

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LESIONES
ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES
EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA
2016 - 2019.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

LOPEZ RENGIFO JORGE

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

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR: Dr. Williams Fajardo Alfaro

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Williams Fajardo Alfaro, asesor, por brindarme su tiempo, enseñanzas y paciencia en la elaboración del presente proyecto. Al Médico - jefe del C.S.M.I. Bellavista Perú-Corea y al jefe del Laboratorio de Citología por la autorización para aplicación de la investigación, así como al personal de admisión archivo por brindarme las facilidades en el acceso a las historias clínicas para la toma de datos y la elaboración de esta tesis.

DEDICATORIA

Dedicado a mi amada Madre y familia, quienes con su permanente apoyo, comprensión y aliento me enseñaron a que lo que uno emprende en la vida se consigue con perseverancia y esfuerzo.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre factores ginecoobstétricos y lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del C.S. Bellavista Perú Corea de 2016 a 2019. **MÉTODO:** Diseño no experimental, correlacional, corte transversal, retrospectiva y de casos-controles. Con 79 casos que tuvieron lesiones escamosas intraepiteliales y 79 controles. **RESULTADOS:** Entre grupo etario y lesiones escamosas no se encontró asociación ($p=0.749$), el 53.2% de 30-59 años tuvieron lesiones precursoras. El 37.34% (59/158) tuvo 1-2 abortos, siendo factor asociado a las lesiones precursoras ($p=0.014$, IC 95% del OR, 1.240-4.650 y OR=2.401). No hubo asociación entre paridad y lesiones escamosas ($p=0.711$). El 66.7% con primer coito <16 años, tuvieron lesiones escamosas, siendo factor asociado a lesiones escamosas ($p=0.025$). El 71.0% de pacientes con andrúa >3 tuvieron lesiones escamosas, determinándose como factor asociado a las lesiones precursoras ($p=0.010$). No se encontraron asociación entre el tipo de método anticonceptivo ni antecedentes de ITS con las lesiones escamosas ($p=0.515$ y $p=0.245$, respectivamente). Hubo asociación estadísticamente significativa entre última toma Papanicolaou y lesiones escamosas ($p=0.016$). **CONCLUSIONES:** Los factores ginecoobstétricos asociados a lesiones precursoras fueron: número de abortos asociación moderada ($p=0.014$, IC 95% 1.240-4.650 y OR=2.401), edad primer coito ($p=0.025$), andrúa ($p=0.010$) y última toma de Papanicolaou ($p=0.016$). **RECOMENDACIONES:** Realización de capacitaciones al personal asistencial, mantener continuidad de profesionales con competencias en el preventorio de Cáncer de Cuello Uterino e incentivar campañas de descarte de cáncer cérvix. **PALABRAS CLAVE:** lesiones escamosas intraepiteliales / Lesiones precursoras premalignas cervicales / Factores de riesgo ginecoobstétricos / Cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the association between gynecologic-obstetric factors and squamous intraepithelial lesions in the Department of Obstetrics of the C.S. Bellavista Peru Korea from 2016 to 2019. **METHOD:** Non-experimental, correlational, cross-sectional, retrospective and case-control design. With 79 cases that had squamous intraepithelial lesions and 79 controls. **RESULTS:** Between the age group and squamous lesions no association was found ($p = 0.749$), 53.2% of 30-59 years had precursor lesions. 37.34% (59/158) had 1-2 abortions, being a factor associated with the precursor lesions ($p = 0.014$, 95% CI of the OR, 1.240-4.650 and OR = 2.401). There was no association with parity and squamous lesions ($p = 0.711$). 66.7% with first intercourse <16 years, had squamous lesions, being a factor associated with squamous lesions ($p = 0.025$). 71.0% of patients with andria > 3 had squamous lesions, being a factor associated with precursor lesions ($p = 0.010$). No association was found between the type of contraceptive method or history of STIs with squamous lesions ($p = 0.515$ and $p = 0.245$, respectively). There was a statistically significant association between the last Pap smear and squamous lesions ($p = 0.016$). **CONCLUSIONS:** The gynecologic-obstetric factors associated with lesions are precursors were: number of moderate association abortions ($p = 0.014$, 95% CI 1.240-4.650 and OR = 2.401), first intercourse age ($p = 0.025$), andria ($p=0.010$) and Last Pap smear ($p=0.016$). **RECOMMENDATIONS:** Training of healthcare personnel, maintain continuity of professionals with competencies in the prevention of Cervical Cancer and encourage cervical cancer discard campaigns. **KEY WORDS:** intraepithelial squamous lesions / Cervical premalignant precursor lesions / Gynecologic-obstetric risk factors / Cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

En el capítulo uno contiene el planteamiento y la formulación del problema: ¿Cuál es la asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea de 2016 a 2019, la justificación del problema desde los enfoques teórico-económico-práctico-legal e investigativa, la delimitación del área investigativa, descripción de las limitaciones que se tuvieron, así como se plantean los objetivos y propósito de la investigación.

En el capítulo dos, se trata sobre el marco teórico describiéndose concisamente los antecedentes bibliográficos en nuestro país y en el extranjero, las bases teóricas en que se tratan temas como epidemiología del cáncer de cérvix, de las lesiones escamosas intraepiteliales, generalidades del cáncer de cuello uterino, conceptos sobre el virus del papiloma humano, historia natural de la enfermedad y de sus lesiones precursoras, clasificación de las mismas y el sistema Bethesda. También se trata sobre los factores ginecoobstétricos y la relación existente con las lesiones precursoras describiéndose cada una de estas asociaciones. Comprende también el marco conceptual, planteándose las Hipótesis, variables y la definición operacional de términos de la investigación.

En el capítulo tres se detalla la metodología de la investigación, señalando el diseño el cual es no experimental, correlacional, corte transversal, el tipo de investigación es aplicada, retrospectiva y de casos-contrroles, se describe que el nivel de investigación es analítico explicativo y con enfoque cuantitativo, se especifica la población que son todas las mujeres con resultado de Papanicolaou en el periodo y lugar de estudio y se hace mención de la muestra que son todos los Papanicolaou con resultados de lesiones precursoras del cáncer cervical. También se incluye en este capítulo la

técnica e instrumento de recolección de datos en que empleamos la revisión de fuentes secundarias (historias clínicas y los formatos con resultados de la citología cervical), en la parte del procesamiento y análisis de los datos análisis estadístico se usó estadística descriptiva mediante el empleo de las correspondientes medidas estadísticas usando frecuencias, porcentajes en las diferentes, tablas y gráficos. Para determinarla la asociación entre variables se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y la estimación del ODDS RATIO (OR), con el cual se cuantificó la magnitud del riesgo en donde se lo encontró, considerándose que hay una significancia estadística si se tiene un valor $P < 0.05$. Se señalan los aspectos éticos que rigieron la presente investigación.

En el capítulo cuatro análisis de los resultados, determinándose en nuestros resultados la distribución de las frecuencias de las lesiones escamosas intraepiteliales y su relación con los factores de riesgo tema de la presente investigación, obteniendo en nuestros resultados asociación estadísticamente significativa para el número de abortos teniéndose una asociación moderada, edad primer coito, andría y última toma de Papanicolaou. Con lo que se realiza la discusión respectiva.

El capítulo quinto trata sobre las conclusiones y recomendaciones, planteándose que se deben priorizar en los grupos poblacionales con los factores asociados descritos en nuestra investigación el tamizaje de lesiones precursoras

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIV
LISTA DE ANEXOS	XV
CAPÍTULO I : EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICO	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICO	5
1.7 PROPÓSITO	6
CAPÍTULO II : MARCO TEORICO	7
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	7
2.2 BASE TEÓRICA	9
2.3 MARCO CONCEPTUAL	20
2.4 HIPÓTESIS	21

2.4.1 GENERAL	21
2.4.2 ESPECÍFICOS	21
2.5 VARIABLES	22
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONALES DE TÉRMINOS	22
CAPÍTULO III : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	26
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
CAPÍTULO IV : ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	28
4.1 RESULTADOS	28
4.2 DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
5.1 CONCLUSIONES	50
5.2 RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1	28
FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRIVCA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019.	
TABLA N° 2	29
GRUPO ETARIO Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019.	
TABLA N° 3	30
NÚMERO DE ABORTOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019	
TABLA N° 4	31
ABORTOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA2016 A 2019	
TABLA N° 5	32
PARIDAD Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019	
TABLA N° 6	33
EDAD DE PRIMER COITO Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019	

TABLA N° 7	34
EDAD DE PRIMER COITO vs LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019	
TABLA N° 8	35
ANDRIA Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019	
TABLA N° 9	36
ANDRIA VS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019	
TABLA N° 10	37
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	
TABLA N° 11	38
ANTECEDENTE DE ITS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	
TABLA N° 12	39
ÚLTIMA TOMA PAPANICOLAOU Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	

TABLA N° 13	40
ÚLTIMA TOMA PAPANICOLAOU VS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	

TABLA N° 14	41
FRECUENCIA DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	31
ABORTOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 – 2020	
GRÁFICO N° 2	33
EDAD DE PRIMER COITO Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	
GRÁFICO N° 3	35
ANDRÍA Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 – 2020	
GRÁFICO N° 4	39
ÚLTIMA TOMA PAPANICOLAOU Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	
GRÁFICO N° 5	41
FRECUENCIA DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1	60
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
ANEXO N° 2	62
INSTRUMENTO	
ANEXO N° 3	63
VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS	
ANEXO N° 4	66
MATRÍZ DE CONSISTENCIA	

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de Cuello Uterino y las lesiones escamosas intraepiteliales siguen siendo un gran problema de salud pública, considerándose como la cuarta causa de morbi-mortalidad en mujeres de todos los grupos etarios a nivel mundial con una cifra de 569,847 casos nuevos y 311,365 fallecidas^{1,2}, muriendo 35 mujeres cada hora en el mundo. A nivel de continentes^{1,2} África tiene las mayores tasas de incidencia y mortalidad, seguidos de América Latina - Caribe (donde es la segunda causa de cáncer después del de mama y colon-recto) contribuyendo con cerca del 10% (9.9%) del total de cáncer de Cuello Uterino del mundo en todas las edades. En Latinoamérica y el Caribe^{1,2}: Bolivia es el país con mayor tasa de incidencia y mortalidad, seguido de Guyana, Paraguay, Jamaica, Surinam, Belice, entre otros.

En el Perú en el 2018¹, el cáncer de Cuello Uterino es el segundo cáncer más diagnosticado en las mujeres (después del cáncer de mama) y la tercera causa de muerte (después del cáncer de estómago y de mamas), diagnosticándose 4,103 casos cáncer de Cuello Uterino y atribuyéndosele 1,836 muertes; falleciendo 5 mujeres por día, teniendo un riesgo acumulado de desarrollar cáncer de 2.42 y de morir en 1.10.

En relación con las lesiones escamosas intraepiteliales a nivel global³ se tienen cifras de prevalencia que están entre 10 al 15% e incidencia de 2,7% en la población femenina en general. En Sudamérica se tienen prevalencias muy variables: en Paraguay³ varían desde 3.39%, a 13.18% y 22.6%, Ecuador^{4,5} de 3.5%-13.8%, Nicaragua⁶ con 1.72% y en Perú^{3,7} de 1.80% - 3.39%. Estas lesiones precursoras son reconocidas como precursoras de neoplasias malignas, también conocidas como neoplasia cervical intraepitelial, las mismas que varían desde una proliferación anormal de atipia celular mínima localizada adyacente a la membrana

basal hasta llegar a abarcar todo el espesor del epitelio, tienen pronóstico variable, pudiendo desaparecer espontáneamente o persistir hasta una neoplasia invasiva.³⁻⁷ Se subdividen en dos grados de acuerdo su extensión y gravedad: Lesiones de bajo grado y alto grado, cuantos más cambios celulares presentan más grave es el pronóstico y progresión a neoplasia maligna cervical.

El principal factor de riesgo para la presencia de las lesiones preinvasivas es la infección por virus de papiloma humano, que actúa como una causa necesaria pero no suficiente^{2,3,7} planteándose que existen cofactores adicionales de diferente índole para el desarrollo y severidad de las lesiones escamosas intraepiteliales²⁻⁸ que involucran una alta carga de morbilidad y costos sanitarios^{9,10}, entre estos cofactores destacan los ginecoobstétricos²⁻⁸, siendo éstos: inicio precoz de relaciones sexuales, antecedente de ITS previa, andría, número de abortos, paridad, tiempo de última toma de Papanicolaou y uso prolongado de métodos anticonceptivos hormonales orales, factores asociados que son reportados en diferentes países a nivel mundial.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuál es la asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea de 2016 a 2019?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿El factor sociodemográfico-Edad está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?
- ¿El número de abortos está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?
- ¿La paridad está asociada a las lesiones escamosas intraepiteliales?

- ¿La edad del primer coito está asociada a las lesiones escamosas intraepiteliales?
- ¿La andría está asociada a las lesiones escamosas intraepiteliales?
- ¿El tipo de método anticonceptivo está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?
- ¿Las infecciones de transmisión sexual están asociadas a las lesiones escamosas intraepiteliales?
- ¿El tiempo desde la última toma de Papanicolaou está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este estudio cuenta con una justificación teórica porque nos va a permitir compilar y resumir la contribución teórica de otros autores que hacen referencia a las variables estudiadas en el presente trabajo, contribuyendo de esta manera a delimitar y conocer aún más sobre la relación entre los cofactores asociados a la aparición de las lesiones escamosas intraepiteliales y su posterior desenlace en el Cáncer Cuello Uterino.

Así mismo, tiene una justificación práctica el ayudar a prevenir este problema al conocer que la realidad de las Lesiones escamosas intraepiteliales como precursoras del Cáncer Cuello Uterino continúa vigente como un problema de salud pública muy vigente en el lugar de estudio y según la teoría revisada a nivel mundial.^{1,2}

De igual manera presenta una justificación económica⁴, porque al conocer la magnitud del problema y sus principales causas ginecoobstétricas ayudara a desarrollar acciones, estrategias y políticas para contribuir a disminuir la gran carga de costos que trae consigo esta neoplasia maligna.

También cuenta con una justificación legal en cuanto que las usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva cuentan con sus derechos

sexuales y reproductivos, siendo uno de estos recibir la mejor y más completa información sobre los riesgos en su salud, derechos que están dentro de la norma técnica de prevención del cáncer ginecológico.

