



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Factores Sociales y su relación con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

**Segunda Especialidad en Promoción y Prevención en Its-Vih/Sida Y
Cáncer De Cuello Uterino**

AUTOR:

Obsta. Yanine Roxana Zeta Valladolid

ASESOR:

Mg. María Luisa Olivo Ulloa.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción y Prevención en Salud

TRUJILLO - PERÚ

2018

JURADO



Dra. Ana Peralta Iparraguirre
Presidente



Mg Sonia Chacón Pinto
Secretario



Dra. Eliana Guzmán Avalos
Vocal

DEDICATORIA

A Dios por ser el ser supremo y darme la vida, la salud y por estar a mi lado en cada paso que doy, quien permite que mi familia permanezca a mi lado.

AGRADECIMIENTO

A mis queridos padres Gerardo y Eulalia ellos fueron el principal cimiento para la formación de mi vida profesional, siempre brindándome su amor y todas sus palabras para salir adelante.

A mi amado esposo Segundo por su comprensión y por siempre darme esa fuerza y motivación para salir adelante.

A mis queridos hijos Sebastián, Andrea y Dayana por su cariño y por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme para que la vida nos depare un futuro mejor.

A todos ellos, mi enorme gratitud.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD:

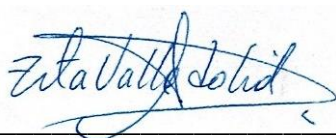
Yo, Yanine Zeta Valladolid, identificada con el DNI N° 03897159, estudiante del Programa de Segunda Especialidad en Promoción y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA y Cáncer de Cuello Uterino de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo de Trujillo; declaro que la tesis titulada “Factores sociales y su relación con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017”.

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada ni parcial ni totalmente.
3. La tesis no ha sido plagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse el fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 26 de Octubre del 2018.



Yanine Roxana Zeta Valladolid
DNI N° 03897159

PRESENTACION

Señores Miembros del Jurado presento ante ustedes la tesis titulada “Factores sociales y su relación con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017”, con la finalidad de demostrar si los factores sociales se relacionan con la presencia de LEI de alto grado en mujeres en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén 2013 y 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad en Promoción y Prevención de Infecciones De Trasmisión Sexual-VIH/SIDA y Cáncer De Cuello Uterino.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.



Yanine Roxana Zeta Valladolid.
La Autora

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociales y la presencia de lesiones precancerosas de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017. Fue un estudio de diseño correlacional. La Población estuvo constituida por 43 mujeres que acudieron al hospital distrital Jerusalén y que tuvieron diagnóstico citológico de lesiones precancerosas, durante los años 2013 al 2017, existe relación entre el Inicio precoz de las relaciones coitales y las lesiones precancerosas de alto grado encontrando que el 74.42% iniciaron precozmente y el 25.58 % no ($P < 0,04235$), Si existe relación entre el número de parejas coitales y las lesiones precancerosas de alto grado encontrando que el 76.74%, presentaron más de dos parejas coitales, mientras que el 23.26% no las tuvieron ($P < 0,0356$), La presencia de cervicitis guarda relación con las lesiones precancerosas de alto grado ya que el 55.81% de las mujeres presentaron antecedente de cervicitis y 44.19% no contaron con este antecedente. ($P < 0,0213$) y no existe relación entre el uso de anticonceptivos orales combinados y las lesiones precancerosas de alto grado ya que solo el 34,88% de las mujeres usaron estos anticonceptivos por más de 5 años mientras que las que usaron por un tiempo menor tuvieron 65,12% ($P < 0,452$).

Se concluye que si existe relación entre los factores sociales y la presencia de lesiones precancerosas de alto grado a excepción del uso de los anticonceptivos orales combinados.

Palabras Clave: Factores Sociales, lesiones precancerosas de alto grado.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between social factors and the presence of precancerous lesions of high degree in women who consult in the Jerusalem District Hospital 2013 - 2017. It was a study of correlational design. The population consisted of 43 women who attended the Jerusalem hospital and who had cytological diagnosis of precancerous lesions, during the years 2013 to 2017, obtaining as results: there is a relationship between the early start of the coital relationships and the high-grade precancerous lesions ($P < 0.04235$), If there is a relationship between the number of coital couples and high-grade precancerous lesions ($P < 0.0356$), the presence of cervicitis is related to high-grade precancerous lesions ($P < 0, 0213$) and there is a relationship between the use of combined oral contraceptives and high-grade precancerous lesions ($P < 0.0283$). It is concluded that there is a relationship between social factors and the presence of high-grade precancerous lesions.

Palabras Clave: Social Factors, high-grade precancerous lesions.

ÍNDICE:

Página del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Presentación	vi
Resumen.....	vii
I. INTRODUCCION.....	10
1.1 Realidad problemática.....	10
1.2 Trabajos previos	13
1.3 Teorías relacionadas al tema	17
1.4 Formulación del problema.....	22
1.5 Justificación del estudio.....	22
1.6 Hipótesis.....	24
1.7 Objetivos.....	25
II. METODO.....	26
2.1 Diseño de investigación.....	26
2.2 Variables, operacionalizacion.....	27
2.3 Población y muestra.....	29
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y Confidencialidad.....	30
2.5 Métodos de análisis de datos	30
2.6 Aspectos éticos.....	31
III. RESULTADOS.....	32
IV. DISCUSION.....	36
V. CONCLUSION	40
VI. RECOMENDACIONES.....	41
VII. REFERENCIAS.....	42
VIII. ANEXOS.....	46

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

El Cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización mundial de la salud (OMS) estima que 21,3 millones de personas desarrollarán cáncer y 13,1 millones de personas morirán por esta causa para el año 2030. Esta tendencia va en aumento, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde actualmente se presentan las dos terceras partes de los casos que ocurren a en el mundo. El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población son los factores más importantes.¹

A nivel mundial una de las principales causas de muerte de la población, es el cáncer. Según la organización mundial de la salud (OMS), causó la muerte de 1.3 millones de personas y un 47% ocurrió en América Latina y el Caribe. Cabe recalcar que en Latinoamérica ocupa el tercer lugar como causa de muerte. Respecto a los tipos de cáncer más frecuente tenemos que cáncer de cuello uterino se coloca en el segundo lugar entre las mujeres que viven en regiones menos desarrolladas. Asimismo, uno de sus factores de riesgo es el virus de papiloma humano (VPH) que es transmitido por actividad coital.²

Así mismo constituye un problema social porque afecta la salud individual y colectiva no solo de las mujeres, sino que tiene un impacto en toda la población del mundo, representa al 10% del total de nuevos casos y es el segundo más común entre las mujeres. Esta neoplasia refleja las desigualdades entre países pobres y ricos y las diferencias de acceso a los servicios de salud. En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100.000 mujeres.³

