

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018”

Presentado por:

Daisi Gallegos Pérez

Para optar el Título Profesional de Médico-Cirujano

Asesor:

Nicolás Mauricio Agurto

Cusco- Perú, 2019

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada uno de los Médicos Asistentes, quienes mediante el arte y la ciencia, ayudaron a forjar mi carácter de medico humanitario, con el único objetivo de aliviar las dolencias del paciente. A ellos, mi más sincero reconocimiento. Espero no defraudarlos.

DEDICATORIA

El que habita al abrigo del altísimo, morara bajo la sombra del omnipotente. (Salmo 91)

A mi madre Rosa por su inmenso amor, por siempre confiar en mí, por ser el motivo por el cual sigo adelante. A mi padre Claudio, quien con tanto amor por medio de la razón y el buen ejemplo hizo de mí lo que soy. Gracias a ambos por estar a mi lado.

CONTENIDO

	Página
CONTENIDO	i
RESUMEN/ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iv
CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 Fundamentación del Problema.....	1
2.2 Formulación del problema.....	3
2.3 Justificación de la investigación.....	4
2.4 Limitaciones de la investigación.....	5
3: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	
3.1 Objetivo General.....	6
3.2 Objetivos Específicos.....	6
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.	
4.1 Bases teóricas y definiciones conceptuales.....	7
4.2 Antecedentes de la Investigación.....	15
4.3 Definición de términos básicos.....	21
CAPITULO 3: FORMULACION DE HIPOTESIS-METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	
5.1 Hipótesis general.....	23
5.2 Hipótesis específicas.....	23
6.1 Tipo de investigación.....	24
6.2 Diseño de la investigación.....	24
6.3 Población y Muestra.....	24
6.4 Variables.....	25
6.4 Definiciones Operacionales.....	26
6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
6.6 Plan de análisis de datos.....	29
6.7 Aspectos Éticos.....	29
7: Aspectos administrativos de la investigación.....	29
7.1 Presupuesto y Financiamiento.....	26
CAPÍTULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
CAPITULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	72

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la relación de la edad de inicio de relaciones sexuales con la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino en el Hospital Regional del Cusco, 2018.

Métodos: se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo. Se recolectó información de las historias clínicas de 252 pacientes las cuales fueron atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018, de las cuales 108 cumplieron los criterios de inclusión. El instrumento utilizado fue la “ficha de recolección de datos” la cual fue debidamente validada.

Resultados: la edad promedio (\pm DE) fue de $42,1 \pm 11.4$ años, el grado de instrucción de mayor frecuencia fue analfabeta y primaria 58 (53.7%), de procedencia en su mayoría urbano con 53.7%, de estado civil predominante casada y conviviente 95 (87.96%). De las 108 féminas que cumplieron los criterios de inclusión la mayoría de las pacientes presentó HSIL (50%) en los resultados del primer PAP patológico, mientras que de las pacientes con biopsia positiva el 28.7% tenían NIC III. Seguidamente se reveló que la edad de inicio de relaciones sexuales presentó una media (\pm DE) 16.6 ± 2.5 , el tiempo entre el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino (media \pm DE) fue de 25.5 ± 12 años con un rango de 4-55 años. Otros datos relevantes fueron que las parejas sexuales (media \pm DE) $2,3 \pm 1,2$, el 48.15% tuvo antecedente de vaginosis. 97.22% ausencia de antecedente de ETS, el 70.37% no usa ACO.

Conclusiones: La edad de inicio de relaciones sexuales es un determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, con un tiempo de aparición desde la primera relación sexual hasta el primer PAP patológico fue de 18-29 años. Otros factores de riesgo fueron número de parejas sexuales, inicio de la menarquia ≤ 13 años y la edad del primer parto, mientras de los factores intervinientes fueron antecedente de infecciones vaginales, ETS, uso de ACO y consumo de tabaco no son factores de riesgo.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de cuello uterino, lesiones premalignas, inicio de relaciones sexuales, PAP, NIC.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the relationship of the age of onset of sexual relations with the appearance of premalignant lesions of cervical cancer in the Regional Hospital of Cusco, 2018.

Methods: an observational, transversal, analytical and retrospective study was carried out. Information was collected from the medical records of 252 patients who were treated in the gynecological cancer preventive program of the Regional Hospital of Cusco during 2018, of which 108 met the inclusion criteria. The instrument used was the "data collection card" which was duly validated.

Results: the average age (\pm SD) was 42.1 ± 11.4 years, the highest frequency of education was illiterate and primary 58 (53.7%), mostly urban with 53.7%, marital status predominantly married and partner 95 (87.96%). Of the 108 women who met the inclusion criteria, most of the patients presented HSIL (50%) in the results of the first pathological PAP, while of the patients with a positive biopsy, 28.7% had CIN III. It was then revealed that the age at onset of sexual intercourse presented a mean (\pm SD) 16.6 ± 2.5 , the time between the beginning of sexual intercourse and the diagnosis of premalignant cervical cancer lesion (mean \pm SD) was 25.5 ± 12 years with a range of 4-55 years. Other relevant data were that the sexual partners (mean \pm SD) 2.3 ± 1.2 , 48.15% had a history of vaginosis. 97.22% absence of antecedent of ETS, 70.37% do not use ACO.

Conclusions: The age of onset of sexual intercourse is a determinant of the appearance of premalignant lesions of cervical cancer, with a time of appearance from the first sexual intercourse until the first pathological PAP was 18-29 years. Other risk factors were number of sexual partners, onset of menarche ≤ 13 years and the age of first delivery, while the intervening factors were antecedents of vaginal infections, STDs, use of OAC and smoking are not risk factors.

KEY WORDS: Cervical cancer, premalignant lesions, initiation of sexual relations, PAP, NIC.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino constituye una de las grandes preocupaciones del sector salud, a pesar de que las modernas tecnologías terapéuticas hacen de él una enfermedad curable, cuando se diagnostica oportunamente; pero en el contexto de la salud sexual y reproductiva de las mujeres más pobres, esta perspectiva es aún lejana, en la medida en que la cobertura de los programas de tamizaje y diagnóstico precoz es relativamente precaria y los diagnósticos se realizan tardíamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha trazado objetivos para mejorar la salud de mujeres con factores de riesgo. Aportando a este ámbito, es de gran importancia realizar estudios que ayuden a prevenir el desarrollo del cáncer cervicouterino.

En nuestra región, Cusco, aún existe la alta incidencia de esta enfermedad, es por ello que se considera importante hacer un estudio sobre los factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones preneoplásicas de cáncer de cuello uterino, en mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2013-2017, con el objetivo de determinar tales factores mediante un estudio retrospectivo, tipo caso-control, y así evitar complicaciones que puedan llevar a la muerte de la mujer.

Son muchos los factores que desencadenan el desarrollo de las lesiones preneoplásicas (características de la conducta sexual, factores relacionados con la reproducción, antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, los hábitos nocivos, etc.), los cuales fueron seleccionados previa revisión bibliográfica.

1. TÍTULO. “Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018”

CAPITULO I

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Fundamentación del problema

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es una amenaza muy grave para la vida de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el cáncer es el crecimiento maligno y descontrolado de células y tejidos. El 90% de las neoplasias del cuello uterino son neoplasias de células escamosas; el 10% restante son adenocarcinomas que se originan en la capa cilíndrica glandular del endocervix. Las lesiones premalignas de cervix 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 por el Virus del Papiloma Humano (VPH)(1).

Según la OMS en el 2018 se diagnosticaron a nivel mundial 570 000 casos nuevos de CCU y 311 000 mujeres murieron a causa de esta enfermedad(2). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de CCU y casi 34.000 fallecieron. Siendo la tasa de mortalidad 3 veces más altas en América Latina que en Norteamérica(3). En nuestro Perú, cada 5 horas muere una mujer por CCU. Según el último Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú del 2013, se encontró que la neoplasia registrada con mayor frecuencia fue el cáncer de cuello uterino representando el 14.9% del total de las enfermedades neoplásicas y en Cusco un 18,8%(4). Además la tasa de mortalidad por neoplasia de cérvix en el Cusco es de 4,5 defunciones por 100,000 habitantes (5).

El riesgo de lesiones preneoplásicas aumenta por el inicio temprano de la vida sexual, porque se ha demostrado que en la vida temprana los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de las proteínas oncogénicas liberadas por el VPH. Además el inicio temprano de la vida sexual implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. También se ha encontrado que el número de compañeros sexuales, antecedentes de infección vaginal, enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos orales, paridad, partos vaginales, edad del primer parto y tabaquismo están asociados al desarrollo de lesiones premalignas de CCU(6).

Considero que en el Perú, especialmente en zonas rurales, existe gran cantidad de adolescentes que inician relaciones sexuales a temprana edad, conllevando este al desarrollo de diferentes enfermedades, como las lesiones premalignas de CCU; motivo por el cual la presente tesis evaluará la asociación entre inicio temprano de relaciones sexuales y la aparición de lesiones premalignas de CCU en el Hospital Regional del Cusco. Así mismo poder mejorar el sistema de prevención y desarrollar políticas en educación sexual.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuál será la relación de la edad de inicio de relaciones sexuales con la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018?

2.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los rangos de edad de inicio de relaciones sexuales?
2. ¿Después de cuánto tiempo de inicio de relaciones sexuales aparece el primer PAP patológico?
3. ¿Qué relación existe entre otras características de la conducta sexual, tales como: número de compañeros sexuales, antecedente de infecciones vaginales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos orales; y la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino?
4. ¿Qué relación existe entre los factores relacionados con la reproducción, tales como: inicio de la menarquia, paridad, edad del primer parto, partos vaginales; y la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino?
5. ¿Qué relación existe entre los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, y la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino?
6. ¿Qué relación existe entre el consumo de tabaco, y la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino?

2.3. Justificación del estudio del problema

El cáncer cervicouterino es un problema que avanza de modo peligroso siendo este el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas; nuestro país y especialmente nuestra región Cusco no es ajeno a esta realidad.

Trascendencia: Al concluir la presente tesis se podrá obtener datos concretos relacionados con nuestra realidad. Con esta información, se busca dar planes de prevención a nivel de atención primaria; así mismo puede servir de base para otros estudios y servir para trabajos similares que aborden el problema desde un punto de vista prospectivo.

Aporte científico: El estudio contribuye al conocimiento vigente sobre el inicio de relaciones sexuales asociado a lesiones premalignas, por más que según la literatura se hayan realizado varios estudios similares, no existen estudios realizados a nivel regional.

Ciencia: Es un estudio retrospectivo, transversal, analítico, observacional.

Salud pública: Estudiar el inicio de relaciones sexuales y otros factores que predisponen a las mujeres, el padecer de esta enfermedad, podría prevenir consecuencias futuras. Además de ahorrar grandes cantidades de dinero que el estado peruano invierte en el tratamiento de esta enfermedad.

2.4. Limitaciones y viabilidad del estudio

2.4.1. Limitaciones:

- Riesgo de no encontrar todos los datos de forma exacta o completa en las historias clínicas
- Historias clínicas no disponibles o extraviadas.
- Veracidad de las respuestas obtenidas en las historias clínicas.

2.4.2. Viabilidad:

- La investigación se halla dentro de las competencias de la investigadora, los procedimientos necesarios para la realización del mismo son accesibles y no ingresa en conflictos con la ética.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1. Objetivo general

Evaluar la relación de la edad de inicio de relaciones sexuales con la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018.

