



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores asociados a lesiones intraepiteliales cervicales en pacientes del servicio de  
ginecología del Hospital Santa Rosa de Piura 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Br. Tullume Chavesta Pedro Alberto (ORCID 0000-0003-0994-6049)

ASESORA:

Dra. Mendoza Mendoza, Roxana (ORCID: 0000-0002-9012-3519)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades Crónicas no Trasmisibles

PIURA – PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer. A Thiago con sus dulces palabras de aliento para seguir estudiando por el bien de los dos y a mi madre ya que desde el cielo como su estrella que siempre está presente en mi camino para guiarme y así poder lograr culminar mi segunda carrera profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi madre desde el cielo, siempre será mi pilar fundamental y apoyo incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Agradezco a todos mis compañeros de trabajo del Hospital de Chulucanas, al Servicio de Gineco Obstetricia en especial a la Dra Lutzgarda Muro Renteria quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en el gran mundo de la medicina y por sus consejos, enseñanzas, apoyo y sobre todo amistad brindada en los momentos más difíciles de mi vida.

Agradezco a los todos docentes de pre grado y también todos médicos asistentes del Hospital de Chulucanas con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

## PAGINA DEL JURADO

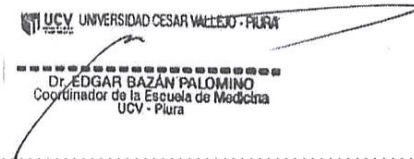
 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **TULLUME CHAVESTA PEDRO ALBERTO** cuyo título es:

**FACTORES ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA 2019**

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15.....(número)  
Once.....(letras).


Piura.....04.....de 03 del 2020..



UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO - PIURA  
 Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO  
 Coordinador de la Escuela de Medicina  
 UCV - Piura

.....

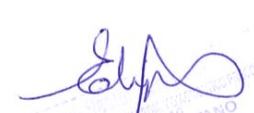
PRESIDENTE



Dr. Roxy Juan Polo Bardales  
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA  
 CMP. 30308 RNE: 16028  
 AUDITOR: A02430

.....

SECRETARIO



.....

VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

### DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Pedro Alberto Tullume Chavesta, identificado con DNI 42240444, alumno de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo, presento la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA 2019" y declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría.

- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- La tesis tampoco ha sido plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 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 algún tipo de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (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 y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Piura, 9 de febrero del 2020



\_\_\_\_\_  
PEDRO ALBERTO TULLUME CHAVESTA,  
DNI 42240444

## INDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	iv
Índice.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. Introducción .....	1
II. Método .....	9
2.1 Diseño de Investigacion .....	9
2.2 Variables, Operacionalización .....	9
2.3 Población y Muestra.....	10
2.3.1 Población .....	10
2.3.2 Muestra .....	10
2.3.3 Criterios de inclusión.....	10
2.3.4 Criterio de exclusión.....	10
2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	11
2.5 Métodos de análisis de Datos .....	11
2.6 Aspectos Éticos .....	11
III. Resultados .....	12
IV. Discusión.....	18
V. Conclusiones .....	19
VI. Recomendaciones.....	20
Referencias .....	21
Anexos.....	26

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Santa Rosa de Piura durante el 2019.

**Metodología:** Se desarrolló una investigación no experimental, descriptiva, retrospectiva y transversal. Se incluyeron 123 historias clínicas de pacientes con estudio de PAP.

**Resultados:** Se determinó 20.3% de lesiones tipo NIC I, grupo etario de 17 a 31 años con 36.6% de frecuencia, 49.6% de pacientes con estudios superiores, 62.6% estado civil casada, 56.9% con menarquia antes de los 12 años, 82.1% con 3 o más parejas sexuales, 64.2% sin uso de algún método anticonceptivo. Se encontró valor  $p < 0.05$  entre grupo etario, edad de menarquia y número de parejas sexuales, y lesiones intraepiteliales del cuello uterino.

**Conclusiones:** Se concluye que las edades comprendidas entre 17 y 31 años, estudios de nivel superior, estado civil casada, inicio de menarquía antes de los 12 años, tres o más parejas sexuales presentan asociación con el desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix uterino. Se concluye que, existe una prevalencia del 36% de lesiones intraepiteliales de cérvix en las pacientes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura, siendo las lesiones NIC las de mayor frecuencia de presentación.

**Palabras claves:** NIC, factores asociados, cérvix.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with intraepithelial lesions of the cervix in patients of the Gynecology Service of the Santa Rosa de Piura Hospital during 2019.

**Methodology:** A non-experimental, descriptive, retrospective and transversal research was developed. 123 medical records of patients with a PAP study were included.

**Results:** 20.3% of NIC I type lesions, age group of 17 to 31 years with 36.6% frequency, 49.6% of patients with higher studies, 62.6% married marital status, 56.9% with menarche before age 12, 82.1 were determined. % with 3 or more sexual partners, 64.2% without the use of any contraceptive method.  $P < 0.05$  value was found between age group, age of menarche and number of sexual partners, and intraepithelial lesions of the cervix.

**Conclusions:** It is concluded that the ages between 17 and 31 years, higher level studies, married marital status, onset of menarche before age 12, three or more sexual partners are associated with the development of intraepithelial lesions of the uterine cervix. It is concluded that, there is a 36% prevalence of intraepithelial lesions of the cervix in patients treated at the Hospital Santa Rosa de Piura, with NIC lesions being the most frequent of presentation.

**Keywords:** NIC, associated factors, cervix.



## I. INTRODUCCIÓN

Las lesiones cervicales precancerosas preceden el desarrollo de cáncer cervical invasivo entre 10 y 20 años, lo que hace que la neoplasia maligna (NM) cervical se pueda prevenir si estas lesiones se diagnostican y tratan de manera efectiva. El tratamiento ha evolucionado en las últimas décadas y ahora incluye opciones ablativas que pueden realizarse en entornos de bajos recursos donde la escisión quirúrgica no es factible o no está disponible de manera rutinaria.

Se estima que entre el 1% y el 2% de las mujeres desarrollan neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 y 3 (NIC 2 y 3) cada año en todo el mundo (1). Esas lesiones podrían progresar a carcinoma de células escamosas cervicales, que comprende del 80% al 90% de los cánceres cervicales (2). Por lo tanto, el cribado y el tratamiento de CIN 2 y 3 (NIC2+) son importantes y exitosamente disminuyen la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix uterino (3). Esta reducción en la mortalidad a través de los programas de detección establecidos se atribuye a un aumento en la detección de cáncer invasivo en las primeras etapas y al diagnóstico temprano con manejo oportuno de las lesiones precancerosas, lo que reduce la incidencia general de cáncer invasivo (4).