Por otro lado el cáncer de cuello uterino es causado por el Virus del papiloma Humano (VPH) de transmisión sexual, la mayoría de las infecciones por VPH remiten espontáneamente y no causan síntomas ni enfermedad. Sin embargo, la infección repetida por tipos específicos de VPH (con mayor frecuencia los tipos 16 y 18) puede conducir a lesiones precancerosas. Si no se las trata, esas lesiones pueden evolucionar hacia un cáncer de cérvix. Se producen cada año a nivel mundial más de 500 000 nuevos casos de cáncer de cuello de útero y de ellos alrededor del 80% se diagnostican en países en vías de desarrollo, así mismo se calcula que anualmente alrededor de 300 000 mujeres mueren y de ellas más del 70% en plena capacidad reproductiva. En América Latina es la causa de muerte más frecuente con más de 30 000 defunciones por año mientras que en Europa el cáncer de cuello de útero es la tercera causa de muerte en las mujeres.⁴

El instituto Nacional en Estados Unidos refiere que América del Norte tiene la morbimortalidad más baja por cáncer de cuello uterino, reportan que a este cáncer le corresponde el 6% de todos los cánceres de la población femenina norteamericana y la más baja tasa de mortalidad del continente, mientras en el resto de la América se observa gran variabilidad, se estima que el 80 % proceden de países en desarrollo, Latinoamérica y el Caribe es considerada una región de alto riesgo de cáncer de cuello de útero, las mayores incidencias se observan en Chile, Bolivia y México, así como Brasil, Perú, Colombia, Paraguay y Costa Rica, se reportan tasas inferiores en Puerto Rico y Cuba.⁵

El Institut Catalá d' Oncologia, a través de su centro de información de estudios en VPH y cáncer, recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello de útero en el Perú en base a la información disponible en Globocan y estimo que en el 2012 se presentaron 4,636 casos

y 1715 muertes por cáncer de cérvix, ese mismo año la incidencia anual fue de 31.3/100,000 habitantes, esta cifra es similar con la de Sudamérica con el 22.2 y con el dato mundial de 15.1. La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo.⁶

Podemos observar que el cáncer de cuello uterino va avanzando de forma alarmante en el mundo y Perú, siendo importante enfatizar con programas de prevención sobre todo en los primeros niveles de atención y que no solo incluyan el tamizaje con la toma de la prueba del Papanicolaou sino también el diagnóstico precoz y seguimiento de las lesiones precancerosas, siendo las lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI) las de mayor riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino.

En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres peruanas (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres) y es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Las Lesiones precancerosas en el Perú representa el 20-25% de los pacientes atendidos en los servicios oncológicos del país.⁷

En la provincia de Trujillo, según los reportes del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) Norte, en el primer Trimestre del año 2009, los canceres más frecuentes fueron el cáncer de mama (16.59%) seguido del cáncer de cuello uterino (15.21%). Coincidentemente la cobertura citológica para la población femenina de riesgo fue de sólo 9.4% para la región y de 16% para la provincia de Trujillo.⁸

Así mismo la Gerencia Regional de Salud (GERESA) reporta que el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar en la región La Libertad,

siendo la mayoría de los casos de cáncer de cérvix detectados en la Provincia de Trujillo, siendo el distrito de Trujillo quien ocupa el primer lugar con 33.4% de los casos, seguido por el distrito de La Esperanza que ocupa el segundo lugar con 12.5%, cifras alarmantes si se suma a estos datos, que solo el 6.8% de estos cánceres fueron diagnosticados a través de pruebas de tamizaje que permite generalmente ser detectados en estadios tempranos y por lo tanto tratables, el resto fueron captados en estadios avanzados.⁹

1.2. Trabajos previos

Arzuaga, A (Brasil, 2011)¹⁰; realizó el estudio sobre el cáncer de cuello de útero, con el objetivo de analizar el cáncer de cuello de útero como problema social. Fue un estudio transversal, descriptivo. Los datos fueron recolectados en la base de datos Globocan-2008. Para el año 2008 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo, de los cuales 85% y 88% respectivamente ocurrieron en países en desarrollo, en estos países la tasa de incidencia por cáncer de cérvix fue de 17,8 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad fue de 9,8 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87% y el de morir es de 1,10 %. En los países desarrollados, la tasa de incidencia por este cáncer es de 9,0 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad es de 3,2 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 0,85%, y el de morir es de 0,33%. Concluye que el Cáncer de cérvix es un problema social mundial, que afecta a las mujeres de los países en desarrollo como de los países desarrollados, siendo mayor el riesgo de enfermar por CCU en mujeres de países en desarrollo.

Torriente, S (Cuba, 2011)¹¹; realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo en 2696 historias clínicas de pacientes diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y cáncer invasor del cérvix uterino atendidas en el hospital materno de Guanabacoa. El 36,2% se diagnosticó y trató entre los 31 y 40 años, el 60% inició precozmente sus relaciones sexuales, 2 fue el promedio de partos por pacientes, el 2% de la muestra se encontraba embarazada en el momento de la toma de biopsia, el 80,1% tenía el hábito de fumar y el 93,5% presentó virus de papiloma humano (VPH) en el resultado histológico asociados la NIC. Se concluye que la precocidad en el inicio de la primera relación sexual, la presencia de VPH y hábito de fumar son factores que están presentes en un elevado porcentaje de las pacientes tratadas; la multiparidad y la adolescencia no incidieron de forma significativa en la población estudiada.

Lau, D¹² (Cuba, 2012); en su estudio “Lesiones preinvasivas del cuello uterino”, busco hallar la correlación citohistológica, categorizar los grados de lesión y caracterizar el grupo de pacientes. Fue un estudio retrospectivo a pacientes atendidas en la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo con lesiones preinvasivas del cuello uterino de enero del 2010 a junio del 2011. El universo fueron 246 citologías anormales y la muestra 89 resultados histológicos con cualquiera de los tres grados de neoplasia intraepitelial cervical, se calculó la sensibilidad y especificidad para determinar la efectividad del diagnóstico histológico. Predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años. El inicio precoz de las relaciones coitales y la evidencia del virus del papiloma humano (VPH) fueron muy frecuentes. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico fue del 64,1%, con una sensibilidad del 90,3% y una especificidad del 79,3%.

En conclusión, la correlación diagnóstica entre la citología y la histología fue efectiva.

