ISSN 9 789275 316290.

44. R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström ; tr. por José A. Tapia Granados. (PDF Download Available). Available from:
https://www.researchgate.net/publication/49110258_Epidemiologia_basica_R_Bonita_R_Beaglehole_T_Kjellstrom_tr_por_Jose_A_Tapia_Granados
[accessed May 31, 2017]. R. Bonita, R. Beaglehole, (Epidemiología Básica
45. You W, Dainty LA, Scott Rose G, Krivak T, McHale MT, Olsen CH, et al. Gynecologic Malignancies in Women Aged Less Than 25 Years. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005,105(6):1405-1409.

ANEXOS

ANEXO N° 01



UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES PRECANCEROSAS Y/O
CANCER DE CUELLO UTERINO, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA -
HUARAZ 2014 - 2015**

HISTORIA CLINICA.....N°.....

I.-DATOS DE LA PACIENTE:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Con lesiones y/o cáncer cervical (Casos) | <input type="checkbox"/> Sin lesiones ni cáncer cervical (Controles) |
|---|--|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Herpes genital |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Trichomonas |
| <input type="checkbox"/> Candidiasis/Trichomona | <input type="checkbox"/> Ninguno |

C) FACTORES REPRODUCTIVOS

Gestaciones

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nuligesta | <input type="checkbox"/> Primigesta |
| <input type="checkbox"/> Multigesta | <input type="checkbox"/> Granmultigesta |

Paridad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nulípara | <input type="checkbox"/> Un parto |
| <input type="checkbox"/> Dos a cinco partos | <input type="checkbox"/> Más de 5 partos |

Edad del primer embarazo

- Ninguno
- Entre 14 y 24 años
- Entre 25 y 34 años
- Después de los 35 años

Uso De Método Anticonceptivo: (En los Seis Meses Últimos)

- Hormonal
- No Hormonal

Tipo de método anticonceptivo hormonal:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inyectable | <input type="checkbox"/> Píldoras |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

Tiempo de uso del método hormonal

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> Entre 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 a 4 años | <input type="checkbox"/> Más de 5 años |

Factores conductuales (toma del PAP)

Intervalo entre las tomas del PAP

Anual

Cada 2 años

Cada 3 años

III.- RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU

a) Células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS – AGUS)

b) Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIB)

Papiloma Virus Humano (PVH).

Displasia leve.

c) Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIA)

Displasia moderada.

Carcinoma In situ.

Displasia severa.

d) Carcinoma de Células Escamosas

e) Negativo

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 o 0 de acuerdo a su criterio:

1.- El instrumento persigue los fines del objetivo general
(...)

2.- El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos
(...)

3.- La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados
(...)

4.- El número de los ítems que cubre cada instrumento es el correcto
(...)

5.- Los ítems están redactados correctamente
(....)

6.- Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado
(....)

7.- El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis
(....)

8.- La hipótesis está formulada correctamente
(....)

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De acuerdo

1

ED: En desacuerdo

0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	1	8
II	1	1	1	1	1	1	1	1	8
III	1	1	1	1	1	1	1	1	8
IV	1	1	1	1	1	1	1	1	8
TOTAL	4	4	4	4	4	4	4	4	32

ANEXO N° 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

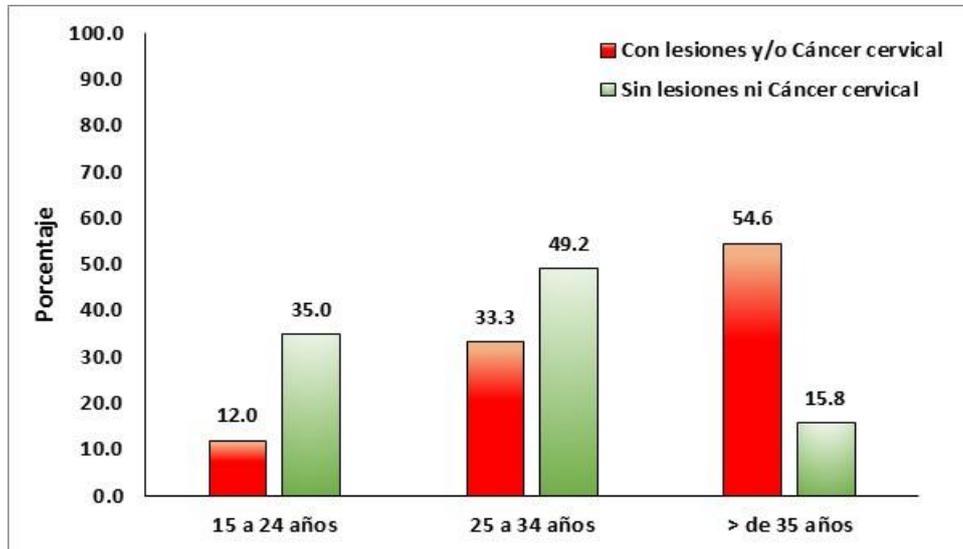
Realizando el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según detalla a continuación:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en los elementos tipificados	N° de elementos
0.841	0.833	11