Entre los principales determinantes para el desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix y posterior cáncer de cérvix uterino, se encuentra el virus del papiloma humano (VPH). Una nueva prueba de casos negativos para el VPH en un estudio epidemiológico mundial mostró que cerca del 99% de las neoplasias malignas del cérvix uterino dieron positivo para genotipos de VPH de alto riesgo (5). Actualmente, una de las modalidades de detección de la neoplasia maligna del cérvix uterino incluye la tipificación del VPH según genotipo.

Se informa que la NM de cérvix es el segundo cáncer más común entre las mujeres peruanas, además, presenta una incidencia estimada de 6.2 por 100000 mujeres-años (1). Sin embargo, más del 40% de los casos NM de cérvix se diagnostican en etapas avanzadas en mujeres peruanas en comparación con el 25% de los casos en Canadá. Esto probablemente se atribuya a la falta de programas nacionales de detección. Además, las modalidades de detección y tratamiento para las lesiones cervicales precancerosas son variables y es importante identificar la idoneidad y la rentabilidad de esas modalidades entre las mujeres de Perú.

**Gallegos D. 2019. Cusco.** Realizó una investigación observacional, transversal, analítica y retrospectiva, para evaluar la relación entre la edad de la primera relación sexual con la aparición de lesiones premalignas de NM del cérvix. De un total de 252 pacientes del programa preventivo de cáncer ginecológico del Hospital Regional del Cusco, 108 mujeres pasaron los criterios de selección. Se encontró una edad media de las encuestadas fue  $42,1 \pm 11,4$  años, grado de instrucción analfabeta y primaria 58 (53.7%), procedencia urbana 53.7%, estado civil casada y conviviente 95 (87.96%). Entre las 108 pacientes, se encontró 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 la primera relación sexual fue  $16,6 \pm 2,5$  años, el tiempo entre el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de lesión premaligna fue de  $25,5 \pm 12$  años con un rango de 4-55 años. Otros datos relevantes fueron el número de parejas sexuales  $2,3 \pm 1,2$ , el 48.15% tuvo antecedente de vaginosis. 97.22% ausencia de antecedente de ETS, el 70.37% no usa ACO. Concluyendo que la edad de la primera relación sexual es un determinante de la aparición de lesiones premalignas de NM de cérvix uterino. Otros factores de riesgo fueron número de parejas sexuales, inicio de la menarquia  $\leq 13$  años y la edad del primer parto (6).

**Del Castillo L. 2018. Tarapoto.** Con la intención de identificar los factores que predisponen al desarrollo de lesiones premalignas de cérvix, llevó a cabo una investigación de tipo casos y controles en el C.S. Punta del Este. La muestra estuvo conformada por 283 mujeres. Del total de pacientes, 71 (25.1%) tuvieron resultados positivos para lesiones premalignas, generando una incidencia de 2.5 x 1000 mujeres en edad fértil. Se identificó que: edad < 24 años (OR=3.42; IC:1.46-7.98), ITS (OR=2.92; IC:1.02-8.4), iletrada (OR=6.02; IC: 1.08-33.883) fueron factores asociados al desarrollo de lesiones premalignas de cérvix (7).

**Huazanga A. 2018. Loreto.** Realizó una investigación para valorar la prevalencia de lesiones premalignas de cérvix. Se realizó el examen de PAP a 1145 mujeres que conformaron la muestra. Se encontró 69 casos positivos a lesiones premalignas y malignas, generando una prevalencia del 6.0 %. Las lesiones más frecuentes encontradas fueron LIEBG con 49.3 % y ASCUS con 30.4 %, los grupos etarios con mayor cantidad de casos positivos fueron de 41 a 50 años con 3.5% y de 31 a 40 años con 27.5% (8).

**Zapata C. 2018. Piura.** Con la finalidad de valorar la prevalencia de lesiones premalignas del cérvix, llevó a cabo una investigación descriptiva en mujeres en edad fértil que recibieron atención en el laboratorio Regional de Referencia de Salud – Piura durante el 2015. Se incluyeron 8900 muestras sometidas a despistaje de NM de cérvix. Se encontró una prevalencia del 0.79 %. Los niveles más altos de lesiones premalignas se relacionaron con la edad (30 – 45 años). Además, ser múltipara, con más de tres hijos, se relacionó con mayor riesgo de lesiones premalignas (9).

**Quispe N. 2017. Huancavelica.** Con la intención de valorar la frecuencia de lesiones premalignas del cérvix, realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal. Se incluyeron 492 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huancavelica, la muestra incluyó a 216 pacientes. Los resultados obtenidos fueron: frecuencia de lesiones premalignas 28% (60), de ellas el 62% (37) fueron LIEBG, 32% (19) LIEAG, y 7% (4) resultaron ASCUS. Concluyendo que, las lesiones premalignas de cáncer de cérvix en el Hospital Regional de Huancavelica, tienen un alto índice de presentación (10).

La NIC es una lesión premaligna que se puede identificar en cualquiera de sus etapas: NIC1, NIC2 o NIC3 (11). Si no se trata, NIC2 o NIC3 (colectivamente denominado NIC2 +) puede progresar a cáncer cervical (12). Se estima que aproximadamente 1–2% de las mujeres tienen NIC2 + cada año. Se informa que esta tasa es más alta en mujeres con estado seropositivo, al 10% (1).

El factor que ofrece mayor predisposición para el desarrollo de lesión intraepitelial escamosa es la infección por VPH (13). Otros factores de riesgo (en su mayoría cofactores que incrementan la posibilidad de contagio por VPH) incluyen el primer coito antes de los 16 años, múltiples parejas sexuales, uso prolongado de CO, primer embarazo temprano, alta paridad, bajo nivel socioeconómico, otras enfermedades de transmisión sexual (herpes simple, gonorrea, infección por clamidia), tabaquismo e inmunosupresión, como la seropositividad al VIH (14).

