

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO DE LESIONES  
PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 60 AÑOS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, PUENTE  
PIEDRA - PERIODO 2017-2018**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**LUCAS JARA ELMER RICARDO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA-PERÚ**

**2019**

**ASESOR**  
Dr. Fajardo Alfaro, Víctor

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesor y docentes por sus conocimientos impartidos para que este trabajo se realice con éxito

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional. A mi esposa e hijos por la paciencia de esperar la culminación de mi carrera profesional. También se los dedico a los alumnos y futuros profesionales para que continúen colaborando con el estudio e investigación.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – periodo 2017-2018.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio tipo cuantitativo, transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles. La población está constituida por las historias clínicas de mujeres de 20 a 60 años que fueron diagnosticadas con lesiones premalignas del cuello uterino mediante el examen de láminas con extendidos de secreciones cervicovaginales (Papanicolaou) en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018. La muestra de casos y controles fue de 54 pacientes para ambos grupos.

**Resultados:** El 56.5% del total tuvo una edad superior a los 35 años; mientras que el 36.1% de estos tuvo un diagnóstico positivo. Las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, el 37.0% tuvo un diagnóstico positivo con un valor chi-cuadrado de 0.545 con un valor  $p > 0.05$ ; y un OR = 1.681 (IC: 95%; 0.739-3.823), no hallándose relación significativa; y del total de mujeres el 42.6% no utilizaba ningún método anticonceptivo se obtuvo un valor chi-cuadrado de 21.146 con un valor  $p < 0.05$ ; hallándose relación significativa.

**Conclusiones:** Se concluye que dentro de los factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino están la edad superior a 35 años de edad, y un número de gestaciones superior a 3. Además, la lesión premaligna más frecuente es el ASCUS (Atipia de células escamosas con significado indeterminado), seguido por las LSIL (lesiones de bajo grado).

**Palabras clave:** Lesión premaligna, factores de riesgo.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the risk factors for the development of premalignant cervical lesions in women aged 20 to 60 years treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, Puente Piedra - period 2017-2018.

**Materials and Methods:** A quantitative, transversal, retrospective, analytical study of cases and controls was carried out. The population is constituted by the clinical histories of women from 20 to 60 years old who were diagnosed with premalignant lesions of the cervix by examining laminae with extended cervicovaginal (Papanicolaou) secretions at the Hospital Carlos Lanfranco La Hoz in the period 2017-2018. The sample of cases and controls will be of 54 patients for both groups.

**Results:** 56.5% of the total had an age above 35 years; while 36.1% of these had a positive diagnosis. Women who started their sexual life before age 18, 37.0% had a positive diagnosis with a chi-square value of 0.545 with a value  $p > 0.05$ ; and an OR = 1681 (CI: 95%; 0.739-3.823), not finding a significant relationship; and of the total of women, 42.6% did not use any contraceptive method, a chi-square value of 21,146 was obtained with a value  $p < 0.05$ ; being significant relationship.

**Conclusions:** It is concluded that among the risk factors associated with the development of premalignant lesions of the cervix are age over 35 years of age, and a number of pregnancies greater than 3. In addition, the most frequent premalignant lesion is ASCUS (Squamous cell atypia with undetermined significance), followed by LSIL (low grade lesions).

**Key words:** *Premalignant lesion, risk factors.*

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – periodo 2017-2018. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos en base a las historias clínicas de las mujeres que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, además de cumplir con criterios de elegibilidad y se incluyeron dentro de la muestra obtenida por fórmula. Además, se realizó una revisión de la bibliografía a nivel nacional como internacional.

Éste trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, el problema, el objetivo general y los específicos, la justificación del estudio, además del propósito del estudio.

En el segundo capítulo se abordan los aspectos teóricos tales como la revisión de antecedentes tanto internacionales como nacionales, correspondientes a lesiones premalignas de cuello uterino y sus factores de riesgo, seguidos de la revisión de la base teórica del tema; en el presente trabajo se plantea hipótesis al ser un trabajo analítico, además se plantean las variables de estudio, terminando con la definición operacional de términos.

En el tercer capítulo se presenta el tipo de estudio realizado, el área de estudio, además de la población y muestra, la técnica e instrumentos de recolección de datos y se explica cómo se realizó el procesamiento y el análisis de los datos.

En el cuarto capítulo se abordan los resultados del estudio y la discusión de los mismos. En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y las recomendaciones de la tesis.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	i
<b>ASESOR</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>ÍNDICE</b>	viii
<b>LISTA DE TABLAS</b>	x
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xi
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1 GENERAL	4
1.6.2 ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL	30
2.4. HIPÓTESIS	30
2.4.1. GENERAL	30



2.4.2. ESPECÍFICAS	30
2.5. VARIABLES	32
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	33
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>35</b>
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	35
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	35
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	37
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	37
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>38</b>
4.1. RESULTADOS	38
4.2. DISCUSIÓN	46
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>49</b>
5.1. CONCLUSIONES	49
5.2. RECOMENDACIONES	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>55</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA N° 1:</b> FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO DE LESIONES PREMALIGNAS	38
<b>TABLA N° 2:</b> EDAD Y LESIÓN PREMALIGNA	39
<b>TABLA N° 3:</b> INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA	40
<b>TABLA N° 4:</b> MENARQUIA Y LESIÓN PREMALIGNA	41
<b>TABLA N° 5:</b> MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LESIÓN PREMALIGNA	42
<b>TABLA N° 6:</b> NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA	43
<b>TABLA N° 7:</b> NÚMERO DE GESTACIONES Y LESIÓN PREMALIGNA	44
<b>TABLA N° 8:</b> TIPO DE LESIÓN PREMALIGNA	45

## LISTA DE GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO N°1</b>	EDAD VS. LESIÓN PREMALIGNA	39
<b>GRÁFICO N°2</b>	INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA	40
<b>GRÁFICO N°3</b>	MENARQUIA Y LESIÓN PREMALIGNA	41
<b>GRÁFICO N°4</b>	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LESIÓN PREMALIGNA	42
<b>GRÁFICO N°5</b>	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA	43
<b>GRÁFICO N°6:</b>	NÚMERO DE GESTACIONES Y LESIÓN PREMALIGNA	44
<b>GRÁFICO N°7</b>	TIPO DE LESIÓN PREMALIGNA	45

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO N° 2: INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO N° 3: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>	<b>61</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las lesiones premalignas de cuello uterino condicionadas por factores de riesgo, constituyen actualmente un problema de salud muy importante, teniendo en cuenta que esta neoplasia constituye la segunda causa de mortalidad en todo el mundo, además es una de las principales enfermedades malignas en países subdesarrollados<sup>1</sup>.

Las poblaciones más susceptibles al desarrollo de cáncer de cérvix uterino están localizadas en países con bajos recursos económicos en el mundo. Aproximadamente 1,4 millones de mujeres sufren de cáncer de cérvix uterino a nivel mundial; es decir que existe una incidencia que está en aumento cada año, y aunado a eso está el hecho de que son pocas las poblaciones femeninas en estos países que reciben un tratamiento adecuado. Además, la incidencia de cáncer cervical se incrementa en los países subdesarrollados debido a la escasez de programas para la detección oportuna de estados precancerosos que fácilmente pudieran ser tratados<sup>2</sup>.

A nivel del Caribe y América Latina, constituye la tercera neoplasia maligna más frecuente, y la segunda en las mujeres, y se ubica también en segundo lugar como causa importante de mortalidad<sup>3</sup>.

En el Perú, según la epidemiología de nuestro país, el cáncer está presente principalmente en Lima, Arequipa y Trujillo; y se estimó que durante el año 2004 se dieron 3,962 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, de estas 1540 mujeres fallecieron. En el caso de Lima Metropolitana, durante los años 2004-2005, el cáncer cervical estaba ubicado en el segundo puesto de casos de incidencia estandarizada, la cual reportó una tasa de 19.6 casos por cada 100 mil mujeres, es decir unos 895 casos al año<sup>4</sup>.

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ubicado en el distrito de Puente Piedra, según datos proporcionados por la oficina de estadística e informática del mismo; se obtuvo que un aproximado 265 pacientes mujeres tuvieron una positividad para lesiones premalignas de cuello de uterino, de un total de aproximadamente 12 mil muestras tomadas durante los años 2017- 2018. Razones por la cual me conllevan a plantear el siguiente trabajo.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 General**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - periodo 2017-2018?

### **1.2.2 Específicos**

- ¿Cuál es la relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?
- ¿Cuál es la edad de inicio de las relaciones sexuales y su relación con las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?
- ¿Cuál es la relación entre la edad de menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?
- ¿Cuál es la relación entre el uso de algún tipo de método anticonceptivo y las lesiones premalignas de cuello uterino en

mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?

- ¿Cuál es la relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?
- ¿Cuál es la relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?
- ¿Cuál es la lesión premaligna más frecuente de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

**Justificación Teórica:** Esta investigación se realiza con el fin de aportar conocimientos sobre los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de las lesiones premalignas de cuello uterino, además que con los resultados obtenidos nos permitirá tener en cuenta qué factores de riesgo son los más relevantes en el desarrollo de las lesiones premalignas.

**Justificación Teórico-científico:** La aplicación del presente estudio nos permitirá conocer y esclarecer qué factores de riesgo tienen mayor asociación y relación con el desarrollo de las lesiones premalignas de cuello uterino, dándonos así un nuevo panorama de la situación actual.

**Justificación Metodológica:** Los datos obtenidos nos permitirán dilucidar los factores de riesgo más importantes y a su vez quedara como antecedente para futuros estudios en los que se puede ahondar más en la relación de un factor específico y su desarrollo de la patología estudiada.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO**

Este trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del distrito de Puente Piedra, durante el periodo 2017-2018; con la participación de todas las mujeres que han sido diagnosticadas con lesiones premalignas de cuello uterino indiferentemente del grado, y en ellas investigar sus factores de riesgo individual, para lo cual se obtuvo los datos de todas participantes por medio de la ficha de recolección de datos.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Las limitaciones están comprendidas por una serie de inconvenientes que se pueden presentar para la recolección de datos como:

- Dificultades para poder revisar las historias clínicas
- Historias clínicas con datos incompletos y/o ilegibles.
- Puede también considerarse el tiempo un límite si en la investigación se encuentran diversas variables a medir, de manera que estas prolonguen el tiempo de investigación.
- Dificultad en la accesibilidad a la base de datos del Hospital

#### **1.6. OBJETIVOS**

##### **1.6.1 General**

- Determinar los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – periodo 2017-2018

##### **1.6.2 Específicos**

- Determinar la relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.



- Determinar la edad de inicio de las relaciones sexuales y su relación con lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años que fueron atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.
- Determinar la relación entre la edad de la menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.
- Determinar la relación entre el uso de algún tipo de método anticonceptivo y las lesiones de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.
- Determinar la relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.
- Determinar la relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018
- Identificar la lesión premaligna más frecuente de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.