3.2. Objetivos específicos

1. Determinar los rangos de edad de inicio de relaciones sexuales.
2. Determinar después de cuánto tiempo de inicio de relaciones sexuales aparece el primer PAP patológico.
3. Analizar que otras características de la conducta sexual, tales como: número de compañeros sexuales, antecedente de infecciones vaginales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos orales; tienen relación con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.
4. Analizar la relación que existe entre los factores relacionados con la reproducción, tales como: inicio de la menarquia, paridad, edad del primer parto, partos vaginales; con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.
5. Determinar si los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, tienen relación con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.
6. Determinar si el consumo de tabaco, tiene relación con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

CAPITULO II

4. MARCO TEORICO

4.1. BASES TEORICAS Y CONCEPTUALES

Lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino

Las lesiones preneoplásicas, son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera diferente en presencia de una infección por VPH(1).

En el 2018 se diagnosticaron a nivel mundial 570 000 casos nuevos de CCU y 311 000 mujeres murieron por esta enfermedad(2). Según la OPS más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de CCU y casi 34.000 fallecieron, además se evidenció que la tasa de mortalidad es 3 veces más altas en América Latina que en Norteamérica (3) En nuestro Perú, cada 5 horas muere una mujer por CCU. Según el último análisis de la Situación del Cáncer en el Perú del 2013, se encontró que la neoplasia registrado con mayor porcentaje fue la neoplasia de cuello uterino representando el 14.9% del total de las enfermedades neoplásicas y en Cusco un 18,8%(4). La tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en el Cusco es de 4,5 defunciones por 100,000 habitantes(5).

Clasificación

Estas malformaciones han recibido diversas denominaciones.

El término displasia (derivado del griego que significa mal formado) indica falta de maduración y ordenamiento de las células. Se denomina displasia de cuello uterino, a las alteraciones de diferenciación del epitelio escamoso; la displasia cervical se dividió de acuerdo al espesor de epitelio afectado en:

- Displasia leve
- Displasia moderada
- Displasia severa

Estas definiciones dieron lugar a que se pensara en diferentes grupos de enfermedad, por un lado displasia y por otro lado carcinoma in-situ, con implicaciones diferentes ya que se decía que las displasias podrían regresar a su normalidad y que el carcinoma in-situ no tratado terminaba en carcinoma invasor. Posteriormente se dijo que el carcinoma in-situ y las displasias son parte de una misma enfermedad por lo que Richart y Colaboradores crearon el término NIC (neoplasia cervical intraepitelial), para incluir todas las formas de lesiones premalignas de cáncer de cervix. El NIC se divide en tres grupos:

- NIC I: pertenece a displasia leve;
- NIC II: pertenece a displasia moderada
- NIC III: Este grupo abarca displasia severa y carcinoma in situ (6).

En 1988, en un seminario taller organizado por el National Cancer Institute de los Estados Unidos se propuso un nuevo sistema de nomenclatura, el sistema Bethesda, para describir las alteraciones citológicas, incluyendo nuevos conceptos relacionados con la infección por VPH. En el año 2001 se modificó dicha clasificación, quedando esta de la siguiente manera:

- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de bajo grado (LIEBG); comprende displasias leves (NIC I).
- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG): comprende las displasias moderada (NICII), severa y cáncer in situ (NIC III)(7,8).

En la actualidad en la mayoría de laboratorios de anatomía patológica se sigue la clasificación denominada *The 2001 Bethesda System (2001TBS)*(7).

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad:

Células epiteliales anormales

Células escamosas

- a. Células escamosas atípicas (ASC) (*atypical squamous cells*).
 - De significado indeterminado (ASC-US).
 - Que no pueden excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H).
- b. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL): Incluye infección por VPH / displasia leve / NIC I.
- c. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL): Incluye displasia moderada y severa / NIC II y NIC III / carcinoma escamoso *in situ*.
- d. Con características sospechosas de invasión.
- e. Carcinoma escamoso.

Células glandulares

- a. Células glandulares atípicas (AGC)
- b. Células glandulares atípicas
- c. Adenocarcinoma endocervical *in situ*.
- d. Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino o sin especificar.

Etiología

La causa primaria de las lesiones premalignas y del cáncer de cervix escamoso es la infección asintomática por el VPH de alto riesgo (carcinogénicos u oncogénicos); sin embargo existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de Antígeno Leucocitaria Humano (HLA) HLA-B7 y HLA-B302. El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente(1,6).

Fisiopatología

El primer paso para el desarrollo de las lesiones premalignas de CCU es haber ingresado en las células epiteliales del cuello uterino, la infección por VPH de alto riesgo; el cual interfiere en las funciones normales de esas células(1,4).

El virus en la fase temprana del ciclo produce las oncoproteínas E6 y E7, las cuales interaccionan con los reguladores celulares p53 y pRB respectivamente, inactivándolos. Debido a que los dos genes participan de manera importante en el control del ciclo celular, estos eventos favorecen el crecimiento descontrolado de las células como la transición maligna en el cáncer cervicouterino(8).

Factores de riesgo

Muchos estudios han demostrado que la infección por el VPH es la causa necesaria, pero no la única suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con él, influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad(9).

Factores relacionados con la conducta sexual

Edad de inicio de relaciones sexuales: El riesgo de lesiones premalignas aumenta por el inicio temprano de las relaciones sexuales, pues ello provoca una alta susceptibilidad a proteínas oncogénicas liberadas por el VPH. Asimismo el inicio precoz de la actividad sexual implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Según la literatura se demostró también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. El riesgo de lesión premaligna 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 (6,10).

Número de compañeros sexuales: Existe una relación directa entre el riesgo de lesión premaligna y el número de compañeros sexuales. A mayor cantidad de compañeros sexuales, mayor será el riesgo de tener la infección por VPH, sin embargo la actividad sexual con un solo compañero (que tiene o ha tenido muchas compañeras) también se asocia con la infección por VPH. Camacho y cols en su estudio sobre lesiones malignas de cervix en mujeres de una universidad colombiana, demostró la

presencia de VPH cervical en un 17-21% de las que tenían una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más compañeros sexuales(11).

Antecedentes de infecciones vaginales: La flora vaginal normal se caracteriza porque predominan especies de lactobacilos, pero en la vaginosis bacteriana se remplazan por agentes patógenos que incluyen la *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma genital*, *Prevotella spp.*, *Peptostreptococi*, *Mobiluncus spp.*, y otras bacterias anaerobias que cambian el pH vaginal. La *Gardnerella vaginalis*, está presente en el 30% y 40% de las formas sintomática. Se ha determinado la asociación entre VPH de alto riesgo e infecciones vaginales como VPH (16, 31, 33, 35 y 52) con vaginosis bacteriana, *Trichomonavaginalis* con VPH (18, 45, 66 y 68) e infecciones por *Candida spp* únicamente con VPH-18 (12,13).

Antecedente de enfermedades de transmisión sexual: Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital(6).

Es importante mencionar que estas enfermedades no bien tratadas podrían desencadenar a lesiones premalignas a nivel del cérvix, que sin dudas llegarían a evolucionar hacia un cáncer invasor (14).

Uso de anticonceptivos orales: El uso largo de los anticonceptivos orales (5 o más años) está asociado a un riesgo mayor de cáncer cervical. Un análisis de 24 estudios epidemiológicos encontró que cuanto más tiempo una mujer usaba los anticonceptivos orales tanto más aumentaba su riesgo de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, entre las mujeres que dejaron de tomar anticonceptivos orales, el riesgo tendió a disminuir con el tiempo, sin importar por cuánto tiempo ellas habían usado los anticonceptivos orales antes de dejar de tomarlos. En un informe de la *International Agency for Research on Cancer*, la cual forma parte de la OMS, se combinaron los datos de ocho estudios para evaluar la relación que había entre el uso de anticonceptivos orales con el riesgo de cáncer de cérvix entre las mujeres que tenían la infección por VPH(14).

Factores relacionados con la reproducción

Inicio de la menarquia: Si bien es cierto aún no existe un planteamiento definitivo con respecto a este tema, sí plantean algunos autores cierta correspondencia; como Benia en Uruguay, en cuyo estudio el 12.5 % de las pacientes con la enfermedad tuvo una menarquía precoz y Castañeda que mostro significación cuando la menarquía ocurrió antes de los 10 años o después de los 14 años(14).

Paridad: Se ha demostrado que mujeres con 2 o más hijos tienen un riesgo de 80% mayor respecto a las que nunca tuvieron hijos de presentar lesión preneoplásicas; luego de 4 hijos dicho riesgo es tres veces, después de 7 se cuadruplica y con 12 aumenta en 5 veces; a pesar de que no existe explicación definitiva para este proceso, se cree que la inmunosupresión en el embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH(6).

Las manipulaciones obstétricas, ya sean por partos o abortos, tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana(15).

Edad del primer parto: Las pacientes que tuvieron su primer embarazo a término a los 17 años o menos son casi 2 veces más propensas a tener cáncer de cervix posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después(16).

Partos vaginales: Fernández et al, en su estudio: "Asociación entre parto vaginal y parto por cesárea, con el cáncer epidermoide de cervix y sus precursores". Sugieren fuertemente la probabilidad que lesiones epiteliales cervicales producidas en el parto vaginal pueden facilitar la penetración del VPH e infectar el epitelio. El hallazgo de un OR de 24,11, con una muy alta significancia estadística ($p < 0,000$), indica que el parto vaginal expone a una mujer 24 veces más a desarrollar un cáncer cervical, en comparación con aquella que tiene un parto por cesárea, exclusivamente, y sin trabajo de parto previo(17).

Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino

Estudios han demostrado que los antecedentes oncológicos familiares de neoplasia constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de CCU; Cabrera y et al, obtuvieron un OR significativamente mayor de 1, de modo que existe 9 veces mayor posibilidad de desarrollar CCU en las mujeres con antecedentes oncológicos familiares de cáncer en comparación con las que no presentaban antecedentes. (14).

Relacionados con los hábitos nocivos

Tabaquismo: El hábito tabáquico es un factor de riesgo importante en el desarrollo del cáncer de cervix, ya que provoca acumulación de nicotina y su producto de degradación la cotinina en célula de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical, interfiriendo en el normal funcionamiento de esta célula, creando el terreno adecuado para la acción de otros agentes como es el VPH. El tabaco produce un efecto inmunosupresor local(14).

Relacionados con datos demográficos

Grado de instrucción Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren(6).

Procedencia: La prevalencia de esta neoplasia puede variar dependiendo de donde vive la mujer, ya que es más probable un aumento en la incidencia en áreas rurales que en urbanas, donde los servicios de salud están más cerca de la población. Según estudios mencionan que las residentes de zonas rurales se realizan en menor proporción la citología cervical, comparadas con las que habitan en ciudades(18).

Cuadro clínico

Signos y síntomas: Tanto la infección por el VPH, lesiones premalignas e incluso el cáncer en estadio temprano son asintomáticos (4).

Diagnóstico

Citología cervical o Papanicolaou (PAP): Examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula (hipertrofia nuclear, tamaño forma y la intensidad tintorial)(19).

