

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**LESIONES PRE-CANCEROSAS DE CÉRVIX Y
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL PREVENTORIO
ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE CAJAMARCA. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
OBSTETRA**

PRESENTADA POR:

NYCOL ALEJANDRA MONDRAGÓN RONCAL

ASESORA:

Dra. Obsta. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES

Cajamarca-Perú

2018



Copyright © 2018 By
Mondragón Roncal, Nycol Alejandra
Todos los derechos reservados.

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Mis amados padres, por ser los pilares fundamentales de mi vida, además de los mejores cómplices y llenar de dicha mi persona.

Mis hermanos y sobrinos por sus consejos y siempre querer mi bienestar, alentándome en cada paso que doy.

Cada una de las personas que quiero, por brindarme su apoyo en momentos difíciles, para así lograr el éxito de cada meta propuesta.

Nycol Mondragón.

SE AGRADECE A:

Dios, el omnipotente, que sin su infinito amor y amparo, nada hubiese sido posible en esta vida.

La Universidad Nacional de Cajamarca que me albergó estos gratos años de carrera universitaria y brindarme las mejores docentes en mi formación profesional.

A la Dra. Lorena Becerra Goicochea, Jefa del servicio de Diagnóstico Precoz y prevención de Cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca, por permitir la ejecución de la investigación.

La Obsta. Ruth Vigo Bardales, por su gran cariño, siendo la principal colaboradora durante este proceso, quien con su asesoramiento, conocimientos y enseñanzas permitió el desarrollo de la presente investigación.

Nycol Mondragón.

LISTA DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Definición y delimitación del problema	3
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Teorías	15
2.3 Hipótesis	30
2.4 Variables	30
2.5 Definición y operacionalización de variables	31
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Diseño y tipo de estudio	32
3.2 Área de estudio	32
3.3 Población	32
3.4 Muestra	33
3.5 Unidad de análisis	33
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	33
3.7 Técnica e instrumento de recolección de datos	33
3.8 Procedimiento de recolección de datos	34
3.9 Procesamiento y análisis de datos	34
3.10 Consideraciones éticas	35

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Características sociales y demográficas	36
4.2. Incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix	37
4.3. Factores de riesgos ginecológicos y obstétricos	38
4.4. Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix	40
4.5. Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix	41

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Características sociales y demográficas	42
5.2. Incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix	42
5.3. Factores de riesgos ginecológicos y obstétricos	43
5.4. Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix	44
5.5. Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix	45

CONCLUSIONES	47
---------------------------	-----------

RECOMENDACIONES	48
------------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
---	-----------

ANEXOS	56
---------------------	-----------

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01: Características sociales y demográficas de las mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.	36
TABLA 02: Incidencia de Lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.	37
TABLA 03: Factores de riesgo ginecológicos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.	38
TABLA 04: Factores de riesgo obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.	39
TABLA 05: Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.	40
TABLA 06: Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.	41

RESUMEN

El estudio corresponde a una investigación prospectiva, descriptiva, correlacional y de corte transversal, con el objetivo principal de determinar la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), en el año 2018. La muestra estuvo constituida por 65 mujeres de 30 a 49 años, que acudieron al Preventorio Oncológico del HRDC, durante el periodo de estudio, a quienes se les aplicó un cuestionario para identificar los factores de riesgo, y se realizó el método visual de tamizaje, Inspección Visual con Ácido Acético, por personal de salud capacitado. Entre los resultados se encontró que el grupo de estudio se caracterizó por ser convivientes, de religión católica, con grado de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes de la zona urbana. La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de IVAA fue de un 13,8%. En relación a los factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix, se evidencia el 55,6% inició sus relaciones sexuales entre 15 y 19 años; el 44,4% ha tenido de 3 a más parejas sexuales; el método anticonceptivo natural y el hormonal, fueron usados en el 33,3%, para ambos casos; en el 66,7% y 88,9%, respectivamente, no presentaron antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ni de Cáncer de Cérvix. En relación a los factores de riesgo obstétricos, los hallazgos revelan que el total de la muestra tuvo de 1 a 4 partos por vía vaginal; el 66,7% fueron multíparas y; el 33,3%, primíparas; y el 77,8% negaron tener antecedentes de abortos. Se concluye que la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix en las mujeres atendidas en el preventorio oncológico del HRDC, según la prueba estadística de Pearson, es muy baja.

Palabras claves: lesiones pre-cancerosas de cérvix, factores de riesgo gineco-obstétricos.

ABSTRACT

The study corresponds to a prospective, descriptive, correlational and cross-sectional investigation, with the main objective of determining the relationship between OB-obstetric risk factors and pre-cancerous cervical lesions in women Attended in the oncological prevention of the Regional teaching Hospital of Cajamarca (HRDC), in the year 2018. The sample was constituted by 65 women from 30 to 49 years old, who attended the **Oncological Preventory of the HRDC**, during the study period, they were given a questionnaire to identify the risk factors, and the visual screening method, visual inspection with acetic acid, was performed by trained health personnel. Among the results it was found that the study group was characterized by being cohabitants, of Catholic religion, with degree of secondary education, housewives and from the urban zone. The incidence of pre-cancerous cervical lesions with the screening method of via was 13.8%. In relation to gynecological risk factors and pre-cancerous cervical lesions, 55.6% began their sexual relations between 15 and 19 years; 44.4% have had 3 to more sexual partners; he natural and hormonal contraceptive method were used in 33.3% for both cases; In 66.7% and 88.9%, respectively, no history of sexually transmitted infections or cervical cancer was present; in relation to obstetric risk factors, the findings reveal that the total sample had 1 to 4 vaginal births; 66.7% were multiparous and; 33.3%, primiparous; and 77.8% denied having a history of abortions It is concluded that the relationship between gyneco-obstetric risk factors and pre-cancerous cervical lesions in women served in the HRDC oncological prevention, according to Pearson's statistical test, is very low.

Key words: pre-cancerous cervical lesions, ob-obstetric risk factors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix continúa siendo un problema alarmante para la sociedad, tanto mundial como nacional, puesto que se dispone como la principal causa de mortalidad. Datos estadísticos de la Organización Panamericana de Salud muestran un incremento desmedido de casos nuevos, por consiguiente, un aumento de mujeres que fallecen a causa de esta enfermedad; además existe una desigualdad notoria en salud entre los países en vías de desarrollo que triplica las cifras a los países desarrollados (1).

Frente a esta realidad, el Plan de Acción Global contra el Cáncer planteó estrategias para afrontar esta problemática, siendo la prevención, curación, cuidado paliativo, y supervisión del cáncer. Sin embargo, el problema se mantiene con tasas elevadas, en el caso del cáncer de cérvix afectando ferozmente a la población femenina (12).

Varios estudios han reportado la relación de las lesiones pre-cancerosas de cérvix con diversos factores gineco-obstétricos, siendo ratificado por el Instituto Nacional de Cáncer que aclaró sobre la existencia de factores asociados al riesgo de padecer cáncer de cérvix, como son: múltiples parejas sexuales, inicio precoz de relaciones sexuales, alta paridad, antecedentes de aborto, entre otros (10).

El cáncer de cérvix en su fase precursora, se encuentra lesiones pre-cancerosas de cérvix, siendo los cambios que sufren las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino, dichas lesiones duran muchos años antes de convertirse en un cáncer invasor, brindando oportunidad para el tamizaje y tratamiento oportuno (3); aun así, se cuenta con una gran deficiencia respecto a la prevención primaria, el Instituto Nacional de Estadística e Informática revela el escaso acceso a la prueba de Papanicolaou y conocimiento de los resultados en la Sierra, convirtiéndola en vulnerable ante el cáncer de cérvix (12), ya que las mujeres muchas veces no llegan a conocer su resultado debido a la demora del análisis, procesamiento y entrega de los mismos. Por tal motivo en la presente investigación se optó por realizar el diagnóstico de las lesiones pre-cancerosas de cérvix mediante el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), la cual fue realizada por un profesional de salud capacitado, obteniendo así un resultado inmediato; además que se proporcionó, a la mujer atendida en el preventorio, la oportunidad de prevenir y/o tratar el cáncer de cérvix.

La investigación se realizó en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo comprendido desde el mes de Julio al mes de Setiembre del año 2018, con una población de 65 mujeres atendidas mediante el método de tamizaje de IVAA, el desarrollo del estudio consta de cinco capítulos, describiéndose a continuación.

CAPÍTULO I: Se da a conocer la formulación del problema, objetivos, justificación y viabilidad de la presente investigación.

CAPÍTULO II: Comprende los antecedentes tanto mundiales como nacionales, además de la teoría, hipótesis, variables y su operacionalización.

CAPÍTULO III: Comprende el diseño metodológico para el proceso de recolección, procesamiento de la información para la investigación.

CAPÍTULO IV: Comprende los resultados en tablas encontrados en la investigación.

CAPÍTULO V: Comprende el análisis y discusión de los resultados de acuerdo a los objetivos del estudio.

Finalizando con las conclusiones y recomendaciones correspondientes, también se encontrará las referencias bibliográficas y anexos donde se incluye el cuestionario utilizado para la recolección de datos, consentimiento informado aplicado a las mujeres y formato de resultado de método de IVAA respectivos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema

El cáncer constituye un problema creciente de salud pública a escala mundial debido a la elevada discapacidad y mortalidad que provoca, siendo la principal causa de muerte en el mundo; en el año 2012 se registraron alrededor de 14 millones de casos nuevos de cáncer, previéndose que en 20 años dicha cifra aumentaría en un 70%; en el 2015 se registraron 8,8 millones de defunciones entre varones y mujeres, debido a que las personas llegan al diagnóstico cuando el cáncer está en estadios avanzados (1).

En América Latina, el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, siendo el cáncer de cérvix el segundo más frecuente en las mujeres, seguido del cáncer de mama. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2010) afirmó que el cáncer de cérvix en los países en vías de desarrollo tuvo 3 millones 653 mil 953 casos, mientras que en países desarrollados se registró 2 millones 985 mil 477 casos, representando el 85% y 45% respectivamente del total de casos a nivel mundial (2). La data de la Organización Panamericana de Salud en el 2012, indica que se diagnosticaron 528 000 casos nuevos, y 266 000 mujeres murieron de esta enfermedad; siendo preocupante las tasas de mortalidad en América Latina al triplicar las tasas de Norteamérica, notándose la desigualdad en salud (3).

El cáncer de cérvix, uno de los pocos en su tipología, que en su fase precursora donde se encuentra a las lesiones pre-cancerosas de cérvix, tienden a sufrir cambios en las células epiteliales de la zona de transformación, los cuales duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento. Lastimosamente, aun siendo prevenible, un gran número de mujeres mueren todavía de cáncer de cérvix en muchos países (3).

Frente a esta realidad, el Plan de Acción Global contra el Cáncer combinó sólidas estrategias existentes en las organizaciones para enfrentar este problema de salud pública. Incluyendo cuatro componentes para el control del cáncer: 1) prevención, 2) curación, a través de la detección temprana, tamizaje, y un adecuado tratamiento, 3)

cuidado, importante para el soporte vital de pacientes con cáncer, y 4) supervisión, la cual provee información de la carga de cáncer para enlazar la evidencia con las políticas a ser implementadas. Sin embargo, el problema se mantiene con tasas elevadas, especialmente en el grupo etario femenino (4).

Así mismo Perú viene asumiendo acciones desde el año 2006, como la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, con la finalidad de conocer su comportamiento epidemiológico y poder intervenir en la reducción de su incidencia y mortalidad en el país (5); en el año 2008, se emite la Norma Técnico-Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional, que busca estandarizar la atención del personal de salud a las usuarias para la prevención del cáncer de cérvix (6). El Plan Esperanza se inicia en el 2012 con el fin de alcanzar una cobertura oncológica del 100%, que comprenda la prevención y el tratamiento integral para todas las neoplasias, es decir, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oncológico integral (7). En los últimos años también crearon el Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017-2021 con el fin de reducir la morbi mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú (8).

A pesar de las múltiples acciones realizadas por el gobierno peruano, el cáncer de cérvix sigue constituyendo un problema alarmante, donde una mujer muere cada 5 horas por cáncer cervical. Es así que se atendió en el año 2010 en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN NORTE, servicio de ginecología oncológica, a 411 pacientes (83%) con cáncer invasor, 84 pacientes (17%) con lesiones premalignas de cuello uterino (2).

En el 2012, el proyecto de la Internacional Agency and Research on Cancer (IARC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) designado GLOBOCAN, luego de haber compilado datos de muchos países con el fin de modelar la incidencia y su mortalidad de cáncer, muestra una tasa de incidencia de cáncer de cérvix en el Perú de 31.3/100,000. Al menos 4,636 mujeres se diagnostican con cáncer cervical cada año, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú, según los datos publicados por Globocan en el año ya mencionado. Además, al menos 1,715 mujeres mueren por este cáncer cada año, es decir, casi 4 de cada 10 mujeres con cáncer de cérvix mueren, siendo la neoplasia más frecuente en el Perú la neoplasia (8).

Además que la OPS en el año 2013 señaló que el Perú es uno de los países de América Latina que presenta mayor incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix, afectando a 40 de 100,000 mujeres, de las cuales 1 646 fallecen a causa del cáncer cervical (9).

Sumado a ello, se han reportado múltiples estudios que muestran la relación de las lesiones pre-cancerosas de cérvix con diversos factores gineco-obstétricos; el Instituto Nacional de Cáncer, corroboró la existencia de múltiples factores asociados al riesgo de padecer cáncer de cérvix, como son: múltiples parejas sexuales, inicio precoz de relaciones sexuales, alta paridad, antecedentes de aborto, entre otros (10). Esto se debe a que el virus del papiloma humano (VPH) es el causante del cáncer de cérvix, actualmente es conocido que la infección por el VPH se adquiere por vía sexual, estudios muestran porcentajes superiores al 50% respecto a la relación con los factores gineco-obstétricos (9).

Otro factor importante es la prueba de Papanicolaou (PAP) por las serias dificultades que presenta como son: la baja sensibilidad, baja cobertura, demora en la entrega de resultados y pobre seguimiento de los casos que requieren acciones posteriores (8). El Instituto Nacional de Estadística e Informática (periodo 2014 – 2016), reportó que los más altos porcentajes de acceso a la prueba del Papanicolaou y conocimiento de su resultado se dan en Lima Metropolitana (85,0%), en el resto de la Costa (79,7%) y en la Selva (79,5%). En cambio, en la Sierra este porcentaje fue menor (73,2%), lo que vuelve más vulnerable a las mujeres de esta región ante el cáncer de cérvix (11).

El Ministerio de Salud del país, en la Región Tumbes, realizó un diagnóstico de los servicios de tamizaje y tratamiento para cáncer de cuello uterino, encontrando que las coberturas de Papanicolaou (PAP) son menores al 20%, que en muchos establecimientos de salud a pesar de la capacitación al personal obstetra sobre el método de tamizaje de la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), no realizaban la IVAA por falta de insumos en el consultorio, teniendo así una deficiencia en la prevención del cáncer de cérvix (8).