### **1.7. PROPÓSITO**

El propósito del estudio es básicamente la prevención de lesiones premalignas de cuello uterino, tratando de identificar los factores de riesgo más frecuentes que la condicionan en mujeres que asisten al Hospital Carlos Lanfranco la Hoz para un examen de citología cervicovaginal, siendo esto de vital importancia para todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual

activa. Asimismo, el conocimiento de los factores de riesgo asociados al resultado positivo para lesiones premalignas, nos permitirá tener en cuenta que personas tienden a ser las más afectadas y centrarse en realizar tamizajes preventivos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS NACIONALES

- **Trigozo, J.; y Torres, A.;** en su tesis **“Principales factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, octubre 2016 – febrero 2017”** (2017), tuvo por objetivo la determinación de los más importantes factores de riesgo que se asocian a las lesiones precancerosas en 66 mujeres con algún tipo de lesión precancerosa que fueron atendidas en el Centro de Salud de Morales, obteniéndose que el 51,5% pertenecía al grupo etario entre los 31 y 40 años de edad, el 57,6% cursó el nivel secundario, convivientes en un 69,7%; de la zona urbana eran el 56%; mientras que el 81,8% no fumaban. En cuanto a los factores gineco-obstétricos, la menarquia en el 57,6% se presentó entre los 12 y 14 años, la edad de inicio de relaciones sexuales en la mitad de los casos fue entre los 15 y 19 años; asimismo, el 75,8% refirió haber tenido entre 2 a 3 parejas sexuales, mientras que el 84,8% uso anticonceptivos, de los cuales se usaron los inyectables, anticonceptivos combinados principalmente; además, la displasia leve se presentó en un 72,7% de los casos; mientras la displasia moderada se presentó en el resto de los casos. Concluyendo que existe relación significativa entre los factores de riesgo evaluados y la presencia de lesiones precancerosas<sup>5</sup>.
- **Quispe, M.;** et al. en su artículo **“Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015”** (2018), tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia–Huaraz, 2014-2015. Investigación observacional, analítica, de Casos y

Controles, con una muestra de 183 mujeres con lesiones cervicales (Casos) y 183 mujeres sin lesiones cervicales (Controles). Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos validada por la institución de estudio, la información se procesó mediante el programa SPSS V20, realizándose la contrastación de la hipótesis mediante las pruebas estadísticas el chi2 y Odds Ratio (OR). Los resultados obtenidos 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 las relaciones sexuales < de 16 años (OR = 29,51), más de 2 parejas sexuales (OR = 16,06), Papiloma Virus Humano (VPH) (OR = 2,51), multiparidad (OR = 17,21), uso de métodos anticonceptivos hormonales y antecedentes familiares (OR = 3,13). Ante lo cual se concluyó que los factores de riesgo personal, sexual y reproductivo mostraron asociación significativa con las lesiones precancerosas del cuello uterino<sup>6</sup>.

- **Altamirano, S.; y García, S.;** en su tesis **“Relación entre los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016”** (2017), estudio descriptivo, cuantitativo, correlacional, transversal, la población fue 50 mujeres en edad fértil con citología cervical uterina alterada. La técnica fue la revisión de documentos y como instrumento la ficha de recolección de datos. Los factores sociodemográficos de las mujeres con citología cervical uterina alterada fueron: 56% de 50 a 65 años, 44% con educación secundaria, 54% estado civil convivientes, 54% religión católica, 36% procedencia zona urbana y el 8% son fumadoras. Los factores gineco obstétricos fueron: 76% tuvieron la menarquia después de los 11 años; el 56% inicio sus relaciones sexuales después de los 15 años; el 78% uso anticonceptivo y el 74% tuvieron Infección de Transmisión sexual. Según niveles de influencia 16%

influencia “Bajo”, el 56% influencia “Moderado” y el 28% nivel “Alto” de influencia. Según niveles de citología cervical las mujeres presentaron: 36% “Displasia leve”, 44% “Displasia moderada”, 16% “Displasia severa” y 4% “Carcinoma in Situ”. En conclusión, existe relación significativa entre los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y la citología cervical uterina alterada, Chi Cuadrado de Pearson es: (32.873), mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9.488), lo que indica que las variables son dependientes y hay influencia entre ellas<sup>7</sup>.

- **Fabian, Y.;** en su tesis **“Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital de Ventanilla – Callao 2016”** (2017), evaluó la prevalencia de las lesiones intraepiteliales, para lo cual se incluyó a 740 mujeres, a las cuales se les tomó PAP; siendo el instrumento una ficha de datos que registraba los datos del informe de citología de la institución. El 79,6% de las entrevistadas eran adultas, mientras que el 37,2% tuvieron entre 2 a 4 gestaciones, y más de la mitad tuvo 2 o más partos, el hábito de fumar lo tenían en un 54,1% de los casos, por último, el método anticonceptivo más utilizado fueron las hormonas inyectables en un 26,5%. La anormalidad de las células epiteliales se presentó en un 47,3% [chi<sup>2</sup> 301.637 p0.000], LIE BG 41.7% [chi<sup>2</sup> 46.345 p0.000], Inflamación 75.9% [chi<sup>2</sup> 11.350 p0.003], siendo inflamación moderada 61.7% [chi<sup>2</sup> 33.885 p0.000]; siendo estos considerados significativos en cuanto a la relación con las mujeres jóvenes y adultas<sup>8</sup>.
- **Ordoñez, M.;** en su tesis **“Factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar La Perla – Callao desde diciembre de 2016 hasta octubre del 2017”** (2018), se realizó un estudio de tipo cuantitativo, analítico, transversal y prospectivo. Con un diseño de caso control. Muestra: Mujeres en edad fértil, 50 con resultado IVAA positivo y 50 con resultado IVAA negativo. En la ficha

de recolección de datos se registró datos generales, factores y el resultado del tamizaje IVAA. Ellos fueron tabulados bajo el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows. Resultados. Existe asociación entre el parto vaginal y resultado de IVAA negativo (OR= 0,203; IC (li.)= 0.062; IC (ls.)= 0.665). El 34% con IVAA positivo empezaron actividad sexual entre los 10 y 14 años. El 90% de con IVAA positivo ha tenido de 4 a más parejas sexuales. No existe correlación entre la toma de PAP y resultado de IVAA. Concluyendo que el factor asociado al resultado de IVAA positivo es el parto vaginal. Los factores no asociados al resultado de IVAA positivo fueron la edad, el grado de instrucción, el estado civil, la procedencia, la cesárea y el uso de anticonceptivos. Existieron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de relaciones sexuales, número de embarazos, número de hijos y de pareja sexuales. No existe correlación significativa entre la toma de Papanicolaou y el resultado positivo de la inspección visual con ácido acético (IVAA)<sup>9</sup>.

## INTERNACIONALES

- **Nozar, M.; et al.** en su artículo “**Cáncer de cuello uterino en Uruguay. Controversias en la prevención**”, (2017), tuvo por objetivo analizar las diferentes estrategias de prevención del cáncer de cérvix uterino de un modo crítico haciendo hincapié en la vacunación, estrategias sanitarias, así como en las modalidades de implementación y regulaciones nacionales. Hay una discusión entre la argumentación de políticas obligadas u recomendaciones que están por la dualidad de ejes fundamentales: primero, la definición de si se está ante un riesgo sanitario poblacional, y, segundo, que tan necesario es promover decisiones que son informados para el logro de mayor impacto. En este sentido, lo importante es precisar si es factible abordar la infección por el virus del papiloma humano (VPH)

dentro de una estrategia integral de prevención como enfermedad de transmisión sexual. De esta manera se debería implementar la obligatoriedad para todos los involucrados en la cadena de transmisión. La vacunación contra el virus del papiloma humano es recomendada en los diferentes programas integrales como educación, prevención secundaria, terciaria y aun cuaternaria. Debe brindarse protección a la población contra el cáncer de cuello uterino bajo condiciones de igualdad, y en este sentido es sustancial que el Estado tome la responsabilidad de brindar acciones y facilite el acceso a todas ellas, es decir debería haber igualdad en la accesibilidad a la vacuna, así como también en otras medidas de prevención establecidas. Lo discutible es que frente a la imposibilidad de evitar muertes evitables con medidas que conocemos recurrimos a acciones compulsivas como respuesta tratando de subsanar lo que no ha sido posible alcanzar sobre el resto de medidas preventivas que si han demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino<sup>10</sup>.

- **May-González, R.;** et al. en su artículo **“Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales cervicales, Balancán, Tabasco. 2010”** (2015), tuvo por objetivo identificar cómo se comportan los factores de riesgos que se asocian a lesión cervical e intraepitelial en mujeres que se han realizado citología de cérvix, en las Unidades Médicas de Salud del municipio de Balancán, durante el año 2010. En este sentido, se realizó un estudio de investigación de tipo analítico, caso-control; en el que se incluyeron 50 casos y 100 controles; además en este estudio se confirmó la asociación existente entre los factores socioeconómicos y la edad que oscilaba entre los 35-39 años y su riesgo de presentar lesiones intraepiteliales cervicales con  $RM=2.52$ ,  $p=0.0190$ . asimismo, se demostró que, con respecto al riesgo asociado a la pareja sexual, existe una asociación entre los antecedentes de haberse contagio con VPH previamente y

el riesgo del desarrollo de las lesiones intraepiteliales cervicales con  $RM=9.79$ ,  $p=0.0000$ . El consumo de tabaco es otro de los factores de riesgo que obtuvieron un valor significativo en el desarrollo de las lesiones intraepiteliales cervicales con un  $RM=23.06$ , IC 95 % 5.04-105.52,  $p=0.0000$ . Concluyendo que edad promedio estudiada se encontraba entre los 35 -39 años de edad en ambos grupos; y dentro de los factores de riesgo más importantes estaban la pareja sexual del caso, antecedentes de haberse contagiado por VPH y el consumo de tabaco<sup>11</sup>.

- **Cordero, J.;** et al. en su artículo **“Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino”** (2015), tuvo por objetivo encontrar la relación entre los factores de riesgo de cáncer de cérvix uterino en mujeres, según el resultado de su examen citológico. Para lo cual se realizó un estudio de tipo retrospectivo, analítico, de casos-controles, en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” desde enero del 2011 hasta diciembre 2012. En esta investigación se constituyó una muestra de casos de 500 pacientes que habían consultado por la patología de cérvix, y el grupo control estuvo conformado por otras 500 féminas con una citología negativa, del mismo grupo etario y que se atendían en el mismo consultorio que las mujeres del grupo de los casos. Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que existe una relación bastante significativa entre las relaciones sexuales con la menstruación y las practicas contra natura, antecedentes obstétricos previos de partos y abortos que han sido provocados, partos durante la adolescencia, uso de anticonceptivos orales, hábito de fumar y la predisposición genética; y la positividad con respecto a la citología positiva. Concluyendo que los factores de riesgo que se analizaron en el estudio tienen una importante relación con las citologías de cérvix alteradas<sup>12</sup>.
- **Rodríguez, D.;** et al, en su artículo **“Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores**



**asociados**” (2014), tuvo por objetivo de describir la frecuencia en que se presenta la infección por VPH, las características socio-demográficas asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino. En este sentido, se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, transversal, en todas las mujeres de edad mediana en el municipio de Cotorro a las que se les realizó una prueba de citología cervical durante el periodo de junio-2012 y mayo-2013; en el que formaron dos grupos: uno de 177 mujeres con resultado positivo de VPH y el segundo grupo de 165 pacientes que tenían un resultado negativo, a los que se les investigó la posible asociación entre las diferentes variables y la infección por VPH. Obteniendo así que el 68.4% presento la infección por VPH se encontraban entre los 40 y 49 años de edad. Más del 85% en ambos grupos de estudio, tuvieron su primera relación sexual a una edad que oscilaba entre los 15 y 17 años. Además, la multiparidad y las relaciones de pareja se presentó en mayor número en aquellas que tenían la infección por VPH. Concluyendo que, entre las variables estudiadas, tanto la edad, la paridad, las relaciones de pareja y la existencia de algún tipo de infección de transmisión sexual están asociados con la infección de VPH; siendo a su vez este un factor de riesgo relacionado con el desarrollo de cáncer de cuello uterino<sup>13</sup>.

- **Mahecha, E.;** et al, en su artículo **“Factores asociados a lesiones preneoplásicas de cuello uterino en usuarias de la ESE del municipio de Aipe, en el periodo enero a septiembre de 2009”** (2015), se evaluó a 198 mujeres que tenían una edad mayor a los 18 años, pero menor de los 55 años, siendo excluidas aquellas que fueron histerectomizadas por algún motivo; obteniéndose solo los antecedentes de tipo gineco-obstétrico y sociocultural. El riesgo de que se presente algún tipo de lesión preneoplásica en el útero, es 5,92 veces más que en aquellas que no tuvieron infección alguna, un número de parejas sexuales entre 6 y 7, aumenta el riesgo en un 4,67

veces más. Aquellas con una infección vaginal tenía hasta 5,88 veces más riesgo que aquellos que no la presentaron<sup>14</sup>

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **CANCER DE CUELLO UTERINO**

El cáncer de cuello uterino a menudo no muestra síntomas durante la etapas precoces, sin embargo, en caso de síntomas, el principal es la hemorragia por vía genital, que suele ocurrir cada cierto tiempo, o posterior al coito, o inclusive después de la menopausia<sup>2</sup>.

El hecho que la paciente presente sangrado anormal no necesariamente significa que definitivamente tenga cáncer de cuello uterino, su médico de cabecera debería investigar lo antes posible. Si piensa que su paciente podría tener cáncer de cérvix uterino, debería ser referido a un especialista dentro del lapso de dos semanas<sup>2</sup>.