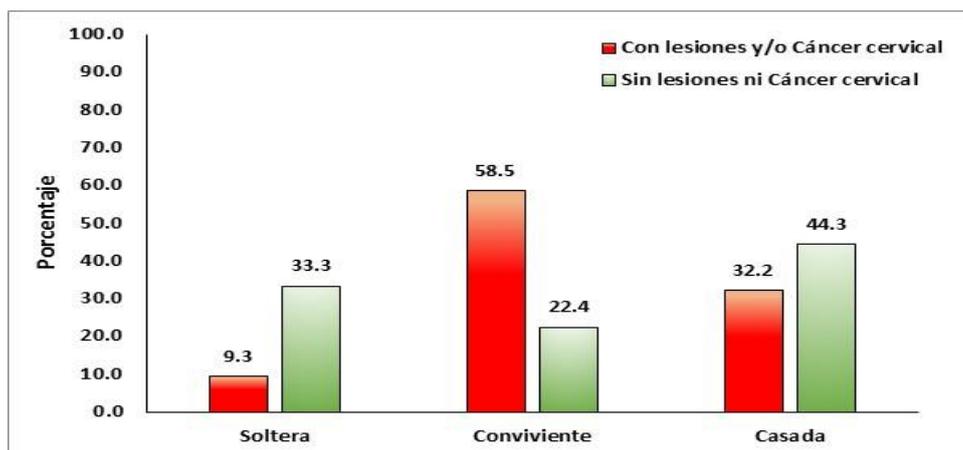
ANEXO 4

Grafico 1. Lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según grupos de edad, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



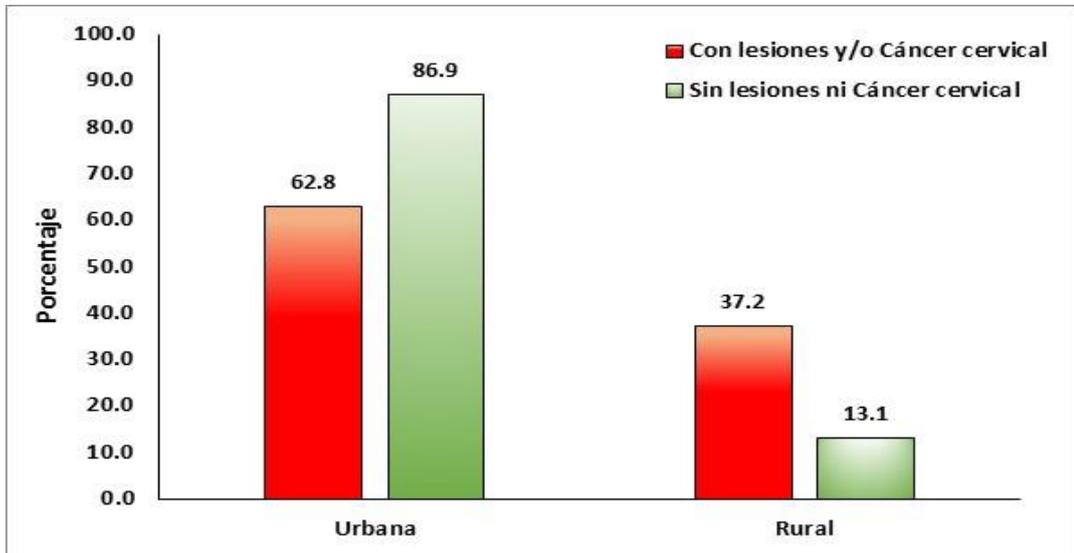
Expuestos: 15 a 24 años y > de 35 años No expuestos: 25 a 35 años

Figura 2: Lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según estado civil, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