Tiene una justificación investigativa pues los resultados darán pie a que se continúen los estudios en este campo y quizá se puedan estudiar otras variables que acá no se han considerado y en otros grupos de estudio.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial: la presente tesis se realizó en el Consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú-Corea, que se encuentra ubicado en la Urbanización Ciudad del Pescador, Calle 26A Mz. F-5 Zona 2, distrito de Bellavista, Provincia Constitucional del Callao, Lima. Perú. Coordenadas: 12°3'42"S 77°6'24"W
- Delimitación temporal: el proyecto de tesis se realizará durante el periodo del 1° Julio de 2016 al 30 de junio de 2019.
- Delimitación social: la población en estudio serán la totalidad de pacientes a las que les realizaron una prueba de citología y tuvieron un resultado de Papanicolaou positivo, en el Consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú-Corea, siendo 84 para este estudio.
- Delimitación conceptual: el presente trabajo abarca los conceptos de lesiones escamosas intraepiteliales y factores ginecoobstétricos para la formación del Cáncer Cuello Uterino.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Conseguir los datos necesarios para llevar a cabo el estudio demanda de inversión de tiempo dado que el personal de admisión realiza una función muy recargada.
- Algunas historias clínicas no se encontraron ya que habían sido

llevadas para el área de consultorios.

- Demora de la entrega de algunas fichas de resultado de Papanicolaou anormal, a los cuales tuvo que hacersele el seguimiento respectivo en el Laboratorio de Citología de Diresa Callao.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar la asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea de 2016 a 2019.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Establecer la asociación entre el factor sociodemográfico-Edad y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Determinar la asociación entre el número de abortos y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Conocer la asociación entre la paridad y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Determinar la asociación entre la edad del primer coito y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Precisar la asociación entre la andría y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Señalar la asociación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Especificar la asociación entre las infecciones de transmisión sexual y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Establecer la asociación entre el tiempo desde la última toma de Papanicolaou y las lesiones escamosas intraepiteliales.

1.7 PROPÓSITO

El propósito por el que se desarrolla esta investigación es el conocer la asociación que existe entre los factores ginecoobstétricos con la génesis de las lesiones escamosas intraepiteliales como precursoras del cáncer cervical, de esta manera al identificar estas asociaciones no permitirá poder desarrollar e implementar acciones y estrategias que contribuyan a prevenir que aparezcan y progresen.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES NACIONALES:

- ✓ **(Quispe y Valencia, et al. 2018).** Hospital Víctor Ramos Guardia–Huaraz. Los resultados fueron: Edad: > de 35 años, nivel instrucción bajo, estado civil conviviente, lugar de procedencia ámbito rural, primera relación sexual < de 16 años, andría 2 parejas sexuales, infección por el Virus Papiloma Humano, multiparidad, uso de anticoncepción hormonal y antecedentes familiares, presentaron una asociación que resultó significativa con las lesiones precancerosas del cérvix.
- ✓ **(Anicama, 2018).** Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima. La autora encontró que el 75% de nulíparas tuvieron resultado de L.E.I.E.B.G. y el 35% con L.E.I.E.A.G. En el 63.6% de secundíparas se informó como LEIEBG y el 36.4% como L.E.I.E.A.G., las múltiparas con L.E.I.E.B.G. con un 67.4% y el 32.6% con LEIEAG. Los factores de riesgo encontrados fueron: el N° de gestas ($p=0.001$), la andría ($p = 0.015$). Se encontró, además, que el 55.8% inició su actividad sexual < 18 años, de los cuales el 72.1% obtuvo una L.E.I.E. Bajo Grado. y un 27.9% L.E.I.E.A.G., y las pacientes con andría ≤ 3 obtuvieron en su mayoría L.E.I.E.B.G. (65.8%). Los otros casos con andría ≥ 3 tuvieron L.E.I.E.B.G.
- ✓ **(Campos, 2 015).** Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra. Sus resultados indican que en relación a L.E.I.E.A.G. la paridad, el tener abortos y el coito < de 18 años presentan un riesgo, encontró que la edad media de pacientes con LEIEAG fue 40 años y que el diagnóstico citológico anormal más hallado fue: ASCUS 28.99%. Encontró como promedio los 40años para las LEIEAG y que diagnóstico citológico que predominó fue el ASCUS.
- ✓ **(Cosser, 2015).** Liga Contra el Cáncer, Lima. Sus resultados indican que los factores que se asocian a citología anormal son: inicio precoz de RSx

(13-15 años), la andrúa (3 a más), la de Papanicolaou anormal llegó a 1,80%, y en el grupo etario de 15 – 24 años se encontró la mayor prevalencia (3,04%) predominando las LEIEBG y en las de edades de 35 a 49 años predominaron las LEIEAG.

- ✓ **(Capcha, 2018)** Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano. Sus resultados indican que el 66,9% tuvo Papanicolaou positivo, más frecuente fue NIC I con el 44,9%. En las características sociodemográficas la edad de ≥ 40 años (12,5%) fue más frecuente para carcinoma, casado, estudiosos primarios y la ocupación ama de casa. Sobre las características ginecoobstétricas, el carcinoma fue más frecuentemente con menarquía < 13 años, inicio de relac. sexuales < 16 años, ≥ 3 hijos, ≥ 3 parejas sexuales, antecedente de aborto y antecedente ITS.
- ✓ **(Sánchez, 2018)**. Hospital Nacional Hipólito Unanue. La edad más frecuente fue de 32 a 47 años, el 42,4 % tuvo secundaria completa, el 37,9% es conviviente, el 64% es de zona urbana y 35,4% de zona rural 35,4%, la mayoría son de San Juan Lurigancho y del Agustino. En el 65.1% con menarquía a los 12 y 13 años, el 31.3% su primer coito a los 15 años y a los 16 años el 24,7%; el 84,3% con andrúa entre 2 y 3 parejas, el 39,4% tuvo entre 1 a 4 abortos, en paridad las multíparas alcanzan el 59,6%. El 53% desarrolló Lesiones de Grado Bajo, seguido de las de Grado Alto (LEIAG) con 34,4% y ASCUS con 12,6%. El 23.2% su 1er. coito fue a los 15-16 años y desarrollo N.I.C. I. En N.I.C II, el 16,7% a los 14 años fue su primer coito. Pacientes con andrúa de dos el 27,3% presentó NIC I, Andrúa de tres un 12,6% (25); para NIC II fue más frecuente andrúa de tres 16,2%, las mujeres con andrúa cuatro el 1.5% tuvo NIC I, en las multíparas más casos de NIC 1 con un 29,3%, seguido del NIC II con 15,2%, ASCUS alcanzó el 8,6% y NIC 3 el 3%, en gran multípara fueron más frecuentes el NIC II y NIC I con 6,1% y 5,6% respectivamente.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

- ✓ **(Salazar, 2017)**. Ecuador. El autor encontró que la prevalencia de LEIE fue

de 13,8%, los factores asociados fueron: edad >29 años sin infección por virus papiloma, multiparidad con infección por VPH.

- ✓ **(Ruiz y Picado, 2014)**. Nicaragua. Encontró que las lesiones premalignas se presentaron en entre los 20-34 años, en áreas urbana y son amas de casa. En los antecedentes ginecoobstétricos: son multíparas, mayor presencia de LEIEBG, y como factores de riesgo se encontró a precocidad sexual y la infección por el VPH.
- ✓ **(Gallegos, 2017)**. Ecuador. Encontró: que la prevalencia de LEIE fue 3,5%; en el 67,7% hubo cambios asociados inflamación, asociados a infección el 27,9% infecciosos, siendo *Gardnerella vaginalis* la más frecuente con el 55,4%. La edad promedio para los Papanicolaou anormal fue de 31,82 años; el 35,8% están casadas. El promedio de edad durante el primer coito fue de 15,82 años; la andría promedio fue de 1,46; las gestas tuvieron un promedio de 1,53; los ASCUS representaron el 85,7%, el 14,3% tuvo una LEIEBG.
- ✓ **(Velásquez. et al, 2018)**. Paraguay. Determinó que la prevalencia de las lesiones de pre-cáncer de cérvix fue el 13,18%. Las lesiones que más predominaron: A.S.C.U.S. 10,08%; N.I.C. I 2,32%; N.I.C. II 0,77%, especialmente en el grupo de edades entre 25 a 44 años en 70,59%. El 58,8% de las que las presentaron tuvo menarca < 12 años; 76,5% 1era relación sexual < 15 años y un 82,35 % eran gran multíparas.

2.2 BASE TEORICA

Las lesiones escamosas intraepiteliales su posterior evolución al Cáncer de Cuello de Cuello Uterino son un problema de salud pública a nivel mundial dada las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad que producen, así como por su gran carga social, colectiva, familiar y económica que ocasionan.^{1,2,9,10}

A nivel mundial^{1,2} el Cáncer de Cuello Uterino durante 2018 fue la cuarta causa con mayor incidencia y mortalidad por todos los tipos de cáncer en mujeres de todas las edades, llegando a presentarse 569,847 nuevos casos

con 311,365 muertes (7.5%), y acumulando un riesgo de enferma de 1.4 y de 0.77 de morir antes de los 75 años, teniéndose un incremento promedio de 9,500 casos cada año. De mantenerse esta tendencia para el año 2,040¹ tendremos 776,857 nuevos casos y 459 447 muertes fallecerán.

A nivel de continentes^{1,2}: África presenta la tasa más alta con 27.4 x 100 000 mujeres y una mortalidad según edad de 19.7 x 100 000, seguido de América Latina y el Caribe (incidencia de 14.5 x 100 000 y una mortalidad de 6.9 x 100,000). Latinoamérica como tal, contribuye con cerca del 10% (9.86%) del total de Cáncer de Cuello Uterino del mundo en todas las edades, siendo en este continente la tercera causa de cáncer en incidencia y mortalidad. El Perú¹ ocupa el 8° lugar en mayores tasas de incidencia y prevalencia. Según el proyecto de la Internacional Agency Research on Cancer (IARC) y la OMS denominado GLOBOCAN¹, en el Perú el Cáncer de Cuello Uterino es el segundo en incidencia (23.2 x 100 000) en mujeres y la tercera causa de muerte con una tasa de mortalidad del 10.2 x 100 000, en nuestro país⁴ el 2018 se diagnosticaron 4 103 casos de Cáncer de Cuello Uterino, ocurriendo 1 836 muertes, teniendo riesgos acumulados de desarrollar esta neoplasia de 2.4 y de morir en 1.1, falleciendo 5 mujeres cada día.

En relación con las lesiones escamosas intraepiteliales a nivel global³ se tienen cifras de prevalencia que están entre 10 al 15% e incidencia de 2,7% en la población femenina en general. En Sudamérica se tienen prevalencias muy variables: en Paraguay³ varían desde 3.39%, a 13.18% y 22.6%, Ecuador^{4,5} de 3.5%-13.8%, Nicaragua⁶ con 1.72% y en Perú^{3,7} de 1.80% - 3.39%. Estas lesiones precursoras son reconocidas, en diversos estudios, como precursoras de neoplasias malignas conocidas como neoplasia cervical intraepitelial, variando desde una proliferación con atipia celular mínima unto a la membrana basal pudiendo abarcar todo el espesor del epitelio, pudiendo regresionar espontáneamente o persistir hasta una neoplasia invasiva.³⁻⁷ Se subdividen en dos grados de acuerdo su extensión y gravedad: Lesiones de bajo grado y alto grado, cuantos más cambios celulares presentan más grave

es el pronóstico y mayor la probabilidad de progresión a neoplasia maligna cervical.

GENERALIDADES SOBRE EL CUELLO UTERINO

Para comprender a las lesiones escamosas intraepiteliales como precursoras del Cáncer Cuello Uterino es fundamental conocer la anatomía del tracto genital de la mujer y la historia natural de la enfermedad. El cuello uterino^{11,12} se ubica en la parte más inferior del útero, corresponde al tercio inferior del útero adyacente a la vagina, estructuralmente es más fibromuscular y es de forma generalmente cilíndrica, en la mujer no gestante y en la de edad fértil de largo alcanza hasta 3 – 4 cm por 2 – 3 cm de ancho es relativamente móvil con fijación a sus ligamentos (redondo y útero sacro). Histológicamente^{11,12}, tiene dos zonas bien diferenciadas: el endocérvix que está recubierto por un epitelio cilíndrico simple -caracterizado por presentar glándulas endocervicales ramificadas que secreción mucoso- y el exocérvix con epitelio poliestratificado plano o escamoso -igual que el epitelio de la vagina-.

Ambos epitelios, el del endocérvix y el del ectocérvix, al confluir delimitan un área cercana al orificio cervical externo, la **unión escamo cilíndrica**^{11,12}, cuya localización y tamaño cambia con los ciclos reproductivos y de vida de la mujer (por ejm: embarazo- periodos fértiles-menopausia y pubertad-adolescencia-etc. respectivamente).

En el transcurso de estos años de vida reproductiva, el epitelio exocervical tiende a protruir fuera del conducto endocervical siendo expuesto a la acidez vaginal, y como un mecanismo adaptativo cambia a epitelio escamoso, este cambio del epitelio es normal y se le denomina **metaplasia escamosa**^{11,12}, constituyendo posteriormente una segunda unión escamo cilíndrica. En el área que se circunscribe entre estas dos uniones escamo cilíndricas, la original (que es la unión durante la etapa intrauterina de los dos epitelios) y la nueva, se le denomina **zona de transformación**.^{11,12} La importancia de esta región es que en esta región es donde se desarrollan con mayor frecuencia las lesiones escamosas intraepiteliales y el Cáncer de Cuello Uterino.¹¹⁻¹⁶

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

La infección clínica y subclínica de este virus¹⁷, perteneciente a la familia Papilomaviridae, es considerada como la infección de transmisión sexual más frecuente, siendo posible la infección vía el coito o sus variantes. La prevalencia^{17,18} de la infección viral es diferente en distintas partes del mundo, llegando a un rango entre el 10-30% en mujeres jóvenes desde los 20 hasta los 24 años, reduciéndose hasta cifras del 3-10% en mujeres de más edad como en las mayores de 30 años.