Mendoza, L (Colombia, 2012)¹³; en su estudio “Actividad sexual en adolescencia temprana”, evaluó el impacto sobre la fecundidad, planificación familiar y lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes, que iniciaron actividad coital en la adolescencia. Fue un estudio de cohorte retrospectiva, incluyó adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad coital en la adolescencia y que consultaron en un establecimiento de salud en Tuluá, Colombia. El análisis estadístico hizo un análisis de riesgo relativo (RR) y atribuible a la exposición (RAexp%), como indicadores de asociación. El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años ($\pm 1,6$ años). El 49% no realizaba PF, 34,7% tenía ≥ 1 hijo y 6,9% alguna lesión en cuello uterino. Hubo asociación entre actividad sexual en la adolescencia temprana y tener un hijo, al compararlo con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia media (RR: 1,6; IC 95%: 1,2-2,1. RAexp: 35,7%; IC 95%: 13,3-52,4%) y tardía (RR: 2; IC 95%: 1,5-2,6. RAexp%: 49%; IC 95%: 31,7-62%). Se concluye que el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos está asociada al riesgo de lesiones cervicales.

Rodríguez, D (Cuba, 2014)¹⁴; realizó un estudio para determinar la infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados, fue un estudio descriptivo de corte transversal. Para este estudio formo dos grupos: uno con 177 mujeres con diagnóstico citológico de VPH y el otro con 165 mujeres que no la tenían, busco la posible asociación entre otras variables y la infección por VPH. Se obtuvo que el 68,4% con infección viral tenía entre 40 y 49 años. En los dos grupos más del 85% tuvo sus primeras relaciones coitales entre los 15 y 17 años. Las relaciones de pareja y la multiparidad guardaron relación en

mayor número en las mujeres con infección. Concluye que las variables de estudio como la edad, la paridad, las relaciones de pareja y la existencia infección de transmisión sexual concomitante estuvieron asociadas a la infección por el virus del papiloma humano.

Ramos, J (Perú, 2015)¹⁵; en su estudio “factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino” en Hospital Víctor Ramos G. Huaraz, estudio retrospectivo casos y controles, se revisaron historias clínicas de pacientes que se realizaron un PAP, se evidencio que la lesión premaligna (L.P) con mayor porcentaje (41.7%) fue la LP de bajo grado más VPH y las mujeres de 30 a 49 años con mayor porcentaje (74%) de (L.P). Se concluye que las variables de riesgo relacionados a (L.P) de cáncer de cérvix son: la edad (de 30 a 49 años), mujeres analfabetas, convivencia, vivir en zona rural, multiparidad, el no uso de anticonceptivo oral combinado, inicio de relaciones coitales a temprana edad (15-25 años), múltiples parejas coitales (4 o más), antecedente de familiares con cáncer de cérvix.

Glener, K (Trujillo, 2014)¹⁶; en su investigación para determinar el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcopia e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cérvix en Hospital Regional Docente de Trujillo, revisó 109 historias clínicas de mujeres (30 a 49 años) que tuvieron las 3 pruebas diagnósticas y los resultados arrojaron moderada concordancia entre la citología y la colposcopia para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cérvix (Kappa: 0.4549), débil concordancia entre la citología e histología (Kappa: 0.3889) y buena concordancia entre la colposcopia e histología (Kappa: 0.6191). El mayor porcentaje de LEI de bajo grado fueron por colposcopia 60.6%; LEI de alto grado no se encontró mayor significancia entre las diferentes técnicas de citología y colposcopia (17.4% vs 12.8%

respectivamente); en LEI malignas (cáncer) el mayor porcentaje de casos fue diagnosticado por la colposcopia (18.3%). Concluyo que la concordancia entre la colposcopia e histología para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cérvix mejoraban conforme avanzaba la edad y fue mayor en las de 40 años a más (0.6853) contra (0.2069) en las de 20 a 39 años.

1.3. Teorías relacionadas al tema

A nivel mundial el cáncer cervical ocupa el séptimo lugar en orden de frecuencia entre los cánceres que se desarrollan en el sexo femenino. Entre los cánceres ginecológicos ocupa el cuarto lugar, siendo sobrepasado, en orden decreciente de frecuencia, por el cáncer de mama, endometrio y ovario.¹⁷

La Neoplasia intraepitelial cervical (CIN) es una lesión premaligna que puede existir en cualquiera de las tres etapas: CIN1, CIN2 o CIN3. De ser dejada sin tratamiento, CIN2 o CIN3 pueden progresar al cáncer cervical.¹⁸

El cáncer de cérvix es una alteración de las células que empieza en el epitelio cervical mostrando al inicio lesiones precursoras de cáncer de avance lento y progresivo, algunas de estas células progresaran a cáncer in situ (ubicado solo en el epitelio superficial) o un cáncer invasor que traspasara a la membrana basal (células malignas).¹⁹

La lesión pre cancerosas de alto grado incluye a las alteraciones epiteliales con displasia o neoplasia intracervical (CIN II y III) caracterizada por alteraciones de la arquitectura epitelial con mayor o menor grado de maduración lo que permite clasificarlas, estas células atípica, si proliferan estas células indiferenciadas

pierden sus características y según el cambio pueden evolucionar de displasias (células precancerosas) a carcinoma in situ .¹⁸

El virus del papiloma humano (VPH) son la causa de la infección vírica más común del tracto reproductivo. La mayoría de los hombres y las mujeres que tienen actividad sexual están en riesgo de contraer la infección en algún momento de su vida y algunas personas pueden tener infecciones recurrentes.²⁰

La mayoría de los hombres y mujeres contraen la infección al poco tiempo de haber iniciado la vida sexual y si se inicia a temprana edad el riesgo es mayor. Los VPH se transmiten por vía sexual, y no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca el contagio. Un modo de contagio frecuente es el contacto directo con la piel de la zona genital, se conoce una amplia variedad de tipos de VPH y la mayoría de ellos no causa problemas. Generalmente las infecciones por VPH desaparecen espontáneamente, meses después de haber tenido el contagio (90%) hasta un periodo de dos años. Existe un pequeño riesgo de que algunos VPH persistan y se convierte en cáncer generalmente a las infecciones provocadas por los tipos de VPH de alto riesgo (16 y 18).^{17, 20}

La historia de un cáncer de cuello uterino se inicia con la infección del cérvix por un VPH de tipo oncogénico. La gran mayoría de las infecciones se remiten espontáneamente, pero existen algunas pocas que persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células premalignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal. Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más riesgo de persistir, es así que los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%.⁸, las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo

tienen mayor probabilidad de remitir espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial.²¹

Todas las mujeres con actividad coital corren el riesgo de que una infección por VPH evolucione y de que las lesiones precancerosas pasen hacia un cáncer de cuello de útero invasivo. En mujeres con un sistema inmunitario normal, el cáncer de cuello de útero tarda en desarrollarse de 15 a 20 años y puede tardar de 5 a 10 años en mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como las infectadas por VIH no tratadas.¹⁷

Las lesiones precancerosas del cérvix vienen hacer los cambios diferenciados que se producen en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello del útero; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por VPH. En la mayoría de los cánceres, aunque tengan una fase precursora, esta es demasiado breve para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento. El cáncer de cuello uterino es uno de los pocos cánceres cuya fase precursora (lesiones precancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, salvando muchas vidas.¹⁹