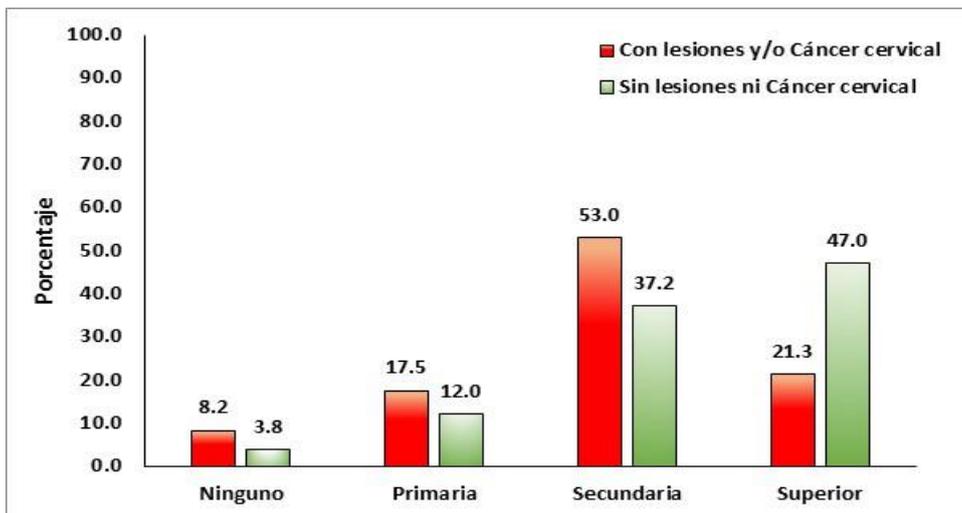
Expuestos: Soltera y conviviente No expuesta: casada

Figura 3: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según procedencia, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



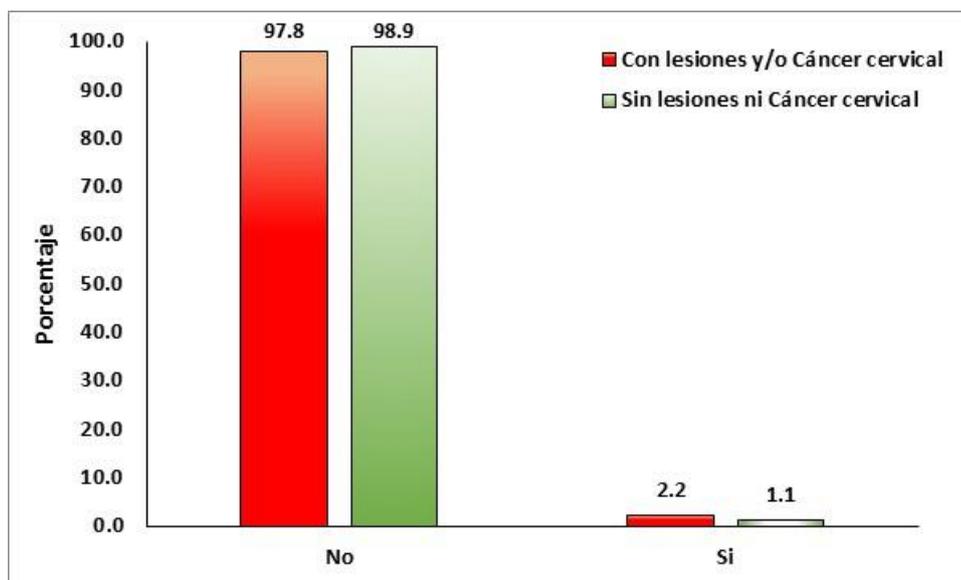
Expuestos: rural No expuestos: urbana

Figura 4: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según grados de instrucción, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015



Expuestos: Ninguno y primaria No expuestos: Secundaria y superior

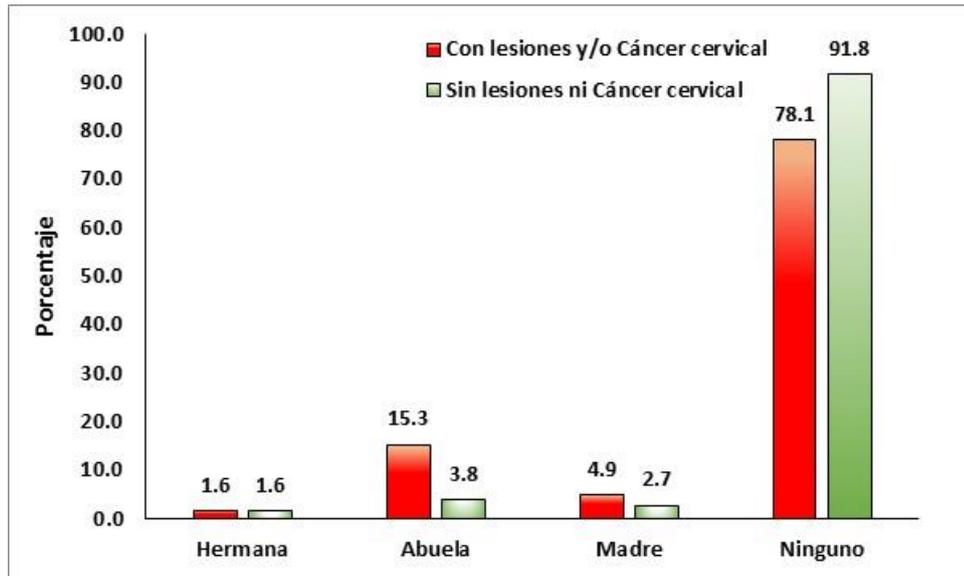
Figura 6: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según consumo de tabaco, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