Prueba de ADN – VPH: Para la toma de muestra la mujer se recuesta en una camilla, y un profesional de la salud extrae con el cepillo una muestra de células del cuello del útero. Esa muestra se coloca en el tubo y es enviada al laboratorio de VPH donde es analizada por un procesador automático que establece la presencia o ausencia de ADN de 13 tipos de VPH de alto riesgo(20).

Inspección visual con Ácido Acético (IVAA): Es una prueba visual realizado con espéculo, para la cual se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal se torna blanco (4).

Colposcopia

Biopsia: Es la extracción de porciones minúsculas del cuello uterino con el fin de realizar el diagnóstico histopatológico. (20).

Prevención

Vacuna contra el virus del Papiloma humano: Existen tres tipos de vacunas contra el VPH: La tetravalente y la bivalente que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos de VPH16, VPH18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales. La vacuna tetravalente también protege contra VPH6, VPH11 que se asocian a verrugas genitales. La tercera vacuna es la nonavalente que incluye protección contra VPH 6, 11, 16, 18, pero aún no se encuentra disponible en el mercado. La evidencia de los ensayos clínicos, los reportes de la OMS y la Food Drugs Administration (FDA) y los reportes post-licencia han demostrado que estas vacunas tienen un buen perfil de seguridad, no se han registrado efectos secundarios graves causados por las vacunas. (4).

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1. Antecedentes internacional

Llumiyinga J. (Quito-Ecuador, 2018) en su estudio “Frecuencia de lesiones intraepiteliales de cérvix asociadas al inicio de la actividad sexual y al número de embarazos” tiene como objetivo determinar la frecuencia de LIE de cérvix asociadas al inicio de la actividad sexual y al número de embarazos en mujeres que acuden al Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito en los años 2016 a 2017. Es un trabajo descriptivo, transversal, la población correspondió a todas las pacientes que se realizaron la citología cervical, donde la muestra estuvo constituida de 194 mujeres diagnosticadas con LIE de cérvix asociadas con el inicio de las relaciones sexuales y al número de embarazos. Determino que la mayor frecuencia de LIE se presentó en las mujeres que iniciaron su actividad sexual entre 10 a 19 años que representa un 83,5%; además las mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales de 10 a 19 años, presentaron LSIL un 66% y HSIL un 34%. Concluye que las LSIL son las más frecuentes de las 194 citologías de cérvix, además que sí existe una correlación entre la edad del inicio de la actividad sexual y aparición de estas lesiones, donde a menor edad en que se comience las actividad sexual mayor es el riesgo de padecerlas(21).

Núñez M. y cols (Cuba, 2018), en su investigación sobre “Factores de riesgo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino” tiene como objetivo evaluar los factores de riesgo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Es un estudio observacional de caso-control. El universo estuvo formado por 46 mujeres con PAP alteradas, por muestreo aleatorio simple, se seleccionaron 46 mujeres de similar edad a las del estudio con PAP negativa para el grupo control. En las pacientes con PAP patológico predominó el hábito de fumar (73,91 % con $X^2= 35,28$, $p=0,0000$); el 60,87 % con relaciones sexuales antes de los 15 años ($X^2=26,67$, $p=0,0000$); el condón fue utilizado por el 8,70 % de las enfermas; el 36,96 % tuvo más de cuatro parejas sexuales. El estudio concluye que se identificaron como factores de riesgo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, el hábito de fumar, el inicio precoz de relaciones sexuales, no utilizar condón, tener varios compañeros sexuales y tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual(22).

Cabrera I. (Cuba, 2016) en su estudio “Factores de riesgo asociados al cáncer de cervix en el área de salud de Santa Rita” tiene como objetivo identificar los factores de riesgos asociados con el desarrollo de cáncer de cérvix. Es un estudio analítico del tipo de caso- control, la muestra estuvo formada por las 50 mujeres mayores de 25 años del área con diagnóstico de la enfermedad. Determinaron que el inicio precoz de la vida sexual (<17 años) constituyen un factor de riesgo para producir CCU al obtenerse un valor del OR estadísticamente significativo (OR 4.07; IC 95% 1.89-8.76; p=0.0004); los antecedentes oncológicos familiares se constituyeron en factor de riesgo para desarrollar CCU con OR estadísticamente significativo (OR 9.08; IC 95% 4.03-20.46; p=0.0005); las pacientes cuya menarquia fue antes de los 12 años triplicó el riesgo de aparición de CCU de forma significativa (OR 3.5; IC 95% 1.63-7.50; p=0.00008). El estudio concluye que los antecedentes patológicos familiares de cáncer, el hábito de fumar, la menarquía precoz, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años se constituyeron en factores de riesgo al obtenerse valores de OR significativos(14).

Cordero J. y col (Cuba, 2015) en su estudio “Citologías alteradas, edad, inicio de la actividad sexual, número de compañeros sexuales y promiscuidad” tiene como objetivo relacionar la conducta sexual de un grupo de pacientes, como factor determinante con el resultado de su citología. Estudio explicativo, analítico de tipo caso-control, el grupo de estudio estuvo formado por 500 pacientes de la consulta y el grupo control lo formaron otras 500 pacientes con citología negativa en el período analizado, con el mismo intervalo de edad y que pertenecieran al consultorio. Determinaron que el 80% del grupo caso, empiezan sus actividades sexuales durante la adolescencia, asimismo se aprecia que es 17 veces más probable presentar PAP alteradas en las mujeres que tienen actividades sexuales precoces en comparación a las que comienzan su actividad sexual más tardíamente, IC95%, p≤0,05; el 66% de las mujeres del grupo estudio tienen 4 o más compañeros sexuales, lo que representa un riesgo relativo de 13,75, IC95%, p≤ 0,05. En el estudio se comprueba la importancia de la relación de los factores: inicio precoz de actividad sexual, el mayor número de compañeros sexuales y la promiscuidad, y la alteración de la citología(23).

Mendoza L. y cols (Colombia, 2012) en su estudio “Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana” tiene como objetivo evaluar el impacto sobre la fecundidad, planificación familiar y lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes, que iniciaron actividad sexual en la adolescencia. Es un estudio de cohorte retrospectiva. Incluyó 845 adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad sexual en la adolescencia y que consultaron a una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Tuluá, Colombia. Se demostró que la media de edad de inicio de relaciones sexuales fue 16 años ($\pm 1,6$ años) y 6,9% alguna lesión en cuello uterino. El estudio confirmó el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos y el riesgo de lesiones cervicales(24).

4.2.2. Antecedentes nacionales

Saldaña E. y col (Tarapoto- Perú, 2018) en su estudio “Factores de riesgo asociados a neoplasia de cérvix” tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo a cáncer de cérvix en mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2013 - 2017. Es un estudio tipo caso-control, transversal; la población es 125 casos con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, y 120 casos sin patología. El resultado demostró que entre los factores de riesgo de conducta sexual para cáncer de cervix resalta el tener inicio temprano de actividad sexual, la posibilidad de desarrollar esta patología es de 5 veces más que las que inician actividad sexual después de los 19 años (OR=5,663; I.C.[2,916 – 11,000], $p = 0,000$); el consumo de tabaco o el fumar, representa 6 veces más la posibilidad de desarrollar cáncer de cérvix que las que no fuman (OR = 6,538; IC=2,621 – 16,306) ($p = 0,000$). En conclusión: Los factores de riesgo que se asocian significativamente a cáncer de cuello uterino, son: raza nativa ($p = 0,001$) e inicio de relaciones sexuales precozmente ($p = 0,000$)(25).

Ramos J. (Perú, 2015) en su estudio “Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz 2008-2012” tiene como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Es un estudio de tipo caso-control y retrospectivo. La población estuvo constituida por las mujeres que acudieron a la toma de muestra de PAP, con un total de 231 pacientes que se realizaron el examen de Papanicolaou. Se observó que la paciente con inicio precoz de relaciones sexuales es un factor de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer de cervix (OR = 2.033; IC del 95%: [1.113 – 3.715], p = 0.048), asimismo el grado de instrucción (OR = 20.845, IC 95%: [10.998 – 39.509], p = 0.000); la paridad (OR = 7.892; IC del 95%: [4.239 – 14.696], p = 0.000); el número de parejas sexuales (OR = 18.906, IC 95% [10.186 – 35.092], p = 0.000); se asociaron significativamente con la presencia de lesión preneoplásica. (26).

Aguilar G. (Lima, 2017) en su estudio “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte en el año 2015” tiene como objetivo demostrar la relación que existe entre los factores de riesgo estudiados el cáncer de cervix. Es un estudio retrospectivo, analítico, observacional de corte transversal. En el estudio se incluyó 105 historias con sus respectivas fichas de registro de los resultados citológicos y los resultados de biopsia cervicouterina de las pacientes atendidas en el consultorio externo, con diagnóstico de cáncer de cervix. Pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer de cervix (p=0.01; p <0,05). Se confirma la relacion estadística entre los factores de riesgo: inicio temprano de relaciones sexuales y multiples parejas sexuales con respecto al cáncer de cervix (27).

Canayo J. (Perú, 2016) en su estudio “Relación del cáncer de cervix con características sociodemográficas, gineco-obstétricas y de conducta sexual en mujeres que se realizaron la prueba de papanicolaou en el Hospital Regional de Loreto durante 2014” tiene como objetivo determinar la relación del cáncer de cuello uterino con características sociodemográficas, Gineco-obstétricas y de conducta sexual en mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou. Es un estudio correlacional, cuantitativo, retrospectivo. La muestra fue de 135 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer de cervix, que se realizaron la prueba de Papanicolaou. Se demostró que existe significancia estadística en la relación del cáncer de cervix y aborto ($\chi^2 = 14,847$ gl = 6 $p = 0,021$ ($p < 0,05$), edad de primera relación sexual ($\chi^2 = 8,36$ gl = 3, ($p < 0,05$) $p = 0,039$; $p < 0,05$) y número de parejas sexuales ($\chi^2 = 8.072$ gl = 3 ($p < 0,05$) $p = 0,045$). (28).

4.2.3. Antecedentes locales

Mendoza D. (Cusco- Perú, 2001) en su estudio “Prevalencia y factores relacionados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional del Cusco (MINSa) de enero 1995 a diciembre del 2000” tiene como objetivo establecer la prevalencia y factores relacionados a la presentación de cáncer de cervix, es un estudio retrospectivo y descriptivo. Se consideró una muestra de 165 pacientes. Determino que la prevalencia fue 0,04%, edad frecuente de presentación: cuarta y quinta década; la mayoría tuvo procedencia de zona rural (65%) y grado de instrucción primaria (52.1%); gran parte de ellas se presentó con ginecorragia (81.20%). Los factores de riesgo fueron: mayor número de gestaciones ($p=0.02$), mayor número de abortos ($p=0.001$), inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años ($p=0.021$), poliandria. Concluye que el carcinoma in situ y el carcinoma microinvasor se presentan en la cuarta década de la vida, mientras que el carcinoma invasor se presenta después de la quinta década de la vida (29).