El virus del papiloma humano también es la infección viral de transmisión sexual más prevalente en los Estados Unidos (15). Hasta el 80% de las mujeres sexualmente activas contraerán el VPH a través de la transmisión sexual; la mayoría tiene su primera infección

dentro de los 3 años posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Por lo tanto, el VPH afecta desproporcionadamente a los jóvenes, y el 75% de las nuevas infecciones ocurren en personas de 15 a 24 años (16). El mayor riesgo de VPH en adolescentes sexualmente activos es la exposición a nuevas parejas sexuales, pero el VPH aún se puede adquirir incluso con un historial de una pareja, lo que subraya la facilidad de transmisión de este virus a través del contacto sexual (17). Se estima que después de 11 actos de relaciones sexuales, el 100% de todos los tipos de VPH que infectan a un individuo se transmitirán a la otra pareja sexual. Los estudios de parejas muestran que existe una alta concordancia en el área genital, así como entre la mano y el área genital en la otra pareja. Se desconoce si el ADN detectado en la mano es capaz de transmitir partículas infecciosas (18). A diferencia de otras infecciones de transmisión sexual, la transmisión de mujer a hombre parece mayor que la transmisión de hombre a mujer. Esto puede deberse a que los hombres en general tienen infecciones o depósitos transitorios superficiales. A su vez, los hombres no desarrollan una respuesta inmune adecuada, por lo que las reinfecciones son bastante comunes. La prevalencia del VPH en las mujeres disminuye con el tiempo, lo que sugiere protección inmunológica, mientras que, en los hombres, la prevalencia del VPH sigue siendo alta en todas las edades (19).

Aproximadamente el 15-20% de los adolescentes sexualmente activos tienen VPH detectable en cualquier momento y tienen hallazgos citológicos normales (20). La lesión clínicamente detectada más común en mujeres adolescentes es la lesión cervical denominada lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL). Se pueden encontrar LSIL en el 25-30% de los adolescentes infectados con el VPH (21). Las verrugas genitales externas son mucho menos comunes, ocurren en <1% de los adolescentes, pero aproximadamente el 10% de las personas desarrollarán verrugas genitales en su vida. LSIL es un término citológico e histológico para reflejar los cambios benignos causados por una infección viral activa y es probable que esté presente en la mayoría, si no en todas, las mujeres con infección por VPH. Sin embargo, la mayoría de las mujeres tienen lesiones muy pequeñas o sutiles que la citología no puede detectar fácilmente (22). Al igual que con la detección de ADN del VPH, la mayoría de los LSIL retroceden espontáneamente en mujeres jóvenes y no requieren ninguna intervención o terapia. Con menos frecuencia, el VPH puede inducir cambios celulares más graves, denominados lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL).

Aunque las HSIL se consideran lesiones precancerosas, rara vez progresan a cáncer invasivo. Las HSIL ocurren en aproximadamente el 0,4–3% de las mujeres sexualmente activas, mientras que el cáncer cervical invasivo ocurre en 8 casos por cada 100,000 mujeres adultas (23). En las poblaciones virginales verdaderas, incluidos los niños que no sufren abuso sexual, las tasas de enfermedad clínica son cercanas a cero. En los Estados Unidos, hay aproximadamente 12,000 casos nuevos y 3,700 muertes por cáncer cervical cada año. A nivel mundial, el cáncer cervical es la segunda causa más común de muerte por cáncer entre las mujeres. El VPH también está asociado con una variedad de otros cánceres anogenitales, que incluyen un estimado de 4,600 casos de cáncer anal y 11,100 casos de cáncer de orofaringe en hombres y mujeres cada año (24).

Las características de la pareja sexual masculina que se consideran factores de riesgo incluyen antecedentes de una o más de: verrugas del pene, múltiples parejas sexuales y cáncer cervical en una pareja anterior (25-28).

La mayoría de las lesiones intraepiteliales cervicales son planas, pero pueden ser papilares variables, y ocasionalmente pueden aparecer como un condiloma acuminatum exofítico típico, ejemplos más grandes de los cuales pueden imitar una neoplasia. Ocasionalmente, estas lesiones pueden mostrar un crecimiento descendente sorprendente con afectación de las glándulas endocervicales (condiloma invertido) (29).

Además de la atipia koilocitótica habitual, algunas lesiones contienen células con características displásicas similares a las de las lesiones de algo grado, pero a diferencia de estas últimas, estas células están predominantemente dentro del tercio inferior del epitelio. Las capas superiores, que generalmente son koilocitóticas, muestran maduración, pero generalmente contienen al menos algunas células con atipia nuclear leve (30).

La característica cardinal es la presencia de atipia nuclear llamativa en todas las capas epiteliales, generalmente con pérdida de maduración. Sin embargo, algunos investigadores consideran las lesiones con atipia displásica marcada, incluso si están limitadas a las capas basales (31-33). El epitelio involucrado a menudo está engrosado, pero puede ser delgado. Las lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL) con cierta maduración o atipia koilocitótica corresponden a CIN 2, mientras que los que carecen de maduración corresponden a CIN 3.

Los koilocitos, cuando están presentes, pueden ser idénticos a los de lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL), pero a menudo tienen halos más pequeños y núcleos más densamente hiper cromáticos y más pleomórficos (34,35).

La atipia nuclear incluye agrandamiento, variación en tamaño y forma, hiper cromasia y cromatina gruesa. Las células displásicas están típicamente abarrotadas y tienen membranas celulares indistintas y núcleos superpuestos y son típicamente aneuploides (36). Las células con núcleos extraños pueden estar presentes, particularmente en lo profundo de las glándulas. Estos pueden estar asociados con la invasión, pero en algunos casos están asociados con un índice bajo de Ki-67 que sugiere un fenómeno degenerativo (37-39).

La práctica estándar es evaluar a las pacientes mediante citología (examen de Papanicolaou), y cuando los resultados de la citología son positivos, el diagnóstico de NIC se basa en una colposcopia posterior, una biopsia de lesiones sospechosas y luego el tratamiento solo cuando NIC2 + ha sido confirmado histológicamente (40). Este método de detección tradicional requiere recursos humanos altamente capacitados y una cantidad sustancial de equipos de laboratorio. En los países de bajos y medianos ingresos, debido al alto costo de establecer programas de detección basados en la citología, la cobertura de detección es muy baja y se necesitan métodos de detección alternativos (41-43). Además, el seguimiento de una prueba de citología positiva con colposcopia y biopsia requiere recursos y personal calificado que en muchos países no existen (44).