Expuestos: Si

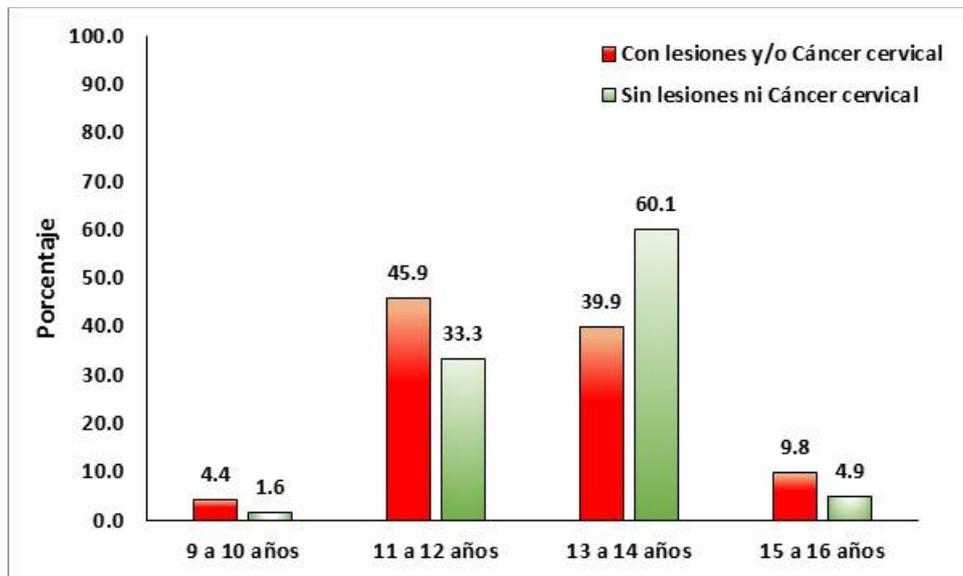
No expuestos: No

5: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



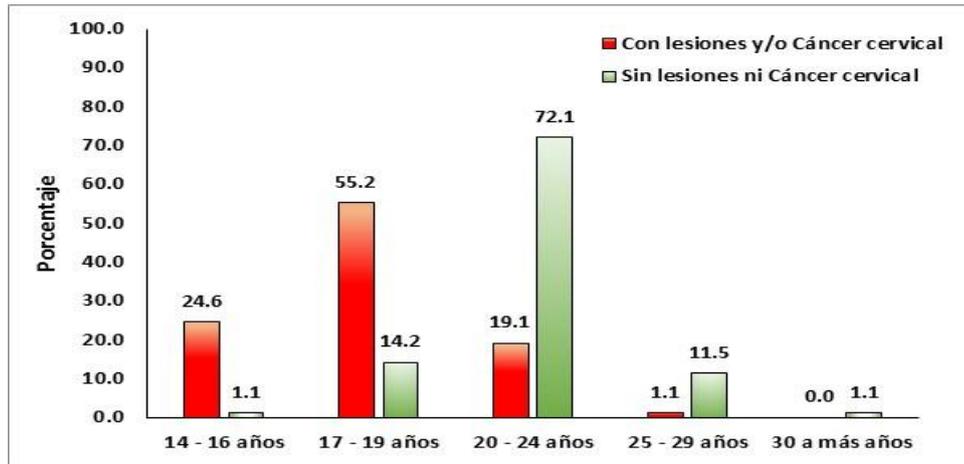
Expuestos: Hermana, abuela y madre No expuestos: Ninguno

Figura N°7: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según menarquia, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015



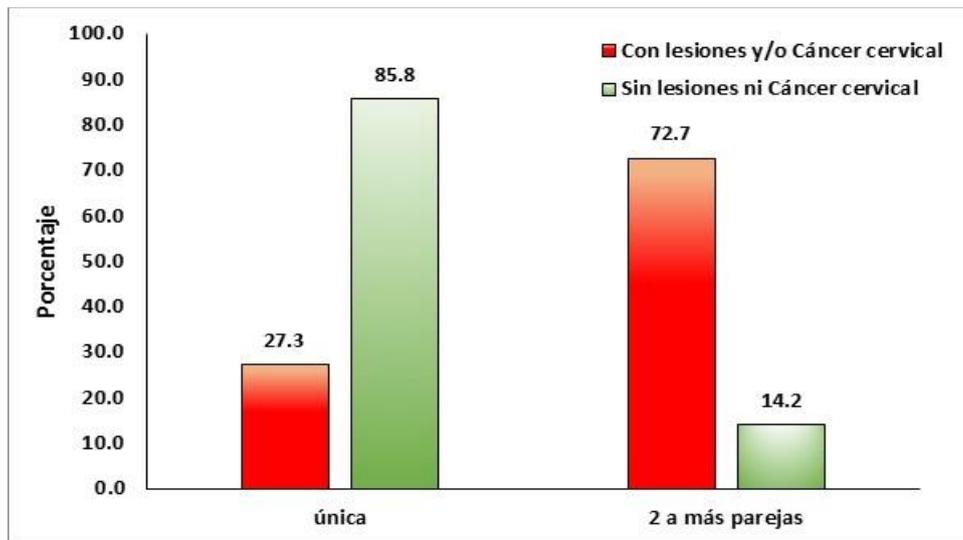
Expuestos: 9 a 12 años No expuestos: 13 a 16 años

