



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



**ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

TESIS

**FACTORES GINECOLÓGICOS Y CONTRACEPTIVO HORMONAL Y SU
INFLUENCIA EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL "ZACARÍAS CORREA
VALDIVIA", 2016**

**Línea de investigación:
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PRESENTADO POR:
Mg. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN:
CIENCIAS DE LA SALUD**

HUANCVELICA – PERÚ

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por ley 25265)
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO
(Resolución N° 421-2002-R-UNH)

005-2018



"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Ante el Jurado conformado por los docentes: **Dr. Cesar Cipriano ZEA MONTESINOS**, **Dra. Charo Jacqueline JAUREGUI SUELDO**, **Dra. Marisol Susana TAPIA CAMARGO**.

Asesora: Dra. Alicia VARGAS CLEMENTE

De conformidad al Reglamento para Optar el Grado Académico de Doctor y Maestro, de la Escuela de Posgrado, aprobado mediante Resolución Directoral N° 107-2018-EPG-R-UNH.

La Candidata al **GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**.

Doña: **PEREZ VENEGAS CLARIS JHOVANA**, procedió a sustentar su trabajo de Investigación titulado: **FACTORES GINECOLOGICOS Y CONTRACEPTIVO HORMONAL Y SU INFLUENCIA EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL "ZACARÍAS CORREA VALDIVIA", 2016.**

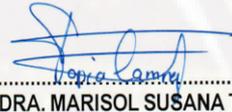
Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los Miembros del Jurado, se dio por concluido al ACTO de sustentación, realizándose la deliberación y calificación, resultando:

Con el calificado Aprobado
por unanimidad

Y para constancia se extiende la presente ACTA, en la ciudad de Huancavelica, a los diecinueve días del mes de diciembre del año 2018.


.....
DR. CESAR CIPRIANO ZEA MONTESINOS
Presidente


.....
DRA. CHARO JACQUELINE JAUREGUI SUELDO
Secretario


.....
DRA. MARISOL SUSANA TAPIA CAMARGO
Vocal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



**ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

TESIS

**FACTORES GINECOLÓGICOS Y CONTRACEPTIVO HORMONAL Y SU
INFLUENCIA EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL “ZACARÍAS CORREA
VALDIVIA”, 2016**

ASESORA

Dra. Alicia Vargas Clemente

HUANCVELICA – PERÚ

2018

Dedicatoria

A mi Madre e hija, Vilma Venegas, Cielo Brihanna y a Frank por ser mi fortaleza y pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Clarís

AGRADECIMIENTOS

Expreso un profundo agradecimiento a mi madre e hija, por haberme apoyado incondicionalmente brindándome su cariño y comprensión motivándome siempre a seguir adelante, y continuar para alcanzar la meta deseada.

Agradecida a los trabajadores, en especial a las obstetras que laboran en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, por su tiempo y colaboración en el momento de la ejecución del trabajo de investigación.

Gratitud a mi asesora Dra. Alicia Vargas Clemente, por su apoyo en el desarrollo del trabajo de investigación; y a todas aquellas personas que apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

RESUMEN

Título: Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las lesiones intraepiteliales de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”, 2016.

Objetivo: Determinar cómo los factores ginecológico y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016. **Material y método:** La investigación fue analítica, observacional, retrospectiva de nivel correlacional. El método utilizado descriptivo y analítico. El diseño que orientó el proceso estadístico fue no experimental, transversal. La población estuvo conformada por 216 mujeres con resultados de PAP que fueron atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia en el consultorio de despistaje de cáncer de cérvix en el periodo de enero a diciembre 2016. Se utilizó la técnica de Análisis documental y como instrumento una ficha de análisis documental. Se aplicó la regresión logística multinominal y prueba Chi cuadrado bivariada con intervalos de confianza al 95% para las variables evaluadas.

Resultados: No existe influencia directa entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales (LIE) del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016 ($p > 0,05$). Sin embargo, las variables de infecciones de transmisión sexual, uso de anticonceptivos y tiempo de uso de anticonceptivos tuvieron una relación significativa con la variable LIE ($p < 0,05$) al realizar el análisis bivariado.

Conclusión: Las lesiones intraepiteliales se presentan muy independientemente de los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal. Por otro lado, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales y el padecimiento de infecciones de transmisión sexual principalmente de condiloma incrementan el riesgo de padecer LIE.

Palabras clave: lesiones intraepiteliales, edad, factor contraceptivo hormonal.

RESUMO

Título: fatores hormonais ginecológicos e contraceptivos e sua influência sobre as lesões intra-epiteliais cervicais em mulheres atendidas pelo Hospital Regional "Zacharias Valdivia Correa" de 2016.

Objetivo: determinar como os fatores contraceptivo e ginecológicos hormonal influenciar a ocorrência de lesões intraepiteliais do colo do útero de mulheres atendidas pelo Hospital Regional Zacharias Valdivia Correa, Huancavelica 2016. **Material e Métodos:** A pesquisa foi analítica, observacional, nível retrospectiva correlacional. O método usado descritivo e analítico. O desenho que orientou o processo estatístico foi não experimental, transversal. A população foi composta de 216 mulheres com resultados de PAP que foram tratados no Hospital Zacarias Correa Valdivia no escritório do rastreio do câncer do colo do útero no período de janeiro a dezembro de 2016. A técnica de análise documental foi utilizada e o instrumento fue uma guia de análise documental. A Regressão logística multinomial e teste do qui-quadrado bivariado foram aplicados com intervalos de confiança de 95% para as variáveis avaliadas.

Resultados: Não há nenhuma influência directa entre contraceptivos hormonais e factores ginecológicos no aparecimento de lesões intra-epiteliais (LIE) do colo do útero, em mulheres tratadas no Hospital Zacarias Valdivia Correa, Huancavelica 2016 ($p > 0,05$). No entanto, as variáveis de infecções sexualmente transmissíveis, o uso de contraceptivos e o tempo de utilização de contraceptivos foram significativamente associados com a variável de LIE ($p < 0,05$) após análise bivariável.

Conclusão: As lesões intraepiteliais ocorrem de forma muito independente dos fatores ginecológicos e contraceptivos hormonais.

Por outro lado, o uso prolongado de contraceptivos hormonais e o sofrimento de infecções sexualmente transmissíveis principalmente de condiloma aumentam o risco de sofrer de LES.

Palavras-chave: lesões intraepiteliais, idade, fator contraceptivo hormonal.

ABSTRACT

Title: Gynecological and hormonal contraceptive factors and its influence on cervical intraepithelial lesions in women treated at the Regional Hospital "Zacaría Correa Valdivia", 2016.

Objective: To determine how the gynecological and hormonal contraceptive factors influence the appearance of intraepithelial lesions in the cervix of women treated at the Zacaría Correa Valdivia Regional Hospital, Huancavelica- 2016. **Material and method:** The research was analytical, observational, and retrospective with a level correlational. The method used was the descriptive and analytical. The design statistical was non-experimental, cross-sectional. The population consisted in 216 women with PAP results who were attended at the Hospital Zacarias Correa Valdivia in the cervix cancer clinic screening from January to December 2016. The documentary analysis was used. The data was obtained using the document analysis sheet and multinominal logistic regression and bivariate Chi square test was applied with 95% confidence intervals.

Results: There is no direct influence between gynecological and hormonal contraceptive factors in the appearance of intraepithelial lesions (IEL) of the cervix in women attended at the Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016, ($p < 0.05$). However, the variables of sexually transmitted infections, use of contraceptive and time of contraceptive use had a significant relationship with the IEL variable ($p < 0.05$) when was performing the bivariate analysis.

Conclusion: The intraepithelial lesions occur very independently of the gynecological and hormonal contraceptive factors. On the other hand, the prolonged use of hormonal contraceptives and the suffering of sexually transmitted infections, mainly of condyloma, increase the risk of suffering IEL.

Keywords: intraepithelial lesions, age, hormonal contraceptive factor

ÍNDICE

Portada	i
Acta de sustentación.....	ii
Página de asesor	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos.....	v
Resumen	vi
Resumo	vii
Abstract.....	viii
Índice.....	ix
Índice de tablas.....	xi
Índice de gráficos	xii
CAPITULO I	14
EL PROBLEMA.....	14
1.1. Planteamiento del Problema	14
1.2. Formulación del Problema	19
1.3. Objetivos de investigación.....	19
1.4. Justificación	20
CAPITULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Bases teóricas	39
2.3. Marco conceptual.....	41
2.4. Marco filosófico.....	52
2.5. Formulación de hipótesis	58
2.6. Identificación de Variables.	59
2.7. Definición Operativa de variables e indicadores.....	59
CAPITULO III	64
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	64
3.1. Tipo de investigación	64
3.2. Nivel de investigación	64
3.3. Métodos de la investigación	64
3.4. Diseño de investigación	65
3.5. Población, muestra y muestreo.....	65
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	67

CAPITULO IV	69
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	69
4.1. <i>Presentación e interpretación de datos</i>	70
4.2. <i>Discusión de Resultados</i>	79
4.3. <i>Proceso de prueba de hipótesis</i>	84
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXO N° 01	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
ANEXO N° 02	A
FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL	A
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD	B
ANEXO N° 03	E
IMÁGENES DE EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	E
ANEXO N° 04	G
ARTICULO CIENTÍFICO	A

Índice de tablas

Tabla N° 01.	Factor ginecológico y contraceptivo hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016	73
Tabla N° 02.	Factor ginecológico personal: edad relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino	76
Tabla N° 03.	Factor ginecológico sexual: Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino	77
Tabla N° 04.	Factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino	80
Tabla N°05	Análisis regresión logística multinomial.....	86
Tabla N°06	Análisis de la prueba Chi cuadrado bivariada de relación entre las variables ginecológico y contraceptivo con LIE.....	88

Índice de gráficos

- Gráfico N° 01. Factor ginecológico y contraceptivo hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016 75
- Gráfico N° 02. Factor ginecológico personal: edad relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino 76
- Gráfico N° 03. Factor ginecológico sexual: Edad de inicio de menarquia, Edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino 79
- Gráfico N° 04. Factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y Tiempo de uso del método hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino 81

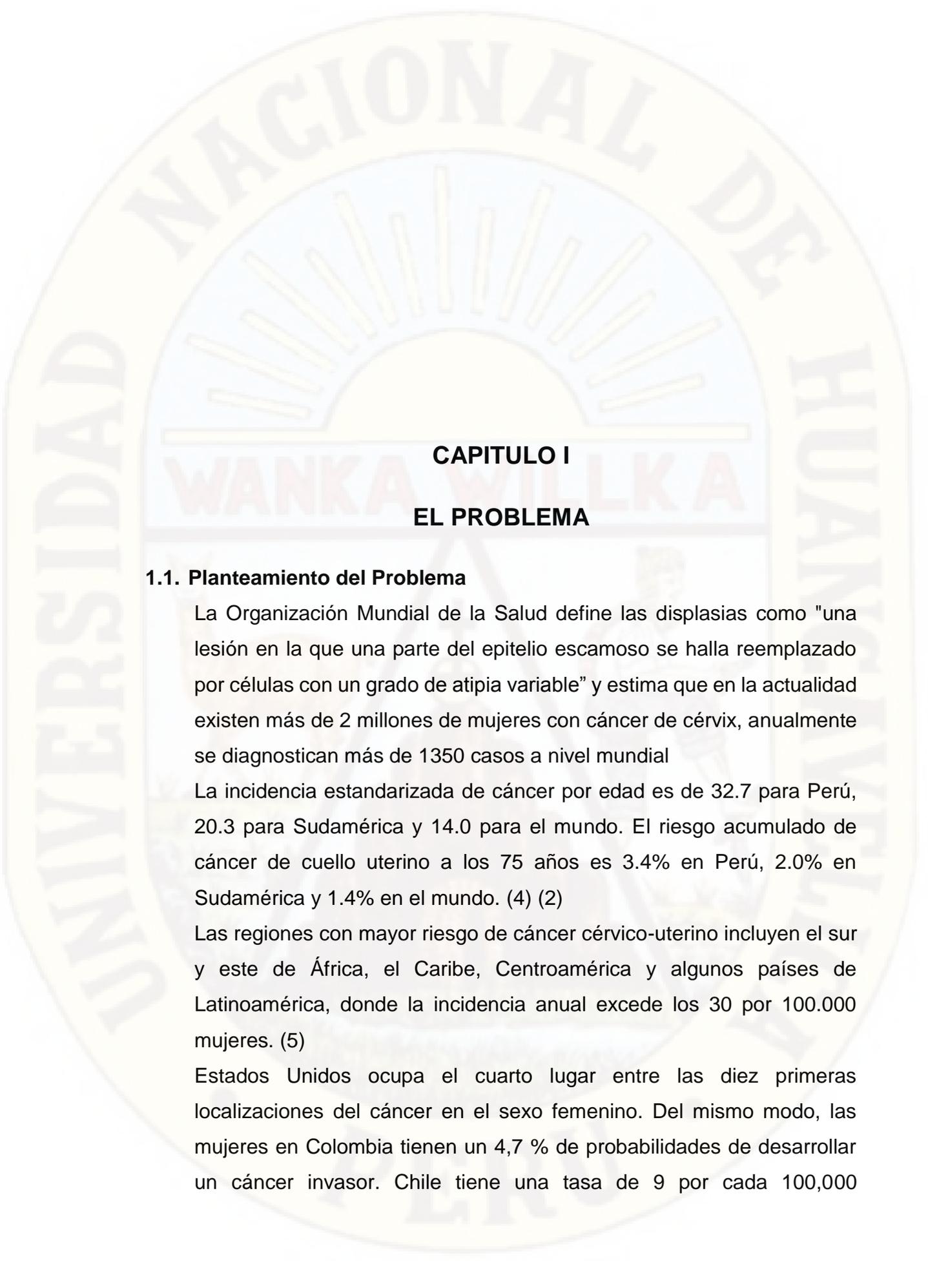
Introducción

El daño precursor del cáncer de cérvix son las lesiones intraepiteliales que inicia con una alteración celular del epitelio del cérvix, de lenta y progresiva evolución lo cual, si es que no se detecta oportunamente progresa a cáncer in situ luego a cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal (1) (2) (3)

El cuello uterino, es la parte fibromuscular inferior del útero con tamaños que varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer. El cérvix está recubierto por su porción intravaginal por epitelio plano estratificado no queratinizado. Teóricamente, el exocérvix está recubierto por un epitelio escamoso estratificado rosado, de múltiples capas celulares, modificándose a lo largo de la vida de la mujer; mientras que un epitelio cilíndrico rojizo de una única capa celular recubre el endocérvix. La ubicación de la unión escamoso-cilíndrica con relación al orificio cervical externo varía según la edad, el momento del ciclo menstrual y otros factores como el embarazo y el uso de anticonceptivos orales; la parte del cuello uterino en la que se producen células de epitelio plano adquieren el nombre de metaplasia escamosa y se denomina zona de transformación. Identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona.

La finalidad del presente estudio es determinar cómo los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

La tesis está organizado en cuatro capítulos que describo a continuación: Capítulo I: El problema. Capítulo II: Marco teórico. Capítulo III: Metodología de la investigación. Capítulo IV: Presentación de resultados.



CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud define las displasias como "una lesión en la que una parte del epitelio escamoso se halla reemplazado por células con un grado de atipia variable" y estima que en la actualidad existen más de 2 millones de mujeres con cáncer de cérvix, anualmente se diagnostican más de 1350 casos a nivel mundial

La incidencia estandarizada de cáncer por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo. El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo. (4) (2)

Las regiones con mayor riesgo de cáncer cérvico-uterino incluyen el sur y este de África, el Caribe, Centroamérica y algunos países de Latinoamérica, donde la incidencia anual excede los 30 por 100.000 mujeres. (5)

Estados Unidos ocupa el cuarto lugar entre las diez primeras localizaciones del cáncer en el sexo femenino. Del mismo modo, las mujeres en Colombia tienen un 4,7 % de probabilidades de desarrollar un cáncer invasor. Chile tiene una tasa de 9 por cada 100,000

habitantes. Bolivia espera 1500 casos nuevos por año. Y para la fecha no hay mayores logros de reducción en el reporte de estos casos. (6)

Según el informe de GLOBOCAN 2012, el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo y tiene la cuarta tasa de mortalidad más alta de los cánceres en las mujeres (4)

Cada año se estima que 273.000 mujeres fallecen de cáncer cérvico-uterino a nivel mundial (5) (7)

Menos del 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer invasor en los países en vías de desarrollo, sobreviven más de 5 años y muchas de las víctimas son habitualmente mujeres jóvenes en edad fértil. En contraste en los países desarrollados donde la sobrevida alcanza cifras del 66% a 5 años. (5)

Según el American Cancer Society de los Estados Unidos en el 2018 va viendo 13 240 casos nuevos y 4170 defunciones por cáncer de cuello uterino.

El principal factor de riesgo del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (8) (9), los siguientes son otros factores de riesgo del cáncer de cuello uterino: Consumo prolongado de anticonceptivos orales e infección por el VPH. (10) (11), la edad temprana en el momento de la primera relación sexual (12), el número elevado de parejas sexuales (12), el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales (5 o más años) está asociado a un riesgo mayor de cáncer cervical (13)

En el Perú han ocurrido 4,142 casos en el año 2005, representando una tasa de incidencia que asciende a 37.1 casos por 100 000 mujeres; así mismo se estima que fallecieron 1,646 pacientes por cáncer de cuello uterino (14). El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%).

Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco

(12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2)

También en nuestro país, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical (2)

La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino se puede prevenir con exámenes de detección de rutina y con el tratamiento de las lesiones precancerosas. Como consecuencia, la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino se diagnostican en mujeres que viven en regiones desprovistas de protocolos de detección adecuados.

Para enfrentar a este problema, en el año 2008 en el Perú, avalada por la resolución ministerial N° 030-2007-MINSA, donde se aprobó el “Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer” por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], resolviendo en una resolución jefatura N° 121-RJ-INEN-2008 la cual aprueba la “Norma técnico oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional”, por este decreto se han implementado programas de tamización basados en las células cervicales, como una de las opciones preventivas, con resultados favorables en la detección de las lesiones premalignas.

Para la evaluación de este mal, existe indicadores, de los cuales el más importante es el indicador de resultado “Porcentaje de mujeres con NIC I, II, III en la población tamizada”, donde la norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino dada por el INEM da un parámetro de 3% como meta.

Por lo tanto la efectividad de este indicador se refleja en la disminución de la morbilidad y mortalidad a través de la detección de lesiones premalignas de cáncer de cérvix, así como también, por el tratamiento oportuno (15)

En la Ciudad de Huancavelica el cáncer de cérvix viene hacer una enfermedad muy delicada y que este a su vez tiene un factor de riesgo, como son: los antecedentes ginecológicos deletéreos sumado a un consumo de anticonceptivos orales por tiempo prolongado, iniciar

precozmente relaciones sexuales contar con múltiples parejas sexuales, asimismo el padecimiento de alguna infección de transmisión sexual predispone a la mujer huancavelicana a contraer un cáncer de cérvix, esto de acuerdo a los últimos estudios que también se menciona en el presente estudio. Es así que en un informe realizado por el diario correo en el 2018 comentó cifras proporcionadas por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Huancavelica, entre el año 2013 y el año 2017 donde la región registró un total de 299 casos de cáncer, de los cuales el 15% (45 casos), fueron de cérvix o cuello uterino. Asimismo el 2017 se presentó 20 nuevos casos, los cuales fueron detectados en el Hospital Regional de Huancavelica [HRH]. (16) En el mes de febrero del 2017 ingresaron dos pacientes con cáncer del cuello uterino, y de los cuales uno falleció. Según datos registrados en el nosocomio.

Asimismo, según cifras del INEI y ENDES 2016, Huancavelica se sitúa con un 33,9% (17) entre mujeres entre 15 a 59 años que padecen cáncer de cérvix a causa del VPH, lo que hace pensar que a la fecha los programas de intervención y prevención no están respondiendo favorablemente a su objetivo establecido, siendo así en los últimos años el cáncer de cuello uterino ha crecido preocupantemente en Huancavelica y actualmente es el segundo mal oncológico con mayor prevalencia en la región, después del cáncer gástrico.

Por la problemática mencionada a nivel mundial, nacional, local y en especial nuestra región no es ajeno a los problemas descritos, consciente de las consecuencias graves de muerte que puede desencadenar en la salud de la mujer huancavelicana, siendo el segundo tipo de cáncer, según los últimos reportes de la DIRESA, situación condicionante y determinante como región alto andina; donde el panorama es cada vez más latente por la falta de información observándose poca afluencia de la población que acude para un despistaje de cáncer de cérvix expuesta a la enfermedad. Asimismo el escaso grado instrucción hace de muchas mujeres de la población tenga

temor en acudir libremente a tener una cita médica y practicársele el examen.

Según cifras de la Dirección Regional de Salud Huancavelica, en estos últimos años hay un incremento de esta terrible enfermedad, esto en muchos de los casos por la falta de información del personal de salud en brindar una buena consejería, el no hacer un seguimiento adecuado de las mujeres pacientes con factores de riesgo, como es el estar expuesta a métodos anticonceptivos hormonales por largos periodos, tener múltiples parejas sexuales que a la fecha este problema tiene su base desde la familia, colegios y entorno. Iniciar una vida sexual a temprana edad, donde están también inmersos las Instituciones Educativas que no le dan el valor agregado en permitir conocer a los adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva, y otros temas similares por aún catalogarse temas *tabú*, y tener toda esa población expuesta a diferentes peligros que actualmente un adolescente atraviesa y como no, a esta enfermedad letal que con una simple información se podría evitar factores de riesgo. Asimismo otro factor es el estar expuesta a enfermedades de transmisión sexual, no recibir un buen tratamiento, la falta de valores que a la fecha está cada vez aminorando.

Nuestras autoridades deberían emprender programas con mayor cobertura para al menos disminuir el ascenso cada vez más rápido de esta grave enfermedad como es el cáncer de cérvix y fortalecer el consultorio de Cacu como servicio oportuno de diagnóstico y pruebas de detección del cáncer de cuello uterino a las mujeres atendidas, con bajos ingresos y sin seguro médico. Por todo lo expuesto me motivó en realizar la presente investigación en estudiar los factores de riesgo ginecológicos y contraceptivo hormonal nexos más cercanos relacionados a las lesiones intraepiteliales de cérvix para contribuir a reorientar las políticas sanitarias, orientar las acciones en salud pública, estrategia de prevención de cáncer de cérvix y plantear medidas preventivas que permitan reducir esta mortalidad, lo que tendrá una repercusión favorable en la salud de la población femenina.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Pregunta general

¿Cómo los factores ginecológico y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cómo el factor ginecológico personal: Edad influye en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?
- ¿Cómo el factor ginecológico sexual: Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?
- ¿Cómo el factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer cómo el factor ginecológico personal: Edad influye en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello

uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

- Establecer cómo el factor ginecológico sexual: Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016
- Identificar cómo el factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

1.4. Justificación

Hoy en día, el cáncer de cérvix es el cuarto cáncer más común en las mujeres, y el séptimo a nivel general, con un estimado de 528. 000 nuevos casos en el 2012. Hubo un estimado de 266. 000 muertes a causa de esta enfermedad a nivel mundial en el año 2012. (18)

Los beneficios de los anticonceptivos orales como se sabe es la prevención de un embarazo no deseado, reducción de los síntomas relacionados con la menstruación, menos embarazos ectópicos, un posible aumento de la densidad ósea y una posible protección contra la enfermedad inflamatoria pélvica. (19)

Sin embargo la asociación de las lesiones intraepiteliales del cérvix con los factores ginecológicos deletéreos y la exposición a los anticonceptivos orales es posiblemente indirecta. Las hormonas en los anticonceptivos orales pueden cambiar la susceptibilidad a la infección por virus papiloma humano (VPH) de las células del cérvix, o pueden afectar la capacidad de las células para deshacerse de la infección o hacer que la infección por VPH cause cambios con más facilidad los cuales se conviertan en cáncer cervical. Las cuestiones acerca de cómo

los anticonceptivos orales pueden aumentar el riesgo de cáncer cervical obtendrán una respuesta por medio de las investigaciones en curso (20). En este sentido lo que se pretende realizar con el presente estudio es analizar la posible existencia entre la exposición a la anticoncepción hormonal y los factores ginecológicos deletéreos en las mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, estos como factores influyentes de riesgo para contraer lesiones intraepiteliales de cérvix y establecer la concientización en las mujeres del peligro de adquirir esta enfermedad como es el cáncer de cérvix si se inicia una vida sexual a temprana edad (menores de 20 años), mujeres con múltiples compañeros sexuales y otros factores que aumentan el riesgo de padecer esta mortal enfermedad. Asimismo hacer conocer los resultados obtenidos a las autoridades pertinentes para que sirva como un lazo en la contribución de la mejora de la salud pública regional mejorando la estrategia de prevención del cáncer de cuello uterino, y reorientar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

- Globocan. En el informe de 2012 de la *International Agency for Research on Cancer*, la cual forma parte de la Organización Mundial de la Salud, se combinaron los datos de ocho estudios para evaluar la relación que había entre el uso de anticonceptivos orales con el riesgo de cáncer de cérvix entre las mujeres que tenían la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los investigadores encontraron un aumento casi triple del riesgo entre las mujeres que habían usado anticonceptivos orales de 5 a 9 años en comparación con mujeres que nunca los habían usado. Entre las mujeres que habían usado anticonceptivos orales durante 10 años o más, el riesgo de cáncer de cuello uterino era cuatro veces mayor (4)
- Torres. En su tesis. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009. Para optar el grado de Magister “.Ecuador. 2012. Trabajó con el 100% de universo, es decir, la muestra fue de 190 resultados de Papanicolaou de pacientes en edades comprendidas entre los 20 a 45 años, de Enero a Diciembre del 2009 que acudieron al Subcentro “29 de noviembre” a realizarse pruebas de Papanicolaou El tipo de investigación fue Descriptivo-Correlacional. El diseño de Investigación fue No experimental-Transversal.