Las clasificaciones utilizadas para los precursores del carcinoma de células escamosas invasivo cervical, en orden de su desarrollo histórico, son: (1) displasia / carcinoma in situ (CIS); (2) neoplasia intraepitelial cervical (CIN); y (3) lesiones escamosas intraepiteliales (SIL)

CARCINOMA IN SITU	NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL	LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES (BETHESDA)
DISPLASIA LEVE	NIC 1	LSIL
DISPLASIA MODERADA	NIC 2	HSIL
DISPLASIA SEVERA	NIC 3	HSIL
CARCINOMA INSITU	NIC 3	HSIL

Tabla 01: Comparación de sistemas de clasificación para precursores de NM de células escamosas de cérvix.

Dado el potencial maligno de las HSIL, existe un consenso internacional de que estas lesiones deben tratarse después del diagnóstico, excepto en el embarazo (45). Las lesiones

NIC 1 generalmente no requieren ningún tratamiento a menos que la lesión sea persistente más allá de dos años, se sospeche una enfermedad más avanzada que no se haya detectado o una progresión a un grado más alto en citología, colposcopia o histopatología. Como se mencionó anteriormente, las lesiones de NIC 2 se pueden estratificar aún más por riesgo mediante la expresión de p16INK4 en IHC. Las lesiones NIC 2 que sobreexpresan p16INK4 necesitan tratamiento inmediato, mientras que las negativas en estas pruebas pueden ser seguidas (46). Todas las lesiones NIC 2 deben tratarse donde no existan tales instalaciones para la estratificación del riesgo.

El tratamiento de la NIC requiere el tratamiento de toda la zona de transformación en lugar de solo la anomalía visible. Toda la zona de transformación sufre un cambio clonal inducido por el VPH y está en riesgo de desarrollar neoplasia cervical en el futuro. Las lesiones de CIN de alto grado tienden a extenderse a lo largo de las criptas de la zona de transformación y se ha observado que la profundidad máxima de tales criptas es de 5 mm.<sup>12</sup> Por lo tanto, cualquier tratamiento de NIC debe extenderse al menos a una profundidad de 5 mm (47).

La NIC puede tratarse mediante una técnica ablativa, en la que el epitelio hasta una profundidad de 6 a 7 mm se destruye por el frío (crioterapia) o el daño por calor (termocoagulación o ablación térmica). El método alternativo es la escisión de la zona de transformación mediante un electrodo de bucle alimentado por una unidad electroquirúrgica (escisión de bucle grande de la zona de transformación) o mediante un bisturí (conización de cuchilla fría) (48). Las técnicas ablativas son mucho más simples y seguras que las técnicas de escisión, que permiten tratamientos oportunos disponibles en los LMIC y aumentan el acceso a los servicios de salud mientras disminuyen la pérdida de seguimiento. Se debe obtener una biopsia por punción de la lesión antes del tratamiento ablativo si hay instalaciones de histopatología disponibles. Si la histopatología revela cáncer invasivo, el paciente debe ser derivado de inmediato para un tratamiento adicional. La histerectomía generalmente no está indicada como un método para tratar la NIC (49).

Antes la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Santa Rosa en el 2019?

La principal motivación para la ejecución de la presente investigación fue conocer los factores que se asocian a la presencia de lesiones intraepiteliales de cérvix en la población local, para así poder ofrecer medidas preventivas contra la aparición de estas lesiones con riesgo de progresión hacia cáncer de cuello uterino.

H<sub>0</sub>: No existen factores asociados al desarrollo de lesiones epiteliales de cérvix en pacientes del Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

H<sub>1</sub>: Si existen factores asociados al desarrollo de lesiones epiteliales de cérvix en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

Se plantea: Determinar los factores asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Santa Rosa de Piura durante el 2019.

1. Señalar las principales características sociodemográficas de las pacientes con lesiones premalignas del cérvix.
2. Identificar los factores sociodemográficos que se asocian al desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix.
3. Identificar los factores ginecobstétricos que se asocian al desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix.
4. Valorar la distribución según gravedad de las lesiones intraepiteliales de cérvix.



## II. MÉTODO

### 2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo un estudio no experimental, de tipo descriptivo, temporalidad retrospectiva y transversal.

### 2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde el nacimiento	Número de años registrado en la historia clínica	< 17 años 17 – 31 años 32 – 46 años 47 – 61 años > 61 años	Cuantitativa discreta
GRADO DE INSTRUCCION	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado definitivamente incompleto	Nivel de instrucción más elevado de estudios de una persona, realizados o en curso. Según historia clínica	Ilustrada Primaria Secundaria Superior	Cualitativa ordinal
ESTADO CIVIL	Clase o condición de una persona en el orden social	Situación determinada por las relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Según historia clínica	Soltera Casada Viuda	Cualitativa nominal
EDAD DE MENARQUIA	Aparición de primera menstruación	Edad a la que se presentó la primera menstruación. Según historia clínica	≤ 12 años 13 – 14 años ≥ 15 años	Cuantitativa discreta
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Número de personas con las que ha tenido actividad sexual alguna.	Número de personas con las que ha tenido actividad sexual alguna. Según historia clínica	1 2 3 4 5 > 6	Cuantitativa discreta
USO DE ANTICONCEPTIVO	Es cualquier método, medicamento o dispositivo que usa para prevenir el embarazo	Uso regular de algún método anticonceptivo. Según historia clínica.	Píldora Inyectable Barrera T de cobre Ninguna	Cualitativa nominal
LESION INTRAEPITELIAL CERVICAL	Es el crecimiento anormal de las células escamosas en la superficie del cuello uterino	Presencia de células levemente anormales en la superficie del cuello uterino	NEGATIVO ASCUS NIC I NIC II NIC III	Cualitativa ordinal

## **2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **2.3.1 POBLACIÓN**

La población objetivo del presente estudio estuvo conformada por todas las pacientes atendidas en el consultorio de ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura, para toma de muestra cervical y posterior estudio de Papanicolau durante el mes de julio del 2019.

### **2.3.2 MUESTRA**

La muestra final fue conformada por todas las pacientes en estudio que cumplieron con los criterios de selección. De un total de 146 atenciones registradas, fueron retiradas del estudio 23 pacientes por ausencia de resultados o antecedentes incompletos en historia clínica, por ende, la muestra final fue conformada 123 mujeres. La técnica de muestreo fue no probabilística y se incluyeron pacientes por conveniencia.