Una característica principal de este virus es su predilección por las células epiteliales escamosas que se encuentra en la piel y mucosas de varias estructuras anatómicas como son los genitales externos e internos tanto del hombre como de la mujer (vulva, vagina, útero y sus partes, uretra penénea, pene, mucosa nasofaríngea, esófago, conjuntiva, ano, etc).¹⁸

Existen hasta el momento descubiertos más de 100 tipos de PVH descritos por la OMS¹⁹, de los cuales por lo menos 13 son considerados oncogénicos o también llamados virus de alto riesgo (los serotipos 16, 18, 31, 33, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 y 68).^{11,12,18,19} Hasta en más del 90%¹⁹ de la casuística de pacientes con cáncer de cuello uterino se ha identificado ADN de este virus en las células cancerosas siendo los serotipos 16 y 18 los causantes entre el 70 al 75% de estos casos^{11,19}, otros serotipos como el 31 y 33, 45 y 58 lo son en menor porcentaje.^{11,20} Los tipos de virus considerados de bajo riesgo no están considerados oncogénicos (ejemplo: el 6 y 11) pero la mayoría ocasionan de las verrugas o condilomas genitales.¹¹

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

En la historia natural de esta neoplasia maligna cervical y de sus lesiones precursoras^{2,11,12,17-20} el primer paso es la infección persistente por largo plazo del Virus del Papiloma Humano principalmente por los serotipos oncogénicos, este origen viral ha sido demostrado hasta en 99.7% por la presencia del DNA viral en las células cancerígenas y sus precursoras,^{12,17-20} constituyéndose el

Virus del Papiloma Humano casi en exclusivo en el agente etiológico y es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar el Cáncer Cuello Uterino. La persistencia de infección viral es un factor esencial que determina el riesgo para aparición de las lesiones precursoras, afortunadamente la mayoría de las infecciones son transitoria y casi siempre desaparecen hasta en un 80-90% en el lapso de meses o en 1 – 2 años¹⁷⁻²⁰, incluidas las verrugas de cualquier parte del cuerpo, siendo eliminados por completo probablemente por el sistema inmune mediado por células o son autolimitados o son suprimidos mantenidos en forma de latencia a largo plazo.

Es así que la evolución natural de la infección^{17,19} no solo depende de la persistencia sino también fundamentalmente del tipo de virus, del estado inmunológico de la paciente y de su edad, del 20-30% de las mujeres entre los 20 y 24 años de edad está infectada pero que en su mayoría desaparecerá, la prevalencia baja al 3-10% en las > 30-35 años donde por lo general lesión persiste y progresa produciendo las lesiones escamosas intraepiteliales.^{12,17}

El Virus del papiloma para ingresar aprovecha las micro lesiones que por distintos factores se producen en el aparato genital femenino, infectando las células de la capa basales y parabasales del epitelio metaplásico por el mecanismo de endocitosis, inyectando y replicando su genoma de DNA ya incorporado a la célula hospedera produciendo múltiples copias (que pueden llegar a 50-100 copias).^{11,12,17} Esta replicación depende de que se expresen las proteínas virales E1 y E2 que ocasionan que su ADN persista como una estructura de replicación autónoma extra cromosomal o episoma y de esta manera sea más eficiente la separación de los ADN cuando se divide. El proceso de diferenciación celular normal y la obtención de un epitelio metaplásico maduro tiende a detenerse como consecuencia de la expresión de las proteínas virales E6 y E7 y de la pérdida del control del crecimiento normal.¹⁷ Al terminar la división de la célula infectada una de las células fruto de esta división se mantiene en la capa basal epitelial mientras tanto la otra célula hija empieza su diferenciación en la capa superior del epitelio¹⁷, donde se concentran más las partículas virales.

Los serotipos virales más comunes de infección incluyen al 16, 18, 31, 33 y 51; siendo las más frecuente y de más potencia oncogénica el serotipo 16.^{11,12,17-19,20} Aproximadamente el 5-15% de las mujeres se infectan cada año con cualquiera de los tipos de los serotipos de alto riesgo. De persistir la infección^{11,12,17-20}, va a pasar a un periodo muy lento (>10 a 20 años antes del cáncer) infectándose la paciente mayoritariamente en edades tempranas por los serotipos de alto riesgo, la media de la duración de la infección no varía con la edad, y desarrollándose las llamadas lesiones escamosas intraepiteliales como entidad precancerosa principalmente en la zona de transformación del cuello uterino.^{11,12}

LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES

Conocidas también como Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (N.I.C.), son lesiones que se originan por cambios indiferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cérvix (anomalías nucleares como núcleos agrandados, hipercromáticos y con polimorfismos, membrana nuclear con irregularidades, también cuerpos mitóticos y coilocitos que son inclusiones citoplasmáticas) lo que deriva mayoritariamente de la infección persistente por el virus del papiloma humano, a predominio de los serotipos de tipo oncogénico, infección que interfiere en las funciones normales de las células cervicales¹¹ que con el paso de los años progresan en gravedad y ocasionan las características alteraciones citológicas en el epitelio del cuello uterino distribuidas en diferentes niveles del espesor del tejido escamoso, anomalías consideradas como precursores del cáncer cervical.^{2,11,12,17-21}

CURSO NATURAL DEL PROGRESO DE LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES

Afortunadamente el desarrollo del cáncer cervical es poco frecuente comparado con la alta prevalencia de infección al virus del Papiloma, esto debido a la mayor parte de las lesiones precursoras de bajo grado están presentes transitoriamente ya que tienden a desaparecer o no progresan,^{11,12}

lo contrario ocurre con las lesiones de grado alto en las que es más probable que progresen a neoplasia maligna invasora, pudiendo algunas lesiones mantenerse o involucionar.^{3,11,12} Como ya se mencionó el tiempo promedio para que estas lesiones lleguen a cáncer oscila entre 10-20 años, tiempo suficiente para su diagnóstico precoz. Actualmente se plantea que el iniciador directo del cáncer de cuello uterino sería directamente la displasia de alto grado, sin que progrese en secuencia de menos a mayor severidad, pudiendo avanzar a cáncer de cervical durante un período de hasta 10 años.¹⁷

Se han estimado **tasas de regresión, persistencia y progresión a un estadio más avanzado o cáncer invasor de las lesiones precursoras**¹²: la probabilidad de regresión del N.I.C. 1 llega hasta el 57%, N.I.C. 2 un 43% y N.I.C. 3 el 32%; pero es más persistente la lesión cuanto más severa es, así que el N.I.C. 1 persistiría en un 32%, el N.I.C. II hasta en el 35% y para N.I.C. 3 es del 56%. El N.I.C. 1 puede progresar al estadio N.I.C. III en el 11% de los casos y el N.I.C. 2 tiene el 22% de posibilidades de progresar a N.I.C. 3. En cuanto a las probabilidades terminar en un carcinoma invasor es baja para los N.I.C. 1 y 2, siendo del 1% y del 1,5% respectivamente, incrementándose notoriamente cuando se trata de un N.I.C. 3 llegando a un 12%.¹²

Si nos referimos a anomalías citológicas, tal cual se informa en las pruebas de tamizaje como en la prueba de Papanicolaou¹², tenemos que las anomalías denominadas como ASCUS regresionan a la normalidad a los 2 años en un 68.2%, mientras que las lesiones escamosas intraepiteliales de grado bajo lo hacen hasta un 47.4%, siendo las de alto grado las que menos probabilidades de regresión tienen llegando a un 35.0%. Lo contrario ocurre con las probabilidades de progresión a estadios más graves, siendo que para los ASCUS para progresar en el mismo lapso a una lesión de grado alto llega a un 7.1%, incrementándose notoriamente la posibilidad de que en dos años una lesión de grado bajo progrese a lesión escamosa intraepitelial de grado alto llegando a un 20,8%, siendo la persistencia de una lesión de grado alto de un 23,4%. Las probabilidades de progresión a cáncer invasor en este mismo lapso para ASCUS, lesiones de bajo y alto grado llegan a un 0,3%,

0,2% y 1,4% respectivamente. En general¹², las probabilidades de regresionar para cualquier tipo de lesión neoplasia precursora es del 45%, de persistencia es del 31% y pueden progresar hasta un estadio más agresivo hasta en un 23%.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS

Las alteraciones del epitelio cervical se detectan oportunamente identificando las lesiones precancerosas mediante la prueba de Papanicolaou, entre otros medios de diagnóstico.

Desde el punto de vista histológico^{11,12,17}, se clasifican en:

- N.I.C. I: displasia leve
- N.I.C. II: displasia moderada
- N.I.C. III: displasia severa y carcinoma in situ

Desde el enfoque Citológico, podemos clasificarlas en^{11,12,17}:

- Lesión escamosa intraepitelial de grado bajo (LEIBG): incluyen la infección por el virus papiloma humano y al N.I.C. I o displasia leve
- Lesión escamosa intraepitelial de grado alto (LEIAG): incluyen a corresponden N.I.C. II o displasia moderada y N.I.C. III o displasia severa.

Cuando las alteraciones citológicas proliferan únicamente en el tercio inferior del epitelio cervical constituyen las lesiones escamosa intraepitelial de grado bajo, pero si estos cambios celulares progresan en espesor llegando a afectar los dos tercios inferiores y si posteriormente las alteraciones nucleares afectan la mitad o todo el grosor del epitelio sin traspasar la membrana basal constituyen estas dos últimas entidades pertenecen al grupo de las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.^{11,12}

SISTEMA BETHESDA

El Sistema de Bethesda se creó en la década los ´90 por el Instituto Nacional del Cáncer de los E.E.U.U., y modificado el 2001. Fue establecido para

uniformizar los sistemas de informes citológicos de los resultados de exámenes de Papanicolaous. Es actualmente la clasificación recomendada por la O.M.S. y usada actualmente en todo el país y nuestro medio.

En el Sistema de Bethesda del 2001^{11,12}, las células atípicas se clasifican en A.S.C.U.S. (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y A.S.C.-H. (células escamosas atípicas: no se descarta lesión intraepitelial escamosa de grado alto). Las N.I.C.2, N.I.C.3 -o sus equivalentes de displasia moderada y severa, respectivamente- y el Carcinoma in situ (C.I.S.) se reúnen en un grupo, denominado lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. La N.I.C. 1, y la infección por el viral del papiloma humano se reúnen bajo la denominación lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

Bethesda, comprende lo siguiente:

Calidad de la muestra

Satisfactoria para evaluación (con o sin células endocervicales);

Insatisfactoria para evaluación (inadecuada o insatisfactoria).

Interpretación y resultados

1. Negativo a lesiones intraepiteliales o malignidad

Cambios causados por infección de organismos: Tricomonas vaginalis, Candida, Vaginosis bacteriana, Actinomyces, virus del herpes simple.

Otros resultados no neoplásicos asociados a:

- cambios celulares reactivos asociados a: inflamación (leve, moderada o severa), radiación, DIU, células glandulares poshisterectomía o a atrofia.

2. En células epiteliales escamosas:

En células escamosas:

- células escamosas atípicas (A.S.C.)
 - de significado indeterminado (A.S.C.U.S.)
 - no es posible descartar lesión de grado alto (A.S.C.-H.)
- lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L.S.I.L.): infección por PVH y displasia leve (N.I.C. 1)
- lesión escamosa intraepitelial de grado alto (H.S.I.L.): N.I.C. 2, 3 y C.I.S.
- carcinoma escamocelular.

En células glandulares:

- células glandulares atípicas (A.G.C.) (intracervicales, del endometrio, o no especificadas)
- células glandulares atípicas, sospechosas de neoplasia (intracervicales o no especificadas)
- adenocarcinoma endocervical in situ (A.I.S.)
- adenocarcinoma.

3. Otras: existencia de células del endometrio en ≥ 40 años de edad, B. Doderlein, leucocitos, histiocitos, hematíes y citólisis.

Dado que se necesita que transcurra un largo plazo entre la infección viral inicial y la evidencia de enfermedad, y de que sólo un porcentaje de estas lesiones precursoras avancen a Cáncer Cuello Uterino^{13,18}, esto deja implícito que se requieren la existencia de cofactores de riesgo asociados, para la progresión de LEIE a cáncer invasor.^{2-8,11-22}

FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTETRICOS Y RELACIÓN CON LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES PRECURSORAS DEL CÁNCER DE CÉRVIX

Identificar los factores de riesgo ginecoobstétricos es fundamental en la prevención del CCU ya que nos ayuda a conocer mejor cuáles son esas asociaciones para así identificar a las poblaciones más vulnerables y de esta manera poder desarrollar políticas, actividades efectivas y eficientes que ayuden a disminuir los casos de CCU.

Como ya se mencionó, es conocido en múltiples investigaciones el papel que juega el VPH de alto riesgo en la génesis de las lesiones escamosas intraepiteliales y del Cáncer de Cérvix, necesitando la persistencia de la infección para tal fin, situación se ve favorecida por diferentes circunstancias que también ya comentamos, que son los llamados cofactores de riesgo: epidemiológicos, sociodemográficos, culturales, genéticos, ginecoobstétricos, etc. que hacen que para unas mujeres y otras sigan o no al paso siguiente

que es el cáncer.

Entre los principales están reconocidos los factores ginecoobstétricos^{2-8,11-22}, siendo:

- **El inicio temprano de las relaciones sexuales:** la edad del primer coito es un factor de riesgo muy importante en la génesis Cáncer de cervical y está directamente relacionado a cuanto más precoz sea el inicio del primer coito (más cercano a la menarquia) más posibilidades de contraer el VPH y a que en los adolescentes los tejidos cervicouterinos son propensos al efecto de agentes carcinógenos.
- **Andría:** está directamente relacionado con más posibilidades para desarrollar lesiones intraepiteliales, esto está asociado con el riesgo infección por el VPH y otras infecciones sexuales que allanan el camino al cáncer.
- **El número de abortos:** también se explica probablemente a la mayor exposición al VPH a través del coito.
- **Multiparidad:** probablemente influya por aumento del estrógeno y más por la progesterona al mantener eversión prolongada de la zona de transformación hacia el exocervix facilitando la infección por el virus del papiloma humano, otras causas serían las inmunológicas por el estado inmunosupresor, nutricionales, traumatismos del cuello uterino durante el parto en especial del labio anterior donde es más frecuente encontrar cáncer, siendo esto último el más importante.
- **Número de gestaciones:** influiría a consecuencia de las modificaciones en las hormonas generados por el embarazo (altos valores de estrógeno y progesterona) que originan eversión del epitelio endocervical al exocervix condicionando mayor posibilidad infección viral, además de que a más temprana edad se inicia con el primer embarazo también aumentan las posibilidades de infección.
- **El uso de métodos anticonceptivos:** es un cofactor que está asociado a progresión-persistencia del virus en el hospedero. Los anticonceptivos orales combinados favorecen la eversión de la zona de transformación lo

que facilita la exposición de dicho epitelio susceptible al VPH, además de que al estar ya usando un anticonceptivo las mujeres usualmente no usan preservativos y eso facilitaría también la infección VPH. El riesgo tiene una relación directa a los años de uso (casi el doble en > 5 años, y más del doble luego de >10 años de uso), posiblemente al favorecer la expresión de las proteínas E6 y E7 de los virus de riesgo alto y del receptor estrogénico.