Las mujeres objeto de estudio, pertenecen al grupo poblacional de 20 a 35 años de edad que proceden de Santa Rosa, su estado civil es de unión libre en su mayoría, han cursado por la educación básica, han presentado de 1 a 2 gestas, no han presentado infecciones de transmisión sexual y el tratamiento recibido es por inflamaciones debido a vaginosis bacteriana. La estratificación de los resultados de Papanicolaou son el 83.15% el resultado fue negativo para cáncer uterino, el 3,15% Neoplasia intraepitelial (NIC I), el 1.02 % fue NIC 1 + HPV, mientras que el 12,63% su resultado fue indeterminado. La prevalencia de la positividad de NIC 1 es del 4,76%. La población de mujeres en edad fértil más afectada con el NIC I son las del grupo de mujeres de 20 a 35 años de edad con el 2,1%. La mayoría de mujeres en edad fértil y reproductiva están conscientes del grado de riesgo que enfrentan, por tal motivo están dispuestas a acudir en forma periódica al Subcentro de Salud en búsqueda de orientación e información acerca del Papanicolaou por parte de los profesionales. (21)

- Castro. En su estudio anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino, México. 2011. Evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas reportó los hallazgos biológicos, inmunológicos y epidemiológicos derivados del uso de anticonceptivos orales y su relación con el cáncer cervicouterino. Material y método: estudio retrospectivo Conclusiones: Los resultados indican que los estudios epidemiológicos no muestran resultados convincentes acerca del uso de anticonceptivos como un factor de riesgo para cáncer cervicouterino, del que el agente causal en 99.7% de los casos es el virus del papiloma humano. Si bien existen evidencias biológicas en modelos in vitro y animales, estas no concuerdan con la evidencia epidemiológica, positiva o negativa, de la asociación entre el uso prolongado de anticonceptivos orales e infección por virus del papiloma humano, displasia y cáncer cervicouterino, por lo que es necesario realizar estudios epidemiológicos que se enfoquen al análisis de la relación entre exposición, infección, persistencia y progresión a lesiones y la expresión de las proteínas oncogénicas E6 y E7, u otras

involucradas en las vías de señalización de éstas. El estilo de vida tiene una fuerte asociación con la infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino con el uso de anticonceptivos orales; sin embargo, ambas apreciaciones siguen siendo motivo de discusión. (22)

- Mahecha et al. En su estudio "Factores asociados a lesiones preneoplásicas de cuello uterino en usuarias de la ESE del Municipio de AIPE, en el periodo enero a setiembre 2009. Colombia. 2011. Estudio epidemiológico observacional, analítico de tipo casos y controles; basado en los casos. En 198 mujeres mayores de edad hasta de 55 años de edad, que acudieron al programa de detección temprana del cáncer cervicouterino en Aipe, Huila del 1° de enero al 30 de septiembre de 2009. En el estudio se excluyeron todas las mujeres con histerectomía por cualquier causa y aquéllas que fuesen menores de edad o que tuviesen más de 55 años de edad. La población fue entrevistada, con relación a los antecedentes ginecológicos, obstétricos y socioculturales. El riesgo de presentar lesiones preneoplásicas en el útero, se incrementa en 5,92 veces más en comparación de las que no han presentado infección. El tener de 6 a 7 compañero sexual se incrementa en 4,67 veces más en comparación a las que han tenido un solo compañero sexual. Las mujeres que han presentado infecciones vaginales tienen un riesgo mayor en 5,88 veces en comparación de las que no han presentado dicha enfermedad, al igual que el tener más de cinco compañeros sexuales incrementa el riesgo de cáncer cervicouterino en 20,67 veces más en comparación con las que han presentado de 2 a 4 compañeros sexuales. (23).
- Balseca, en su trabajo: "Lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra, Tena. Ecuador. 2010."; donde determinó la prevalencia de lesiones cervicales premalignas en el Hospital José María Velasco Ibarra del Tena; para lograr el objetivo se tomó como población de muestra a 221 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Teniendo como resultado: que la población más afectada son las de raza indígena y correspondiendo a las edades entre los 20 a 40 años ocupando un

61,1%, el mayor porcentaje fueron pacientes estudiadas y tenido de 2 a 3 compañeros sexuales que son en un 42,5%, con multiparidad en un 45,7%, y antecedentes de métodos anticonceptivos orales. Con estos resultados se concluyó que 221 pacientes con resultado histológico positivo representado una prevalencia de lesiones premalignas del 31,1% (24).

- Callejas. En su estudio Inmunopatología del cáncer del cuello uterino. Diseño. Prospectivo, inferencial, transversal y translacional. Periodo De Estudio. Esta investigación fue realizada durante el periodo comprendido entre el año 2005 y año 2009.Venezuela. Este estudio cubre el área de la inmunopatología del cáncer del cuello uterino. El estudio para la detección del ADN del VPH utilizando la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), fue realizado en las instalaciones del Laboratorio Regional de Referencia Viroológica en la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. La muestra poblacional. Objeto de estudio estuvo constituida por 500mujeres de las cuales fueron seleccionadas 183 mujeres que acudieron a la consulta ginecológica rutinaria y a través de jornadas de pesquisa de CaCu en diferentes centros dispensadores de salud del Municipio Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia, Venezuela. Estudiaron biopsias de cuello uterino de 30 pacientes que presentaron diferentes grados de lesiones displásicas de cuello uterino: 21 (70%) con NIC I, 5 (16,7%) con NIC II y 4 (13,3%) con NIC III. Como controles se analizaron biopsias de cuello uterino de 9 mujeres sanas. Diagnosticaron la presencia del VPH mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en 14 casos de los 30 estudiados (36%) de los cuales 9(64,3%) correspondían a NIC I, 2(11,3%) a NIC II y 3 (21,4%) fueron NIC III. La expresión general del IFN-g en los tejidos del CU de las pacientes se encontró aumentada con respecto al grupo control que estuvo ausente. Cuando se comparó la expresión de la citoquina en los grados de NICs, no se encontró diferencia significativa entre los NIC I y II y NIC II y III. Sin embargo si existieron entre NIC I y III ($p < 0,001$), observándose que a medida que

aumenta el grado de lesión mayor es la expresión de IFN-g. Finalmente se observó un incremento general de la IL-6 en las pacientes con lesión displásica del cérvix con respecto a los controles (5.31 ± 2.52 vs. 0.77 ± 2.33 ; $p < 0.001$). Estas diferencias alcanzaron significación estadística entre los grupos NIC II y NICIII y el control. No se encontró diferencia significativa al comparar la expresión de la citoquina en los diferentes grados de lesión. Observó una diferencia significativa ($*p < 0.0001$) cuando se comparó el grupo de pacientes con lesión (2.23 ± 0.13) en relación al grupo control (0.61 ± 0.27). En las pacientes NIC I la expresión del TGF- β 1, estuvo elevada en el tejido uterino (1.89 ± 0.77) al compararla con el grupo control con una diferencia significativa de $p < 0.008$. El grupo de lesión NIC II, también mostró un incremento en la expresión del TGF- β 1 (2.69 ± 0.78) con respecto al tejido control ($p < 0.0008$). De igual forma, en las pacientes con NIC III la expresión del TGF- β 1 estuvo aumentada en tejido uterino (3.27 ± 0.52) cuando se comparó con los tejidos del grupo control ($p < 0.003$). La expresión de esta citoquina estuvo asociada al grado de lesión del cérvix. (25).

- Appleby P et al. En su estudio Cáncer de cuello uterino y anticonceptivos hormonales: Reanálisis colaborativo de datos individuales para 16,573 mujeres con cáncer de cuello uterino y 35,509 mujeres sin cáncer de cuello uterino de 24 estudios epidemiológicos. Reino Unido, 2007. La información de 24 estudios en todo el mundo se reúne aquí para investigar la asociación entre el carcinoma de cuello uterino y el patrón de uso de anticonceptivos orales. Métodos: Los datos individuales de 16,573 mujeres con cáncer de cuello uterino y 35,509 sin cáncer de cuello uterino se volvieron a analizar centralmente. Los riesgos relativos de cáncer de cuello uterino se estimaron mediante regresión logística condicional, estratificando por estudio, edad, número de parejas sexuales, edad en la primera relación sexual, paridad, tabaquismo y detección. Conclusiones: Entre los usuarios actuales de anticonceptivos orales, el riesgo de cáncer invasivo de cuello uterino aumentó con el aumento de la duración del uso (riesgo relativo de 5 o más años de uso

versus nunca uso, 1,90 [IC 95% 1,69-2,13]). El riesgo disminuyó después de que cesó el uso, y en 10 o más años volvió a ser el de nunca usuarios. Se observó un patrón similar de riesgo tanto para el cáncer invasivo como in situ, y en las mujeres que dieron positivo para el virus del papiloma humano de alto riesgo. El riesgo relativo no varió sustancialmente entre las mujeres con diferentes características. Interpretación: El riesgo relativo de cáncer de cuello uterino aumenta en los usuarios actuales de anticonceptivos orales y disminuye después de que cesa el uso. Se estima que el uso de 10 años de anticonceptivos orales de entre 20 y 30 años aumenta la incidencia acumulada de cáncer cervicouterino invasivo a la edad de 50 años de 7.3 a 8.3 por 1000 en los países menos desarrollados y de 3.8 a 4.5 por 1000 en los países más desarrollados. (11)

- Coeso. Unidad de Epidemiología del Reino Unido de Investigación del cáncer, Oxford. Reino Unido. 2007. Un análisis de 24 estudios epidemiológicos encontraron que cuanto más tiempo una mujer usaba los anticonceptivos orales tanto más aumentaba su riesgo de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, entre las mujeres que dejaron de tomar anticonceptivos orales, el riesgo tendió a disminuir con el tiempo, sin importar por cuánto tiempo ellas habían usado los anticonceptivos orales antes de dejar de tomarlos. (26)
- Vega. Realizó un estudio de tipo epidemiológico en su modalidad de casos y controles ya que estudió la asociación entre factores de riesgo con la presencia de cáncer cervicouterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas que se realizaron citología vaginal durante el periodo de diciembre del 2001 a Noviembre del 2002, en el Centro de Orientación para la Familia (COFAC). México. 2004. La población de referencia la constituyeron los 4 298 cédulas de registro y resultado de las citologías vaginales de las mujeres que fueron atendidas en el período de Diciembre de 2001 a Noviembre de 2002 en el COFAC. Los datos se recolectaron a través de un censo. En la asociación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y pertenecer al grupo de casos y controles es altamente significativo; el 85.1% de los casos comenzaron

las relaciones sexuales de forma precoz siendo el riesgo 80 veces mayor en los grupos de 14 y 15 años. En relación del número de compañeros sexuales es mayor el riesgo y llega a 34.5 cuando han tenido cinco o más compañeros. El uso de anticonceptivos orales resultó un factor de riesgo 2.8 veces mayor en quienes lo usan. (27)

- Green et al. En su estudio Infección del virus papiloma humano y uso de anticonceptivos orales. Unidad de epidemiología de investigación del cáncer de Reino Unido, Universidad de Oxford. 2003. Menciona que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria pero no suficiente de la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino. Dado que el uso de anticonceptivos orales por períodos prolongados se asocia con un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, es importante saber si la infección por VPH es más común en los usuarios de anticonceptivos orales. Se presentó una revisión sistemática de 19 estudios epidemiológicos del riesgo de infección genital por VPH y uso de anticonceptivos orales. No hubo evidencia de una fuerte asociación positiva o negativa entre la positividad del VPH y el uso prolongado o el uso prolongado de anticonceptivos orales. Los datos limitados disponibles, la presencia de heterogeneidad entre los estudios y la posibilidad de sesgo y factores de confusión significan, sin embargo, que estos resultados deben interpretarse con cautela. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos y para investigar las posibles relaciones entre el uso de anticonceptivos orales y la persistencia y detectabilidad de la infección cervical por VPH. (28)
- Moreno et al. En su estudio. Efecto de los anticonceptivos orales sobre el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres con infección por el virus del papiloma humano, Barcelona, 2002: el estudio de casos y controles multicéntrico IARC. Indica como objetivo evaluar cómo el uso de anticonceptivos orales afecta el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres que dieron positivo para el ADN del VPH. Métodos: Se agrupó datos de ocho estudios de casos y controles de pacientes con carcinoma cervical invasivo confirmado histológicamente (CCI) y de dos estudios de pacientes con carcinoma in situ (ISC). La información

sobre el uso de anticonceptivos orales se obtuvo de entrevistas personales. Los efectos se estimaron como odds-ratios, con modelos de regresión logística ajustados para posibles factores de confusión. Conclusiones: (94%) pacientes con Cáncer de cérvix, 211 de 292 (72%) con CIE y 255 de 1916 (13%) fueron positivos para el ADN del VPH. En comparación con los usuarios que nunca lo hicieron, los pacientes que habían usado anticonceptivos orales durante menos de 5 años no tenían un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (odds ratio 0.73, IC 95% 0.52-1.03). La odds ratio para el uso de anticonceptivos orales fue de 2,82 (IC del 95%: 1,46 a 5,42) durante 5-9 años y de 4,03 (2,09 a 8,02) para el uso durante 10 años o más, y estos riesgos no variaron por tiempo desde la primera o último uso. Interpretación: el uso a largo plazo de anticonceptivos orales podría ser un cofactor que aumenta hasta cuatro veces el riesgo de carcinoma cervical en mujeres que son positivas para el ADN del VPH cervical. En ausencia de información mundial sobre el estado del VPH, se debe realizar un esfuerzo adicional para incluir a los usuarios a largo plazo de anticonceptivos orales en los programas de detección del cáncer cervicouterino. (29)

- Ruiz. En su tesis doctoral "factores predictivos en el diagnóstico y la evolución de las neoplasias cervicales intraepiteliales (cin). Se realiza un estudio de base hospitalaria, que se inicia en el año 1986. España. Estando formada la muestra o población por las mujeres que acuden a screening citológico a las consultas de la Sección de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital femenino del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, desde el año 1975 hasta la finalización del estudio en el año 1993, y fueron seguidas posteriormente hasta Enero de 1997 que se cerró el estudio. Durante dicho período de tiempo se vieron 39.870 mujeres y se hicieron un total de 85.045 Exámenes. El tamaño de la muestra se calculó aproximadamente en 500 Casos e igual número de Controles. el propósito de analizar los factores que probablemente guardan relación con la existencia de las lesiones premalignas de alto

y bajo grados del cuello uterino en nuestro medio, diseñamos el presente estudio Caso-Control de base hospitalaria (en consultas externas), que iniciamos en el año 1986, estando formada la muestra o población por las mujeres que acuden a la consulta externa de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, desde el año 1975 hasta la finalización del estudio en el año 1993.

Al inicio del estudio, en 1986, se incorporaron todas las pacientes diagnosticadas desde el año 1975 (casos Prevalentes), junto con todos los casos nuevos diagnosticados desde el 1 de enero de 1986 hasta la finalización del estudio en 1993 (casos Incidentes). Por cada caso se incluyó un Control. Todas las mujeres fueron seguidas posteriormente, de la forma habitual y protocolizada en la Sección, hasta el año 1996 que se cerró el estudio. El 81% de las 491 mujeres incluidas en el estudio han sido seguidas hasta los 5 años, estando libres de enfermedad hasta la última revisión 354 (89%); mientras que las 45 restantes (11,3%) presentaron alguna patología residual: 18 (4,5%) Condilomas subclínicos cervicales; 9 (2,3%) Persistencia de la CIN; 6 (1,5%) Progresión del grado de la CIN; y hubo 12 (2,7%) con Recidivas de CIN después la evidencia clínica de estar libre de la enfermedad durante más de 1 año. De los 6 casos en los que hubo una Progresión de la CIN (3 CIN I y 3 CIN II,

tratadas mediante técnicas destructivas), el 50% presentaron la lesión más grave localizada en endocérnix, razón por la que consideramos que toda mujer sometida a tratamiento destructivo local en el que se involuciona la Unión escamosocilíndrica, como es frecuente en las crioterapias, deba ser vigilada endocervicalmente de forma minuciosa, si es preciso con microcolpohisteroscopia o legrado endocervical, especialmente si se tiene en cuenta que 2 de nuestros casos de progresión presentaron un carcinoma microinvasor endocervical a los 2 años del tratamiento inicial Durante el Seguimiento a largo plazo se diagnosticaron 2 Recidivas correspondientes a una CIN II y HPV tratada con crioterapia que a los 8 años volvió a presentar lesiones

similares; y a una mujer con histerectomía por CIN III y revisiones posteriores citocolposcópicas negativas, que a los 6 años presentó una microinvasión en la cicatriz vaginal. Estos hallazgos nos inducen a recomendar el seguimiento a largo plazo, al menos anualmente, de toda paciente tratada por una CIN, como paciente de alto riesgo, incluso si ha sido histerectomizada; con la razón añadida de que un 1,1% de estas mujeres también presentaron lesiones HPV cervicales pasados los 5 años. Los Factores de Riesgo o Variables Predictoras más importantes para el desarrollo de una CIN son: la Infección por HPV como el más importante, seguido del antecedente de ETS y de la toma de Contraceptivos Orales.

Otros Factores de Riesgo que también aparecen asociados significativamente al desarrollo de la CIN son: el Inicio temprano de las relaciones sexuales, la Promiscuidad sexual y el hábito Tabáquico de más de 20 cigarrillos/día. Los restantes Factores como la Edad en el momento del diagnóstico, el 1º Coito después de los 16 años, Fumar menos de 20 cigarrillos al día y la anticoncepción de barrera o mediante Coito interrumpido, aunque muestran una tendencia a su asociación con la CIN, no alcanzan, sin embargo, significación estadística en la regresión. (30)

Nacionales

- Vitorino, (31) en su estudio Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Essalud, Cusco, 2017 para optar el título profesional de Médico Cirujano. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en las pacientes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud, Cusco en el año 2017. Material y métodos: Estudio no experimental, analítico, casos y controles, retrospectivo y correlacional, realizado en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco durante el periodo enero a diciembre del 2017, en 105 (35 casos y 70 controles) pacientes atendidos ya en el servicio de ginecología y oncología, que cumplieron los criterios de selección. Se realizó una revisión de historias clínicas, se

ingresó a una base de datos, se utilizó la versión SPSS 24 para el procesamiento de datos, con estadística descriptiva e inferencial básica. Resultados: El grupo etario que predomina es el de 41 a 60 años con un 45.7%, los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino fueron el grado de instrucción no superior con el 45.7% de casos teniendo esta variable un $p=0.03$, $OR= 2.43$, $IC95\% [1.03 - 5.71]$; edad del primer embarazo antes de los 18 años con el 24.2% de casos, un valor de $p=0.007$, $OR= 5.12$, $IC95\% [1.41 - 18.52]$; tener más de tres gestaciones con el 80% de los casos, un valor de $p=0.001$, $OR= 5.03$, $IC95\% [1.94 - 13.05]$; iniciar las relaciones sexuales antes de los 18 años con el 77.1% de los casos, un valor de $p=0.000$, $OR= 13.5$, $IC95\% [5.05 - 36.06]$; tener más de tres parejas sexuales con el 25.7% de los casos, un valor de $p=0.03$, $OR= 3.12$, $IC95\% [1.05 - 9.25]$. Conclusiones: El grado de instrucción bajo, la edad del primer embarazo antes de los 18 años, tener más de tres gestaciones, inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y tener más de tres parejas sexuales son factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en el periodo del año 2017. (32)

- Pérez, en su estudio "Perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cervico-uterino alterados atendidos en el Hospital II-2 Tarma durante el año 2015. Trabajo académico para optar el título de especialista en atención primaria con mención en prevención de cáncer ginecológico. Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cervico-uterino alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma - Junín durante el año 2015. Metodología: Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformado por 77 usuarias con resultados citológicos cervico-uterino alterados durante el 2015. En el análisis estadístico se utilizó porcentajes (%). Resultados: El resultado citológico cervical alterado más frecuente en las usuarias fue LIE de bajo grado con el 40.3% seguida de LIE de alto grado con 33.8%, las cuales se encontraron con mayor porcentaje en el grupo etario de 30 a 59 años

de edad (35.1% y 23.4%); en mujeres con nivel educativo secundaria (22,1% y 22,1%); estado civil conviviente (27,3% y 19,5%); multíparas (24,7% y 20,8%); con edad de inicio de relaciones sexuales entre 12 y 19 (26,0% y 26,0%); que tenían una (18,2%) y dos parejas sexuales (18,2%). Conclusión: El perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico-uterino alterados fue: edad de 30 a 59 años, nivel de instrucción secundaria, estado civil conviviente, multíparas, edad de inicio de relaciones sexuales entre 12 y 19 años, con una o dos pareja sexuales. (33)

- Carrasco et al. En su estudio "Prevalencia y Factores de riesgo de cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2015" Lima-Perú 2016. Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia. Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo del cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

Material y Método: El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 65 historias clínicas de pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix El instrumento fue una ficha de recolección de datos que estuvo dividida en 3 partes. Se utilizó el SPSS versión 21.

Resultados: La prevalencia de cáncer de cérvix por etapa de vida; predominó en etapa adulta (66,2%). El número de parejas sexuales fue 2 a 3 parejas en la etapa adulta con (53.8%). El último PAP realizado (40 %) no se ha realizado hace \square 5 años siendo frecuente en la etapa adulta. El IRS fue a los 15 a 17 años con mayor frecuencia en la adultez siendo (35.4%).La paridad (80%) con 3 a más partos con mayor frecuencia en la adultez y la ocupación (93,8%) fueron amas de casa.

Conclusiones: La prevalencia y factores de riesgo predominaron en la etapa adulta. Los factores con más relevancia fueron: la paridad que tuvieron de 3 a más hijos, el número de parejas sexuales de 2 a 3 parejas, el inicio de relaciones sexuales de 15 a 17 años y el último PAP

realizado fue hace más o igual de cinco años siendo las más vulnerable para adquirir cáncer de cérvix. (34)

- **Cosser.** En su tesis titulada: “Factores asociados a la citología anormal del cérvix liga contra el cáncer 2010 – 2014” en el año 2015; para optar grado de magister, identificó factores asociados a la citología anormal del cérvix en la Liga Contra el Cáncer Lima-Perú, 2010-2014; metodología de tipo cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal, para un diseño no experimental. Se estudió 206 203 citologías de cérvix, encontrándose 1,80% de prevalencia de citología anormal, siendo el 3,06% la mayor prevalencia de citología anormal encontrada: fue entre 15-24 años de edad, siendo esta lesión intraepitelial de bajo grado (3,04%), y la mayor prevalencia de lesión intraepitelial de alto grado estuvo en mujeres que tenían una edad promedio de 35 a 49 años (0,34%). Se identificó como factores asociados a esta citología anormal, principalmente, mujeres en la etapa de la pubertad y adolescencia que iniciaron su vida sexual (13 a 15 años), el número de parejas sexuales (3 a más), y en cuanto al lugar de procedencia, se relacionó con el nivel socioeconómico donde a menor nivel mayor prevalencia de citología anormal. En conclusión, se identificó como factores asociados a la citología anormal, a aquellos relacionados a la sexualidad, determinándose la prevalencia de esta citología anormal en 1,80% (35).
- **Chiroga .** En su estudio “Factores que influyen en el riesgo de cáncer de cérvix en mujeres que acuden al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el año 2015 de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, El tamaño de nuestra población en el presente estudio de investigación está comprendida por las pacientes con cáncer de cérvix que acuden al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno durante el año 2015. Se realizó para evidenciar los factores que influyen en el riesgo de cáncer de cérvix en mujeres del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. La edad, el número de parejas sexuales, el uso de anticonceptivos orales y la paridad (número de gestaciones) fueron factores que resultan estadísticamente significativos

con un nivel de significancia de $p: 0.000$, $p: 0.000$, $p: 0.005$ y $p: 0.000$ respectivamente. Se determinó que la edad es un factor que si influye en el cáncer de cérvix, encontró que la edad de las mujeres con cáncer en mayor porcentaje fue entre los 34 a 42 años representando un 32% en otros estudios como el de la Dra. Yoimy Díaz Brito y colaboradores la edad de las mujeres con cáncer de cérvix es de 35 a 39 años. El número de parejas sexuales es un factor que si influye en el riesgo de cáncer de cérvix en nuestro estudio así mismo encontramos que un 52% de las mujeres tuvieron 3 parejas sexuales el cual coincide con el estudio realizado por la Dra. Yoimy Díaz Brito y colaboradores quienes encontraron que un 64% de mujeres con cáncer de cérvix con el mismo número de parejas sexuales. La edad del inicio de relaciones sexuales en nuestro estudio no fue un factor estadísticamente significativo contradictorio al estudio de Saiwori de Jesús Silva Bezerra quienes refieren que la edad de inicio de relaciones sexuales si es un factor significativo sobre todo si el inicio de relaciones sexuales es antes de los 15 años lo cual en nuestro estudio no se presentó. En nuestro estudio el uso de anticonceptivos se dio en el 68% de mujeres con cáncer de cérvix siendo estadísticamente significativo siendo un factor que si influye en el riesgo de cáncer de cérvix coincidente con el estudio realizado por Dr. Armando Rodríguez y colaboradores quienes mencionan que las pacientes que usan anticonceptivos orales tienen 2.8 veces más de las que no lo usan. El número de gestaciones en nuestro estudio si fue un factor que influye en el riesgo de cáncer de cérvix, así mismo el 44% de las mujeres con cáncer de cérvix tuvo 3 gestaciones coincidentes con el descrito por el Dr. Ernesto Rosell Juarte y colaboradores quienes encontraron en su estudio que el 96%.de las mujeres con cáncer de cérvix tuvieron también 3 gestaciones. (36)

- Carranza, et al. En su estudio, Factores predictores del cáncer cervical en las mujeres atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto.2014. Donde su muestra estuvo constituido por 82 mujeres con diagnóstico médico de cáncer cervical. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre los factores predictores en

mujeres atendidas en el departamento de oncología y la ficha de diagnóstico de cáncer cervical. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y las visitas domiciliarias. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0, los hallazgos de los factores predictores al cáncer cervical son: el 66.2% tenía entre 31 y 60 años; siendo la edad promedio 38 años con una desviación estándar de 10.08, el 58.8% tiene pareja; el 50% tiene un ingreso entre 750 y 1500 soles mensuales; siendo el ingreso económico promedio 1040 soles mensuales con una desviación estándar de 390.67 soles, el 86.8% inicio sus relaciones sexuales con menor edad, es decir antes de los 18 años; el 77.9% usó métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más; el 75% tiene mayor número de parejas sexuales, es decir de 2 a más, el 86.8% tiene un menor número de hijos, es decir de 0 a 3; el 94.1% tiene un menor número de abortos, es decir de 0 a 1; el 57.4% tuvo un espacio intergenésico inadecuado, es decir menor de 2 años. Los factores predictores que más aportaron a la aparición del cáncer cervical son: edad, ingreso económico, tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, número de hijos y espacio intergenésico con p-valor (significancia) de 0.001, 0.048, 0,045, 0.032 y 0.009 respectivamente. (37)