### **2.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Pacientes del atendidos en el Servicio de Ginecología que fueron atendidos en el 2019
2. Historias clínicas de mujeres con inicio de actividad sexual
3. Historias clínicas con resultado de papanicolaou.

### **2.3.4 CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

1. Pacientes con datos insuficientes en la historia clínica.
2. Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de cuello uterino.
3. Ficha de resultado de Papanicolaou incompleto.
4. Paciente sin antecedente de relaciones sexuales.

## **2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

Para la recopilación de los datos necesarios para el cumplimiento de nuestros objetivos se desarrolló una ficha de recolección (Anexo 1), la cual nos permitió obtener la información necesaria para el desarrollo de los objetivos. Se ingresó por mesa de partes una solicitud para el acceso a las historias clínicas de las pacientes que acudieron al consultorio de ginecoobstetricia para toma de muestra cervical entre los meses de investigación. Se confirmó que las historias clínicas contarán con la información completa.

## **2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Toda la información recopilada a través de las fichas fue tabulada inicialmente con el programa EXCEL y posterior se convirtió a cuadros en SPSS®v.24. Para el análisis e interpretación de los datos se utilizó medidas de tendencia central y dispersión cuando se trataba de variables cuantitativas, y porcentajes para variables cualitativas. Así mismo, se utilizaron las tablas correspondientes. Para determinar asociación entre las variables de estudio se aplicó la prueba de chi cuadrado con un valor  $p < 0.05$  para aceptar la hipótesis nula

## **2.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Se desarrolló una investigación descriptiva y retrospectiva, por lo que no hubo exposición de pacientes a factores que puedan alterar su homeostasis o salud, además la información necesaria fue obtenida a partir de datos anotados en las historias clínicas de cada paciente seleccionado en la muestra final, a dicha información se le ha brindado la confidencialidad necesaria, evitando el uso de nombre o apellidos a través de un código personal.

### III.RESULTADOS

**CUADRO 1:** Cuadro resumen de las características generales de las pacientes atendidas para toma de muestra cervical en el consultorio de ginecobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura – Julio 2019.

		Recuento	%
Lesión Intraepitelial	NEGATIVO	78	63.4%
	ASCUS	6	4.9%
	NIC I	25	20.3%
	NIC II	11	8.9%
	NIC III	3	2.5%
	Total	123	100.0%
Edad	<17 años	2	1.6%
	17 - 31 años	45	36.6%
	32 - 46 años	30	24.4%
	47 - 61 años	34	27.6%
	> 61 años	12	9.8%
	Total	123	100.0%
Grado de Instrucción	Ilustrada	4	3.3%
	Primaria	8	6.5%
	Secundaria	50	40.6%
	Superior	61	49.6%
	Total	123	100.0%
Estado Civil	Soltera	43	35.0%
	Casada	77	62.6%
	Viuda	3	2.4%
	Total	123	100.0%
Menarquia	≤ 12 años	70	56.9%
	13 - 14 años	41	33.3%
	≥ 15 años	12	9.8%
	Total	123	100.0%
Parejas Sexuales	1	7	5.7%
	2	15	12.1%
	3	59	48.0%
	4	30	24.4%
	5	8	6.5%
	≥ 6	4	3.3%
	Total	123	100.0%
Uso Anticonceptivos	No	79	64.2%
	Píldora	20	16.3%
	Inyectable	9	7.3%
	Barrera	15	12.2%
	Total	123	100%

**CUADRO 2:** Distribución de las lesiones intraepiteliales de cérvix según grupo etario de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

		Grupo Etario					Total	
		<17 años	17 - 31 años	32 - 46 años	47 - 61 años	> 61 años		
Lesión Intraepitelial	NEGATIVO	Recuento	2	35	21	11	9	78
		% dentro de Edad	100.0%	77.8%	70.0%	32.4%	75.0%	63.4%
	ASCUS	Recuento	0	3	0	2	1	6
		% dentro de Edad	0.0%	6.7%	0.0%	5.9%	8.3%	4.9%
	NIC I	Recuento	0	4	7	13	1	25
		% dentro de Edad	0.0%	8.9%	23.3%	38.2%	8.3%	20.3%
	NIC II	Recuento	0	3	1	6	1	11
		% dentro de Edad	0.0%	6.7%	3.3%	17.6%	8.3%	8.9%
	NIC III	Recuento	0	0	1	2	0	3
		% dentro de Edad	0.0%	0.0%	3.3%	5.9%	0.0%	2.4%
	Total	Recuento	2	45	30	34	12	123
		% dentro de Edad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26.960 <sup>a</sup>	16	.042
Razón de verosimilitud	30.558	16	.015
Asociación lineal por lineal	8.133	1	.004
N de casos válidos	123		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Nivel de significancia: 5% =  $\alpha$  = 0.05

**Decisión:** en el cuadro anterior se observa un valor de chi cuadrado de Pearson 26.960 y un nivel de significancia = 0.042, el cual es menor a 0.05, se rechaza la  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

**Interpretación:** Con un 5% de significancia, existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; es decir, que las lesiones intraepiteliales del cérvix se relacionan de manera significativa con la edad.

**CUADRO 3:** Distribución de las lesiones intraepiteliales de cérvix según grado de instrucción de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

		Grado de Instrucción				Total	
		Iletrada	Primaria	Secundaria	Superior		
Lesión Intraepitelial	NEGATIVO	Recuento	4	7	33	34	78
		% dentro de Grado de Instrucción	100.0%	87.5%	66.0%	55.7%	63.4%
	ASCUS	Recuento	0	0	1	5	6
		% dentro de Grado de Instrucción	0.0%	0.0%	2.0%	8.2%	4.9%
	NIC I	Recuento	0	0	12	13	25
		% dentro de Grado de Instrucción	0.0%	0.0%	24.0%	21.3%	20.3%
	NIC II	Recuento	0	1	2	8	11
		% dentro de Grado de Instrucción	0.0%	12.5%	4.0%	13.1%	8.9%
	NIC III	Recuento	0	0	2	1	3
		% dentro de Grado de Instrucción	0.0%	0.0%	4.0%	1.6%	2.4%
Total	Recuento	4	8	50	61	123	
	% dentro de Grado de Instrucción	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.784 <sup>a</sup>	12	.463
Razón de verosimilitud	15.402	12	.220
Asociación lineal por lineal	3.667	1	.056
N de casos válidos	123		

a. 14 casillas (70.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .10.