En la actualidad se puede prevenir este cáncer con el acceso a los servicios de prevención y detección temprana del cáncer de cérvix, ya que se cuenta con varias pruebas para tamizaje, como son el Papanicolaou (PAP), la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y las pruebas de detección de ADN para Virus del Papiloma Humano (12), además del diagnóstico y tratamiento; esperándose que ninguna mujer muera por cáncer de cuello de cérvix, sin embargo, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en el año 2016, reveló que el cáncer de cérvix se encuentra en primer lugar de las neoplasias con un 21,9%, de estos casos el 80% diagnosticado en estadios avanzados (8). Cada año cerca de 266,000 mujeres mueren por esta causa, se estima que 9 de cada 10 muertes por esta enfermedad ocurren en

las regiones menos desarrolladas, ubicándose como la cuarta causa de muerte de las mujeres en el mundo (13).

La población de la región de Cajamarca no es ajena a esta problemática de salud, estando clasificada en el cuarto lugar de mayor vulnerabilidad para cáncer y, requiriendo acción inmediata (5). Según la data del Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2015 la mayor parte de la población es de sexo femenino (50,25%), estando más propensa al desarrollo de cáncer de cérvix, por ende incrementar la incidencia de esta (14). En el periodo 2006-2011 la Dirección Regional de Salud de Cajamarca reportó 681 casos de cáncer de los cuales 172 casos se registraron en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; en el año 2015 atendieron 148 casos, 95 (64%) fueron del sexo femenino, de estos casos el 53 (55,8%) se encontraron entre los 31 y 60 años de edad, corroborando una vez más que el cáncer de cérvix tuvo mayor incidencia con 36 (24,3%) casos, registrados en su generalidad en el distrito de Cajamarca (14)(15).

Debido a la gran problemática del cáncer de cérvix que repercute a la salud de la mujer, se concluye que el distrito de Cajamarca cuenta con un elevado porcentaje de casos de cáncer, por ende, se requiere de una óptima intervención pública, por el impacto negativo tanto para las mujeres que padecen dicho cáncer, como para la familia y sociedad. Esta investigación pretende aportar conocimiento sobre la relación que existe entre las lesiones pre-cancerosas de cérvix y los factores gineco-obstétricos, mediante el método de tamizaje IVAA, por ser una técnica fácil, sencilla, barata, accesible, principalmente se tiene disponibilidad inmediata de los resultados.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar social y demográficamente a las mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- ✓ Identificar la incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix.
- ✓ Identificar los factores de riesgos ginecológicos y obstétricos de las mujeres que acuden al preventorio oncológico.
- ✓ Identificar los factores de riesgo ginecológicos relacionados a las lesiones pre-cancerosas de cérvix.
- ✓ Identificar los factores de riesgo obstétricos relacionados a las lesiones pre-cancerosas de cérvix.

1.4 Justificación

El cáncer de cérvix es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, puesto que es la principal causa de muerte en el mundo, este afecta gravemente tanto a la mujer en edad fértil como a su familia y a la sociedad (1).

La noción de la historia natural del cáncer de cérvix, evidencia que conlleva alrededor de 10 a 20 años para que las lesiones pre-cancerosas de cérvix se desarrollen a un cáncer invasor, dichas lesiones al asociarse con factores de riesgo gineco-obstétricos harían más susceptibles a la mujer a padecerla, diversos estudios de investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo relacionados a lesiones pre-cancerosas de cérvix, han encontrado discrepancias en sus resultados (3).

El cáncer de cérvix al ser diagnosticado en sus estadios iniciales, permite su curación, por ende, se disminuiría los probables casos nuevos, ya que en el desarrollo del estudio se diagnosticará las lesiones pre-cancerosas de cérvix, interviniéndose oportunamente en la salud de la mujer; así también, disminuir la morbi-mortalidad por el cáncer de cérvix, se conoce que la mujer es el núcleo de la familia, y al padecer una enfermedad como esta traería grandes consecuencias al formar un desequilibrio en la familia y la sociedad (11).

En la etapa universitaria se asistió a un seminario donde se reflejaba una alarmante data estadística del cáncer de cérvix, que ocupaba el primer lugar entre las diferentes tipologías de cáncer, a nivel de Cajamarca; además dieron a conocer el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético, siendo un buen método al beneficiar a las mujer cajamarquina, ya que el reconocimiento de un diagnóstico precoz, permitirá tratar oportunamente a las mujeres atendidas en dicho Preventorio, estas tasas se

volvieron a corroborar en la etapa del internado realizado en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Para ello los profesionales de salud tendrán la necesidad de capacitarse en este método visual de tamizaje, con el propósito de brindar una atención de calidad a la población femenina que acuda al Preventorio, además de no realizar falsos positivos, alarmando innecesariamente a la mujer que acuda al Preventorio Oncológico. Los resultados obtenidos servirán para la toma de medidas de promoción y prevención de la salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Mundiales

Barrios L., Lecompte P. y Leones R. (Colombia, 2016), en su investigación “Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo”, de diseño descriptivo, tuvieron como objetivo describir los factores de riesgo presentes en un grupo de pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cérvix en una entidad de referencia para mujeres en la ciudad de Cartagena con una muestra de 150 mujeres mayores de 18 años, teniendo como resultados: el 74% de mujeres tuvo dos o más embarazos, 64% tuvieron dos o más partos, las mujeres que tuvieron dos o más compañeros sexuales fue de un 54%, 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años, 22% usa anticonceptivos hormonales y 38% no utiliza métodos de planificación familiar. Concluyendo que los factores de riesgo más frecuentes encontrados en las pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cerviz en Cartagena fueron la multiparidad, sexarquia temprana, múltiple número de parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción (16).

Vicente E. (Guatemala, 2014), en su trabajo de investigación Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolaou, de tipo analítico –transversal tuvo como objetivo analizar la asociación entre factores de riesgo y lesiones pre malignas de cérvix y, la fuerza de asociación que existe entre cada uno de ellos; así como conocer la anomalía que, con más frecuencia, se reporta en el Papanicolaou. Tuvo una muestra de 159 pacientes mostrando los siguientes resultados: no se encontró asociación alguna con la procedencia, coitarquia, paridad y parejas sexuales; sin embargo, en relación a la razón de prevalencia se determinó para la paciente 3 veces más riesgo de padecer la lesión si inició su vida

sexual antes de los 20 años, 3.5 veces más riesgo si tuvo 2 parejas sexuales y 2 veces más riesgo si tiene más de 5 hijos. Concluyó que no se encontró asociación como factores de riesgo entre el inicio precoz de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y las lesiones pre malignas de cérvix. Las mujeres tienen mayor riesgo de presentar lesiones pre malignas de cérvix, que tengan vida sexual antes de los 20 años, que tengan más de 5 hijos y que tengan 2 o más parejas sexuales y la anomalía reportada con mayor frecuencia son los procesos inflamatorios desde leve a severa (17).

Lau D., Millán M., Fajardo Y. y Sánchez C. (Cuba, 2012), en su trabajo de investigación Lesiones preinvasivas del cuello uterino, se plantearon el objetivo de hallar la correlación cito-histológica, categorizar los grados de lesión y caracterizar el grupo de pacientes, siendo un estudio de evaluación retrospectiva con una muestra de 89 resultados histológicos, mostrando resultados como: la sexarquia precoz representada en un 73% en el grupo de estudio de las lesiones pre-invasivas cervicales, donde casi las tres cuartas partes eran de 16 años o menos y un número considerable de 12 años o menos; teniendo relevante importancia en el desarrollo de lesiones pre malignas y malignas de cérvix, el inicio de relaciones sexuales precoces (18).

Camacho D., Reyes L. y Gonzáles G. (Colombia, 2012), en su estudio transversal, descriptivo de corte cuantitativo, titulado Lesiones neoplásicas de cuello uterino en mujeres de una universidad colombiana, tuvieron el objetivo de identificar la incidencia y factores asociados a cáncer de cuello uterino en una institución universitaria colombiana, con una muestra de 328 mujeres de la dicha universidad; encontrando los siguientes resultados: 13 casos positivos para NIC I, de los cuales la mitad se presentó en edades entre 16 y 20 años. De los factores de riesgo relacionados con el cáncer de cuello uterino, se encontró asociación fuerte con la promiscuidad, es decir, más de 3 compañeros sexuales por año, demostrando la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17 – 21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69 – 83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales. Encontraron mediana asociación con multiparidad e inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 20 años). De otro lado, se encontró baja asociación con el uso de anticonceptivos orales (19).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Quispe N. y Aguilar K. (Huancavelica, 2017), realizaron el estudio “Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016”, con el objetivo estimar la frecuencia de las lesiones pre malignas de cáncer de cérvix realizado en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, con una muestra de 216 mujeres; los resultados obtenidos fueron: las lesiones pre malignas de cáncer de cérvix de las mujeres con resultados de Papanicolaou es de un 28%. Las mujeres con lesiones pre malignas (28%) tuvieron edades entre 32 a 45 años, edad en que iniciaron las relaciones sexuales fueron de 15 a 17 años, tuvieron de 3 a más parejas sexuales, otra característica es que fueron multíparas (3 a más hijos) (10).

Carhuamaca N. (Lima, 2017), en su estudio de investigación “Evolución de la displasia leve de cérvix en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unánue 2011 – 2016”, de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, tuvo como objetivo determinar la evolución de la displasia leve en el Hospital Hipólito Unánue en el periodo 2011 – 2016, con una muestra de 122 pacientes; en sus resultados mostró: las displasias leves diagnosticadas en el 2011 al transcurrir los 5 años, el 50% de ellas presentaron regresión; el 32% persistió como displasia leve, y el 1,6% evolucionó a carcinoma invasor. Carhuamaca halló que la mitad de las pacientes diagnosticadas con displasia leve de cérvix solo tuvo una sola pareja sexual (20).

Altamirano S. y García S. (Tarapoto, 2017), en su estudio “Principales factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino y citología cervical uterina alterada (PAP-IVAA), en mujeres atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016” de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional, indicaron como objetivo la determinación de la relación entre los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino y la citología cervical uterina alterada, en mujeres atendidas en el Hospital II de Tarapoto, agosto - diciembre 2016, con 50 mujeres como muestra; dando como resultados que los factores gineco-obstétricos fueron: 76% tuvieron la menarquia después de los 11 años; el 56% inicio sus relaciones sexuales después de los 15 años; el 78% uso anticonceptivo y el 74% tuvieron Infección de Transmisión sexual. Dichas investigadoras concluyeron que existe una relación significativa entre los factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino y la citología cervical uterina alterada (21).

Ramos J. (Trujillo, 2017), desarrollo la investigación retrospectiva, de tipo Casos y Controles titulado “Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2008 - 2012”, que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino de un total de 231 historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, el periodo 2008 – 2012. En sus resultados mostró que las pacientes gran multíparas presentan la mayor proporción de lesiones pre malignas (50%), también que el 71,9% no han usado métodos anticonceptivos orales combinados, el inicio de relaciones sexuales desde los 15 a los 25 años tiene mayor porcentaje (88,5%); que el 61,5% manifiestan haber tenido 4 o más parejas sexuales; por lo tanto los factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino son: la multiparidad, el no uso de anticonceptivos orales combinados, inicio de relaciones sexuales a temprana edad (15 - 25 años) y múltiples parejas sexuales (4 o más) (2).

Ajalcriña A. (Lima, 2016), realizó un estudio epidemiológico, de casos y controles, transversal y retrospectivo, Factores de riesgo en mujeres con y sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano atendidas en Onco Prev Internacional distrito de San Isidro - Lima 2015, con una muestra de 60 mujeres, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo en mujeres con o sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro – Lima, durante el periodo de enero a julio del 2015, teniendo como resultados: prevalencia de virus del papiloma humano de tipo 16 en un 60% (11). En los dos grupos, tanto con diagnóstico de VPH y sin diagnóstico de VPH, se encontró: edad entre los 18 a 20 años de inicio de relaciones sexuales con 55%; tener entre 1 a 3 partos 61,7%, tener entre 1 pareja sexual con 90%; uso de anticonceptivos no hormonales 60%. En su conclusión acepta que existen algunos factores, sexuales y reproductivos asociados al riesgo de contraer el virus del papiloma humano en mujeres entre 18 – 59 años (12).

Villafuerte K. (Lima, 2016), en su estudio retrospectivo y correlacional “Actores Predisponentes de cáncer de cuello uterino establecidos en mujeres de 20 a 40 años del servicio de ginecología Hospital Nacional Dos de Mayo de agosto a diciembre 2015 Lima – Perú”, tuvo como finalidad de obtener datos actualizados de los factores que determinan el desarrollo de cáncer de cuello uterino de pacientes que acudieron al servicio de ginecología del Hospital Nacional Dos De Mayo durante el periodo de agosto

a diciembre del 2015; con una población de 96 pacientes, obtuvo resultados que dentro de los factores predisponentes a las lesiones pre malignas y malignas están edad de inicio de la actividad sexual, siendo la más resaltante; número de parejas, paridad y el tipo de parto (22).

Tapia E. (Lima, 2016), ejecutó la investigación titulada “Factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino en pacientes mujeres de 15 a 45 años del servicio de ginecología oncológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Enero - Diciembre 2015”, de tipo cualitativo, cuantitativo y retrospectivo no experimental, con el objetivo de conocer los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes mujeres de edad 15 a 45 años del servicio de ginecología oncológica, con una población de 65 pacientes; dando como resultado que el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino con 78% al virus del papiloma humano, seguido de estilos de vida como la promiscuidad, relaciones sexuales a temprana edad, número de parejas sexuales, número de partos, entre otros (23).

Angulo S. (Lima, 2016), realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal titulado “Factores asociados a lesiones pre malignas y malignas de cáncer cérvico uterino en mujeres de 30-49 años del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2015 Lima - Perú”, con el objetivo de determinar los factores asociados a lesiones pre malignas y malignas a nivel de cuello uterino con una muestra de 21 registros, obteniendo resultados donde encontró que el 57,14% usaron métodos anticonceptivos asociados a lesiones pre malignas y malignas, el factor más asociado fue la multiparidad encontrada en el total de las pacientes, seguida de la promiscuidad, la que se reportó en el 19,05% de los casos (24).

Padilla A. (Lima, 2016), en su estudio de investigación titulado “Incidencia de lesiones pre malignas de cuello uterino en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis Nicasio Sáenz" PNP”, de tipo descriptivo y transversal, tuvo una muestra significativa de 154 casos, y mostró como resultados: un 66,23% de incidencia de pacientes con diagnóstico de lesiones pre malignas de cuello uterino, con 70% de presentar antecedente de relaciones sexuales a temprana edad, promedio de 2 parejas sexuales del 30%. Los factores de riesgo que tienen significancia estadística usan métodos anticonceptivos como píldoras un 37% y dispositivo

intrauterino 25% asociados con el número de hijos y paridad que fueron las multíparas el 90% de la población estudiada (25).

Bonilla K. y Montalvo Y. (Huaraz, 2015), realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2008-2012”, de tipo retrospectivo de casos y controles, que tuvo como objetivo, identificar los factores de riesgo relacionados a Lesiones Premalignas de Cáncer de Cuello Uterino, en una muestra de 96 mujeres con lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino y 192 mujeres sin lesiones de cáncer de cuello uterino; obteniendo como resultados: el 88,5% iniciaron las relaciones sexuales entre 15 y 25 años, el 61,5% tuvieron más de 4 parejas sexuales, el 50% fueron multíparas, el uso de métodos AOC no es factor de riesgo. Concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo y lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino (26).