Se ha demostrado mediante estudios que un pequeño porcentaje de las infecciones de VPH progresan a cáncer, pero a la vez están involucrados en el proceso de carcinogénesis otros cofactores, externos y propios del huésped. Se mencionan algunos de ellos que contribuyen al desarrollo de lesiones precancerosas como son: La presencia de los VPH de alto riesgo y la persistencia de la infección viral predicen un mayor riesgo de la aparición de este mal, la susceptibilidad genética de algunas mujeres a desarrollar cáncer de cuello uterino por la infección del VPH, lo demuestran

algunos estudios realizados en gemelos y sus descendientes de primer grado y otros estudios de asociación genómica.²⁰

Otras condiciones del huésped como mal estado nutricional y la infección por VIH comprometen la inmunidad de la mujer y se asocia con un aumento de riesgo de cáncer de cuello de útero de hasta 5 veces, también tenemos factores ambientales como la exposición al humo del tabaco y avitaminosis en las que se encontró asociación. También se encontró otros factores que aumentan el riesgo de infección con el VPH, siendo estos el inicio precoz de la actividad coital, tener varios compañeros coitales o tener un compañero que tiene o tuvo múltiples parejas coitales, historia de infecciones de transmisión sexual, entre otros.^{17,19}

El cáncer cervical es poco frecuente en las mujeres de 20 años y más de la mitad de las diagnosticadas se encuentran entre las edades de 35 y 55 años. El riesgo disminuye después de los 55 años, pero el 20% de los casos ocurren en mujeres mayores de 60 años. El patrón observado se debe a dos factores en conflicto, el primero a los cambios en los comportamientos sexuales y el segundo a la tendencia de mutaciones genéticas que se acumulan con el tiempo.²¹

Otro factor importante para la presencia de lesiones precancerosas es la conducta sexual, es universalmente aceptado que la conducta sexual guarda estrecha relación con la incidencia del cáncer cervical. Se acepta, actualmente, que los factores realmente importantes son el inicio precoz de las relaciones coitales (antes de los 20 años), especialmente cuando la actividad sexual se inicia en el primer año tras la menarquia y la experiencia de múltiples compañeros sexuales.²²

Las lesiones premalignas detectadas a través del tamizaje del PAP, pueden ser tratadas de manera efectiva por terapia de ablación (crioterapia y termo coagulación) y la escisión electroquirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP). La crioterapia consiste en congelar la zona afectada, la misma que después se retorna a su estadio de epitelio normal. Las mujeres que presentan un resultado positivo tanto en el tamizaje de IVAA, prueba molecular de VPH o histológicamente con NIC2 y reúnen las condiciones para ser sometidas a la crioterapia, pueden ser incluidas a estos tratamientos, sin riesgos durante la intervención y a bajo costo, garantizando la accesibilidad de las mujeres al tratamiento.¹⁷

Otro factor en discusión es la relación entre el empleo de anticonceptivo hormonal y el cáncer invasor, el mismo que es controversial, pues algunos estudios demuestran un aumento de riesgo, mientras que otros no encuentran ningún efecto. Las mujeres que toman anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de Carcinoma intraepitelial III que las personas que nunca tomaron. Algunos otros estudios publicados sugieren que el uso a largo plazo (5 o más años) de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer de cérvix en las mujeres infectadas con VPH, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo del anticonceptivo.¹⁹

El cáncer de cérvix se debe a la infección por el papiloma virus humano (más de 80 virus), que se transmite por vía sexual, además de este efecto se cree la existencia de otros cofactores como los anticonceptivos orales que demuestran que su uso incrementan el riesgo de padecer cáncer de cérvix, habiéndose comprobado que el uso de anticonceptivos orales durante un largo

periodo aumentan la incidencia de cáncer de cérvix a diferencia que el uso por menos de 5 años no tiene riesgo significativo.²³

1.4. Formulación del problema

¿Existe relación entre los factores sociales y las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017?

1.5. Justificación del estudio

A nivel mundial, en el 2012 había casi mil millones de mujeres entre 30 y 49 años, la mayoría de las cuales no se habían sometido a tamizaje para la detección del cáncer cérvico uterino ni una sola vez en su vida. La detección y el tratamiento tempranos de las lesiones precancerosas pueden prevenir la mayoría de los cánceres cervicouterinos.⁵

Se estima que la prevalencia de infección por VPH en el mundo es de 10.4%, de las cuales se estima que el 32% están infectadas por el tipo 16, 18 o por ambos. Globalmente, la infección por VPH es más frecuente en mujeres menores de 35 años, con un segundo pico después de los 45 años sólo en Europa, América y África.¹³

Dentro de este contexto, el presente estudio cobra relevancia social debido a que la detección temprana del cáncer de cuello uterino busca la presencia inicial de lesiones precancerosas o de cáncer en las mujeres en riesgo, la mayoría de las cuales son asintomáticas y quizás se sientan perfectamente sanas y no vean ninguna razón para acudir a los establecimientos de salud, perdiendo la oportunidad de un diagnóstico precoz y oportuno.²⁴

Así mismo la presente investigación pretende ofrecer nuevos conocimientos que sirvan de base para identificar los factores sociales que se relacionan con las lesiones pre cancerosas de alto grado y planificar estrategias para su abordaje. Este aporte también pretende lograr que los servicios de detección puedan proporcionar servicios organizados y oportunistas (es decir, aprovechando la visita de una mujer al establecimiento de salud para otra finalidad) o mediante una combinación de ambos. Se acepta en general que la detección organizada es más eficaz en función de los costos que la detección oportunista, pues hace mejor uso de los recursos disponibles y consigue que se beneficie un número mayor de mujeres.⁴

El cáncer de cuello uterino afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados.²⁵

El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años es tres veces más alto en mujeres que viven en países en vías de desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados. En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima.¹⁶

En el Perú y en La Libertad es importante resaltar, que dentro de las cinco neoplasias más frecuentes se encuentran el cáncer del cuello uterino, el cáncer de la mama y el cáncer de la próstata, órganos accesibles que debido a su ubicación anatómica permiten

la detección precoz; por lo cual, si se ampliaran los programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente, dicha realidad es similar en el Distrito de La Esperanza²¹

Por todo lo expuesto, el presente estudio busca identificar los factores asociados a la aparición de células precancerosas que permitan implementar estrategias de prevención, priorizando la población en riesgo que muchas veces no es consciente de este riesgo, así mismo identificar y tratar precozmente estas lesiones y evitar desenlaces fatales que causan crisis personales, familiares y también en el desarrollo de la sociedad. Así mismo no existen investigaciones anteriores en el distrito de la Esperanza que nos permitirá identificar estos factores u otros que se asocian a la aparición de estas lesiones precancerosas y establecer actividades orientadas a romper la cadena de transmisión, brindar tratamiento oportuno y contribuir al logro de la expectativa de vida de las mujeres del sector Jerusalén – La Esperanza.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General:

Los factores sociales se relacionan con la presencia de lesiones precancerosas de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017.