Nivel de significancia:  $5\% = \alpha = 0.05$

**Decisión:** en el cuadro anterior se observa un valor de chi cuadrado de Pearson 11.784 y un nivel de significancia = 0.463, el cual es mayor a 0.05, se acepta la  $H_0$ .

**Interpretación:** Con un 5% de significancia, no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula; es decir, que las lesiones intraepiteliales del cérvix no se relacionan de manera significativa con el grado de instrucción.

**CUADRO 4:** Distribución de las lesiones intraepiteliales de cérvix según estado civil de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

		Estado Civil			Total	
		Soltera	Casada	Viuda		
Lesión Intraepitelial	NEGATIVO	Recuento	28	48	2	78
		% dentro de Estado Civil	65.1%	62.3%	66.7%	63.4%
	ASCUS	Recuento	1	4	1	6
		% dentro de Estado Civil	2.3%	5.2%	33.3%	4.9%
	NIC I	Recuento	6	19	0	25
		% dentro de Estado Civil	14.0%	24.7%	0.0%	20.3%
	NIC II	Recuento	5	6	0	11
		% dentro de Estado Civil	11.6%	7.8%	0.0%	8.9%
	NIC III	Recuento	3	0	0	3
		% dentro de Estado Civil	7.0%	0.0%	0.0%	2.4%
	Total	Recuento	43	77	3	123
		% dentro de Estado Civil	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.104 <sup>a</sup>	8	.079
Razón de verosimilitud	13.038	8	.111
Asociación lineal por lineal	.842	1	.359
N de casos válidos	123		

a. 10 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .07.

Nivel de significancia: 5% =  $\alpha = 0.05$

**Decisión:** en el cuadro anterior se observa un valor de chi cuadrado de Pearson 14.104 y un nivel de significancia = 0.076 el cual es mayor a 0.05: Se acepta la  $H_0$ .

**Interpretación:** Con un 5% de significancia, no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula; es decir, que las lesiones intraepiteliales del cérvix no se relacionan de manera significativa con el estado civil.

**CUADRO 5:** Distribución de las lesiones intraepiteliales de cérvix según edad de menarquía de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

		Menarquia			Total	
		≤ 12 años	13 - 14 años	≥ 15 años		
Lesión Intraepitelial	NEGATIVO	Recuento	52	22	4	78
		% dentro de Menarquia	74.3%	53.7%	33.3%	63.4%
	ASCUS	Recuento	1	5	0	6
		% dentro de Menarquia	1.4%	12.2%	0.0%	4.9%
	NIC I	Recuento	13	6	6	25
		% dentro de Menarquia	18.6%	14.6%	50.0%	20.3%
	NIC II	Recuento	4	5	2	11
		% dentro de Menarquia	5.7%	12.2%	16.7%	8.9%
	NIC III	Recuento	0	3	0	3
		% dentro de Menarquia	0.0%	7.3%	0.0%	2.4%
	Total	Recuento	70	41	12	123
		% dentro de Menarquia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.485 <sup>a</sup>	8	.002
Razón de verosimilitud	23.780	8	.002
Asociación lineal por lineal	8.975	1	.003
N de casos válidos	123		

a. 9 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .29.

Nivel de significancia: 5% =  $\alpha$  = 0.05

**Decisión:** en el cuadro anterior se observa un valor de chi cuadrado de Pearson 24.485 y un nivel de significancia = 0.002, el cual es menor a 0.05. Se rechaza la H0 y se acepta H1.

**Interpretación:** Con un 5% de significancia, existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; es decir, que las lesiones intraepiteliales del cérvix se relacionan de manera significativa con la edad de menarquia.



**CUADRO 6:** Distribución de las lesiones intraepiteliales de cérvix según número de parejas sexuales de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

		Parejas Sexuales						Total	
		1	2	3	4	5	≥ 6		
Lesión Intraepitelial	NEGATIVO	Recuento	4	11	47	11	3	2	78
		% dentro de Parejas Sexuales	57.1%	73.3%	79.7%	36.7%	37.5%	50.0%	63.4%
	ASCUS	Recuento	0	0	2	3	0	1	6
		% dentro de Parejas Sexuales	0.0%	0.0%	3.4%	10.0%	0.0%	25.0%	4.9%
	NIC I	Recuento	2	2	6	10	4	1	25
		% dentro de Parejas Sexuales	28.6%	13.3%	10.2%	33.3%	50.0%	25.0%	20.3%
	NIC II	Recuento	0	2	2	6	1	0	11
		% dentro de Parejas Sexuales	0.0%	13.3%	3.4%	20.0%	12.5%	0.0%	8.9%
	NIC III	Recuento	1	0	2	0	0	0	3
		% dentro de Parejas Sexuales	14.3%	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%
	Total	Recuento	7	15	59	30	8	4	123
		% dentro de Parejas Sexuales	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.530 <sup>a</sup>	20	.013
Razón de verosimilitud	35.541	20	.017
Asociación lineal por lineal	2.885	1	.089
N de casos válidos	123		

a. 23 casillas (76.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .10.

Nivel de significancia: 5% =  $\alpha$  = 0.05

**Decisión:** en el cuadro anterior se observa un valor de chi cuadrado de Pearson 36.530 y un nivel de significancia = 0.013, el cual es menor a 0.05. Se rechaza la H0 y se acepta H1.

**Interpretación:** Con un 5% de significancia, existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; es decir, que las lesiones intraepiteliales del cérvix se relacionan de manera significativa con el número de parejas sexuales.

#### IV. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que, si existen factores asociados al desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura.

Nuestros resultados guardan relación con lo encontrado por Gallegos (6), Del Castillo (7) y Zapata (9), quienes describen asociación entre las lesiones epiteliales de cérvix y edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, menarquia menor a 13 años y ser múltipara, en nuestro estudio se demostró asociación entre la edad, número de parejas sexuales y edad de la menarquia.

En cuanto a la relación entre lesiones epiteliales de cérvix y edad, existe evidencia que relaciona ambas variables, ya que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad expone a la transmisión de agentes infecciosos como el Virus del Papiloma Humano (VPH), que infiltran y lesionan la zona de transformación del epitelio cervical, zona susceptible de alteraciones, hallazgo que concuerda con lo reportado por Gallegos (6), quien encuentra una edad de inicio de relaciones sexuales a los  $16 \pm 2.5$  años.