- ***El tiempo desde la última toma de Papanicolaou:*** asociado a que al tener la persistencia de la infección o persistir su riesgo de infectarse con el virus del Papiloma aumentan al no detectarse oportunamente mediante la citología cervical.
- ***Antecedente de infecciones de transmisión sexual:*** en referencia a que algunas infecciones de transmisión sexual estarían asociadas al aclaramiento viral y a la persistencia viral.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- ***LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES:*** Representa aquellos cambios no típicos en las células escamosas del cuello uterino.
- ***CÁNCER DE CUELLO UTERINO:*** Es el crecimiento anormal e incontrolado de las células del Cérvix.
- ***EXAMEN DE PAPANICOLAOU:*** conocido también como citología cervical. Es un examen auxiliar de tamizaje de lesiones precursoras y de neoplasia maligna. Se obtienen muestras de ambos epitelios, para detección de lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino.
- ***CUELLO UTERINO O CÉRVIX:*** Es un segmento del útero, ubicado en el 1/3 inferior del mismo, mide de 3-4 cm de largo y 3 cm de diámetro, cuenta un conducto interno con dos orificios interno y externo, tiene dos tipos de epitelio, el columnar (endocérvix) y es escamoso (ectocérvix).
- ***DISPLASIA LEVE, MODERADA, SEVERA O NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL I, II, III (N.I.C. I, II, III):*** Términos considerados sinónimos. Se refiere a las alteraciones citológicas del epitelio escamoso en relación con cuanto compromete su grosor: leve

o N.I.C. 1, si abarca el 1/3 inferior del epitelio, moderada o N.I.C. 2 si compromete los 2/3 inferiores del epitelio. Es severa o N.I.C. 3 si se desarrolla en la todo el grosor del epitelio. A más gravedad regresionan en menor porcentaje.

- **FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTÉTRICOS:** característica, exposición o conducta de una persona vinculados a su conducta sexual que agrandan la probabilidad de desarrollar lesiones precursoras y el cáncer cervical.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea. 2016 a 2019.

2.4.2 ESPECÍFICAS

- Existe asociación entre el factor sociodemográfico-Edad y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Existe asociación entre el número de abortos y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Existe asociación entre la paridad y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Existe asociación entre la edad del primer coito y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Existe asociación entre la andría y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Existe asociación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones escamosas intraepiteliales.
- Existe asociación entre las Infecciones de transmisión sexual y las

lesiones escamosas intraepiteliales.

- Existe asociación entre el tiempo desde la última toma de Papanicolaou y las lesiones escamosas intraepiteliales.

2.5 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTETRICOS.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• N° abortos• Paridad• Primer coito• Andría | <ul style="list-style-type: none">• Tipo de método anticonceptivo• Antecedente ITS• Tiempo de realización desde el ultimo PAP |
|--|---|

VARIABLE DEPENDIENTE:

Lesiones escamosas intraepiteliales: Tipo: Cualitativa dicotómica

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES: son alteraciones citológicas de distinta índole que se desarrollan en el epitelio escamoso del cuello uterino en la gran mayoría de casos debido a la persistencia del virus papiloma de alto riesgo.

FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTÉTRICOS: cualquier característica, exposición o conducta personal de las mujeres en general dependiente de la conducta sexual que aumentan la posibilidad de sufrir de cáncer cervical, una enfermedad o lesión.

- ✓ Abortos: pérdida de todo embarazo < 22ss.
- ✓ Parto: expulsión de un producto de gestación ≥ 22 ss y >500 g viable o no.
- ✓ Primer coito: Edad en años en que tuvo su 1era RS hasta la fecha del Pap

- ✓ Andría: N° de parejas sexuales hasta el momento de la toma de Pap
- ✓ Método anticonceptivo: Tipo de Mac usado actualmente para evitar un embarazo.
- ✓ Antecedente de infección de transmisión sexual: Infección adquirida por vía sexual previo o actual al momento del Pap
- ✓ Realización último Papanicolaou: Tiempo de haberse realizado el último Pap previo al estudio.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio presenta un diseño no experimental, correlacional y de corte transversal.²³

Según el control de la asignación es observacional o no experimental, debido a que a las personas no se les aplicó nada. Las variables de estudio no fueron manipuladas o controladas por el investigador, simplemente se observaron, describieron y analizaron los resultados que se han obtenido durante el periodo de estudio.

Según su finalidad, el estudio fue correlacional ya que se evaluó la relación entre las variables de estudio (factores ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales) en las pacientes y lugar de estudio.

Según el seguimiento, es de corte transversal porque la recolección de datos solo se realizó en un periodo determinado, no habiendo seguimiento.

La unidad de investigación es el individuo, según la unidad de análisis.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación tipo aplicada, retrospectiva y de casos y controles²³.

Según el inicio estudio en relación cronología es retrospectivo, porque es una investigación donde la dirección temporal es hacia atrás, posterior a los hechos estudiados obteniéndose los datos de formatos de toma Papanicolaou en C. S. Materno Infantil Perú Corea – Bellavista durante el periodo de julio 2016 a junio de 2019.

Es de casos y controles, porque se hace la comparación de dos grupos de personas: el grupo de casos que presentan a los factores asociados y desarrollaron la enfermedad en particular y el otro formado quienes aun estando expuestos a los factores posiblemente asociados a la enfermedad

motivo de la investigación, no desarrollándola.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Analítico correlacional y con enfoque cuantitativo.²³

Según su finalidad, el estudio fue analítico correlacional porque se evalúa la asociación entre las variables de estudio en las pacientes, momento y lugar de estudio.

Es cuantitativo, porque los resultados se expresarán en cantidades y porcentajes y se usará como instrumento el formato de Papanicolaou.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

LA POBLACIÓN estuvo constituida por todos resultados de los estudios de citología cervical (toma de Papanicolaou) durante el periodo del 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2019, constituyendo un total de 3,752.

LA MUESTRA, que luego de pasar los criterios de inclusión y exclusión, constituyó 158 resultados de Papanicolaou, teniéndose: **79 Papanicolaous positivos como los casos** (representando, la totalidad de los resultados positivos en el periodo y lugar del estudio) **y se tomó como controles 79 Papanicolaous negativos.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS CASOS

- Pacientes en quienes se haya realizado examen de Papanicolaou, en el lugar de estudio.
- Pacientes con resultado de Papanicolaou positivo.
- Pacientes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú-Corea, durante el periodo comprendido entre julio de 2016 a junio de 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LOS CASOS

- Pacientes con historia clínica inaccesible o incompleta

- Pacientes gestantes
- Pacientes con carcinoma epidermoide o adenocarcinoma.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS CONTROLES

- Pacientes en quienes se haya realizado examen de Papanicolaou, en el lugar de estudio.
- Pacientes con resultado de Papanicolaou negativo.
- Pacientes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú-Corea, durante el periodo comprendido entre julio de 2016 a junio de 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LOS CONTROLES

- Pacientes con historia clínica inaccesible o incompleta
- Pacientes gestantes
- Pacientes en quienes se haya realizado examen de Papanicolaou, en otro establecimiento de salud.

MUESTREO: Fue no probabilístico por conveniencia de estudio.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el consentimiento del jefe del C.S. Materno Infantil Bellavista – Perú Corea y del encargado del Servicio de Estadística del establecimiento, se empleó la observación de fuentes secundarias como técnica de recolección, que consistió en la revisión de historias clínicas para la obtención de los formatos de resultados Papanicolaou de las mujeres atendidas en el C.S. Materno Infantil Bellavista – Perú Corea durante el periodo de investigación de julio 2016 a junio 2019, para la cual se elaboró como instrumento una ficha para recolectar datos. La totalidad de los ítems son obtenidos directamente de los formatos de resultados de la toma de Papanicolaou.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de la recolección de datos donde se usó el instrumento de recolección de datos, creado para tal fin, mediante la observación de fuentes secundarias siendo estos los formatos de resultados de Papanicolaou, se procedió a la creación de base de datos en Excel donde se transcribió la información recolectada.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se tomaron de nuestra de base de datos en donde se consignaron todos los puntos a investigar. Para el análisis estadístico se empleará la estadística descriptiva mediante el uso las correspondientes medidas estadísticas de frecuencias, porcentajes, tablas y gráficos, usando el programa SPSS 20.0 versión Windows. Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizarán la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y el cálculo del ODDS RATIO (OR), que permitió cuantificar la magnitud del riesgo. Se consideró que hubo significancia estadística si el valor $p < 0.05$

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación contará con el respectivo permiso del jefe del establecimiento de salud. Así mismo, se respetarán los principios éticos, cuidando de la Confidencialidad de los datos personales del paciente, no consignando ningún dato sobre ellos y ni de sus resultados de exámenes de Papanicolaou ya que se codificarán los números de historias clínicas. Se plantea como Beneficio al paciente y a la población en general el aportar en la identificación de factores asociados al desarrollo de las lesiones precursoras a fin de contribuir en el desarrollo de actividades para su prevención en concordancia con el principio ético de Justicia. ***El autor declara NO TENER ningún conflicto de intereses en la presente investigación.***

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N°1

FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019

Abortos	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	OR	IC AL 95% OR	
	SI		NO						Inf	Sup
	N	%	N	%						
Si	38	63.3	22	36.7	60 (100.0)	6,879	0.014	2.401	1.240	4.650
No	41	41.8	57	58.2	98 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

Edad 1er coito	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	OR	IC AL 95% OR	
	SI		NO						Inf	Sup
	N	%	N	%						
<16	20	66.7	10	33.3	30 (100.0)	4.115	0.042	2.339	1.015	5.39
≥16	59	46.1	69	53.9	128 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

Andria	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	OR	IC AL 95% OR	
	SI		NO						Inf	Sup
	N	%	N	%						
1	16	35.5	29	64.5	45 (100.0)	5.251	0.0219	0.438	0.214	0.895
≥2	63	55.8	50	44.2	113 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

Últ. toma PAP.	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	OR	IC AL 95% OR	
	SI		NO						Inf	Sup
	N	%	N	%						
Actual-<1a	30	68.2	14	31.8	44 (100.0)	8.064	0.0045	2.843	1.36	5.93
≥1 año	49	43.0	65	57.0	114 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 1: se resumen las variables con significancia estadísticas hallados en el presente estudios. Se asociación estadística con los antecedentes siguientes: abortos, teniéndose que dicho antecedente ocasiona 2.4 veces más posibilidad de desarrollar las lesiones precursoras. La edad de primer coito <16 años confiere la posibilidad de desarrollar lesiones escamosas en 2.3 veces más que las pacientes que tuvieron su primer coito después de los 16 años. Respecto a la andría, el valor del Odds Ratio encontrado fue 0.438, es decir, la andría igual a 1, resultó un factor protector para el desarrollo de las lesiones precancerosas. En cuanto al tiempo de la última toma de Papanicolaou, al agruparlo toma actuar-menor 1 año y en ≥ 1 año, se tuvo que el valor del Odds Ratio resultó 2.843, es decir, las pacientes con ultima toma Papanicolau <1 tienen 2.8 veces más posibilidades de desarrollar lesiones precancerosas que aquellas que no presentan dicho factor de riesgo. La fuerza de asociación entre dichas variables resultó de nivel moderad.

TABLA N° 2
GRUPO ETARIO Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019

GRUPO ETARIO	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
18 a 29	36	51.4	34	48.6	70 (100.0)	1.161	0.749
30 a 59	42	48.3	45	51.7	87 (100.0)		
60 a mas	1	100.0	0	0.0	1 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 2: se observa que de 70 pacientes de los casos y controles en el grupo etario de 18-29 años el 51.4% sí presentó lesiones escamosas vs al 48.6% que no desarrollo dichas lesiones. En el

grupo etario de 30-59 años el 48.3% (de 87) sí presentó lesiones escamosas y el 51.7% no desarrollo las desarrolló.

En relación con el objetivo específico N° 1: Establecer la asociación entre el factor sociodemográfico-edad y las lesiones escamosas intraepiteliales, no se encontró asociación entre edad de las pacientes que acuden al servicio de Obstetricia del centro de salud materno infantil Bellavista Perú Corea y las lesiones escamosas intraepiteliales. ($\chi^2=1.161$ menor a lo esperado, al IC: 95%, por lo que $p=0.749$).

TABLA N°3
NÚMERO DE ABORTOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES
EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019

ABORTOS	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X2	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
Ninguno	41	41.8	57	58.2	98 (100.0)		
1 a 2	37	62.7	22	37.3	59 (100.0)	7.426	0.014
3 o Mas	1	100.0	0	0.0	1 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158(100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

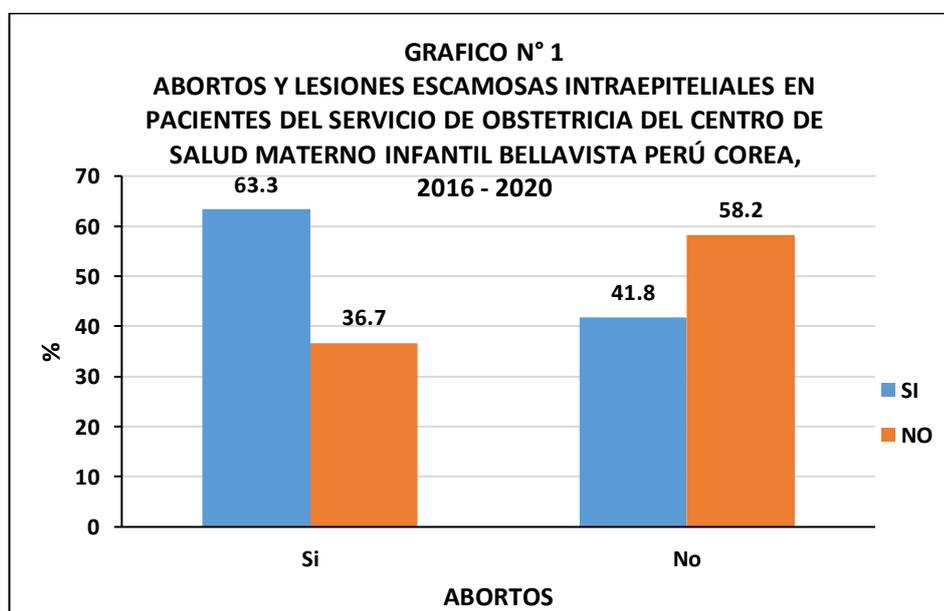
Interpretación: en la Tabla N° 3, el menor porcentaje de lesiones escamosas intraepiteliales correspondió a pacientes sin antecedentes de aborto con el 41.8%, mientras que para pacientes con antecedentes de 1 a 2 abortos el porcentaje fue del 62.7%. Solo se presentó una paciente con más de 3 abortos que también presentó lesiones escamosas intraepiteliales.