El cáncer de cérvix es una patología maligna que se inicia en el cuello uterino, la abertura estrecha en el útero desde la vagina. El "ectocérvix" normal es de un color rosado saludable y está cubierta de células planas y delgadas llamadas células escamosas. El "endocérvix" o canal cervical está formado por otro tipo de célula llamada células columnares. El área donde se encuentran estas células se denomina "zona de transformación" (zona T) y es la ubicación más probable para desarrollar células anormales o precancerosas<sup>2</sup>.

La mayoría de los cánceres cervicales (80 a 90 por ciento) son cánceres de un tipo celular escamoso. El adenocarcinoma es el segundo tipo de cáncer que afecta al cuello uterino, que representa el 10 al 20 por ciento restante de los casos. El adenocarcinoma se desarrolla a partir de las glándulas que producen moco en el endocérvix. Aunque es menos frecuente que el carcinoma de células escamosas, la incidencia de adenocarcinoma va en aumento, especialmente en mujeres más jóvenes<sup>15</sup>.

## **INCIDENCIA DEL CÁNCER DE CERVIX**

En Estados Unidos más de 12 mil mujeres presentan un diagnóstico de cáncer de cérvix uterino anualmente, y más de 4 mil mujeres mueren anualmente. El cáncer de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer que se presenta con más frecuencia en las mujeres a nivel mundial, gracias al lento desarrollo en el tiempo es uno de los cánceres más evitables. Las muertes por cáncer cervical en los Estados Unidos continúan disminuyendo aproximadamente un 2% anual. Esta disminución se debe principalmente al uso generalizado de la prueba de Papanicolaou que detecta de manera oportuna los cambios en el cérvix y permiten un tratamiento precoz. Muchas mujeres con cambios anormales en las células de cuello uterino progresan al cáncer de cérvix uterino debido a que no se realizaron ninguna prueba de Papanicolaou o simplemente no se lo han realizado en los últimos tres a cinco años<sup>16</sup>.

El cáncer de cérvix suele ocurrir durante la edad mediana de la vida. La mitad de las mujeres diagnosticadas con la enfermedad tienen entre 35 y 55 años. Raramente afecta a mujeres menores de 20 años, y aproximadamente el 20% de los diagnósticos se dan en aquellas mujeres con una edad mayor de los 65 años<sup>16</sup>.

Entre las mujeres de 18 a 21 años, se observó un aumento de 26.3% en 2000 a 47.5% en 2010 en el porcentaje de informes que nunca se había probado, y una disminución de 65.0% en 2000 a 41.5% en 2010 se observó en el porcentaje de informes una prueba de PAP en los últimos 12 meses. Entre las mujeres de este grupo etario, se observó un aumento en los informes que nunca se habían probado en todas las categorías raciales / étnicas<sup>17</sup>.

Entre las mujeres de 22 a 30 años, se observó una disminución del 78.1% en el 2000 al 67.0% en el 2010 en el porcentaje que reportó un examen de Papanicolaou ginecológico en los 12 meses anteriores. Entre 2000 y 2010, se observaron aumentos en los porcentajes de mujeres de 22 a 30 años que

informaron haber tenido una prueba de Papanicolaou entre los 13-24 (9.8% a 15.3%) y 25-36 meses (2.6% a 4.5%). Entre las mujeres de este grupo etario, se observaron aumentos en las pruebas de PAP reportadas entre los 13-36 meses anteriores en todas las categorías raciales / étnicas<sup>17</sup>.

Mientras que más mujeres que no necesitaron cribado informaron que no fueron examinadas, también se observó un aumento en el número de mujeres que sí lo hicieron, pero informaron que no se hicieron exámenes de detección. Entre las mujeres de 18 a 21 años de edad, el porcentaje que reportó no haber tenido una prueba de Papanicolau aumentó de 26.3 a 47.5%, mientras que, entre las mujeres de 22 a 30 años, el porcentaje que reportó nunca haber tenido una prueba de Papanicolaou aumentó de 6.6% 2000 a 9.0% en 2010<sup>17</sup>.

En el Perú, según la epidemiología de nuestro país, el cáncer está presente principalmente en Lima, Arequipa y Trujillo; y se estimó que en el año 2004 se dieron 3,962 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, de estas 1 540 mujeres fallecieron. En el caso de Lima Metropolitana, durante los años 2004-2005, el cáncer cervical estaba ubicado en el segundo puesto de casos de incidencia estandarizada, la cual reporto una tasa de 19.6 casos por cada 100 mil mujeres, es decir unos 895 casos al año. Entre estos departamentos, Trujillo tiene una alta tasa de cáncer de cérvix con un 43.9%, seguido por Arequipa con un 35.2% y por último Lima que estaba representada por un 19.6%<sup>18</sup>.

### **Lesiones cervicales premalignas**

Los NIC o también llamadas neoplasias cervicouterinas intraepiteliales, son lesiones de tipo premaligno que se puede cursar con 3 tipos de estadios, que oscilan entre 1, 2 y 3, si en cualquiera de los casos no se trata, estas pueden avanzar hacia el desarrollo de un cáncer uterino. Aproximadamente en un año entre 1 y 2% de todas las mujeres tiene este tipo de neoplasia, siendo entre las mujeres seropositivas con VIH las que son en su mayoría, representando hasta un 10%. En la práctica clínica, consiste someter a todas

las mujeres a un tamizaje mediante citología por medio de una prueba Papanicolau, si estos resultados son positivos, mientras que el diagnóstico de una neoplasia intraepitelial se da por una colposcopia, y una biopsia de estas lesiones, para su posterior tratamiento siempre y cuando la histología haya confirmado el diagnóstico. Siendo considerado como el método tradicional, sin embargo, es necesario el uso de recursos humanos que estén capacitados y mucho material de laboratorio, además, en los países subdesarrollados, debido al alto costo de este método y el tamizaje, su cobertura es bajo y es necesario la utilización de métodos alternativos<sup>19</sup>.

Asimismo, una citología positiva se continua con un seguimiento por medio de colposcopia, y una biopsia; sin embargo, requiere de muchos recursos económicos y humanos que hace mucha falta es varios países. Otros problemas que se presentan que se basan en la citología, es la necesidad tanto de derivar estos servicios diagnósticos, y a su vez situar tratamientos en centro de salud lejanos, y por último son los periodos largos de espera que se dan para obtener algún resultado<sup>20</sup>.

Actualmente, se conocen más de 100 cepas diferentes de VPH, y las que se consideran de alto riesgo están involucradas en la etiología del cáncer. Alrededor del 99.7% de las infecciones por VPH se transmiten sexualmente y rara vez se transmiten de la madre al neonato a través de una ruta ascendente durante el parto<sup>19</sup>.

## **FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO**

### **Edad**

La edad ha sido una consideración común en la detección selectiva de lesiones precancerosas en la población general. Las pautas actuales para la detección de la población general de mujeres en los Estados Unidos (EE. UU.) Sugieren que la exploración comience a más tardar a los 21 años, reduciendo la frecuencia de la detección a la edad de 30 años entre las

mujeres con resultados citológicos previamente negativos y deteniendo la detección a los 65 años (o 70). en algunas pautas) <sup>21</sup>.

Los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigidos principalmente a entornos con recursos limitados son menos estrictos, ya que los exámenes de detección comienzan a los 30 años, no tienen que ser anuales y no deben realizarse a partir de los 65 años<sup>21</sup>.

Estas consideraciones de edad pueden no ser necesariamente ideales para mujeres VIH positivas, entre las que prevalece una mayor prevalencia del virus del papiloma humano (VPH), una mayor persistencia del VPH y una progresión más rápida de las lesiones puede significar una aparición más temprana y una persistencia más prolongada de las lesiones precancerosas. La edad óptima para la detección en individuos con VIH podría ser más joven que para las mujeres en la población general<sup>21</sup>.

### **Inicio de relaciones sexuales**

La edad temprana como inicio de relación sexual es un factor de riesgo importante para el cáncer cervical. Otros factores de riesgo incluyen el número de parejas sexuales de por vida, el consumo de tabaco, los anticonceptivos hormonales, la edad temprana en el primer embarazo a término y la cantidad de embarazos a término<sup>22</sup>.

La Colaboración Internacional de Estudios Epidemiológicos del Cáncer Cervical recolectó datos sobre el comportamiento sexual de 21 estudios epidemiológicos nacionales o internacionales. Un nuevo análisis de colaboración de estos datos encontró un riesgo cada vez mayor con la edad temprana de la primera relación sexual, con un riesgo relativo de 3.52 (intervalo de confianza del 95%, (IC): 3.04–4.08) para la edad de la primera relación sexual  $\leq 14$  versus  $\geq 25$  Años, controlando por número de parejas sexuales de por vida. Este efecto se redujo, pero no se eliminó, al controlar aún más la paridad y la edad en el primer embarazo a término (riesgo relativo = 2.05, IC 95%: 1.54–2.73) <sup>22</sup>.

La primera infección con VPH a menudo ocurre poco después de la primera relación sexual, por lo que la edad temprana de la primera relación sexual es un poder razonable para la edad temprana en la primera exposición al VPH. En el presente estudio, revisamos los datos sobre la edad de la primera relación sexual para determinar si su asociación con el cáncer cervical refleja un aumento progresivo del riesgo con el paso del tiempo desde la primera relación sexual<sup>22</sup>.

La vulnerabilidad del cérvix adolescente a la infección por VPH se ha citado como una posible explicación del riesgo de la edad temprana en la primera relación sexual. Nuestros hallazgos muestran que no es necesario invocar la vulnerabilidad de los adolescentes si se toma en cuenta la edad de la primera relación sexual. Encontramos un riesgo de cáncer no significativo y ligeramente reducido entre las mujeres que tuvieron la primera relación sexual dentro del año de la menarquia (OR = 0,86, IC 95%: 0,72–1,02). Un estudio longitudinal de la infección por VPH en mujeres jóvenes encontró una tasa de infección reducida entre las personas en quienes la primera relación sexual fue cercana a la menarquia, lo que sugiere que el cuello uterino inmaduro se infecta con menos facilidad que el cuello uterino maduro. Esto es consistente con la observación de que la zona de transformación cervical, la diana tisular de la infección por VPH, aumenta de tamaño después de la menarquia. Una explicación alternativa es que la tasa de infección en mujeres muy jóvenes es baja porque sus parejas tienden a ser hombres jóvenes que aún no se han infectado con el VPH<sup>22</sup>.

### **Métodos anticonceptivos**

Se evaluó el efecto de diversos métodos anticonceptivos, practicados por una población definida de mujeres de bajo riesgo, sobre los hallazgos patológicos en la citología cervical. Un grupo de 1,099 mujeres, casadas, de 17 a 45 años de edad, que no habían tenido más de tres parejas sexuales y que compartían antecedentes socioeconómicos comunes se dividió en dos

subgrupos: 497 mujeres que no practicaron ningún método anticonceptivo antes del estudio, fueron utilizado como controles, y 602 que practicaron un solo método anticonceptivo al inicio del estudio (dispositivo anticonceptivo intrauterino, anticonceptivos orales, condones o espermicidas) formaron el grupo de estudio. La tasa de cada uno de los siguientes hallazgos patológicos posibles en la citología normal del grupo de estudio; metaplasia atípica no concluyente; La infección por virus del papiloma humano y CIN I-III - se comparó con la tasa correspondiente del grupo de control. Encontramos una tasa significativamente mayor de CIN ( $p < 0.05$ ) en el subconjunto de usuarios de espermicidas y una diferencia significativa en la tasa de todas las patologías encontradas en la citología cervical en el mismo subgrupo. Se encontró una tendencia hacia la importancia ( $p = 0.06$ ) en la tasa de CIN en el subgrupo de usuarios de anticonceptivos orales (AO). A la luz de estos hallazgos, recomendamos el seguimiento citológico de rutina de las mujeres que practican métodos anticonceptivos<sup>23</sup>.

El uso de anticonceptivos de progestágeno solo no está asociado con un mayor riesgo de hallazgos citológicos anormales y enfermedad preinvasiva del cuello uterino. Las observaciones preliminares informadas necesitan más validación al seleccionar una escala mayor de usuarios de anticonceptivos de progestágeno solo. Las estrategias de detección del cáncer de cuello uterino deben aplicarse a las mujeres en los países en desarrollo como un método simple de diagnóstico y prevención para disminuir la carga del cáncer de cuello uterino<sup>24</sup>.