- Conde. En su estudio factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil. Hospital María Auxiliadora, Julio- agosto, 2013
Material y método: Estudio de casos y controles, retrospectivo. Conformada por 118 mujeres en edad fértil, con y sin lesiones cervicales. El instrumento fue en base al formato de uso y validado por la institución de estudio. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el chi² y el OR
Resultados. Como factores asociados significativamente al riesgo: *antecedente familiar* [chi² 7.07 p=0.0081 OR 4.0186 IC 1.3631-11.8472]; *consumo de tabaco* [chi² 9.84 p=0.0017 OR 4.0729 IC 1.6384-10.1249]; intervalo entre las tomas de PAP, mayor de dos años [chi² 32.20 p=0.0000 OR 14.688 IC 5.1311-42.0454]; *motivo de estudio* por control médico [chi² 4.28 p=0.0386 OR 2.2019 IC 1.0366 -4.6774]; *edad de primera relación sexual*, entre los 14 a 16 años [chi²=16.14 p=0.0001 OR 5.1717 IC 2.2515-11.8797]; infecciones de transmisión sexual, la

presentaron en los últimos cinco años [chi2=33.54 p=0.0000 OR 11.70 IC 4.78–28.64]; presencia del Papiloma Virus Humano [chi2=19.51 p=0.0000 OR 27.55 IC 3.5436-214.1917], de dos a cinco partos [chi2=10.81 p=0.0010 OR 3.8347 IC 1.683-8.7372]; *edad del primer embarazo* entre los 14 y 24 años [chi2=7.25 p=0.0071 OR 2.9032 IC 1.3203-6.3839]; *usuarias anticonceptivo hormonales* [chi2=25.44 p=0.0000 OR 7.8961 IC 3.3933-18.374], de *tipo oral* [chi2=10.02 p=0.0015 OR 0.1542 IC 0.0449 -0.5293]; y con tiempo de uso mayor de cinco años [chi2=10.46 p=0.0012 OR 14.8085 IC 1.8575 - 118.0589]. (38)

- Fernández et al. En su estudio Factores de Riesgo socioeconómicos y ginecoobstétricos que predisponen a cáncer de cérvix, nuevo Chimbote, 2013. El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, tiene como objetivo general determinar los factores de riesgo socioeconómico y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino. La población de estudio estuvo conformada por 115 mujeres entre 10 años y 34 años del H.U.P. "Luis Alberto Sánchez". Para la recolección de datos se aplicó la técnica de encuesta y el instrumento fue el cuestionario semiestructurado. El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el software especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS 18 en sus dos niveles descriptivo y analítico. Obteniendo los siguientes resultados. En los factores socioeconómicos; el 68.6% de las mujeres tienen un ingreso menor al mínimo vital del 57.1% presenta grado de instrucción primaria, el 74.3% son ama de casa y el 71.4% no consumen tabaco. En los factores ginecoobstétricos el 68.6% han iniciado sus relaciones sexuales entre 14 a 19 años, el 16.29% tuvieron dos parejas sexuales, el 71.4% no presentaron infecciones de transmisión sexual, el 68.6% presentaron más de 3 partos y el 5.7% ha usado anticonceptivos orales y el 91% no recibió la vacuna contra el virus de1 Papiloma Humano. En el riesgo a cáncer de cuello uterino; el 40% presenta riesgo alto, el 31.4% riesgo medio y el 28.5% riesgo bajo. evidenciando que la mayoría de la población encuestada presenta riesgo a cáncer de cuello uterino. (39)

- Ramos D. En su estudio Factores de riesgo a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, Hospital Victor Ramos Guardia. Huaraz. 2012. Evidenció que la lesión premaligna del cáncer de cuello uterino con mayor prevalencia (41.7%) corresponde a la lesión intraepitelial de bajo grado más papiloma virus humano; se observa que las pacientes comprendidas entre las edades de 30 a 49 años presentan el mayor porcentaje (74%) de lesiones premalignas; el 53.1% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino son analfabetas; las pacientes que mantienen una situación de convivencia con la pareja presentan el mayor porcentaje de lesiones premalignas (59.4%); que el 66,7% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino proceden de la zona rural; que las pacientes gran multíparas presentan la mayor proporción de lesiones premalignas (50%); que el 71,9% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino no han usado los métodos anticonceptivos orales combinados; las pacientes cuyo inicio de relaciones sexuales se dio entre las edades de 15 a 25 años presentan el mayor porcentaje (88.5%) de lesiones premalignas; que el 61.5% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino manifiestan haber tenido 4 o más parejas sexuales; las pacientes con antecedente materno de cáncer de cuello uterino presentan el mayor porcentaje (49%) de lesiones premalignas.
Conclusión: Los factores de riesgo relacionados a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino son: LEI de bajo grado, mujeres entre las edades de 30 a 49 años, mujeres analfabetas, convivencia, vivir en zona rural, multiparidad, el no uso de anticonceptivos orales combinados, inicio de relaciones sexuales a temprana edad (15-25 años), múltiples parejas sexuales (4 o más), antecedente de familiares con cáncer de cuello uterino. (40)
- Zambrano. En su estudio, Displasias de cuello uterino diagnóstico, tratamiento y evolución en el hospital central del seguro social del empleado. Unmsm. Lima 1971. Donde estudió 150 casos portadoras de displasia de cuello uterino se encontró la existencia de los siguientes factores como condicionantes de la lesión displásica: edad, actividad

sexual y paridad. La displasia ocurre en edad más temprana que el carcinoma in situ y éste que el cáncer invasor. (41)

2.2. Bases teóricas

Una de las teorías señala que el ácido desoxirribonucleico (ADN) de la cabeza del espermatozoide penetraría al interior de las células del epitelio cervical; han sido comprobados por estudio histológico y ultrarradiográfico. (42)

Coppleson y Cols en su estudio refieren haber comprobado que las células metaplásicas fagocitan activamente a los espermatozoides y que algún componente del ADN del espermatozoide ingresaría al núcleo de la célula metaplásica.

La cabeza del espermatozoide trasladaría la histona rica en arginina al interior de las células epiteliales (42) (43). (44); Reid y Col han demostrado que la histona tiene capacidad mutagénica.

Otra de las teorías refieren que los espermatozoides proveerían grandes cantidades de ácido nucleico a las células del epitelio cervical que fagocitan cuando están en metaplasma (32) (45)

Se han hallado también en el interior de las células epiteliales proteínas básicas de la cabeza del espermatozoide, especialmente protamina que son mutagénicas. (42)

Estas sustancias alterarían el código genético de las células metaplásicas o los mecanismos de regulación del crecimiento y diferenciación celular o anularía la apoptosis y la exposición frecuente del tracto genital al líquido eyaculado por el varón, alterarían el sistema inmunológico del cuello uterino, que favorecería el desarrollo de la neoplasia maligna. (45)

2.2.1. ANTICONCEPCIÓN

La mujer no embarazada produce estradiol de 100 ug a 300 ug por día que circula en la sangre 99% unido a globulinas y albúminas y 1 % libre; solamente este 1 % libre ejerce sus funciones a concentraciones extremadamente reducidas en el núcleo de la células unido al receptor (Beato).

El dietilestilbestrol (DES) estrógeno sintético se usó desde su descubrimiento, para retener el aborto y otros fines y se comprobó que en las hijas de madres que había tomado el DES durante el embarazo, se enfermaron de carcinoma del cuello uterino y vagina, como así también tuvieron alteraciones morfológicas del árbol genital; por tales razones fue proscrito por la FDA (Hersbt et al); las embarazadas que tomaron anticoncepción oral en el primer trimestre, sus hijos tuvieron alteraciones congénitas el síndrome VACTREL. Alteraciones de las vértebras, ano rectal, cardíaco, tráquea, renal, esofágica y reducción de los dedos (Gedlin et al)

La anticoncepción oral está positivamente relacionado en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino (46) (47) (48)

La frecuencia es más alta en mujeres que usan la píldora y menos en las que usan métodos de barrera (49)

Pacientes que usan anticoncepción oral desarrollan carcinoma cervical de 4 a .6.7/1000 y las que usan de barrera 1.8/ 000 a 3.8/1000 porque las que usan métodos de barrera, se protegen de los agentes cancerígenos y las que usan la píldora inician el coito a menor edad, son sexualmente más activas y tiene múltiples parejas sexuales (49); En una investigación con 47.000 mujeres se comprobó que mujeres que usaban la píldora anticonceptiva por más de 10 años tuvieron 4 veces más elevada, que las no usuarias (Beral). También se lanza la hipótesis de que la anticoncepción oral intervendría en la aparición, y progresión de la displasia a carcinoma

in situ e invasivo en mujeres susceptibles por reducción del folato que mantiene la integridad del epitelio uterino (10)

Sin lugar a dudas la actividad sexual es factor de mayor importancia en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino demostrados inicialmente en monjas en 1842 por Rignoni Stern y confirmados por Gagnon 1950 en 13,000, Nix en 100,000 monjas y otros; no hallaron esta patología maligna en ninguna monja; pero se ignora porque mecanismo; luego vienen como factores de riesgo la edad de inicio del coito, múltiples parejas sexuales, multiparidad, infección por el PVH, tabaco, anticoncepción oral, alteraciones inmunológicas, medio ambiente situación económica y otros factores.: El desposeído tiene como única distracción el sexo: la mesa del humilde es escasa, pero el lecho de la miseria es fecundo, a expensas del desarrollo del carcinoma del cuello uterino. (42)

2.3. Marco conceptual

El daño celular de las LIEs del cérvix ha mostrado que si no son tratadas a tiempo pueden progresar a lesión invasiva. Existe evidencia que relaciona el ADN del virus del papiloma humano (VPH) de los tipos oncogénicos con proliferación celular no regulada, la que, ligada a otros cofactores, aumenta el riesgo de progresión a enfermedad preneoplásica y neoplásica, entorno que está fuertemente relacionada a patrones de comportamiento sexual, características que confieren a estas mujeres un riesgo mayor de contraer la infección y desarrollar la neoplasia, exigiendo una estrategia de tamizaje diferente, tal vez más rigurosa. (50) (2)

La estrategia más importante para la prevención en cáncer de cérvix es a través del despistaje de Papanicolaou, prueba que detecta de manera temprana lesiones precursoras en el útero antes que se presenten los primeros síntomas del cáncer. (50) (2) (51)

Debe realizarse una vez al año si el resultado es normal; si llegase a presentar alguna anomalía, el profesional indicará cuándo debe volver a hacérselo. Si hay dos Papanicolaou con resultados negativos, durante

dos años consecutivos, el siguiente se lo puede realizar a los tres o cinco años. (52)

KOSS, "Dysplasia (53), fue introducido en la literatura por REAGAN (54) y ha sido usado por otros autores desde entonces. Pero la traducción literal del griego (Dys= anormal; plasia= desarrollo) puede no expresar el concepto del proceso precanceroso. (55)

Asimismo RICHART define a la Neoplasia intracervical, como un espectro de epitelios escamosos anormales que comprenden desde epitelios con alteraciones en la estructuración y maduración muy bien diferenciados (*esto correspondería al concepto clásico de Displasia Leve*) hasta epitelios con ausencia total de diferenciación situados en la superficie o relleno de glándulas pero sin invasión. A continuación se tiene según la intensidad de las alteraciones epiteliales a 3 Grados de NIC del cual se diferencian uno con otro:

- NIC I : Se correspondería a la Displasia Leve; las alteraciones sólo afectan el tercio inferior del grosor total del epitelio.
- NIC II : o Displasia Moderada; las alteraciones afectan de uno a dos tercios del grosor epitelial.
- NIC III : Correspondería a Displasia Grave y CIS; las alteraciones se extienden a todo el espesor del epitelio. (56)

Recientemente, al afirmarse la gran importancia del Papilomavirus en la etiología del cáncer escamoso del cuello y luego de la introducción de la clasificación citológica "BETHESDA SYSTEM" en 1989, se ha propuesto por RICHART(1990), una nueva clasificación, eludiendo el término neoplasia y trasladando a la histología la terminología citológica:

- 1) Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado, LIE, (NIC I)** se relaciona con cambios de un grupo de HPV heterogéneo (6 ó 11, y a veces 16), que produce una lesión cuya evolución es impredecible. Suelen ser diploides o poliploides.
- 2) Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto grado, LIE, aneuploides,** (corresponde a las NICs II y III), y contiene tipos de HPV de riesgo

medio y elevado (generalmente 16), siendo su comportamiento el de las lesiones precursoras.

Esta última clasificación ha sido adoptada en la actualidad por la mayor parte de los patólogos. No supone una vuelta al concepto dualista Displasia/CIS, dado que el tratamiento del NIC depende siempre de su localización y no de su grado. (57)

2.3.1. LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO

El Instituto Nacional de Cáncer de los EE.UU define al cuello uterino como contiguo al cuerpo del útero y actúa como su apertura. Refiere que es un órgano cilíndrico y fibroso, cuya longitud promedio es de 3 a 4 cm. El hocico de tenca es la parte visible del cuello uterino en un examen vaginal. La abertura del cuello uterino se denomina orificio externo, que se encuentra al principio del conducto endocervical y forma la superficie interna del cuello uterino. En la superficie superior del conducto endocervical, se encuentra el orificio interno, que es un estrechamiento de este conducto. El estrechamiento señala la transición del cuello uterino al cuerpo del útero. (43)

El conducto endocervical más allá del orificio interno se llama conducto endometrial. Asimismo el cuello uterino está revestido por dos tipos de células epiteliales: células escamosas en la cara más externa, y células cilíndricas y glandulares en el conducto interno. La zona de transición entre las células escamosas y las cilíndricas se denomina unión pavimentoso-cilíndrica. La mayoría de los cambios precancerosos y cancerosos se presentan en esta zona. El tejido normal se denomina Euplástico y la noción opuesta es la de Anaplasia, que indica pérdida de maduración y diferenciación y que puede llegar a la formación de un tejido nuevo atípico o maligno, o sin llegar a estos extremos, con la pérdida de la armonía normal de los procesos de maduración y diferenciación se entra en un terreno intermedio que se denomina displasia (9).

-Lesiones premalignas : Se denomina así, a las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, es decir a las alteraciones del epitelio normal, cambios atípicos de las células endocérvicas y exocérvicas, sin llegar todavía al término cáncer de cérvix (58).

2.3.2. RESULTADOS DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU – NIC1, NIC 2, NIC 3, ASCUS y LSIL

A. Papanicolaou Anormal – ASCUS

Según Pinheiro (2017) describió los cambios más comunes que resultan sobre la prueba de Papanicolaou alteradas. (59)

➤ ASCUS o ASCUS

Las siglas ASCUS significan células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) (59).

Uno de los resultados anormales más comunes que se observa luego de realizar Papanicolaou, es el ASCUS, el cual indica una atipia, o una alteración en los rasgos normales de las células escamosas, pero no determina cualquier señal de tratarse de una lesión premaligna. Puede ocurrir entre 2 a 3% de los exámenes. Este tipo de resultados podrían ser producto de una inflamación, infecciones o atrofia vaginal durante la menopausia. (59)

Estos casos malignos de ASCUS en su mayoría parecen solamente con el tiempo. Sin embargo, se debe mencionar, que la presencia de ASCUS no descarta totalmente la presencia de cáncer de cérvix, si no que significa que el riesgo es muy bajo; ya que algunos estudios muestran cerca de un 7% de las mujeres con este tipo de resultados desarrolla cáncer de cérvix en un plazo de 5 años. Entre las mujeres que no tienen el Virus de Papiloma Humano [VPH], la tasa es de solamente un 0,5%. (59).

B. Lesiones Premalignas en el Papanicolaou – LSIL y HSIL / NIC 1, NIC 2 y NIC 3

“Las lesiones pre malignas del cérvix identificadas mediante en resultado de Papanicolaou son actualmente definidas como lesiones escamosas de bajo grado [LSIL] o lesión intraepitelial escamosa de alto grado [HSIL]” (59).

➤ **Lesión intraepitelial de bajo grado LSIL**

Un resultado de LSIL hace referencia a una lesión premaligna con bajo riesgo. Este resultado puede ser causado por cualquier tipo de VPH, generalmente tiende a desvanecerse después de 1 o 2 años. (59).

Al momento de obtener un resultado negativo en el análisis de VPH, no es preciso hacer nada; sin embargo, se tiene que repetir la prueba dentro de 6 meses a 1 año. Este tipo de resultados tiene un riesgo nulo de transformar en cáncer. En cambio, si el resultado del análisis es positivo, la paciente con LSIL debe proceder con la evolución de colposcopia y biopsia, ya que a pesar de ser bajo, existe un riesgo de una lesión un poco más grave o agresiva, (puede ser un NIC 2 o NIC 3). (59).

“La paciente con LSIL en el Papanicolaou suele tener NIC1 en la biopsia. Sin embargo, cerca del 16% de las pacientes tienen NIC2 y 5% tienen NIC3 El riesgo de un resultado LSIL indicar un cáncer es de solamente un 0,1%” (59).

➤ **Lesión intraepitelial escamosa de alto grado HSIL**

Cuando se refiere a HSIL, indica la presencia de células anormales con gran variación en su tamaño y formato. Este resultado refleja un gran riesgo de existir lesiones premalignas moderadas y/o avanzadas (NIC 2 o 3) o en peor de los casos un cáncer ya establecido. “El riesgo de un resultado HSIL ser

NIC 3 en la biopsia es del 50%. El riesgo de un resultado HSIL ser un cáncer es del 7%” (59).

En estos casos, en cualquier paciente que sea, se tiene que proceder con la prueba de colposcopia y biopsia, para investigar aún mucho mejor.

C. Lesiones Neoplasia Intracervical [NIC]

La clasificación de la displasia y el CIS poco a poco fue considerado arbitrario, esto a base de diagnósticos realizados en mujeres con ese tipo de lesiones. Donde se ha identificado tres casos: La displasia cervical retrocedían, en algunos se mantenían y en otros avanzaban a CIS. Con estos estudios se han identificado que existe una correlación directa entre la progresión y grado histológico. A partir de ello se determina que, en el proceso mórbido continuo, el epitelio normal se desarrolla a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. En base a dichos procesos y observaciones se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para nombrar posibilidades múltiples de formación de células malignas confinada al epitelio (60).

D. Lesiones Intraepiteliales [LIE]

Según (57) la guía de práctica clínica se clasifica en:

a) Lesiones de Bajo Grado – LEIBG (NIC I)

Las neoplasias intraepiteliales cervical NIC I, muy pocas veces llegan a ser lesiones de alto grado. Por lo general este tipo de lesiones no requieren tratamiento inmediato, pero si es recomendable tener controlado, con la asistencia periódicos a médicos para su respectivo monitoreo de la progresión o regresión de la lesión.

- “En caso que la lesión precancerosa persista, se realizan los procedimientos ablativos y escisionales según la extensión

de la lesión, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo” (57).

- “Aplicados los tratamientos ablativos o escisionales se debe continuar el seguimiento de la lesión con la toma de la citología cervicouterina cada 6 meses, y si lo indica el profesional de salud se harán controles periódicos con la colposcopia” (57).

b) Lesiones de Alto Grado – LEIAG (NIC II – NIC III – Cáncer In situ)

Las neoplasias intraepiteliales II y III se puede tratar a través de la extirpación con asa eléctrica, láser o crioterapia. Las cuales son consideradas como las técnicas muy eficaces:

- “Se debe continuar el seguimiento con las pruebas de ADN-VPH cada año con el fin de detectar persistencia o progresión de la lesión” (57).
- “Continuar con la toma de la citología cada seis meses con el fin de detectar persistencia o progresión de la lesión” (57).

E. Diagnóstico y clasificación de la NIC por la citología

“La NIC puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En esto procedimientos, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC” (61).

F. Diagnóstico y clasificación de la NIC por la histopatología

“Para determinar el diagnóstico final de NIC, se realiza por el examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión” (61).

Para lo cual se realiza el siguiente procedimiento: “Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación,

maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos” (61).

Para la clasificación de NIC, se tiene que tener en consideración “Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas” (61).

2.3.3 FACTORES GINECOLÓGICOS

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancias detectables en personas o grupo de personas, asociados con un aumento en la probabilidad de experimentar daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud. (62)

Estos factores de riesgo (Edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, ambientales, personales) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción, conllevando a incrementar aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud (61)

Su importancia radica en que son observables y/o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice. (62)

A continuación se detalla los factores ginecológicos:

A. EDAD

El cáncer de cérvix es una entidad que se presenta por lo general en mujeres en edad reproductiva, el pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida. Asimismo se observa que la incidencia desciende a los 60 años (36)

B. INICIO DE RELACIONES SEXUALES

La edad de inicio de las relaciones es un conocido factor de riesgo, debido al contacto con el virus del papiloma humano se dice que si las mujeres inician relaciones sexuales antes de los

17 años se constata un riesgo 5 veces mayor que en las mujeres que su primer coito es después de los 23 años.

La prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) más alta comprende a las edades inmediatas al inicio de las relaciones, y responde a los patrones de comportamiento sexual de la comunidad. En grupos de edad de 15 a 25 años, se tienen compañeros sexuales distintos, por lo que se llega a tener una prevalencia del 30-40% del virus del papiloma humano (VPH) y así poder evolucionar a un cáncer. A las edades de 25 a 40 años existe una prevalencia de 3-10% del virus del papiloma humano, interpretándose esta cifra como una medida indirecta del número de mujeres portadoras crónicas de la infección viral, y por tanto, del grupo de alto riesgo para progresión neoplásica. Algunas poblaciones se ha observado un segundo pico de prevalencia en mujeres postmenopáusicas, postulándose que fuera el reflejo de una reactivación de una infección latente y que se asociaría a la reducción fisiológica de la inmunidad natural con la edad. (63) (64)

C. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

Respecto al número de parejas sexuales, se ha demostrado la presencia de virus del papiloma humano (VPH), a nivel cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de aquellas con cinco o más parejas sexuales. Al considerar las relaciones homosexuales entre mujeres se ha encontrado la presencia del virus del papiloma humano (VPH), cervical en 13% de éstas parejas. En población de prostitutas, la seroprevalencia y detección cervical del virus del papiloma humano (VPH) constituye que los tipos, 16, 18, 31 y 58 es de 10 a 14 veces mayor respecto población general (17, 18). (63) (64)

D. PARIDAD

Con respecto a este factor diversos estudios de casos y controles han revelado la asociación entre la paridad elevada y el cáncer de cérvix donde se observa que en mujeres con 5 embarazos era 4

veces mayor que en la mujer nulípara y el riesgo seguía aumentando con el número de embarazos (36)

2.2.4. FACTOR CONTRACEPTIVO HORMONAL

2.2.4.1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

El uso de anticonceptivos orales (ACO) por 5 a 9 años, en presencia del virus del papiloma humano (VPH), cervical, aumenta el riesgo de cáncer de cérvix de 2,82 a 4,03 veces, con el uso de anticonceptivos orales (ACO) por más de 12 años, en presencia de virus del papiloma humano (VPH) cervical se asocia a un aumento del riesgo de adenocarcinoma in situ de 5,5 veces (20).

Los progestágenos que son parte de los anticonceptivos hormonales hacen que se alteren la cantidad y calidad de los diferentes tipos de moco cervical, tanto gestagénico (G) como estrogénico (L, S, P) volviéndolo más espeso y viscoso, haciéndolo impenetrable por los espermatozoides. (65)

Según el profesor Odeblan (1922) profesor emérito y médico ginecólogo de la Universidad de Umea (Suecia) cada embarazo estimula la producción de criptas S, por lo tanto rejuvenece el cuello. Por el contrario la medicación tiene efecto de envejecimiento de las criptas cervicales. El profesor Odeblan considera que un año de ingesta de píldora, correspondería a un año de envejecimiento del cérvix.

La anticoncepción hormonal son métodos para el control de la natalidad que usan hormonas tendrán un estrógeno y un progestágeno, o simplemente un progestágeno. (63) (64) (66) (67)

Ambas hormonas le impiden al ovario de una mujer liberar un óvulo durante su ciclo menstrual (llamado ovulación). Ellas hacen

esto cambiando los niveles de las hormonas naturales que el cuerpo produce. Los progestágenos ayudan a evitar que los espermatozoides ingresen al útero haciendo que la mucosidad alrededor del cuello uterino de una mujer se vuelva espesa y pegajosa. Una vez que una mujer deje de utilizar la mayoría de métodos hormonales para el control de la natalidad, la fertilidad retornará al cabo de 3 a 6 meses. Algunas mujeres pueden recobrar la fertilidad ya en el primer ciclo después de que el método se suspende. (63) (64) (66) (67)

2.3.4.2 PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS (estrógeno y progestágeno)

- También llamadas anticonceptivos orales o simplemente la “píldora”. Este método combina las hormonas estrógeno y progestágeno para prevenir la ovulación.
- Dichas píldoras las debe recetar un profesional de la salud.
- Este método es altamente efectivo si la mujer recuerda tomar la píldora sin dejar pasar un día.
- Las mujeres que experimentan efectos secundarios desagradables con un tipo de píldora, por lo general se pueden adaptar a otro tipo.
- Alrededor de dos a tres embarazos ocurren anualmente por cada 100 mujeres que se toman siempre la píldora.
- Las píldoras anticonceptivas pueden disminuir el riesgo de contraer cáncer ovárico.
- Las píldoras anticonceptivas pueden causar muchos efectos secundarios, incluyendo mareo, ciclos menstruales irregulares, náuseas, cambio en el estado anímico, empeoramiento de las migrañas, sensibilidad mamaria y aumento de peso.
- En casos raros, las píldoras anticonceptivas pueden llevar a hipertensión arterial, coágulos de sangre, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. El riesgo es más alto para las mujeres que fuman o que tienen antecedentes de

hipertensión arterial, trastornos de la coagulación o niveles malsanos de colesterol. (63) (64) (66) (67)

2.3.4.3 PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS (sólo progestágeno)

La “mini píldora” es un tipo de anticonceptivo oral que contiene sólo progestágeno y no estrógeno.