Vitorino C. (Cusco- Perú, 2018) en su estudio “Factores de riesgo asociados a cáncer de cervix, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud, Cusco, 2017” tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cervix. Es un estudio de tipo caso-control, analítico y retrospectivo, con una muestra de 35 casos y 70 controles, que cumplieron los criterios de selección. Determino que los factores de riesgo asociados al cáncer de cervix fueron: iniciar actividad sexual <18 años con el 77% de los casos, un valor de $p=0.000$, OR:13.5, IC95% 5.05 – 36.06; tener más de 3 gestaciones con el 80% de los casos, un valor de $p=0.001$, OR= 5.03, IC95% [1.94 – 13.05]; edad del primer embarazo < 18 años con el 24% de casos, un valor de $p:0.007$, OR= 5.12, IC95% (1.41 – 18.52); tener más de 3 parejas sexuales con el 25.7% de los casos, un valor de $p=0.03$, OR= 3.12, IC95% [1.05 – 9.25]. Se concluye que el grado de instrucción bajo, la edad del primer embarazo < 18 años, tener más de 3 gestaciones, inicio de las relaciones sexuales < 18 años y tener más de 3 compañeros sexuales son factores de riesgo asociados al cáncer de cervix en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en el periodo del año 2017(30).

Hanampa J. (Cusco- Perú, 2016), en su estudio sobre “conducta sexual de las mujeres como factor de riesgo para el cáncer cervicouterino en un hospital MINSA-Cusco, periodo 2013-2015, estudio caso-control” tiene como objetivo determinar si la conducta sexual de las mujeres es un factor de riesgo importante para el cáncer de cervix en el hospital Regional del Cusco, periodo 2013-2015. Es un estudio analítico observacional de tipo caso-control y retrospectivo. La población está conformada por el total de pacientes que fueron atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico durante los años 2013, 2014,2015; la muestra para casos es de 135 y controles 405. Determino que las pacientes con cáncer de cervix un 80% tuvieron 2 o más parejas sexuales (OR=11,000, IC 95% [6,836-17,702] $P=0,000$); las pacientes con cáncer de cervix (71,1%) y ausencia de cáncer de cervix (28,9%) iniciaron sus relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años, se obtuvo (OR=6,059, IC95% [3,943-9,943 $P=0,000$]. Se concluye que respecto al número de parejas sexuales, las pacientes con cáncer de cervix tienen una probabilidad de 11 veces más de haber estado expuestas al factor de riesgo respecto al grupo de los controles; y con respecto a edad de inicio de relaciones sexuales, las pacientes con cáncer de cervix tienen una probabilidad de 6 veces más de haber estado expuesta al factor de riesgo respecto al grupo control(31).

4.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Lesiones premalignas: Las lesiones premalignas del cervix son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transición del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por Virus del Papiloma Humano(1)

Displasia: El término displasia indica falta de maduración y ordenamiento de las células sin implicar el comportamiento biológico de las lesiones. (7).

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene(32).

Enfermedades de transmisión sexual: Son enfermedades que se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos(33).

Paridad: Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos(34).

Tabaquismo: Intoxicación de tipo agudo o crónico producida por el consumo de tabaco. En la inmensa mayoría de casos se trata de una intoxicación de tipo crónico. El gran número de manifestaciones patológicas que produce el tabaquismo están relacionadas con la inhalación de varios de los componentes del humo de tabaco; los más importantes son la nicotina, el monóxido de carbono, los hidrocarburos aromáticos, policíclicos, aldehídos, fenoles, acetonas, entre otros(35).

Relaciones sexuales: Se puede definir una actividad sexual como el contacto físico entre personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual, o con fines reproductivos(36).

Infecciones vaginales: Es la existencia excesiva de gérmenes patógenos de la vagina. Los síntomas que acompañan a una infección vaginal varían notablemente de acuerdo a la etiología(12).

Menarquia: Aparición de la primera menstruación; generalmente se produce cerca de los trece años aunque existen variaciones en función de estado nutricional, los factores hereditarios, la salud y etnia (37).

Anticonceptivo: Sustancia, fármaco o método que se opone o impide la concepción(38).

Carcinoma in situ: Es un grupo de células anormales que se encuentra solo en el primer lugar donde se formó en el cuerpo. Estas células anormales se pueden convertir en cáncer y diseminarse al tejido normal cercano (39).

CAPITULO III

5. FORMULACION DE HIPOTESIS

5.1. Hipótesis general

La edad de inicio de relaciones sexuales es el mayor determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018

5.2. Hipótesis específicas

1. Los rangos de edad de inicio de relaciones sexuales son 15-19 años
2. El tiempo de aparición del primer PAP patológico con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales es >10 años.
3. Las características de la conducta sexual, tales como: número de compañeros sexuales ≥ 2 , edad de inicio de relaciones sexuales ≤ 17 años, antecedente de infecciones vaginales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos orales; son factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.
4. Los factores relacionados con la reproducción, tales como: inicio de menarquia ≤ 13 años, paridad > 2 , edad del primer parto ≤ 18 años, partos vaginales; son factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.
5. Los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino (madre, abuela, hermanas), son factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino
6. El consumo de tabaco; es un factor de riesgo asociado a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

6.1. Tipo de investigación

El estudio es de tipo observacional, transversal, analítico. Además es retrospectivo, porque se realizará una recolección de datos provenientes de historias clínicas.

6.2. Diseño de la investigación

El estudio tiene un diseño epidemiológico observacional

6.3. Población y muestra

6.3.1. Población:

La población estuvo constituida por el total de pacientes que fueron atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco en el 2018 y que tienen resultado de biopsia, previo a un PAP patológico.

6.3.2. Muestra:

No existe muestra debido a que se tomará el total de la población.

Unidad de observación: Mujeres que fueron atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018

Unidad de análisis: Conformado por las Historias Clínicas de las mujeres que fueron atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

6.3.3. Criterios de selección

— **Criterios de inclusión:**

- Pacientes que presentan biopsia cervical previa a un primer PAP patológico, atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

— **Criterios de exclusión**

- Se excluyeron a las pacientes cuyo número de celular no está en la historia clínica y no deseen participar.
- Pacientes con historia clínica incompleta o cuyas historias clínicas no se encuentren en el área de archivos.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

6.4. Operacionalización de variables

6.4.1. Variables

6.4.1.1. Variables implicadas

6.4.1.1.1. Variables dependientes

- Lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino
- Primer PAP patológico

6.4.1.1.2. Variables independientes

— Edad de inicio de relaciones sexuales

— Otras características de la conducta sexual

- Número de compañeros sexuales
- Antecedentes de infecciones vaginales
- Antecedente de enfermedades de transmisión sexual
- Uso de anticonceptivos orales

— Factores relacionados con la reproducción

- Inicio de menarquia
- Paridad
- Edad del primer parto
- Partos vaginales

— Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino

— Antecedente de Tabaquismo

6.4.1.2. Variables no implicadas

- Edad
- Grado de instrucción
- Lugar de procedencia
- Estado civil.

6.4.2. Definición operacional

Variables Implicadas	Naturaleza de la variable	Indicador	Escala de medición	Expresión final de la variable	Número de ítem
Lesiones premaligna de cuello uterino	cuantitativa	Resultado de biopsia patológico	ordinal	Resultado de biopsia: a. NIC I b. NIC II c. NIC III d. Cancer in situ Fecha de toma de muestra:.....	5
Primer PAP patológico	cuantitativa	Resultado del primer PAP patológico	ordinal	Resultado del primer PAP patológico: a. LSIL b. HSIL c. ASC-US d. ASC-H Fecha de toma de muestra:.....	6
Número de compañeros sexuales	Cuantitativa	Número de parejas sexuales con los que tuvo contacto sexual	De razón.	Número de compañeros sexuales:	7
Edad de inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa	Edad cumplida en años al inicio de sus relaciones sexuales.	nominal	Edad de inicio de relaciones sexuales: años	8
Antecedentes de infecciones vaginales	Cualitativa	Infecciones vaginales previas	nominal	Antecedentes de infecciones vaginales: a. Si, vaginosis b. Si, tricomoniasis c. Si, candidiasis d. Si, no recuerda e. No	9
Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual	Cualitativa	Enfermedades de transmisión sexual previas	Nominal	Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual: a. Si, sífilis b. Si, Gonorrea c. Si, VIH d. Otros ¿Cuál? e. No	10

Variables (implicadas)	Naturaleza de la variable	Indicador	Escala de medición	Expresión final de la variable	Número de ítem
Uso de anticonceptivos orales	Cualitativa.	Tiempo de uso de anticonceptivos orales	Nominal.	Uso de anticonceptivos orales a. Si, ¿Cuanto tiempo? b. No.	11
Inicio de menarquia	cuantitativo	Años cumplidos en que inicio su primera menstruación	De razón	Edad de inicio de su primera menstruación: años	12
Paridad	Cuantitativa	Número de gestaciones	De razón	Paridad:.....(número de hijos):	13
Edad del primer parto	Cuantitativa.	Edad cronológica en que la mujer dio a luz por primera vez.	De razón	Edad del primer parto: años	14
Partos vaginales	Cualitativa.	Números de partos vaginales.	Nominal	Partos vaginales: a. Si, ¿Cuántos partos?: b. No	15
Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino	Cualitativa	Antecedentes familiares previos de (primer grado)de cáncer de cuello uterino: Madre, abuela, hermanas.	Nominal	Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino: a. Si, ¿Quién? Madre Abuela Hermanas Otro familiar b. No	16
Tabaquismo	Cualitativa	Número y tiempo de consumo del tabaco.	Nominal	Tabaquismo. ACTIVO ¿Ud fuma o fumaba antes? a) Si, ¿Cuántos cigarrillos al día?, ¿Cuántos años?..... b)No PASIVO Algún familiar cercano o alguien con quien pase gran parte de su tiempo, fuma? a. Si b. No	17 18

Variables no implicadas	Naturaleza de la variable	Indicador	Escala de medición	Expresión final de la variable	Número de ítem
Edad	Cuantitativa.	Años de vida	De razón	Edad en años cumplidos:....	1
Grado de instrucción	Cualitativo.	Años estudiados	Nominal.	Grado de instrucción: a. Analfabeta. b. Primaria incompleta: años c. primaria completa d. secundaria incompleta años e. secundaria completa c. Superios incompleto años d. Superior completo	2
Lugar de procedencia	Cualitativo	Lugar donde vive los últimos 5 años	Nominal	Lugar donde vive los 5 últimos años a. Urbano b. Rural	3
Estado civil	Cualitativa.	Estado civil: Casada. Estable. Soltera. Otro.	Nominal.	Estado civil: a. soltera b. conviviente. c. casada d. Divorciado e. viuda	4

6.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se solicitó en primera instancia el permiso del Hospital para la revisión de las historias clínicas, las cuales contienen las variables mencionadas anteriormente.

Se procedió a la revisión del registro de todas las pacientes que fueron atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018; se seleccionaron a todas las pacientes con biopsia previa a un primer PAP patológico en una ficha de recolección de datos con sus respectivos números de historia clínica, con criterios selección.

Algunas variables no se encontraron, por lo que se procedió hacer un llamado telefónico. El instrumento de estudio es una “Ficha estructurada para la recolección de datos” la cual fue validada por criterio de expertos, donde se recogen todos los datos necesarios para el estudio.

La recolección de datos estuvo a cargo de la investigadora (Ver anexo N°1).

6.6. Análisis de datos

Se realizó un análisis univariado donde se consideró medidas de tendencia central, mediana de prevalencia. A través de STATA 15.1.