1.6.2. Hipótesis Específicas:

- El inicio precoz de las relaciones coitales si se relaciona con las Lesiones precancerosas de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.

- El número de parejas coitales si se relaciona con las lesiones precancerosas de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.
- Los antecedentes de cervicitis si se relacionan con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.
- El uso de anticonceptivo oral combinado si se relacionan con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.

1.7. Objetivos

1.7.1. General

Demostrar si los factores sociales se relacionan con la presencia de LEI de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017.

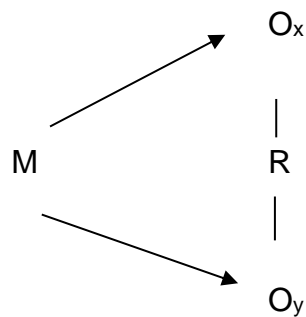
1.7.2. Específicos

- Determinar si el inicio precoz de las relaciones coitales se relaciona con las Lesiones precancerosas de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.
- Determinar si el número de parejas coitales se relaciona con las lesiones precancerosas de alto Grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.
- Determinar si antecedente de cervicitis se relacionan con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.
- Determinar si el uso de anticonceptivo oral combinado se relaciona con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

La presente investigación se realizó mediante un diseño correlacional.²⁶



Dónde:

M = Muestra.

R = Relación.

Ox= Factores sociales

Oy= Lesiones precancerosa

2.2. Variables, operacionalización

2.2.1. VARIABLES

Variable Independiente: Factores sociales

Variable Dependiente: Lesiones precancerosas de alto grado

2.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición
Variable Independiente Factores Sociales	<u>Inicio precoz de relaciones coitales:</u> practica en la que el hombre realiza la introducción del pene al orificio de la vagina. ²³	Menor de 18 años: Primera relación coital (PRC) antes de cumplir 18 años. ²³ Si: PRC <18 años No: PRC 18 años a mas	Si No	Nominal
	<u>Número de parejas coitales:</u> cantidad de parejas que practican relaciones coitales. ²³	Andría mayor o igual a 2 parejas coitales. ²³ Si: Cuando tuvo 2 o más parejas coitales. No: Cuando tuvo menos de 2 parejas coitales.	Si No	Nominal
	<u>Antecedente de cervicitis:</u> proceso inflamatorio del cérvix provocado por una ITS. ²⁰	Haber presentado episodio(s) de cervicitis. ²⁰ Si: Presento cervicitis No: No presento cervicitis	Si No	Nominal
	<u>Antecedente o uso de Anticonceptivo Oral combinado (AOC):</u> píldora	Uso de AOC mayor de 5 años. ²⁰ Si: Si uso AOC más de	Si No	Nominal

	anticonceptiva hormonal que contienen estrógenos y progesterona. ²⁰	5 años. No: No uso AOC más de 5 años.		
Variable Dependiente LEI de alto Grado	<u>LEI de alto Grado:</u> Cambios moderados a severos de las células epiteliales del cérvix encontrados en un Papanicolaou. ¹⁶	LEI de alto grado ¹⁶ Si: Tiene diagnóstico citológico de LEI de alto Grado. No: No tienen diagnóstico citológico de LEI de alto Grado.	Si No	Nominal

2.3. Población y muestra

2.3.1. POBLACIÓN:

La Población objeto de estudio estuvo constituida por todas las mujeres que tuvieron diagnóstico citológico de lesiones precancerosas, que acudieron al hospital distrital Jerusalén durante los años 2013 al 2017.

2.3.2. MUESTRA

Se estableció la muestra por conveniencia²⁶ y estuvo conformada por 43 casos consignados en el reporte HIS del Hospital distrital Jerusalén, comprendidas en el periodo de estudio.

2.3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de mujeres atendidas en hospital Jerusalén con diagnóstico citológico de lesiones precancerosas de alto grado diagnosticadas durante el 2013 al 2017.
- Mujeres con LEI de alto grado, diagnosticadas por primera vez, que no hayan recibido tratamiento anterior.

Criterios de Exclusión

- Historias Clínicas con datos incompletos.
- Mujeres con residencia fuera del distrito de La Esperanza.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

2.4.1. Técnicas:

Se realizó la revisión documentaria de las Historias clínicas de pacientes mujeres diagnosticadas con lesiones precancerosas de alto grado del 2013 al 2017.

2.4.2. Instrumentos:

Se usó una ficha de recolección de datos, elaborada para los fines de la investigación, la misma que consta de cinco preguntas cerradas que consigna la presencia o ausencia de las variables en estudio. (Anexo N°1).

2.4.3. Validación y confiabilidad

El presente instrumento fue elaborado por la investigadora el cual reúne todas las variables de estudio, el mismo que fue validado a través de juicio de expertos, los mismos que se desempeñan en el área del estudio en mención. (Anexo N°2).

2.5. Métodos de análisis de datos.

Los datos consignados en las correspondientes fichas de recolección de datos fueron tabulados con el programa Excel 2010 y para su posteriormente presentación se elaboraron tablas de doble entrada de acuerdo con los objetivos planteados.

En el análisis estadístico se usó de la prueba Chi Cuadrado, considerando que existen evidencias de significación entre las variables estudiadas ($p < 0.05$). Para su cálculo se utilizará el paquete estadístico SPSS v. 22.0

La estadística de prueba que se utilizó es la siguiente:

Estadístico de Prueba.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - \varepsilon_{ij})^2}{\varepsilon_{ij}}$$

Distribución chi-cuadrado χ^2

La distribución χ^2 se distribuye con (c-1)(f-1) grados de libertad,

2.6. Aspectos éticos

La presente investigación se enmarcó en los principios éticos de la declaración de Helsinki y la autora se compromete bajo juramento cumplir en forma estricta el Art. 66 del código de Ética y Deontología del Colegio de Obstetras del Perú.

También se tomó en cuenta las consideraciones éticas de la universidad Cesar Vallejo vigentes para la realización de la investigación con la confiabilidad del caso y reserva de la identificación de las participantes consignadas en las historias clínicas que participan en el presente estudio.

III. RESULTADOS

TABLA 01. Inicio precoz de las relaciones coitales relacionado con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén 2013 – 2017

INICIO PRECOZ DE RELACIONES COITALES	LEI DE ALTO GRADO		ESTADISTICO Chi -cuadrado
	N	%	
SI	32	74,42	X ² =0,05 P= 0,04235
NO	11	25,58	
TOTAL	43	100	

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos – 2017

En la tabla 01 observamos que el 74.42% de mujeres con lesiones precancerosas de alto grado, iniciaron precozmente relaciones coitales y el 25,58% que presentaron estas lesiones inicio tardíamente relaciones coitales, por lo tanto, como $P < 0,04235$, afirmamos que si existe relación significativa.