Grafico 8: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según edad de inicio de relaciones sexuales, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015.



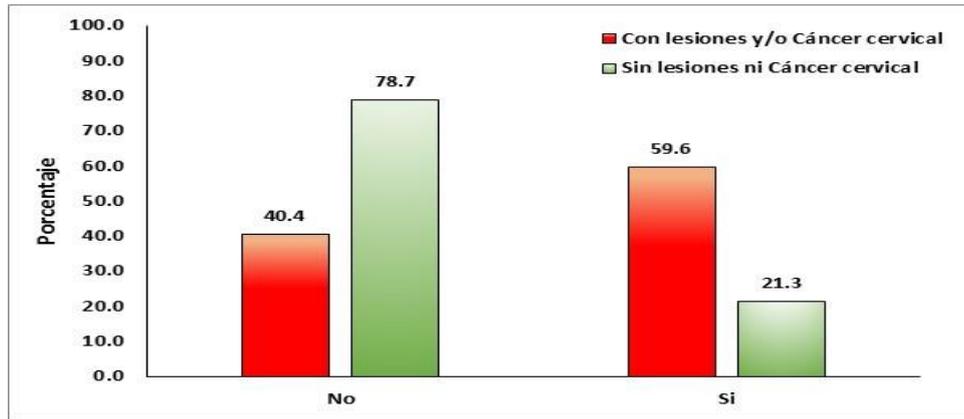
Expuestos: 14 a 16 años No expuestos: > de 17 años

Grafico 9: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según número de parejas sexuales, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015.



Expuestos: 2 a más parejas No expuestos: única

Figura 10: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según presencia de ITS en los últimos cinco años, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



Expuestos: Si No expuestos: No

Figura 11: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según tipo de ITS, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015