En segundo lugar se realizó un análisis multivariado para la asociación con los factores de riesgo mencionados anteriormente y efectos en la población objeto de investigación, para ello primero se halló chi-cuadrado y para estimar la razón de prevalencia (RP) se calculó la regresión de Poisson.

6.7. Aspectos éticos

En la presente investigación se aplicarán los principios establecidos en **Declaración de Helsinki**, es por ello que el estudio se hará con autorización del comité de investigación y ética del Hospital Regional del Cusco.

Los datos registrados en las historias clínicas, se manejarán con cautela, respetando la confidencialidad y el anonimato de las pacientes y seleccionando sólo los datos que correspondan al estudio.

7. Aspectos administrativos de la investigación

Presupuesto y financiamiento

Los materiales y toda la logística necesaria para la realización y materialización de la presente tesis se obtuvieron por medio de recursos económicos propios de la investigadora.

CAPITULO IV

8. Resultados

En el presente estudio la población fue de 252 pacientes que se atendieron en el programa preventivo de cáncer ginecológico del hospital Regional del Cusco durante el 2018 y que se realizaron biopsia cervical previa a un primer PAP patológico; de ellos solo 108 pacientes cumplieron con los criterios de selección (TABLA 1).

TABLA 1: Número de pacientes

Primer PAP patológico	108 (100%)
Biopsia	108 (100%)
Negativa	26 (24.07)
Positiva	82 (75.93)

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino

Se encontró que de 108 (100%) pacientes con biopsia cervical previo a aun PAP patológico; 26 (24.07%) presento biopsia negativa, y 82 (75,93%) presentaron biopsia positiva.

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRAFICA

TABLA 2: Grupos etarios de las pacientes que participaron en el estudio

EDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Edad (media \pm DS)	42,1 \pm 11,4	Rango : 19-69
19-29 años	14	12.96%
30-39 años	36	33.33%
40-49 años	29	26.85%
50-59 años	20	18.52%
>60 años	9	8.33%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

La edad media del total de pacientes que participaron en el estudio es de 42,1 \pm 11,4 de desviación estándar, siendo la edad máxima de presentación a los 69 años y la edad mínima de presentación de 19 años.

La edad está dividida en intervalos de 10 años, encontrándose un mayor porcentaje de presentación (33.33%), en el grupo de 30-39 años y seguido de las pacientes del grupo de 40-49 años (26,85%), y finalmente se observó un menor porcentaje (8.33%) en el grupo de pacientes >60 años.

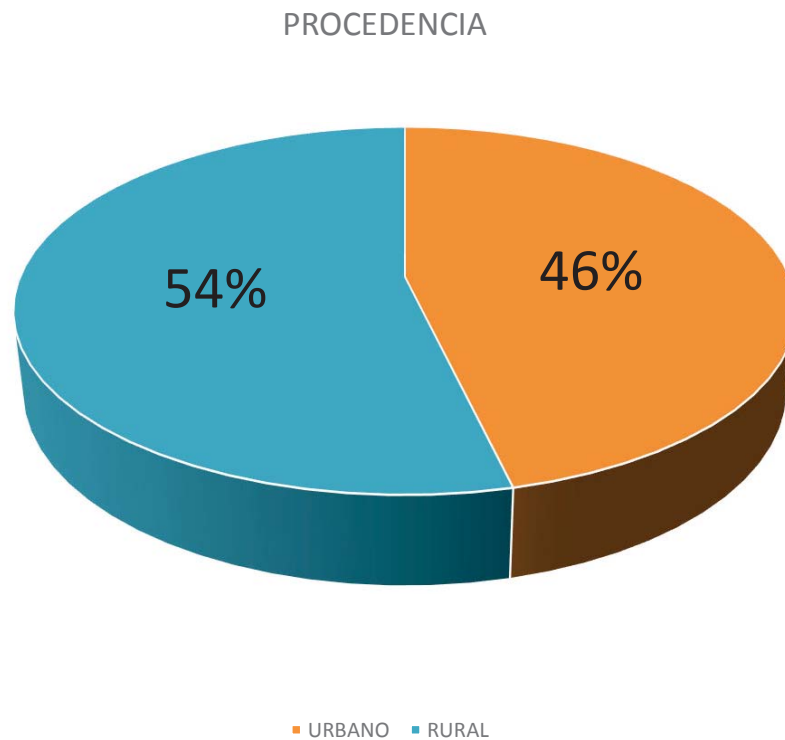
TABLA 3: Grado de instrucción de mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Analfabetas y Primaria	58	53.70%
Secundaria	36	33.33%
Superior	14	12.96%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Respecto al grado de instrucción se observa que el mayor porcentaje de las pacientes (53.70%), no tenían instrucción o tenían instrucción primaria completa o incompleta, en tanto que el porcentaje menor (12.96%), pertenecían al grado de instrucción superior.

GRÁFICO 1: PROCEDENCIA DE MUJERES ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PREVENTIVO DE CÁNCER GINECOLÓGICO



Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Respecto a la procedencia no hubo grandes diferencias, ya que se observa que las pacientes procedían tanto de zonas rurales (46.3%), como de zonas urbanas (53.70%).

TABLA 4: Estado civil de mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

ESTADO CIVIL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sin pareja (soltera, divorciada y viuda)	13	12.04%
Con pareja (casada y conviviente)	95	87.96%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se evidencia que la mayoría de pacientes con PAP patológico tenían pareja (casada o conviviente) ascendiendo a un 87.96%.

TABLA 5: Resultados del primer PAP patológico

RESULTADOS DEL PAP	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
LSIL	36	33.33%
HSIL	54	50.00%
ASC-US	7	6.48%
ASC-H	11	10.19%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

En cuanto a los resultados del primer PAP patológico se observa que la mayoría de las pacientes presentó HSIL (50%), seguido de LSIL (33.33%), y finalmente el porcentaje más bajo lo presentaron las mujeres con ASC-US (6.48%).

TABLA 6: Resultados de las biopsias positivas

RESULTADOS DE LAS BIOPSIAS POSITIVAS	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
NIC I	22	20.37%
NIC II	24	22.22
NICIII	31	28.70%
Cáncer in situ	5	4.63%
TOTAL	82	75.93%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se observa que del total de pacientes que tenían biopsia positiva, el 28.70% tenían NIC III, seguido de NIC II (22.22%), y el porcentaje menor es representado por las mujeres que presentan cáncer in situ (4.63%).

CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL

TABLA 7: Edad de inicio de relaciones sexuales

EDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Edad de inicio de relaciones sexuales (media \pm DS)	16,6 \pm 2,5	Rango: 12-26
< 17 años	62	57.41%
> 17 años	46	42.59%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

El promedio de la edad de inicio de la actividad sexuales del total de pacientes que participaron en el estudio es de 16,6 \pm 2,5 de desviación estándar, siendo la edad máxima de inicio de relaciones sexuales a los 26 años y la edad mínima de 12 años.

La edad de inicio de actividad sexual está dividida en <17 años y >17 años, encontrándose un mayor porcentaje de presentación (57.41%) en el grupo de <17 años y las pacientes del grupo de >17 años representaron 42.59%.

TABLA 8: Tiempo que transcurre desde el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino.

TIEMPO		
Tiempo entre el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino (media ± DS)	25,5 ± 12 años	Rango:4-55 años
Tiempo entre el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino (terciles)	N° de pacientes	Porcentaje
4 a 17 años	36	33.33%
18 a 29 años	37	34.26%
30 a 55 años	35	32.41%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se puede observar que la media del tiempo que transcurre desde el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino del total de pacientes que participaron en el estudio es de 25,5 ± 12 años de desviación estándar, siendo el tiempo mínimo de aparición de lesión premaligna 4 años y como tiempo máximo 55 años. Asimismo el tiempo se dividió en terciles: 4-17 años, 18-29 años y 30-55 años; donde el mayor porcentaje de mujeres (34.26%) presentó el tiempo de aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en el tercil de 18-29 años.

TABLA 9: Número de parejas sexuales

PAREJAS SEXUALES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Parejas (media ± DS)	2,3 ± 1,2	Rango:1-6
1 a 2	69	64.49%
3 a 4	32	29.91%
5 a 6	6	5.61%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se observa que la media del número de parejas sexuales del total de pacientes que participaron en el estudio es $2,3 \pm 1,2$ de desviación estándar, siendo el máximo número de parejas 6 y el mínimo 1.

Además se observa que el mayor porcentaje de mujeres (64.49%) tuvo de 1-2 parejas sexuales, seguido de 29.91% de mujeres con 3-4 parejas sexuales.

TABLA 10: Antecedentes de infecciones vaginales

ANTECEDENTE DE INFECCIÓN VAGINAL	N° DE PACIENTE	PORCENTAJE
No	29	26.85%
Si	79	73.15%
INFECCIONES VAGINALES MÁS FRECUENTES		
Vaginosis	52	48.15%
Tricomoniiasis	7	6.48%
Candidiasis	20	18.52%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se observa que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio (73.15%) tenían antecedente de infección vaginal, predominando la vaginosis en un 48.15%, seguido de la candidiasis en un 18.52%.

TABLA 11: Antecedente de enfermedades de transmisión sexual

ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
No	105	97.22%
Si	3	2.78%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se evidencia que la mayoría de pacientes (97.22%) no presentó ningún tipo de enfermedad de transmisión sexual.

TABLA 12: Uso de anticonceptivos orales

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES		
USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
No	76	70.37%
Si	32	29.63%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se observa que del total de pacientes el 70.37% no hace uso de anticonceptivos orales.

FACTORES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN

TABLA 13: Edad de la menarquia

EDAD DE MENARQUIA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Edad de menarquia (media \pm DS)	13,1 \pm 1,1	Rango: 11-17
\leq 13 años	78	72.22%
> 13 años	30	27.78%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

La media de la edad de menarquia del total de pacientes que participaron en el estudio es 13,1 \pm 1,1 de desviación estándar; siendo la mínima edad de menarquia 11 años y máximo de 17 años. El 72.22% de pacientes iniciaron su menarquia \leq 13 años.

TABLA 14: Paridad de mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

PARIDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Paridad (media \pm DS)	3,9 \pm 2,2	Rango: 0-14
<= 2 hijos	30	27.78%
> 2 hijos	78	72.22%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Al evaluar la paridad, la media fue 3,9 \pm 2,2 de desviación estándar, siendo la mínima paridad 0 y la máxima 14. El 72.22% de pacientes tenían >2 hijos.

TABLA 15: Edad del primer parto

EDAD DEL PRIMER PARTO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Edad del primer parto (media \pm DS)	19,2 \pm 3,6	
<18 años	53	49.53%
\geq 18 años	54	50.47%
TOTAL	108	100%

Edad del primer parto (media \pm DS): 19,2 \pm 3,6

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Respecto a la edad del primer parto, la media fue 19,2 \pm 3,6 de desviación estándar y el 50.47% tuvieron el parto después de 18 años.

TABLA 16: Antecedentes de partos vaginales de mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

PARTOS VAGINALES	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
No	5	4.63%
Si	103	95.37%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

En cuanto a partos vaginales, el 95.37% del total de pacientes si tuvieron partos vaginales.