- Las píldoras de sólo progestágeno se venden siempre en paquetes para 28 días y todas las píldoras son activas.
- Estas píldoras son una alternativa para aquellas mujeres que son sensibles al estrógeno o no pueden tomar estrógeno por otras razones.
- La efectividad de los anticonceptivos orales de sólo progestágeno es ligeramente menor que la del tipo en que se combinan. Alrededor de tres embarazos se presentan anualmente por cada 100 mujeres que emplean este método.
- Los riesgos abarcan sangrado irregular, aumento de peso y sensibilidad en las mamas.
- Debido a que estas píldoras no contienen estrógenos, pueden ser una opción más segura para las mujeres mayores de 35 años, las fumadoras y aquéllas que tienen otros factores de riesgo que les impiden tomar estrógenos. (63) (64) (66) (67)

2.4. Marco filosófico

El modelo de carcinogénesis cervical se basa en la persistencia de la infección por VPH como elemento necesario para el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer. Durante los primeros años de vida sexual existe una elevada incidencia de infección y aclaramiento viral. Más del 90% de las infecciones en este grupo de mujeres son transitorias e irrelevantes desde el punto de vista oncogénico. Sin embargo, las mujeres mayores de 30 años presentan una menor prevalencia de infección VPH, pero con un mayor porcentaje de persistencia, lo que

conlleva mayor riesgo e incidencia de lesiones precursoras a partir de esta edad. (50)

La neoplasia cervical intraepitelial, considerada como un precursor del cáncer cervical, fue definida por RICHART (56), en 1973, diseñando también este autor un sistema de clasificación con 3 grados, en base al porcentaje de células indiferenciadas desde la membrana basal hasta la superficie, debido a que los hallazgos histológicos en la Cáncer Intraepitelial pueden variar ampliamente.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es un paso necesario para la presentación de prácticamente todas las lesiones precancerosas y cancerosas. En algunos estudios epidemiológicos se demuestra, de modo convincente, que el principal factor de riesgo del carcinoma preinvasivo o invasivo de cuello uterino es la infección por el VPH, que sobrepasa, en gran medida, otros factores de riesgo conocidos. (19)

Un estudio realizado por NCI se descubrió de una nueva inmunoterapia para el cáncer de cuello uterino lo cual parece ser prometedora para el tratamiento de otros cánceres relacionados con el VPH. En este estudio, se recolectaron los propios linfocitos de la paciente, y aquellos que mostraron la mejor actividad antitumoral se cultivaron en el laboratorio a fin de producir grandes cantidades para infundir en la paciente. Antes de este trabajo, no estaba claro si el sistema inmunitario humano podría generar una respuesta eficaz contra las proteínas del VPH producidas por las células del cáncer de cuello uterino. Prácticamente todos los cánceres cervicales son causados por infección persistente de los tipos de mayor riesgo u oncogénicos de VPH (19)

2.4.1. Fundamento Epistemológico

Los fundamentos epistemológicos que puedan dar una explicación holística al presente estudio es cogiendo el pensamiento del filósofo italiano Vico, en la que subraya que el proceso del cual, el sujeto llega a ser racional: Es primero como racionalidad práctica y luego como racionalidad teórica. Influenciado por las ideas de Francis Bacon. Vico se propuso la

tarea de formular los principios del método histórico de la misma manera como Bacon lo había hecho con el método científico. Vico consideraba el proceso histórico como un proceso por el cual los seres humanos construían sistemas de lenguajes, costumbres, leyes, gobiernos, etc. Según Vico, el hombre, crea de la nada aquello de que está constituida la sociedad humana trayendo a la existencia su propio desarrollo histórico.

Vico decía que cualquier idea, por más falsa que fuera, podía convencer por su aparente autoevidencia. Planteaba que lo que en realidad se necesitaba era un principio que permitiera distinguir aquello que pudiera ser conocido de aquello que no pudiera conocerse. Vico pudo no sólo demostrar que el pensamiento histórico podía ser, además de crítico, un pensamiento constructivo, verdaderamente original y autónomo, sino que además desarrolló los principios filosóficos implícitos en su labor histórica, hasta hacer posible el contraataque a la filosofía científica y metafísica del cartesianismo, exigiendo una fundamentación más amplia para la teoría del conocimiento, y criticando la estrechez y abstracción de la doctrina que entonces predominaba. (68)

Desde el punto de vista epistemológico, la precisión de las estimaciones estadísticas y los números, que le confieren un aire de objetividad, desligándose o abstrayéndose del proceso-histórico social, político, cultural y económico. (68)

2.4.2. Fundamento Antropológico

El contexto antropológico en salud pública, a pesar de no contar aún con la suficiente extensión, se basa sobre todo en la necesidad de interpretar la relación del proceso salud-enfermedad-atención, con la cultura y la sociedad. Después de algunos eventos históricos que marcaron al ser humano en estas últimas décadas como es la Segunda Guerra Mundial, la antropología médica comienza a asumir un rol aplicado y logra perfilarse como una disciplina tanto teórica como práctica, con

abundantes usos para y por la salud pública. Se pretende argumentar y debatir las razones que justifican la pertinencia y aplicabilidad de la antropología médica a la salud pública. Se presenta una fundamentación analítico-crítica sobre la pertinencia y aplicabilidad de la antropología médica en el campo de la salud pública, y sobre sus usos potenciales. La antropología fue quizás la primera ciencia social en otorgarle un estatus epistemológico a la vivencia descubierta a través de la experiencia, de manera que permitió entender cómo la gente de otros lugares y tiempos vivían, y cuán diferentes o similares eran en relación con nosotros. Estos conocimientos nos ha enseñado a vivir, manteniendo relaciones de convivencia con los otros y con nosotros mismos, a partir de la comprensión e identificación de dramas comunes y de la necesidad humana de autointerpretación. El riesgo es un concepto asumido en procesos sociales y culturales que no pueden ser desconocidos y que para su estudio requieren de la inclusión de los contextos y de la historicidad para dimensionar sus alcances y hacer más significativo sus interpretaciones. Podría fortalecerse el enfoque de riesgo probabilístico, bajo una comprensión integral de los problemas complejos de salud pública, a partir de un trabajo en conjunto de las dos ciencias epidemiología y antropología, enalteciendo el enfoque de riesgo de los modelos epidemiológicos.

El reconocimiento de los elementos sociales en el proceso salud-enfermedad-atención, ha permitido comprender como un proceso histórico, social y culturalmente determinado (69)

2.4.3. Fundamento Social

La Salud Pública se define como una actividad gubernamental y social muy importante, de naturaleza multidisciplinaria e interdisciplinaria, que se extiende a casi y todos los aspectos de la sociedad. El proceso salud-enfermedad no implica polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio. Los factores sociales asociados al proceso de

salud-enfermedad, son explicados a través de diferentes modelos, así como la manera en que cada sociedad responde a sus problemáticas de salud, organizando sistemas de servicios de salud, en función de su propio sistema político-económico, generador de mayores o menores grados de desigualdad que impactan en el acceso a la salud de cada región. (70)

2.4.4. Fundamento Psicológico

La concepción biopsicosocial del ser humano evidencia sobre la estrecha relación que existe entre comportamiento y salud, así como de los patógenos e inmunógenos comportamentales que promueven salud, la calidad de vida y el desarrollo. La Psicología analiza las áreas con las que se interrelaciona la salud, las principales aplicaciones en salud y enfermedad, la percepción personal. Se concluye que la Psicología de la Salud constituye una excelente alternativa para comprender los mecanismos de la salud y la enfermedad, así como para la prevención y el manejo de la enfermedad, en lo que se refiere a sus componentes psicológicos. (71)

2.4.5. Fundamento Jurídico

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. (72)

El derecho a la salud abarca libertades y derechos.

- Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (derechos sexuales y reproductivos).

- Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. Los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud. (72)

A nivel internacional se tiene:

- La declaración universal de los derechos humanos.
- La declaración americana de los derechos humanos donde se resalta:

Artículo 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 2. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

- El pacto internacional de derechos civiles y políticos
- La convención americana sobre derechos humanos.
- Marco normativo del Perú. La constitución política del Perú, prescribe en su artículo 7° que "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa". El tribunal constitucional al desarrollar los alcances de este derecho ha dicho que comprende no solo el derecho al cuidado de la salud personal, sino también al acceso a condiciones mínimas de salubridad a fin de vivir una vida digna.
- Legislación del ministerio de salud y del sistema de salud.
- Ley del ministerio de salud LEY N°27657

- Normativa de aseguramiento universal

2.5. Formulación de hipótesis

2.5.1 Hipótesis general:

Los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en las mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Huancavelica-2016.

2.5.2 Hipótesis Específicas:

- El factor ginecológico personal: Edad influye en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016
- El factor ginecológico sexual : Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016
- El factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2016.

2.6. Identificación de Variables.

Variable independiente:

Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal

Variable dependiente:

Lesiones intraepiteliales del cuello uterino

2.7. Definición Operativa de variables e indicadores

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
FACTOR GINECOLÓGICO	Constituye la variable independiente del estudio que comprende un conjunto de aspectos que caracterizan o definen la condición de salud en el aspecto ginecológico de las mujeres que participarán en la presente investigación;	conjunto de características personales, sexuales y fisiológicas, que definen la condición de salud de las mujeres que participaron en la presente investigación que será medida mediante análisis documental	PERSONALES	Edad -Jóvenes (15 a < de 24 años) -Mayores (24 a < de 35 años)	INTERVALO	FICHA DE DATOS
			SEXUALES	Menarquia <ul style="list-style-type: none"> • 9 a 10 años • 11 a 12 años • 13 a 14 años • 15 a 16 años 	INTERVALO	FICHA DE DATOS
				Inicio de Relaciones Sexuales <ul style="list-style-type: none"> • 14-18 • 19-22 • 23-26 • 27-30 • 31 a más 	INTERVALO	FICHA DE DATOS

				Número de parejas <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 a más personas 	INTERVALO	FICHA DE DATOS
				Tipo de ITS <ul style="list-style-type: none"> • Papiloma virus humano • Condiloma acuminado • Sífilis • Herpes genital • SIDA • Trichomona • Candidiasis • Ninguna 	INTERVALO	FICHA DE DATOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
FACTOR CONTRACEPTIVO HORMONAL	Constituye la variable independiente 2 del estudio que comprende la exposición del anticonceptivo hormonal de las mujeres que participarán en la presente investigación;	Constituye la variable independiente 2 del estudio que comprende la exposición del anticonceptivo hormonal de las mujeres que participarán en la presente investigación lo cual será medido mediante análisis documental	Tipo de método anticonceptivo hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • inyectable • píldoras 	NOMINAL	FICHA DE DATOS
			Tiempo de uso del método hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • menos de 1 año • entre 1 a 2 años • entre 3 a 4 años • más de 5 años 	NOMINAL	FICHA DE DATOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX	Se denomina así, a las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, es decir a las alteraciones del epitelio normal, cambios atípicos, sin llegar todavía al término cáncer	Revisión de historia clínica con resultados de Papanicolaou y/o IVAA posit	Informe de diagnóstico citológico cervical vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Inflamación (L) (M) (S) • Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS) 	NOMINAL	FICHA DE DATOS
				<ul style="list-style-type: none"> • LEI de bajo grado: displasia leve (NIC I) • LEI de alto grado: displasia moderada (NIC II) • Adenocarcinoma 	NOMINAL	FICHA DE DATOS

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Analítico, observacional, retrospectivo. El estudio tuvo por finalidad descubrir la relación entre los factores de riesgo ginecológicos contraceptivo hormonal con las lesiones intraepiteliales del cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2016. (73) (74) (52)

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es correlacional. (73) (52) (31). Este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre 2 o más estudios o conceptos o variables. (73)

Es transversal porque todas las variables son medidas en una sola ocasión, se trata de muestras independientes (75)

3.3. Métodos de la investigación

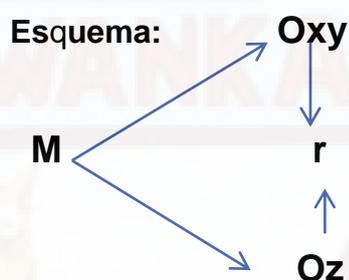
En el presente estudio se utilizó el **método inductivo – deductivo**. Inductivo; porque parte de lo específico a lo general; vale decir, que primero va describir cada uno de los fenómenos para luego arribar a una conclusión. Y deductivo; parte de lo general a lo específico; es decir, una

vez que se concluyó se confrontó la relación de las tres variables; a través de un sustento claro y preciso del suceso de los mismos (76).

Método estadístico. La Investigación cuantitativa asume el método estadístico como proceso de obtención, representación, simplificación, análisis, interpretación y proyección de las características, variables o valores numéricos de un estudio o de un proyecto de investigación para una mejor comprensión de la realidad y una optimización en la toma de decisiones. (73) (75)

3.4. Diseño de investigación

La investigación correspondió a un diseño analítico no experimental de tipo correlacional. (52) (31)



Donde:

M: Muestra. Mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa.

Ox: factores ginecológicos

Oy: factor contraceptivo.

Oz: lesiones intraepiteliales del cérvix

r: relación de las dos variables (73) (74)

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población: La población de estudio estuvo constituida por 216 mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia que acudieron al consultorio despistaje de cáncer de cuello uterino, donde se les tomó de muestra de PAP (*despistaje de cáncer de cérvix*) esto en el periodo de enero a diciembre 2016 según información brindada por la *Oficina de Estadística e Informática de la misma Institución.*

3.5.2 Muestra: La muestra fue censal. Estuvo conformada por 216 mujeres que acudieron al consultorio de despistaje de cáncer de cuello uterino del Hospital Zacarias Correa Valdivia, con resultados de PAP (*Papanicolaou*) y quienes usaron métodos anticonceptivos.

Criterios de Inclusión: Todas las mujeres que se atendieron en el consultorio de despistaje de cáncer de cuello uterino, (*Cacu*) con resultados de Papanicolaou y usaron métodos anticonceptivos. Durante el periodo enero a diciembre 2016.

Criterios de Exclusión: Mujeres que no tengan resultados de Papanicolaou y que no se atendieron en el consultorio de Cacu.

3.5.3 Muestreo:

El muestreo es un procedimiento que el investigador utilizó para determinar la una cantidad de unidades de estudio que represente a una población, el cual permitió obtener información verídica para la investigación (77)

Para poder determinar la cantidad de unidades de análisis, se utilizó el muestreo no probabilístico censal. Se trabajó con todas las unidades de análisis.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Siempre se prestó atención a los aspectos éticos, por lo que toda información recolectada es de absoluta reserva. Para el presente estudio de investigación se utilizó para todas las variables en estudio la técnica de análisis documental. El análisis documental es una técnica que permite sistematizar gran cantidad de información primaria, para que en un proceso ulterior mediante la interpretación y análisis convertir dicha información en información secundaria, es así que en este estudio se tuvo acceso a la revisión de las historias clínicas de las mujeres que acudieron al consultorio de despistaje de cáncer de cuello uterino de

Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica recolectando los datos que se requiera para esta investigación. (51).

El instrumento fue la ficha de recolección de datos para la medición de todas las variables en estudio que fue elaborada en base al planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, variables de estudio y los indicadores.

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Factor ginecológico	análisis documental	Ficha de análisis documental
Factor contraceptivo hormonal		
Lesiones intraepiteliales del cérvix		

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 24 y MS Excel 2016 apoyado en la utilización de estadísticos descriptivos consignándose tablas con el fin de buscar el significado de las respuestas suministradas por la investigación. Para el análisis de los datos se tomó en cuenta los principales estadísticos. En el ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo, hojas de cálculo Excel y software SPSS.

3.8. Descripción de la prueba de hipótesis

Estadístico de prueba

Para el establecimiento de la relación entre factores de riesgo entre el ginecológico, contraceptivo hormonal y las lesiones intraepiteliales de cuello de cérvix se empleó la regresión logística multinomial.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \varepsilon_i$$

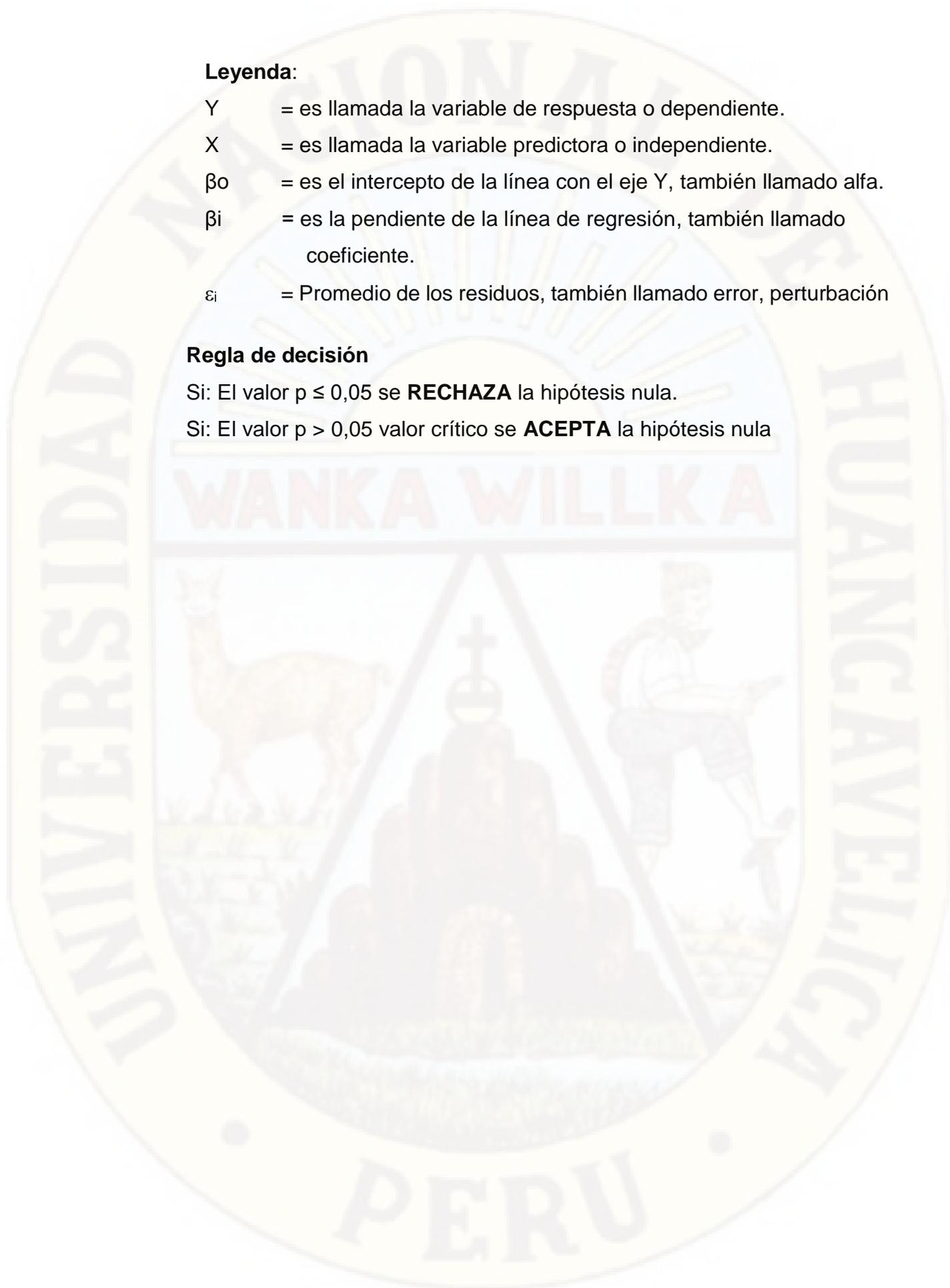
Leyenda:

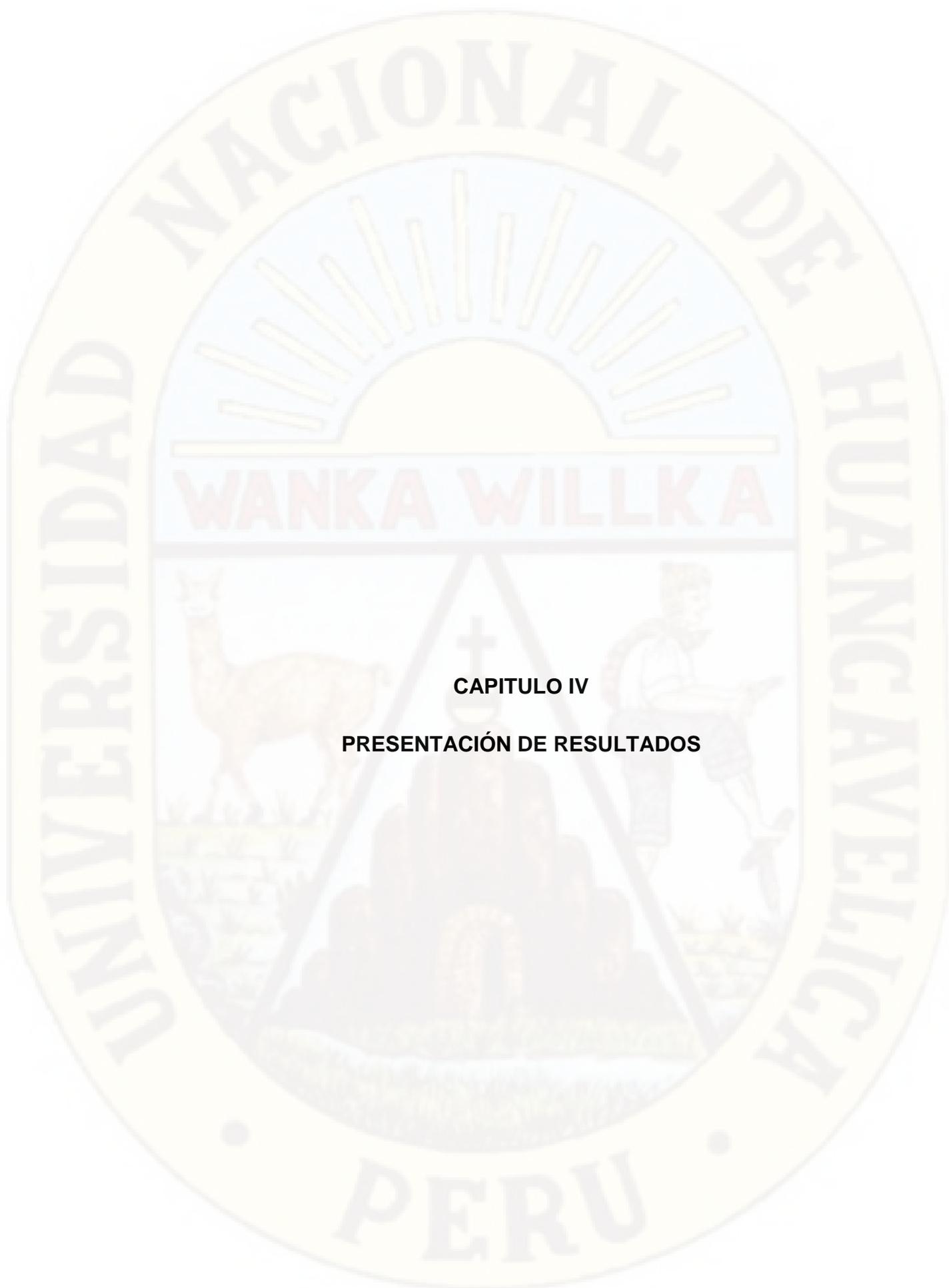
- Y = es llamada la variable de respuesta o dependiente.
X = es llamada la variable predictora o independiente.
 β_0 = es el intercepto de la línea con el eje Y, también llamado alfa.
 β_i = es la pendiente de la línea de regresión, también llamado coeficiente.
 ε_i = Promedio de los residuos, también llamado error, perturbación

Regla de decisión

Si: El valor $p \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor $p > 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula





CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

Tabla N° 01. Factor ginecológico y contraceptivo hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

Variables	Indicadores		Lesiones intraepiteliales						
			NIC I		NIC II		No presenta		
			f	%	f	%	f	%	
Factor ginecológico	Edad	18 a 31 años	4	1,9%	1	0,5%	72	33,3%	
		32 a 59 años	12	5,6%	12	5,5%	115	53,2%	
	Edad de inicio de la menarquía	10 a 11 años	1	0,5%	0	0,0%	19	8,8%	
		12 a 14 años	15	6,9%	13	6,1%	168	77,8%	
		12 a 20 años	13	6,0%	12	5,6%	157	72,7%	
	Edad de inicio de relaciones sexuales	21 a 25 años	3	1,4%	1	0,5%	30	13,9%	
		Paridad	0 embarazos	6	2,8%	3	1,4%	15	6,9%
			1 embarazo	4	1,9%	4	1,9%	23	10,6%
			2 embarazos	6	2,8%	5	2,4%	117	54,2%
	3 embarazos		0	0,0%	1	0,5%	30	13,9%	
	Número de parejas sexuales	4 embarazos	0	0,0%	0	0,0%	2	0,9%	
		1 pareja	5	2,3%	3	1,4%	84	38,9%	
		2 parejas	10	4,6%	6	2,8%	66	30,6%	
		3 parejas	1	0,5%	4	1,9%	29	13,4%	
		4 parejas	0	0,0%	0	0,0%	4	1,9%	
	Infecciones de transmisión sexual	5 parejas	0	0,0%	0	0,0%	4	1,9%	
		Infecciones de transmisión sexual	clamydia	2	0,9%	1	0,5%	4	1,9%
condiloma			10	4,6%	10	4,6%	19	8,8%	
tricomona			3	1,4%	1	0,5%	7	3,2%	
ninguno			3	0,5%	1	0,5%	157	72,7%	
Factor contraceptivo hormonal	Uso de anticonceptivo		No usa	0	0,0%	0	0,0%	129	59,7%
		Inyectable	10	4,6%	10	4,7%	41	19,0%	
		Píldora	6	2,8%	3	1,4%	17	7,9%	
		Tiempo de uso de anticonceptivos	No utiliza	0	0,0%	0	0,0%	129	59,7%
	1 año		0	0,0%	0	0,0%	35	16,2%	
	2 años		3	1,4%	1	0,5%	3	1,4%	
	3 años		5	2,3%	1	0,5%	9	4,2%	
	4 años		3	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	
	5 años		5	2,3%	10	4,7%	0	0,0%	
	6 años	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%		
6 meses	0	0,0%	0	0,0%	3	1,4%			
9 meses	0	0,0%	0	0,0%	8	3,7%			

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre: "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016".

En la tabla N°01 se observa, del 100% (216) de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016, indican que el 53,2% (115) no presentan lesiones intraepiteliales y se encuentran comprendidas entre las edades de 32 a 59 años. Asimismo el 33,3%(72) no presentan lesiones intraepiteliales y se encuentran entre las edades de 18 a 31 años. A diferencia que el 5,6% (12) están con displasia Leve (NIC I) es decir las alteraciones sólo afectan el tercio inferior del grosor total del epitelio. El 5,5% (12) están con displasia

moderada (NIC II) es decir las alteraciones afectan de uno a dos tercios del grosor epitelial en ambos casos pertenecen a las edades de 32 a 59 años.

La edad de inicio de la menarquía el 77,8% (168) fue de 10 a 11 años no presenta lesiones intraepiteliales del cérvix sin embargo el 6,9% (15) presentaron NIC I.

La edad de inicio de relaciones sexuales el 72,7% (157) comprendidos entre 12 a 20 años no presentan lesiones intraepiteliales del cérvix, sin embargo un 6% (13) presentan un NIC I seguido de un 5,6% (12) presentaron NIC II.

Con respecto a la paridad el 54,2% (117) (con 2 embarazos) No presentan lesiones intraepiteliales, sin embargo hay un 2,8% (6) (con 2 embarazos) que presentaron NIC I seguido de un 2,4% (5) (con 2 embarazos) que presentaron NIC II.