Las hormonas esteroides ejercen una amplia gama de funciones biológicas. La síntesis, el transporte y el metabolismo de las hormonas naturales están regulados en varios órganos del cuerpo. Existe un delicado equilibrio durante las fases premenstrual, menstrual y posmenopáusica del cuerpo femenino, así como durante el embarazo<sup>25</sup>.



Este equilibrio está muy influenciado por la ingesta de hormonas esteroideas exógenas en forma de AO (anticonceptivos orales) en mujeres jóvenes o TRH (terapia de remplazo hormonal) en mujeres posmenopáusicas. Los informes en los que se combinaron y analizaron los datos epidemiológicos obtenidos de 8 estudios de casos y controles indican un mayor riesgo de desarrollar carcinoma cervical en mujeres con alta paridad o después del uso prolongado de anticonceptivos orales. Las tasas de probabilidad fueron de 3.8 para el carcinoma cervical después de 7 embarazos a término y de 2.3 para mujeres con 1 o 2 embarazos a término, respectivamente. Las razones de probabilidades para el uso de anticonceptivos orales fueron de 2.82 para un uso de 5 a 9 años y de 4.03 para un uso de 10 años o más. Otros estudios epidemiológicos también han reportado un mayor riesgo de desarrollar adenocarcinoma cervical entre los usuarios a largo plazo de anticonceptivos orales<sup>26</sup>.

### **Menarquia**

Ya se ha enfatizado que la menarquia temprana puede no ser un factor de riesgo independiente para el cáncer cervical, sin embargo, puede iniciar un ciclo de eventos que involucran otros factores de riesgo más importantes, lo que aumenta el riesgo de cáncer cervical. La menarquia temprana puede ser un factor en el contexto de la India, que conduce al matrimonio precoz, y posteriormente a la exposición temprana al coito, que nuevamente puede culminar en el embarazo temprano y, por ende, en el parto prematuro. Además, el matrimonio precoz puede ser responsable de una larga duración de la vida matrimonial y de la multiparidad<sup>27</sup>.

Se puede afirmar que la menarquia temprana puede actuar a través de las interacciones y la interdependencia de estos factores de riesgo. Esto podría ser una razón para su contribución significativa en el cáncer de cuello uterino resultado identificado en este estudio<sup>27</sup>.

El presente estudio utilizó un diseño de estudio de caso - control para la evaluación de la relación entre el cáncer de cérvix uterino y la edad en la menarquia. Este diseño, que es retrospectivo, es susceptible de sesgos. Aunque se hicieron todos los esfuerzos sinceros para minimizar o eliminar el papel de varios sesgos durante la etapa de planificación y análisis, no se puede descartar la aparición de ciertos sesgos como el sesgo de recuerdo. Teniendo en cuenta el hecho de que incluso si hubiera aparecido, se habría distribuido equitativamente en ambos casos. y grupos de control, minimizando así su efecto en la estimación de un riesgo<sup>27</sup>.

En conclusión, este estudio de casos y control identificó una asociación significativa entre la menarquia temprana y el riesgo de cáncer cervical. Sin embargo, su función independiente e interactiva en el cáncer de cuello uterino requiere estudios adicionales que se realicen e involucren múltiples factores y que utilicen análisis multivariados<sup>27</sup>.

### **Número de parejas sexuales.**

El papel de la infección por VPH proporciona solo una explicación parcial de la alta tasa de regresión espontánea en nuestra población de pacientes. Los factores de riesgo sexual también se han reconocido como determinantes causantes de la NIC y el cáncer cervical. En nuestro estudio, encontramos una relación inversa entre el número de parejas sexuales y la regresión NIC. Los análisis multivariados de nuestra población de estudio mostraron que los efectos de los factores de riesgo sexual persisten incluso después de controlar las infecciones por VPH; lo que sugiere que la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual también puede desempeñar un papel en la historia natural de NIC 2 o 3<sup>28</sup>.

Además, en otro estudio en Etiopía, se encontró que tener dos o más parejas sexuales de por vida también se asociaba significativamente con la lesión precancerosa cervical, probablemente debido a que un aumento en el

número de parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer infección por VPH<sup>29</sup>.

### **Multiparidad**

Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo (aumento de los niveles de estrógeno y progesterona) y el uso de anticonceptivos hormonales pueden modular la respuesta inmune al VPH influyendo en el riesgo de persistencia o progresión. Se ha planteado la hipótesis de que los mecanismos hormonales son explicaciones biológicamente plausibles de la asociación entre paridad y neoplasia intraepitelial cervical o cáncer cervical entre mujeres infectadas; sin embargo, debido a la concordancia de los efectos con el uso de anticonceptivos hormonales, las influencias hormonales pueden considerarse uno de los candidatos más prometedores en la búsqueda de cofactores de VPH<sup>25</sup>.

### **Sistema Bethesda**

El Sistema Bethesda fue creado gracias a la iniciativa de un grupo pequeño de profesionales que se reunieron en Maryland, Bethesda en el Instituto Nacional del Cáncer, en 1988, con la idea de elaborar un formato de reporte claro para la citología ginecológica en el que se utilizara una terminología uniforme, reproducible entre los laboratorios de citología e histología y, a su vez, que reflejara los conocimientos más actualizados sobre las neoplasias cervicales.

### **Sistema Bethesda 2014**

#### 1. Adecuación de la muestra

**A.- Satisfactoria para evaluación:** Cuando la muestra con tinción presenta las siguientes características:

- Apropiaada identificación con solicitud de examen citológico adjunto.
- Información clínica relevante.
- Un número adecuado de células epiteliales bien conservadas y visualizables.
- Una cantidad adecuada de células epiteliales endocervicales o de la zona de transformación escamo-columnar.

Una identificación de manera apropiada nos indica que la lámina obtenida ha sido adecuadamente rotulada, y que corresponde a un estudio citológico que se solicitó, además, de que los datos clínicos deberían ser suficientes, mientras estos sirvan para la interpretación y nos oriente hacia el diagnóstico. Asimismo, el espécimen obtenido de manera satisfactoria nos da a entender que la cantidad de células obtenidas han sido bien preservadas y se visualizan de manera adecuada, es aproximadamente entre 8 mil y 12 mil células escamosas que se han extendido de manera convencional, y otras 5 mil células escamosas para prepararlos en líquidos<sup>30</sup>.

Un adecuado componente celular endocervical y de la zona de transformación escamo-columnar consiste en encontrar en la muestra a procesar una cantidad mínima de 10 células endocervicales o metaplásicas con buena preservación aisladas o agrupadas. La última de las características es aplicable a la muestra, tanto de mujeres perimenopáusicas como postmenopáusicas, excepto en situaciones donde hay marcada atrofia, dando lugar a que las células metaplásicas y endocervicales menudo no puedan distinguirse claramente de las células parabasales del epitelio escamoso. En situaciones que impidan identificar la zona de transformación endocervical, no se afecta la categorización de extendido satisfactorio. Una muestra se considera “parcialmente oscurecido” por sangre o infiltrado inflamatorio, pero cuando

es posible visualizar el 50 % a 75 % de células epiteliales, es entonces incluida dentro del grupo de extendidos satisfactorios<sup>30</sup>.

**B.- Insatisfactoria para evaluación:** Una muestra es considerada como insatisfactoria y se rechaza para su procesamiento cuando:

- No se encuentra identificada la lámina o la solicitud de examen citológico, o no corresponde el nombre de la lámina con la de la orden.
- La lámina se encuentra rota y no puede ser reparada. Las muestras que se procesan, pero que se consideran insatisfactoria para evaluación son las siguientes:
  - Material celular con inadecuada conservación impidiendo su lectura.
  - Las células epiteliales bien preservadas y visualizadas en conjunto cubren menos del 10 % de la superficie de la lámina.
  - Hay exceso de células inflamatorias, , áreas de extendidos gruesos, cúmulos de sangre , contaminantes, etc., que impiden la lectura de más del 75% de las células epiteliales<sup>30</sup>.

La designación de “insatisfactoria o de no satisfactoria” indica que la muestra no es apta para la detección de anormalidades del epitelio cervical. Se debe distinguir los extendidos que han sido procesados y que el laboratorio ha determinado que son insatisfactorios después de la evaluación microscópica<sup>30</sup>.

## 2. Categorización general

Es un componente opcional de clasificación del Sistema Bethesda. Queda a criterio del citólogo categorizar o no, aquellas muestras que son

satisfactorias para evaluación, pero que presentan algún factor que limite su estudio. Existen tres categorizaciones:

- A.- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad: Incluye los frotis que se consideraban como “dentro de límites normales”, es decir aquellas células que no presentan cambios morfológicos y aquellas con cambios celulares benignos, incluyendo las infecciones.
- B.- Anormalidades en células epiteliales, especificando si estas son escamosas o glandulares.
- C.- Otros: células endometriales en mujeres mayores de 45 años, donde se denota la ausencia de anormalidades morfológicas en las células per se, sin embargo, puede existir indicadores de incremento de riesgo, por ejemplo, presencia de células endometriales en mujeres mayores de 45 años<sup>30</sup>.

### 3. Interpretación o resultados

#### **A.- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad:**

- Elementos celulares normales o células epiteliales sin cambios neoplásicos. Se incluyen las células escamosas, endocervicales, endometriales y del segmento más bajo del útero. Del epitelio escamoso que recubre el exocérnix se desprenden las células profundas, intermedias y superficiales, dependiendo de la edad y el estado hormonal de la paciente, mientras que del epitelio glandular monoestratificado cúbico que recubre el endocérnix, se desprenden las células endocervicales, que según su disposición en el extendido pueden observarse en forma de panal de abeja o en empalizada. Las células endometriales se desprenden de la cavidad uterina en ciertas fases del ciclo menstrual, considerando su presencia normal hasta el octavo día del ciclo menstrual, en pacientes menores de 45 años<sup>30</sup>.

- Hallazgos no neoplásicos: Incluye:
  - a) Variaciones celulares no neoplásicas: cambios queratóticos, metaplasia escamosa, metaplasia tubal, atrofia con o sin inflamación y cambios asociados con el embarazo.
  - b) Cambios celulares reactivos asociados con: dispositivo intrauterino (DIU), radiación, inflamación (hasta reparación típica).
  - c) Presencia de células glandulares post-histerectomía.
  
- Organismos: Se describen: Trichomonas vaginales, cambios en la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana, hongos consistentes con Cándida sp, bacterias morfológicamente consistentes con Actinomyces sp, cambios celulares compatibles con el virus del herpes simple y con citomegalovirus<sup>30</sup>.

#### **B.- Anormalidades en células epiteliales:**

- Anormalidades del epitelio escamoso:
  - i. Células escamosas atípicas. - En esta categoría, se consideran los cambios celulares que pueden relacionarse con varios factores etiológicos, pero que no se puede determinar una causa definitiva en base a los hallazgos citológicos. Estos cambios pueden reflejar una reacción exuberante de tipo benigno o constituir un tipo de lesión potencialmente grave, los cuales no permiten concluir con un diagnóstico definitivo. Se puede decir que el término de células escamosas atípicas representa cambios citológicos sugestivos de una lesión intraepitelial que son cualitativa o cuantitativamente insuficientes para elaborar una interpretación definitiva<sup>30</sup>.
    - Células escamosas atípicas de significación indeterminado (ASC-US): corresponden a las iniciales de Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance, son sugerentes de una

lesión de bajo grado, y es muy común que esté relacionada a una infección por virus de papiloma humano (VPH) <sup>30</sup>.