TABLA 17: Número de partos vaginales de mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

NÚMERO DE PARTOS VAGINALES (EN TERCILES)	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 a 2	40	37.04%
3 a 4	46	42.59%
5 a 9	22	20.37%
TOTAL	108	100%

Número de partos Vaginales (media ± DS): 3,3 ± 2,1 Rango: 0-9

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

El promedio del número de partos vaginales es $3,3 \pm 2,1$ de desviación estándar, siendo el máximo número de partos 9 y como mínimo 0. Además para evaluar el número de partos vaginales se dividió en terciles la cantidad de partos, teniendo el 42.59% de mujeres 3-4 partos vaginales, seguido de 0-2 partos vaginales el 37,04% de mujeres.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

TABLA 18: Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino de mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

ANTECEDENTE FAMILIAR DE	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
CÁNCER DE CUELLO UTERINO		
No	84	77.78%
Si (madre)	24	22.22%
TOTAL	108	100%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Respecto a los antecedentes oncológicos de cáncer de cuello uterino se observa que el 77.78% de pacientes no presento dicho antecedente.

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO

TABLA 19: Tabaquismo en mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco durante el 2018.

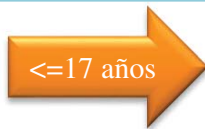
CONSUMO DE TABACO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
No	99	91.67%
Si	9	8.33%
Tabaquismo pasivo		
No	73	67.59%
Si	35	32.41%

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

El 91.67% de las pacientes no consumen tabaco, asimismo el 67.59% no están expuestas al tabaquismo pasivo.

TABLA 20: Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
<= 17 años	11 (42.31%)	51 (62.20%)	62 (57.41%)
> 17 años	15 (57.69%)	31 (37.80%)	46 (42.59%)



$X^2=0.024$ $PR= 1.71$ $IC 95\% (1.56-1.89)$ $P=0.003$

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se comparó la edad de inicio de relaciones sexuales con la posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cervix; se observa que tener relaciones sexuales <=17 tiene asociación con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cervix ($X^2 =0.024$), asimismo es un factor de riesgo ($RP=1.71$, $IC 95\% [1.56-1.89]$, $P=0.003$); es decir, si una mujer inicia relaciones sexuales <=17 años tienen 0.7 veces más posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cérvix.

TABLA 21: Números de parejas sexuales como factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

PAREJAS SEXUALES	BIOPSIA NEGATIVA	BIOPSIA POSITIVA	TOTAL
	n(%)	n(%)	
1 a 2	17 (65.38%)	52 (64.20%)	69 (64.49%)
3 a 4	8 (30.77%)	24 (29.63%)	32 (29.91%)
5 a 6	1 (3.85%)	5 (6.17%)	6 (5.61%)



$X^2=0.018$ $RP=5.32$ $IC\ 95\% [2.05-7.89]$, $p=0.012$

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se analiza número de compañeros sexuales con la probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se observa que tener 5-6 parejas sexuales tiene asociación con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino ($X^2=0.018$); además al hallar la Razón de prevalencia es considerado como factor de riesgo ($RP=5.32$, $IC\ 95\% [2.05-7.89]$, $p=0.012$), es decir, si una mujer tiene 5-6 parejas sexuales en comparación de 1-2 parejas sexuales tiene 4,32 veces más probabilidad de padecer lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

TABLA 22: Antecedente de infección vaginal como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

ANTECEDENTE DE INFECCION VAGINAL	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
No	7 (26.92%)	22 (26.83%)	29 (26.85%)
Si	19 (73.08%)	60 (73.17%)	79 (73.15%)



$X^2=0.904$ $RP=1.00$ $IC\ 95\% [0.78-1.27]$, $p=0.993$

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se analiza antecedente de infección vaginal con la probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se observa que no existe asociación ($X^2=0.904$) entre la variable antecedente de infección vaginal y la lesión premaligna de cáncer de cuello uterino; asimismo no es considerado como factor de riesgo ($RP=1.00$ $IC\ 95\% [0.78-1.27]$, $p=0.993$).

TABLA 23: Antecedente de enfermedades de transmisión sexual como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
No	25 (96.15%)	80 (97.56%)	105 (97.22%)
Si	1 (3.85%)	2 (2.44%)	3 (2.78%)



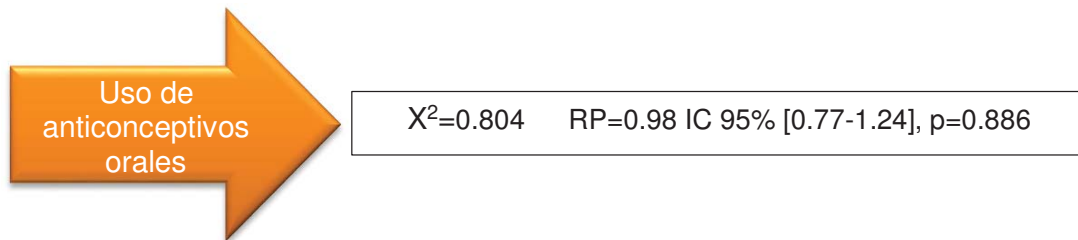
$X^2=0.704$ $RP=1.87$ $IC\ 95\% [0.39-1.97]$, $p=0.747$

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Al evaluar el antecedente de enfermedades de transmisión sexual con la probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se evidencia que no existe asociación alguna ($X^2 = 0.704$), además no es considerado como factor de riesgo ($RP=1.87$ $IC\ 95\% [0.39-1.97]$, $p=0.747$)

TABLA 24: Uso de anticonceptivos orales como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
No	18 (69.23%)	58 (70.73%)	76 (70.37%)
Si	8 (30.77%)	24 (29.27%)	32 (29.63%)

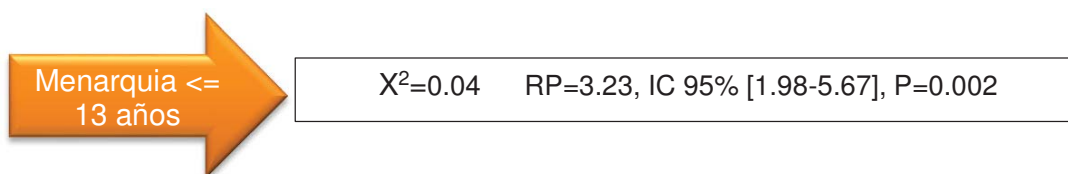


Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Al analizar uso de anticonceptivos orales como determinante para el desarrollo de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se evidencia que no existe asociación ($X^2=0.804$); así como también no es factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino usar anticonceptivos orales comparado con no usar (RP=0.98 IC 95% [0.77-1.24], p=0.886).

TABLA 25: Edad de la menarquia como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

MENARQUIA	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
> 13 años	8 (30.77%)	22 (26.83%)	30 (27.78%)
<=13 años	18 (69.23%)	60 (73.17%)	78 (72.22%)



Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se comparó la edad de inicio de la menarquia con la posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; observándose que existe asociación entre la variable y las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino ($X^2=0.04$). Al hallar la razón de prevalencia (RP) nos sale estadísticamente significativo (RP=3.23, IC 95% [1.98-5.67], P=0.002); el cual significa, si una mujer tiene inicio de menarquia <= 13 años tiene 2 veces más posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

TABLA 25: Paridad como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

PARIDAD	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
<=2 hijos	4 (15.38%)	26 (31.71%)	30 (27.78%)
> 2 hijos	22 (84.62%)	56 (68.29%)	78 (72.22%)



$X^2=0.104$ RP=1.83 IC 95% [0.68-2.01], p=0.063

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Al analizar paridad como determinante para el desarrollo de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se evidencia que no existe asociación entre la variable y la patología, asimismo no es considerado como factor de riesgo (RP=1.83 IC 95% [0.68-2.01], p=0.063).

TABLA 26: Edad del primer parto como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

EDAD DEL PRIMER PARTO	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
<=18 años	9 (34.62%)	45 (55.56%)	54 (50.47%)
> 18 años	17 (65.38%)	36 (44.44%)	53 (49.53%)



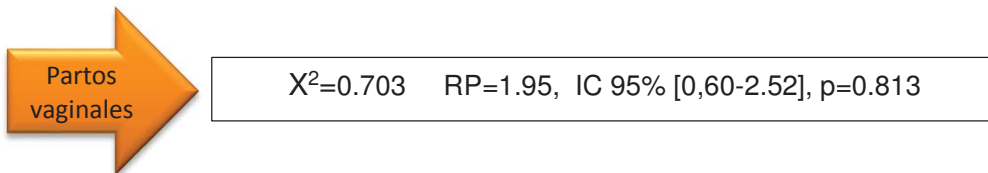
$X^2=0.03$ RP=1.73, IC 95% [1.55-1.89], P=0.002

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Se comparó la edad del primer parto con la posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se observa que tener el primer parto antes de los 18 años tiene asociación con la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino ($X^2 = 0.03$), asimismo es un factor de riesgo (RP=1.73, IC 95% [1.55-1.89], P=0.002); es decir, si una mujer tiene el primer parto <=18 años tienen 0.7 veces más posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

TABLA 27: Antecedentes de partos vaginales como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

PARTOS VAGINALES	BIOPSIA NEGATIVA	BIOPSIA POSITIVA	TOTAL
	n(%)	n(%)	
No	1 (3.85%)	4 (4.88%)	5 (4.63%)
Si	25 (96.15%)	78 (95.12%)	103 (95.37%)



Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Analizando antecedente de partos vaginales como factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; se observa que no existe asociación entre ellos ($X^2=0.703$), asimismo tener antecedente de partos vaginales comparado con no tener, no es factor de riesgo ni factor protector para tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino (RP=1.95, IC 95% [0,60-2.52], p=0.813).

TABLA 28: Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino como factores de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

ANTECEDENTE FAMILIAR DE CANCER DE CUELLO UTERINO	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
No	21 (80.77%)	63 (76.83%)	84 (77.78%)
Si (madre)	5 (19.23%)	19 (23.17%)	24 (22.22%)



$X^2=0.674$ RP=1.05, IC 95% [0,83-1.34], p=0.660

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Al analizar antecedente familiar de cáncer de cuello uterino como factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; no se evidencia asociación entre ellos ($X^2=0.674$); además tener antecedente familiar de cáncer de cervix comparado con no tener, no es factor de riesgo ni factor protector para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino (RP=1.05, IC 95% [0,83-1.34], p=0.660).

TABLA 29: Antecedente de consumo de tabaco como determinante para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

CONSUMO DE TABACO	BIOPSIA NEGATIVA n(%)	BIOPSIA POSITIVA n(%)	TOTAL
No	24 (92.31%)	75 (91.46%)	99 (91.67%)
Si	2 (7.69%)	7 (8.54%)	9 (8.33%)



$X^2=0.892$ RP=1.05, IC 95% [0,83-1.34], p=0.660

Fuente: Ficha estructurado de lesiones premalignas de cáncer de cuello

Al analizar la tabla 29; se evidencia que no existe asociación entre la variable consumo de tabaco y lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino ($X^2=0.892$); asimismo al hallar el RP no es estadísticamente significativo (RP=1.03, IC 95% [0,71-1.58], p=0.889), el cual quiere decir que tener antecedente de consumo de tabaco comparado con no tener, no es factor de riesgo ni factor protector.

CAPITULO V

9. Discusión

Con respecto a la edad, el grupo etario que más resaltó en el estudio, comprende entre los 30 a 39 años, corroborando la literatura mencionada en la “Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino” dada por el Ministerio de Salud en el año 2017, donde afirma que las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino se presenta con más frecuencia en mujeres jóvenes mayores de 30, con tasa pico de displasia a los 35 años (40).