TABLA 02. Número de parejas coitales relacionado con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el hospital distrital Jerusalén 2013-2017

NUMERO DE PAREJAS COITALES	LEI DE ALTO GRADO		ESTADISTICO chi -cuadrado
	N	%	
SI	33	76.74%	X ² =0,05 P= 0,0356
NO	10	23.26%	
TOTAL	43	100%	

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos - 2017.

En la tabla 02 observamos el número de parejas coitales relacionado con las lesiones premalignas de alto grado, donde el número de parejas coitales es mayor de 2 en mujeres con lesión escamosa intraepitelial de alto grado alcanzo 76.74 % seguido de un 23.26 % de aquellas mujeres que el número de parejas fue menor de 2. Por lo tanto, como $P < 0,0356$, afirmamos que si existe relación significativa.

Tabla 03. Antecedente de cervicitis relacionado con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el hospital Distrital Jerusalén (2013-2017)

ANTECEDENTE DE CERVICITIS	LEI DE ALTO GRADO		ESTADISTICO chi -cuadrado
	N	%	
SI	24	55.8%	X ² =0,05 P= 0,0213
NO	19	44.2%	
TOTAL	43	100%	

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos - 2017.

En la tabla 03 observamos que el antecedente de cervicitis relacionado con las lesiones precancerosas de alto grado, alcanzo el 55.81%, seguido de un 44.19 % de aquellas mujeres que no presentaron el antecedente de cervicitis. Por lo tanto, como $P < 0,0213$, afirmamos que si existe relación significativa.

TABLA 04. Uso de anticonceptivo oral combinado relacionado con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el hospital Distrital Jerusalén 2013-2017.

ANTECEDENTE DE USO ANTICONCEPTIVO	LEI DE ALTO GRADO		ESTADISTICO chi -Cuadrado
	N	%	
SI	15	34.88%	X ² =0,05 P= 0,452
NO	28	65.12%	
TOTAL	43	100%	

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos - 2017

En la tabla 04 observamos el uso de anticonceptivo oral combinado relacionado con las lesiones precancerosas de alto grado, donde el uso de anticonceptivos mayor de 5 años alcanzo 34.88 %, seguido de 65.12 % con mujeres de uso de anticonceptivo menor de 5 años. Por lo tanto, como $P < 0,452$, afirmamos que no existe relación significativa.

IV. DISCUSIÓN

En el Perú, el cáncer ginecológico es un problema de salud pública debido a que es una de las principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva, en especial de cáncer de cuello uterino, el cual, a pesar de ser detectable en fases previas curables, aún sigue siendo la primera causa de muerte en esta población a nivel nacional.

El de alto Grado una patología que tiene alta incidencia para el cáncer del cuello uterino se hace necesario identificar los factores sociales para poder elaborar medidas preventivas y evitar que muchas mujeres mueran por el cáncer del cuello uterino.

En la tabla 1, se analizó la relación entre los factores sociales considerando uno de ellos el inicio precoz de las relaciones coitales, es decir que su primera relación coital fue antes de cumplir los 18 años y la relación con las lesiones precancerosas de alto grado, encontrando que el 74,42% iniciaron precozmente y el 25,58% no, afirmando que si existe relación significativa entre ambos factores. Al interpretar la relación existente se determinó que al iniciar una vida coital precozmente si afecta en contraer cáncer de cérvix ya que en los adolescentes estas células son inmaduras por lo tanto son fáciles de contraer el virus del papiloma humano en las relaciones coitales y cuanto más temprano se inicie más es el riesgo de contraer cáncer.

Así mismo en el estudio de Castro²⁷ “Edad de inicio de relaciones coitales y numero de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de Apoyo Sullana” observo que el inicio de relaciones coitales antes de los 18 años tiene relación con la presencia del cáncer de cérvix y esta misma población de mujeres tienen 7 veces más probabilidades de adquirir Cáncer de Cérvix

que las que no tuvieron un inicio temprano, es decir después de los 19 años de edad. (OR = 7,76).

También en el estudio de Rocha y col.²⁸, encontraron que el 57,1 % de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre los 13-15 años; al respecto observamos que al menos la mitad de las mujeres afectadas en nuestro estudio por VPH iniciaron precozmente sus relaciones coitales.

Para Balseca M²⁹, en su estudio “Lesiones Premalignas de Cérvix en mujeres atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra. Tena. 2010” encontró que el 61.1% de mujeres con una edad comprendida entre 20 y 40 años presentaron lesiones precancerosas, seguido de un 29,4% en el grupo etario mayor de 40 años siendo este un grupo de alto riesgo para la progresión neoplásica, y de 15 a 20 años con un porcentaje de 9.5%. Podemos concluir que para el presente estudio el inicio precoz de las relaciones coitales antes de los 18 años de edad constituye un factor de riesgo para la presencia de lesiones precancerosas en el cérvix por ser una edad vulnerable por una mayor actividad sexual de la mujer.

La tabla 2 muestra los resultados sobre el número de parejas coitales y su relación con las lesiones precancerosas de alto grado, se encontró que el 76.74%, de las mujeres que presentaron más de dos parejas coitales presentaron estas lesiones, mientras que el 23.26% no las presentaron, obteniendo, como $P < 0.0356$, afirmando que existe relación significativa entre ambas variables, determinándose entonces que el virus del papiloma humano es un factor importantísimo para contraer cáncer y éste de contagiarse en las relaciones coitales, al tener múltiples parejas coitales, mas es el riesgo de infectarse con cada una de ellas . También Soledad³⁰ afirma en su investigación que el número de parejas sexuales asociada a la edad del inicio de la vida sexual activa antes de los 18 años y el uso de ACOS incrementan la probabilidad de padecer una lesión intraepitelial.

Al interpretar la relación del cáncer de cuello uterino con el número de parejas coitales como factor de riesgo, Castro²⁷ en su estudio determinó que el Odds Ratio (4.20) obtenido, demuestra que existe significancia entre la presencia de cáncer de cérvix ($p=0.000 < 0,05$) y el número de parejas coitales, determinando que el 9.3% de las mujeres diagnosticadas con Cáncer de cérvix tuvieron una pareja sexual y un 24% de las mujeres con el mismo diagnóstico tuvieron más de dos parejas sexuales, entonces concluye que aquellas mujeres que tuvieron de dos o más compañeros sexuales tienen 4.20 veces más probabilidad de contraer Cáncer de Cérvix que aquellas que tuvieron solo una pareja sexual. Estos resultados están asociados a la infección por el virus del papiloma humano de las células epiteliales del cuello uterino debido a que el número de parejas coitales, es el reflejo de la probabilidad de exposición a la amplia gama de serotipos del virus del papiloma humano y otros agentes infecciosos, porque la vida coital incrementa la frecuencia del contagio los serotipos oncogénicos como es el serotipo 16 y 18, siendo de mayor riesgo de exposición al contagio cuando las mujeres inician precozmente su actividad coital (menor de los 18 años).

La tabla 3 muestra que el 55.81% de las mujeres que presentaron antecedente de cervicitis desarrollaron lesiones precancerosas de alto grado y 44.19% no contaron con este antecedente, por lo tanto, como $P < 0,0213$ afirmando que hay relación significativa entre estas variables. Existen pocos estudios sobre esta relación, pero Vicente³¹, en su estudio "Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con papanicolaou" evidenció una prevalencia del 1.9% de lesiones premalignas, que haciendo uso de las medidas de asociación (Chi cuadrado = X^2 y Razón de Prevalencia = RP) se encontró que existe mayor riesgo de presentar lesiones premalignas de cérvix, las mujeres que con mayor frecuencia presentan procesos inflamatorios en el cérvix desde leve a severa. Así mismo concluye que aquellas mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 20 años (RP= 3.3), si tuvo 2 parejas

sexuales (RP= 3.5) y si tiene más de 5 hijos presenta (RP= 1.9), 2 veces más riesgo de presentar LEI.

Briseño y Colaboradores³², en su estudio “Clasificación Histopatológica de un Grupo de Biopsias de Cérvix” recolectaron 455 biopsias de cérvix incluidas en bloques de parafina de los años 2009 al 2011, obtenidas del Laboratorio de Patología y Oncología del Dr. López Saucedo en el estado de Zacatecas. Según los resultados, las muestras se agruparon por su diagnóstico Histopatológico, de las cuales 363 fueron NIC1 correspondiendo a un 79.80% del total, 12 muestras correspondieron a NIC2 y únicamente 3 casos de NIC3 (Tabla 1). Menciona que de los NIC1 se observó un aumento en el número de casos a través de los años, identificándose 45 casos en el 2009, 148 en el 2010 y 170 en el 2011. Identificó también carcinomas y adenocarcinomas, además de muestras con otras alteraciones como cervicitis, pólipos endocervicales inflamatorios, hiperplasia escamosa, quistes de Naboth, Leiomioma, y Adenofibroma.

En tabla 4 se presentan los resultados de la relación entre el uso del anticonceptivo oral combinado con las lesiones precancerosas de alto grado encontrando que solo el 34,88% de las mujeres que usaron estos anticonceptivos por más de 5 años presentaron este tipo de lesiones mientras que las que usaron por un tiempo menor tuvieron 65,12% Por lo tanto, como $p < 0,452$, se afirma que no existe relación entre estas variables, la relación entre el uso de anticonceptivos orales por largo tiempo y el cáncer de cérvix sigue siendo motivo de discusión. Así mismo Ramos D¹⁵. En su investigación “Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino - Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008-2012” en su estudio determinó que el 71,9% de las mujeres con LP de cáncer de cérvix nunca utilizaron el método anticonceptivo oral combinado, demostrando estadísticamente, que no existe asociación significativa entre la variable uso de anticonceptivos

orales combinados (AOC) y las LP del cáncer de cervix, con un OR = 0.652 y $p > 0.05$; por esto concluyó que el uso de AOC no constituye una variable de riesgo para la presencia de LP para cáncer de cervix. Otro aporte es el estudio realizado por Balseca M.²⁹ manifiesta que la mayor parte de las mujeres con LP usaban AOC en un 60,2%. Ortiz R.³³ en su investigación en “Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino”, realizó la revisión de historias clínicas de mujeres con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y cáncer invasor del cérvix , concluye que las pacientes que usaron por más de 5 años los AOC presentaron LP.

V. CONCLUSIONES

- Si existe relación entre el Inicio precoz de las relaciones coitales y las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en el Hospital Distrital Jerusalén ($P < 0,04235$).
- Si existe relación entre el número de parejas coitales y las lesiones precancerosas de alto grado ($P < 0,0356$).
- La presencia de cervicitis guarda relación con las lesiones precancerosas de alto grado ($P < 0,0213$).
- No existe relación entre el uso de anticonceptivos orales combinados y las lesiones precancerosas de alto grado ($P < 0,452$).

VI. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas educativos involucrando a los gobiernos locales con la finalidad de compartir responsabilidades dentro de los procesos de promoción - prevención primaria, y de detección oportuna del Cáncer Cuello Uterino.

- Fortalecer el trabajo con el Ministerio de Educación, para implementar dentro de su currícula temas sobre promoción y prevención el cáncer de cuello uterino, capacitando a sus autoridades y docentes.

- Establecer alianzas estratégicas entre los establecimientos de salud y las organizaciones de base para sensibilizar a la población sobre la importancia de prevenir el cáncer de cuello uterino a través de talleres con enfoque de género e interculturalidad.

VII. REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de cáncer de Lima metropolitana 2010 – 2012. Jefatura institucional dirección de control de cáncer departamento de epidemiología y estadística del cáncer volumen 5, Lima 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud. Análisis situacional del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe [internet]. América Latina y el Caribe: OPS; 2016. [citado el 9 de agosto de 2017] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es.
3. Organización Mundial de la Salud. Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cáncer cérvico uterino. Temas de salud 2009 [Internet]; 2009 [21 de Octubre de 2009]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es
4. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013.
5. Program Appropriate Technology in health (PATH). “Detección y tratamiento de las lesiones precancerosas”, Planificador de acción para la prevención del cáncer de cuello uterino, Seattle, WA 98109 EEUU, 2015. www.path.org/cervicalcancer.
6. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN - 2012: Estimated Cervical Cancer Mortality Worldwide in 2012 [Internet]. Washington DC: IARC; 2012.
7. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Dirección General de Epidemiología, Lima 2013.
8. Hernández, P. Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (NIC) Tratadas con Cono LEEP en la modalidad de Ver y Tratar en el Instituto

Regional de Enfermedades Neoplásicas – IREN Norte, del 2008 al 2009. Trujillo-Perú, abril 2010.

9. Quiñones, A. Análisis de la Situación del Cáncer en la Región La Libertad, Oficina de Epidemiología de la Gerencia regional de salud La Libertad. Trujillo, 2013.

<http://www.diresalalibertad.gob.pe/index.php?download=category:documentos-asis>

10. Arzuaga, A. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista Cubana de Enfermería. 2012;28(1):63-73.

11. Torriente, S. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. Rev Cubana Obstet Ginecol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011

12. Lau, S. Lesiones Preinvasivas del cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3)366-377.

13. Mendoza, L. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev. Chilena de Obstet. Ginecol. Vol. 77(2):129-136. Santiago 2012 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200009>

14. Rodríguez, D. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev. Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014; 40(2):218-232.

15. Ramos, J. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz 2008-2012. Tesis para optar Título de médico Cirujano. Trujillo – Perú, 2015.