Cuando se valora la relación entre lesiones epiteliales de cérvix y número de parejas sexuales, se observa una asociación altamente significativa, lo cual se puede explicar por la sobreexposición de múltiples agentes infecciosos (VPH, *chlamydia trachomatis*, *neisseria gonorrea* y *virus del herpes simple*) que pueden atacar la zona de transformación epitelial, considerada la zona más proliferativa del cérvix durante la pubertad y adolescencia, dando origen a lesiones precursoras de cáncer, hallazgo que concuerda con lo reportado por Del Castillo (7), quien encuentra que las pacientes con 3 a 4 parejas sexuales tienen 1.43 veces más riesgo de presentar lesiones epiteliales de cérvix que las pacientes con menos de 3 parejas sexuales.

## V. CONCLUSIONES

- Se concluye que las características de mayor presentación de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia son: edad comprendida entre 17 y 31 años, estudios de nivel superior, estado civil casada, inicio de menarquía antes de los 12 años, tres parejas sexuales y no usar métodos anticonceptivos.
- Se concluye que, dentro de los factores sociodemográficos estudiados, solo la edad presenta asociación con el desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix uterino.
- Se concluye que, dentro de los factores ginecobstétricos estudiados, el número de parejas sexuales y la edad de menarquia presentan asociación con el desarrollo de lesiones intraepiteliales del cérvix uterino.
- Se concluye que, existe una prevalencia del 36% de lesiones intraepiteliales de cérvix en las pacientes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura, siendo las lesiones NIC las de mayor frecuencia de presentación.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Es importante recordar que la gran mayoría de factores asociados al desarrollo de este tipo de lesiones son modificables, por eso es fundamental que el personal de salud continúe implementando mejoras en programas de detección y cribaje.
- Al comité de auditoría médica del hospital, se recomienda mejorar y supervisar el correcto llenado de las fichas de atención o historias clínicas ya que la falta de datos en estos registros limita de información indispensable para futuras investigaciones.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2018 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. [Internet] 2018 [Citado 23 agosto 2019]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-factsheets.pdf>
2. Kumar V, Abbas A, Aster J. Robbins Basic Pathology. 9th ed. Saunders Elsevier; 2012.7
3. Nayir T, Okyay R, Nazlican E, et al. Cervical Cancer Screening in an Early Diagnosis and Screening Center in Mersin, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015; 16(16): 6909-12.
4. Cannistra S, Niloff J. Cancer of the uterine cervix. *N Engl J Med.* 2016; 334(16): 1030.
5. Otter S, Whitaker S, Chatterjee J, et al. The Human Papillomavirus as a Common Pathogen in Oropharyngeal, Anal and Cervical Cancers. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2019; 31(2): 81-90.
6. Gallegos D. Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018. [tesis de grado]. Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2019.
7. Del Castillo L. Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este distrito de Tarapoto 2015-2016. [tesis de grado]. Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín. 2018
8. Huazanga A. Prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino según papanicolaou en el hospital regional de loreto enero – diciembre 2017. [tesis de grado]. Loreto. Universidad Científica del Perú. 2018.
9. Zapata C. Prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres en edad fértil- Laboratorio de referencia regional de salud-Piura año 2015. [tesis de grado]. Lima. Universidad Nacional Federico Villareal. 2017.
10. Quispe N. Lesiones premalignas de Cáncer de Cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016. [tesis de grado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica. 2017.
11. Massad L, Einstein M, Huh W, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2013; 17: 51.

12. Arbyn M, Redman C, Verdoodt F, et al. Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2017; 18: 1665.
13. Tainio K, Athanasiou A, Tikkinen K, et al. Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2018; 360: k499.
14. Darragh T, Colgan T, Thomas Cox J, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Int J Gynecol Pathol* 2013; 32: 76.
15. Workowski K, Bolan G. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64: 1.
16. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice Bulletin No. 168: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e111.
17. Söderlund A, Kjellberg L, Dillner J. Human papillomavirus type-specific persistence and recurrence after treatment for cervical dysplasia. *J Med Virol* 2014; 86: 634.
18. Barron S, Austin R, Li Z, et. al. Follow-up outcomes in a large cohort of patients with HPV-negative LSIL cervical screening test results. *Am J Clin Pathol* 2015; 143: 485-491.
19. Miralpeix E, Genovés J, Solé J, et. al. *Mod Pathol* 2016; 30: pp. 304-310.
20. Parra C, Herfs M, Doria M, et. al. Giant condyloma of the cervix: An uncommon entity associated with low-risk human papilloma virus infection. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 300-04.
21. Ishida M, Kagotani A, Yoshida K, et. al. Pigmented cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Pathol* 2013; 32: 146-7.
22. Masand R, Lawson B, Danner D, et. al. Low-grade-like high-grade squamous intraepithelial lesion of the uterine cervix: Histologic characterization of equivocal dysplasias and correlation with human papillomavirus genotype. Abstract. *Mod Pathol* 2017; 30: 299A.
23. Stewart C. High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) of the cervix with bizarre cytological appearances ('pleomorphic HSIL'): a review of 19 cases. *Pathology* 2017; 49: 465-70.

24. van der Marel J, van Baars R, Alonso I, et. al. Oncogenic human papillomavirus-infected immature metaplastic cells and cervical neoplasia. *Am J Surg Pathol* 2014; 38: 470-79.
25. Cao L, Sun P, Yao M, et. al. Clinical significance of CK7, HPV-L1, and koilocytosis for patients with cervical low-grade squamous intraepithelial lesions: A retrospective analysis. *Hum Pathol* 2017; 65: 194-200.
26. Bruggink S, de Koning M, Gussekloo J, et. al. Cutaneous wart-associated HPV types: prevalence and relation with patient characteristics. *J Clin Virol* 2012; 55: 250-55.
27. Centers for Disease Control and Prevention: FDA licensure of quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4, Gardasil) for use in males and guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 59: 630-31.
28. Darragh T, Colgan T, Cox J, et. al. The lower anogenital squamous terminology standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *J Low Genit Tract* 2015; 16: 205-42.
29. Dobson SR, McNeil S, Dionne M, et. al.: Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 309: 1793-802.
30. Doorbar J, Quint W, Banks L, et. al. The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine* 2014; 30: 55-70.
31. Drolet M, Bénard E, Boily MC, et. al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2015. 15: 565-580.
32. Food and Drug Administration: FDA approves expanded use of Gardasil 9 to include individuals 27 through 45 years old. <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm622715.htm> -
33. Gillison M, Alemany L, Snijders P, et. al. Human papillomavirus and diseases of the upper airway: head and neck cancer and respiratory papillomatosis. *Vaccine* 2012; 30: 34-54.
34. Leval A, Herweijer E, Ploner A, et. al. Quadrivalent human papillomavirus vaccine effectiveness: a Swedish national cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105: 469-474.
35. Markowitz L, Liu G, Hariri S, et. al. Prevalence of HPV after introduction of the vaccination program in the United States. *Pediatrics* 2016; 137: 20151968.