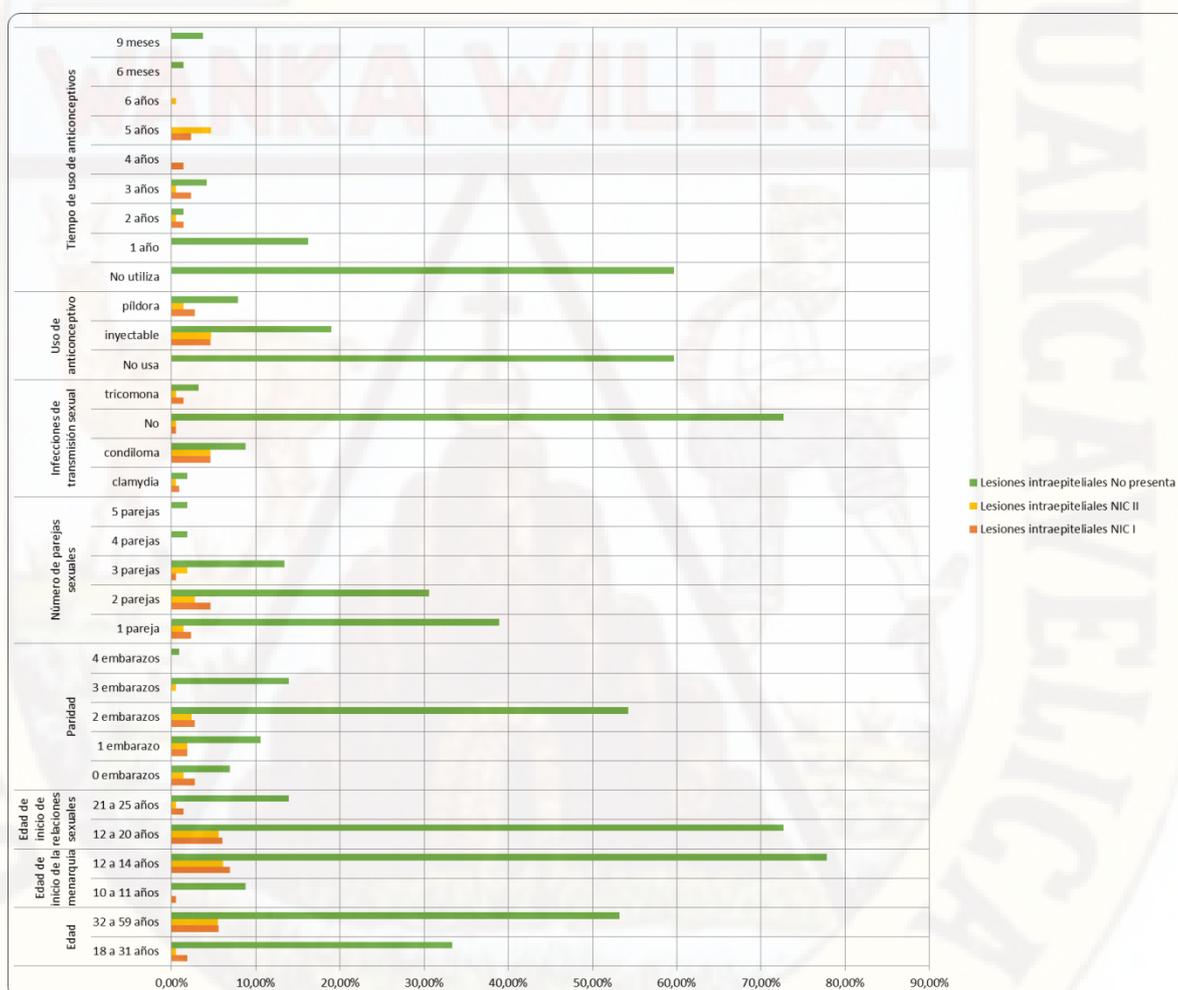
Con respecto al número de parejas sexuales el 38,9% (84) no presentan lesiones intraepiteliales de cérvix. Sin embargo con estar expuesto a 2 parejas sexuales un 4,6% (10) presentaron NIC I, seguido de un 1,9% de estar expuesto a 3 parejas sexuales (4) presentaron NIC II.

En las infecciones de transmisión sexual un 72,7% (157) no presentaron lesiones intraepiteliales con respecto a los agentes causales estudiados. Sin embargo el 4,6% el agente (condiloma) fue causal para NIC I en 10 mujeres al igual que un 4,6% (10) presentaron NIC II.

Con respecto al uso de anticonceptivos un 59,7 (129) no usan ningún anticonceptivo hormonal. Sin embargo un 4,6% (10) usan inyectable y presentaron NIC I seguido de un 4,7% (10) presentaron un NIC II. Asimismo un 2,8% (6) usaron la píldora y presentaron NIC I seguido de un 1,4% (3) tomaron la píldora y presentaron NIC II.

Del tiempo de uso de anticonceptivos un 59.7% no utilizaron anticonceptivos hormonales. Sin embargo un 2,3% (5) estuvieron expuestas a 3 años de uso de anticonceptivos hormonales y presentaron NIC I. Seguido de un 2,3 % (3) que estuvieron expuestas por 5 años y presentaron NIC I y 4,7% (10) presentaron NIC II.

Gráfico N° 01. Factor ginecológico y contraceptivo hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016



Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre: "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

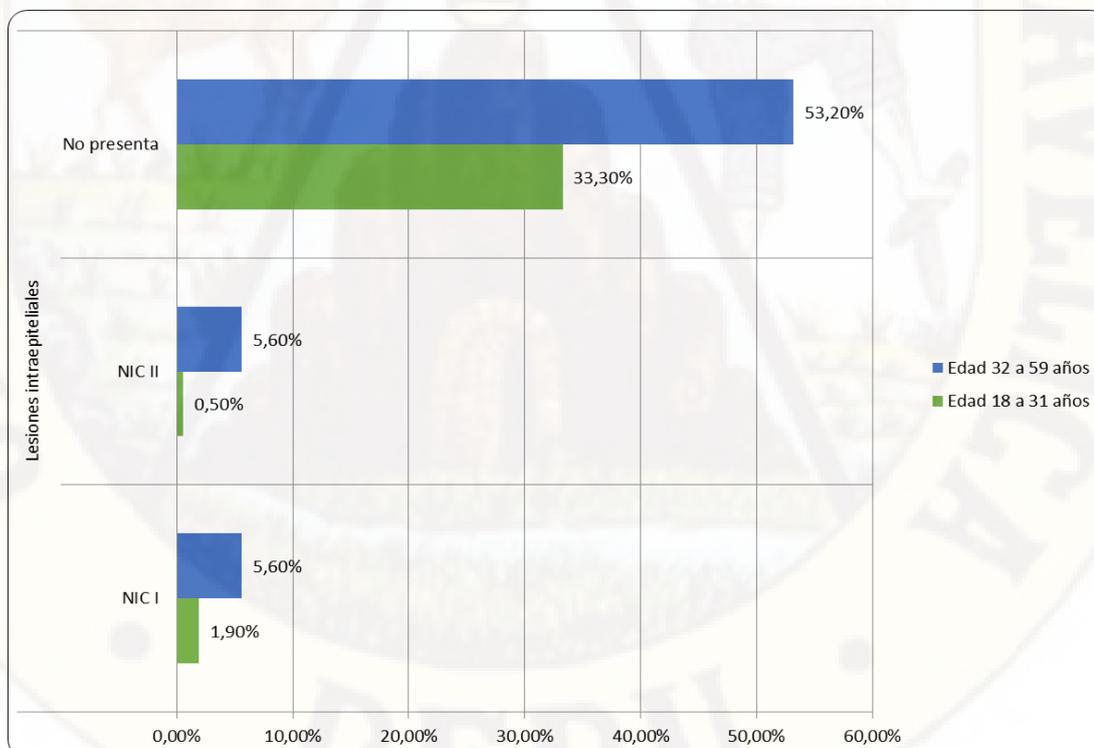
Tabla N° 02. Factor ginecológico personal: edad relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

		Lesiones intraepiteliales						Total	
		NIC I		NIC II		No presenta		f	%
		F	%	F	%	f	%		
Edad	18 a 31 años	4	1,9%	1	0,5%	72	33,3%	77	35,6%
	32 a 59 años	12	5,6%	12	5,6%	115	53,2%	139	64,4%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

En la tabla N° 02. El 53,2% (115) no presentan lesiones intraepiteliales. El 5,6% (12) de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016, presentan Displasia Leve (NIC I). De igual forma el 5,6% (12) están con Displasia Moderada (NIC II) y se encuentran entre las edades de 32 a 59 años.

Gráfico N° 02. Factor ginecológico personal: edad relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016



Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

Tabla N° 03. Factor ginecológico sexual relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

		Lesiones intraepiteliales						Total	
		NIC I		NIC II		No presenta		F	%
		F	%	f	%	f	%		
Edad de inicio de menarquía	10 a 11 años	1	0,5%	0	0,0%	19	8,8%	20	9,3%
	12 a 14 años	15	6,9%	13	6,1%	168	77,8%	196	90,7%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%
Edad de inicio de relaciones sexuales	12 a 20 años	13	6,0%	12	5,6%	157	72,7%	182	84,3%
	21 a 25 años	3	1,4%	1	0,5%	30	13,9%	34	15,7%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%
Paridad	0 embarazos	6	2,8%	3	1,4%	15	6,9%	24	11,1%
	1 embarazo	4	1,9%	4	1,9%	23	10,6%	31	14,4%
	2 embarazos	6	2,8%	5	2,4%	117	54,2%	128	59,3%
	3 embarazos	0	0,0%	1	0,5%	30	13,9%	31	14,4%
	4 embarazos	0	0,0%	0	0,0%	2	0,9%	2	0,9%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%
Número de parejas sexuales	1 pareja	5	2,3%	3	1,4%	84	38,9%	92	42,6%
	2 parejas	10	4,6%	6	2,8%	66	30,6%	82	38,0%
	3 parejas	1	0,5%	4	1,9%	29	13,4%	34	15,7%
	4 parejas	0	0,0%	0	0,0%	4	1,9%	4	1,9%
	5 parejas	0	0,0%	0	0,0%	4	1,9%	4	1,9%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%
Infecciones de transmisión sexual	Clamidia	2	0,9%	1	0,5%	4	1,9%	7	3,2%
	Condiloma	10	4,6%	10	4,6%	19	8,8%	39	18,1%
	Tricomona	3	1,4%	1	0,5%	7	3,2%	11	5,1%
	Ninguna	1	0,5%	1	0,5%	157	72,7%	159	73,6%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

Con respecto al factor ginecológico sexual: los resultados registran:

En la tabla N° 03. Muestra la edad de inicio de la menarquía comprendidas entre las edades de 12 a 14 años registra un 6,9 % (15) presentaron NIC I, al igual que un 6,1 % (13) presentaron NIC II. Asimismo entre las edades de 10 a 11 años un 0,5% (1) también presento NIC I.

La edad de inicio de relaciones sexuales el 72.7% (157) comprendidos entre 12 a 20 años no presentan lesiones intraepiteliales del cérvix, sin embargo un 6% (13) presentan un NIC I seguido de un 5,6% (12) presentaron NIC II.

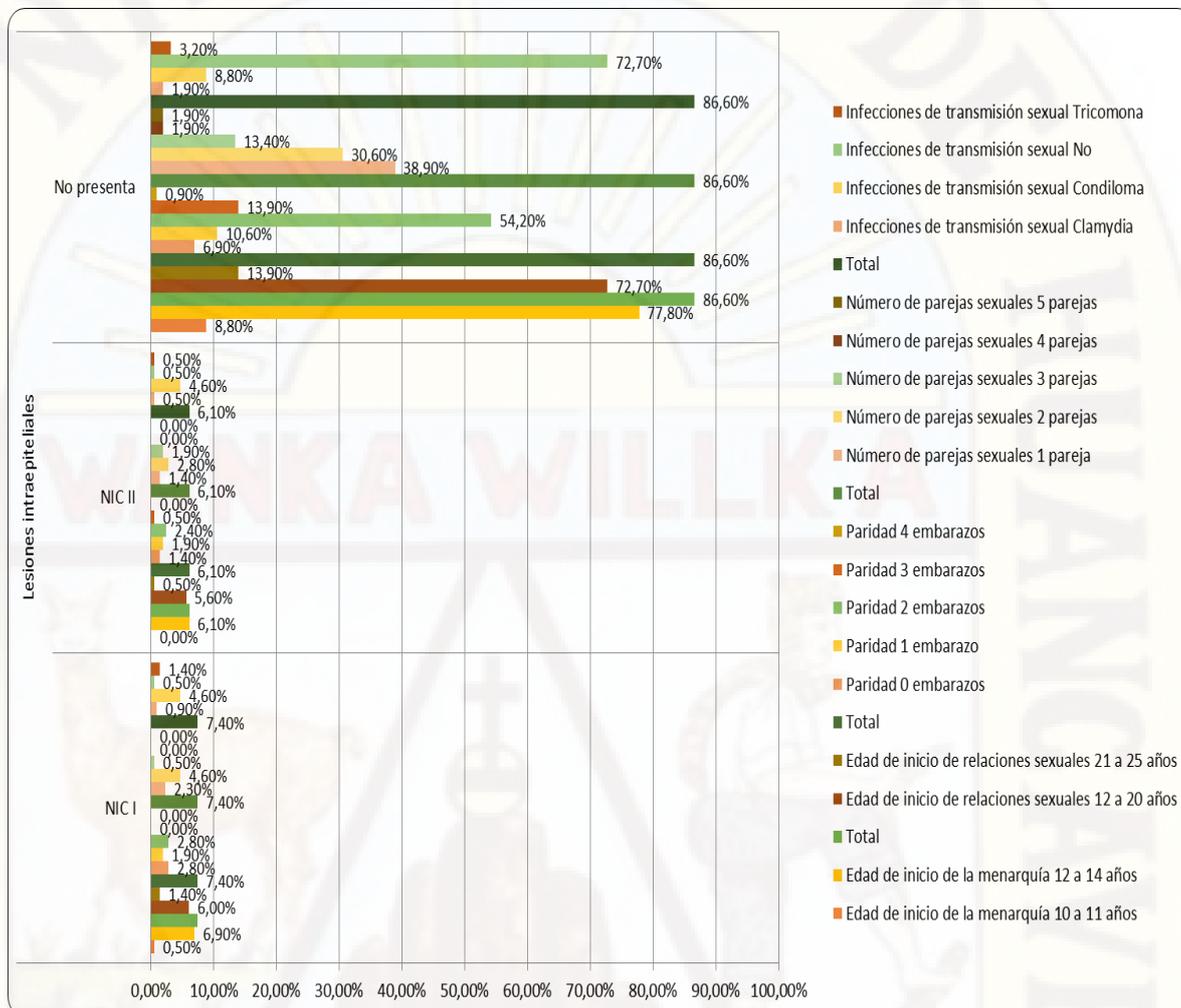
Con respecto a la paridad el 54.2% (117) (con 2 embarazos) No presentan lesiones intraepiteliales, sin embargo hay un 2,8% (6) (con 2 embarazos) que

presentaron NIC I seguido de un 2.4% (5) (con 2 embarazos) que presentaron NIC II.

Con respecto al número de parejas sexuales el 38.9% (84) no presentan lesiones intraepiteliales de cérvix. Sin embargo con estar expuesto a 2 parejas sexuales un 4.6% (10) presentaron NIC I, seguido de un 1,9% de estar expuesto a 3 parejas sexuales (4) presentaron NIC II.

En las infecciones de transmisión sexual un 72.7% (157) no presentaron lesiones intraepiteliales con respecto a los agentes causales estudiados. Sin embargo el 4.6% el agente (condiloma) fue causal para NIC I en 10 mujeres al igual que un 4,6% (10) presentaron NIC II. Seguida del agente tricomona con un 1,4% (3) que presentaron NIC I y un 0,5% (1) NIC II. Asimismo clamidia un 0.9% (2) presentaron NIC I y un 0,5% presento NIC II

Gráfico N° 03. Factor ginecológico sexual relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016



Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre: "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

Tabla N° 04. Factor contraceptivo hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016.

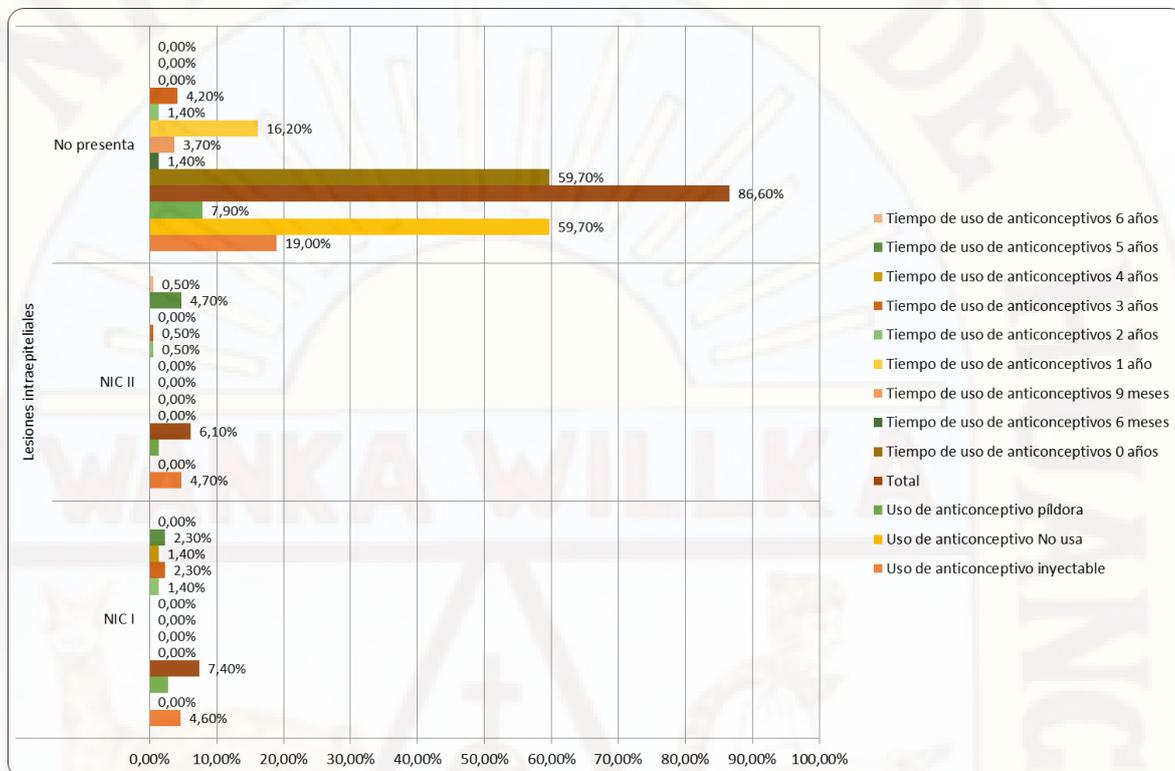
		Lesiones intraepiteliales						Total	
		NIC I		NIC II		No presenta		f	%
		f	%	f	%	f	%		
Uso de anticonceptivo hormonal	inyectable	10	4,6%	10	4,7%	41	19,0%	61	28,2%
	Píldora	6	2,8%	3	1,4%	17	7,9%	26	12,0%
	No usa	0	0,0	0	0,0%	129	59,7%	129	59,7%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%
Tiempo de uso de anticonceptivo hormonal	0 años	0	0,0%	0	0,0%	129	59,7%	129	59,7%
	6 meses	0	0,0%	0	0,0%	3	1,4%	3	1,4%
	9 meses	0	0,0%	0	0,0%	8	3,7%	8	3,7%
	1 año	0	0,0%	0	0,0%	35	16,2%	35	16,2%
	2 años	3	1,4%	1	0,5%	3	1,4%	7	3,2%
	3 años	5	2,3%	1	0,5%	9	4,2%	15	6,9%
	4 años	3	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,4%
	5 años	5	2,3%	10	4,7%	0	0,0%	15	6,9%
	6 años	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Total		16	7,4%	13	6,1%	187	86,6%	216	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

En la tabla N° 04, con respecto al uso de anticonceptivos un 59,7 (129) no usan ningún anticonceptivo hormonal. Sin embargo un 4.6% (10) usan inyectable y presentaron NIC I seguido de un 4,7% (10) presentaron un NIC II. Asimismo un 2,8% (6) usaron la píldora y presentaron NIC I seguido de un 1,4% (3) tomaron la píldora y presentaron NIC II.

Del tiempo de uso de anticonceptivos un 59.7% no utilizaron anticonceptivos hormonales. Sin embargo un 2,3% (5) estuvieron expuestas a 3 años de uso de anticonceptivos hormonales y presentaron NIC I. Seguido de un 2,3 % (3) que estuvieron expuestas por 5 años y presentaron NIC I y 4,7% (10) presentaron NIC II.

Gráfico N° 04. Factor contraceptivo hormonal con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016



Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

4.2. Discusión de Resultados.

En la tabla N° 01. Los hallazgos del estudio indican que no existe influencia directa entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016, por no presentar ninguna significancia menor o igual a 0,05, por tanto, ninguno de los factores tiene relación con aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino.

Estos resultados se asemejan a los estudios de **Castro** (60) en su estudio no mostró resultados convincentes acerca del uso de anticonceptivos como un factor de riesgo para cáncer cervicouterino en la que señala, si bien existen evidencias biológicas en modelos in vitro y animales, estas no concuerdan con la evidencia epidemiológica, positiva o negativa, de la asociación entre el uso prolongado de anticonceptivos orales e infección por virus del papiloma humano, displasia y cáncer cervicouterino. Asimismo, **Moreno** (29) refiere en su estudio los pacientes que usan anticonceptivos orales durante menos de 5 años no tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, durante 5-9 años el riesgo aumenta a 4,03 veces y para el uso durante 10 años o más, no variaron. **Green et al** (28) es su estudio indica que no hubo evidencia de una fuerte asociación positiva o negativa entre la positividad del virus papiloma humano y el uso prolongado de anticonceptivos orales.

En la tabla N°02 se aprecia que el factor ginecológico personal edad; un 5,6% (12) de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016, presentaron Displasia Leve (NIC I). De igual forma el 5,5% (12) presentaron Displasia Moderada (NIC II) y se encuentran entre las edades de 32 a 59 años.

Esto coincide parcialmente al estudio de **Balseca** (24) donde la población más afectada con lesiones cervicales premalignas corresponde a las edades comprendidas entre 20 y 40 años ocupando un 61,1 % de su estudio. Asimismo **Torres** (21) en su estudio *Evaluación de los resultados de Papanicolaou como indicador de Cáncer de Cuello*

Uterino en mujeres de edad fértil de 20 a 45 años; donde la población más afectada fue el del grupo de 20 a 35 años con un 2,1% presentando NIC I.

De igual modo, **Vitorino** (32) en su estudio sobre "*Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino*" el grupo etario que predominó fue de 41 a 60 años con un 45,7%. Asimismo coincidiendo con **Pérez** (33) en su estudio encontró un 33,8% de LIE de alto grado en el grupo etario de 30 a 59 años. **Carranza et al** (37) en su estudio encontró entre los factores predictores de cáncer cervical se presentó la edad promedio de 38 años con un 66,2%.

Asimismo **Cosser** (35) en su estudio también encontró una mayor prevalencia de lesión intraepitelial de alto grado en mujeres que tenían una edad promedio de 35 a 49 años con un 0,34%.

Chiroga (36) en su estudio determinó que la edad es un factor que si influye en el cáncer de cérvix, en la que encontró un 32% entre los 34 a 42 años similar a lo que menciona la Dra. Yoimy Diaz Britol y colaboradores que la edad de las mujeres con cáncer de cérvix es de 35 a 39 años. De igual forma, **Ramos** (40) evidenció en su estudio que un 74% de las lesiones premaligna del cáncer de cérvix estuvo comprendida entre las edades de 30 y 49 años.

En la tabla N° 03.-Con respecto al factor ginecológico sexual: La edad de inicio de la menarquía entre las edades comprendidas de 12 a 14 años el resultado fue un 6,9% (15) presentaron NIC I y un 6,1% (13) presentaron NIC II así como la edad de inicio de relaciones sexuales comprendidos entre 12 a 20 años un 6% (13) presentaron NIC I seguido de un 5,6% (12) presentaron NIC II. Asimismo en el grupo etario comprendido entre 21 a 25 años un 1,4% (3) presentó NIC I y un 0,5% (1) presentó NIC II.

Esto coincide con los estudios de **Vega** (27) en la asociación entre factores de riesgo y cáncer cervicouterino, la edad de inicio de las relaciones sexuales siendo el riesgo 80 veces mayor en los grupos de 14 y 15 años. **Vitorino** (32) señala en su estudio "*Factores de riesgo*

asociados a cáncer de cuello uterino un 77.1% de significancia iniciar las relaciones sexuales antes de los 18 años.

Con respecto a la paridad el 2,8% (6) (con 2 embarazos) que presentaron NIC I seguido de un 2.4% (5) (con 2 embarazos) que presentaron NIC II. Coincidiendo con los estudios de **Balseca** (24) en la señala la multiparidad en un 45,7% como factor para la aparición de lesiones premalignas de cérvix.

Vitorino (32) en su estudio refiere tener más de tres gestaciones es un factores de riesgo asociado a cáncer de cuello uterino, de igual modo señala **Pérez** (33) que la multiparidad es parte de un perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cervico-uterinos alterados. **Conde** (38) en su estudio también señala que dos a cinco partos es un factor de riesgo asociado a lesiones en el cuello uterino. Y en el estudio de **Fernández et al** (39) encontró que el 68.6% presentaron más de 3 partos siendo un factor de riesgo ginecoobstétrico que predispone a cáncer de cérvix. Como también argumenta en su estudio displasia de cuello uterino por **Zambrano** (41) quién encontró la existencia de factores condicionantes de la lesión displásica entre ella la paridad. **Chiroga** (36) la paridad es un factor estadísticamente significativo como factor que influye en el riesgo de cáncer de cérvix. **Carrasco et al** (34) en su estudio "Prevalencia y Factores de riesgo de cáncer de cérvix la paridad con un 80% con 3 a más partos con mayor frecuencia en la adultez resultó ser un factor de riesgo para cáncer de cérvix.

Con respecto al número de parejas sexuales el estar expuesto a 2 parejas sexuales un 4.6% (10) presentaron NIC I, seguido de un 1,9% de estar expuesto a 3 parejas sexuales (4) presentaron NIC II. Estos resultados coinciden con los estudios de **Vega** (27) que asoció factores de riesgo para cáncer cervicouterino donde el número de compañeros sexuales es mayor el riesgo y llega a 34.5 cuando han tenido cinco o más compañeros. **Balseca** (7) en su estudio prevalencia de lesiones cervicales premalignas encontró un 42,5% de pacientes estudiadas que

tuvieron de 2 a 3 compañeros sexuales lo que significa que un riesgo para incrementar la prevalencia de lesiones cervicales premalignas.

Mahecha et al (1) El riesgo de presentar lesiones preneoplásicas en el útero incrementa en 4,67 veces el tener de 6 a 7 compañeros sexuales en comparación a las que han tenido un solo compañero sexual más de cinco compañeros sexuales incrementa el riesgo de cáncer cervicouterino en 20,67 veces más en comparación con las que han presentado de 2 a 4 compañeros sexuales

Vitorino, (31) en su señala que tener más de tres parejas sexuales son factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino. **Pérez**, (1) en su estudio resultó que con dos parejas sexuales el perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cervico-uterino son alterados. Asimismo **Carranza, et al** (37) refiere en su estudio que un factor predictor con un 75% para cáncer cervical cada vez se incrementa si se tiene mayor número de parejas sexuales, es decir de 2 a más.

Ramos (40) evidenció en su estudio que las mujeres con lesión premaligna del cáncer de cuello uterino con mayor prevalencia manifiestan haber tenido 4 o más parejas sexuales.

En las infecciones de transmisión sexual con respecto a los agentes causales estudiados, un 4.6% el agente (condiloma) fue causal para NIC I en 10 mujeres al igual que un 4,6% (10) presentaron NIC II. Seguida del agente tricomonas con un 1,4% (3) que presentaron NIC I y un 0,5% (1) NIC II. Asimismo clamidia un 0.9% (2) presentaron NIC I y un 0,5% presento NIC II, esto coincide con los estudios de **Ruiz** (30) en su tesis doctoral donde los condilomas subclínicos cervicales fueron factores predictivos en el diagnóstico y la evolución de las neoplasias cervicales intraepiteliales, al igual que **Conde** (38) donde refiere a las infecciones de transmisión sexual como factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil.

Asimismo en la tabla N° 04 con respecto al uso de anticonceptivos un 4.6% (10) usan inyectable y presentaron NIC I seguido de un 4,7% (10)

presentaron un NIC II. Asimismo un 2,8% (6) usaron la píldora y presentaron NIC I seguido de un 1,4% (3) tomaron la píldora y presentaron NIC II. Estos resultados coinciden a los informes de **Globocan** (4) que forma parte de la Organización Mundial de la Salud que refieren que los últimos estudios encontraron un aumento casi triple del riesgo entre las mujeres que habían usado anticonceptivos orales. **Moreno** (29) indica el uso de anticonceptivos orales afecta el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres que dieron positivo para el ADN del virus papiloma humano. **Vega** (27) en su estudio concluye que el uso de anticonceptivos orales es un factor de riesgo 2.8 veces mayor en quienes lo usan. **Appleby et al** (11) en su estudio el riesgo relativo de cáncer de cuello uterino aumenta en los usuarios actuales de anticonceptivos orales. **Ruiz** (30) el factor de riesgo o variable predictor más importante para el desarrollo de una NIC es la toma de Contraceptivos Orales. De igual modo **Carranza, et al** (37) en su estudio, factores predictores del cáncer cervical en las mujeres el 77.9% de su población en estudio usó métodos anticonceptivos hormonales siendo un factor predictor de cáncer cervical.

Así, **Conde** (38) en su estudio factores asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil las usuarias de anticonceptivos hormonales presentaron un riesgo de 7.8961, de tipo oral. **Fernández et al** (39) En su estudio los anticonceptivos orales resultaron ser un factor de riesgo ginecoobstétricos que predisponen a cáncer de cérvix.

Del tiempo de uso de anticonceptivos un 2,3% (5) estuvieron expuestas a 3 años de uso de anticonceptivos hormonales y presentaron NIC I. Seguido de un 2,3 % (3) que estuvieron expuestas por 5 años y presentaron NIC I y 4,7% (10) presentaron NIC II. Esto coincide a los resultados del informe de **Globocan** (4) en la que el uso de anticonceptivos orales durante 10 años o más aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino en cuatro veces. **Coeso** (26) en su análisis de 24 estudios epidemiológicos encontró que las mujeres que dejaron de tomar anticonceptivos orales, el riesgo tendió a disminuir con el tiempo,

sin importar por cuánto tiempo ellas habían usado los anticonceptivos orales antes de dejar de tomarlos. **Moreno** (29) en la tesis sobre Efecto de los anticonceptivos orales sobre el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres con infección por el virus del papiloma humano concluyó que el uso de anticonceptivos orales durante 5-9 años tuvo un riesgo de 2,82 y de 4,03 para el uso durante 10 años. **Appleby P et al.** (11) en su estudio señala que el riesgo relativo de cáncer de cuello uterino aumenta en los usuarios actuales de anticonceptivos orales y disminuye después de que cesa el uso. Se estima que el uso de 10 años de anticonceptivos orales de entre 20 y 30 años aumenta la incidencia acumulada de cáncer cervicouterino invasivo a la edad de 50 años de 7.3 a 8.3 por 1000 en los países menos desarrollados y de 3.8 a 4.5 por 1000 en los países más desarrollados. **Carranza, et al** (37) usó métodos anticonceptivos hormonales de 5 años a más como factor predictor de cáncer cervical.

Conde (38) en su estudio tiempo de uso de anticonceptivos hormonales mayor de cinco años resultó ser factor asociado a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil.

Por lo tanto el riesgo de presentar lesiones preneoplásicas en mujeres en edad fértil cada vez va en incremento cuando éstas están más expuestas a diferentes factores de riesgo como es: exposición anticonceptivos hormonales por más de 5 años, tener múltiples parejas sexuales, ser múltipara, tener infecciones de transmisión sexual, iniciar relaciones sexuales precozmente.

4.3. Proceso de prueba de hipótesis

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

4.3.1 Hipótesis

4.3.1.1. Hipótesis de investigación

- Existe influencia entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016.

$$H_0: \beta_i \neq 0 \text{ (Al menos un parámetro es diferente de cero)}$$

4.3.1.2. Hipótesis nula

- No existe influencia entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = \beta_6 = \beta_7 = \beta_8 = 0$$

(Todos los parámetros son iguales a cero)

$\beta_1, \beta_2, \beta_3$ son los parámetros del modelo

4.3.2. Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

4.3.3. Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

4.3.4. Estadístico de prueba

Regresión logística multinomial.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \varepsilon_i$$

Leyenda:

Y = es llamada la variable de respuesta o dependiente.

X = es llamada la variable predictora o independiente.

β_0 = es el intercepto de la línea con el eje Y, también llamado alfa.

β_i = es la pendiente de la línea de regresión, también llamado coeficiente.

ε_i = Promedio de los residuos, también llamado error, perturbación.

4.3.5. Regla de decisión

Si: El valor $p \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor $p > 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

4.3.6. Cálculo de la prueba

Tabla N° 05

Variables en la ecuación

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Edad(1)	-1,190	,848	1,972	1	,160	,304
1 ^a	Edad de inicio de menarquia(1)	-1,073	1,570	,467	1	,494	,342
	Edad de inicio de relaciones sexuales(1)	,473	1,095	,187	1	,665	1,605
	Paridad(1)	1,073	1,570	,467	1	,494	2,924
	Número de parejas sexuales(1)	,863	,937	,848	1	,357	2,370
	Ha presentado Infecciones de transmisión sexual(1)	-,786	1,213	,420	1	,517	,456
	Uso de anticonceptivos hormonales(1)	,502	6646,065	,000	1	1,000	1,652
	Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales(1)	-21,813	5692,604	,000	1	,997	,000
	Constante	-,741	2,099	,125	1	,724	,477

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

- a. Variables especificadas en el paso 1: Edad, Edad de inicio de menarquia, Edad de inicio de relaciones sexuales, Paridad, Número de parejas sexuales, Ha presentado Infecciones de transmisión sexual, Uso de anticonceptivos hormonales, Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales.

4.3.7. Decisión

Ninguna significancia es menor que 0,05, por tanto, ninguno de los factores tiene relación con aparición de lesiones intraepiteliales.

4.3.8. Conclusión

No existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula: **"No existe influencia entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016"**.

PRUEBA DE HIPÓTESIS BIVARIADA

4.3.2 Hipótesis

4.3.2.1. Hipótesis de investigación

- Los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal están relacionados en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016.

$$H_0: \chi^2_{\text{cal}} < \chi^2_0$$

4.3.2.2. Hipótesis nula

- Los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal no están relacionados en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016.

$$H_0: \chi^2_{\text{cal}} < \chi^2_0$$

4.3.3. Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

4.3.4. Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

4.3.5. Estadístico de prueba

Prueba Chi-cuadrado

$$\chi^2 = \frac{\sum \sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

4.3.6. Regla de decisión

Si: El valor $p \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor $p > 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

Tabla 06. Prueba Chi cuadrado bivariada de relación entre las variables ginecológico y contraceptivo con LIE

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	Edad(1)	4,947	1	,026
		Menarquia(1)	1,346	1	,246
		Rel_Sex(1)	,096	1	,757
		Paridad(1)	3,621	1	,057
		Par_sex(1)	,104	1	,747
		ITS(1)	76,752	1	,000
		Anticonceptivo(1)	49,668	1	,000
		Tiem_anticon(1)	142,976	1	,000
	Estadísticos globales		144,415	8	,000

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

En la Tabla 06 se muestra la relación entre las variables ginecológico y contraceptivo con LIE, mostrándose que las variables ITS, uso de anticonceptivos y tiempo de uso de anticonceptivos **tuvieron una relación significativa con la variable LIE ($p < 0,05$)** al realizar el análisis bivariado.

Por otro lado, las variables edad, menarquia, inicio de relaciones sexuales, paridad y número de parejas sexuales no tuvieron relación significativa con la variable LIE. Estos resultados indican que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales y el padecimiento de infecciones de transmisión sexual incrementan el riesgo de padecer LIE.

Estos resultados coinciden a los informes de **Globocan** (4) de los últimos estudios que realizaron donde hubo un aumento casi triple del riesgo entre las mujeres que usan anticonceptivos orales y la exposición durante 10 años o más aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino en cuatro veces. **Moreno** (29) En su tesis sobre Efecto de los anticonceptivos orales sobre el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres con infección por el virus del papiloma humano indica el uso de anticonceptivos orales afecta el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres que dieron positivo para el ADN del virus papiloma humano y el uso de anticonceptivos orales durante 5-9 años tuvo un riesgo de 2,82 y de 4,03 para el uso durante 10 años. **Vega** (27) en su estudio concluye

que el uso de anticonceptivos orales es un factor de riesgo 2.8 veces en mujeres que usan los anticonceptivos orales.

CONCLUSIONES

1. No existe influencia entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016, por no presentar ninguna significancia menor o igual a 0,05, por tanto, ninguno de los factores tiene relación con aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino.
2. Con respecto al factor ginecológico personal edad; un 5,6% (12) de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016, presentaron Displasia Leve (NIC I). De igual forma el 5,5% (12) presentaron Displasia Moderada (NIC II) y se encuentran entre las edades de 32 a 59 años
3. Con respecto al factor ginecológico sexual: La edad de inicio de la menarquía entre las edades comprendidas de 12 a 14 años el resultado fue un 6,9% (15) presentaron NIC I y un 6,1% (13) presentaron NIC II así como la edad de inicio de relaciones sexuales comprendidos entre 12 a 20 años un 6% (13) presentaron NIC I seguido de un 5,6% (12) presentaron NIC II. Asimismo en el grupo etario comprendido entre 21 a 25 años un 1,4% (3) presentó NIC I y un 0,5% (1) presentó NIC II. Con respecto a la paridad el 2,8% (6) (con 2 embarazos) que presentaron NIC I seguido de un 2.4% (5) (con 2 embarazos) que presentaron NIC II. De igual modo el número de parejas sexuales el estar expuesto a 2 parejas sexuales un 4.6% (10) presentaron NIC I, seguido de un 1,9% de estar expuesto a 3 parejas sexuales (4) presentaron NIC II. En las infecciones de transmisión sexual con respecto a los agentes causales estudiados, un 4.6% el

agente (condiloma) fue causal para NIC I en 10 mujeres al igual que un 4,6% (10) presentaron NIC II. Seguida del agente tricomona con un 1,4% (3) que presentaron NIC I y un 0,5% (1) NIC II. Asimismo clamidia un 0.9% (2) presentaron NIC I y un 0,5% presento NIC II

4. Con respecto al uso de anticonceptivos un 4.6% (10) usan inyectable y presentaron NIC I seguido de un 4,7% (10) presentaron un NIC II. Asimismo un 2,8% (6) usaron la píldora y presentaron NIC I seguido de un 1,4% (3) tomaron la píldora y presentaron NIC II. Del tiempo de uso de anticonceptivos un 2,3% (5) estuvieron expuestas a 3 años de uso de anticonceptivos hormonales y presentaron NIC I. Seguido de un 2,3% (3) que estuvieron expuestas por 5 años y presentaron NIC I y 4,7% (10) presentaron NIC II

RECOMENDACIONES

- El MINSA debe realizar un esfuerzo adicional para incluir a las usuarias a largo plazo de anticonceptivos orales en los programas de detección del cáncer cervicouterino
- Implementar estrategias para ampliar el acceso a los servicios de salud: Es indispensable que se aproveche toda visita con cualquier motivo de consulta para lograr un mayor acercamiento a los servicios de salud. Informando de manera amplia sobre los riesgos del uso de anticonceptivos hormonales por mucho tiempo.
- Se debe verificar que los proveedores otorguen información oportuna buscando la promoción de comportamientos saludables en un ambiente de respeto y confidencialidad.
- Diseñar e implementar programas efectivos de educación sexual: Los programas de educación sexual para adolescentes y jóvenes deben partir de un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género.
- En los Centros de Salud deben incorporar de manera temprana la promoción de comportamientos saludables y placenteros, fortalecer la capacidad de negociación asertiva, fomentar decisiones responsables e informadas con relación al beneficio que conlleva el postergar el inicio de vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos, en especial el condón y la anticoncepción de emergencia.
- Incentivar a los próximos doctorandos a realizar más estudios específicos concerniente al tema en estudio.
- A la Universidad Nacional de Huancavelica Facultad de Ciencias de la Salud a diseñar campañas de sensibilización sobre la importancia del despistaje de cáncer de cuello uterino.

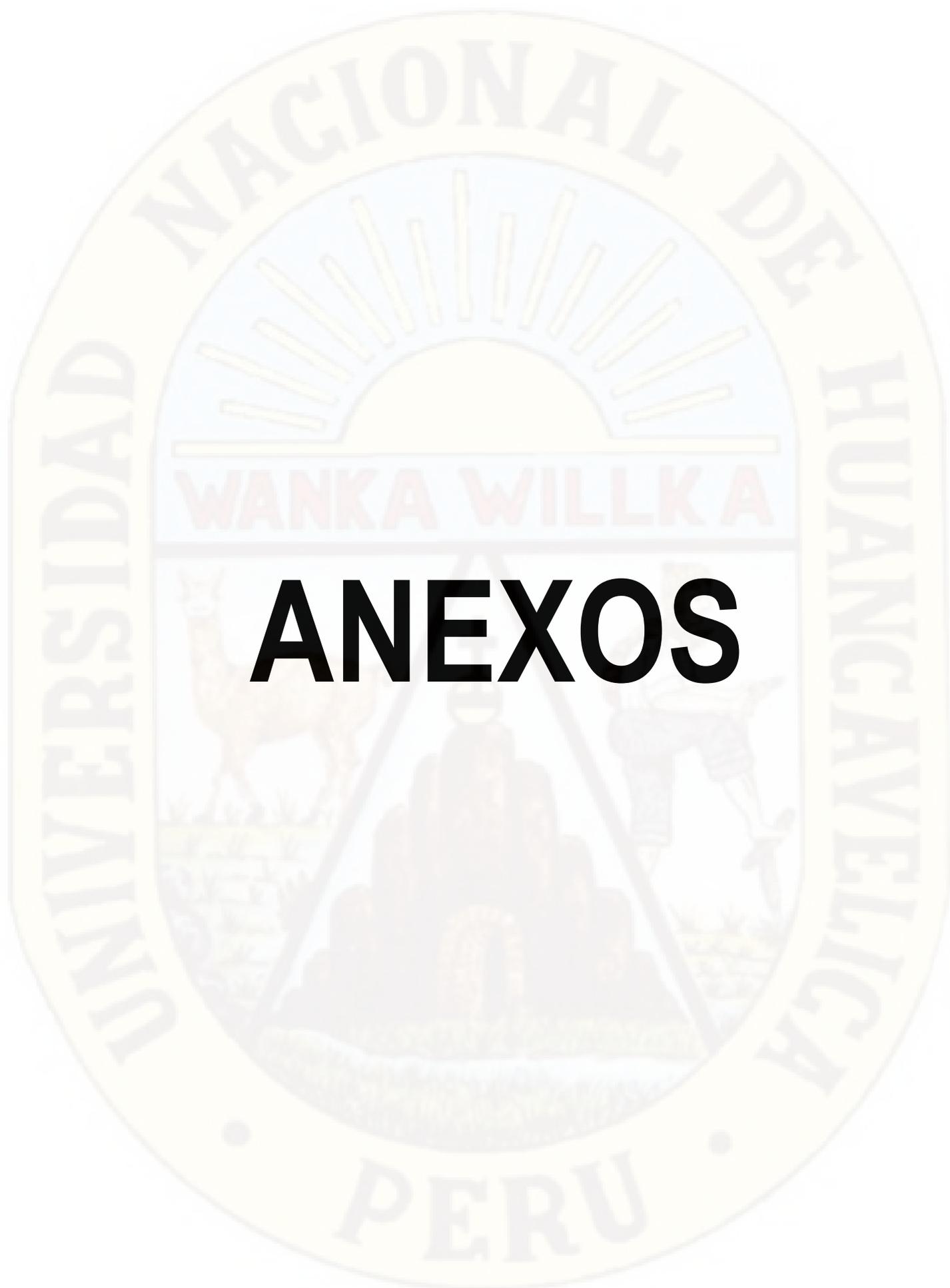
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer.. Lancet. 2007.
2. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. 2017..
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo del cáncer de cérvix. 2012.
4. Globocan. Informe de la International Agency for research on cancer. [Online].: IARC; 2012 [cited 2018 febrero 6. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
5. Nazzat N, Eugenia Suaréz P. Raul Larraguesel, Luciano Rojas, Alessandro B. Lesiones Preinvasoras de Cuello Uterino: Una visión actual. Scielo Revista Chilena en Obstetricia y Ginecología. 2006;; p. 341-348.
6. Camacho R. Programas Nacionales de Control del Cáncer: Necesidad y Permanencia Factores de riesgo. 2003 marzo 08..
7. Bravo eduardo; Stella garcía; Collazos paola; Carrascal edwin; Ramírez oscar; Collazos tito; Cortéz armando; Nuñez marcela; Millan erquinovaldo. Información confiable para el control del cáncer en calí, colombia. 2018. Colombia Medic. 2018 Marzo 8; 49(1).
8. IARC. Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2012.
9. Ault K. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract. 2006..
10. Health: UNIo. Contraceptive Evaluation Branch and Contraceptive Development Branch Programs Reports to the National Advisory Child Health and Human Development Council center for Population Research National Institute of Child Health and Human Development council cente. 1991. Institute of Child Health and Human Development.
11. Appleby P, Beral V, Berrington de Gonzales A, Colin D, Franceschi S, Goodhill, Verde J, Peto J, Plummer H, Sweetland. Cancer cervical y anticonceptivos hormonales. the lancet. 2007;(370).
12. Cervical ICoeso. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,573 women with cervical carcinoma and 35, 509 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. Int J cancer 119 (5): 1108-24. Lancet. 2007.
13. Franceschi S. The IARC commitment to cancer prevention: the example of pipillomavirus and cervical cancer. Recent Results in cancer reserarch. 2005..
14. Poquioma E. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del grupo de Cancer. Abt Associates Inc. 2007 Junio.
15. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. 2008.
16. Diario el Correo. El temible cáncer continúa imparabile en la región Huancavelica. Diario Correo. 2017.
17. Ministerio de Salud. Perú: Enfermedad No transmisibles y transmisibles 2016. 2016..
18. Ferlay J SBFFDMCPDG2. Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC cáncer base nº 10. Lyon,Francia: Centro Internacional de Investigaciones sobre Cáncer; 2012.globocan.iarc.fr. 2012.
19. Burkman R, Schlesselman JJ, Zieman M. Cuestiones de Seguridad y beneficios para la Salud asociados con la anticoncepción oral. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004 abril; (4 suppl) S5-22(190).

20. Humans. WGoTEoCRt. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2007. Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. IARC.
21. Torres Vidal M. TESIS "Evaluación de los resultados de papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años que acuden a consulta en el sub centro de salud "29 de noviembre de la Ciudad de Santa Rosa, 2009. 2012. Tesis para optar el grado de Magíster en gerencia clínica en salud sexual y reproductiva.
22. Castro Romero, Hernández Girón, Vicente Madrid Marina. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas. Ginecol Obstet Mex. 2011 Setiembre; 79(79): p. 533-539.
23. Mahecha Eduardo, Yaguar Sara A, I Calderon Glitza. Factores asociados a lesiones preneoplásicas de cuello uterino en usuarias de la ESE del municipio de AIPE, en el periodo enero a setiembre 2009. Revista Facultad de Salud, Surcolombiana. 2011 junio 25; 3(1): p. 37-41.
24. Balseca Gavidia MK. Lesiones premalignas de cervix en mujeres atendidas en el Hospital Jose Maria Velasco ibarra. Tesis de grado. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública; 2010.
25. Monsalve C. TESIS "Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix. 2011. TESIS DOCTORAL.
26. Coeso. Cervical carcinoma and reproductive factors. Lancet. 2007.
27. Vega Alanis MdC. Factores de Riesgo para Cancer cervicouterino en mujeres de Matamoros Tamaulipas. 2004..
28. Green J, Berrington de Gonzales A, Smith JS, Franceschi S, Appleby, Plumme M, Beral V. Infección del virus del papiloma humano y uso de anticonceptivos orales. Br. J cancer. 2003 junio; 88(11).
29. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al. Efecto de los anticonceptivos orales sobre el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infecciones por virus del papiloma humano. The lancet. 2002 marzo;: p. 359.
30. Ruiz Santiago H. Factores Predictivos en el diagnóstico y la evolución de las neoplasias cervicales interpiliales. 1997..
31. García J. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. México: Mc Graw Hill; 2014.
32. Vitorino Grajeada C. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Essalud, Cusco.2017. 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano.
33. Pérez Segura SZ. Perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cervico-uterino alterado atendidos en el Hospital II-2 Tarma durante el año 2015. 2017. Trabajo académico para optar el título de especialista en atención primaria con mención en prevención de cáncer ginecológico 2017.
34. Carrasco Salcedo Cristal & La Chira Negrón Claudia. Prevalencia y factores de riesgo de cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipolito Unanue. 2015. 2016. Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia.
35. Cosser M. Factores asociados a la citología anormal del cérvix liga contra el cáncer 2010 – 2014. Tesis de Maestría. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Sección de Posgrado; 2015.
36. Chiroga SD. "Factores que influyen en el riesgo de Cáncer de Cérvix en mujeres que acuden al hospital Regional Manuel Nuñez Butrón durante el año 2015". 2015..

37. Carranza del Aguila Valeria, Nacimiento Valera Fabiola, vasquez Diaz Carla del Pilar. Factores Predictores del Cáncer cervical, en mujeres atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital regional de Loreto, Punchana. 2014..
38. Conde MA. Factores de Riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital María Auxiliadora. 2013 julio- agosto..
39. Fernández & Izaguirre. Factores de riesgo socioeconómicos y ginecoobstétricos que predisponen a Cáncer de cuello uterino, Nuevo Chimbote 2013. 2013..
40. Ramos Davila JD. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012. 2012..
41. Zambrano Burga AV. Displasias de cuello uterino diagnóstico, tratamiento y evolución en el Hospital Central del Seguro Social del empleado. UNMSM. 1971..
42. B. Epidemiología del Carcinoma del Cerviz. En: El cuello Uterino y sus Enfermedades. 1978:465-485, editorial Jims. 1978:465-485, editorial Jims..
43. Cancer Institute National. Cancer Statistics Review 1973-1987: I.12-I.13. US Department of Health and Human Services. 1973-1987: I.12-I.13. Review 1973-1987: I.12-I.13.
44. Health PHSNIo. Public Health Service National Institute of Health NIH. Publication.1990 N° 90-2789.
45. Jeffcoate S. Tumor of the Cervix Uterine. In. Principles of Gynaecology. 1979:447-471..
46. Delgado. Papiloma Virus y el Cáncer Cervical. Acta Cancerológica 1993:33(3):25-32.
47. Guerrero. Modelo de Estudio de Prevalencia de la Infección por el Papiloma Virus Humano en una Población Asintomática. Acta Cancerológica 1993: 33-41.
48. Padilla. Algunos Perfiles de la Mujer Peruana. Acta Cancerológica. 1993:42(2):4-8).
49. Page HS and Asire AJ USA Department of Health and Human Service, Public Health Service National Institute of Health. Uterine Cervix. In: Cancer Rates and Risk.. NIH Publication 1985 N° 85- 691.
50. AEPCC. Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. 2015. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.
51. Mondragón H. Obstetricia básica ilustrada. Madrid: 6ta edición; 2004.
52. Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. Colombia: Manual Moderno; 2014.
53. Koss. Dysplasia:A real concept or a misnomer. Obstet. Gynecol.; 1978.
54. Reagan J.W.; Siedemann I.L. and Saracusa Y. Cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of uterine cervix cancer; 1953.
55. Vasquez J; Rodríguez L; Palomo R; Romeu M; Jiménez M; Pérez S y Col. Manual Básica de obstetricia y ginecología Madrid; 2013.
56. RM R. Influence of diagnostic and therapeutic procedurs on the distribution of cervical intraepithelial neoplasia; 1966.
57. MINSALUD. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Primera ed. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
58. Berek. Epidemiologia precancerigenas del cuello uterino. Scielo. 2014; 2(3).
59. Pinheiro P. Prueba de Papanicolaou– NIC1, NIC 2, NIC 3, ASCUS Y LSIL. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 12. Available from: <http://www.mdsau.de.com/es/2015/11/papanicolaou.html>.

60. Castro J. Cáncer in situ del cérvix. Estudio de 51 casos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 2(153-176).
61. IARC. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 22. Available from: <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.
62. Fletcher. Manuall sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil; 2005.
63. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch y vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. 2010. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD003552.
64. Spencer AL, Bonnema R, McNamara MC. Ayudar a las mujeres eligen la anticoncepción hormonal apropiado: update on risks, benefits, y indications. 2009. Am J Med. 2009;122:497-506.
65. Menarquez. Recent Research in cervical secretion: some biophysical aspects. health sciences. 2011; 21(3): p. 55-60.
66. Amy JJ, Tripathi V. Anticoncepción para las mujeres: una visión general basada en la evidencia. 2009. BMJ 339:b2895.doi:10.1136/bmj.b2895.
67. Mørch LS, Løkkegaard E, Andreassen AH, Krüger-Kjaer L, Lidegaard O. La terapia hormonal y cáncer de ovario. 2009. JAMA. 2009;302:298-305.
68. Silberstein JA. Fundamentos epistemológicos de la medicina familiar. Revista médica rosario. 2011; 2(77): p. 157-173.
69. Zoe Diaz Bernal, Aguilar Guerra xiomara, Linares martín. La antropología médica aplicada a la salud pública. Revista cubana salud pública. 2015 octubre-diciembre; 41(4).
70. Cuba IRdSd. Fundamentos de Salud Pública y el Aprendizaje La Habana: Ciencias médicas; 2017.
71. Oblitas Guadalupe LA. Panorama de la Psicología de la Salud. Psicología científica.com. 2008 enero.
72. Salud OMDI. Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N° 323. 2015 diciembre..
73. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación; 2014.
74. Quezada N. Metodología de investigación. Primera ed. Lima, Perú: Macro; 2015.
75. Supo J. Seminarios de Investigación Arequipa; 2017.
76. Bernal. Metodología de la Investigación; 2006.
77. Gomez S. Metodologia de la investigacion Mexico: Red tercer milenio; 2012.
78. Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. Tesis Pregrado. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martin, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Academica Profesional de Obstetricia; 2012.
79. Raspall G. Cirugía maxilofacial. Primera ed. Buenos Aires, Argentina: Medica panamericana; 1997.
80. Kenneth J. Epidemiología Moderna Madrid, España: Diaz de Santos, S.A.; 1987.
81. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer Incidence mortality and prevalence. World wide IARC Cancer base. 2004;(5).
82. Labor. Enfoque de Riesgo. Boletín Práctica Médica La Habana Cuba; 2002.



ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTOR GINECOLOGICO Y CONTRACEPTIVO HORMONAL Y SU INFLUENCIA EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL “ZACARÍAS CORREA VALDIVIA”, 2016

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>1.2.1. Pregunta general ¿Cómo los factores ginecológico y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?</p> <p>1.2.2. Preguntas específicas</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cómo el factor ginecológico personal: Edad influye en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cómo el factor ginecológico sexual: Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?</p>	<p>1.3.1. Objetivo general Determinar cómo los factores ginecológico y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016.</p> <p>1.3.2. Objetivos específicos</p> <p><input type="checkbox"/> Establecer cómo el factor ginecológico personal: Edad influye en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016</p> <p><input type="checkbox"/> Establecer cómo el factor ginecológico sexual: Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016</p>	<p>2.5.1 Hipótesis general: Los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en las mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa , Huancavelica- 2016</p> <p>Hipótesis Específicas: El factor ginecológico personal: Edad influye en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016</p> <p>El factor ginecológico sexual : Edad de inicio de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y tipo de ITS influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016</p> <p>El factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2016.</p>	<p>Variable independiente: Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal</p> <p>Variable dependiente: Lesiones intraepiteliales del cuello uterino</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Analítica</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Método deductivo, inductivo.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Diseño no experimental. Retrospectivo, transversal.</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO: Población: la población estuvo conformada por 216 mujeres que fueron atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia que se sometieron a despistaje de PAP en el periodo de enero a diciembre 2016 según información brindada por la Oficina de Estadística e Informática, en el periodo enero – diciembre 2016.</p> <p>Muestra: La muestra es censal</p> <p>Muestreo: no probabilístico censal</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Técnica: análisis documental Instrumento: Ficha de análisis documental.</p> <p>Técnica de procesamiento y análisis de datos Técnica estadística: - Estadística descriptiva. - Estadística inferencial Prueba regresión logística multinomial y Chi cuadrado bivariada.</p>

<p>Valdivia, Huancavelica-2016?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cómo el factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016?</p>	<p><input type="checkbox"/> Identificar cómo el factor contraceptivo hormonal: Uso de método anticonceptivo hormonal y tiempo de uso del método hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016</p>			
---	--	--	--	--



ANEXO N° 02

FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

FICHA DE DATOS.....N°

DATOS DE LA PACIENTE:

Edad Jóvenes (15 a < de 25 años)

Mayores (25 a < de 35 años)

FACTOR GINECOLÓGICO

Factores personales

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino o Si o No

Consumo de tabaco o Si o No

Factores sexuales

Menarquía:

9 a 10 años

11 a 12 años

13 a 14 años

15 a 16 años

Inicio de relaciones sexuales:

14 - 18 años

19 - 22 años

23 - 26 años

27 - 30 años

31 a más años

Número de parejas sexuales:

Única

2 a más parejas

Presencia de ITS en los últimos cinco años

Si No

Tipo de ITS:

Papiloma Virus Humano

Condiloma acuminado

PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD**PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX”****I. GENERALIDADES**

Dirigido a : A la población femenina de Huancavelica

Modalidad : Difusión radial

II. ANTECEDENTES

Huancavelica a la fecha tiene un 33,9% de mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 59 años que padecen cáncer de cérvix según datos reportados del INEI y el ENDES 2016, se sabe que esta enfermedad cada vez es más común y es una de las mayores causas de muerte por cáncer en la población femenina.

Se sabe que el screening de Papanicolaou es una estrategia efectiva para la detección precóz, en post de prevenir el cáncer de cérvix con lo cual se puede reducir la mortalidad por este cáncer, no obstante se hace indispensable buscar nuevas estrategias para prevenir esta enfermedad.

Por lo antes mencionado surge la presentación de una propuesta de intervenciones educativas que complementen a un mayor fortalecimiento de estrategias ya establecidas por el MINSA

III. JUSTIFICACIÓN

Desde que emerge de forma silenciosa, ligera, la mujer sin prestarle la debida importancia hasta que en un momento puede convertirse en lesión intracervical de delicada situación, solo hasta este momento la mujer lamentablemente no acude a un Hospital a recibir información, despistaje y menos a participar de las diferentes actividades preventivas concernientes a este tipo de enfermedades. Dando una breve mirada a este tipo de casos que se presenta cada día en nuestra provincia como en el resto del país por la falta de sensibilidad, información y la debida concientización del personal de salud en la prevención y control cáncer de cuello uterino cada 5 horas muere una mujer

con cáncer de cérvix según cifras del MINSA 2017. Es así que se desea proponer un programa de prevención y control de cáncer de cérvix al servicio de la comunidad Huancavelicana.

IV. OBJETIVOS

- Educar a los pacientes y a la comunidad en general sobre la importancia de la toma de PAP
- Educar a los pacientes sobre la importancia de tener un solo compañero sexual para evitar las infecciones de transmisión sexual.
- Concientizar a los jóvenes de los peligros y riesgos que causa el inicio precoz de una vida sexual activa, explicando que postergar el inicio de su vida sexual para más adelante es muy buena decisión.
- Evitar el uso indiscriminado de los anticonceptivos hormonales
- Fomentar un comportamiento adecuado e informado de búsqueda de atención de la salud.

V. METODOLOGÍA

La metodología que se utilizará será mediante técnicas participativas de:

- Exposición
- Debate con el público oyente
- Otras

VI. CONTENIDO

LO QUE TODOS DEBERÍAMOS SABER SOBRE LA TOMA DE MUESTRA DE PAP (Papanicolaou)	LA TOMA DE MUESTRA DE PAP: PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES
<p>CONCEPTOS BÁSICOS</p> <p>¿Qué significa la palabra PAP?</p> <p>¿Qué es lesiones intraepiteliales de cérvix?</p> <p>¿Qué es un NIC?</p> <p>¿Qué es el papilomavirus?</p>	<p>¿Cuándo deberíamos hacernos la toma de muestra de PAP?</p> <p>¿Para qué es importante tomarse la muestra de PAP?</p>
<p>RELACIÓN DE LA PAREJA</p> <p>¿Qué significa promiscuidad?</p> <p>¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?</p>	<p>VIDA SEXUAL DE LA PAREJA</p> <p>¿Cuál es el riesgo de estar expuesta a varios compañeros sexuales?</p> <p>¿Qué consecuencias trae presentar infecciones de transmisión sexual?</p>

<p>¿Cuáles son las vías de contacto del virus papiloma humano?</p> <p>¿Cómo es la higiene genital correcta femenina y masculina?</p>	<p>¿Cuáles son los riesgos de inicio de edad precoz de contacto sexual?</p> <p>¿Cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual?</p>
<p>¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?</p>	<p>CONSUMO INDISCRIMINADO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES</p>
	<p>¿Qué es un anticonceptivo de emergencia?</p> <p>¿Qué tiempo se deberá usar un anticonceptivo oral?</p> <p>¿Cuáles son las indicaciones para ser usuaria de anticonceptivos hormonales?</p>

VI. ACTIVIDADES

PRIMERA SESION EDUCATIVA

OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICA	TIEMPO
<p>Educar a los pacientes y a la comunidad en la importancia de la detección precoz del cáncer cervicouterino mediante la toma de PAP</p>	<p>Lo que todos deberíamos saber sobre la toma de muestra de PAP</p> <p>Conceptos básicos principios y recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué significa la palabra PAP? ➤ ¿Qué es lesiones intraepiteliales de cérvix? ➤ ¿Qué es un NIC? ➤ ¿Qué es el papilomavirus? ➤ ¿Cuándo deberíamos hacernos la toma de muestra de PAP? ➤ ¿Para qué es importante tomarse la muestra de PAP? 	<p>Expositiva</p> <p>Debate con oyentes</p>	<p>60 minutos</p>

SEGUNDA SESION EDUCATIVA

OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICA	TIEMPO
Educar a los pacientes sobre la importancia de tener una relación de la pareja basada en lealtad y buenos sentimientos.	¿Qué consecuencias trae la infidelidad en las parejas? ¿Qué consecuencias trae presentar infecciones de transmisión sexual? ¿Cuáles son los riesgos de inicio de edad precoz de contacto sexual? ¿Cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual? ¿Cómo es la higiene genital correcta femenina y masculina?	Expositiva Debate con oyentes	40 minutos

TERCERA SESION

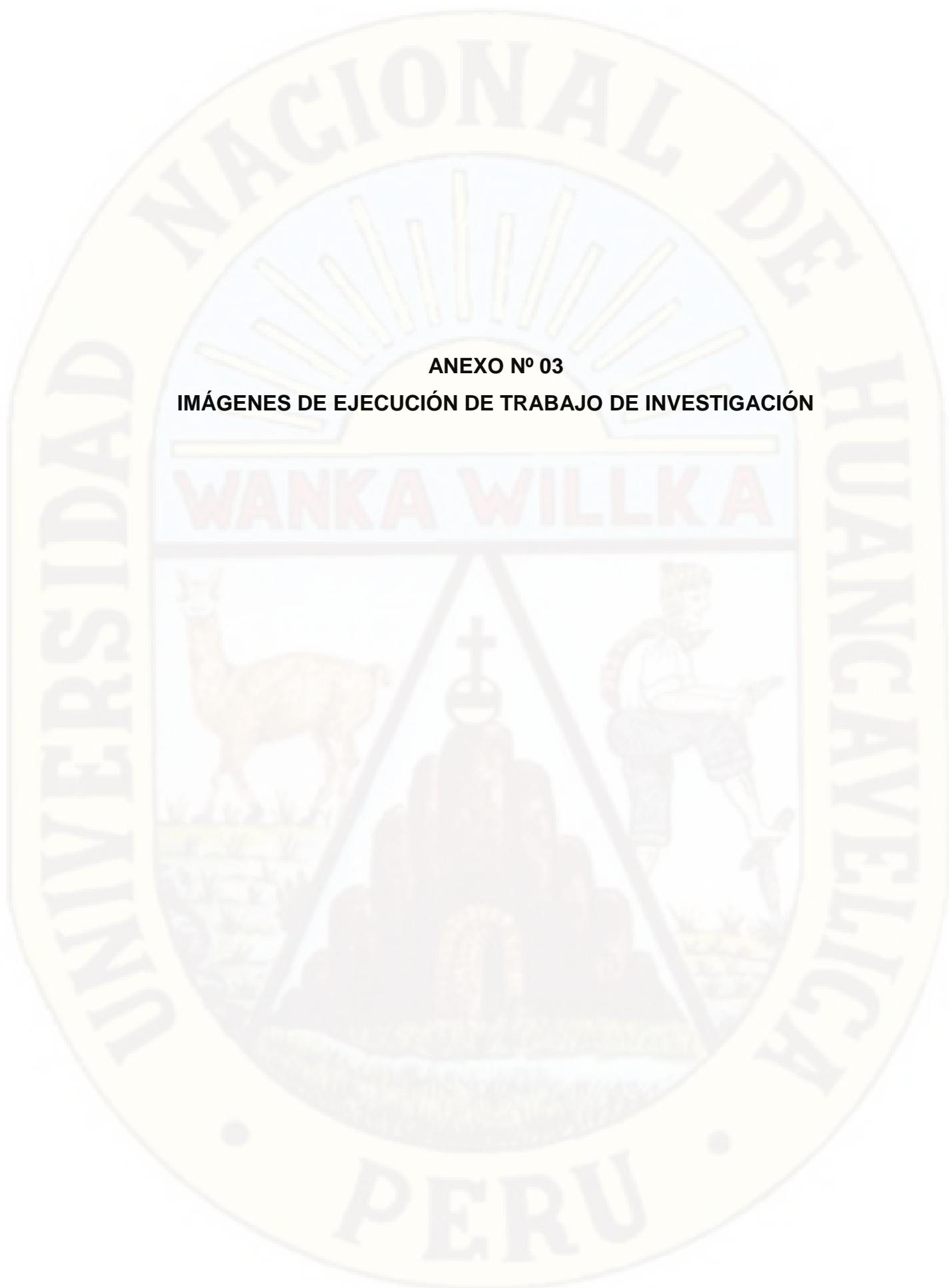
OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICA	TIEMPO
Beneficios del uso de métodos anticonceptivos	¿Qué es un anticonceptivo de emergencia? ¿Qué tiempo se deberá usar un anticonceptivo oral? ¿Cuáles son las indicaciones para ser usuaria de anticonceptivos hormonales?	Expositiva Debate con oyentes	40 minutos

CUARTA SESION

OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICA	TIEMPO
Fomentar un comportamiento adecuado e informado de búsqueda en la prevención y control del cáncer de cérvix.	Acceso a los establecimientos de salud: Ventajas. Otras.	Expositiva Debate con oyentes	30 minutos

ANEXO N° 03

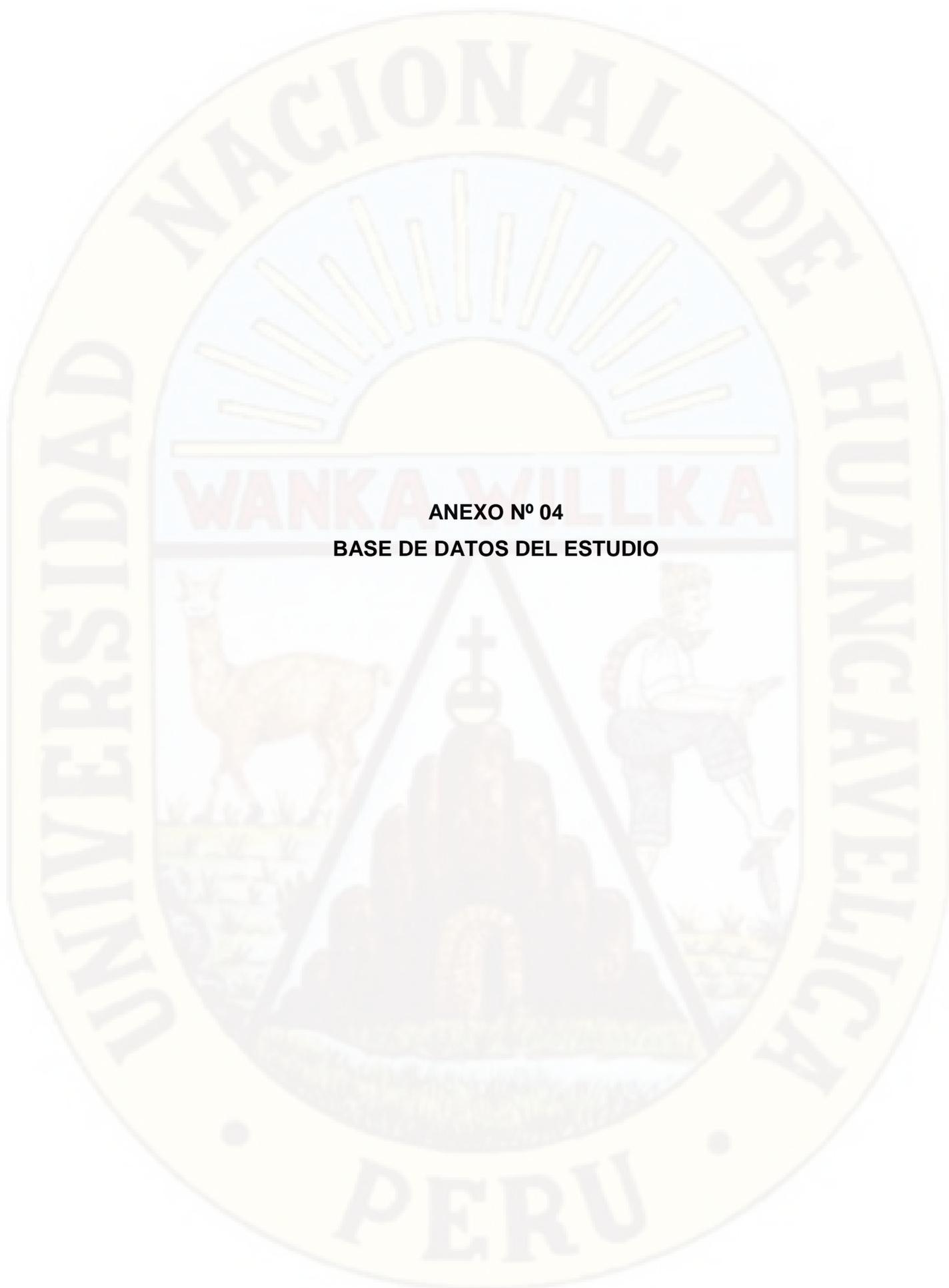
IMÁGENES DE EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN





ANEXO N° 04

BASE DE DATOS DEL ESTUDIO







N°	HCL	EDAD	IRS	NPSexuales	Pariedad	PAP	Menarquia	tipo de ITS	Contraceptivo	tiempo de uso (años)	Lesiones intraepi	OBSERVACION
1	64379	3	17	5	2	3	12	condiloma	inyectable	3		Inflamacion moderada
2	52771	1	18	4	2	3	12					
3	40461	2	19	2	1	3	10					
4	59257	1	17	1	3	3	12	condiloma	inyectable	3		Inflamacion moderada
5	130571	2	17	1	2	1	12					
6	147976	2	19	1	1	1	12					
7	168842	3	16	1	2	1	12					
8	107539	1	19	2	2	1	12					
9	80368	1	22	1	0	1	12					
10	184644	2	18	2	2	1	11		inyectable	1		Displasia leve - cervicitis exocervicitis cronica
11	179823	1	16	2	0	1	12		inyectable	2	NIC I	Cambios celulares asociados a PVH, inflamacion moderrada IVAA Negativo
12	186024	1	20	2	0	1	12	condiloma	pildora	5	NIC I	Cambios histopatologicos relacionados al VPH
13	135687	1	18	2	2	1	12					
14	147387	2	17	3	1	1	13	condiloma	inyectable	2	NIC I	Inflamacion moderada
15	93059	3	18	2	2	1	12					
16	180394	1	20	1	0	1	12					
17	173393	1	20	1	2	1	11					
18	12279	3	20	1	3	1	12					
19	126719	2	17	2	2	1	12	clamydia	inyectable	3	NIC I	Metaplasia escamosa
20	5703	1	14	2	3	1	12	condiloma	pildora	1		
21	93407	1	16	1	2	1	12	condiloma	inyectable	3		Displasia leve
22	141667	1	23	3	1	1	12	tricomona	inyectable	1		
23	93069	3	16	2	2	1	12		inyectable	5	NICII	Ampolla trimestral- Asociado a VPH
24	53762	1	22	3	2	1	12		pildora	2		
25	131324	1	20	2	2	1	10	condiloma	inyectable	3		Displasia moderada
26	177922	2	17	1	2	1	12					

B

27	174889	2	17	3	2	1	12						
28	170324	3	17	2	2	1	12	condiloma	pildora	2			
29	169058	1	20	1	2	1	11						
30	166125	3	16	5	3	1	12						
31	155930	1	21	4	1	1	12						
32	155864	2	16	3	2	1	12						
33	151266	1	16	3	2	1	12						
34	149627	2	16	2	2	1	12	condiloma	inyectable	1			
35	147121	2	16	2	2	1	12		inyectable	6 meses			
36	105915	1	20	1	2	1	12						
37	135090	1	16	2	2	1	12						
38	126830	2	12	3	1	1	12						
39	122135	1	22	2	2	1	12						
40	117120	1	25	1	2	1	12						
41	115526	2	18	3	2	1	12	condiloma	inyectable	5	NIC II		Crioterapia
42	103213	2	16	3	2	2	12	condiloma	inyectable	5	NIC II		Carsinoma epidermarde infiltrante
43	99463	3	20	3	2	2	12	condiloma	inyectable	3			Colonoscopia
44	97110	3	21	2	2	2	12	clamydia	pildora	3	NIC I		S/S Coloscopia - D/C Patologia cervical
45	95340	3	18	1	0	2	12	condiloma	inyectable	5	NIC II		Crioterapia
46	88811	2	17	2	2	2	12	tricomona	inyectable	2			Colposcopia
47	82561	3	17	3	1	2	12	clamydia	inyectable	5	NIC II		Histerectomia - Displasia moderada
48	80372	2	23	1	2	2	12	clamydia	pildora	3			Displasia cerviccal moderada
49	77399	3	19	1	2	2	12	condiloma	inyectable	5	NIC I		Tratamiento cono leep
50	76126	3	16	1	2	2	11		inyectable	1			Presencia de hematias
51	75276	2	16	1	0	2	12						
52	72464	2	18	2	0	2	12	condiloma	pildora	1			
53	684100	3	17	1	3	2	12						
54	66518	2	17	2	2	2	12						
55	63442	3	15	2	2	2	13	tricomona	inyectable	1			Pelipo cervical

56	58640	2	25	2	1	2	12	condiloma	pildora	3	NIC II	LEI II (+)
57	51656	3	20	3	2	2	12	condiloma	inyectable	2	NIC II	Cambios histopatológicos relacionados al VPH - Cervicitis crónica
58	155449	2	18	1	2	2	12	condiloma	inyectable	3		Displasia moderada
59	149654	3	19	1	2	2	12	condiloma	inyectable	3	NIC I	Cambios histopatológicos relacionados al VPH
60	56221	2	15	1	1	2	12	condiloma	pildora	6	NIC II	Carcinoma in situ
61	83094	1	14	2	2	4	12					
62	34184	1	22	3	2	4	12					
63	61219	1	20	1	2	4	12					
64	82183	1	20	3	0	4	12					
65	128787	2	18	3	2	4	11					
66	130571	2	18	2	2	4	12					
67	132986	2	16	3	2	4	12					
68	150091	1	19	2	2	4	12	clamidia	pildora	1		
69	84267	1	17	2	3	4	10	condiloma	inyectable	1		
70	185115	1	18	2	2	4	12	condiloma	inyectable	9 meses		
71	145976	1	16	1	2	4	12	condiloma	inyectable	1		
72	154332	3	25	1	2	4	11		pildora	1		
73	145991	1	14	2	3	4	12		inyectable	1		
74	179797	1	18	1	2	4	12					
75	181880	3	20	1	2	4	12					
76	180681	3	18	1	3	4	12					
77	33568	3	17	2	3	4	12					
78	186284	1	18	1	2	4	12					
79	183237	1	20	2	2	4	12					
80	74824	3	16	3	3	4	12					
81	78035	2	12	1	2	4	12					
82	135246	1	18	1	3	4	11					
83	186166	3	18	1	2	4	12					

84	184466	2	16	2	1	4	12	condiloma	pildora	5	NIC II	LIE AG - ASCUS con psencia de secrecion vaginal
85	121863	2	16	2	2	4	12		inyectable	1		
86	174260	3	20	1	3	4	12		inyectable	1		
87	147047	3	16	2	3	4	12	condiloma	inyectable	5	NIC II	Con extencion glandular NIC III
88	93077	3	18	3	2	4	12		pildora	1		Negativo para LIE
89	128101	2	24	1	0	4	12		inyectable	1		Negativo para LIE
90	2442	1	24	1	1	4	11	tricomona	inyectable	1		Inflamacion leve - Negativo para LIE
91	151679	2	15	3	0	4	12	condiloma	inyectable	1		Inflamacion moderada - Negativo para LIE
92	61219	1	20	3	2	4	12		pildora	1		Negativo para LIE
93	67052	3	20	2	2	4	12					Sin resultado
94	179934	3	16	1	3	4	12					Negativo para LIE
95	53774	2	18	1	2	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
96	53662	3	20	1	1	4	11					PAP (-) - Negativo para LIE
97	62912	1	18	3	2	4	12		inyectable	6 meses		PAP (-) - Negativo para LIE
98	180244	1	16	2	3	4	12		inyectable	1		PAP (-) - Negativo para LIE
99	79347	2	18	2	1	4	12		inyectable	1		PAP (-) - Negativo para LIE
100	132821	1	18	2	2	4	12		pildora	9 meses		PAP (-) - Negativo para LIE
101	76322	1	19	4	1	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
102	51759	1	20	1	2	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
103	81319	2	22	1	0	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
104	158536	1	16	1	2	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
105	149713	2	20	1	1	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
106	82435	1	19	1	2	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
107	86713	2	20	5	0	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
108	107837	1	16	2	2	4	12					PAP (-) - Negativo para LIE
109	76845	1	22	1	2	4	11					
110	191174	1	16	1	0	4	12					
111	186288	1	20	1	2	4	12					
112	140289	1	19	2	1	4	12	condiloma	pildora	5	NIC I	IVAA leucoplasia-Biopsia