En relación con el objetivo específico N° 2: Determinar la asociación entre el número de abortos y las lesiones escamosas intraepiteliales, las diferencias encontradas en la Tabla N° 2 resultaron estadísticamente significativas ($p=0.014$).

TABLA N°4
ABORTOS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE
SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA
2016 A 2019

Abortos	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	IC AL 95% OR		
	SI		NO					OR	Inf	Sup
	N	%	N	%						
Si	38	63.3	22	36.7	60 (100.0)	6,879	0.014	2.401	1.240	4.650
No	41	41.8	57	58.2	98 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou



FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 4 y Gráfico N° 1, observamos que el 63.3% de las pacientes, con antecedentes de aborto, que acuden al Servicio de

Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea, tuvieron lesiones precursoras, mientras que en aquellas que no presentaron antecedentes de aborto, dicho porcentaje fue del 41.8%. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa. ($p=0.014$), lo que demuestra que el antecedente de aborto es un factor asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales. El intervalo de confianza al 95% del Odds Ratio IC95% (1.240 – 4.650), no incluye a la unidad, lo que confirma dicha asociación.

El valor del Odds Ratio resultó 2.401, es decir, las pacientes con antecedentes de aborto tienen 2.4 veces más posibilidades de desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales que aquellas que no presentan dicho antecedente. La fuerza de asociación entre dichas variables resultó de nivel moderada.

TABLA N° 5
PARIDAD Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA PERIODO 2016 A 2019

PARIDAD	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
Nulípara	18	56.2	14	43.8	32 (100.0)		
1 a 2	42	47.7	46	52.3	88 (100.0)	0.682	0.711
3 a Más	19	50.0	19	50.0	38 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la **Tabla N° 5** se aprecia que de 32 pacientes de casos y controles nulíparas el 56.2% desarrolló lesiones precursoras de cáncer cuello uterino y el 43.8% no desarrollo lesiones. Las pacientes con 1 a 2 partos (88 pacientes) el 47.7% tuvo lesiones escamosas y el 52.3% no las tuvo. En las de paridad de 3 a más, que fueron 38 pacientes entre casos y controles, el 50% tuvo lesiones precursoras y en el mismo porcentaje no las desarrolló.

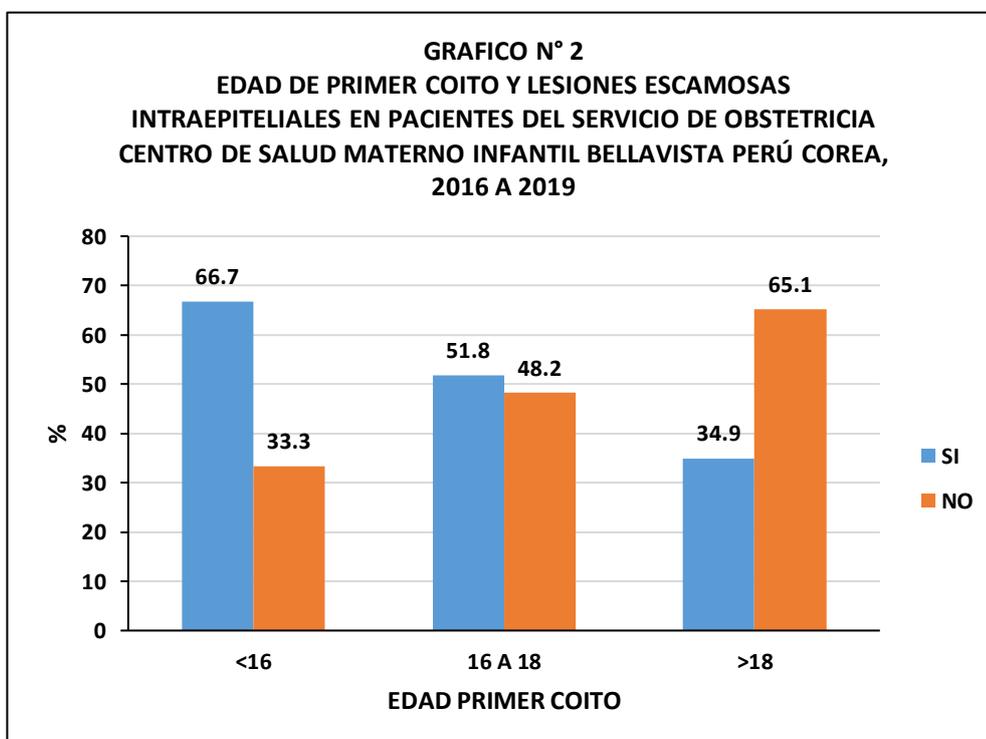
Respecto al objetivo específico N° 3: Conocer la asociación entre la paridad

y las lesiones escamosas intraepiteliales, no se encontró asociación entre paridad de las pacientes que acuden al servicio de obstetricia del C. S. M.I. Bellavista Perú Corea y las lesiones escamosas intraepiteliales. (p=0.711).

TABLA N° 6
EDAD DE PRIMER COITO Y LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO
DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA
2016 A 2019

EDAD PRIMER COITO	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
<16	20	66.7	10	33.3	30 (100.0)		
16 A 18	44	51.8	41	48.2	85 (100.0)	7.369	0.025
>18	15	34.9	28	65.1	43 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou



FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 6 y Gráfico N°2, observamos que el 66.7% de las pacientes, con edad del primer coito menor a 16 años, que acuden al servicio de obstetricia del centro de salud materno infantil bellavista Perú Corea, tuvieron lesiones escamosas intraepiteliales, mientras que, en aquellas con edad de primer coito mayor a 18 años, dicho porcentaje fue del 34.9%.

En relación al objetivo específico N° 4: Determinar la asociación entre la edad del primer coito y las lesiones escamosas intraepiteliales. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa. ($p=0.025$), lo que demuestra que la edad del primer coito es un factor asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales.

TABLA N° 7
EDAD DE PRIMER COITO VS LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA
2016 A 2019

Edad 1er coito	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	OR	IC AL 95% OR	
	SI		NO						Inf	Sup
	N	%	N	%						
<16	20	66.7	10	33.3	30 (100.0)	4.115	0.042	2.339	1.015	5.39
≥16	59	46.1	69	53.9	128 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

Interpretación: en la Tabla N° 7: observamos que el 66.7% de las pacientes, con edad primer coito menor a 16 años, que acuden al lugar del estudio, tuvieron lesiones precursoras, mientras que en aquellas con edad primer coito mayor o igual a 16 años, dicho porcentaje fue del 46.1%. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa. ($p=0.0042$), lo que demuestra que la edad de primer coito menor a 16 años es un factor asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales. El intervalo de confianza al 95% del Odds Ratio IC95% (1.015 – 5.39), no incluye a la unidad, lo que confirma dicha

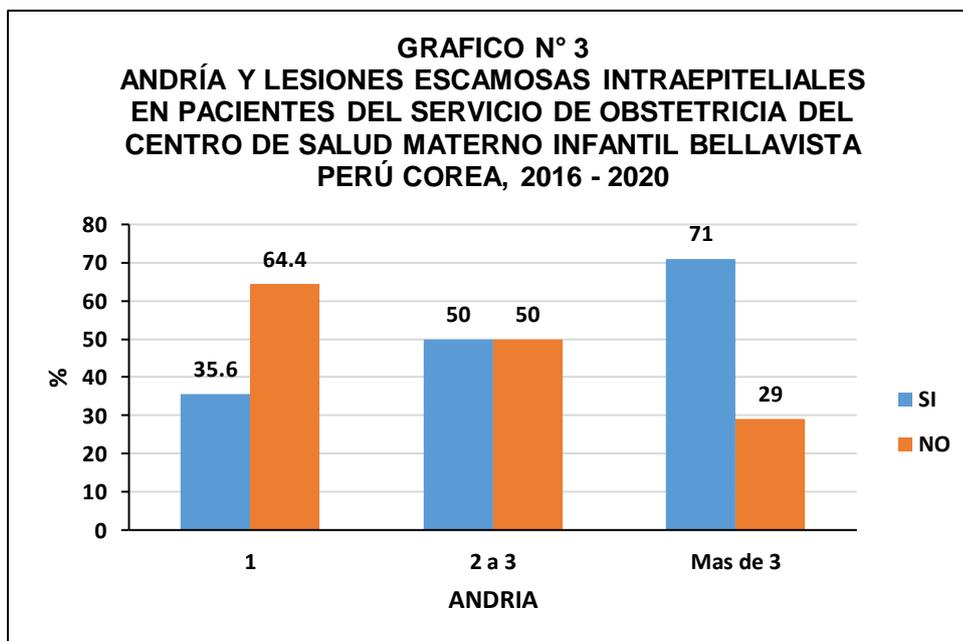
asociación.

El valor del Odds Ratio resultó 2.339, es decir, las pacientes con edad primer coito <16 años tienen 2.3 veces más posibilidades de desarrollar lesiones precursoras que aquellas que no presentan dicho factor de riesgo. La fuerza de asociación entre dichas variables resultó de nivel moderada.

TABLA N° 8
ANDRÍA Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019

ANDRÍA	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X2	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
1	16	35.6	29	64.4	30 (100.0)		
2 a 3	41	50.0	41	50.0	85 (100.0)	9.207	0.010
Mas de 3	22	71.0	9	29.0	43 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou



FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 8 y Gráfico N° 3, vemos que el 71.0% de las

pacientes, con andria mayor de 3, que acuden al servicio de obstetricia del centro de salud materno infantil bellavista Perú Corea, tuvieron lesiones escamosas intraepiteliales, mientras que, en aquellas con andria 1, dicho porcentaje fue del 35.6%.

En relación al objetivo específico N° 5: Precisar la asociación entre la andría y las lesiones escamosas intraepiteliales. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa. ($p=0.010$), lo que demuestra que la andría es un factor asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales.

TABLA N° 9
ANDRÍA VS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA 2016 A 2019

Andría	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	IC AL 95% OR		
	SI		NO					OR	Inf	Sup
	N	%	N	%						
1	16	35.5	29	64.5	45 (100.0)	5.251	0.0219	0.438	0.214	0.895
≥2	63	55.8	50	44.2	113 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 9: El 35.5% de pacientes, con andría= 1, tuvieron lesiones escamosas intraepiteliales, mientras que en aquellas con andría ≥2, dicho porcentaje fue del 55.8%. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa ($p=0.0219$), lo que demuestra que la andría= 1, es un factor protector asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales.

El intervalo de confianza al 95% del Odds Ratio IC95%(0.214 – 0.895), no incluye a la unidad, lo que confirma dicha asociación. El valor del Odds Ratio resultó 0.438, es decir, la andria igual a 1, resultó un factor protector.

TABLA N° 10
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ
COREA, 2016 A 2019

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
Ninguno	37	53.6	32	46.4	69 (100.0)		
Oral combinado	8	47.1	9	52.9	17 (100.0)		
Inyectable 3 m	16	45.7	19	54.3	35 (100.0)		
Inyectable 1 m	3	27.3	8	72.7	11 (100.0)		
Implante	2	40.0	3	60.0	5 (100.0)	6.218	0.515
Condón	8	53.3	7	46.7	15 (100.0)		
Abstinencia	2	100.0	0	0.0	2 (100.0)		
DIU	3	75.0	1	25.0	4 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 10: Se observa que 69 pacientes entre casos y controles (43.67%) no usa ningún método anticonceptivo, y de las que sí los usan es el inyectable trimestral el más frecuente (39.32%).

En relación al objetivo específico N° 6: Señalar la asociación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones escamosas intraepiteliales. No se encontró asociación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones escamosas intraepiteliales (p=0.515).

TABLA N° 11

ANTECEDENTE DE ITS Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019

ANTECEDENTES ITS	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
Si	0	0.0	3	100.0	3 (100.0)	3.058	0.245
No	79	51.0	76	49.0	155 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

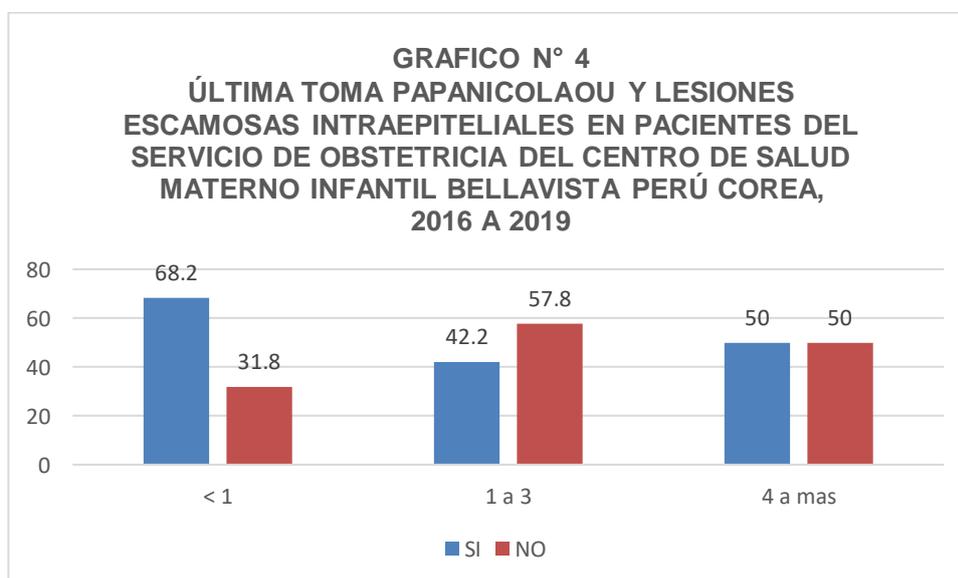
Interpretación: en la Tabla N° 11 se observa que las pacientes que desarrollaron lesiones precancerosas la totalidad (100%) no tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual, y de las no desarrollaron lesiones precursoras sólo 3 tuvieron antecedente de haber presentado alguna infección de transmisión sexual.