En nuestro estudio la mayoría de las pacientes presentó NIC 2-3 (51%), seguido de NIC 1 (20%). Sin embargo según Llumiquinga J y Ramos J. en sus respectivos estudios señalan que las lesiones de bajo grado son las que predominan (66%) (48%) respectivamente (21,31).

En relación a la edad de inicio de relaciones sexuales la media fue de $16,6 \pm 2,5$ de desviación estándar; la edad extremo superior de inicio de relaciones sexuales a los 26 años y la edad mínima de 12 años. Además se encontró que el 57.41% de la pacientes habían iniciado relaciones sexuales ≤ 17 años. Mendoza L. y cols en su estudio “Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana” determino que el promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años ($\pm 1,6$ años) y un rango 11-16 años (24). Para América Latina y El Caribe, aproximadamente el 50% de los adolescentes < 17 años son sexualmente activos y un 53-71% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de América Latina y El Caribe(41).

En el análisis de la edad de inicio de relaciones sexuales y el desarrollo de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, se encontró que tener relaciones sexuales ≤ 17 es un factor de riesgo (RP=1.71, IC 95% [1.56-1.89], P=0.003); es decir, si una mujer inicia relaciones sexuales ≤ 17 años tiene 0.7 veces más de probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, así como Ramos J. en su estudio, determinó que el ser una paciente con inicio temprano de relaciones sexuales es un factor de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino (OR = 2.033; IC del 95%: [1.113 – 3.715], p = 0.048); en el estudio de Saldaña E. y col también se determinó que entre los factores de riesgo de conducta sexual para cáncer de cuello uterino resalta el tener inicio precoz de las relaciones sexuales, la probabilidad de desarrollar dicha patología es de 5,663 veces más que las que inician sus relaciones sexuales después de los 19 años (OR=5,663; I.C.[2,916 – 11,000], p = 0,000); en el estudio de Cordero J. y col también se demostro que es 17 veces más posibilidad de presentar citologías alteradas en las mujeres

que tienen relaciones sexuales precoces en relación a las que comienzan su actividad sexual más tardíamente, I.C 95%, $p < 0,05$ (23,25,26).

El tiempo entre el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino tiene un promedio de $25,5 \pm 12$ años de desviación estándar, siendo el tiempo mínimo de aparición de lesión premaligna 4 años y como tiempo máximo 55 años. Además se encontró que el 34.26% de mujeres presentó la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino luego de 18-29 años. Sin embargo este tiempo es relativo debido a que nunca sabremos con exactitud en qué momento se desarrolló la lesión premaligna de cáncer de cuello uterino, porque no todas las mujeres tienen la buena costumbre de realizarse un PAP cada cierto tiempo. En un estudio realizado en el Reino Unido, con 1.075 mujeres de 15-19 años con resultados de citología normal y negativos para VPH de alto riesgo, fueron seguidas durante 29 meses mediante frotis vaginal y pruebas de VPH, encontrando que el 26% de las mujeres se convirtió en positivo para 6 tipos de VPH de alto riesgo, siendo la mediana de la duración de los primeros casos positivos de VPH de 13,7 meses para cualquier tipo de VPH (42).

Al hablar del número de parejas sexuales la media fue $2,3 \pm 1,2$ de desviación estándar, siendo el rango de 1-6 parejas sexuales. También se evidenció que el mayor porcentaje de mujeres (64.49%) tuvo de 1-2 parejas sexuales y el 29.91% de mujeres tenían 3-4 parejas sexuales.

Después de analizar número de compañeros sexuales con la probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino se obtuvo (RP 5.32, IC 95% [2.05-7.89], $p=0.012$); de tal manera podemos afirmar que si una mujer tiene 5-6 parejas sexuales en comparación de 1-2 parejas sexuales tiene 4,32 veces más de probabilidad de padecer lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino. Estos datos concuerdan con los resultados encontrados por Cordero J. quien determinó que el 66% de las mujeres del grupo caso tienen ≥ 4 parejas sexuales, lo que representa un R.R. de 13,75, IC95%, $p < 0,05$; en el 2015 Ramos J. determinó que múltiples parejas sexuales ≥ 4 es un factor de riesgo de lesiones premalignas ya que encontró (OR = 18.906, IC 95% [10.186 – 35.092], $p = 0.000$); Canayo J. en su estudio también determinó que existe significancia estadística en la relación del cáncer cérvicouterino y número de parejas sexuales (OR= 8.072, IC 95% [6.10 – 12.03], $p = 0,045$); Vitorino C. en el 2018 determina que uno de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino es tener más de tres parejas sexuales, lo que representa un valor de $p=0.03$, OR= 3.12, IC95% [1.05 – 9.25] (23) (26) (28) (30).

Uptodate hace referencia sobre múltiples compañeros sexuales: en comparación con un compañero sexuales, el riesgo es el triple con 2 compañeros sexuales y 5 veces más con ≥ 6 compañeros sexuales (43).

En los estudios anteriormente citados se establece la asociación del número de parejas sexuales como determinante para el desarrollo de lesiones preneoplásicas y cáncer de cérvix con RR, OR variados; en nuestro estudio se establece dicha asociación, sin embargo el RP es bajo con respecto a estudios internacionales y no existe mucha diferencia con respecto a estudios nacionales y locales; en nuestro estudio fue RP mas alto entre nuestras variables, por ello, probablemente sea un determinante muy importante en nuestra población.

Se ha determinado la asociación entre HR-HPV (virus del papiloma humano de alto riesgo) e infecciones vaginales como HR-HPV con vaginosis bacteriana, *Trichomona vaginalis* con HR-HPV e infecciones por *Candida spp* únicamente con HPV-18. En nuestro estudio el 73% de las pacientes tuvieron infecciones vaginales y se han identificado diferentes organismos colonizadores siendo la vaginosis como la infección predominante (48%)(44).

Al analizar la relación del antecedente de infección vaginal con la probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino no hubo relación estadísticamente significativa (RP=1.00 IC 95% [0.78-1.27], $p=0.993$). Estos resultados concuerdan con lo reportado por Moya J. y cols quien demuestra una relación estadísticamente no significativa (RR=1.30 IC 95% [0.69-1.02], $p=0.793$) (13).

Acerca del uso de métodos anticonceptivos no se encontró relación estadísticamente significativa con la aparición de lesiones premalignas con un valor de $p=0.886$ y una (RP= 0.98, IC 95% [0.77-1.24]), así como también lo señala Vitorino C. donde no hubo relación estadísticamente significativo con un $p=0.074$ y un OR de 3.18; ya sea porque solo el 29.63% uso anticonceptivos orales en algún momento de su vida (30). (TABLA 12, 20). Según la literatura los métodos de barrera como el condón, el diafragma, el capuchón cervical y el preservativo femenino, protegerían de padecer lesiones premalignas y malignas de cérvix. Sin embargo, el uso de anticonceptivos orales (ACO) durante 6-9 años se acompaña de un incremento de hasta 3 veces del riesgo NICIII (45). Sin embargo en nuestra población no se halló ninguna relación, probablemente se deba a que la mayoría de paciente prefieren el uso de otros tipos de método anticonceptivo.

En relación al inicio de la menarquia la media fue $13,1 \pm 1,1$ de desviación estándar, siendo el rango de 11-17 años. También se evidenció que el mayor porcentaje de mujeres (72.22%) iniciaron su menarquia ≤ 13 años.

Al analizar la relación de la edad de inicio de la menarquia con la posibilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino se obtuvo una relación estadísticamente significativo (RP=3.23, IC 95% [1.98-5.67], P=0.002); es decir, si una mujer tiene inicio de menarquia ≤ 13 años tiene 223% más de probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino comparado con las pacientes que inician su menarquia después de los 13 años. Estos datos concuerdan con los resultados encontrados por Cabrera I. quien determinó que las mujeres cuya primera menstruación fue < 12 años triplicó el riesgo de desarrollo de cáncer de cérvix de forma significativa (OR 3,5; IC 95% 1.63-7.50; p=0.000) (14). Si bien aún no se plantea la conincidencia con respecto a este tema, sí se mencionó por algunos autores cierta correspondencia; como Benia y Tellechea, en cuyo estudio el 12,5 % de las pacientes tuvo una menarquía precoz y Castañeda-Toledo demostraron significancia cuando la menarquía ocurrió < 10 años o después de los 14 años (46,47).

Al relacionar la paridad y la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cervix; no hubo asociación estadísticamente significativo debido a un valor p=0.063 (RP=1.83 IC 95% [0.68-2.01]), resultado similar se halló en el estudio de Canayo J. que determinó que no existe significancia estadística en la relación del cáncer cervicouterino y la paridad (p = 0,175), a diferencia de Ramos J. que en su estudio concluyó que la multiparidad es un factor de riesgo (OR = 7.892; IC del 95%: [4.239 – 14.696]) para el desarrollo de lesiones premalignas (26,28).

Según la literatura, mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. Se plantea que la multiparidad, incrementa el riesgo de cáncer cervical debido a $>$ número de contactos sexuales y a traumas cervicales(48).

Respecto a la edad del primer parto se observa que tiene una relación estadísticamente significativa, principalmente en aquellas pacientes que tuvieron el primer parto ≤ 18 años de edad con las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, con un valor de p=0.002, RP= 1.73 IC95% [1.55 – 1.89], por lo que podemos señalar, si una mujer tiene su primer parto ≤ 18 años tiene 0.7 veces más de probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, así como señala Ramos y Vitorino en sus

respectivos estudios con (OR = 2.12; IC del 95%: [1.14 – 3.8], p = 0.048) y p=0.007, OR= 5.12 IC95% [1.41 – 18.52] (26)(30). Según el estudio realizado por “AMERICAN CANCER SOCIETY” Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después(16). Nuestro estudio concuerda con los datos del resto de estudios.

Al evaluar la relación entre antecedentes de partos vaginales y la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino se demuestra que no existe relación estadísticamente significativa por un (RP=1.95, IC 95% [0,60-2.52], p=0.813). A diferencia de Fernández, en su estudio: asociación entre parto vaginal y parto exclusivamente por cesárea, con el cáncer epidermoide de cérvix y sus precursores. Sugieren fuertemente la posibilidad que lesiones epiteliales cervicales producidas en el momento del parto vaginal pueden facilitar la penetración del VPH e infectar el epitelio. El hallazgo de un OR de 24,11, con una muy alta significancia estadística (p<0,000008), indica que el parto vaginal expone a una mujer 24 veces más a desarrollar un cáncer cervical, en comparación con aquella que tiene un parto por cesárea, exclusivamente, y sin trabajo de parto previo (17). Según la literatura, las mujeres con más de 1 parto vaginal tienen un riesgo 70% mayor de LIE, comparada con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido(49). A pesar de la existencia de muchos estudios que abalan el riesgo que producen los partos vaginales, en nuestra realidad no se encuentra dicha asociación, esto probablemente se deba a que existe poco traumatismo durante el parto.