113	136378	1	20	1	2	4	12	condiloma	inyectable	3		Reporte de crioterapia
114	48359	1	16	2	2	4	12					
115	184100	2	16	2	2	4	12	condiloma	inyectable	5	NIC I	Celulas infectadas por VPH
116	121863	2	14	2	0	4	12	condiloma	pildora	4	NIC I	Colposcopia - LIE B6
117	139723	2	25	2	0	4	12	tricomona	inyectable	3	NIC I	Colposcopia - Biopsia
118	78634	2	22	3	3	4	12					
119	82163	2	23	2	2	4	12					
120	104943	2	17	1	2	4	12					
121	83617	3	18	1	1	4	12					ITU
122	186070	3	22	1	2	4	12	condiloma	inyectable	1		IVAA(+)
123	55261	3	14	2	2	4	13	tricomona	inyectable	5	NIC II	Histerectomia uterina - +CAP
124	92001	1	21	2	2	4	13					
125	169471	1	19	1	1	4	12					
126	55166	1	24	3	2	4	13					
127	69641	2	22	2	2	4	13					
128	93077	2	20	3	2	4	12					
129	168527	2	19	2	0	4	13					
130	76456	3	16	1	2	4	13					
131	154216	3	16	3	2	4	13					
132	139819	1	18	2	2	4	13					
133	98229	3	17	1	2	4	14					
134	53626	1	17	5	3	4	13					PAP (-) - Negativo para LIE
135	41367	2	15	4	2	4	13					PAP (-) - Negativo para LIE
136	103594	2	25	3	2	4	13					PAP (-) - Negativo para LIE
137	80128	1	20	3	2	4	13					PAP (-) - Negativo para LIE
138	50691	1	18	2	3	4	14					
139	116285	1	19	2	2	4	13					
140	172064	1	15	1	2	4	13					
141	173398	2	14	2	3	4	13					

142	99539	3	22	3	3	4	13					
143	42996	1	20	1	2	4	13					
144	173390	3	20	1	2	4	13	tricomona	pildora	9 meses		Inflamacion leve - Negativo para LIE
145	22446	2	18	1	3	4	13	condiloma	inyectable	9 meses		Inflamacion moderada - Negativo para LIE
146	33842	1	18	1	2	4	13		inyectable	9 meses		Negativo para LIE
147	55089	2	20	1	3	4	13					Sin resultado
148	139087	3	18	1	2	4	13		pildora	9 meses		Negativo para LIE
149	110805	1	18	1	1	4	13					
150	79647	1	17	1	2	4	13					
151	128979	1	22	3	3	4	13					
152	79315	1	25	2	3	4	13					
153	158004	2	20	3	2	4	13					PAP (-) - Negativo para LIE
154	156384	2	16	2	0	4	13					PAP (-) - Negativo para LIE
155	154399	2	20	2	1	4	13					
156	55436	2	22	2	0	4	13					
157	29323	1	19	2	2	4	13					
158	117120	3	23	3	2	4	13					
159	40461	2	16	3	2	4	13					
160	137333	3	17	2	1	4	13					
161	163686	1	19	2	3	4	13					
162	71064	2	20	2	2	4	10					
163	55175	2	18	2	1	4	13					
164	92449	2	19	2	2	4	13					
165	61815	2	20	1	2	4	13					
166	166742	3	17	2	2	4	13					
167	97007	2	17	1	2	4	13					
168	69151	2	19	1	2	4	13					
169	155755	2	16	1	2	4	13					
170	176736	3	19	2	2	4	13					

171	145968	2	22	1	1	4	13					
172	124322	2	18	2	1	4	13					
173	83691	2	16	2	1	4	13					
174	70390	2	20	1	3	4	13	tricomona	inyectable	1		
175	91255	2	18	3	2	4	13		inyectable	1		
176	5887	1	17	1	2	4	13		pildora	1		
177	128117	2	18	2	3	4	13		inyectable	1		
178	161035	3	20	2	1	4	13	condiloma	inyectable	1		
179	127182	3	20	2	2	4	13		inyectable	1		
180	141130	3	20	1	2	4	13		pildora	3		
181	145116	2	17	2	3	4	13					
182	118315	2	14	1	3	4	13					
183	102790	2	16	1	4	4	13					
184	54596	1	23	3	2	4	13					
185	76523	1	16	2	2	4	13					
186	165461	1	20	1	2	4	13					
187	8878	1	21	1	2	4	13					
188	55650	1	18	1	2	4	13	clamydia	pildora	1		
189	74595	1	17	1	2	4	13					
190	91843	2	17	1	4	4	13					
191	40198	2	23	2	3	4	13					
192	64447	2	19	2	2	4	13					
193	140924	2	16	1	2	4	13					
194	143124	2	16	1	2	4	14					
195	69625	3	18	2	1	4	13					
196	158922	2	17	1	2	4	13					
197	177922	2	18	1	2	4	13					
198	160652	2	19	1	2	4	13	tricomona	inyectable	9 meses		
199	138227	3	17	1	2	4	13	condiloma	inyectable	9 meses		

200	42996	1	17	1	1	4	14	condiloma	pildora	5	NIC I	IVAA leucoplasia-Biopsia
201	169065	3	19	2	1	4	13	condiloma	inyectable	2	NIC I	Reporte de crioterapia
202	177721	2	16	2	0	4	13		inyectable	1		
203	164346	1	19	1	0	4	13	condiloma	inyectable	5	NIC II	Celulas infectadas por VPH
204	70949	2	22	1	0	4	13	tricomona	pildora	4	NIC I	Colposcopia - LIE B6
205	178359	2	18	1	0	4	13	condiloma	inyectable	4	NIC I	Colposcopia - Biopsia
206	77605	1	16	1	1	4	13					
207	178542	2	20	2	3	4	10					
208	159065	2	18	2	1	4	10					
209	82013	2	17	2	2	4	12	clamydia	inyectable	1		ITU
210	158902	2	18	2	2	4	10	tricomona	inyectable	3	NIC I	IVAA(+)
211	140708	2	20	2	0	4	13	condiloma	inyectable	5	NIC II	Histerectomia uterina - +CAP
212	104153	2	22	1	0	4	10		pildora	6 meses		
213	43807	2	19	1	2	4	10		inyectable	1		
214	45016	2	20	1	2	4	12		inyectable	1		
215	120191	2	19	1	2	4	10		inyectable	1		
216	15784	2	20	2	2	4	12		pildora	1		

ARTICULO CIENTÍFICO
FACTORES GINECOLÓGICOS Y CONTRACEPTIVO HORMONAL Y SU
INFLUENCIA EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL “ZACARÍAS CORREA
VALDIVIA”, 2016

GYNECOLOGICAL AND CONTRACEPTIVE HORMONAL FACTORS AND THEIR
INFLUENCE ON THE INTRAEPITELIAL LESIONS OF CÉRVIX IN WOMEN
ATTENDED AT THE REGIONAL HOSPITAL "ZACARÍAS CORREA VALDIVIA",
2016

Mg. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS

Clary94@hotmail.com

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA – FACULTAD DE
ENFERMERÍA

RESUMEN

Título: Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las lesiones intraepiteliales de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”, 2016.

Objetivo: Determinar cómo los factores ginecológico y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016.

Material y método: La investigación

corresponde al tipo no experimental y el nivel de investigación alcanzado es correlacional, el método utilizado descriptivo y analítico, el diseño que oriento el proceso estadístico es no experimental, transversal, correlacional la población estuvo conformada por 492 mujeres que fueron atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia en el consultorio de despistaje de cáncer de cérvix en el periodo de enero a diciembre 2016. De las cuales 216 mujeres fueron usuarias de anticonceptivos hormonales. Se utilizó

la técnica: Análisis documental y como instrumento una Ficha de análisis documental.

Resultados: No existe influencia entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016, por no presentar ninguna significancia menor o igual a 0,05, por tanto, ninguno de los factores tiene relación con aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino.

Conclusión: Las se presentan muy independiente de los factores ginecológicos y contraceptivo hormonal.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia maligna del cuello uterino es problema grave de salud pública a nivel mundial en los países subdesarrollados como el nuestro que se practica la prevención secundaria con el PAP; sin embargo no es suficiente a pesar de esto, desde muchos años atrás la incidencia de carcinoma in situ e invasivo en mujeres jóvenes va en aumento debido a cambios en el comportamiento sexual; del 100 % de

mueres por carcinoma del cuello uterino a nivel mundial, 85 % se producen en las naciones subdesarrolladas. Sin lugar a dudas la actividad sexual es factor de mayor importancia en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino demostrados inicialmente. La anticoncepción oral está positivamente relacionado en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino (46) (47) (48)

La frecuencia es más alta en mujeres que usan la píldora y menos en las que usan métodos de barrera (49)

Ante ello se plantea como objetivo Determinar cómo los factores ginecológico y contraceptivo hormonal influyen en la aparición de lesiones intraepiteliales en el cuello uterino de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016

Esta investigación se realizó porque se ha notado una alta incidencia de lesiones premalignas, por lo cual se quiso conocer como el factor ginecológico y contraceptivo hormonal influye en la aparición de lesiones pre malignas de cáncer de

cérvix en las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, 62% tienen resultados de Papanicolaou de lesiones Intraepiteliales Bajo grado, seguidos por el 32% de las mujeres atendidas en el servicio de cáncer de cuello uterino con resultados de lesiones Intraepiteliales de alto grado, según los últimos estudios reportado por el nosocomio.

La importancia de esta investigación radica en que sus resultados permitieron conocer la situación actual en que se encuentra en la Región de Huancavelica con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia, A partir de ello se podrá implementar programas o proyectos de detección temprana del cáncer de cuello uterino. Para así aportar con todas las mujeres Huancavelicanas en el diagnóstico temprano y tratamiento del mismo.

Se aplicó un instrumento de recolección de datos, la ficha de registro aplicando a una muestra de 216 mujeres que fueron atendidas en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia de Huancavelica. Incluye una variable de estudio; lesiones premalignas de cáncer de cérvix, que

se define lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, es decir las alteraciones del epitelio normal, cambios atípicos de las células endocérvicas y exocérvicas, sin llegar a cáncer de cérvix.

Se empleó un diseño correlacional; el instrumento realizado fueron las fichas de registro de historias clínicas para hacer las anotaciones de las consultas, los diagnósticos, los análisis, y todos los procedimientos y resultados que involucre a las lesiones premalignas de cáncer de cérvix.

El presente informe está estructurado en cuatro capítulos; El capítulo I, delimita el problema de estudio, formulando el problema y especificando los objetivos alcanzados que esboza la importancia del estudio. Así mismo el capítulo II, detalla temas relacionados con el marco teórico conceptual, antecedentes del estudio y las variables de estudio. Prosiguiendo con el capítulo III, donde se considera aspecto metodológico de la investigación donde se precisó el tipo y diseño de investigación, población, técnicas e instrumentos, procedimientos y procesamientos de datos. Para finalmente el capítulo IV

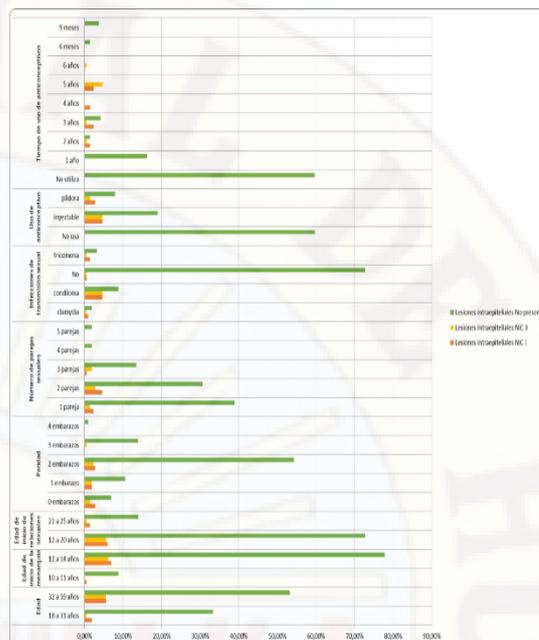
los resultados de la investigación, se presenta las conclusiones y recomendaciones más importantes.

MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el servicio de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Zacarías Valdivia Correa de Huancavelica, distrito y Provincia de Huancavelica, región Huancavelica. El estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, centrado en determinar la Prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia. Diseño descriptivo simple no experimental. Que tamaño de la muestra está determinado por 216 mujeres que

RESULTADOS

Tabla N° 05. Factor ginecológico y contraceptivo hormonal relacionado con lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016.



Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre: "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2016".

Del 100% (216) de mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2016, indican que el 53,2% (115) no presentan lesiones intraepiteliales y se encuentran comprendidas entre las edades de 32 a 59 años. Asimismo el 33,3%(72) no presentan lesiones intraepiteliales y se encuentran entre las edades de 18 a 31 años. A diferencia que el 5,6% (12) están con displasia Leve (NIC I) es decir las alteraciones sólo afectan el tercio inferior del grosor total del epitelio. El 5,5% (12) están con displasia moderada (NIC II) es decir las alteraciones afectan de uno a dos tercios del grosor epitelial en ambos

casos pertenecen a las edades de 32 a 59 años.

La edad de inicio de la menarquía el 77,8% (168) fue de 10 a 11 años no presenta lesiones intraepiteliales del cérvix sin embargo el 6,9% (15) presentaron NIC I.

La edad de inicio de relaciones sexuales el 72,7% (157) comprendidos entre 12 a 20 años no presentan lesiones intraepiteliales del cérvix, sin embargo un 6% (13) presentan un NIC I seguido de un 5,6% (12) presentaron NIC II.

Con respecto a la paridad el 54,2% (117) (con 2 embarazos) No presentan lesiones intraepiteliales, sin embargo hay un 2,8% (6) (con 2 embarazos) que presentaron NIC I seguido de un 2,4% (5) (con 2 embarazos) que presentaron NIC II.

Con respecto al número de parejas sexuales el 38,9% (84) no presentan lesiones intraepiteliales de cérvix. Sin embargo con estar expuesto a 2 parejas sexuales un 4,6% (10) presentaron NIC I, seguido de un 1,9% de estar expuesto a 3 parejas

sexuales (4) presentaron NIC II. En las infecciones de transmisión sexual un 72,7% (157) no presentaron lesiones intraepiteliales con respecto a los agentes causales estudiados. Sin embargo el 4,6% el agente (condiloma) fue causal para NIC I en 10 mujeres al igual que un 4,6% (10) presentaron NIC II.

Con respecto al uso de anticonceptivos un 59,7 (129) no usan ningún anticonceptivo hormonal. Sin embargo un 4,6% (10) usan inyectable y presentaron NIC I seguido de un 4,7% (10) presentaron un NIC II. Asimismo un 2,8% (6) usaron la píldora y presentaron NIC I seguido de un 1,4% (3) tomaron la píldora y presentaron NIC II.

Del tiempo de uso de anticonceptivos un 59,7% no utilizaron anticonceptivos hormonales. Sin embargo un 2,3% (5) estuvieron expuestas a 3 años de uso de anticonceptivos hormonales y presentaron NIC I. Seguido de un 2,3% (3) que estuvieron expuestas por 5 años y presentaron NIC I y 4,7% (10) presentaron NIC II.

Tabla 06. Prueba Chi cuadrado bivariada de relación entre las variables ginecológico y contraceptivo con LIE

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	Edad(1)	4,947	1	,026
		Menarquia(1)	1,346	1	,246
		Rel_Sex(1)	,096	1	,757
		Paridad(1)	3,621	1	,057
		Par_sex(1)	,104	1	,747
		ITS(1)	76,752	1	,000
		Anticonceptivo(1)	49,668	1	,000
		Tiem_anticon(1)	142,976	1	,000
	Estadísticos globales		144,415	8	,000

Fuente: Elaboración propia. Estudio sobre. "Factores ginecológicos y contraceptivo hormonal y su influencia en las LIE de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica-2016"

En la Tabla 06 se muestra la relación entre las variables ginecológico y contraceptivo con LIE, mostrándose que las variables ITS, uso de anticonceptivos y tiempo de uso de anticonceptivos **tuvieron una relación significativa con la variable LIE ($p < 0,05$)** al realizar el análisis bivariado.

CONCLUSIÓN

No existe influencia entre factores ginecológicos y contraceptivo hormonal en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016, por no presentar ninguna significancia menor o igual a 0,05, por tanto, ninguno de los factores tiene relación con aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer.. Lancet. 2007.
2. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. 2017..
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo del cáncer de cérvix. 2012..
4. Globocan. Informe de la International Agency for research on cancer. [Online].: IARC; 2012 [cited 2018 febrero 6. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
5. Nazzat N, Eugenia Suárez P. Raul Larraguesel, Luciano Rojas, Alessandro B. Lesiones Preinvasoras de Cuello Uterino: Una visión actual. Scielo Revista Chilena en Obstetricia y Ginecología. 2006;: p. 341-348.

6. Camacho R. Programas Nacionales de Control del Cáncer: Necesidad y Permanencia Factores de riesgo. 2003 marzo 08..
7. Bravo eduardo; Stella garcía; Collazos paola; Carrascal edwin; Ramírez oscar; Collazos tito; Cortéz armando; Nuñez marcela; Millan erquinovaldo. Información confiable para el control del cáncer en calí, colombia. 2018. Colombia Medic. 2018 Marzo 8; 49(1).
8. IARC. Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2012..
9. Ault K. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract. 2006..
10. Health: UNIo. Contraceptive Evaluation Branch and Contraceptive Development Branch Programs Reports to the National Advisory Child Health and Human Development Council center for Population Research National Institute of Child Health and Human Development council cente. 1991. Institute of Child Health and Human Development.
11. Appleby P, Beral V, Berrington de Gonzales A, et al. Cervical Cancer and hormonal contraceptives. the lancet. 2007;(370).
12. Cervical ICoeso. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,573 women with cervical carcinoma and 35, 509 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. Int J cancer 119 (5): 1108-24. Lancet. 2007.
13. Franceschi S. The IARC commitment to cancer prevention: the example of pipillomavirus and cervical cancer. Recent Results in cancer reserarch. 2005..
14. Poquioma E. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del grupo de Cancer. Abt Associates Inc. 2007 Junio.
15. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. 2008..
16. Diario el Correo. El temible cáncer continúa imparabile en la región Huancavelica. Diario Correo. 2017..
17. Ministerio de Salud. Perú: Enfermedad No transmisibles y transmisibles 2016. 2016..
18. Ferlay J SBFFDMCPDG2. Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC cáncer base n° 10. Lyon,Francia: Centro Internacional de Investigaciones sobre Cáncer; 2012.globocan.iarc.fr. 2012..
19. Burkman R, Schlesselman JJ, Ziemann M. Cuestiones de Seguridad y beneficios para la Salud asociados con la anticoncepción oral. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004 abril; (4 suppl) S5-22(190).
20. Humans. WGotEoCRt. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2007. Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. IARC.
21. Balseca Gavidia MK. Lesiones premalignas de cervix en mujeres atendidas en el Hospital Jose Maria Velasco ibarra. Tesis de Especialidad. Ecuador: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. Coordinación de Investigación y Estudios Avanzados. Ación de Investigación y Estudios Avanzados. Coordinación de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Evaluación Profesional; 2014.
22. Torres Vidal M. TESIS "Evaluación de los resultados de papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años que acuden a consulta en el sub centro de salud "29 de noviembre de la Ciudad de Santa Rosa, 2009. 2012. Tesis para optar el grado de Magíster.

23. Mahecha Eduardo, Yaguar Sara A, I Calderon Glitza. Factores asociados a lesiones preneoplásicos de cuello uterino en usuarias de la ESE del municipio de AIPE, en el periodo enero a setiembre 2009. Revista Facultad de Salud, Surcolombiana. 2011 junio 25; 3(1): p. 37-41.
24. Coeso. cervical ICoeso. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,573 women with cervical carcinoma and 35, 509 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. Int J cancer 119 (5): 1108-24...
25. Castro Romero, Hernández Girón, Vicente Madrid Marina. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas. Ginecol Obstet Mex. 2011 Setiembre; 79(79): p. 533-539.
26. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection. The lancet. 2002;; p. 359.
27. Green J, Berrington de Gonzales A, Smith JS, Franceschi S, Appleby, Plumme M, Beral V. Human Papillomavirys infection and use of oral contraceptives..
28. Vega Alanis MdC. Factores de Riesgo para Cancer cervicouterino en mujeres de Matamoros Tamaulipas. 2004..
29. Monsalve C. TESIS "Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix. 2011. TESIS DOCTORAL.
30. Ruiz Santiago H. Factores Predictivos en el diagnóstico y la evolución de las neoplasias cervicales interpiliales. 1997..
31. García J. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. México: Mc Graw Hill; 2014.
32. Vitorino Grajeada C. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Essalud, Cusco.2017. 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano.
33. Pérez Segura SZ. Perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cervico-uterino alterado atendidos en el Hospital II-2 Tarma durante el año 2015. 2017. Trabajo académico para optar el título de especialista en atención primaria con mención en prevención de cáncer ginecológico 2017.
34. Carrasco Salcedo Cristal & La Chira Negrón Claudia. Prevalencia y factores de riesgo de cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipolito Unanue. 2015. 2016. Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia.
35. Cossier M. Factores asociados a la citología anormal del cérvix liga contra el cáncer 2010 – 2014. Tesis de Maestría. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Sección de Posgrado; 2015.
36. Chiroga SD. "Factores que influyen en el riesgo de Cáncer de Cérvix en mujeres que acuden al hospital Regional Manuel Nuñez Butrón durante el año 2015". 2015..
37. Carranza del Aguila Valeria, Nacimiento Valera Fabiola, vasquez Diaz Carla del Pilar. Factores Predictores del Cáncer cervical, en mujeres atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital regional de Loreto, Punchana. 2014..
38. Conde MA. Factores de Riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital María Auxiliadora. 2013 julio- agosto..
39. Fernández & Izaguirre. Factores de riesgo socioeconómicos y ginecoobstétricos que predisponen a Cáncer de cuello uterino, Nuevo Chimbote 2013. 2013..

40. Zambrano Burga AV. Displasias de cuello uterino diagnóstico, tratamiento y evolución en el Hospital Central del Seguro Social del empleado. UNMSM. 1971..
41. Ramos Davila JD. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012. 2012..
42. B. Epidemiología del Carcinoma del Cerviz. En: El cuello Uterino y sus Enfermedades. 1978:465-485, editorial Jims. 1978:465-485, editorial Jims..
43. Cancer Institute National. Cancer Statistics Review 1973-1987: I.12-I.13. US Department of Health and Human Services. 1973-1987: I.12-I.13. Review 1973-1987: I.12-I.13.
44. Health PHSNIo. Public Health Service National Institute of Health NIH. Publication.1990 N° 90-2789.
45. Jeffcoate S. Tumor of the Cervix Uterine. In. Principles of Gynaecology. 1979:447-471..
46. Delgado. Papiloma Virus y el Cáncer Cervical. Acta Cancerológica 1993:33(3):25-32.
47. Guerrero. Modelo de Estudio de Prevalencia de la Infección por el Papiloma Virus Humano en una Población Asintomática. Acta Cancerológica 1993: 33-41.
48. Padilla. Algunos Perfiles de la Mujer Peruana. Acta Cancerológica. 1993:42(2):4-8).
49. Page HS and Asire AJ USA Department of Health and Human Service, Public Health Service National Institute of Health. Uterine Cervix. In: Cancer Rates and Risk.. NIH Publication 1985 N° 85- 691.
50. AEPCC. Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. 2015. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.
51. Mondragón H. Obstetricia básica ilustrada. Madrid: 6ta edición; 2004.
52. Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. Colombia: Manual Moderno; 2014.
53. Koss. Dysplasia:A real concept or a misnomer. Obstet. Gynecol.; 1978.
54. Reagan J.W.; Siedemann I.L. and Saracusa Y. Cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of uterine cervix cancer; 1953.
55. Vasquez J; Rodríguez L; Palomo R; Romeu M; Jiménez M; Pérez S y Col. Manual Básica de obstetricia y ginecología Madrid; 2013.
56. RM R. Influence of diagnostic and therapeutic procedurs on the distribution of cervical intraepithelial neoplasia; 1966.
57. MINSALUD. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Primera ed. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
58. Berek. Epidemiologia precancerigenas del cuello uterino. Scielo. 2014; 2(3).
59. Pinheiro P. Prueba de Papanicolaou– NIC1, NIC 2, NIC 3, ASCUS Y LSIL. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 12. Available from: <http://www.mdsau.de.com/es/2015/11/papanicolaou.html>.
60. Castro J. Cáncer in situ del cérvix. Estudio de 51 casos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 2(153-176).
61. IARC. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 22. Available from: <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.
62. Fletcher. Manuall sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil; 2005.

63. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch y vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. 2010. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD003552.
64. Spencer AL, Bonnema R, McNamara MC. Ayudar a las mujeres eligen la anticoncepción hormonal apropiado: update on risks, benefits, y indications. 2009. Am J Med. 2009;122:497-506.
65. Menarquez. Recent Research in cervical secretion: some biophysical aspects. health sciences. 2011; 21(3): p. 55-60.
66. Amy JJ, Tripathi V. Anticoncepción para las mujeres: una visión general basada en la evidencia. 2009. BMJ 339:b2895.doi:10.1136/bmj.b2895.
67. Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer L, Lidegaard O. La terapia hormonal y cáncer de ovario. 2009. JAMA. 2009;302:298-305.
68. Silberstein JA. Fundamentos epistemológicos de la medicina familiar. Revista médica rosario. 2011; 2(77): p. 157-173.
69. Zoe Diaz Bernal, Aguilar Guerra xiomara, Linares martín. La antropología médica aplicada a la salud pública. Revista cubana salud pública. 2015 octubre-diciembre; 41(4).
70. Cuba IRdSd. Fundamentos de Salud Pública y el Aprendizaje La Habana: Ciencias médicas; 2017.
71. Oblitas Guadalupe LA. Panorama de la Psicología de la Salud. Psicología científica.com. 2008 enero.
72. Salud OMDI. Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N° 323. 2015 diciembre..
73. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación; 2014.
74. Quezada N. Metodología de investigación. Primera ed. Lima, Perú: Macro; 2015.
75. Supo J. Seminarios de Investigación Arequipa; 2017.
76. Bernal. Metodología de la Investigación; 2006.
77. Gomez S. Metodologia de la investigacion Mexico: Red tercer milenio; 2012.
78. Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. Tesis Pregrado. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Academica Profesional de Obstetricia; 2012.
79. Raspall G. Cirugía maxilofacial. Primera ed. Buenos Aires, Argentina: Medica panamericana; 1997.
80. Kenneth J. Epidemiología Moderna Madrid, España: Diaz de Santos, S.A.; 1987.
81. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer Incidence mortality and prevalence. World wide IARC Cancer base. 2004;(5).
82. Labor. Enfoque de Riesgo. Boletín Práctica Médica La Habana Cuba; 2002.