En relación al objetivo específico N° 7: Especificar la asociación entre las infecciones de transmisión sexual y las lesiones escamosas intraepiteliales. No se encontró asociación entre antecedentes de ITS y las lesiones escamosas intraepiteliales (p=0.245).

TABLA N° 12
ÚLTIMA TOMA PAPANICOLAOU Y LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ
COREA, 2016 A 2019

ÚLTIMA TOMA PAPANICOLAOU (años)	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor
	SI		NO				
	N	%	N	%			
Actual a < 1	30	68.2	14	31.8	44 (100.0)	8.328	0.016
1 a 3	43	42.2	59	57.8	102 (100.0)		
4 a mas	6	50.0	6	50.0	12 (100.0)		
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)		

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou



FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 12 y Gráfico N° 4: se desprende que, el mayor porcentaje de lesiones escamosas intraepiteliales correspondió a las pacientes con última toma de Papanicolaou menor a 1 año con un 68.2%,

mientras que el menor porcentaje de presento en las pacientes con ultima toma entre 1 y 3 años con un 42.2%.

En relación al objetivo específico N° 8: Establecer la asociación entre el tiempo desde la última toma de Papanicolaou y las lesiones escamosas intraepiteliales. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ($p=0.016$).

TABLA N° 13
ÚLTIMA TOMA PAPANICOLAOU VS LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BELLAVISTA PERÚ
COREA, 2016 A 2019

Últ. toma PAP.	LESIONES ESCAMOSAS				TOTAL N (%)	X ²	p valor	IC AL 95% OR		
	SI		NO					OR	Inf	Sup
	N	%	N	%						
Actual-<1a	30	68.2	14	31.8	44 (100.0)	8.064	0.0045	2.843	1.36	5.93
≥1 año	49	43.0	65	57.0	114 (100.0)					
TOTAL	79	50.0	79	50.0	158 (100.0)					

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

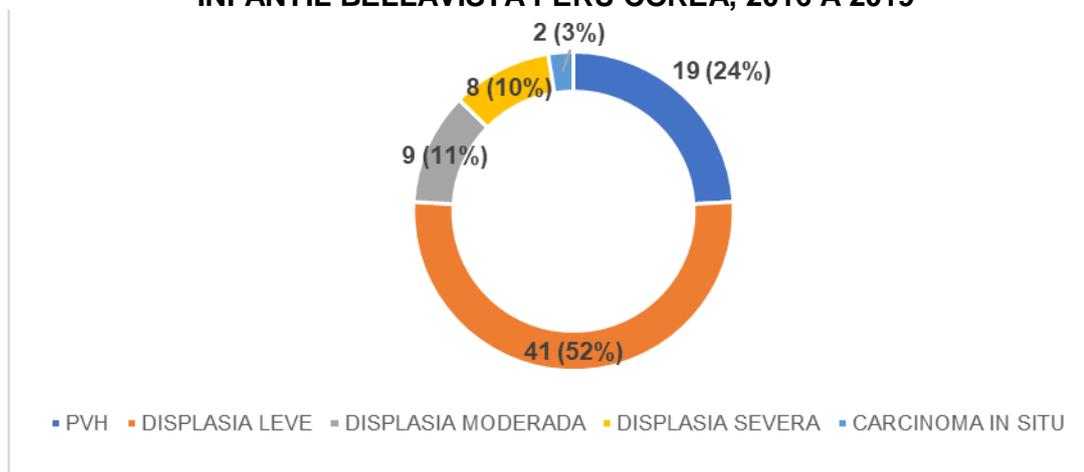
Interpretación: en la Tabla N° 13: El 68.2% de las pacientes, con ultima toma Papanicolaou <1 año, que acuden al lugar del estudio, tuvieron lesiones escamosas intraepiteliales, mientras que en aquellas con ultima toma Papanicolau >1 año dicho porcentaje fue del 43.1%. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa ($p=0.0045$), lo que demuestra que la última toma Papanicolau <1 año es un factor asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales. El intervalo de confianza al 95% del Odds Ratio IC95% (1.36 – 5.93), no incluye a la unidad, lo que confirma dicha asociación. El valor del Odds Ratio resultó 2.843, es decir, las pacientes con ultima toma Papanicolau <1 año tienen 2.8 veces más posibilidades de desarrollar lesiones precursoras que aquellas que no presentan dicho factor de riesgo. La fuerza de asociación entre dichas variables resultó de nivel moderada.

TABLA N° 14
FRECUENCIA DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019

TIPO LESION	NUMERO (N=79)	%
LEIEBG		
PVH	19	24.1
DISPLASIA LEVE	41	51.9
LEIEAG		
DISPLASIA MODERADA	9	11.4
DISPLASIA SEVERA	8	10.1
CARCINOMA INSITU	2	2.5

FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

GRÁFICO N° 5
FRECUENCIA DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BELLAVISTA PERÚ COREA, 2016 A 2019



FUENTE: Base de datos de resultados de Papanicolaou

Interpretación: en la Tabla N° 14 y Gráfico N° 5: se observa predominio en frecuencias de las lesiones precursoras de grado bajo, con más de los 2/3 de los casos, dentro de ellas, la lesión más frecuente fue las displasias leves (51.9%), en las lesiones de grado alto, predominaron las displasias moderadas (11.4%).

4.2 DISCUSIÓN

En el presente trabajo sobre los factores de riesgo ginecoobstétricos como el número de abortos, la paridad, edad del primer coito, andría, tipo de método anticonceptivo, infección de transmisión sexual y el tiempo de última toma de Papanicolaou, se investiga si están asociados significativamente a las lesiones escamosas intraepiteliales.

Respecto al factor sociodemográfico edad, aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad de las pacientes y las lesiones escamosas intraepiteliales ($p=0.749$), se aprecia que de las 158 mujeres contempladas dentro del estudio el 55.1% (87/158) está en el ciclo de vida adulto correspondiendo al grupo etario de 30-59 años, en el grupo de casos en estas mismas edades fueron más frecuente las lesiones precursoras (53.2%), la segunda mayor frecuencia encontrada con un 44% (70/158) corresponden al ciclo de vida adultos jóvenes de 18-29 años en quienes al considerar sólo a las controles presentaron lesiones precursoras en un 45.6%. Situación que difiere en el estudio de Velázquez, et al (2018)³ que encontró que el 21.71% tenían entre 15-24 años y el 20.16% entre 25-29 años. Salazar (2017)⁴ encontró que la mayoría de las participantes en su investigación tuvieron edades entre los 33 y 34 años, el 16.1% eran mayores de 29 años, edades que coinciden con lo hallado por nosotros (30-59 años). Gallegos (2017)⁵ también coincide con esto al determinar que la edad promedio de las participantes en su investigación fue de 31.2 años. Igualmente, Ruiz y Picado (2016)⁶, coincide con nosotros al encontrar que la mayoría de las pacientes están en un grupo de menos edad, el de 20-34 años (56.6%) y también Cosser (2015)⁷, al encontrar que la edad media de sus participantes fue de 47 años, el 70.69% de las citologías son tienen edades de 35-64 años, y el grupo etario más frecuentes que tuvo un Papanicolaou anormal fue el de 15-24 años, situación parecida plantea Quispe, et al (2018)⁸ a diferencia de nuestros resultados, que la edad sí constituye un factor de riesgo para desarrollarlas lesiones precursoras (> de 35 años). Anicama (2018)¹³, encontró que la edad

media y grupos etarios de las lesiones de bajo y alto fueron de 45 (30 -49 años) y 51 años (50-60 años) respectivamente, lo que coincide con nuestros hallazgos ya que encontramos que en frecuencia las lesiones precursoras estaban en más porcentaje en el grupo etario de 30-59 años. Campos (2015)¹⁴, en su estudio encontró que la edad promedio de pacientes con Papanicolaou positivo fue de 36 años que la edad y determinó que la misma fue estadísticamente significativa para la presencia de lesiones escamosas, hecho que contrasta con el presente estudio. Sánchez (2018)¹⁶, también coincide con nuestros resultados al precisar en su estudio de correlación entre los factores de riesgo y lesiones precursoras que el grupo etario de 32 a 47 años fue más frecuente en las mujeres participantes de su estudio.

En cuanto al número de abortos y lesiones escamosas intraepiteliales, el 38% (60 de 158) presentó antecedente de aborto y el 62% (98 de 158) no lo tuvo, teniendo el 37.34% (59 de 158) entre 1-2 abortos. Se encontró que el antecedente de tener abortos es un factor asociado a las lesiones precursoras ($p=0.014$), siendo que la diferencia entre el número de pacientes con antecedente de abortos que desarrollaron lesiones precursoras y el número de pacientes sin aborto con lesiones escamosas, es estadísticamente significativa ($X^2=6.879$ y $p=0.014$; IC 95% del OR, 1.240-4.650, no incluyendo la unidad), de esto se desprende que este antecedente es un factor asociado a la aparición de lesiones escamosas, con un riesgo de 2.4 veces más de desarrollarlas (OR=2.401) en comparación a las que no lo tienen, encontrándose una fuerza de asociación de nivel moderada. Las pacientes con 1 a 2 abortos presentaron mayor porcentaje de lesiones escamosas (62.7%) en comparación con pacientes sin antecedente de haber tenido abortos (41.8%), estas diferencias resultando también estadísticamente significativa ($p=0.014$).

Ruiz y Picado (2016)⁶, en su estudio encontró que el 76% de sus participantes no tuvo abortos y el 21.7% si lo tuvo, cerca de un cuarto de las pacientes tuvo hasta 2 abortos, porcentajes menores a los encontrados en nuestra

investigación. El trabajo de Anicama (2018)¹³ difiere en relación con nosotros al no encontrar relación estadísticamente significativa entre este antecedente y las lesiones precursoras. Campos (2015)¹⁴, en su estudio encuentra que el aborto fue asociado con más frecuencia a un resultado de Papanicolaou positivo (casi el doble de riesgo) y como factor de riesgo asociado a lesiones precursoras de grado alto (doble de riesgo), dato que coincide con nuestros hallazgos de que el 63.3% sí presentó lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. Sánchez (2018)¹⁶, encontró que casi el cuarenta por ciento había presentado de 1-4 abortos, resultado semejante al 38% reportado por nosotros, además en su estudio determinó una correlación positiva débil entre el número de abortos y las lesiones precursoras, de esto se colige que a más número de abortos se encuentra más asociación, lo que concuerda con nosotros.

En cuanto a la paridad y lesiones escamosas intraepiteliales, en nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la paridad y las lesiones precursoras. En relación con las frecuencias de todas las participantes, incluyendo los casos y controles, se tuvo que el 56% (88 de 158) presentó entre 1-2 partos, más de 3 partos representó casi un cuarto de los participantes (38 de 158) y nulíparas un quinto (32 de 158), entre todas las pacientes con 1-2 partos el 47.7% presentó (42/88) lesiones escamosas, de 3 a más partos la mitad (19 de 38) presentó lesiones escamosas. Cabe resaltar que en las nulíparas el 56.2% (18 de 32) presentó lesiones escamosas intraepiteliales.

Velázquez, et al (2018)³ determinó mayor frecuencia de lesiones precursoras en gran multíparas con un 10.8% señalando que presenta asociación estadísticamente significativa, situación que no coincide con nuestros hallazgos. Salazar (2017)⁴ coincide con nosotros al no encontrar relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Ruiz y Picado (2016)⁶, reporta en sus resultados que la mayoría con cerca del 39% son multíparas, casi el 21% son nulíparas, el 24% primíparas y cerca del 8% gran

multíparas, determinando que a mayor paridad es más frecuente las lesiones precursoras, en especial las de alto grado, lo que coincide con nuestras frecuencias halladas. Quispe, et al (2018)⁸ en su estudio encontró a la paridad como un factor de riesgo para desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales con un RT=17.21 y $p<0.005$, hallazgo que no fue encontrado en nuestra investigación ($p=0.711$) ya que en frecuencias destacan las nulíparas con mayor porcentaje de lesiones precursoras (20.5%). Anicama (2018)¹³, coincide con nosotros en que no encontró asociación estadísticamente significativa entre paridad y lesiones precursoras. En el estudio de Campos (2015)¹⁴, encontramos coincidencia en que la mayoría de sus participantes tuvo ≤ 3 hijos representando casi 60%, y considerando esta misma paridad el 2/3 de sus participantes presentaron lesiones precursoras de bajo grado lo que difiere con nuestros resultados ya que este autor encontró una relación significativa con una paridad ≥ 4 y lesiones precursoras de alto grado (casi 4.5 veces más) en comparación con las de paridad ≤ 3 . Capcha (2018)¹⁵, en su estudio describe que una paridad ≥ 2 presentó una mayor frecuencia de Papanicolaous positivos en comparación con las primíparas, aunque no se señala que haya asociación estadísticamente significativa, frecuencias que guarda relación con lo encontrado por nosotros. Sánchez (2018)¹⁶, encontró correlación significativa con paridad y lesiones precursoras ($p=0,001$) dato que no corresponde con nuestros hallazgos, así mismo probó que cerca del 60% de las participantes en su investigación fueron multíparas y gran multíparas en quienes fue más frecuente un Papanicolaou con lesiones precursoras llegando a un 75% de frecuencia, porcentaje muy superior al encontrado en nuestra investigación encontramos (50%).

En relación del primer coito y lesiones escamosas intraepiteliales, en los resultados de nuestro estudio se encontró en las pacientes que tuvieron su primer coito <16 años, el 66.7% presentó lesiones escamosas, este porcentaje disminuye a más edad tenga la pacientes al primer coito (16-18 años el 51,8% y el 34.9% en $>$ de 18 años), encontrándose esta diferencia estadísticamente

significativa ($p=0.025$) lo que lo define como un factor asociado a lesiones escamosas intraepiteliales.