- Células escamosas atípicas que no excluyen una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H): por las siglas en inglés de Atypical Squamous Cells Cannot exclude Highgrade squamous intraepithelial lesión, son sugerentes de una lesión de alto grado y son de mayor relevancia clínica en comparación con las ASC-US<sup>30</sup>.
  - Lesión intraepitelial escamosa: Comprende un espectro de anomalías epiteliales no invasivas, que tradicionalmente se han clasificado como displasia, condiloma plano, carcinoma in situ, y neoplasia intraepitelial (NIC). En el sistema Bethesda estas lesiones se dividen en lesiones de bajo grado y de alto grado<sup>30</sup>.
  - Lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL): corresponde a las siglas en inglés de Low Squamous Intraepithelial Lesión. Se agrupan las alteraciones celulares asociadas a infección por Virus Papiloma Humano (VPH), la displasia leve / NIC I.
  - Lesión intraepitelial de alto grado (HSIL): corresponde a las siglas en inglés de High grade Squamous Intraepithelial Lesión. Las lesiones de alto grado agrupan a la displasia moderada/NIC II, displasia severa/NIC III y el carcinoma in situ<sup>30</sup>.
- ii. Carcinoma de células escamosas. - El Sistema Bethesda establece que puede realizarse la distinción entre el carcinoma queratinizante y el no queratinizante<sup>30</sup>.

### **C. Anormalidades del epitelio glandular:**

- Células glandulares atípicas (AGC): corresponden a las siglas en inglés de Atypical Glandular Cells. Son células endocervicales, endometriales, o glandulares no específicas, que muestran atipia



nuclear que excede aquellos observados por reacción o reparación, aunque carecen de las características inequívocas de adenocarcinoma<sup>30</sup>.

- Células glandulares atípicas a favor de neoplasia: Los cambios que presentan no son cualitativa ni cuantitativamente suficientes para la interpretación de un adenocarcinoma endocervical o endometrial in situ o invasor, estas atipias celulares se acercan más a las observadas en un adenocarcinoma. En líneas generales, debe hacerse la diferenciación con cambios morfológicos producidos por: procesos inflamatorios/reparativos relacionados con trauma/infección, artefacto de cepillado/escobillado, pólipo endocervical, atipia glandular asociada a DIU , atipia por asa de diatermia, , endometriosis cervical, prolapso tubárico, fístula recto-vaginal, , metaplasia tubárica, hiperplasia microglandular y atipia de Arias-Stella endocervical<sup>30</sup>.
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS): Es también conocida como la lesión endocervical glandular de alto grado, en la cual no hay signos evidentes de invasión, es decir existe ausencia de diátesis tumoral<sup>30</sup>.
- Adenocarcinoma endocervical: Citológicamente pueden superponerse con las características citológicas del adenocarcinoma in situ, la diferencia básica, es la presencia de diátesis tumoral que indica que la lesión se ha tornado invasiva<sup>31</sup>.
- Adenocarcinoma endometrial: A pesar de que el sistema Bethesda establece criterios claros para identificar este cuadro, en realidad muchas veces puede ser confundido con un adenocarcinoma endocervical, y el diagnóstico diferencial lo haría la biopsia<sup>31</sup>.

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**Factores de riesgo.** - Se considera a todos los factores o eventualidades que representan un aumento en la probabilidad del desarrollo de lesiones premalignas del cuello uterino<sup>31</sup>.

**Lesiones premalignas de cuello uterino.-** Lesión precancerosas que se hallan en el cuello del útero, el cual de no ser tratado de manera adecuada o no ser diagnosticado a tiempo evoluciona a cáncer de cérvix<sup>31</sup>.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. General**

H(i): Existen factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra en el periodo 2017-2018.

H(o): No existen factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz- Puente Piedra en el periodo 2017-2018.

### **2.4.2. Específicas**

1.- H(i): Existe relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018

H(o): No existe relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018

2.- H(i): Existe relación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2017-2018.

H(o): No existe relación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.

3.- H(i): Existe relación entre la edad de la menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017 -2018.

H(o): No existe relación entre la edad de la menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.

4.- H(i): Existe relación entre el uso de algún tipo de método anticonceptivo y las lesiones de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.

H(o): No existe relación entre el uso de algún tipo de método anticonceptivo y las lesiones de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.

5.- H(i): Existe relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.

H(o): No existe relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.

6.- H(i): Existe relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018

H(o): No existe relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.

7- H (i): Existe un tipo de lesión premaligna más frecuente de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017 -2018.

H(o): No existe un tipo de lesión premaligna más frecuentes de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017 – 2018.

## **2.5. VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

-Lesiones premalignas de cuello uterino

- Positivo
- Negativo

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- Factores de riesgo

- Edad mayor a 35 años
- Edad de inicio de relaciones sexuales

- Uso de anticonceptivos
- Edad de menarquia
- Número de parejas sexuales
- Número de gestaciones

## 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

**Edad.** - Número de años al momento de la realización del examen Papanicolau

- $\leq 35$  años
- $> 35$  años

**Edad de inicio de relaciones sexuales.** - La edad en años cuando tuvo su primera relación sexual.

- $\leq 18$  años
- $> 18$  años

**Uso de anticonceptivos.** - empleo de algún método para no quedar embarazada.

- Natural
- De barrera
- Hormonal

**Diagnóstico de lesión premaligna.** - tipo de lesión a la hora del diagnóstico citológico.

- Positivo
- Negativo

**Edad de menarquia.** - Edad en que le vino por primera vez la regla.

- $< 12$  años
- $\geq 12$  años

**Número de parejas sexuales.-** Es el número de parejas sexuales que tuvieron durante su vida.

- < 5 parejas sexuales
- ≥ 5 parejas sexuales

**Número de gestaciones.-** Es el número total de gestaciones que ha tenido durante su vida.

- < 3 gestaciones
- ≥ 3 gestaciones

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

El presente estudio de tipo cuantitativo, analítico de casos y controles, observacional, transversal y retrospectivo.

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

Es de nivel correlacional.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población está constituida por las historias clínicas de mujeres de 20 a 60 años que se tomaron un examen de láminas con extendidos de secreciones cervicovaginales (Papanicolaou) de cuello uterino, siendo un total de 12546 pacientes, atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.

#### **Criterios De Inclusión:**

- Pacientes con edades entre 20 a 60 años
- Pacientes con diagnóstico de lesión premaligna en la prueba citológica de cuello uterino.
- Pacientes con historias clínicas completas.

#### **Criterios De Exclusión:**

- Pacientes que no desean participar en el estudio
- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix uterino por metástasis

**Población Objetivo:** 265 pacientes con diagnóstico de presencia de lesiones premalignas en cuello uterino.

**Muestra:**

La muestra se obtuvo mediante formulación de casos y controles en base al OR obtenido en el estudio de Quispe, M.; et al. en su artículo titulado “Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015”, el cual tiene un valor igual a 3.92, con IC de 95%; y un error muestral del 5%.

**RESULTADOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA****Suposiciones:**

Relación de probabilidades	=	3.92
Controles Expuestos	=	50%
Riesgo de alfa unilateral	=	5%
Potencia	=	95%
Relación de control/caso	=	1

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

**Tamaño de la muestra estimada:**

Número de casos	=	54
Número de controles	=	54
Total	=	108

La muestra de casos y controles fue de 54 pacientes para ambos grupos

**3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó técnica e instrumento de recolección de datos que ha sido diseñado y que contiene todas las variables del estudio (Anexo 02) que se llevaron a cabo durante el mes de enero del 2019 en el servicio de Gineco-Obstetricia (consultorio de displasias), del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.



### **3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se determinó la frecuencia de las lesiones premalignas de cérvix uterino y sus factores de riesgo condicionantes. Para las variables a estudiarse se realizó la prueba chi cuadrado para la evaluación de relación entre variables estudiadas, además, de Odds Ratio para determinar el grado de riesgo de desarrollar lesiones premalignas de cérvix uterino.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

La información contenida en la ficha de Recolección de datos se registró en una hoja de cálculo de Microsoft Office-Excel 2010, el cual posteriormente se exportó al programa estadístico SPSS versión 25, en el cual se realizó las pruebas estadísticas de chi-cuadrado, para la demostración de hipótesis, además de realizarse el Odds Ratio para determinar el riesgo de los factores estudiados y su relación con respecto a la presencia de lesión premaligna.

### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente proyecto de investigación se basó en las normas nacionales e internacionales de ética, los cuales incluyen la redacción de documentos y envió a la institución para la obtención de permisos para la recolección de los datos necesarios para el estudio. Además, los datos fueron obtenidos de manera anónima, basándose y respetando el código de ética y deontología con confidencialidad y veracidad.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

**TABLA N° 1: FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO DE LESIONES PREMALIGNAS**

		DIAGNÓSTICO				Chi-cuadrado	OR
		POSITIVO		NEGATIVO			
		N	%	N	%		
EDAD	≤ 35 AÑOS	15	27.8%	32	59.3%	X <sup>2</sup> =10.887 p=0.001	3.782
	> 35 AÑOS	39	72.2%	22	40.7%		
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	NINGUNO	29	53.7%	17	31.5%	X <sup>2</sup> =21.146 p=0.000	4.256
	NATURAL	11	20.4%	2	3.7%		2.35
	DE BARRERA	5	9.3%	7	13.0%		0.56
	HORMONAL	9	16.7%	22	40.7%		2.32
	DEFINITIVO	0	0.0%	6	11.1%		2.45
NÚMERO DE GESTACIONES	< 3 GESTACIONES	20	37.0%	34	63.0%	X <sup>2</sup> =7.259 p=0.007	2.890
	≥ 3 GESTACIONES	34	63.0%	20	37.0%		

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

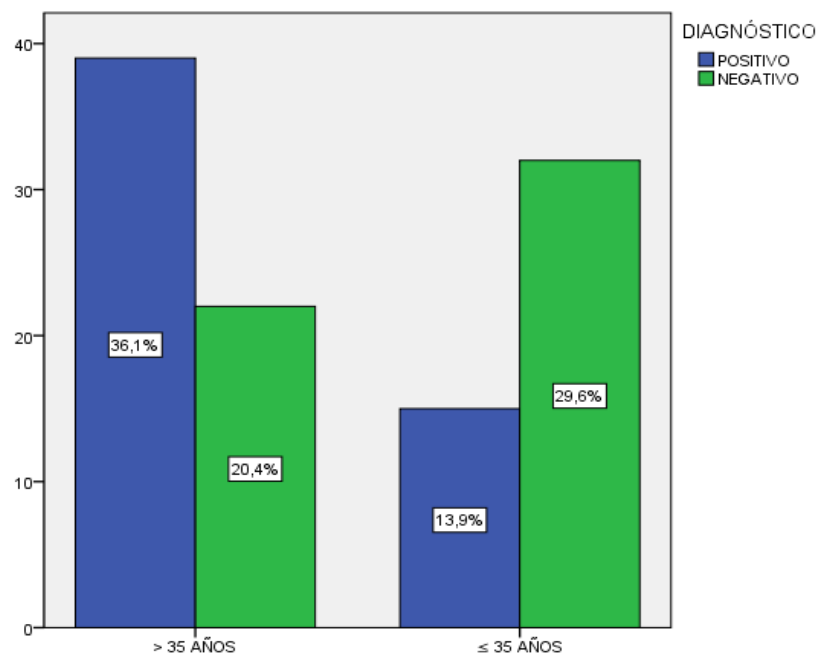
**Interpretación:** En el Tabla N° 1, se muestra un cuadro de resumen de todos los factores de riesgo que se relacionaron con el desarrollo de las lesiones premalignas del cuello uterino, siendo la edad más frecuente entre los casos la mayor a 35 años en un 72.2%; con un valor OR de 3.782; además el método anticonceptivo en el 53.7% de los casos no lo utilizó presentándose en aquellos con un diagnóstico positivo; además de tener un OR igual a 4.256; el número de gestaciones presentó una relación significativa, además de tener un valor de OR=2.890.