Respecto al tabaquismo como factor de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino no hubo significancia estadística (RP=1.03, IC 95% [0,71-1.58], p=0.889), muy diferente en el estudio de Nuñez quien determino que el hábito de fumar tiene predominancia como factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino (p=0,0000); y en el estudio de Cabrera se demostró que las mujeres que consumieron al menos un cigarrillo diario y hubiera fumado al menos por 6 meses tuvieron cinco veces más riesgo de padecer CCU que aquellas que no fumaron (OR 5.55; IC 95%: 2.55-12.08; p=0.0001) (14,22).

10. Conclusiones

PRIMERA: La edad de inicio de relaciones sexuales es un determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del hospital Regional del Cusco, ya que al iniciar relaciones sexuales ≤ 17 años se tiene 0.7 veces más de probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino. Sin embargo no es el mayor determinante.

SEGUNDA: En nuestra población de estudio la edad máxima de inicio de relaciones sexuales fue a los 26 años y la edad mínima de 12 años.

TERCERA: El tiempo que tardó en aparecer el primer PAP patológico con respecto al inicio de relaciones sexuales en la mayoría de pacientes (34.26%) fue de 18-29 años.

CUARTO: Otros factores de conducta sexual como número de parejas sexuales es factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del hospital Regional del Cusco; debido a que una mujer que tiene 5-6 parejas sexuales tiene 4,32 veces más probabilidad de padecer lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino. Siendo el mayor determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en nuestra población estudiada.

QUINTO: El inicio de la menarquia ≤ 13 años es factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el programa preventivo de cáncer ginecológico del hospital Regional del Cusco; siempre y cuando las mujeres hayan iniciado relaciones sexuales; ya que si una mujer tiene inicio de menarquia ≤ 13 años tiene 2,23 veces más probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cervix.

La edad del primer parto es un factor de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino; debido a que se evidencio si una mujer tiene su primer parto ≤ 18 años tiene 0.7 veces más probabilidad de tener lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

SEXTO: El resto de factores intervinientes como: antecedente de infecciones vaginales, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos orales, paridad, partos vaginales, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino y consumo de tabaco, no son factores de riesgo para lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en comparación con otros estudios y sociedades.

11. Sugerencias

A LOS CENTROS EDUCATIVOS

- Implementar en los colegios programas educativos para el retraso del inicio de la actividad sexual.

A LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

- promocionar una educación sexual responsable en toda la población
- La realización del PAP debe seguir siendo gratuita.

- Capacitar a todo el personal de salud de atención primaria para el diagnóstico temprano de esta patología.
- Se recomienda el llenado completo y adecuado de las historias clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
2. OPS A. Cáncer Cervicouterino [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
3. World Health Organization, World Health Organization, Reproductive Health and Research. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. [Internet]. 2014 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1
4. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/191413-1013-2016-minsa>
5. MINSA, Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
6. Serrano RO. FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO. 2012;15.
7. Alvarado Q. D. 7Lesiones premalignas de cervix y su relación con virus papiloma humano (VPH). Rev Méd Hondur. marzo de 2016;56(1):62-7.
8. Jiménez FT. 8Cáncer de cuello uterino y VPH: ASPECTOS MOLECULARES. 2017;5.
9. Cifuentes LY, Manrique FG, Ospina Díaz JM. 9Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. Av En Enferm. 7 de octubre de 2014;32(1):63-71.
10. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachope AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. 10Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. Investig En Enferm Imagen Desarro. 16 de mayo de 2017;19(2):129.
11. Rodríguez DC, Ríos LÁR, Ruiz GEG. 11LESIONES NEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE UNA UNIVERSIDAD COLOMBIANA. Hacia Promoc Salud. 2013;13.

12. González-Pedraza Avilés A, Ortiz Zaragoza C, Inzunza Montiel AE, Raúl Ponce-Rosas E. 12Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. *Aten Primaria*. 2014;21(6):395-8.
13. Moya-Salazar J, Rojas-Zumaran V, Torres-Martínez R, Rosas-Vargas L. 13Hallazgos no neoplásicos y anormalidades celulares epiteliales en citología cervical. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. marzo de 2016;42(1):0-0.
14. Cabrera Guerra II, Ortiz Sánchez Y, Suárez Gómez YL, Socarrás Rodríguez R, Vázquez Rosales N. 14Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Multimed*. 13 de marzo de 2017;20(5):110-28.
15. Dunán Cruz LK, Cala Calviño L, Infante Tabío NI, Hernández Lin T. 15Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. *MEDISAN*. mayo de 2016;15(5):573-9.
16. American Cancer Society. 16¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino? [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
17. Mollinari LF, Shiguiyama AI, Villanueva FP. 17Asociación entre parto vaginal y parto exclusivamente por cesárea, con el cáncer epidermoide de cérvix y sus precursores. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018;54(4):264-9.
18. Coronel-Brizio P, Sánchez FP, Nowak JO, Domínguez EZD, Luna NO. 18Cáncer del cuello uterino según zona urbana, suburbana y rural en Veracruz. *SESVÉR*. 2006-2008. *Rev Médica Univ Veracruzana*. 2016;10(1):6-10.
19. OMS. 19La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=2>
20. Instituto nacional de cancerología-ESE. 20Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino [Internet]. 2014 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/>
21. Llumiquinga M, Paola J. 21Frecuencia de lesiones intraepiteliales de cérvix asociadas al inicio de la actividad sexual y al número de embarazos en mujeres que acuden al Hospital General Enrique Garcés, período 2016-2017. 2018 [citado 11 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17572>
22. Rodríguez MN. 22Factores de riesgo de lesiones precursoras del cuello de útero. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 28 de diciembre de 2018 [citado 11 de marzo de 2019];34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1480>

23. José Cordero Martínez,. 23Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. 2015;13.
24. Mendoza T LA, Arias G M, Pedroza P M, Micolta C P, Ramírez R A, Cáceres G C, et al. 24Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(4):271-9.
25. Saldaña Mestanza, Emerita. 25Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital II – 2 Tarapoto, periodo 2013 - 2017 [Internet]. 2018 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/2845>
26. Davila R, Danny J. 26Factores de Riesgo Relacionados a Lesiones pre Malignas de Cáncer del Cuello Uterino. Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz 2008-2012. Univ Priv Antenor Orrego - UPAO [Internet]. 2015 [citado 11 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1571>
27. Aguilar Palomino. 27FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL AÑO 2015 [Internet]. 2017 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.hospitalvitar.te.gob.pe/PORTAL/mod/biblioteca/index.php?transparencia=56>
28. López C, Léster J. 28Relación del cáncer de cuello uterino con características sociodemográficas, gíneco-obstétricas y de conducta sexual en mujeres que se realizaron la prueba de papanicolaou en el Hospital Regional de Loreto en el periodo enero - diciembre 2014. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unapikitos.edu.pe/handle/UNAP/4015>
29. Mendoza Gamarra Dennis W. 29Prevalencia y factores relacionados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional del Cusco (MINSa) de enero 1995 a diciembre del 2000. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2000 [citado 11 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/1659>
30. Vitorino Grajeda C. 30Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud, Cusco, 2017. 2018.
31. Hanampa Roque Juvenal V, Jeanette A. 31conducta sexual de las mujeres como factor de riesgo para el cáncer de cérvix en un hospital MINSa-Cusco, periodo 2013-2015, estudio caso-con. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2016 [citado 11 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/2544>
32. OMS. 32Factores de riesgo [Internet]. 2018 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

33. OMS. 33Infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
34. diccionario Academic. 34paridad [Internet]. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/45821/paridad
35. Doctissimo. 35Tabaquismo: Definición Tabaquismo [Internet]. Doctissimo.com. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/taquismo>
36. OMS. 36Salud sexual [Internet]. WHO. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
37. Doctissimo. 37Menarquia: Definición Menarquia - [Internet]. Doctissimo.com. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/menarquia>
38. Doctissimo. Anticonceptivo: Definición Anticonceptivo [Internet]. 2019 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/anticonceptivo>
39. instituto nacional del cancer. carcinoma insitu [Internet]. National Cancer Institute. 2017 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>

ANEXOS

ANEXO N° 01: FICHA PARA RECOLECCION DE DATOS

Nro de ficha: -----

Nro de historia clínica: -----

1. Edad en años cumplidos:....
2. Grado de instrucción:
a. Analfabeta.
b. Primaria incompleta: años
c. primaria completa
d. secundaria incompleta..... años
e. secundaria completa
f. Superior incompleto..... años
g. Superior completo
3. Lugar donde vive los últimos 5 años
a. Urbano
b. Rural
4. Estado civil:
a. Soltera
b. Conviviente
c. casada
d. Divorciada
5. Resultado de biopsia:
a. NIC I
b. NIC II
c. NICIII
d. Cancer in situ
Fecha de toma de muestra:.....
6. Resultado del primer PAP patológico:
a. LSIL
b. HSIL
c. ASC-US
d. ASC-H
Fecha de toma de muestra:.....

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL:
7. Número de parejas sexuales:.....
8. Edad de inicio de relaciones sexuales: años
9. Antecedentes de infecciones vaginales:
a. Si, vaginosis
b. Si, tricomoniasis
c. Si, candidiasis
d. Sí, no recuerda
e. No.
10. Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual:
a. Si, sífilis
b. Si, Gonorrea
c. Si, VIH
d. Otros ¿Cuál?
e. No
11. Uso de anticonceptivos orales
a. Si
b. No.
Si la respuesta anterior fue SI, cuanto tiempo.....(meses)
FACTORES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN
12. Edad de inicio de su primera menstruación:..... Años
13. Paridad:.....(número de hijos)
14. Edad del primer parto: años
15. Partos vaginales:
a. Si
b. No
si la respuesta anterior fue SI, ¿Cuántos?.....(partos)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	
16. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino:	
a. Si ¿Quién?	
1. Madre	
2. Abuela	
3. Hermanas	
4. Otro familiar	
b. No	
VARIABLES SOBRE HáBITOS NOCIVOS	
17. ¿Ud. fuma o fumaba antes?	
a. Si	
b. No	
Si la respuesta anterior es si, cuantos cigarrillos por día:..... (Cigarrillos), y por cuantos años----- años	
18. Algún familiar cercano o alguien con quien pase gran parte de su tiempo, ¿fuma?	
a. Si	
b. No	

ANEXO N° 02: PERMISO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO



**GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

Cusco, 12 FEB 2019.

DIRESAC-Of. N° 018 -2019 -HRC.DE.

ASUNTO : autorización de aplicación de trabajo de investigación.

A : Señorita Daisy Gallegos Pérez

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco.

REF : Exp. 1041

Visto el documento que antecede de acuerdo a la opinión favorable del comité de Investigación, de Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia, de la Jefatura de la Unidad de Estadística, y de la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del instrumento de trabajo de investigación, intitulado "Factores de Riesgo Asociados a Lesiones Premalignas de Cuello Uterino, Hospital Regional Cusco, 2014-2018". Debiendo acogerse al horario y normas de la institución.

Atentamente,

Se autoriza para q' haga uso de las historias clínicas

Med. Babina Camarita Molina
RUBRICA
C/12/02/2019

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Med. Babina Camarita Molina
RUBRICA
C/12/02/2019

C.C. Archivo.
LTCH/djz
C/11/02/2019

Av. La Cultura s/n Telf.: 227661 – 231131 Emergencia Telf.: 223691 CUSCO - PERU

www.hospitalregionalcusco.gob.pe

hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe Hospital Regional Cusco / Hospital Reg Cusco