Velázquez, et al (2018)³ halló en su estudio que la edad del primer coito fue <15 años (70,54%), encontrando una asociación estadísticamente significativa de esta variable con lesiones precursoras, concordando resultado con nosotros. Salazar (2017)⁴ encontró que la edad media del 1er. coito fue a los 16 años, y que el 15% de las que tenían lesiones precursoras tuvieron su 1er. coito a los 17 años, no siendo diferencia estadísticamente significativa, lo que difiere con nuestros resultados. Situación parecida encontró Ruiz y Picado (2016)⁶, al señalar que cerca del 70% de las pacientes en su estudio tuvieron su 1er. coito entre los 15-20 años, el 21% inició actividad sexual <15 años y en dos tercios de las pacientes que tuvieron su 1er. coito de edades de 15-20 años fue más frecuente las lesiones precursoras. Este autor no menciona ninguna asociación significativa a diferencia de nuestros resultados. Cosser (2015)⁷ y Quispe, et al (2018)⁸ señalan que la citología anormal fue más frecuente con 1er. coito a los 13-15 años y 14-16 años respectivamente, lo que también coincide con nuestros resultados en que encontraron asociación significativa entre estas variables. Anicama (2018)¹³ y Campos (2015)¹⁴ encontraron resultados semejantes a nuestro estudio al determinar que en la mayoría de los pacientes que tuvieron su primer acto sexual ≤ 17 años, en más de la mitad de los casos se asociaron con lesiones precursoras (56% y 59,1% respectivamente), ambos autores encontraron relación estadísticamente significativa. Capcha (2018)¹⁵, en su estudio señala que son más frecuente lesiones precursoras de grado alto con primer coito <16 años, situación que en términos globales coincide también con nuestro estudio. De igual manera Sánchez (2018)¹⁶, señala que la edad más frecuente del primer coito fue ≤ 15 años situación relacionada con un mayor porcentaje de lesiones precursoras (56.1%), encontrando también correlación significativa con las lesiones escamosas.

Con relación a la andría y lesiones escamosas intraepiteliales, se encontró que el 71% de las pacientes con andría >3 presentaron lesiones precursoras en comparación con casi el 36% que tuvo andría = 1, diferencia que se determinó como un factor asociado a las lesiones escamosas. Hecho que difiere con lo reportado por Gallegos (2017)⁵ quien menciona que la andría más frecuente fue de 1-2. Cosser (2015)⁷, resalta en su estudio la importancia del número de andrías en relación directamente proporcional a la frecuencia de citologías positivas y al grado de lesión precursora, encontrando que es estadísticamente significativo, resultado que concuerda con nuestros hallazgos y con lo reportado por Quispe, et al (2018)⁸ y Anicama (2018)¹³, quienes determinan que existe asociación entre la andría ≥ 2 y lesiones precancerosas, determinado el primer autor un riesgo de desarrollar dichas lesiones hasta 16.4 veces más. Campos (2015)¹⁴, coincide con nuestros hallazgos de andrías ≤ 3 de parejas sexuales, relacionándolo con un mayor número de casos de lesiones escamosas, aunque difiere con nuestro resultado por no encontrar a la andría como un factor asociado a lesiones precursoras. Capcha (2018)¹⁵, encontró más frecuente el carcinoma en quienes tuvieron andrías ≥ 3 , difiriendo con nuestros resultados en cuanto que no encontró asociación significativa. Sánchez (2018)¹⁶, coincide con nosotros al encontrar también una fuerte correlación significativa entre esta variable y las lesiones precursoras en especial con andrías entre 2-3.

Respecto al tipo de método anticonceptivo y lesiones escamosas intraepiteliales, en nuestro estudio no se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.515$). Cabe resaltar que cerca de la mitad de las participantes en la investigación (44%) no usaron ningún método anticonceptivo, y entre las que emplearon anticonceptivos el más usado fue el inyectable trimestral (39%), seguido del oral combinado (19%), preservativo masculino (17%) y del inyectable mensual (12%).

Nuestros resultados concuerdan con los encontrados por Velázquez, et al (2018)³ y Salazar (2017)⁴ quienes no encontraron asociación estadística entre

las dos variables. Ruiz y Picado (2016)⁶, en su estudio encontró que el 34.1% no usaba anticonceptivo y aproximadamente un quinto de su población usaba hormonales, casi el 9% condones, cifras mucho menores que los reportados por nosotros valor, cabe señalar que no determinó asociación significativa entre las variables. Quispe, et al (2018)⁸ sus resultados difieren con lo encontrado por nosotros, ya que encontró que existe asociación entre anticonceptivo inyectable y lesiones precancerosas, donde este mismo tipo de anticonceptivo fue el más frecuente y con un tiempo de uso entre 1-2 años. Anicama (2018)¹³, concuerda con nosotros al no encontrar ninguna asociación entre las dos variables, a diferencia de nuestros datos encontró frecuencias bajas de uso anticonceptivos como por ejemplo inyectable trimestral lo usaron poco más del 6%. Campos (2015)¹⁴, difiere con nuestros hallazgos ya que en su estudio sí encontró relación significativa entre uso métodos anticonceptivos y lesiones escamosas, específicamente entre uso anticonceptivos orales y un riesgo casi seis veces y media más de presentar un Papanicolaou positivo en comparación a las que no lo usan. Resultados semejantes con el de nosotros fue al señalar que la mitad de las participantes no usaban ningún anticonceptivo, y entre las que si lo usaban encontró también que el inyectable trimestral fue el más empleado. Sánchez (2018)¹⁶, coincide en sus hallazgos al no encontrar relación significativa entre uso anticonceptivos y lesiones escamosas intraepiteliales, y en que el anticonceptivo más usado fueron los hormonales inyectables y orales, cabe señalar que, a diferencia de nosotros, reportó un menor porcentaje (35.4 %vs 44%) de no uso anticonceptivos entre su población.

Respecto a las infecciones de transmisión sexual y las lesiones escamosas intraepiteliales, en nuestro estudio no se encontró asociación entre estas dos variables. Cabe mencionar que, en frecuencias, la mayoría absoluta de las participantes que sí presentaron lesiones precursoras del cáncer de cérvix no tuvieron antecedente de infección de transmisión sexual. Los resultados de la investigación de Quispe, et al (2018)⁸ difieren con los de

nuestro trabajo, ya que sí encontró asociación significativa entre estas dos variables, determinando un riesgo casi cinco veces y media más de presentar lesiones escamosas en comparación a las que no tenían antecedente de infecciones de transmisión sexual. Campos (2015)¹⁴ y Capcha (2018)¹⁵ coinciden con nosotros al no encontrar relación significativa entre las variables en mención y en que la mayoría de sus participantes no presentaron antecedente de infecciones de contagio sexual, el primer autor señala que las lesiones precursoras predominaron en frecuencia en el grupo de pacientes sin antecedentes. El último autor señala que el 70% de sus participantes no presentaron antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

Referente a la última toma Papanicolaou y lesiones escamosas intraepiteliales, en nuestro trabajo se encontró que el mayor porcentaje de lesiones precursoras se dio en pacientes que tenían Papanicolaou con < de un año o era su primer examen al momento de la investigación, siendo en comparación con el menor porcentaje de lesiones en pacientes con una fecha de Papanicolaou entre 1-3 años, esta diferencia resultó en una asociación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas ($p=0.016$). Este predominio de frecuencias probablemente se debió en muchas pacientes al ser la primera vez en que se someten a un Papanicolaou han estado más tiempo expuestas a desarrollar una lesión precursora. Cosser (2015)⁷, coincide con nuestros hallazgos al encontrar relación estadísticamente significativa entre Papanicolaou realizados primera vez y los que ya se lo realizaron una o más veces, atribuyendo esta diferencia a que si ya han tenido exámenes previos una o 2 veces entonces disminuiría el riesgo de estos exámenes sean anormales. Sánchez (2018)¹⁶, en su estudio no encontró diferencias significativas, menciona que encontró el 15% de sus participantes era la primera vez que se sometían a la citología vs a lo encontrado por nosotros en que se obtuvo un 28%.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Las lesiones precursoras de bajo grado fueron las que más frecuencia tuvo con un 76% y las lesiones de alto grado se presentaron en el 24%. En las de bajo predominaron las displasias leves (51.9%) y en las de alto grado las displasias moderadas (11.4%).
- No se encontró asociación entre la edad de la paciente y las lesiones precursoras ($p=0.749$). Aun así, se encontró una mayor frecuencia de lesiones escamosas en el grupo etario de 18-29 años (51.4%) y en el grupo de edades de 30-59 años fue el segundo más frecuente (48.3%).
- El antecedente de aborto es un factor asociado a las lesiones escamosas comparado con pacientes que no tienen este antecedente ($p=0.014$), siendo el IC al 95% del Odds Ratio (1.240 – 4.650), no incluye a la unidad, lo que nos confirma esta asociación. Esto está más relacionado cuando se tuvo ente 1-2 abortos. El valor del OR fue de 2.401, representando que las pacientes con este antecedente tienen 2.4 veces más probabilidad de desarrollar una lesión precursora del cáncer cervical.
- No se encontró asociación entre paridad y las lesiones escamosas intraepiteliales ($p=0.711$).
- Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.025$) entre pacientes con primer coito <16 años y lesiones precursoras y con las que lo tuvieron >18 años y también presentaron dichas lesiones, lo que nos determina que la edad del primer coito es un factor asociado a las lesiones precancerosas. La edad más frecuente del primer coito fue <16 años. El valor del Odds Ratio resultó 2.339, es decir, las pacientes con edad 1er. coito <16 años tienen 2.3 veces más posibilidades de desarrollar lesiones

precursoras que aquellas que no presentan dicho factor de riesgo. La fuerza de asociación entre dichas variables resultó de nivel moderada.

- Se estableció una asociación estadísticamente significativa para andría > 3 ($p=0.010$). Determinándose la andría como un factor asociado a las lesiones escamosas precursoras. La paciente con andría >3 tuvo mayor porcentaje (71%). Cuando se agrupa el antecedente de andría en <1 y ≥ 2 , la diferencia encontrada también resultó estadísticamente significativa. ($p=0.0219$), lo que demuestra que la andría igual a 1, es un factor protector asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales. El intervalo de confianza al 95% del Odds Ratio IC95% (0.214 – 0.895), no incluye a la unidad, lo que confirma dicha asociación. El valor del Odds Ratio resultó 0.438, es decir, la andría igual a 1, resultó un factor protector
- No se encontró asociación entre el tipo de método anticonceptivo y lesiones escamosas intraepiteliales ($p=0.515$). El anticonceptivo más frecuente usado fue el inyectable trimestral (39%) seguido del oral combinado (19%).
- No se encontró asociación entre antecedentes de infección de transmisión sexual y la presencia de lesiones escamosas intraepiteliales ($p=0.245$).
- Se determinó la última toma de Papanicolaou como un factor asociado a las lesiones precursoras. Encontrándose diferencia significativa entre las que se hicieron su citología por primera o en <1 año ($p=0.016$) y las que se lo realizaron entre 1-3 años. El valor del Odds Ratio resultó 2.843, es decir, las pacientes con ultima toma Papanicolau actual o < a un año tienen 2.8 veces más posibilidades de desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales que aquellas que no presentan dicho factor de riesgo. La fuerza de asociación entre dichas variables resultó de nivel moderada.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Realizar capacitaciones continuas para motivar y concientizar al personal asistencial del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea de la importancia como problema de salud pública que es el cáncer de cuello uterino a fin de incidir en su detección oportuna en fases previas de neoplasias precursoras.
2. Mantener la operatividad del preventorio de cáncer de cuello uterino del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea con personal permanente para el tamizaje mediante la toma de Papanicolaou e IVAA y su referencia y tratamiento oportuno e inmediato.
3. Incentivar la permanente realización de campañas de detección de toma de Papanicolaou e IVAA, evitando las oportunidades perdidas, dirigido a la población general priorizando los grupos con los factores asociados identificados.
4. Programar y ejecutar permanentemente un plan de prevención y promoción mediante las acciones de información, educación y comunicación y de concientización de la importancia del tamizaje oportuno en la población y organizaciones de base e instituciones educativas de la jurisdicción del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea.
5. Coordinar con las autoridades pertinentes para que la entrega de los resultados de Papanicolaou esté dentro de la norma (máximo 15 días).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GLOBOCAN 2018. Global Cancer Observatory – International Agency for Research on Cancer de la Organización Mundial de la Salud. Francia. c2018 [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. [Aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%2527D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%2527D&population_group_globocan_id=
2. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, RL, Torre, LA y Jemal, A. (2018), Estadísticas globales de cáncer 2018: Estimaciones de incidencia y la mortalidad de GLOBOCAN en todo el mundo 36 cánceres en 185 países. CA: A Cancer J Clin 2018;394-424. [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>
3. Velázquez Celso, Kawabata Anibal, Ríos-González Carlos Miguel. Rev. Salud Pública Parag. [Internet]. 2018; Vol. 8 N° 2; Julio - diciembre 2018. [Consultado el 1 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/331273084> Prevalencia de lesiones precursoras de cancer de cuello uterino y antecedentes sexuales reproductivos de indigenas de Caaguazu Paraguay 2015-2017

4. Salazar Torres, Zoila Katherine. Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016. 2017 [Tesis para optar el título de Magíster en Investigación de la Salud]. Universidad de Cuenca – Ecuador. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27296/1/TRABAJO%20DE%20TITULACION.pdf>
5. Gallegos Ortiz, Nancy Rocío. (2017) Prevalencia de lesiones intraepiteliales clasificadas por el sistema de Bethesda en pacientes atendidas en consulta externa del área de ginecología del Hospital José Félix Valdivieso-Santa Isabel-Ecuador, agosto 2016 – enero 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Universidad Católica de Cuenca. Disponible en:
<http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/7470>
6. Ruiz Palacios, Jussara Mayte y Picado Urroz, Enmar Enrique (2016). *Incidencia de lesiones cervicales pre – malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de Julio del 2014*. 2016, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/601/1/60511.pdf>
7. Cosser Herrera, Mario Ernesto. Factores Asociados a La Citología Anormal Del Cérvix. Liga Contra El Cáncer 2010 - 2014. [Tesis para optar el grado de maestro en medicina con mención en cirugía general y oncológica]. [Lima, Perú]. Universidad de San Martín de Porres; 2015. [Consultado el 14 de octubre de 2019]. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2087/3/%20cosser_me.pdf

8. Quispe Gómez, M., Valencia Vera, C., Rodríguez Figueroa, A., & Salazar Quispe, P. (2018). 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, 11(1), pág. 81-94. Disponible en: http://revistas.unasam.edu.pe/index.php/Aporte_Santiaguino/article/view/458/546
9. Pearce A, Sharp L, Hanly P, Barchuk A, Bray F, de Camargo Cancela M, et al. Productivity losses due to premature mortality from cancer in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS): a population- based comparison. Cancer Epidemiol. 2018. [Consultado el 18 de octubre de 2019]. [Aproximadamente 2 pantallas] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2017.12.013>
http://www.iarc.fr/en/media- centre/pr/2018/pdfs/pr255_E.pdf
10. MD Anderson Cancer Center. Madrid, España [Internet]. Madrid: MD Anderson Cancer. c2018 [citado 18 oct 2019]. Vivir con el cáncer: consecuencias; [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/consecuencias-fisicas>
11. OMS, OPS. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Cap.1: generalidades. Pp 34, 36-43 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Sellors, John W. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes. Capítulos I y II pp 1-19. Washington, D.C.: OPS, 2003. Disponible en:

<https://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>

13. Anicama Juape, Alexandra Marcela. Factores de riesgo en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales, atendidas en el servicio de “oncología ginecológica y mamas” del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los meses de enero 2016 a Septiembre del 2017. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia]. [Lima, Perú] Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018. [Consultado el 20 de octubre de 2019] Disponible en:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1859>
14. Campos Muñoz, Roberto Carlos. Papanicolaou anormal y factores de riesgo en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]. Universidad de San Martín de Porres; 2015. [Consultado el 20 de octubre de 2019] Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1184>
15. Capcha Verastegui, Brigitte Sheila. Características Sociodemográficas y Gineco-obstétricas de Pacientes con Resultados de Papanicolaou Atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano en el Año 2017. [Tesis para optar el grado de Médico cirujano]. [Huánuco]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2018. [Consultado el 22 de octubre de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1578/T-TPMC-%20Brigitte%20Sheila%20%20Capcha%20Verastegui.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Sánchez Rivas, Vanessa Magaly. Correlación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Privada San Juan Bautista. Disponible en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1809/T-TPMC-Vanessa%20Magaly%20Sanchez%20Rivas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Torres-Poveda, y et al. Epidemiología del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet]. 2014 [Consultado 22 Oct 2019];13 (Supl4):4-17. Disponible en: <http://www.gamomeo.com/temp/SUPLE%204%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
18. Gonzales, et al. Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino en primer y segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; [Internet]. 2018 [Consultado el 24 oct 2019]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-18/ER.pdf>
19. Manzo-Merino J. Biología molecular del cáncer cervicouterino Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet] 2014 [Consultado 22 Oct 2019];13(Supl 4):18-24 Disponible en: <http://www.gamomeo.com/temp/SUPLE%204%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
20. Hernández Hernández, Dulce M.; Apresa García, Teresa; Patlán Pérez Rosa Ma. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2015 [Consultado el 27 de octubre de 2019]; Volumen: 53 Supl 2:S154-61. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>
21. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer. [Internet] 2017

[Consultado el 27 de octubre de 2019]. Lima: 29 p. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

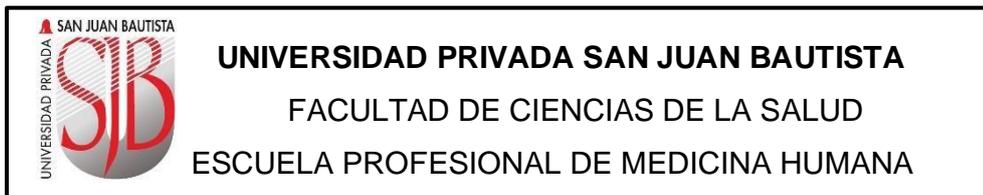
22. Bosch J.M, et al. AEPCC-Guía: métodos anticonceptivos y VPH. Coordinador: Quílez J. Publicaciones AEPCC. [Internet] 2018 [Consultado el 27 de octubre de 2019]; pp: 1-47. Disponible en:
http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/01/AEPCC_revista09-Anticonceptivos-web.pdf
23. Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María del Pilar. Planteamiento cuantitativo del problema. En: Metodología de la investigación. 6ta edición. México: Mac Graw Hill Education; 2014. p. 40-41.

ANEXOS

ANEXO N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo ginecoobstétricos			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	1. ≤ 17 años; 2. 18-29; 3. 30-59 años; ≥ 60 años	Cuantitativa continua	Formato de resultado de Papanicolaou
Abortos	1. Nuligesta; 2. 1 a 2 abortos; 3. ≥ 3 abortos	Cuantitativa continua	Formato de resultado de Papanicolaou
Paridad	1. Nulípara; 2. 1 a 2 partos; 3. ≥ 3 partos	Cuantitativa ordinal	Formato de resultado de Papanicolaou
Edad del primer coito	1. ≤ 15 años; 2. 16 -18; 3. ≥ 19 años	Cuantitativa continua	Formato de resultado de Papanicolaou
Andría	1. 1; 2. 2 – 3; 3. ≥ 4	Cuantitativa continua	Formato de resultado de Papanicolaou
Tipo de método anticonceptivo	1: Ninguno/ 2: Oral/ 3: Iny 3m / 4: Iny 1 m / 5: Implante / 6: Condón / 7: Abstinencia / 8: DIU	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou
Antecedente de infección de transmisión sexual	1: Si / 2: No	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou
Tiempo de realización de Papanicolaou	1: 1° vez / 2: < 1 años / 3: 1 - 3a / 4: ≥ 4 años	Cuantitativa continua	Formato de resultado de Papanicolaou

VARIABLE DEPENDIENTE: Lesiones escamosas intraepiteliales			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Lesiones escamosas intraepiteliales	1: Si 2: No	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou
Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.	1: PVH 2: Displasia leve	Cualitativa ordinal	Formato de resultado de Papanicolaou
Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.	1: Displasia moderada 2: Displasia severa 3: Carcinoma in situ	Cualitativa ordinal	Formato de resultado de Papanicolaou
ASCUS	1: Si 2: No	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou
AGUS	1: Si 2: No	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou
Carcinoma epidermoide	1: Si 2: No	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou
Adenocarcinoma	1: Si 2: No	Cualitativa nominal	Formato de resultado de Papanicolaou



Título: Factores ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea. 2016 - 2019.

Autor: López Rengifo Jorge

ANEXO N° 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: ___/___/___ Código/HC: _____ Edad: _____ años

Edad: 1: ≤ 17 () 2: 18-29 () 3: 30-59 () 4: () ≥ 60

I. ANOMALÍAS CELULARES EPITELIALES (RESULTADO PAPANICOLAOU)

Lesión Escamosa Intraepitelial bajo grado ()

1: PVH () 2: Displasia leve

Lesión Escamosa Intraepitelial alto grado ()

1: Displasia moderada () 2: Displasia severa () 5: Carcinoma in situ ()

1: ASCUS () 2: AGUS ()

II. FACTORES DE RIESGO GINECOOBSTÉTRICOS

Formula obstétrica: _____

Aborto: 1: 0 () 2: 1-2 () 3: ≥ 3 ()

Paridad: 1: 0 () 2: 1-2 () 3: ≥ 3 ()

Edad 1er. coito: 1: ≤15 años () 2: 16 -18 años () 3: ≥ 19 años ()

Andría: 1: ≤1 pareja sx () 2: 2-3 parejas sx () 3: ≥4 parejas sx ()

Uso de anticonceptivos (Mac):

1: Mac oral: No: () Si () Cual:

1: Oral () 2: Iny 3 m () 3: Iny 1 m () 4: Implante () 5: Condón () 6: DIU ()

Antecedente de ITS: 1: Sí () 2: No ()

Tiempo de toma último Pap: 1: 1ª vez () 2: 1 - 3 años () 3: ≥ 4 a ()

ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Williams Fajardo Alfaro
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha recolección de sobre datos factores ginecoobstétricos Asociados a lesiones escamosas intraepiteliales.
- 1.5 Autor del instrumento: Jorge López Rengifo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre factores ginecoobstétricos asociados y lesiones escamosas intraepiteliales.					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 ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales.					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 aplicado, retrospectivo y de casos y controles					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 21 Enero de 2020


 IGSS - MINSA
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
 DR. WILLIAMS FAJARDO ALFARO
 Firmado en: 21/01/2020
 D.N.I. N° 21.479.150
 Teléfono 999431202

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. Sara Aquino Dolorier
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE UPSTB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha recolección de sobre datos factores ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales.
 1.5 Autor del instrumento: Jorge López Rengifo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

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 con los avances de la teoría sobre factores ginecoobstétricos asociados y lesiones escamosas intraepiteliales.					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 ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales.					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 aplicado, retrospectivo y de casos y controles					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2020


Sara Aquino Dolorier
LICENCIADA EN ESTADÍSTICA
COESP. N° 023
 Firma del Experto
 D.N.I N° 07498001
 Teléfono 993083992

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dra. Paula Rosa Torres Tello
 1.2 Cargo e institución donde labora: Consultorio de Ginecología del C.S. Bellavista Perú-Corea.
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha recolección de sobre datos factores ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales.
 1.5 Autor del instrumento: Jorge López Rengifo

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

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.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre factores ginecoobstétricos asociados y lesiones escamosas intraepiteliales.					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores ginecoobstétricos asociados a lesiones escamosas intraepiteliales.					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación aplicado, retrospectivo y de casos y controles					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicable* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2020


 Paula Rosa Torres Tello
 MEDICO GINECO-OBSTETRA
 Firma del Experto
 D.N.I N° 08593251
 Teléfono 994913690

ANEXO N° 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuál es la asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea 2016 a 2019?</p>	<p>General:</p> <p>PG: Determinar la asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú Corea 2016 a 2019.</p>	<p>General:</p> <p>HG: Existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y las lesiones escamosas intraepiteliales en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú- Corea 2016-2019.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Factores de riesgo gineco-obstétricos.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Edad ≤ 17; 18-29; 30-59; ≥ 60</p> <p>Abortos No aborto 1 a 2 abortos ≥ 3 abortos</p> <p>Paridad Nulípara 1 a 2 partos ≥ 3 partos</p> <p>Edad del 1° coito ≤ 15 años, 16-18 años, y ≥ 19</p> <p>Andría 1, 2 - 3 y ≥ 4</p>
<p>Específicos:</p> <p>PE1: ¿El factor sociodemográfico s-Edad está asociado a las</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE1: Establecer la asociación entre el factor sociodemográfico</p>	<p>Específicas:</p> <p>HE1: Existe asociación entre el factor sociodemográfico</p>	<p>Edad del 1° coito ≤ 15 años, 16-18 años, y ≥ 19</p> <p>Andría 1, 2 - 3 y ≥ 4</p>

lesiones escamosas intraepiteliales?	s-Edad y las lesiones escamosas intraepiteliales.	s-edad y las lesiones escamosas intraepiteliales.	Tipo método anticonceptivo Ninguno, Oral, Iny 3 m, Iny 1 m, Implante, Condón, y DIU
PE 2: ¿El número de abortos está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?	OE 2: Determinar la asociación entre el número de abortos y las lesiones escamosas intraepiteliales.	HE2: Existe asociación entre el número de abortos y las lesiones escamosas intraepiteliales.	Antecedente ITS Si, No
PE 3: ¿La paridad está asociada a las lesiones escamosas intraepiteliales?	OE 3: Conocer la asociación entre la paridad y las lesiones escamosas intraepiteliales.	HE3: Existe asociación entre la paridad y las lesiones escamosas intraepiteliales.	Tiempo de toma Pap 1° vez, 1 – 3 a, y ≥ 4 años
PE 4: ¿La edad del primer coito está asociada a las lesiones escamosas intraepiteliales?	OE 4: Determinar la asociación entre la edad del primer coito y las lesiones escamosas intraepiteliales.	HE4: Existe asociación entre la edad del primer coito y las lesiones escamosas intraepiteliales.	Variable Dependiente: Lesiones escamosas intraepiteliales .
PE 5: ¿La andría está asociada a las lesiones	OE 5: Precisar la asociación entre la andría y las	HE5: Existe asociación entre la andría y las	Indicadores: Lesiones escamosas intraepiteliales 1: Sí 2: No Lesiones

escamosas intraepiteliales?	lesiones escamosas intraepiteliales.	lesiones escamosas intraepiteliales.	escamosas intraepiteliales bajo grado 1: PVH 2: Displasia leve
PE 6: ¿EL tipo de método anticonceptivo está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?	OE 6: Señalar la asociación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones escamosas intraepiteliales.	HE6: Existe asociación entre el tipo de método anticonceptivo y las lesiones escamosas intraepiteliales.	Lesiones escamosas intraepiteliales alto grado 1: Displasia moderada 2: Displasia severa
PE 7: ¿Las infecciones de transmisión sexual están asociadas a las lesiones escamosas intraepiteliales?	OE 7: Especificar la asociación entre las infecciones de transmisión sexual y las lesiones escamosas intraepiteliales.	HE7: Existe asociación entre las Infecciones de transmisión sexual y las lesiones escamosas intraepiteliales.	3: Carcinoma in situ ASCUS 1: Sí 2: No
PE 8: ¿El tiempo desde la última toma de Papanicolaou está asociado a las lesiones escamosas intraepiteliales?	OE 8: Establecer la asociación entre el tiempo desde la última toma de Papanicolaou y las lesiones escamosas intraepiteliales.	HE8: Existe asociación entre el tiempo desde la última toma de Papanicolaou y las lesiones escamosas intraepiteliales.	AGUS 1: Sí 2: No

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Analítico correlacional con enfoque cuantitativo.</p> <p>- Tipo de Investigación: Aplicada, retrospectivo y de casos y controles</p> <p>- Diseño: No experimental, transversal y correlacional</p>	<p>Población: N =: Todos los resultados de Papanicolaou en el periodo y lugar de estudio.</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes en quienes se hayan realizado examen de Papanicolaou ✓ Pacientes con informe citológico de Papanicolaou anormal o positivo. ✓ Pacientes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Bellavista Perú-Corea, durante el periodo comprendido entre 1° julio de 2016 al 30 junio de 2019. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes con historia clínica-formato Papanicolaou inaccesible o incompleta 	<p>Técnica: Revisión de historias clínicas con formatos de resultado de Papanicolaous</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p>

	<ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes gestantes.✓ Pacientes con carcinoma epidermoide o adenocarcinoma <p>Tamaño de muestra: 158 resultados Pap. De los cuales 79 resultados de Pap (+) son Casos y 79 son Controles</p> <p>Muestreo: No probabilístico por conveniencia de estudio</p>	
--	--	--