Castillo L. (Tarapoto, 2016), realizó una investigación epidemiológica de caso control, de tipo retrospectivo, titulado “Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este distrito de Tarapoto 2015-2016”, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cérvix y valorar su nivel de riesgo, teniendo una muestra de 283 usuarias a quienes se le realizó el tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y Papanicolaou (PAP). Reportó los siguientes resultados: en referencia al método de la IVAA realizado a las 283 mujeres de la muestra, dieron resultado negativo el 85%, solo el 14% de las mujeres dieron positivo a la prueba de inspección y un caso de cáncer in situ 0.4% que representa a una sola mujer; el haber padecido ITS de cualquier tipo se asocia a la aparición de lesiones premalignas con un con un nivel de riesgo muy elevado, el ser multigesta es un factor reproductivo asociado a lesiones premalignas, también con un nivel de riesgo elevado, el otro factor asociado fue el antecedente familiar con cáncer; dentro de los factores con riesgo leve para la predisposición a lesiones premalignas de cérvix son: dos o más antecedente de abortos y tener entre 3 a 4 parejas sexuales. Los factores con alto riesgo para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son: la edad materna mayor a 45 años; gran multigesta, mayor a 5; antecedente de ITS (27).

2.2 Teorías

2.2.1 Lesiones pre-cancerosas de cérvix

Las lesiones pre-cancerosas de cérvix son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por Virus del Papiloma Humano (VPH) (3).

En la mayoría de los cánceres, a pesar de tener una fase precursora, esta es demasiado breve para ser detectada y no es fácil llegar al diagnóstico y tratamiento, por el contrario el cáncer de cérvix es uno de los pocos cuya fase precursora (lesiones pre-cancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento. Lamentablemente, aunque sea prevenible, gran número de mujeres mueren todavía de cáncer de cérvix en muchos países. En la mayoría de los casos la causa principal es la pobreza (3).

Incrementando la incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix factores como la promiscuidad tanto en la mujer como en el hombre, el inicio precoz de las relaciones sexuales, teniendo el factor de riesgo más relevante a la infección por el virus del papiloma (2).

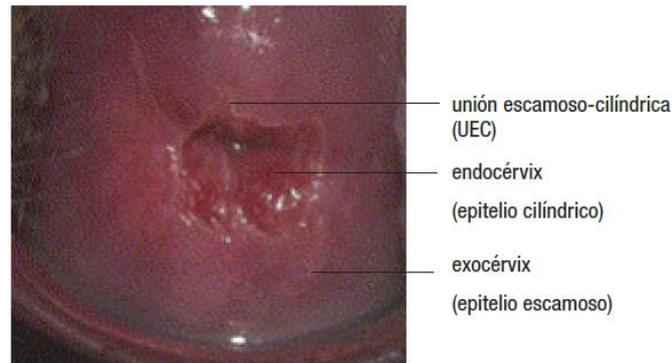
2.2.1.1 Identificación del cérvix

El cuello uterino es el tercio inferior del útero, en una mujer en estado no gravídico y en edad fecunda, mide aproximadamente 3 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro. La parte inferior del cuello uterino llamado exocérvix queda expuesta a la vagina, el cual mediante un especulo llega a ser observable; los dos tercios superiores del cérvix conocido como endocérvix se encuentran por encima de la vagina y no son observables. La mayoría de los cánceres de cérvix se originan en el área donde el endocérvix se une al exocérvix (3).

El cuello uterino o cérvix está compuesto por tejido denso, fibromuscular. El conducto endocervical discurre por el centro del cuello uterino, desde el orificio interno (la abertura de entrada a la cavidad uterina) hasta el orificio externo (la abertura del cérvix visible con un espéculo). La figura 2.2.1.1 es una fotografía algo engrandecida del cuello uterino, se aprecia la abertura un tanto irregular del conducto endocervical, u orificio cervical externo, en una mujer en edad fecunda que no ha tenido ningún parto vaginal.

En una mujer que ha tenido uno o más partos, se observará un orificio parecido a un corte ancho irregular similar a la boca (3).

Figura 2.2.1.1: Cuello uterino



El cérvix se encuentra recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante y epitelio cilíndrico, ambos epitelios convergen en la unión escamoso cilíndrica (UEC).

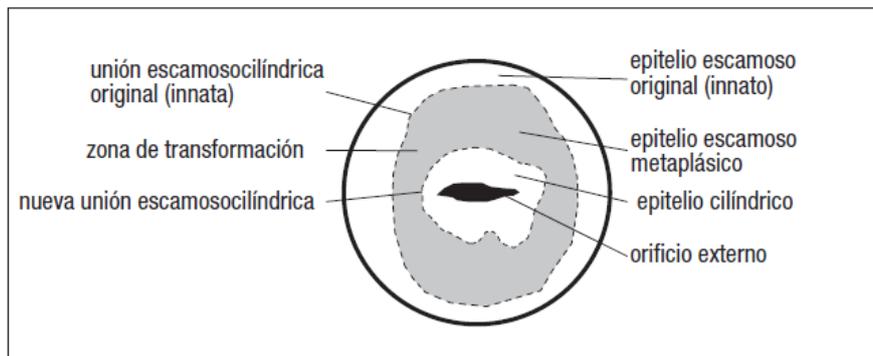
Normalmente el exocérnix está cubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante, el cual contiene glucógeno, este es opaco, está conformado por varias capas celulares, en cambio el conducto cervical está recubierto por epitelio cilíndrico compuesto de una sola capa de células altas, con núcleos oscuros, cerca de la membrana basal (27).

2.2.1.2 Cambios normales en los epitelios del cuello uterino durante los años reproductivos de la mujer

En cérvix cuando se expone al ambiente ácido de la vagina, el epitelio cilíndrico más frágil que se extiende fuera del conducto endocervical hacia el exocérnix se reemplaza por un epitelio escamoso más resistente, a este proceso de reemplazo natural se le conoce como metaplasia escamosa dando lugar a una segunda UEC. Entre la UEC original y la nueva puede tener un tamaño variable la cual se zona de transformación.

En esta figura 2.2.1.2, se visualiza una área más oscura alrededor del orificio es una extensión del epitelio cilíndrico que tapiza el canal; el área más clara alrededor del orificio es epitelio escamoso estratificado que se extiende desde la vagina. La línea donde se unen ambos epitelios se llama unión escamoso cilíndrica (UEC) (3).

Figura 2.2.1.2: La zona de transformación del cuello uterino de una mujer en edad fecunda no nulípara



2.2.1.3 Cambios normales en la apariencia del cuello uterino según la edad de la mujer

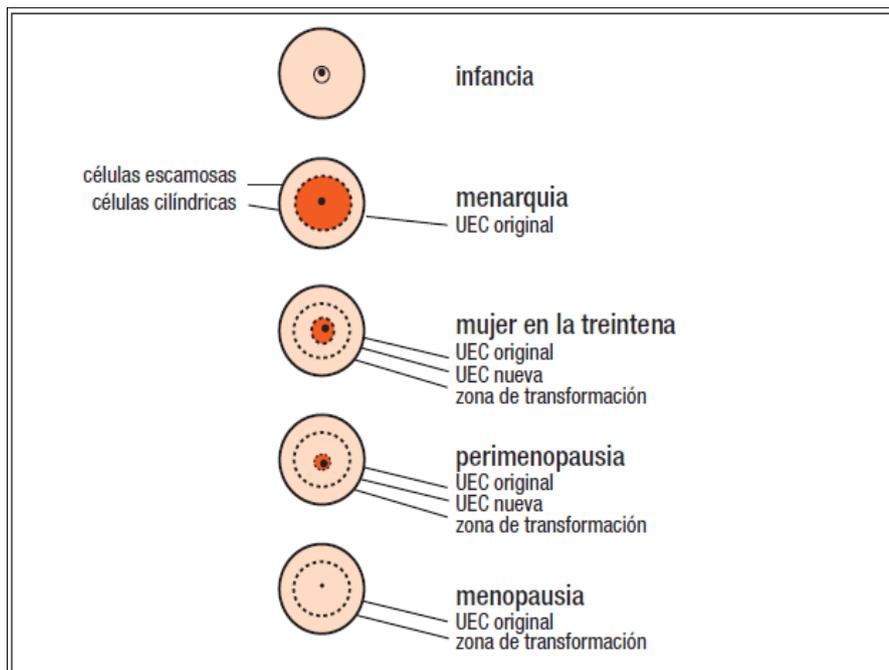
La apariencia del cérvix atraviesa por cambios desde el nacimiento hasta la posmenopausia. En la figura 2.2.1.3 se aprecia los cambios inducidos por la edad en el cérvix, cabe resaltar que la apariencia y demarcación del cérvix, en la realidad, no son tan nítidos como se observa en la figura (3).

- a. **Desde el nacimiento hasta la pre-pubertad:** La UEC original se encuentra presente desde que nacen, y se ubica en el orificio externo del cérvix o muy próximo a este (3).
- b. **Desde la menarquia hasta principios de la edad fecunda:** En la pubertad, los ovarios empiezan a secretar estrógeno, el cérvix crece de tamaño; las células cilíndricas del endocérvix y la UEC original son observables en el exocérvix (3).
- c. **Mujeres en la treintena:** Debido a la influencia del estrógeno, se produce una maduración normal o metaplasia escamosa y hay una UEC original y una nueva, haciéndose visible la zona de transformación (3).
- d. **Mujeres perimenopáusicas:** Las mujeres al ir envejeciendo y la influencia del estrógeno disminuyendo al aproximarse la menopausia, se producirá una reducción del tamaño del cuello uterino y el epitelio cilíndrico y la zona de transformación retroceden del exocérvix dirigiéndose al conducto cervical (3).

- e. **Mujeres pos-menopáusicas:** Sin la estimulación del estrógeno la UEC original sigue observándose a la especuloscopia, pero la UEC nueva y una porción variable del epitelio metaplásico de la zona de transformación se han introducido al conducto endocervical.

Estos cambios progresivos pueden ser desiguales, sin embargo, y en algunas mujeres pos-menopáusicas el cérvix puede parecerse al peri-menopáusico, y la UEC nueva puede mantenerse parcial o completamente visible (3).

Figura 2.2.1.3: Apariencia del cuello uterino a lo largo de la vida de una mujer



2.2.1.4 Cáncer

Es el crecimiento maligno, autónomo y descontrolado de células y tejidos; dando lugar a tumores que pueden llegar a invadir tejidos adyacentes y provocando nuevas proliferaciones similares al cáncer original en distantes partes del cuerpo, a este proceso se le conoce como metástasis. A medida que crece, el cáncer destruye los tejidos normales, compitiendo por los nutrientes y el oxígeno (3).

2.2.1.5 Cáncer de cérvix

La infección persistente por los tipos de virus del papiloma humano (VPH) carcinogénicos es la causa de la mayoría de los casos de cáncer de cérvix. El 90% de estos cánceres son anomalías en las células escamosas y se inician en la zona de

transformación del exocérvix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix (3).

La vacunación de las niñas con los virus del VPH puede prevenir el cáncer de cérvix sumado al tamizaje y tratamiento de las lesiones pre-cancerosas de cérvix se disminuiría la morbi - mortalidad de la población femenina, ya que si se detecta precozmente y se trata, este cáncer puede curarse (3).

2.2.1.6 Infección por VPH que facilitan las infecciones persistentes

La causa primaria del pre-cáncer de cérvix y del cáncer de cérvix es la infección asintomática persistente por uno o más de los tipos de VPH de alto riesgo (carcinogénicos u oncogénicos). Existen más de 100 tipos de VPH, la mayoría no están asociados con el cáncer de cérvix. Siete de cada 10 casos de cáncer de cérvix notificados en todo el mundo (el 70%) son causados por solo dos tipos de VPH: el 16 y el 18. Otros cuatro tipos de VPH de alto riesgo, el 31, el 33, el 45 y el 58, se encuentran con menor frecuencia asociados con cáncer cérvix. Los tipos de VPH 6 y 11 son de bajo riesgo, estos no causan cáncer de cérvix, pero si producen la mayoría de las verrugas genitales o condilomas (3).

Casi todas las mujeres y hombres contraen la infección por VPH poco después de iniciar su actividad sexual. No necesariamente al haber penetración de la vagina por el pene, puesto que el virus se puede transmitir por contacto de piel con piel entre las áreas genitales cercanas al pene y la vagina (3).

En las mujeres, durante la pubertad y el embarazo se agranda la zona de transformación en el exocérvix, facilitando la infección por VPH en esta etapa la y aso se explicaría las asociaciones del cáncer de cérvix con el inicio precoz de la actividad sexual, con un primer parto a una edad temprana o con antecedentes de múltiples embarazos. También existen comportamientos que pueden aumentar el riesgo de infección por VPH son tener múltiples parejas sexuales, o compañeros íntimos con múltiples parejas sexuales (3).

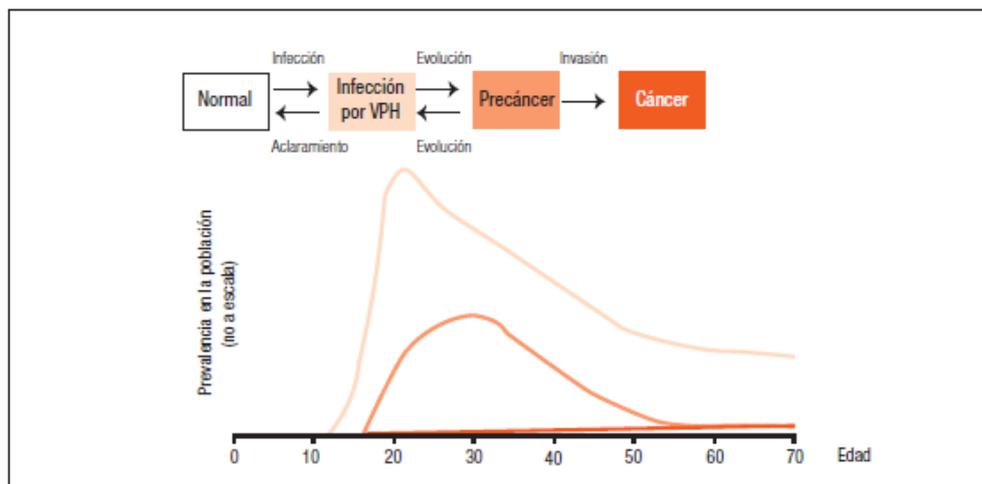
Gran parte de las mujeres infectadas por VPH carcinogénicos no contraen cáncer debido a que la mayoría de las infecciones, independientemente del tipo de VPH, son de corta duración; es decir, el cuerpo las elimina espontáneamente en menos de dos años. La infección por VPH de alto riesgo solo persiste en un porcentaje pequeño de mujeres, el cual puede evolucionar hacia lesiones pre-cancerosas; de estas, un porcentaje aún menor evolucionará hacia un cáncer invasor. Se desconoce las condiciones de los factores que pueden llevar a que una infección por VPH persista y

evolucione hacia un cáncer, pero múltiples estudios consideran los factores gineco-obstétricos sean influyente en el desarrollo del cáncer de cérvix (3).