16. Glener, K. Nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcopia e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino. Hospital Regional docente de Trujillo, Perú 2010 – 2013. Universidad nacional de Trujillo, 2014 [Tesis Post grado], Perú.

17. Tatti, S. Colposcopia y patología del tracto genital inferior, en la era de la vacunacion. Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina 2008.

18. Vighi, S. Citopatología de las lesiones intraepiteliales e invasoras del Tracto genital Inferior. Ed. Panamericana, Buenos aires, Argentina. 2008
19. Ministerio de Salud, Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello uterino. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Prevención y Control de Cáncer, Junio 2016. Página Web: <http://www.minsa.gob.pe> Ministerio de Salud.
20. Organización Mundial de la Salud (OPS). Papiloma virus Humanos y cáncer cérvico uterino. Boletín informativo N°380, Marzo del 2015, disponible en web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/
21. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud. Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales. 2da. edición. Washington, DC: OPS, 2016.
22. Bajo Arena, J; Laila Vines, J. Fundamentos de Ginecología. Editorial médica Panamericana, Madrid 2009. <http://www.medicapanamericana.com>
23. Barbón A. Analisis de algunos factores de riesgo de lesiones Premalignas de cuello uterino en un área de salud. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2009 oct.-nov. [citado 17 ene. 2013]; 8(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400005&Ing=es
24. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Registro del cáncer en Lima Metropolitana. Oficina de Epidemiología. Lima, 2015.
portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/
25. Philip. J. Oncología Clínica. 6ta Edición, Editorial Mosby, California, 2012.
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/511K9>

26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [CD-ROM]. 5 ed. México: Editorial Mc. Graw-Hill/ Interamericana S.A .DEC.V; 2010
27. Castro, E. “Edad de inicio de relaciones coitales y numero de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de Apoyo Sullana II-2 Piura–MINSA”, Perú 2014.
28. Rocha C, Juárez M, Ruiz M, et al. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. 2012. http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin13212.htm
29. Balseca, M. Lesiones Premalignas de Cérvix en Mujeres atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra-TENA. 2010
30. Soledad E. Evaluación de factores de riesgo para lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres que asisten a un consultorio privado de la ciudad de Rosario. 2006.
31. Vicente E. Factores de Riesgo Epidemiológico Asociados a Lesiones Premalignas de Cérvix en Pacientes con Papanicolau. 2014.
32. Briseño P, Hernández M, García F, Farfán J, Martínez Raúl, López A, Ayala J, Clasificación Histopatológica de un Grupo de Biopsias de Cérvix. 2012.
33. Ortiz Serrano, Ricardo. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, Rev. Colombiana de Obstétrica y Ginecología, Vol. 55 Numero 2, Colombia 2012.

ANEXOS

ANEXO N° 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: "FACTORES SOCIALES Y SU RELACION CON LAS LESIONES PRECANCEROSAS DE ALTO GRADO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN 2013 – 2017"

N° Ficha:.....

N° HC:.....

I. Factores Sociales

1. Inicio de Relaciones Coitales antes de los 18 años:

Si () No ()

2. El número de parejas coitales fue mayor o igual a 2:

Si () No ()

3. Presento antecedente de cervicitis:

Si () No ()

4. Antecedente de uso de Anticonceptivo Oral combinado:

Mayor o igual a 5 años

Si () No ()

II. Presenta diagnostico citológico de lesiones precancerosas:

5. LEI de Alto Grado

Si () No ()

ANEXO N° 2

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PROYECTO: "FACTORES SOCIALES Y SU RELACION CON LAS LESIONES PRECANCEROSAS DE ALTO GRADO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN 2013 - 2017"

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: Ramirez Manrique Valentin

Numero de colegiatura: _____

Profesión: Medico

Lugar de trabajo: Hospital Distrital Jerusalem

Cargo que desempeña: Medico Asistencial

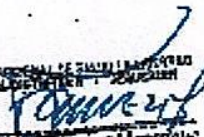
Área: _____

VARIABLES	SUB VARIABLES	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
Factores Sociales	Del 1 al 4	X			
Lesiones Precancerosas	5	X			
Total	5				

Observaciones: _____

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA DE VARIABLES/SUB VARIABLES

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO (X)
- B. DE ACUERDO ()
- C. DESACUERDO ()


 VALENTIN RAMIREZ MANRIQUE
 MEDICO ASISTENCIAL

FIRMA

ANEXO N° 2

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PROYECTO: "FACTORES SOCIALES Y SU RELACION CON LAS LESIONES PRECANCEROSAS DE ALTO GRADO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN 2013 - 2017"

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: Caballero Lavado Flor

Numero de colegiatura: 35267

Profesión: Medico

Lugar de trabajo: Hospital Distrital Jerusalem

Cargo que desempeña: Medico Asistencial

Area: Medicina Familiar

VARIABLES	SUB VARIABLES	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
Factores Sociales	Del 1 al 4	X			
Lesiones Precancerosas	5	X			
Total	5				

Observaciones:

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA DE VARIABLES/SUB VARIABLES

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO (X)
- B. DE ACUERDO ()
- C. DESACUERDO ()

HOSPITAL JERUSALEN
 M.D. FLOR CABALLERO LAVADO
 MEDICINA FAMILIAR
 2013-2017

FIRMA

ANEXO N° 2

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PROYECTO: "FACTORES SOCIALES Y SU RELACION CON LAS LESIONES PRECANCEROSAS DE ALTO GRADO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN 2013 - 2017"

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: Chugui Manqui Vereau Haydee

Numero de colegiatura: 34929

Profesión: Ginecologa

Lugar de trabajo: Hospital Distrital Jerusalem

Cargo que desempeña: Gineco Obstetra

Área: Ginecologia

VARIABLES	SUB VARIABLES	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
Factores Sociales	Del 1 al 4	X			
Lesiones Precancerosas	5	X			
Total	5				

Observaciones:

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA DE VARIABLES/SUB VARIABLES

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO (X)
- B. DE ACUERDO ()
- C. DESACUERDO ()

Haydee J. Chugui Manqui Vereau
 GINECOLOGA OBSTETRA
 CIP 34929 - 706 11001

FIRMA

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo, Mg. Obsta. MARIA LUISA OLIVO ULLOA, identificado con DNI 18099192 hago constancia de haber asesorado el informe de tesis de la alumna de la segunda Especialización en ITS - VIH/SIDA y Cáncer de Cuello Uterino, Obsta. OBSTA. YANINE ROXANA ZETA VALLADOLID; cuyo título es **“Factores sociales y su relación con las lesiones precancerosas de alto grado en mujeres que consultan en hospital Distrital Jerusalem 2013 – 2017”**.

Trujillo, 03 de setiembre del 2018



.....
Mg. María Luisa Olivo Ulloa
OBSTETRA
COP. 5733

Mg. Obsta. María Luisa Olivo Ulloa
DNI 18099192