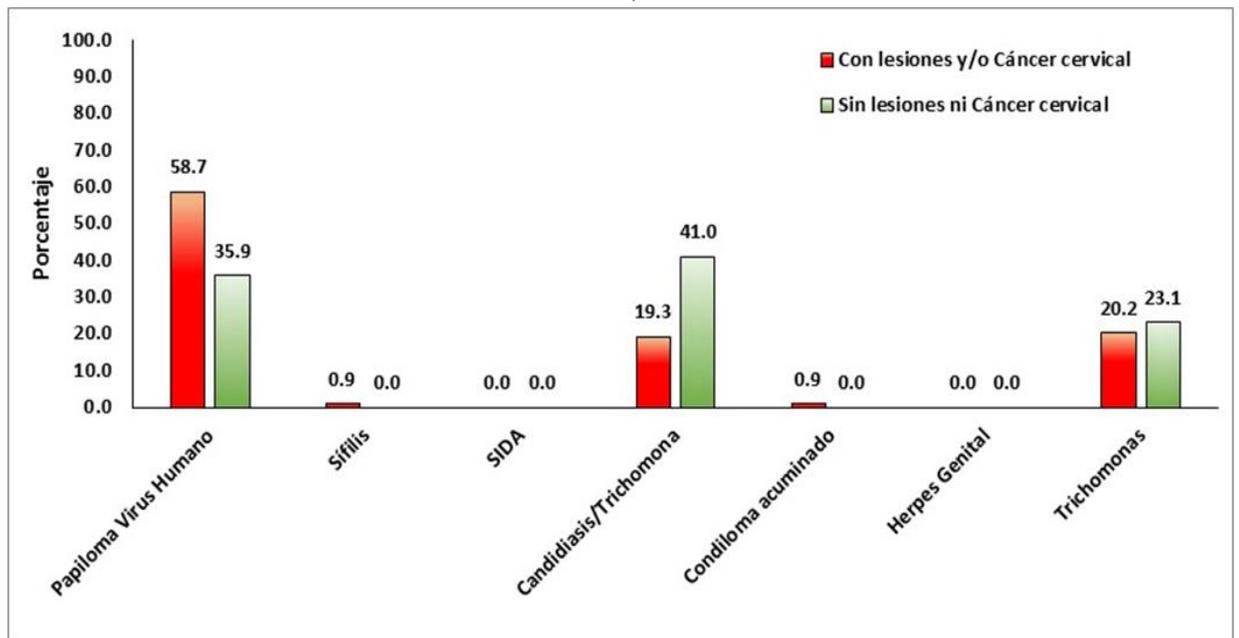
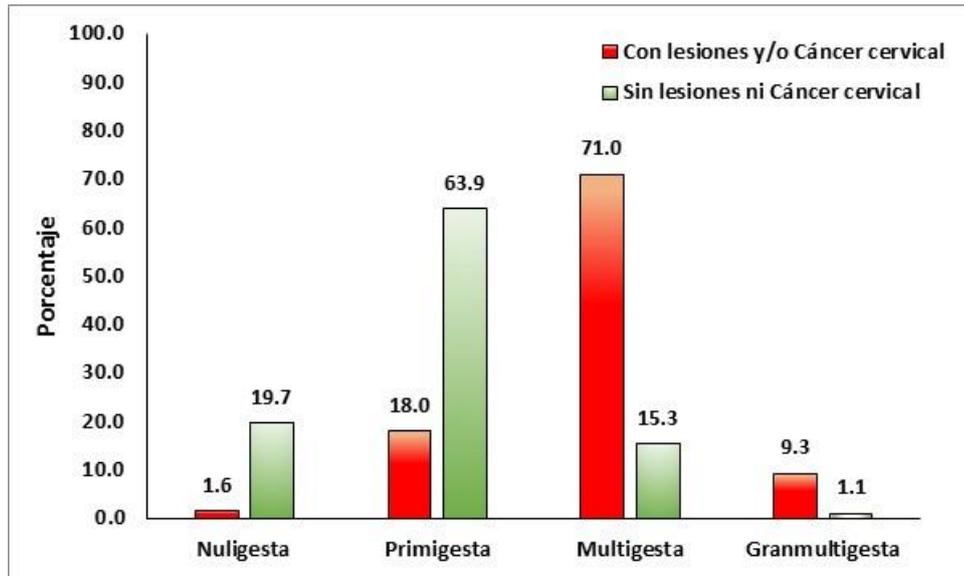
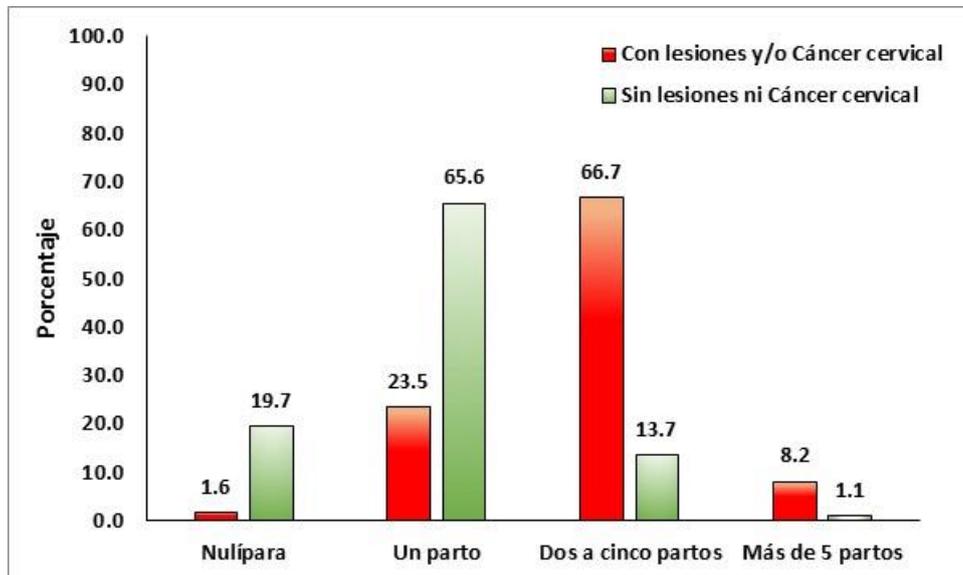


Figura 12: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según gestaciones, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