2.2.1.7 Evolución del Cáncer de cérvix

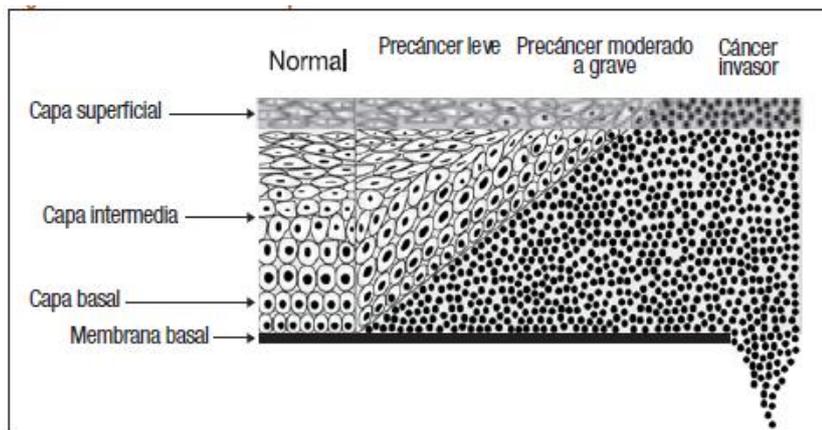
Después de haber ingresado en las células epiteliales del cuello uterino, la infección por VPH carcinogénico interfiere en las funciones celulares normales dando lugar a los cambios característicos del precáncer (también llamado displasia). La figura 2.2.1.8 se aprecia la cronología de la evolución de un cérvix normal no infectado a un cérvix infectado por VPH, luego a lesiones pre-cancerosas, llegando al cáncer invasor. Se muestra que los cambios son bidireccionales porque gran parte de las células infectadas por VPH regresionan a su estado normal y otra parte de las lesiones pre-cancerosas del cuello uterino no se convierten en cáncer (3).

Figura 2.2.1.8: Cronología y evolución natural del precáncer y del cáncer de cérvix.



La figura 2.2.1.9 se observa el epitelio del cérvix normal a la izquierda, y las capas progresivamente más espesas de nuevas células pequeñas anormales que afectan al epitelio en la sección intermedia. Cuando se produce la infección las células anormales invaden cada vez más el espesor del epitelio normal, se considera que el epitelio tiene una lesión pre-cancerosa leve, luego moderada y después grave. Esta sucesión conduce a un cáncer invasor si las células anormales invaden la membrana basal, como se muestra a la derecha de la figura (3).

Figura 2.2.1.9: Evolución de un epitelio normal hacia un cáncer invasor



Hay cuatro rutas, generalmente secuenciales, a lo largo de las cuales evoluciona el cáncer invasor.

1. Dentro del cuello uterino: Un foco diminuto de cáncer microinvasor se propaga hasta ocupar todo el cuello uterino, que puede agrandarse a 8 cm de diámetro o más. El cáncer puede ser ulceroso, exofítico (crece hacia afuera) o infiltrante (invasor hacia adentro) (3).
2. Hacia las estructuras adyacentes: Es permisible la propagación directa en todas las direcciones, hacia abajo a la vagina, hacia arriba al útero, lateralmente a los tejidos que sostienen el útero en la pelvis y a los uréteres, hacia atrás al recto y hacia adelante a la vejiga urinaria (3).
3. Vía linfática: Un 15% de los casos, cuando el cáncer se mantiene confinado todavía dentro del cuello uterino, hay una propagación a los ganglios linfáticos pelvianos aumentando a medida que el cáncer se va diseminando (3).
4. Metástasis distantes por las vías sanguínea y linfática. Las células del cáncer de cérvix pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático y reproducirse por metástasis a distancia en hígado, huesos, pulmones y cerebro (3).

Mientras el cáncer invasor se mantenga confinado dentro del área pelviana al inicio, aún es posible curar muchos casos con un tratamiento apropiado. Caso contrario, si no se trata, el cáncer de cérvix evoluciona de una manera predecible y casi siempre mortal (3).

2.2.1.8 Prevención del cáncer de cérvix

Las mujeres pueden disminuir su riesgo de desarrollar cáncer de cérvix usando métodos primarios y secundarios de prevención. Prevención primaria significa evitar la infección inicial por tipos oncogénicos del VPH. Esto puede lograrse para los dos virus que causan la mayoría de los casos de cáncer de cérvix mediante la vacunación contra el VPH antes del inicio de la actividad sexual. Si ya se produjo la infección, la detección y el tratamiento de las lesiones pre-cancerosas que es la prevención secundaria donde se puede prevenir el desarrollo de cáncer de cérvix. La abstinencia o monogamia mutua también pueden prevenir la infección por el VPH. Sin embargo, estas no son opciones realistas para muchas mujeres (28).

2.2.1.8.1 Métodos de tamizaje de lesiones pre-cancerosas de cérvix

Hasta hace unos años atrás, el frotis de Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa era el único método de tamizaje de cáncer de cérvix. En los países desarrollados, donde el frotis de Papanicolaou utilizado para el tamizaje de la población desde hace más de tres decenios, según estadística mostró una gran reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer de cérvix. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo el tamizaje poblacional mediante la citología suele ser insuficiente, esto debido a que las inversiones financieras para establecer y mantener la infraestructura sanitaria necesaria, incluidos los recursos de laboratorio y recursos humanos capacitados, no están disponibles o no son suficientes en muchos entornos (3).

A la actualidad se han elaborado más métodos de tamizaje de cáncer de cérvix, encontrando a las pruebas de detección molecular del VPH e inspección visual con ácido acético (3).

a) Las pruebas de VPH

Los métodos moleculares de detección del VPH se basan en la detección de ADN de los tipos de VPH de alto riesgo en muestras vaginales o cérvico-uterinas. No se recomienda aplicar estos métodos a mujeres menores de 30 años de edad porque muchas jóvenes están infectadas por esos tipos de VPH, pero la mayoría de esas infecciones remitirán espontáneamente antes de que ellas lleguen a los 30 años de edad. Por lo tanto, en las mujeres más jóvenes esas pruebas detectarían muchas infecciones transitorias por VPH, sometiéndolas a procedimientos y tratamientos innecesarios que pueden causar daño, ansiedad, malestar y gastos (3).

b) Inspección Visual con Ácido Acético

La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) permite detectar cambios tempranos de las células al explorar el cuello uterino a simple vista con un espejo después de haber aplicado ácido acético diluido (3 al 5%). Esto requiere la capacitación y supervisión de los dispensadores de atención primaria, así como continuos controles de calidad y garantía de la calidad (3).

En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN NORTE, Trujillo, La Libertad - Perú, desde el 2008, se implementó la modalidad de ver y tratar con el método de tamizaje de Inspección visual con ácido acético (IVAA), y Crioterapia en un Proyecto de cooperación PATH, IREN, INEN, donde simultáneamente se realizan las modalidades de PAP o IVAA en tamizaje de lesiones intraepiteliales de cuello uterino, la cual se realiza en forma rutinaria debido al rendimiento que ofrece esta modalidad, con personal entrenado y capacitado (28).

Desde la implementación del PAP como método de tamizaje en la búsqueda de lesiones intraepiteliales de cuello uterino, se utilizó la colposcopia para la confirmación y localización de topográfica de los hallazgos pre-canceroso, dicho equipamiento no se encuentra al alcance de la mayoría de los establecimientos del primer nivel atención del Ministerio de Salud, por sus costos; sin embargo, la IVAA, es una alternativa viable y eficaz como método de tamizaje de cérvix en lugares de escasos recursos (28).

Sankar, según sus estudios en la India, demostró que la Inspección visual con ácido acético, tiene un sensibilidad y especificidad de 67-79% y 49-86% igual o mejor que la citología convencional, siendo una alternativa de tamizaje para los establecimientos de salud del primer nivel de atención con menores recursos económicos, ya que es de bajo costo y fácil de capacitar a profesionales de la salud (26). La IVAA, método de tamizaje de lesiones pre-cancerosas de cérvix, proporciona resultados inmediatos, no requiere de equipos y tiene una sensibilidad igual o mejor que el PAP y pueden ser accesibles a cualquier establecimiento de salud (31).

➤ ¿Quiénes deben someterse a esta prueba?

Según la Organización Panamericana de la Salud, la IVAA es apropiada para tamizar a las mujeres cuya unión escamoso cilíndrica (UEC) sea visible, normalmente desde la treintena, porque es visible la zona de transformación, hasta antes de los 50 años de edad, debido a que en la menopausia la UEC retrocede gradualmente dentro del conducto endocervical y es posible que no se detecten posibles lesiones (3) (31).

➤ **¿Cómo efectuar el tamizaje?**

La IVAA requiere un espéculo, una fuente de luz y un profesional de salud capacitado. El profesional realiza el examen con un espéculo, identificando la unión escamoso cilíndrica (UEC) e inspecciona cuidadosamente el cérvix para detectar signos visuales sospechosos de cáncer o de precáncer, aplicará con una torunda de algodón grande al cérvix, una solución de ácido acético del 3 al 5% en abundante cantidad. Después de extraer la torunda de algodón, se esperará al menos un minuto a que retrocedan las áreas que se habían vuelto blanquecinas debido solamente a inflamación o a cambios fisiológicos de las células (metaplasia) (3) (31).

La aplicación del ácido acético al cuello uterino produce una desnaturalización momentánea de las proteínas nucleares, lo que impide el paso de la luz y se traduce en una imagen blanquecina (IVAA positivo) al minuto de su aplicación, pasado algunos minutos volverá a su color original. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica el ácido acético (25).

Los cambios acetoblanco del cérvix que no se desvanecen después de un minuto tienen mayores probabilidades de asociarse con lesiones pre-cancerosas de cérvix o cáncer. Si estos cambios se ven en la zona de transformación y tienen fronteras bien definidas, se consideran un resultado positivo; si no se observan cambios acetoblanco persistentes, será un resultado negativo (3).

➤ **Puntos fuertes y limitaciones**

La IVAA permite detectar cambios pre-cancerosos tanto tempranos como más avanzados. El resultado inmediato permite ofrecer tratamiento a la paciente en la misma visita. Como alternativa, si la paciente prefiere no tratarse de inmediato o si el tratamiento no está disponible, se lo puede dispensar poco después en otra visita. En ese momento, en el mismo establecimiento del tamizaje, no se suele proceder al diagnóstico, por ejemplo mediante una colposcopia o una biopsia, pero si el cuello uterino muestra signos inusuales o sospechosos de cáncer, el dispensador puede derivar a la paciente para un diagnóstico ulterior (3).

La IVAA es de bajo costo, utiliza suministros que se obtienen localmente (vinagre y algodón) y no depende de servicios de laboratorio. La pueden realizar dispensadores capacitados, con suficiente agudeza visual, en cualquier nivel del sistema de salud. La capacitación puede realizarse en pocos días utilizando un enfoque basado en la competencia. La IVAA es una prueba subjetiva y por consiguiente depende de la

habilidad y la experiencia del dispensador que la aplica. Las habilidades se deben practicar regularmente, y se recomiendan cursos de actualización. Debido a la naturaleza subjetiva de la IVAA, es particularmente importante que haya control de calidad y garantía de la calidad. Esto se puede lograr mediante supervisión y vigilancia sistemáticas (3).

➤ **Clasificación de la IVAA en relación con resultados clínicos**

Se basa en la propiedad que tienen las lesiones Intraepiteliales de cérvix al tornarse de color blanquecino al entrar en contacto con el ácido acético (3).

Clasificación	Hallazgos clínicos
Positivo 	Placas blanquecinas, engrosadas y elevadas o epitelio acetoblanco, usualmente cerca de la UEC. (31)
Negativo 	Liso, rosado, uniforme y sin características especiales: ectropión, pólipo, cervicitis, quistes de Naboth. (31)
Sospechoso de cáncer 	Crecimiento tipo coliflor o ulcerante, masa fúngica. (31)

Resultado Positivo

Epitelio acetoblanco grueso, bien definido, en la zona de transformación (ZT), sobre la ZT, junto de la UEC, de márgenes precisos, bien demarcados y que demora en desaparecer (31) (35).

Resultado Negativo

- No hay epitelio acetoblanco.
- Pueden presentarse extensas áreas de tejido rojo y erosión en los casos de inflamación severa.
- Pólipos que protruyen del canal que pueden tomarse color blanco pálido.
- Ectropión.

- Coloración blanquecina en el epitelio columnar.
- Lesión blanco tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
- Quistes de Naboth.
- Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente (31) (35).

Sospechoso de cáncer

Lesión clínicamente visible, exofítico, endofítico, ulcero-proliferativa, fácilmente sangrante al roce, notándose un crecimiento tipo coliflor o ulcerante (31) (35).

c) Métodos de tamizaje mediante citología

El tamizaje mediante citología puede utilizar uno de los dos métodos disponibles: el frotis de Papanicolaou convencional o la citología en base líquida (CBL) que consiste en la toma de muestras de células de toda la zona de transformación (3).

2.2.1.9 Tamizaje de las lesiones pre-cancerosas de cérvix

La prevención del cáncer de cérvix apunta a someter a tamizaje a al mayor número posible de mujeres previstas por el programa nacional y garantizar un tratamiento apropiado para todas las que tengan un resultado positivo o anormal en las pruebas (3).

2.2.1.9.1 Edad y frecuencia del tamizaje

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la edad prevista y la frecuencia del tamizaje basadas en estudios científicos disponibles en el momento de la publicación, en la evolución natural del VPH y de las lesiones pre-cancerosas de cérvix. Las infecciones por VPH de alto riesgo son muy comunes en las mujeres jóvenes, siendo la mayoría de esas infecciones pasajeras: ya que son eliminadas espontáneamente por el cuerpo de la mujer (3).

Solo un pequeño porcentaje de infecciones por VPH persisten durante muchos años y pueden conducir al desarrollo de un cáncer invasor. El cáncer de cérvix suele ser de evolución lenta: las lesiones pre-cancerosas tempranas tardan unos 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad. El tamizaje de mujeres más jóvenes detectará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará lugar a tratamientos innecesarios, por lo que no es eficaz en función de los costos (3).

El tamizaje de cáncer de cérvix no debe comenzar antes de los 30 años de edad, lo ideal es que las mujeres entre los 30 y los 49 años de edad se realicen el tamizaje, aunque se haga una sola vez, permitirá reducir defunciones por cáncer de cérvix. Lo recomendable sería someter a tamizaje de cáncer de cérvix a cada mujer que se encuentre en este grupo etario, pero esto se podría hacer extensivo a edades más tempranas si hay datos científicos de alto riesgo de NIC2+ (3).

Las decisiones sobre el grupo etario previsto y la frecuencia del tamizaje se suelen adoptar a nivel nacional considerando la proporción local de mujeres con lesiones precancerosas o con cáncer en comparación con el total de mujeres de la misma edad, el número de casos nuevos de cáncer de cérvix registrados en los últimos dos o tres años y la disponibilidad de recursos e infraestructura y otros factores, como la prevalencia de infección por VIH (3).

Las mujeres con resultados negativos en la inspección visual con ácido acético (IVAA) o en el estudio citológico deben esperar tres a cinco años antes de someterse a un nuevo tamizaje. Las mujeres con resultados negativos en la prueba de detección de VPH deben esperar como mínimo cinco años antes de someterse a un nuevo tamizaje. Después de un tamizaje ulterior con resultado negativo, así como en las mujeres de mayor edad, el intervalo entre tamizajes puede ser de más de cinco años. Las mujeres que han sido tratadas por lesiones pre-cancerosas de cérvix se les deben hacer seguimiento posterior al tratamiento al cabo de 12 meses (3).

2.2.1.10 Opciones de tratamiento de las lesiones pre-cancerosas de cérvix

Las mujeres con lesiones pre-cancerosas deben recibir un tratamiento eficaz, que generalmente puede ser proporcionado en establecimientos de atención primaria profesionales de atención primaria capacitados, a diferencia del tratamiento de un cáncer invasor presunto o confirmado, puesto que requiere la asistencia de médicos especialistas en establecimientos de nivel más alto (3).

El tratamiento procura destruir o extraer las áreas del cuello uterino identificadas como pre-cancerosas. Los métodos de tratamiento pueden ser por ablación (se destruyen tejidos anormales mediante cauterización o criocirugía) o por extirpación (se extirpan quirúrgicamente tejidos anormales). Existen opciones de tratamiento como: la crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y cotización con bisturí frío (CKC). La histerectomía rara vez es apropiada para tratar lesiones pre-cancerosas. En el caso de sospecha de cáncer el paso apropiado es realizarle una biopsia cervicouterina para confirmar o descartar un diagnóstico de cáncer (3).

2.2.2 Factores gineco – obstétricos

La evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer de cérvix se comporta como una enfermedad de transmisión sexual por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, es decir, el inicio de relaciones a edad temprana, promiscuidad, paridad, edad del primer parto, uso de anticonceptivos orales y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) provocadas por virus del herpes simple tipo 2, Chlamydia trichomatis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH), este último considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer cervical (3).

Se definirá brevemente cada factor de riesgo ginecológico y obstétrico que predispone a la mujer al cáncer de cérvix:

2.2.2.1 Edad precoz de inicio de relaciones sexuales

En la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (11).

2.2.2.2 Número de compañeros sexuales

Las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional (11).

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión pre-cancerosa y el número de parejas sexuales, esto se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Torrejón en el 2002 de Torrejón demostró la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales (32).

2.2.2.3 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Con la evidencia científica acumulada, actualmente la infección con VPH ha sido propuesta como la primera causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cérvix. Sin embargo, no todas las mujeres infectadas con VPH desarrollan cáncer invasor, existiendo esta infección con frecuencia en mujeres sanas. Por lo tanto otros

cofactores deben ser necesarios para la progresión de la carcinogénesis en el cérvix según Woodman y Lizano (29).

2.2.2.4 Paridad

Está establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo de 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión pre-cancerosa de cérvix; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (12). A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH (29).

2.2.2.5 Partos vaginales

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo de 70% mayor de lesión pre-cancerosa, comparada con aquellas que solo tuvieron partos por cesárea, debido a las lesiones propias del cérvix en el momento del parto (12).

2.2.2.6 Uso de Métodos anticonceptivos

Aunque no existen evidencias, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. En un estudio multicéntrico realizado por la International Agency for Research of Cancer (IARC), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cérvix. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años (12).

En algunos estudios se ha investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años, además se ha descrito que existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección por el VPH (12).

En relación al método anticonceptivo oral es controvertido. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cérvix y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente (29).

Esto fue estudiado ampliamente por un grupo de expertos de la OMS, que concluyo que los grandes beneficios de la utilización de un método anticonceptivo muy eficaz para prevenir los embarazos inesperados e indeseados exceden con creces el potencial extremadamente pequeño de un mayor riesgo de cáncer de cérvix que puede resultar de la utilización de anticonceptivos orales. Por lo tanto, al desanimar o impedir la utilización de anticonceptivos orales no se favorece a la mujer. Esas mujeres, como todas las demás, solo necesitan someterse a tamizaje de cáncer de cérvix (3).

2.3 Hipótesis

H₀: Los factores de riesgo gineco-obstétricos tienen relación muy baja con las lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca del año 2018.

H₁: Los factores de riesgo gineco-obstétricos tienen relación muy alta con las lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca del año 2018.

2.4 Variables

- **Variable Independiente**
Factores gineco-obstétricos
- **Variable Dependiente**
Lesiones pre-cancerosas de cérvix

2.4.1 Definición y operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Variable Independiente: Factores gineco-obstétricos: son los aspectos ginecológicos y obstétricos relacionados a la vida reproductiva de la mujer (12) atendida en el Preventorio Oncológico del HRDC.	Factores de riesgo ginecológicos	Edad de inicio de relaciones sexuales	- < 15 años - 15 – 19 años - > 19 años	Intervalo
		Número de parejas sexuales	- 1 - 2 - 3 a más	Ordinal
		Método anticonceptivo	- Métodos Naturales - Métodos Hormonales - Métodos de Barrera - Dispositivos intrauterinos - Métodos Quirúrgicos	Nominal
		Antecedente de ITS	- SI - NO	Nominal
		Antecedentes familiares de Cáncer de Cérvix	- SI - NO	Nominal
	Factores de riesgo obstétricos	Paridad	- Nulípara - Primípara - Multipara - Gran múltipara	Ordinal
		Número de partos vaginales	- Ninguno - 1 – 5 - 6 a más	Intervalo
		Tipo de parto	- Vaginal - Abdominal - Ambos	Nominal
		Antecedentes de aborto	- SI - NO	Nominal
	Variable Dependiente: Lesiones pre-cancerosas Son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cérvix de la mujer (3) atendida en el Preventorio Oncológico del HRDC.	Lesiones pre-cancerosas	- Negativo - Positivo - Sospecha de cáncer.	- No se observa placa acetoblanco - Se observa placa acetoblanca. - Crecimiento tipo coliflor, ulcerante.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

- **Prospectivo:** Los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo.
- **Descriptivo:** Porque se describieron los factores gineco-obstétricos que se relacionan al desarrollo de las lesiones pre-cancerosas de cérvix.
- **Correlacional:** Debido a que determinaron la relación entre las variables: lesiones pre-cancerosas y los factores gineco-obstétricos.
- **Corte transversal:** Puesto que el estudio se realizó en un tiempo limitado.

3.2 Área de estudio

El presente estudio se realizó en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en la Av. Larry Jhonson S/N – Barrio de Mollepampa – Cajamarca en el 2018. (15)

Este hospital, es una institución referencial de mayor complejidad de la Región Cajamarca de categoría II-2, está comprometida con equidad e interculturalidad, integrando funciones de docencia e investigación. Para el año 2018, se ha propuesto ser un hospital referencial, de categoría III-1, cabecera de RED, acreditado para brindar una atención de salud integral de calidad y altamente especializada. (15)

3.3 Población

La población estuvo comprendida por las mujeres entre los 30 hasta los 49 años, que acudieron al Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para ser atendidas por el profesional capacitado en el método de tamizaje de la Inspección Visual con Ácido Acético, durante el periodo comprendido desde el mes de Julio al mes de Setiembre del año 2018.

3.4 Muestra

La muestra fue no probabilística intencional, debido a que en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca no cuenta con población designada, por lo tanto, se tomó el total de mujeres que fueron atendidas por el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético, en el periodo comprendido desde el mes de Julio al mes de Setiembre del año 2018.

3.5 Unidad de análisis

Cada una de las mujeres comprendidas entre 30 y 49 años de edad, quienes se realizaron el tamizaje mediante el método de Inspección Visual con Ácido Acético en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo comprendido del mes de Julio al mes de Setiembre del año 2018.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres de 30 a 49 años.
- Mujeres que se atendieron en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Mujeres con capacidad física y mental para responder el cuestionario.

Criterios de exclusión

- Gestantes.
- Mujeres con antecedentes personales de cáncer de cérvix.

3.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se empleó la técnica del cuestionario aplicado a las mujeres atendidas en el preventorio, el cual estuvo compuesto por un conjunto de preguntas destinadas a obtener la información requerida sobre las variables en estudio: factores gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix.

1. Cuestionario socio demográfico y de factores gineco-obstétricos: instrumento elaborado por la investigadora en base a las variables en estudio (Anexo 1), el cual consta de 3 partes: los datos generales, los factores ginecológicos, y por último los factores obstétricos.

2. Formato de resultado del método de tamizaje Inspección Visual con Ácido Acético, realizado por el profesional de salud capacitado (Anexo 3).

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos, en primera instancia, se obtuvo el permiso emitido por los comités de investigación y ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca para el desarrollo del estudio.

1. Se informó el objetivo del estudio a la mujer atendida en el preventorio, también firmó el consentimiento informado, para así contar con su participación en el estudio (ver Anexo N° 2).
2. El profesional de salud capacitado realizó el método de tamizaje de IVAA a la mujer, a fin de obtener el resultado (negativo, positivo o sospechoso de cáncer), prosiguiendo con la aplicación del cuestionario correspondiente.
3. La información recolectada se vació a un archivo de Excel 2011 teniendo en cuenta el modelo de instrumento de recolección de datos (ver Anexo N° 1).
4. Luego los datos fueron trasladados a una base de SPSS v. 21.0 para su procesamiento.
5. Por último los resultados obtenidos se analizaron e interpretaron.

3.9 Procesamiento y análisis de datos

3.9.1 Procesamiento

La información recolectada se procesó en el paquete estadístico SPSS v. 21.0 para Windows en español y la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes para el análisis univariado y bivariado, utilizándose para el análisis bivariado la prueba estadística de Pearson para así determinar la correlación entre las variables en estudio.

3.9.2 Análisis de datos

El análisis e interpretación de los datos se realizó con la descripción estadística, los mismos que se presentaron en tablas simples y de contingencia. Mediante las cuales se logró concluir de acuerdo a los objetivos planteados.

3.10 Consideraciones éticas

Los datos tomados para la realización de la investigación fueron obtenidos del cuestionario aplicado a las mujeres seleccionadas en el periodo de estudio, siendo de uso exclusivo de la investigación según los siguientes principios éticos generales:

Respeto por las personas sujeto de investigación para lo cual se aplicará el consentimiento informado.

Beneficencia que significa que no se dañó, por el contrario, la persona será beneficiada en el modo que al tener un diagnostico mediante la técnica de IVAA, podrá tener un tratamiento acorde a sus necesidades. Y

Justicia donde los sujetos de estudio no fueron elegidos en razón a que estaban fácilmente disponibles o porque su situación los hizo más fácilmente reclutables (33).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Características sociales y demográficas

Tabla 01: Características sociales y demográficas de las mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS		POBLACIÓN	
		N	%
ESTADO CIVIL	Soltera	14	21,5
	Casada	17	26,2
	Conviviente	34	52,3
	TOTAL	65	100,0
RELIGIÓN	Católica	38	58,5
	Evangélica	22	33,8
	Otros	5	7,7
	TOTAL	65	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	1	1,5
	Primaria	20	30,8
	Secundaria	25	38,5
	Superior	19	29,2
	TOTAL	65	100,0
OCUPACIÓN	Ama de casa	46	70,8
	Comerciante	13	20,0
	Otros	6	9,2
	TOTAL	65	100,0
PROCEDENCIA	Urbana	48	73,8
	Rural	17	26,2
	TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

La presente tabla muestra las características socio-demográficas. En relación a su estado civil el 52,3% fueron convivientes, seguidas por las mujeres casada con el 26,2%; con predominio de la religión católica con el 58,5%; concerniente al grado de instrucción, el nivel con mayor porcentaje fue secundaria con el 30,8%; seguida de nivel superior con el 29,2%; en cuanto a la ocupación, el 70,8% son amas de casa; del total de mujeres tuvieron procedencia de la zona urbana con un 73,8%.

4.2. Incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix

Tabla 02: Incidencia de Lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

RESULTADO DE IVAA	POBLACIÓN	
	N	%
Negativo	56	86,2
Positivo	9	13,8
TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

La tabla 02 se observa los resultados de la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) realizado a las 65 mujeres atendidas en el preventorio oncológico. El 86,2% dieron negativo al método de la IVAA; solo el 13,8% de la muestra dieron positivo a la inspección.

4.3. Factores de riesgo ginecológicos y obstétricos

Tabla 03: Factores de riesgo ginecológicos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS		POBLACIÓN	
		N	%
IRS	Menor de 15	11	16,9
	15 – 19	41	63,1
	Mayor de 19	13	20,0
	TOTAL	65	100,0
Nº PAREJAS SEXUALES	1	30	46,2
	2	19	29,2
	3 o más	16	24,6
	TOTAL	65	100,0
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Métodos Naturales	19	29,2
	Métodos Hormonales	31	47,7
	Métodos de Barrera	7	10,8
	Dispositivos Intrauterinos	7	10,8
	Métodos Quirúrgicos	1	1,5
TOTAL	65	100,0	
ANTECEDENTE DE ITS	Si	21	32,3
	No	44	67,7
	TOTAL	65	100,0
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE CÉRVIX	Si	2	3,1
	No	63	96,9
	TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Dentro de los factores de riesgo ginecológicos se observa que de población en estudio, la mayoría inicio sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años con el 63,1%; respecto al número de parejas sexuales el 46,2% han tenido solo 1 pareja sexual siendo el de mayor porcentaje; el método anticonceptivo utilizado en su vida fue el hormonal con 47,7%, seguido por el método natural con el 29,2%; también, se encontró que no presentaron antecedentes de ITS ni de Cáncer de Cérvix con un 67,7% y 96,9% respectivamente.

Tabla 04: Factores de riesgo obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS		POBLACIÓN	
		N	%
Nº PARTOS	Ninguno	4	6,2
	1 - 4	61	93,8
	TOTAL	65	100,0
PARIDAD	Nulípara	3	4,6
	Primípara	13	20,0
	Múltipara	46	70,8
	Gran múltipara	3	4,6
	TOTAL	65	100,0
TIPO DE PARTO	Ninguno	4	6,2
	Vaginal	47	72,3
	Abdominal	7	10,8
	Ambos	7	10,8
	TOTAL	65	100,0
ANTECEDENTE DE ABORTO	Si	19	29,2
	No	46	70,8
	TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

La tabla 04 detalla los factores de riesgo obstétricos de la población en estudio, inicialmente se muestra que el 93.8% tuvieron de 1 a 4 partos, referente a la paridad el 70.8% fueron múltiparas, el 13% primíparas, en un menor porcentaje gran múltiparas con el 4.6% similar porcentaje de las nulíparas; el tipo de parto que prevaleció fue el vaginal con el 72,3%, seguido del 10,8% de tipo abdominal y con ambos tipos de partos el 10,8%; del total de mujeres, el 70.8% no presentaron antecedente de aborto.

4.4. Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix

Tabla 05: Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS	LESIONES PRE-CANCEROSAS SEGÚN IVA						TOTAL	Pearson
	NEGATIVO		POSITIVO					
	N	%	N	%	N	%		
IRS	< de 15	10	17,9	1	11,1	11	16,9	0,126
	15 – 19	36	64,3	5	55,6	41	63,1	
	> de 19	10	17,9	3	33,3	13	20,0	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
Nº PAREJAS SEXUALES	1	27	48,2	3	33,3	30	46,2	0,161
	2	17	30,4	2	22,2	19	29,2	
	3 o más	12	21,4	4	44,4	16	24,6	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Natural	16	28,6	3	33,3	19	29,2	0,014
	Hormonal	28	50,0	3	33,3	31	47,7	
	Barrera	5	8,9	2	22,2	7	10,8	
	DIU	6	10,7	1	11,1	7	10,8	
	Quirúrgico	1	1,8	0	0,0	1	1,5	
TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0		
ANTECEDENTE DE ITS	Si	18	32,1	3	33,3	21	32,3	-0,009
	No	38	67,9	6	66,7	44	67,7	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER DE CÉRVIX	Si	1	1,8	1	11,1	2	3,1	-0,187
	No	55	98,2	8	88,9	63	96,9	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Los resultados encontrados en la presente tabla donde relaciona los factores de riesgo ginecológicos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix fueron: el 55,6% inició sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años; el 44,4% tuvo de 3 a más parejas sexuales; el 33,3% utilizó el método anticonceptivo natural y hormonal, respectivamente; el 66,7% negó tener antecedente de ITS y el 88,9% cáncer de cérvix. También se muestra el valor de la Prueba estadística de Pearson para cada factor de riesgo ginecológico, detallando una correlación positiva muy baja con el Inicio de Relaciones Sexuales (0,126), número de parejas sexuales (0,161), métodos anticonceptivos (0,014), y como correlación negativa muy baja a los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y de cáncer de cérvix.