**TABLA N° 2: EDAD Y LESIÓN PREMALIGNA**

			DIAGNÓSTICO		Total	Chi-Cuadrado	OR
			POSITIVO	NEGATIVO			
EDAD	> 35 AÑOS	N	39	22	61	X <sup>2</sup> =10.887 p=0.001	3.782 IC=95% 1.690-8.465
		%	36.1%	20.4%	56.5%		
	≤ 35 AÑOS	N	15	32	47		
		%	13.90%	29.60%	43.50%		
Total		N	54	54	108		
		%	50.0%	50.0%	100.0%		

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 1: EDAD Y LESIÓN PREMALIGNA**



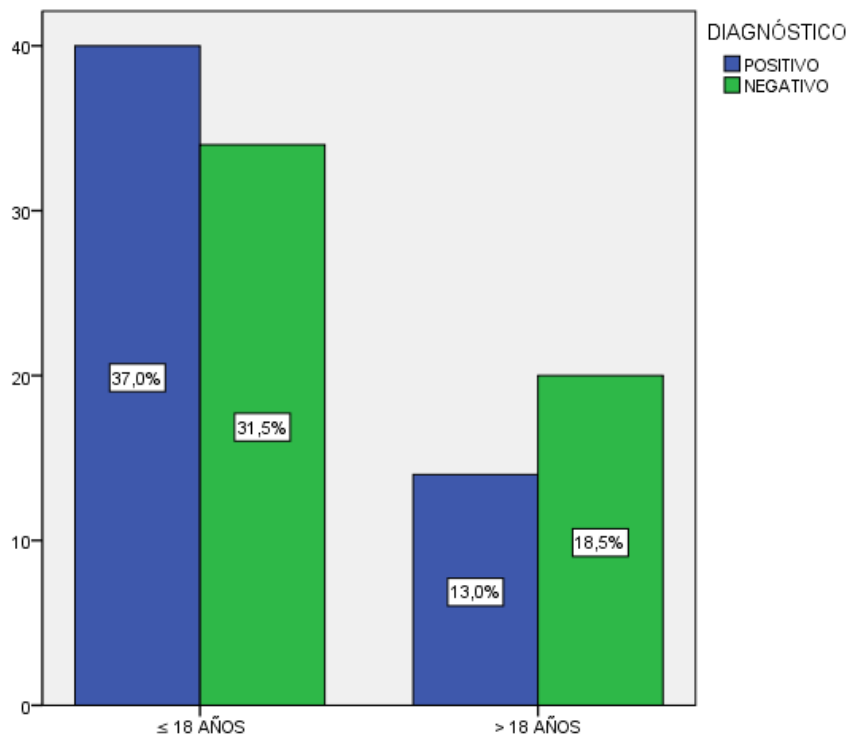
**Interpretación:** En el Tabla N° 2 y el Gráfico N° 1, se menciona la edad y la lesión premaligna y su relación, entre los cuales el 56.5% del total tuvo una edad superior a los 35 años; mientras que el 36.1% de estos tuvo un diagnóstico positivo; con un valor chi-cuadrado de 10.887 con un valor  $p < 0.05$ ; y un OR = 3.782 (IC: 95%; 1.690-8.465), hallándose una relación significativa.

**TABLA N° 3: INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA**

			DIAGNÓSTICO		Total	Chi-Cuadrado
			POSITIVO	NEGATIVO		
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	≤ 18 AÑOS	N	40	34	74	X <sup>2</sup> =0.545 p=0.214
		%	37.0%	31.5%	68.5%	
	> 18 AÑOS	N	14	20	34	
		%	13.0%	18.5%	31.5%	
Total		N	54	54	108	
		%	50.0%	50.0%	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 2: INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA**



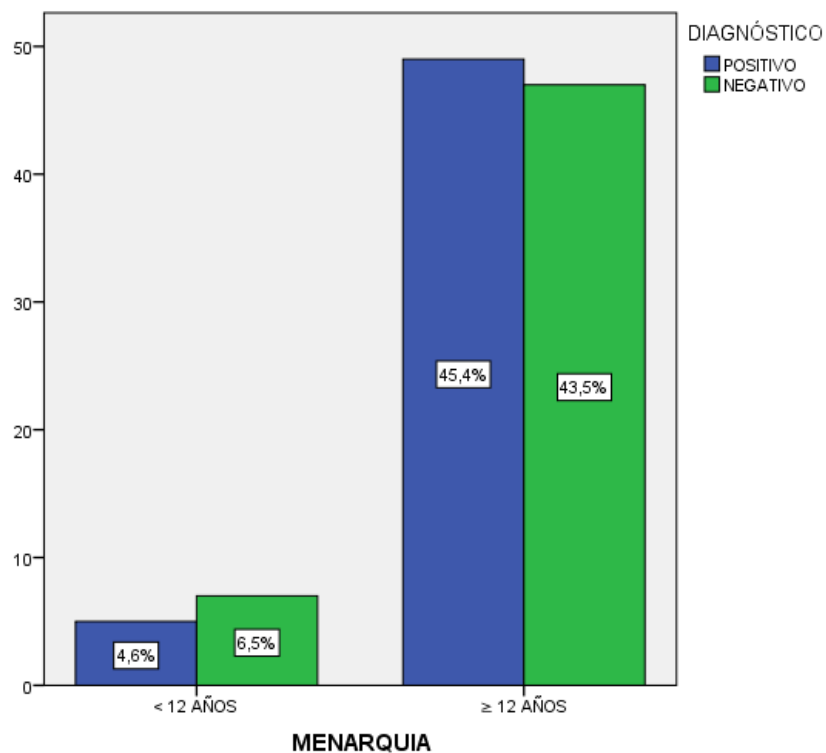
**Interpretación:** En el Tabla N° 3 y el Gráfico N° 2, se observa que de aquellas mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, el 37.0% tuvo un diagnóstico positivo; con un valor chi-cuadrado de 0.545 con un valor  $p > 0.05$ ; y un OR = 1.681 (IC: 95%; 0.739-3.823), no hallándose relación significativa.

**TABLA N° 4: MENARQUIA Y LESIÓN PREMALIGNA**

			DIAGNÓSTICO		Total	Chi-Cuadrado
			POSITIVO	NEGATIVO		
MENARQUIA	< 12 AÑOS	N	5	7	12	X <sup>2</sup> =0.375 p=0.540
		%	4.6%	6.5%	11.1%	
	≥ 12 AÑOS	N	49	47	96	
		%	45.4%	43.5%	88.9%	
Total		N	54	54	108	
		%	50.0%	50.0%	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 3: MENARQUIA Y LESIÓN PREMALIGNA**



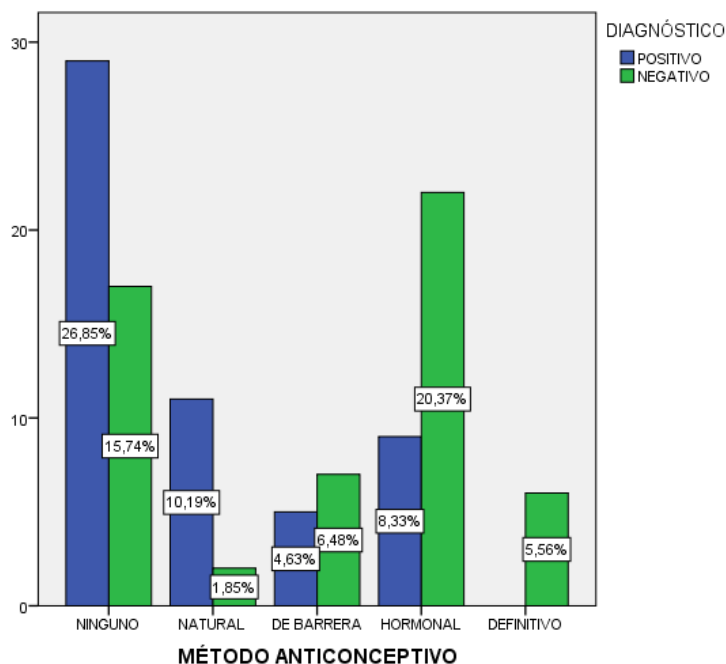
**Interpretación:** En el Tabla N° 4 y el Gráfico N° 3, el 88.9% de todas las mujeres tuvo su menarquia a una edad superior o igual a 12 años; dentro de los cuales el 45.4% tuvo un diagnóstico positivo; con un valor chi-cuadrado de 0.375 con un valor  $p > 0.05$ ; y un OR = 0.685 (IC: 95%; 0.203-2.310), no hallándose relación significativa

**TABLA N° 5: MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y LESIÓN PREMALIGNA**

			DIAGNÓSTICO		Total	Chi-Cuadrado	OR
			POSITIVO	NEGATIVO			
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	NINGUNO	N	29	17	46	X <sup>2</sup> =21.146 p=0.000	4.256
		%	26.9%	15.7%	42.6%		
	NATURAL	N	11	2	13		2.35
		%	10.2%	1.9%	12.0%		
	DE BARRERA	N	5	7	12		1.00
		%	4.6%	6.5%	11.1%		
	HORMONAL	N	9	22	31		2.32
		%	8.3%	20.4%	28.7%		
	DEFINITIVO	N	0	6	6		2.45
		%	0.0%	5.6%	5.6%		
Total		N	54	54	108		
		%	50.0%	50.0%	100.0%		

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 4: MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y LESIÓN PREMALIGNA**



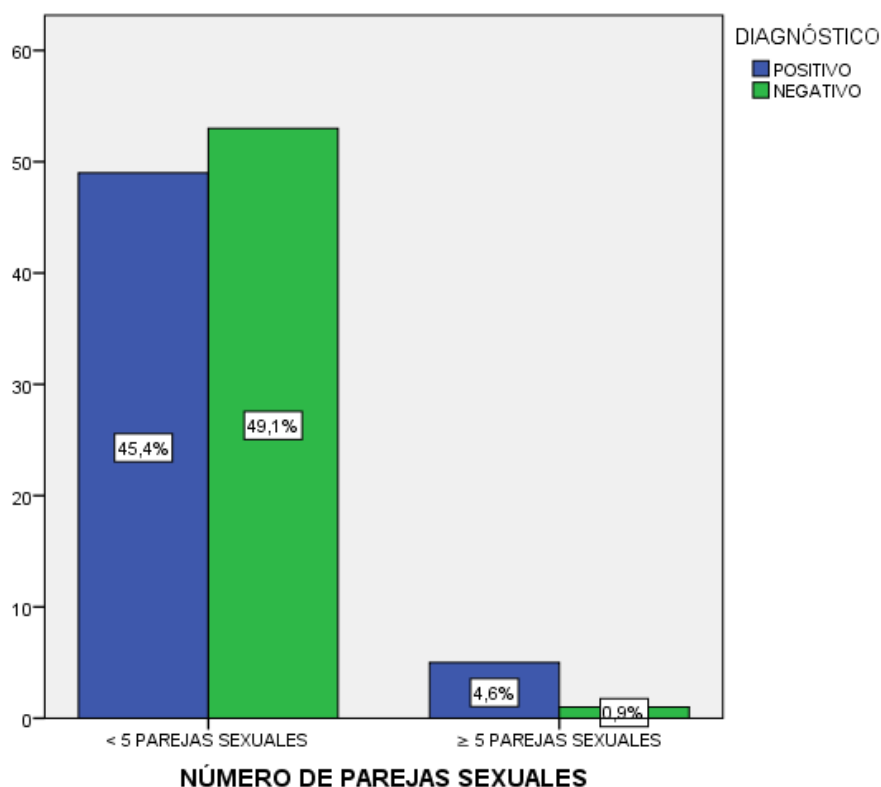
**Interpretación:** En el Tabla N° 5 y el Gráfico N° 4, el 42.6% no utilizaba ningún método anticonceptivo; y se obtuvo un valor chi-cuadrado de 21.146 con un valor  $p < 0.05$ ; hallándose relación significativa.