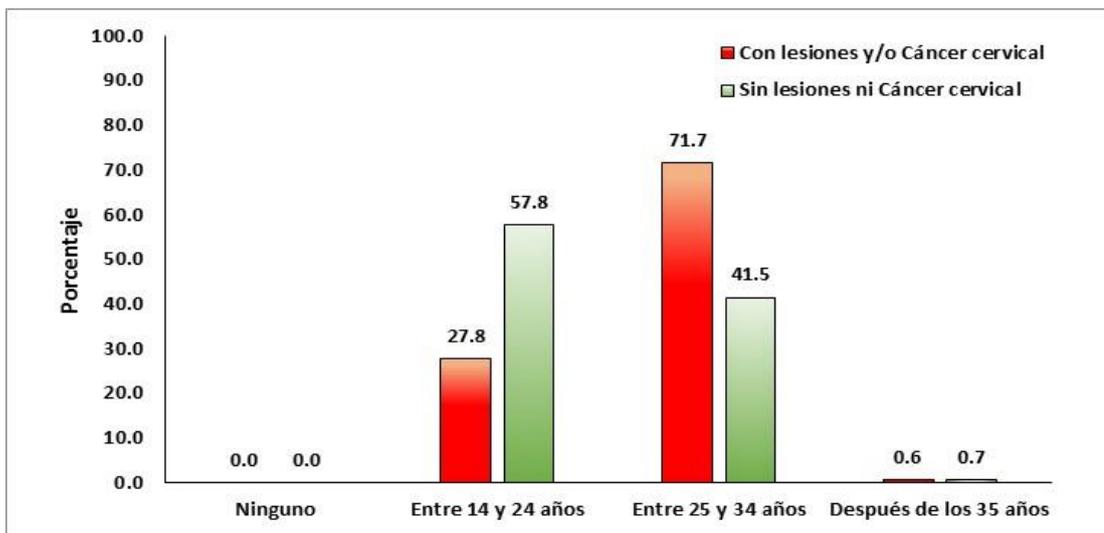
Expuestos: Multigesta y granmultigesta No expuestos: Nuligesta y primigesta

Figura 13: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según paridad, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015.



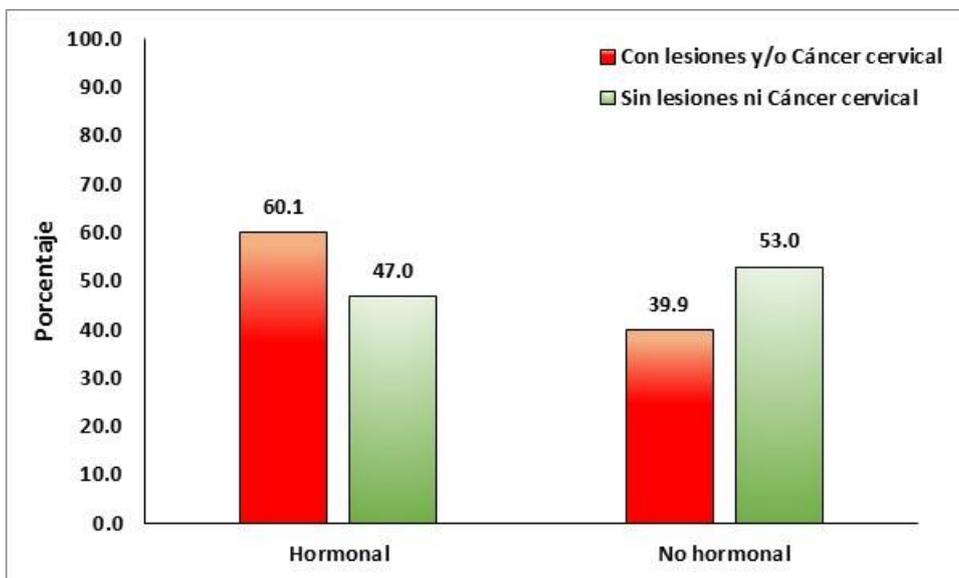
Expuestos: Más de dos partos No expuestos: Nulíparas y un parto

Figura 14: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según edad del primer embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 - 2015



Expuestos: 14 a 24 años No expuestos: > de 25 años

Figura 15: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según uso de método anticonceptivo, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015.



Expuestos: Hormonal No expuestos: No hormonal

Figura 16: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según tipo de método anticonceptivo hormonal, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015

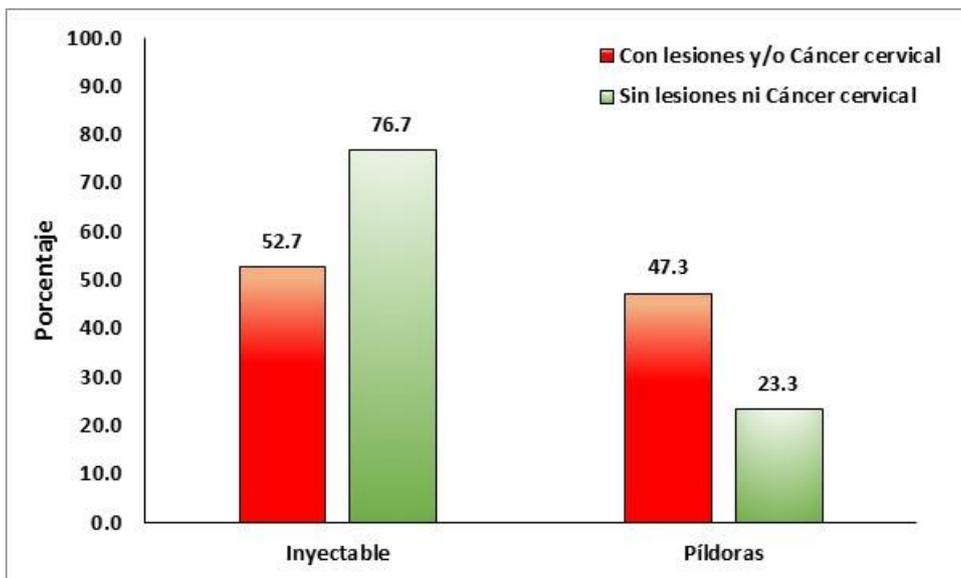


Figura 17: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según tiempo de uso del método hormonal, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015