4.5. Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix

Tabla 06: Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS	LESIONES PRE-CANCEROSAS SEGÚN IVAA				TOTAL	Pearson		
	NEGATIVO		POSITIVO					
	N	%	N	%	N	%		
Nº PARTOS	Ninguno	4	7,1	0	0,0	4	6,2	0,019
	1 – 4	52	92,8	9	100,0	61	93,8	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
PARIDAD	Nulípara	3	5,4	0	0,0	3	4,6	-0,035
	Primípara	10	17,9	3	33,3	13	20,0	
	Múltipara	40	71,4	6	66,7	46	70,8	
	Gran múltipara	3	5,4	0	0,0	7	4,6	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
TIPO DE PARTO	Ninguno	4	7,1	0	0,0	4	6,2	-0,144
	Vaginal	38	67,9	9	100,0	47	72,3	
	Abdominal	7	12,5	0	00,0	7	10,8	
	Ambos	7	12,5	0	00,0	7	10,8	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
ANTECEDENTE DE ABORTO	Si	17	30,4	2	22,2	19	29,2	0,062
	No	39	69,6	7	77,8	46	70,8	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

En la tabla se aprecia a las mujeres con lesiones pre-cancerosas de cérvix mediante el método de tamizaje de IVAA en relación a los factores de riesgo obstétricos: el 100,0% tuvieron de 1 a 4 partos; el 66,7% fueron múltiparas y el 33,3% primíparas; siendo 100,0% el tipo de parto vaginal; y con el 77,8% negaron tener antecedente de aborto.

Según la prueba estadística de Pearson, existe correlación positiva muy baja al número de partos (0,019) y al antecedente de aborto (0,062). Respecto a la paridad y tipo de parto presentan una correlación negativa muy baja (-0,035) y (-0,144), respectivamente.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Características sociales y demográficas

El presente estudio de investigación se realizó con una población de 65 mujeres entre los 30 y 49 años de edad; en su mayoría convivientes de religión, con grado de instrucción secundaria, referente a la ocupación que desempeñaban eran amas de casa, y procedentes de la zona urbana. El rango de edad fue un criterio de inclusión porque el método de tamizaje utilizado en el estudio así lo requería; puesto que, la unión escamoso cilíndrica (UEC) es observable, normalmente desde la treintena porque se visualiza la zona de transformación hasta antes de los 50 años de edad (3). Además Quispe N. y Aguilar K. (2017) detalló que las mujeres con lesiones pre-malignas a través del Papanicolaou tuvieron edades entre 32 a 45 años (10), dando a entender que las mujeres entre ese rango de edad son vulnerables a padecer las lesiones de cérvix, rango etario adecuado para el diagnóstico de lesiones pre-cancerosas no solo por el criterio de inclusión de la IVAA si no también con el método citológico.

5.2. Incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix

La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix mediante el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético, encontrada en la investigación (Tabla 02) es semejante al revelado por el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN NORTE (2010); quienes reportaron que, del total de 411 mujeres, el 17% tuvo diagnóstico de lesiones pre-malignas de cérvix; también Castillo L. (2017) encontró un 14% de incidencia con el mismo método de tamizaje empleado en la presente investigación.

Quispe y Aguilar, en el año 2017, revelaron una incidencia del 28%; por otro lado, Padilla (2016) mostró una incidencia de 66,23% siendo mayor al encontrado en la presente investigación. La incidencia arrojada y contrastada con Castillo (2017) es atribuida a que, según la OPS, después de la infección por VPH carcinogénico los cambios consecuentes en las células son bidireccionales; es decir, gran parte de las células

infectadas regresionan a su estado normal, a menos de que haya una reinfección o infección crónica para que las lesiones pre-cancerosas del cérvix desarrollen a un cáncer (3) lo cual se puede corroborar con el estudio de Carhuamaca N. (2017) quien demostró en el periodo 2011-2016 que las displasias diagnosticadas en el 2011 el 50% de ellas regresionaron, solo el 1,6% evolucionó a un cáncer invasor. Cabe mencionar que según los resultados de Castillo y de los encontrados en el presente estudio, ambos, se realizaron con el método de IVAA, a diferencia de los demás estudios que obtuvieron la incidencia mediante el método de Papanicolaou.

5.3. Factores de riesgo ginecológicos y obstétricos

En la tabla 03 y 04 detallan los factores ginecológicos y obstétricos, respectivamente, llamando la atención que el 63,1% inició sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la adolescencia se divide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) (34); notándose que en general, las mujeres en estudio, iniciaron precozmente su vida sexual en la adolescencia, teniendo un 80,0% del total, volviéndolas más susceptibles a la exposición del VPH carcinógeno (12), puesto que en su mayoría no usan método anticonceptivo de barrera como son los preservativos. El documento técnico de la situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú en el año 2017, en el período 2000-2015 muestra un porcentaje de mujeres que inició su vida sexual antes de los 15 años de edad habiendo incrementándose de un 5.1% a 6.9%, cabe mencionar que 9,1% refirió haber tenido 2 o más parejas relaciones en su vida (37), apreciándose la falta de educación sexual en los centros educativos para la toma de conciencia y responsabilidad de la salud sexual, así poder prevenir el cáncer de cérvix, siendo el factor de riesgo más asociados a las lesiones pre-cancerosas. A esto se le suma, que iniciarse precozmente en las relaciones sexuales, las mujeres tienden a tener mayor número de parejas sexuales como se muestra en el presente estudio, el 53,8% tuvieron de 2 a más parejas; empeorando la situación, tener un método anticonceptivo hormonal, debido a la desprotección contra el VPH (3).

Relativo a los antecedentes, la población en estudio negó haber padecido alguna infección de transmisión sexual o haber tenido familiares con cáncer de cérvix, con un 67,7% y 96,9% respectivamente. El porcentaje de las ITSs puede ser no tan confiable, ya que muchas mujeres no habían acudido a los establecimientos de salud, por temor o vergüenza al profesional que los atendería, por lo tanto desconocían realmente si

tenían antecedente de ITS; es conocido que en el Perú, sobretodo en la región de Cajamarca, aún existe tabú por los temas relacionados a la sexualidad.

En la investigación se observó un porcentaje mínimo, pero de gran importancia, sobre la gran multiparidad (4.6%), siendo un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cérvix según los investigadores Quispe N. y Aguilar K. (2017); además la teoría científica, establece que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo mayor (80%) respecto de las nulíparas, para presentar lesiones pre-cancerosas de cérvix; aumentando así el riesgo al tener mayor paridad (12).

5.4. Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix

Los datos encontrados en las mujeres con lesiones pre-cancerosas de cérvix mediante el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético en relación a los factores de riesgo gineco-obstétricos, según la tabla 05: el inicio de relaciones sexuales (55,6%) fue mayormente en el rango de 15 a 19 años. Citando a Altamirano S. (2017) quien refiere en su teoría que los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los virus carcinógenos; ya que si existe un agente infeccioso, el tiempo de exposición a este, será mucho mayor respecto a la precocidad del inicio de la vida sexual de las mujeres (12)(36); apoyado por los estudio de Quispe N. y Aguilar K. (2017), Tapia E. (2016), Villafuerte K. (2016), y Padilla A. (2016) coincidiendo en que el mayor porcentaje de mujeres con lesiones pre-cancerosas iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad.

Asimismo, en los antecedentes mundiales esta premisa es apoyada en su totalidad con los investigadores: Vicente E. (2014) quien determinó que el riesgo de padecer lesión pre-cancerosa se triplica si la mujer inició su vida sexual antes de los 20 años, en la adolescencia; en Cuba, el inicio precoz de la actividad sexual representada en un 73% en el grupo de estudio, donde casi las tres cuartas partes eran de 16 años o menos y un número considerable de igual o menores de 12 años; así mostraron Lau D., Millán M., Fajardo Y., Sánchez C. (2012), Camacho D., Reyes L. y Gonzáles G. en el mismo año, pero en Colombia, quienes encontraron mediana asociación al inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 20 años), similar a los resultados Barrios L., Lecompte P., Leones R. en el 2016.

Por otro lado, Altamirano S. y García S. (2017) mostró que el 56% inició sus relaciones sexuales después de los 15 años; los siguientes autores que se mencionaran a continuación muestran el inicio de relaciones sexuales más lejanas a la adolescencia: Ramos J. (2017), el rango de edad fue de los 15 a 25 años con un (88,5%), Bonilla K. y

Montalvo Y. (2015), también dieron resultados del 88,5% que iniciaron las relaciones sexuales desde los 15 a 25 años; el investigador Ajalcriña A. (2016) similar a los investigadores antes mencionados, encontró que el 55% de las mujeres iniciaron las relaciones sexuales entre los 18 a 20 años.

Analizando nuestro resultado del número de parejas sexuales se detalló que el 44.4% tuvo de 3 a más parejas, en el Manual para Tamizaje del Cáncer Cervicouterino, de la Organización Panamericana de la Salud, refiere que existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión pre-cancerosa y el número de parejas sexuales, básicamente relacionado con la probabilidad de exposición al VPH (35).

La asociación con el factor de riesgo, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos hormonales, entre otros, es apoyada por Barrios L., Lecompte P. y Leones R. (2016), en su estudio donde concluyeron que los factores de riesgo más frecuentes fueron las múltiples parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción, lo cuales están estrechamente relacionados a las lesiones del cérvix. Similar a la investigación de Camacho D., Reyes L. y Gonzáles G. (2012) concuerdan con el presente estudio donde se encontró una relación muy baja entre los factores de riesgo estudiados. Vicente E. (2014), quien siendo más drástico, no encontró asociación entre los factores de riesgo como el inicio precoz de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y las lesiones pre malignas de cérvix. Sin embargo, Altamirano S. y García S. (2017), encontraron que el 74% de las mujeres tuvieron Infección de Transmisión Sexual, discrepando con el 66,7% de las mujeres del presente estudio, quienes negaron tener antecedente de ITS. Por otro lado Castillo L. (2016), revelo que el haber padecido ITS de cualquier tipo y el antecedente familiar con cáncer se asocia a la aparición de lesiones premalignas, rechazando los resultados encontrados.

5.5. Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix

Respecto a los factores obstétricos, se encontró que el 100,0% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas tuvieron al menos un parto; el 66,7% fueron multíparas y el 33,3% primíparas; además que en su totalidad fueron partos vaginales; y el 77,8% negaron tener antecedente de aborto. Estos datos estadísticos fueron apoyados por Quispe N y Aguilar K. (2017), ya que las mujeres con lesiones pre malignas (28%), fueron multíparas (3 a más hijos). Ramos J. (2017) por su parte, mostró que las pacientes gran multíparas (50%) presentan la mayor proporción de lesiones pre-malignas difiriendo con el 0,0% de gran multíparas que resultaron positiva a las lesiones pre-cancerosas según el método de tamizaje IVAA encontrados en el presente estudio.

Considerando la literatura revisada donde la evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer de cérvix se comporta como una enfermedad de transmisión sexual por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, es decir, el inicio de relaciones sexuales a una edad temprana, la promiscuidad, la paridad, el uso de anticonceptivos orales y antecedentes de infecciones de transmisión sexual, principalmente por el virus del papiloma humano (VPH), considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer de cérvix (3).

CONCLUSIONES

- El grupo de estudio se caracterizó por ser convivientes, de religión católica, con grado de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes de la zona urbana.
- La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de IVAA fue de un 13,8%.
- Los factores de riesgo ginecológicos identificados fueron: La mayoría inició sus relaciones sexuales en el rango de 15 a 19 años; poco más de la mitad tuvieron 2 o mas parejas sexuales; el método anticonceptivo más utilizado fue hormonal; también, un mínimo porcentaje de mujeres presentaron antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual y de cáncer de cérvix. Los factores de riesgo obstétricos reportados fueron que, casi el total de las mujeres tuvieron al menos un parto, siendo la mayoría multíparas y de parto vaginal; y cerca de la cuarta parte tuvieron antecedentes de aborto.
- Referente a la relación entre los factores de riesgo ginecológicos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix se encontró que el mayor porcentaje de mujeres iniciaron sus relaciones sexuales entre 15 y 19 años; tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales; usando un método anticonceptivo que no las protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITSs) como el método hormonal y natural. No se encontró concordancia, puesto que en general negaron presentar antecedentes de ITSs y antecedentes familiares de Cáncer de Cérvix.
- Los hallazgos obtenidos en la relación entre los factores de riesgo obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, revelan que el total de la muestra tuvo de 1 a 4 partos por vía vaginal; las cuales fueron principalmente multíparas, además que la mayoría no tuvo antecedentes de abortos.
- Según la prueba estadística de Pearson, se comprobó la hipótesis nula, pues existe una relación muy baja entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix en las mujeres atendidas en el preventorio oncológico del HRDC; a pesar de haberse encontrado porcentajes elevados en la tablas cruzadas respecto a las lesiones pre-cancerosas.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

Protocolizar el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético en cada establecimiento de salud, ya que ayuda a la detección precoz de las lesiones precancerosas con el fin de disminuir la morbi-mortalidad del cáncer de cérvix.

Trabajar conjuntamente con el Ministerio de Educación, implementando la educación sexual acorde al nivel educativo, en las instituciones educativas, con el fin de prevenir y promocionar la salud.

AL PREVENTORIO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

Incentivar a los profesionales de salud a capacitarse en el método de Inspección Visual con Ácido Acético, para así tener mayor cobertura de la población susceptible al cáncer de cérvix.

Realizar, en las diferentes provincias de la región de Cajamarca, campañas de salud referente a los factores de riesgo gineco-obstétricos tomando en cuenta las características sociales y demográficas de cada mujer; induciendo a la toma de conciencia de la importancia de la prevención y promoción de la salud.

A LOS PROFESIONALES DE OBSTETRICIA

Capacitarse en el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético para evitar los falsos positivos y negativos; al mismo tiempo, poder disminuir la problemática del cáncer de cérvix.

Promover el uso del método anticonceptivo de barrera, evitando y disminuyendo el contagio del Virus del Papiloma Humano, siendo la principal causa del desarrollo de esta neoplasia en las mujeres.

**A LA ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

Incentivar a los estudiantes a continuar con estudios relacionados con la Inspección Visual con Ácido Acético para la detección precoz del cáncer de cérvix con una mayor población de estudio; además que desde el pre grado puedan realizar campañas educativas sobre la prevención del cáncer de cérvix.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. 2017. Revisado el 16/02/2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Ramos Dávila J. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012. Perú. 2015. Revisado el 16/02/2018. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1571>
3. Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2.ed. Washington, DC. 2016. Revisado el 16/02/2018. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
4. Sarria Bardales G, Limache García A. Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública cáncer control in Perú: a comprehensive approach to a public health issue. Rev Peru Med Exp Salud Pública. Perú. 2013. Revisado el 16/02/2018. <https://pdfs.semanticscholar.org/6043/20c6e13c94feefb86b0166a55d21c32cbea3.pdf>
5. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. 2013. Revisado el 16/02/2018. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Resolución Jefatura N° 121-RJ-INEN-2008. Perú. 2008. Revisado el 21/02/2018. <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/doctec/d0003.pdf>
7. Ministerio de Salud. Plan Esperanza. Perú. 2015. Revisado el 16/02/2018. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/boletines/Memoria-Plan-EsperanzaPERU.pdf>
8. Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021. Perú. 2017. Revisado el 09/11/2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf>

9. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Perú. 2017. Revisado el 21/02/2018.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
10. Quispe Guillen N, Aguilar Caballero K. Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016. Perú. 2017. Revisado el 21/02/2018.
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1395/TP-UNH-OBST.00101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú SE. 5. Vigilancia de lesiones precursoras, monitoreo y evaluación en la prevención y control del Cáncer Cervicouterino. Vol. 26 - Semana epidemiológica N° 5. Perú. 2017. Revisado el 21/02/2018. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/05.pdf>
12. Ajalcuña Mariaca A. Factores de riesgos en mujeres con y sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano atendidas en Onco Prev Internacional Distrito San Isidro – Lima 2015. Perú. 2016. Revisado el 21/02/2018.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2295/3/ajalcruina_a.pdf
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. Perú. 2016 Revisado el 25/02/2018.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/cap02.pdf
14. Hospital Regional Docente de Cajamarca Análisis de Situación de Salud año 2016. Revisado el 25/02/2018.
<http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/DOCUMENTO%20ASIS%202016%20HRDC.pdf>
15. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis de Situación de Salud Año 2015 Hospital Regional Docente Cajamarca. Perú. 2016. Revisado el 09/11/2018.
<http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/DOCUMENTO%20ASIS%202015%20HRDC.pdf>

16. Barrios García L, Lecompte Osorio P, Leones Castillo R. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. Colombia. 2016. Revisado el 07/11/2018.
<http://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273846452011/index.html>
17. Vicente Argueta E. Factores de riesgo epidemiológico asociado a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolau. Guatemala. 2014. Revisado el 25/02/2018. http://www.repositorio.usac.edu.gt/1655/1/05_9386.pdf
18. Lau Serrano D, Millán Vega M, Fajardo Tornés C, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012. Cuba. 2012. Revisado el 25/02/2018.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009
19. Camacho Rodríguez D, Reyes Ríos L, Gonzáles Ruiz G. Lesiones neoplásicas de cuello uterino en mujeres de una universidad colombiana. Colombia. 2013. Revisado el 25/02/2018. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a02.pdf>
20. Carhuamaca Antara N. Evolución de la displasia leve de cérvix en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unánue 2011 – 2016. Perú. 2017. Revisado el 25/02/2018.
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/551/T-TPMC-Nebyat%20Pamela%20Carhuamaca%20Antara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Altamirano Valle S, García Ruiz S. Principales factores de riesgos para el cáncer cérvico uterino y citología cervical uterina alterada (PAP-IVAA), en mujeres atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016. Perú. 2017. Revisado el 25/02/2018.
<http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2498/Tesis%20Final%20Sara%20y%20Magali.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Villafuerte Revilla K. Factores predisponentes de cáncer de cuello uterino establecidos en mujeres de 20 a 40 años del servicio de Ginecología Hospital Nacional Dos De Mayo de agosto a diciembre 2015. Perú. 2016. Revisado el 25/02/2018. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1188/T-TPMC-%20%20Katia%20Betizabeth%20%20Villafuerte%20Revilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Tapia Meléndez E. Factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino en pacientes mujeres de 15 a 40 años del servicio de ginecología oncológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz enero – diciembre 2015. Perú. 2016. Revisado el 25/02/2018.
- <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1155/T-TPMC-%20Estefany%20Talia%20Tapia%20Melendez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Angulo Noblecilla S. Factores asociados a lesiones pre malignas y malignas de cáncer cérvico uterino en mujeres de 30 – 49 años del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2015 Lima – Perú. Perú. 2016. Revisado el 25/02/2018.
- <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1024/T-TPMC-Stephanie%20Miluska%20Angulo%20Noblecilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Padilla Montero A. Incidencia de lesiones pre malignas de cuello uterino en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú " Luis Nicasio Sáenz" PNP durante el periodo enero a julio del 2015 Lima Perú. Perú. 2016. Revisado el 25/02/2018.
- <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/969/T-TPMC-%20Angella%20Del%20Rosario%20Padilla%20Montoro.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
26. Bonilla Tello K, Montalvo De La Torre Y. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008 – 2012. Perú. 2015. Revisado el 25/02/2018.
- <http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/977/FACTORES%20DE%20RIESGOS%20RELACIONADOS%20A%20LESIONES%20PRE%20MALIGNAS%20DE%20CANCER%20DE%20CUELLO%20UTERINO.%20HOSPITAL%20VICTOR%20RAMOS%20GUARDIA%20HUARAZ%202008-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Castillo Orbe L. Factores de Riesgo y Lesiones Premalignas de Cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este Distrito de Tarapoto 2015-2016. Perú. 2016. Revisado el 21/05/2018.
- <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2690/MAESTRIA%20CIENC.%20SAL.%20-%20Liria%20del%20Castillo%20Orbe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28. Outlook. Avances en la prevención del cáncer de cuello uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección. V. 27. 2010. Revisado el 21/05/2018. http://www.rho.org/files/PATH_outlook_27_2_sp.pdf
29. Callejas Monsalve D. Caracterización de la Respuesta Inmunitaria-Inflamatoria en el Cuello Uterino en Pacientes con Displasias de Cérvix. Alcalá de Henares. España. 2011. Revisado el 21/05/2018.
30. Organización Panamericana de la Salud. Manual para Tamizaje del Cáncer Cervicouterino. Publicado el 27 Noviembre 2010. Revisado el 11/05/2018. http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=temas-de-salud&alias=226-manual-para-tamizaje-del-cancer-cervico-uterino&Itemid=518
31. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en el tamizaje de lesiones pre malignas del cuello uterino. Perú. 2012. Revisado el 04/07/2018. http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/IREN/GUIA_S_TECNICAS/2012%20GUIA%20DE%20IVAA%20EN%20EL%20TAMIZAJE%20DE%20LESIONES%20PREMALIGNAS%20DE%20CUELLO%20UTERINO.pdf
32. Vico I. Torres M. Bases histopatológicas de la colposcopia. España. 2008. Revisado el 07/11/2018. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.bases_histopato_colposcopia.pdf
33. Osorio Hoyos J. Principios Éticos de la Investigación en seres humanos y en animales. Medicina (Buenos Aires). Volumen 60 - Nº 2. Argentina. 2000. Revisado el 21/05/2018. http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf
34. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia una época de oportunidades. Estados Unidos. 2011. Revisado el 12/11/18 https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

35. Abanto Millones J. Inspección Visual Con Ácido Acético Y Papanicolaou En La Detección De Lesiones Intraepiteliales De Alto Grado Del Cuello Uterino En Pacientes De Cuidate Consultorios Especializados-La Victoria Enero-Diciembre 2015. Perú. 2015. Revisado el 10/11/18
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2799/3/abanto_mjc.pdf
36. Ministerio de Salud. Documento Técnico de la Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes el Perú en el año 2017. Perú. 2017. Revisado el 12/11/18.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

ANEXO Nº 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LESIONES PRE-CANCEROSAS DE CÉRVIX Y FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL PREVENTORIO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018

La presente ficha de consentimiento informado tiene como propósito brindar información sobre la naturaleza del estudio de investigación, además del rol que desempeñará como participante.

La presente investigación está a cargo de Nycol Alejandra Mondragón Roncal, de la Universidad Nacional de Cajamarca. EL objetivo del presente estudio es determinar la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo de Julio - Setiembre del año 2018.

Al participar en este estudio, se le pedirá someterse a realizarse el método de tamizaje IVAA por el personal profesional de salud capacitado y responder a las preguntas del cuestionario que se le aplicará. Esto tomara aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es voluntaria y confidencial, puesto que la información que se recoja no se usara para ningún otro propósito fuera de los de la investigación.

Anticipadamente se le agradece su participación.

..... Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Nycol Alejandra Mondragón Roncal. He sido informada del objetivo del estudio que busca determinar la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo de Julio - Setiembre del año 2018.

Me han indicado también que si acepto tendré que realizarme el método de tamizaje IVAA y así responder el cuestionario respectivo, lo cual tomara aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO N° 4

CORRELACIÓN DE VARIABLES-PEARSON

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Lawrence (2003): Applied Multivariate Research: Design and Interpretation

LESIONES PRE-CANCEROSAS DE CÉRVIX Y FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL PREVENTORIO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2018

¹ *Nycol Alejandra Mondragón Roncal*

¹ Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC). Cajamarca – Perú

RESUMEN: El estudio corresponde a una investigación prospectiva, descriptiva, correlacional y de corte transversal, con el objetivo principal de determinar la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), en el año 2018. La muestra estuvo constituida por 65 mujeres de 30 a 49 años, que acudieron al Preventorio Oncológico del HRDC, durante el periodo de estudio, a quienes se les aplicó un cuestionario para identificar los factores de riesgo, y se realizó el método visual de tamizaje, Inspección Visual con Ácido Acético, por personal de salud capacitado. Entre los resultados se encontró que el grupo de estudio se caracterizó por ser convivientes, de religión católica, con grado de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes de la zona urbana. La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de IVAA fue de un 13,8%. En relación a los factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix, se evidencia el 55,6% inició sus relaciones sexuales entre 15 y 19 años; el 44,4% ha tenido de 3 a más parejas sexuales; el método anticonceptivo natural y el hormonal, fueron usados en el 33,3%, para ambos casos; en el 66,7% y 88,9%, respectivamente, no presentaron antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ni de Cáncer de Cérvix. En relación a los factores de riesgo obstétricos, los hallazgos revelan que el total de la muestra tuvo de 1 a 4 partos por vía vaginal; el 66,7% fueron multiparas y; el 33,3%, primíparas; y el 77,8% negaron tener antecedentes de abortos. Se concluye que la relación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix en las mujeres atendidas en el preventorio oncológico del HRDC, según la prueba estadística de Pearson, es muy baja.

Palabras claves: lesiones pre-cancerosas de cérvix, factores de riesgo gineco-obstétricos.

ABSTRACT: The study corresponds to a prospective, descriptive, correlational and cross-sectional investigation, with the main objective of determining the relationship between gynec-obstetric risk factors and pre-cancerous cervical lesions in women Attended in the oncological prevention of the Regional teaching Hospital of Cajamarca (HRDC), in the year 2018. The sample was constituted by 65 women from 30 to 49 years old, who attended the Oncological Preventory of the HRDC, during the study period, they were given a questionnaire to identify the risk factors, and the visual screening method, visual inspection with acetic acid, was performed by trained health personnel. Among the results it was found that the study group was characterized by being cohabitants, of Catholic religion, with degree of secondary education, housewives and from the urban zone. The incidence of pre-cancerous cervical lesions with the screening method of via was 13.8%. In relation to gynecological risk factors and pre-cancerous cervical lesions, 55.6% began their sexual relations between 15 and 19 years; 44.4% have had 3 to more sexual partners; he natural and hormonal contraceptive method were used in 33.3% for both cases; In 66.7% and 88.9%, respectively, no history of sexually transmitted infections or cervical cancer was present; in relation to obstetric risk factors, the findings reveal that the total sample had 1 to 4 vaginal births; 66.7% were multiparous and; 33.3%, primiparous; and 77.8% denied having a history of abortions It is concluded that the relationship between gynec-obstetric risk factors and pre-cancerous cervical lesions in women served in the HRDC oncological prevention, according to Pearson's statistical test, is very low.

Key words: pre-cancerous cervical lesions, gynec-obstetric risk factors.

MATERIALES Y MÉTODOS: La presente investigación es prospectiva, descriptiva, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 65 mujeres de 30 a 49 años, que acudieron al Preventorio Oncológico del HRDC, durante el periodo de estudio. Para la realización del mencionado trabajo de investigación se continuaron los siguientes pasos: En primera instancia se obtuvo el permiso de las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca para la ejecución de esta; luego se le informó el objetivo del estudio a la mujer atendida en el preventorio, solicitándole que firmara el consentimiento informado; el profesional de salud capacitado realizó el método de tamizaje de IVAA a la mujer, a fin de obtener el resultado (negativo, positivo o sospechoso de cáncer), prosiguiendo con la

aplicación del cuestionario correspondiente. La información recolectada se vació a un archivo de Excel 2011 teniendo en cuenta el modelo de instrumento de recolección de datos; luego los datos fueron trasladados a una base de SPSS v. 21.0 para su procesamiento; finalizando con el análisis y discusión de los resultados obtenidos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 01: Características sociales y demográficas de las mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS		POBLACIÓN	
		N	%
ESTADO CIVIL	Soltera	14	21,5
	Casada	17	26,2
	Conviviente	34	52,3
	TOTAL	65	100,0
RELIGIÓN	Católica	38	58,5
	Evangélica	22	33,8
	Otros	5	7,7
	TOTAL	65	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	1	1,5
	Primaria	20	30,8
	Secundaria	25	38,5
	Superior	19	29,2
	TOTAL	65	100,0
OCUPACIÓN	Ama de casa	46	70,8
	Comerciante	13	20,0
	Otros	6	9,2
	TOTAL	65	100,0
PROCEDENCIA	Urbana	48	73,8
	Rural	17	26,2
	TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

El presente estudio de investigación se realizó con una población de 65 mujeres entre los 30 y 49 años de edad; en su mayoría convivientes de religión, con grado de instrucción secundaria, referente a la ocupación que desempeñaban eran amas de casa, y procedentes de la zona urbana. El rango de edad fue un criterio de inclusión porque el método de tamizaje utilizado en el estudio así lo requería; puesto que, la unión escamoso cilíndrica (UEC) es observable, normalmente desde la treintena porque se visualiza la zona de transformación hasta antes de los 50 años de edad (1). Además Quispe N. y Aguilar K. (2017) detalló que las mujeres con lesiones pre-malignas a través del Papanicolaou tuvieron edades entre 32 a 45 años (2), dando a entender que las mujeres entre ese rango de edad son vulnerables a padecer las lesiones de cérvix, rango etario adecuado para el diagnóstico de lesiones pre-cancerosas no solo por el criterio de inclusión de la IVAA si no también con el método citológico.

Tabla 02: Incidencia de Lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

RESULTADO DE IVAA	POBLACIÓN	
	N	%
Negativo	56	86,2
Positivo	9	13,8
TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix mediante el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético, encontrada en la investigación (Tabla 02) es semejante al revelado por el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN NORTE (2010); quienes reportaron que, del total de 411 mujeres, el 17% tuvo diagnóstico de lesiones pre-malignas de cérvix; también Castillo L. (2017) encontró un 14% de incidencia con el mismo método de tamizaje empleado en la presente investigación.

Quispe y Aguilar, en el año 2017, revelaron una incidencia del 28%; por otro lado, Padilla (2016) mostró una incidencia de 66,23% siendo mayor al encontrado en la presente investigación. La incidencia arrojada y contrastada con Castillo (2017) es atribuida a que, según la OPS, después de la infección por VPH carcinogénico los cambios consecuentes en las células son bidireccionales; es decir, gran parte de las células infectadas regresionan a su estado normal, a menos de que haya una reinfección o infección crónica para que las lesiones pre-cancerosas del cérvix desarrollen a un cáncer (1) lo cual se puede corroborar con el estudio de Carhuamaca N. (2017) quien demostró en el periodo 2011-2016 que las displasias diagnosticadas en el 2011 el 50% de ellas regresionaron, solo el 1,6% evolucionó a un cáncer invasor. Cabe mencionar que según los resultados de Castillo y de los encontrados en el presente estudio, ambos, se realizaron con el método de IVAA, a diferencia de los demás estudios que obtuvieron la incidencia mediante el método de Papanicolaou.

Tabla 03: Factores de riesgo ginecológicos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS		POBLACIÓN	
		N	%
IRS	Menor de 15	11	16,9
	15 – 19	41	63,1
	Mayor de 19	13	20,0
	TOTAL	65	100,0
Nº PAREJAS SEXUALES	1	30	46,2
	2	19	29,2
	3 o más	16	24,6
	TOTAL	65	100,0
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Métodos Naturales	19	29,2
	Métodos Hormonales	31	47,7
	Métodos de Barrera	7	10,8
	Dispositivos Intrauterinos	7	10,8
	Métodos Quirúrgicos	1	1,5
	TOTAL	65	100,0
ANTECEDENTE DE ITS	Si	21	32,3
	No	44	67,7
	TOTAL	65	100,0
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE CÉRVIX	Si	2	3,1
	No	63	96,9
	TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Tabla 04: Factores de riesgo obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS		POBLACIÓN	
		N	%
Nº PARTOS	Ninguno	4	6,2
	1 – 4	61	93,8
	TOTAL	65	100,0
PARIDAD	Nulípara	3	4,6
	Primípara	13	20,0
	Múltipara	46	70,8
	Gran múltipara	3	4,6
	TOTAL	65	100,0
TIPO DE PARTO	Ninguno	4	6,2
	Vaginal	47	72,3
	Abdominal	7	10,8
	Ambos	7	10,8
	TOTAL	65	100,0
ANTECEDENTE DE ABORTO	Si	19	29,2
	No	46	70,8
	TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

En la tabla 03 y 04 detallan los factores ginecológicos y obstétricos, respectivamente, llamando la atención que el 63,1% inició sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la adolescencia se divide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) (3); notándose que en general, las mujeres en estudio, iniciaron precozmente su vida sexual en la adolescencia, teniendo un 80,0% del total, volviéndolas más susceptibles a la exposición del VPH carcinógeno (4), puesto que en su mayoría no usan método anticonceptivo de barrera como son los preservativos. El documento técnico de la situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú en el año 2017, en el período 2000-2015 muestra un porcentaje de mujeres que inició su vida sexual antes de los 15 años de edad habiendo incrementándose de un 5.1% a 6.9%, cabe mencionar que 9,1% refirió haber tenido 2 o más parejas relaciones en su vida (5), apreciándose la falta de educación sexual en los centros educativos para la toma de conciencia y responsabilidad de la salud sexual, así poder prevenir el cáncer de cérvix, siendo el factor de riesgo más asociados a las lesiones pre-cancerosas. A esto se le suma, que iniciarse precozmente en las relaciones sexuales, las mujeres tienden a tener mayor número de parejas sexuales como se muestra en el presente estudio, el 53,8% tuvieron de 2 a más parejas; empeorando la situación, tener un método anticonceptivo hormonal, debido a la desprotección contra el VPH (1).

Relativo a los antecedentes, la población en estudio negó haber padecido alguna infección de transmisión sexual o haber tenido familiares con cáncer de cérvix, con un 67,7% y 96,9% respectivamente. El porcentaje de las ITSs puede ser no tan confiable, ya que muchas mujeres no habían acudido a los establecimientos de salud, por temor o vergüenza al profesional que los atendería, por lo tanto desconocían realmente si tenían antecedente de ITS; es conocido que en el Perú, sobretodo en la región de Cajamarca, aún existe tabú por los temas relacionados a la sexualidad.

En la investigación se observó un porcentaje mínimo, pero de gran importancia, sobre la gran multiparidad (4.6%), siendo un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cérvix según los investigadores Quispe N. y Aguilar K. (2017); además la teoría científica, establece que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo mayor (80%) respecto de las nulíparas, para presentar lesiones pre-cancerosas de cérvix; aumentando así el riesgo al tener mayor paridad (6).

Tabla 05: Factores de riesgo ginecológicos y lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS	LESIONES PRE-CANCEROSAS SEGÚN IVAA				TOTAL		Pearson	
	NEGATIVO		POSITIVO		N	%		
	N	%	N	%				
IRS	< de 15	10	17,9	1	11,1	11	16,9	0,126
	15 – 19	36	64,3	5	55,6	41	63,1	
	> de 19	10	17,9	3	33,3	13	20,0	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
Nº PAREJAS SEXUALES	1	27	48,2	3	33,3	30	46,2	0,161
	2	17	30,4	2	22,2	19	29,2	
	3 o más	12	21,4	4	44,4	16	24,6	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Natural	16	28,6	3	33,3	19	29,2	0,014
	Hormonal	28	50,0	3	33,3	31	47,7	
	Barrera	5	8,9	2	22,2	7	10,8	
	DIU	6	10,7	1	11,1	7	10,8	
	Quirúrgico	1	1,8	0	0,0	1	1,5	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
ANTECEDENTE DE ITS	Si	18	32,1	3	33,3	21	32,3	-0,009
	No	38	67,9	6	66,7	44	67,7	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER DE CÉRVIX	Si	1	1,8	1	11,1	2	3,1	-0,187
	No	55	98,2	8	88,9	63	96,9	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Los datos encontrados en las mujeres con lesiones pre-cancerosas de cérvix mediante el método de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético en relación a los factores de riesgo gineco-obstétricos, según la tabla 05: el inicio de relaciones sexuales (55,6%) fue mayormente en el rango de 15 a 19 años. Citando a Altamirano S. (2017) quien refiere en su teoría que los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los virus carcinógenos; ya que si existe un agente infeccioso, el tiempo de exposición a este, será mucho mayor respecto a la precocidad del inicio de la vida sexual de las mujeres (6) (7); apoyado por los estudio de Quispe N. y Aguilar K. (2017), Tapia E. (2016), Villafuerte K. (2016), y Padilla A. (2016) coincidiendo en que el mayor porcentaje de mujeres con lesiones pre-cancerosas iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad.

Asimismo, en los antecedentes mundiales esta premisa es apoyada en su totalidad con los investigadores: Vicente E. (2014) quien determinó que el riesgo de padecer lesión pre-cancerosa se triplica si la mujer inició su vida sexual antes de los 20 años, en la adolescencia; en Cuba, el inicio precoz de la actividad sexual representada en un 73% en el grupo de estudio, donde casi las tres cuartas partes eran de 16 años o menos y un número considerable de igual o menores de 12 años; así mostraron Lau D., Millán M., Fajardo Y., Sánchez C. (2012), Camacho D., Reyes L. y Gonzáles G. en el mismo año, pero en Colombia, quienes encontraron mediana asociación al inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 20 años), similar a los resultados Barrios L., Lecompte P., Leones R. en el 2016.

Por otro lado, Altamirano S. y García S. (2017) mostró que el 56% inició sus relaciones sexuales después de los 15 años; los siguientes autores que se mencionaran a continuación muestran el inicio de relaciones sexuales más lejanas a la adolescencia: Ramos J. (2017), el rango de edad fue de los 15 a 25 años con un (88,5%), Bonilla K. y Montalvo Y. (2015), también dieron resultados del 88,5% que iniciaron las relaciones sexuales desde los 15 a 25 años; el investigador Ajalcuña A. (2016) similar a los investigadores antes mencionados, encontró que el 55% de las mujeres iniciaron las relaciones sexuales entre los 18 a 20 años.

Analizando nuestro resultado del número de parejas sexuales se detalló que el 44.4% tuvo de 3 a más parejas, en el Manual para Tamizaje del Cáncer Cervicouterino, de la Organización Panamericana de la Salud, refiere que existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión pre-cancerosa y el número de parejas sexuales, básicamente relacionado con la probabilidad de exposición al VPH (3).

La asociación con el factor de riesgo, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos hormonales, entre otros, es apoyada por Barrios L., Lecompte P. y Leones R. (2016), en su estudio donde concluyeron que los factores de riesgo más frecuentes fueron las múltiples parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción, lo cuales están estrechamente relacionados a las lesiones del cérvix. Similar a la investigación de Camacho D., Reyes L. y Gonzáles G. (2012) concuerdan con el presente estudio donde se encontró una relación muy baja entre los factores de riesgo estudiados. Vicente E. (2014), quien siendo más drástico, no encontró asociación entre los factores de riesgo como el inicio precoz de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y las lesiones pre malignas de cérvix. Sin embargo, Altamirano S. y García S. (2017), encontraron que el 74% de las mujeres tuvieron Infección de Transmisión Sexual, discrepando con el 66,7% de las mujeres del presente estudio, quienes negaron tener antecedente de ITS. Por otro lado Castillo L. (2016), revelo que el haber padecido ITS de cualquier tipo y el antecedente familiar con cáncer se asocia a la aparición de lesiones premalignas, rechazando los resultados encontrados.

Tabla 06: Factores de riesgo obstétricos y lesiones pre-cancerosas de cérvix en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS		LESIONES PRE-CANCEROSAS SEGÚN IVAA				TOTAL	Pearson	
		NEGATIVO		POSITIVO				
		N	%	N	%	N	%	
Nº PARTOS	Ninguno	4	7,1	0	0,0	4	6,2	0,019
	1 – 4	52	92,8	9	100,0	61	93,8	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
PARIDAD	Nulípara	3	5,4	0	0,0	3	4,6	-0,035
	Primípara	10	17,9	3	33,3	13	20,0	
	Múltipara	40	71,4	6	66,7	46	70,8	
	Gran múltipara	3	5,4	0	0,0	7	4,6	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
TIPO DE PARTO	Ninguno	4	7,1	0	0,0	4	6,2	-0,144
	Vaginal	38	67,9	9	100,0	47	72,3	
	Abdominal	7	12,5	0	00,0	7	10,8	
	Ambos	7	12,5	0	00,0	7	10,8	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	
ANTECEDENTE DE ABORTO	Si	17	30,4	2	22,2	19	29,2	0,062
	No	39	69,6	7	77,8	46	70,8	
	TOTAL	56	100,0	9	100,0	65	100,0	

Fuente: Cuestionario Lesiones pre-cancerosas de cérvix y factores de riesgo gineco-obstétricos en mujeres atendidas en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Respecto a los factores obstétricos, se encontró que el 100,0% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas tuvieron al menos un parto; el 66,7% fueron múltiparas y el 33,3% primíparas; además que en su totalidad fueron partos vaginales; y el 77,8% negaron tener antecedente de aborto. Estos datos estadísticos fueron apoyados por Quispe N y Aguilar K. (2017), ya que las mujeres con lesiones pre malignas (28%), fueron múltiparas (3 a más hijos). Ramos J. (2017) por su parte, mostró que las pacientes gran múltiparas (50%) presentan la mayor proporción de lesiones pre-malignas difiriendo con el 0,0% de gran múltiparas que resultaron positiva a las lesiones pre-cancerosas según el método de tamizaje IVAA encontrados en el presente estudio.

Considerando la literatura revisada donde la evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer de cérvix se comporta como una enfermedad de transmisión sexual por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, es decir, el inicio de relaciones sexuales a una edad temprana, la promiscuidad, la paridad, el uso de anticonceptivos orales y antecedentes de infecciones de transmisión sexual, principalmente por el virus del papiloma humano (VPH), considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer de cérvix (1).

CONCLUSIONES

- El grupo de estudio se caracterizó por ser convivientes, de religión católica, con grado de instrucción secundaria, amas de casa y procedentes de la zona urbana.
- La incidencia de lesiones pre-cancerosas de cérvix con el método de tamizaje de IVAA fue de un 13,8%.
- Los factores de riesgo ginecológicos identificados fueron: La mayoría inició sus relaciones sexuales en el rango de 15 a 19 años; poco más de la mitad tuvieron 2 o mas parejas sexuales; el método anticonceptivo más utilizado fue hormonal; también, un mínimo porcentaje de mujeres presentaron antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual y de cáncer de cérvix. Los factores de riesgo obstétricos reportados fueron que, casi el total de las mujeres tuvieron al menos un parto, siendo la mayoría múltiparas y de parto vaginal; y cerca de la cuarta parte tuvieron antecedentes de aborto.
- Referente a la relación entre los factores de riesgo ginecológicos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix se encontró que el mayor porcentaje de mujeres iniciaron sus relaciones sexuales entre 15 y 19 años; tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales; usando un método anticonceptivo que no las protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITSs) como el método hormonal y natural. No se encontró concordancia, puesto que en general negaron presentar antecedentes de ITSs y antecedentes familiares de Cáncer de Cérvix; siendo importante intervenir en las instituciones educativas desde un nivel básico
- Los hallazgos obtenidos en la relación entre los factores de riesgo obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix, revelan que el total de la muestra tuvo de 1 a 4 partos por vía vaginal; las cuales fueron principalmente múltiparas, además que la mayoría no tuvo antecedentes de abortos.
- Según la prueba estadística de Pearson, se comprobó la hipótesis nula, pues existe una relación muy baja entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y las lesiones pre-cancerosas de cérvix en las mujeres atendidas en el preventorio oncológico del HRDC; a pesar de haberse encontrado porcentajes elevados en la tablas cruzadas respecto a las lesiones pre-cancerosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2.ed. Washington, DC. 2016. Revisado el 16/02/2018. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
2. Quispe Guillen N, Aguilar Caballero K. Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016. Perú. 2017. Revisado el 21/02/2018. <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1395/TP-UNH-OBST.00101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia una época de oportunidades. Estados Unidos. 2011. Revisado el 12/11/18 https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
4. Ajalcraña Mariaca A. Factores de riesgos en mujeres con y sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano atendidas en Onco Prev Internacional Distrito San Isidro – Lima 2015. Perú. 2016. Revisado el 21/02/2018. http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2295/3/ajalcraña_a.pdf
5. Ministerio de Salud. Documento Técnico de la Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes el Perú en el año 2017. Perú. 2017. Revisado el 12/11/18. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

6. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú SE. 5. Vigilancia de lesiones precursoras, monitoreo y evaluación en la prevención y control del Cáncer Cervicouterino. Vol. 26 - Semana epidemiológica N° 5. Perú. 2017. Revisado el 21/02/2018. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/05.pdf>
7. Abanto Millones J. Inspección Visual Con Ácido Acético Y Papanicolaou En La Detección De Lesiones Intraepiteliales De Alto Grado Del Cuello Uterino En Pacientes De Cuídate Consultorios Especializados-La Victoria Enero-Diciembre 2015. Perú. 2015. Revisado el 10/11/18
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2799/3/abanto_mjc.pdf