**TABLA N° 6: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA**

			DIAGNÓSTICO		Total	Chi-Cuadrado
			POSITIVO	NEGATIVO		
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	< 5 PAREJAS SEXUALES	N	49	53	102	X <sup>2</sup> =2.824 p=0.093
		%	45.4%	49.1%	94.4%	
	≥ 5 PAREJAS SEXUALES	N	5	1	6	
		%	4.6%	.9%	5.6%	
Total		N	54	54	108	
		%	50.0%	50.0%	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 5: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LESIÓN PREMALIGNA**



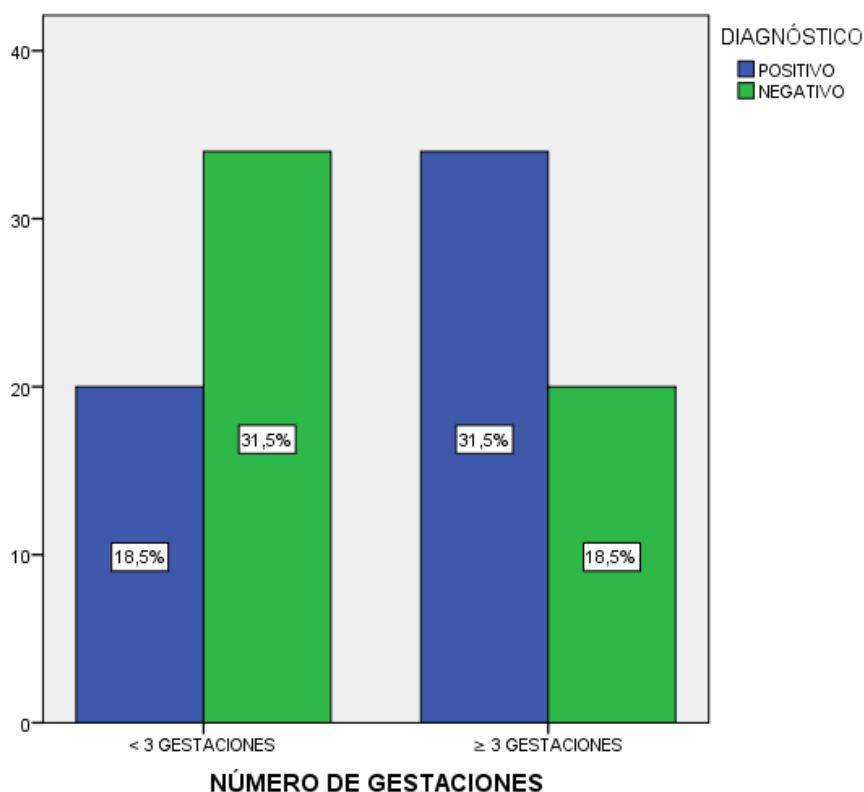
**Interpretación:** En el Tabla N° 6 y el Gráfico N° 5, se obtuvo que el 94.4% tuvieron menos a 5 parejas sexuales, de estos el 49.1% no desarrolló alguna lesión premaligna; se obtuvo un valor chi-cuadrado de 2.824 con un valor  $p > 0.05$ ; y un OR = 0.185 (IC: 95%; 0.021-1.639), no hallándose relación significativa.

**TABLA N° 7: NÚMERO DE GESTACIONES Y LESIÓN PREMALIGNA**

			DIAGNÓSTICO		Total	Chi-Cuadrado	OR
			POSITIVO	NEGATIVO			
NÚMERO DE GESTACIONES	≥ 3 GESTACIONES	N	34	20	54	X <sup>2</sup> =7.259 p=0.007	2.890 IC=95% 1.323-6.311
		%	31.5%	18.5%	50.0%		
	< 3 GESTACIONES	N	20	34	54		
		%	18.5%	31.5%	50.0%		
Total		N	54	54	108		
		%	50.0%	50.0%	100.0%		

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 6: NÚMERO DE GESTACIONES Y LESIÓN PREMALIGNA**



**Interpretación:** En el Tabla N° 7 y el Gráfico N° 6, en la mitad de los casos tuvieron tres gestaciones o más; además, se obtuvo un valor chi-cuadrado de 7.259 con un valor  $p < 0.05$ ; y un OR = 2.890 (IC: 95%; 1.323-6.311), hallándose relación significativa.

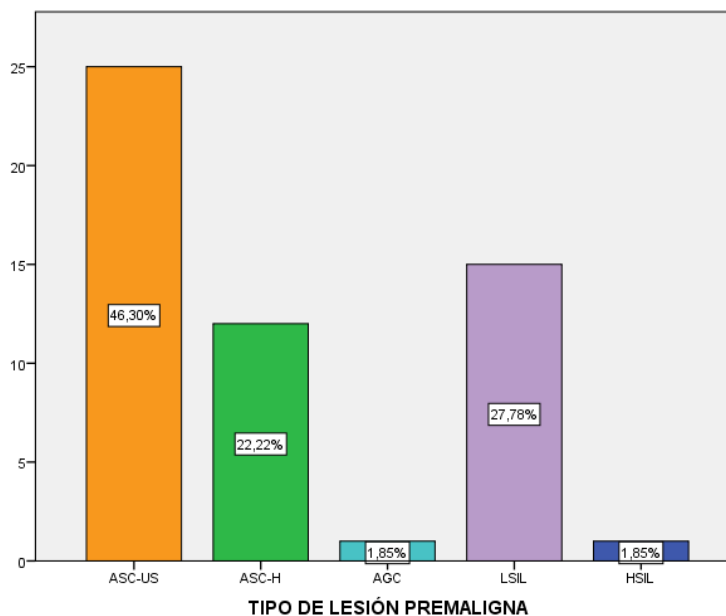


**TABLA N° 8: TIPOS DE LESIÓN PREMALIGNA**

		N	%
TIPO DE LESIÓN PREMALIGNA	ASC-US	25	46.3%
	ASC-H	12	22.2%
	AGC	1	1.9%
	LSIL	15	27.8%
	HSIL	1	1.9%
	Total	54	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**GRÁFICO N° 7: TIPOS DE LESIÓN PREMALIGNA**



**Interpretación:** En la tabla N° 8 y gráfico N° 7, se reportan que la lesión premaligna más frecuente es el ASCUS en un 46.3%, seguido por un 27.8% por las lesiones de bajo grado; siendo el AGC (células glandulares atípicas) y el de alto Grado de 1.9% en ambos casos.

## 4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad la prevalencia de las lesiones premalignas del cuello uterino, afectan a miles de mujeres a nivel mundial, asimismo, es un indicador en aumento en los últimos años, debido a la alta prevalencia de los factores de riesgo, entre los cuales el más conocido es la infección previa por el virus del papiloma humano. Sin embargo, no es la única causa del desarrollo de las lesiones premalignas en cuello uterino; siendo también relevantes datos como los antecedentes obstétricos y ginecológicos; que aún no han sido reconocidos como factores asociados debido a la discrepancia que se da entre los diversos estudios.

En el presente estudio, se encontró que más del 50% de las mujeres tenían una edad superior a los 35 años de edad y presentaron una lesión premaligna en un 36.1% de los casos; además, de estar significativamente relacionado ( $p < 0.05$ ), y datos similares a lo obtenido por Trigozo<sup>5</sup>, Quispe<sup>6</sup> y May-Gonzales<sup>11</sup>, entre los cuales obtuvieron una edad superior a los 31 años de edad, sin embargo en algunos casos se obtuvo que osciló entre 31 y 40 años de edad, hallándose una relación significativa, además de un valor OR: 1.94 y 2.52 en los dos últimos estudios; por otra parte, Altamirano<sup>7</sup>, obtuvo un promedio de edad superior a los 50 años de edad, discrepando con los datos obtenidos por nuestro estudio.

El inicio de las relaciones sexuales cada vez se da en edades más tempranas, entre los cuales más del 60% inició su vida sexual antes de los 18 años de edad, no teniendo una relación significativa con relación al desarrollo de las lesiones premalignas; teniendo datos similares Trigozo<sup>5</sup>, Altamirano<sup>7</sup> y Rodríguez<sup>13</sup>; quienes obtuvieron que en más del 50% iniciaron su actividad sexuales entre los 15 y 19 años de edad, sin embargo, para Quispe<sup>6</sup>, tuvo una relación significativa con respecto a las menores de 16 años hallando un OR= 29,51.

En cuanto a la menarquia, en nuestro caso se halló que el 45.4% se presentó a una edad mayor a los 12 años, no teniendo una relación significativa con el desarrollo de la lesión premaligna, con un  $OR=0.685$ ; obteniendo datos similares a Trigozo<sup>5</sup> y Altamirano<sup>7</sup> obtuvieron que la edad de menarquia oscila entre los 12 y 14 años de edad, no hallando una relación significativa con el desarrollo de lesiones premalignas del cuello uterino.

Los métodos anticonceptivos evaluados fueron los naturales, de barrera y hormonales; el mayor porcentaje no usaba ningún tipo de método anticonceptivo hallándose una relación estadísticamente significativa, con respecto a la presencia de lesiones premalignas; datos diferentes a los obtenidos por Trigozo<sup>5</sup>, y Altamirano<sup>7</sup>; quienes el método anticonceptivo más utilizado es el hormonal, hallando asociación entre esta variable y el desarrollo de la lesión premaligna en cuello uterino. Sin embargo, para Fabian<sup>8</sup>, y Cordero<sup>12</sup>, hallo que la frecuencia fue mayor en el no uso de algún método anticonceptivo.

El número de parejas sexuales superior a 5, no tienen una relación significativa con respecto al desarrollo de lesiones premalignas; dato contrario a lo obtenido por Mahecha<sup>14</sup>, quien obtuvo que en número de parejas entre 6 a 7 tienen una relación significativa con un  $OR= 4.67$ ; sin embargo, para Trigozo<sup>5</sup> y Quispe<sup>6</sup>; quienes obtuvieron una relación significativa con un número de parejas sexuales entre 2 a 3; con un  $OR=16.06$  en el último caso. Además, para May-Gonzales<sup>11</sup>, se halló una asociación entre ambas variables, pero no tuvo un punto de corte de asociación, con un  $OR= 6.20$ .

Asimismo, la multiparidad considerada a un número de gestaciones superior a 3, tuvo una asociación estadísticamente significativa, siendo estos datos similares a los obtenidos por Quispe<sup>7</sup>, Fabian<sup>8</sup> y Rodriguez<sup>13</sup>, quienes

obtuvieron que el número de gestaciones mayores a 3 tenían una relación significativa con respecto al desarrollo de lesiones premalignas.

Por último, se obtuvo que las lesiones más frecuentes son ASC-US (Atipia de células escamosas con significado indeterminado), seguido por las LSIL (lesiones de bajo grado); datos similares obtenidos por estudios realizados por Trigozo<sup>5</sup>, Altamirano<sup>7</sup> y Fabian<sup>8</sup>; entre los cuales en más del 40% de los casos se presentó con displasia leve o lesiones de bajo grado.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre la edad superior a los 35 años y el desarrollo de las lesiones premalignas, con un valor  $p=0.001$ , y es un factor de riesgo que aumenta hasta en 3.782 veces más; y el 56.5% pertenecía a este grupo etario.
- La edad de inicio de las relaciones sexuales es más frecuente en menores a 18 años (68.5%), y no tiene relación significativa con respecto al desarrollo de las lesiones premalignas.
- La menarquia se presentó con mayor frecuencia a una edad mayor a los 12 años de edad (88.9%), y no tiene relación con la presencia de lesiones premalignas.
- Existe relación significativa entre el no uso de métodos anticonceptivos ( $p=0.000$ ), y el desarrollo de las lesiones premalignas; y en más del 40% no utiliza ningún método.
- El número de parejas sexuales inferior a 5 se presentó en un 94.4%, no tiene una relación significativa con el desarrollo de las lesiones premalignas ( $p=0.093$ ).
- Existe relación estadísticamente significativa entre el número de gestaciones superior a 3 (50%), y el desarrollo de lesiones premalignas ( $p=0.07$ ).
- La lesión premaligna más frecuente es el ASC-US (Atipia de células escamosas con significado indeterminado), seguido por las LSIL (lesiones de bajo grado) en un 46.3% y 27.8%, respectivamente.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Es necesario tener mayor consideración en el tamizaje de mujeres con edad superior a los 35 años, que son las más propensas a desarrollar lesiones premalignas.
- Se recomienda la realización de estudios que evalúen a largo plazo si la edad de inicio de relaciones sexuales a una edad temprana tiene alguna relación significativa.
- La menarquia, al no ser hallado como factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas, se recomienda realizar estudios que evalúen la interdependencia con otros factores de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas.
- Fortalecer estrategias sanitarias mediante capacitaciones permanentes al personal de salud que les permita concientizar mejor a las mujeres en el uso de los métodos anticonceptivos, para así disminuir la prevalencia con respecto al desarrollo de las lesiones premalignas.
- Es importante la realización de estudios que evalúen la interdependencia de factores de riesgo con el número de parejas sexuales y el desarrollo de lesiones premalignas.
- Mantener un mayor número de controles prenatales en gestantes que tengan múltiples embarazos, con la finalidad de hacer diagnóstico oportuno de cualquier lesión premaligna que se pueda desarrollar.
- Es necesario realizar pruebas de screening o tamizaje en mujeres con la finalidad de prevenir el desarrollo de lesiones premalignas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llongueras SS, García AMG. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. :144.
2. Guia Tecnica Cancer de Cuello De Utero. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2017 jun.
3. OMS. Cáncer [Internet]. Organizacion mundial de la Salud. 2018 [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Perú, Ministerio de Salud. Analisis de la situacion del cancer en el Peru, 2013. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
5. Trigozo JC, Torres A. Principales factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, octubre 2016 – febrero 2017 [Tesis de grado]. [Tarapoto - Tacna]: Universidad Nacional de San Martin -Tarapoto; 2017.
6. Quispe M, Valencia C, Rodríguez A, Salazar P. Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015. APORTE SANTIAGUINO. 19 de julio de 2018;11(1):81.
7. Altamirano SM, García S. Relación entre los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016 [Tesis de grado]. [Tarapoto - Tacna]: Universidad Nacional de San Martin - Tarapoto; 2017.

8. Fabián YE. Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital de Ventanilla – Callao 2016 [Tesis de grado]. [Lima - Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2017.
9. Ordoñez MP. Factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar La Perla – Callao desde diciembre de 2016 hasta octubre del 2017 [Tesis de Segunda Especialidad]. [Lima - Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2018.
10. Nozar DM, Briozzo L. Cáncer de cuello uterino en Uruguay. Controversias en la prevención. Rev Méd Urug. 2017;33(1):64-70.
11. May-González RY, Romero A. Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales cervicales, Balancán, Tabasco. 2010. 2015;21(2):10.
12. Cordero J, García M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Rev Cienc Med. 2015;21(2):357-70.
13. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(2).
14. Mahecha E, Yaguar S, Calderon G. Factores asociados a lesiones preneoplásicas de cuello uterino en usuarias de la ESE del municipio de Aipe, en el periodo enero a septiembre de 2009. Revista Facultad de Salud. 2015;3(1):37-41.
15. Arévalo BA, Arévalo D, Villarroel C. El cancer de cuello uterino. Rev Med La Paz. diciembre de 2017;23(2).
16. Guías Clínicas AUGE: Cáncer Cérvico Uterino. Santiago - Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2015.



17. Olivera M. Conocimientos, Actitudes y practicas sobre el Papanicolau. [Managua-Nicaragua]: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua; 2016.
18. Ruiz M. Epidemiología del Cáncer en el Perú y en el Mundo. Lima - Perú: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas; 2016.
19. Kose FM, Naki MM. Cervical premalignant lesions and their management. Journal of the Turkish German Gynecological Association. 16 de junio de 2014;15(2):109-21.
20. OPS/OMS. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Suiza: OPS/OMS; 2013.
21. Atashili J, Miller WC, Smith JS, Ndumbe PM, Ikomey GM, Eron J, et al. Age trends in the prevalence of cervical squamous intraepithelial lesions among HIV-positive women in Cameroon: a cross-sectional study. BMC [Internet]. diciembre de 2012 [citado 25 de enero de 2019];5(1). Disponible en: <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-590>
22. Plummer M, Peto J, Franceschi S, ; on behalf of the International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Time since first sexual intercourse and the risk of cervical cancer. International Journal of Cancer. 1 de junio de 2012;130(11):2638-44.
23. Kaplan B, Rabinerson DR, Levavi H, Peled Y, Braslavski D, Neri A. Contraceptive methods and premalignant changes of the cervix. Vol. 13. 1995. 95 p.
24. Abouzeid Z, Abdelsalam T, Hamza MA. Study of cervical cytology in users of progestagen only contraceptives. European Journal of

Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. noviembre de 2016;206:e1.

25. Paramita S, Soewarto S, Widodo MA, Sumitro SB. High parity and hormonal contraception use as risk factors for cervical cancer in East Kalimantan. *Medical Journal of Indonesia*. 1 de noviembre de 2010;268.
26. de Villiers EM. Relationship between steroid hormone contraceptives and HPV, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *International Journal of Cancer*. 1 de marzo de 2003;103(6):705-8.
27. Gawande VV, Wahab SN, Zodpey SP, Vasudeo ND. Age at menarche and risk of cancer cervix. *IJCH*. 1997;9(2).
28. Chan JK, Monk BJ, Brewer C, Keefe KA, Osann K, McMeekin S, et al. HPV infection and number of lifetime sexual partners are strong predictors for 'natural' regression of CIN 2 and 3. *British Journal of Cancer*. septiembre de 2003;89(6):1062-6.
29. Teame H, Addissie A, Ayele W, Hirpa S, Gebremariam A, Gebreheat G, et al. Factors associated with cervical precancerous lesions among women screened for cervical cancer in Addis Ababa, Ethiopia: A case control study. Akinyemiju TF, editor. *PLOS ONE*. 19 de enero de 2018;13(1):e0191506.
30. Moreno MC. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2017;77(1):58-66.
31. Ochoa FJ. Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna. Parte I/III. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014;13(5):308-15.

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**ALUMNO:** Lucas Jara, Elmer Ricardo

**ASESOR:** Dr. Fajardo Alfaro, Víctor Williams

**TEMA:** Factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de Cuello Uterino en mujeres de 20 A 60 años del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - periodo 2017-2018

56

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo de desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Edad	Valor Numérico	Cuantitativa x intervalos	Ficha de recolección de datos
Edad de inicio de relaciones sexuales	Valor Numérico	Cuantitativa x intervalos	Ficha de recolección de datos
Uso de anticonceptivos	Natural/De barrera/Hormonal	Cualitativa / Nominal	Ficha de recolección de datos
Número de parejas sexuales	Valor Numérico	Cuantitativa / Discreta	Ficha de recolección de datos
Edad de menarquia	Valor Numérico	Cuantitativa / Discreta	Ficha de recolección de datos
Numero de gestaciones	Valor Numérico	Cuantitativa / Discreta	Ficha de recolección de datos
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: Lesiones premalignas de cuello uterino</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>N° DE ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Lesiones premalignas	ASC-US/ASC-H/LSIL/HSIL/AGC	Cualitativa / nominal	Ficha de recolección de datos

## ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. EDAD: \_\_\_\_\_
2. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_
3. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: \_\_\_\_\_
4. EDAD DE MENARQUIA: \_\_\_\_\_
5. NÚMERO DE GESTACIONES: \_\_\_\_\_
6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:
  - Natural ( ) \_\_\_\_\_
  - De barrera ( ) \_\_\_\_\_
  - Hormonal ( ) \_\_\_\_\_
7. DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO:
  - ASC-US ( )
  - ASC-H ( )
  - AGC ( )
  - LSIL ( )
  - HSIL ( )

## ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *AGUIÑO DOLONIER SARA.*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE - UPSTB*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *LUCAS JARA ELMER RICARDO*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, y analítico (caso – control).					90%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** (Comentario del juez experto respecto al instrumento).

*ES APLICABLE*

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

90%

Lugar y Fecha: *29* Enero de 2019

*SARA*  
 LIC. SARA AGUIÑO DOLONIER  
 COESPE 23  
 CENTRO DE ESTADÍSTICAS DEL PERU

Firma del Experto  
 D.N.I. N°.....*07498001*  
 Teléfono.....*993083992*

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *FAJARDO ALFARO, Williams*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *JEFE SALA SAN ANTONIO - HOSPITAL 2 DE MAYO*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *FICHA DE RECOLECCION DE DATOS*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *LUCAS JARA ELMER RICARDO*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino.				80	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino.				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, y analítico (caso - control).				80	

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** (Comentario del juez experto respecto al instrumento).

*ES APLICABLE*

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

80%

Lugar y Fecha: *29* Enero de 2019

IGSS - MINSA  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. Fajardo Alfaro, Williams

Especialista en Ginecología y Obstetricia

C.M.P. N° 2377 - R.N.E. N° 9894

Firma del Experto

D.N.I. N° *7419102*

Teléfono *94613202*

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Vera Carpio, Carlos*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Médico Asistente. Serv. Ginecología-Hospital.*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico  *Carlos LANFRANCO LAHOZ*  
 1.4 Nombre del instrumento: *ficha Recolección de Datos.*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *LUCAS JARA, ELMER RICARDO*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino.					85
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino.					85
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, y analítico (caso - control).					85

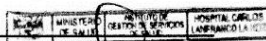
### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: (Comentario del juez experto respecto al instrumento).

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

*ES APLICABLE*

85%

Lugar y Fecha: *29* Enero de 2019



Firma del Experto: *Carlos Vera Carpio*  
 D.N.I. No. *29686243*  
 Teléfono: *958573630*



#### ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ALUMNO:** Lucas Jara, Elmer Ricardo

**ASESOR:** Dr. Fajardo Alfaro, Víctor Williams

**TEMA:** Factores de riesgo del desarrollo de Lesiones Premalignas de Cuello Uterino en Mujeres de 20 A 60 Años Atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – periodo 2017-2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b>  <b>PG:</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo 2017-2018?</p>	<p><b>General:</b>  <b>OG:</b> Determinar los factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz- Puente Piedra en el periodo 2017-2018</p>	<p><b>General:</b>  <b>Hi:</b> Existen factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz- Puente Piedra en el periodo 2017-2018</p>	<p><b>Variable Dependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivo</li> <li>• Negativo</li> </ul> <p><b>Variable Independientes</b></p> <p>Edad</p> <p>Edad de inicio de relaciones sexuales</p> <p>Uso de anticonceptivos</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Edad de menarquia</p> <p>Número de gestaciones</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Específicos:</b>  <b>PE 1:</b> ¿Cuál es la relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?</p> <p><b>PE 2:</b> ¿Cuál es la edad de inicio de las relaciones sexuales y su relación con las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?</p> <p><b>PE3:</b> ¿Cuál es la relación entre la edad de menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?</p>	<p><b>Específicos:</b>  <b>OE 1:</b> Determinar la relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018</p> <p><b>OE 2:</b> Determinar la edad de inicio de las relaciones sexuales y su relación con lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.</p> <p><b>OE3:</b> Determinar la relación entre la edad de la menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018</p>	<p><b>Específicas:</b>  <b>HE 1:</b> Existe relación entre la edad y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018</p> <p><b>HE 2:</b> Existe relación entre edad de inicio de las relaciones sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2017-2018</p> <p><b>HE 3:</b> Existe relación entre edad de la menarquia y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017 -2018</p>	

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADORES
<p><b>PE 4:</b> ¿Cuál es la relación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?</p> <p><b>PE5:</b> ¿Cuál es la relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?</p> <p><b>PE6:</b> ¿Cuál es la relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018?</p>	<p><b>OE 4:</b> Determinar la relación entre el uso de algún tipo de método anticonceptivo y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018</p> <p><b>OE5:</b> Determinar la relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018</p> <p><b>OE6:</b> Determinar la relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018</p>	<p><b>HE 4:</b> Existe relación entre el uso de algún tipo de método anticonceptivo y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Franco La Hoz en el periodo 2017- 2018</p> <p><b>HE 5:</b> Existe relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018</p> <p><b>HE6:</b> Existe relación entre el número de gestaciones y las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017- 2018.</p>	

<p><b>PE7:</b> ¿Cuál es la lesión premaligna más frecuente de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018?</p>	<p><b>OE7:</b> Identificar la lesión premaligna más frecuente de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017-2018.</p>	<p><b>HE7:</b> Existe un tipo de lesión premaligna más frecuente de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo 2017 -2018</p>	
---	--	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>-Nivel:</b> Correlacional.</p> <p><b>-Tipo de Investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuantitativo</li> <li>- Analítico de casos y controles</li> <li>- Observacional</li> <li>- Transversal</li> <li>- Retrospectivo</li> </ul>	<p><b>Población:</b> La población está constituida por las historias clínicas de mujeres de 20 a 60 años 12546 pacientes</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b> Pacientes con diagnóstico citológico de lesión premaligna</p> <p><b>Criterios de exclusión:</b> Pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino por metástasis</p> <p><b>Población Objetivo =</b> 265 pacientes con presencia de lesión premaligna en cuello uterino</p> <p><b>Muestra:</b> 54 casos y 54 controles</p> <p><b>Muestreo:</b> Probabilístico/ aleatorio simple</p>	<p><b>Técnica:</b> SPSS 25.0 el cual se utilizó para el procesamiento de datos</p> <p><b>Instrumentos:</b> Ficha de recolección de datos</p>