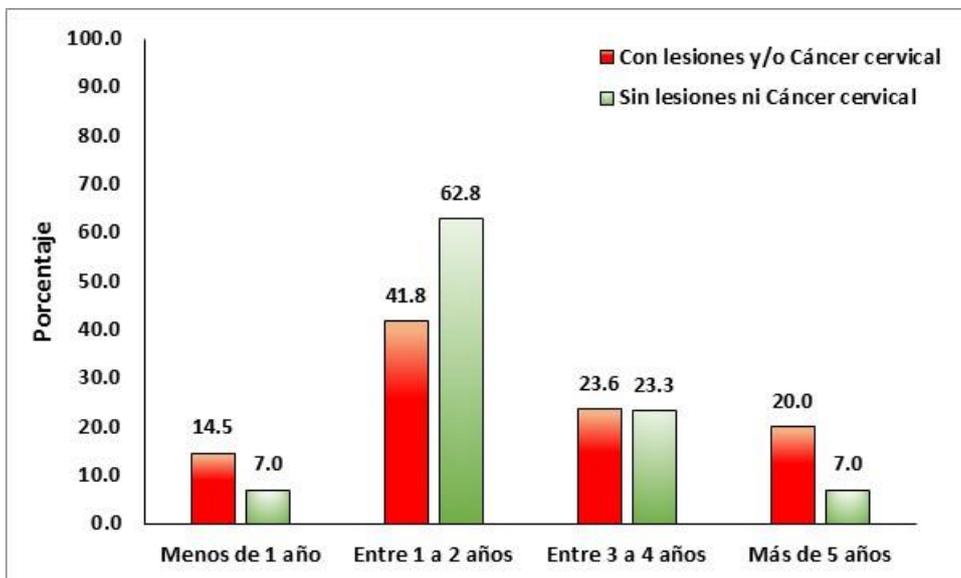


Grafico 18: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según resultados de PAP, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015.

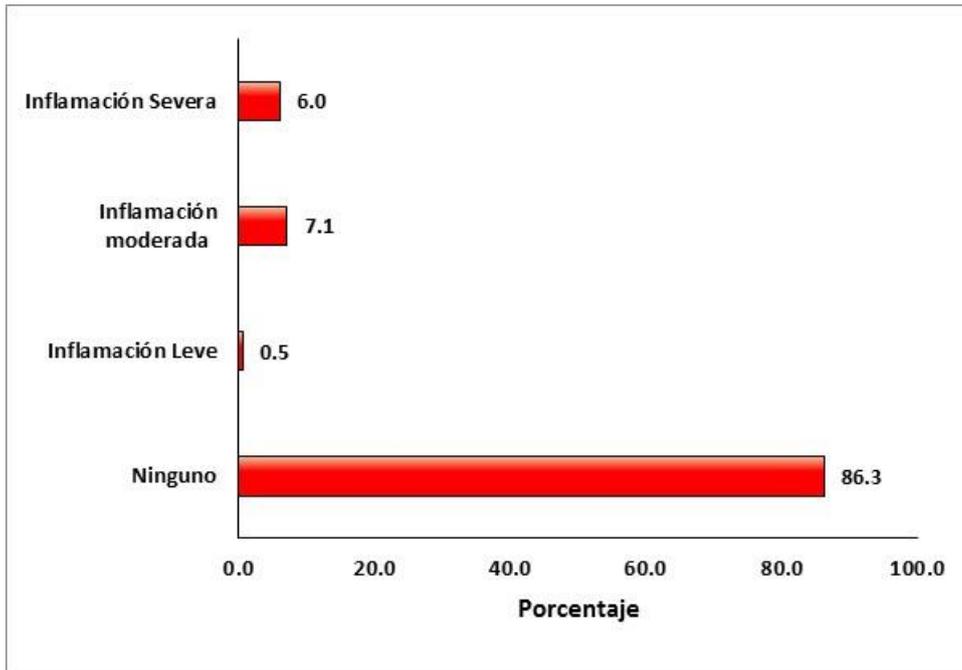


Grafico 19: Las lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología según resultados de PAP, Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, 2014 – 2015.