36. Massad L, Einstein M, Huh W, et. al. 2015 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 829-46.
37. Maturo S, Hartnick C: Juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis. *Adv Otorhinolaryngol* 2014; 73: 105-108.
38. Meites E, Kempe A, Markowitz L: Use of a 2-dose schedule for human papillomavirus vaccination—updated recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65: 1405-08.
39. Moscicki A, Ma Y, Farhat S, et. al. Redetection of cervical HPV16 in women with a previous history of HPV16. *J Infect Dis* 2013; 208: 403-12.
40. Moscicki A, Ma Y, Wibbelsman C, et. al.: Rate of and risks for regression of CIN-2 in adolescents and young women. *Obstet Gynecol* 2016; 116: 1373-1380.
41. Moscicki A, Schiffman M, Burchell A, et. Al. Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers. *Vaccine* 2016; 30: 24-33.
42. Moyer V, U.S. Preventive Services Task Force: Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2016; 156: 880-91.
43. Petrosky E, Bocchini J, Hariri S, et. al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPC) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64: 300-04.
44. Quint W, Jenkins D, Molijn A, et. al. One virus, one lesion—individual components of CIN lesions contain a specific HPV type. *J Pathol* 2014; 227: 62-71.
45. Reagan S, Yanke D, Jeyarajah J, et. al. National, regional, state and selected local-area vaccination coverage among adolescents aged 13-17 years—United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 65: 850-58.
46. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et. al. ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee: American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 2014; 62: 147-72.
47. Unger E, Fajman N, Maloney E, et. al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics* 2017; 128: 658-65.



48. Waxman A, Chelmow D, Darragh T, et. al. Revised terminology for cervical histopathology and its implications for management of high-grade squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol* 2014; 120: 1465-71.
49. Widdice L, Ma Y, Jonte J, et. al.: Concordance and transmission of human papillomavirus within heterosexual couples observed over short intervals. *J Infect Dis* 2013; 207: 1286-1294.

## ANEXOS

### 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### “LESIONES INTRAEPITELIAES CERVICALES – HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA”

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**1. Grupo etario:**

< 17 ( )                      17 – 31 ( )                      32 – 46 ( )  
47 – 61 ( )                      > 61 ( )

**2. Grado de instrucción:**

Iletrada ( )                      Primaria ( )                      Secundaria ( )  
Superior ( )

**3. Estado civil**

Soltera ( )                      Casada ( )                      Viuda ( )

**4. Edad de menarquia:** \_\_\_\_\_

**5. Número de parejas sexuales:** \_\_\_\_\_

**6. Uso de anticonceptivos:**      Si ( )                      No ( )

Píldora ( )                      Inyectable ( )                      Barrera ( )

**7. Lesión intraepitelial cervical**

NEGATIVO ( )                      ASCUS ( )                      NIC I ( )  
NIC II ( )                      NIC III ( )

## 2.-ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE ORIGINALIDAD</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	-----------------------------	---

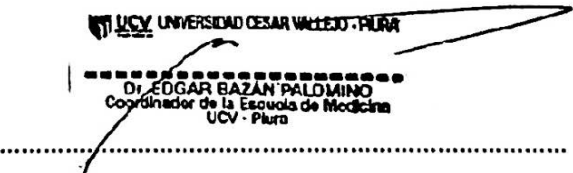
Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“FACTORES ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA 2019” del (de la) estudiante **TULLUME CHAVESTA PEDRO ALBERTO** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de Enero de 2020

  
UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA  
-----  
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura  
-----

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

### 3.-PANTALLAZO DEL SOFTWARE TURNITIN

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows a text passage with several segments highlighted in different colors (green, red, pink) and numbered (5, 13, 30, 1). The text discusses a research problem and motivation related to cervical lesions. A sidebar on the right, titled 'Resumen de coincidencias', shows a total similarity of 23% and a list of seven sources contributing to this score, including 'Entregado a Universidad...', 'repositorio.unsaac.edu...', 'repositorio.ucv.edu.pe', 'old.oalib.com', 'repositorio.unsm.edu.pe', 'dspace.ucuenca.edu.ec', and another 'Entregado a Universidad...' entry.

Feedback Studio - Google Chrome  
ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&u=1073626525&s=1&o=1247205995

feedback studio | tesis | /0

7

5  
13  
30  
1

Antes la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Santa Rosa en el 2019?

La principal motivación para la ejecución de la presente investigación fue conocer los factores que se asocian a la presencia de lesiones intraepiteliales de cérvix en la población local, para así poder ofrecer medidas preventivas contra la aparición de estas lesiones con riesgo de progresión hacia cáncer de cuello uterino.

H<sub>0</sub>: No existen factores asociados al desarrollo de lesiones epiteliales de cérvix en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Santa Rosa de Piura

**Resumen de coincidencias** X

**23 %**

Rank	Source	Percentage
1	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	4 %
2	repositorio.unsaac.edu... Fuente de Internet	3 %
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	old.oalib.com Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1 %
7	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	1 %

Página: 8 de 20 | Número de palabras: 5418 | Text-only Report | High Resolution | Activado

12:38 p.m. 27/01/2020



## 5.-VERSIÓN FINAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

### AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

*TULLUME CHAVESTA PEDRO ALBERTO*

**INFORME TITULADO:**

*FACTORES ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA 2019*

**PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:**

*MEDICO CIRUJANO*

SUSTENTADO EN FECHA: 04 de marzo de 2020

NOTA O MENCIÓN: QUINCE (15)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION