



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Factores Reproductivos en las Lesiones Pre malignas de Cáncer  
Cervical en mujeres atendidas en la Red 1, San Juan de Lurigancho -  
2018

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Angulo Rivera Nelly Delfina ([orcid.org/0000-0002-2146-5275](https://orcid.org/0000-0002-2146-5275))

**ASESORA:**

Mg. Rivera Arellano Edith Gissela ([orcid.org/0000-0002-3712-5363](https://orcid.org/0000-0002-3712-5363))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de riesgo en salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria.

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**Dedicatoria:**

Al Señor por guiar mis pasos y guiarme por el buen camino.

A mi familia y queridos padres por su amor, comprensión y perseverancia que ha sido mi fuente de motivación para ser cada mejor, guiando mis pasos en todo momento y velando siempre por mi bienestar

Nelly Delfina Angulo Rivera

### **Agradecimiento:**

A todas las personas que me acompañaron incondicionalmente en este camino de emprendimiento y superación personal, ya sea con sus enseñanzas, su motivación constante, amistad sincera y su confianza.

Nelly Delfina Angulo Rivera

## Índice de contenidos

	<b>Pág.</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo y diseño de investigación	20
3.2. Variables y operacionalización	21
3.3. Población, muestra y muestreo	23
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.5. Procedimientos	26
3.6. Método de análisis de datos	26
3.7. Aspectos éticos	27
IV. RESULTADOS	28
V. DISCUSIÓN	42
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS	51
ANEXOS	61

## Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Validación por juicio de experto del instrumento factores reproductivos	29
Tabla 2 Validación por juicio de experto del instrumento lesiones premalignas	26
Tabla 3 Nivel Comparativo Factores Reproductivos & Lesiones Premalignas	36
Tabla 4 Nivel Comparativo Gestación y Lesiones Premalignas	37
Tabla 5 Nivel Comparativo Paridad y Lesiones Premalignas	39
Tabla 6 Nivel Comparativo Anticoncepción & Lesiones Premalignas	41
Tabla 7 Pruebas de normalidad	43
Tabla 8 Pseudo coeficiente R cuadrado de determinación de las variables	44
Tabla 9 Determinación de la bondad de ajuste de las variables	44
Tabla 10 Pseudo coeficiente R cuadrado de determinación de las variables	45
Tabla 11 Determinación de la bondad de ajuste de las variables	45
Tabla 12 Pseudo coeficiente R cuadrado de determinación de las variables	46
Tabla 13 Determinación de la bondad de ajuste de las variables	46
Tabla 14 Pseudo coeficiente R cuadrado de determinación de las variables	47
Tabla 15 Determinación de la bondad de ajuste de las variables	47

## Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Cambios en el Cérvix por el Papiloma Virus Humano	15
Figura 2. Evolución de la Neoplasia Intraepitelial	18
Figura 3. Nivel de los Factores Reproductivos	28
Figura 4. Nivel de la dimensión Gestación	29
Figura 5. Nivel de la dimensión Paridad	30
Figura 6. Nivel de la dimensión nivel de método anticonceptivo	31
Figura 7. Lesiones Premalignas de Cáncer Uterino y sus Dimensiones	32
Figura 8. Células Escamosas	33
Figura 9 Nivel de la dimensión Lesión Intraepitelial de Bajo Grado	34
Figura 10 Nivel de la dimensión Lesión Intraepitelial de Alto Grado	35
Figura 11. Nivel Comparativo Factores Reproductivos & Lesiones Premalignas	36
Figura 12 Nivel Comparativo Gestación y Lesiones Premalignas	38
Figura 13 Nivel Comparativo Paridad & Lesiones Premalignas	39
Figura 14. Nivel Comparativo Anticoncepción y Lesiones Premalignas	42

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1 en San Juan de Lurigancho, 2018. Además, la investigación fue realizada mediante un enfoque cuantitativo, de tipo observacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 53 fichas de observación del examen cervicouterino mediante el tamizaje de papanicolaou, las fichas tomadas en cuenta para el estudio fueron de aquellas mujeres con resultado de lesiones premalignas dentro del primer semestre de la Red 1. Para validar los instrumentos usados durante el trabajo de investigación se pasó por juicio de expertos y la confiabilidad se midió mediante el Kuder Richardson, donde los instrumentos obtuvieron valores de 0.83 y 0.9 para cada uno de los instrumentos respectivamente. Sobre los resultados obtenidos indican que la variable independiente influye de manera significativa en la variable dependiente; pudiendo concluir con un nivel de significancia del 5%; que los factores reproductivos influyen en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1 en San Juan de Lurigancho- 2018.

**Palabras clave:** Lesiones pre malignas, cervicouterino, cáncer, reproducción.

## **Abstract**

The objective of this research is to determine the influence of reproductive factors on pre-malignant lesions of cervical cancer in women treated in Network 1 in San Juan de Lurigancho, 2018. In addition, the research was carried out using a quantitative, observational approach. and cross section. The study population consisted of 53 observation sheets of the cervical examination through Pap smear screening. The sheets taken into account for the study were those women with results of premalignant lesions within the first semester of Network 1. To validate the instruments used during the research work, it was passed through expert judgment and reliability was measured by the Kuder Richardson, where the instruments obtained values of 0.83 and 0.9 for each one of the instruments respectively. Regarding the results obtained, they indicate that the independent variable significantly influences the dependent variable; being able to conclude with a level of significance of 5%; that reproductive factors influence pre-malignant lesions of cervical cancer in women treated in Network 1 in San Juan de Lurigancho-2018.

**Keywords:** Pre-malignant lesions, cervical, cancer, reproduction.



## I. INTRODUCCIÓN

La patología oncológica más frecuente es de cáncer de cervical, y en el año 2012 aproximadamente se estimó 528,000 casos nuevos. Alrededor del 85% de la carga mundial los cánceres se presentan en países en desarrollo y cerca del 12% se presenta en el sexo femenino. En África Oriental y Central la patología oncológica de cáncer cervical, persiste como una de las patologías más frecuentes. Las 266,000 muertes estimadas por patología oncológica cervical, que acontecieron en el mundo durante el 2012, o el 7 % de todos los fallecimientos por patología oncológica de mujeres, fueron causados por esta patología. Según Globocan 2012, de diez mujeres, 9 (87%) pierden la vida por cáncer cervical y ocurren principalmente en países sub desarrollados.

En las naciones industrializados, existen programas que permiten que las mujeres sean examinadas para detectar la mayoría de las lesiones premalignas en etapas en las que aún son tratables. En los países del Tercer Mundo, el acceso limitado a la detección eficaz significa que la enfermedad a menudo no se detecta hasta los síntomas se encuentren muy avanzados.

Por lo tanto, las opciones de tratamiento en los niveles superiores de la enfermedad no siempre son generosas, razón por la cual estos países tienen una elevada tasa de muerte por patología oncológica cervical. En el año 2018, la OMS, indicó que esta estadística elevada de mortandad por patología oncológica de cuello uterino en el mundo (52%) puede reducirse mediante programas de detección y tratamiento.

En las Américas, en las mujeres, se evidencia que la patología cervical oncológica cervical, ocupa en el cuarto puesto en nivel de prevalencia, con un estimado de 83 200 nuevos diagnósticos y 35 680 mujeres que mueren a causa del cáncer cada año. El cáncer de cervical es una patología prevenible mediante las jornadas de vacunación contra el VPH durante la pubertad o mediante la detección oportuna del virus mencionado y asimismo el manejo oportuno de lesiones premalignas, en toda mujer mayor de 30 años.

Kitchener, Castle, & Cox,(2006) indica que desde los años sesenta se utiliza el tamizaje mediante la citología (Papanicolaou) para la localización de esta clase de patología cervical; esto beneficia para que, el fallecimiento por patología oncológica cervical, se reduzca en un 50% en todo país desarrollado, debido a que estos manejan un sistema de salud sólido. Sin embargo, este logro no se ha podido observar en los países en desarrollo, debido a múltiples factores, vinculados a los servicios básicos, el equipamiento, la logística, las que están en relación con las actividades de pesquisa y atributos de las pruebas en sí.

La prevalencia general de patología oncológica cervical, en nuestro país se encuentra de 31,3/100 000 y reducida por edad de 34,5/100 000. Como se detalla por la información divulgadas por Globocan en 2012, en promedio 4636 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino cada año. Conociendo que la patología oncológica cervical, es la más frecuente en patologías oncológicas en usuarias que acude al sistema de salud en el Perú. También, al menos 1.715 mujeres fallecen por patología oncológica uterina, cada año, o casi cuatro de cada 10 mujeres con cáncer de cuello uterino, y esto sucede especialmente por una evaluación de forma retrasada. Actualmente la patología oncológica cervical, en el Perú es uno de los canceres más frecuentes.

El MINSA señala que una incidencia tan alta de cáncer está influenciada por muchos factores, tales como: especificidades de la población, insuficiente cobertura de tamizaje, retraso en la obtención de consecuencias, inadecuado y escaso monitoreo a los pacientes con resultados de tamizaje positivos, escaso centros de tratamiento, el 80% de las condiciones en diagnóstico, se severa debido a un pobre acceso a hospitales, centralización de especialistas en hospitales del 2do nivel y solo existen dos centros de radioterapia propiedad del MINSA. En estas condiciones va hacer difícil de lograr consecuencias positivas en la pelea con toda patología oncológica cervical.

Por otro lado, según investigaciones de ENDES, en los últimos 3 años, se calculó que casi el 50% de la población objetivo ha sido cribada. De acuerdo con la Fondo Solidario Intangible en Salud - FISSAL, en el último quinquenio, el 10% de

los pacientes con cáncer se encontraban en etapa clínica I del cáncer, en el porcentaje de sanación de las usuarias, alcanza casi el 90%. En el grupo de usuarias que radican en zonas metropolitana de Lima, la patología oncológica cervical, fue la segunda enfermedad de mayor prevalencia entre 2010 y 2012. Se reconocieron 3.163 nuevos casos, una tasa de acontecimiento estándar de 21,1 casos por 100.000 mujeres. De manera similar, la patología oncológica cervical representa el 9,6% de las patologías oncológicas en usuarias. El cual entra el 4<sup>a</sup> puesto, entre las patologías oncológicas malignas estudiados.

Para el 2016 el MINSA, consignó 1.201 fallecidos por neoplasia de cuello uterino entre el 2010 - 2012, con una mortalidad de 8,0 por 100.000 usuarias. En mujeres que superan los 70 años, el 2,20 % de mujeres, presentan una predisposición sumada (1 de 45 mujeres). La verificación histológica fue del 89 %, el tipo histológico de mayor prevalencia, es el carcinoma epidermoide. La incidencia en SJL entre el 2010 – 2012 fue de 21.94 - 25.09.

Las mujeres de la Red 1 de la Dirección de Salud de Lima Centro (DIRIS) en SJL estuvieron ajenas a esta situación del Perú y su problemática, más aún cuando este Distrito alberga mujeres de diferentes regiones del País, y ellas traen consigo sus creencias, tabúes y estilos de vida, inclusive sexualmente hablando.

En tal sentido, a partir de lo expuesto, se derivó como problema general ¿Cómo influye los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres las atendidas en la Red 1, SJL-2018?, y de tal situación se ha identificado como problemas específicos (1) ¿Cómo influye las gestaciones en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL - 2018?, (2) ¿Cómo influye el número de partos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL -2018? y (3) ¿Cómo influye el método anticonceptivo en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL -2018?.

Asimismo, el estudio en mención, se va a justificar teóricamente, indicando los motivos por el cual los factores reproductivos se relacionen con las lesiones pre

malignas, el cual servirá para impulsar el desarrollo de estrategias con la finalidad de establecer actividades preventivas promocionales que intervengan para la disminución de casos con patología cervical oncológica. La Oncología cervical uterina es reconocido como una dificultad de salud pública y es uno de los cánceres de diagnóstico tardío debido a las ineficiencias del régimen de salud que tenemos y también por el estilo de vida y tabúes de nuestra población femenina. Analizar el historial de la patología oncológica cervical, es fundamental para comprender este tipo de cáncer, ya que involucra factores que una mujer desarrolla durante sus años reproductivos, como el número de embarazos, el número de nacimientos, la técnica de reproducción. anticoncepción que decida la mujer usar y andría, entre otros.

A partir de la perspectiva práctica, esta investigación se va a justificar la investigación porque va a contribuir a todo profesional de salud que desee continuar con estudios similares, en este estudio, se evaluó que hay correlación entre los factores reproductivos y el desarrollo de lesiones pre malignas. Los resultados sirven para proponer alternativas que ayuden en el beneficio de la salud femenina y proponer estrategias que apoyen en reducir los casos de lesiones pre malignas y estas al final no desarrolle cáncer cervical.

Asimismo, esta investigación será útil a las autoridades de la DIRIS Lima Centro porque brinda información con los resultados de los análisis estadísticos, y esta pueda elaborar y mejorar programas de prevención, a través de estrategias que se desarrollen en cada establecimiento de salud.

Y finalmente, desde la perspectiva metodológica, se va a justificar porque el estudio realizado brindará información a otros estudios de investigación, permitiendo extender y ampliar su bagaje de conocimientos para todo profesional que continúe contribuyendo en desarrollar estrategias en la reducción de cáncer cervical. La investigación científica se ciñe criterios como son técnicas, instrumentos, instrucciones y técnicas; que en conjunto orientan en el progreso de indagación y logrando finalmente concluir y brindar recomendaciones que proporcionen resultados a la finalidad de la investigación

De tal manera, también se derivó a proponer como objetivo general Determinar la influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018, de tal propuesta se ha planteado como objetivos específicos: (1) Determinar la influencia de las gestaciones en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018, (2) Determinar la influencia de la paridad en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018, y (3) Determinar la influencia de los métodos anticonceptivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018

Finalmente, se llegó a plantear como hipótesis general: Existe influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018, y derivado de tal planteamiento se plantearon como hipótesis específicas: (1) Existe influencia de las gestaciones en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018 , (2) Existe influencia de los partos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018, y (3) Existe influencia del método anticonceptivo en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018.

## II. MARCO TEÓRICO

Con respecto al contexto internacional, se revisó Galván (2013), que conceptualizó el propósito de evaluar la causa de alarma relacionada con el daño endotelial escamoso en mujeres de 25 a 59 años y qué factores contribuyen a la formación de un endotelio de alto grado. capa. daño., ya que se consideran los más propensos a causar complicaciones y convertirse antes en Ca invasivo. El estudio es de tipo Estudio de casos-controles y observacional. En el área de la Clínica de Displasia del Hospital General de Durango se realizó, el proceso de recopilación de información y de los resultados encontrados demostraron que los motivos de cuidado para lesiones de alto grado fueron: IVSA  $\leq 18$  años, andrías mayor de 1, contraceptivos y ausencia exámenes de pesquisa para patología cervical oncológica, mediante la citología anualmente.

Así mismo, Vicente (2014) en su publicación, estableció como objetivo estudiar esta dependencia existente entre factores de riesgo y “las lesiones pre malignas del cérvix”. Para ello se ejecutó una tesis Analítico de corte Transversal de las personas que acudieron por sus análisis al Hospital Nacional de Occidente. La obtención de información, se usó una boleta de recopilación de información por cada paciente que de acudió por su resultado de Papanicolaou. Los resultados demostraron que no se halló relación entre los causales de peligro, como el tiempo de vida de la persona, el origen, inicio de actividades coitales (IRS), cantidad de embarazos, andrías y las “lesiones pre malignas del cérvix”. Particularmente, concluyeron que van a presentar con más frecuencia este padecimiento aquellas mujeres que proceden de las zonas urbanas, que previamente a los 20 años inicien relaciones sexuales, que sean multíparas y que cuente más de 2 andrías y patologías del cérvix como inflamaciones de leves a severas.

También Henríquez (2015) en su indagación indico como objetivo determinar en número de causales de riesgo en féminas, con diagnóstico de lesiones pre malignas, de patología oncológica cervical, por medio de la citología. La investigación fue un estudio descriptivo en grupo de 84 historias de mujeres con “patologías pre oncológicas”. Y con respecto a los resultados encontrados tenemos

que como promedio el 20% de las mujeres estudiadas, presenta 3 o más gestaciones o alumbramientos y aproximadamente del 17%, se evidenciaba algún precedente de pérdidas, incluso de más de tres abortos. Aproximadamente, el 80% ya estaba haciendo uso de algún método hormonal e iniciando relaciones coitales. En general se encontró que hay relación entre el IRS durante la adolescencia con el inicio de la aparición de lesiones.

Asimismo, Cabrera (2016) en su investigación refirió en su objetivo fue conocer los causales de peligro que se encuentren para relación del inicio de neoplasia cérvico – uterino en mujeres que pertenecen al área del sistema de salud de Santa Rita, del Municipio Juanjuí, provincia Granma. El estudio fue analítico del tipo de casos y controles de 50 mujeres. La muestra se hizo en usuaria que superan los 25 años del sistema sanitario, con diagnóstico de cáncer cérvico uterino y los resultados de las usuarias, fueron conseguidas por una ficha de obtención de información de datos, usados en las usuarias y en sus archivos clínicos. En este estudio, e logró como resultado, establecer que los antecedentes familiares. Los precedentes familiares patológicos de cáncer, el hábito de fumar, las menarquías precoces, menores de los 17 años se establecieron en elementos de peligro. Asimismo, el hecho de tener más de tres compañeros coitales, que utilice un método oral combinado y encima tenga un alumbramiento en edades inferiores menores a 18 años, se establecieron en componentes causales, pero no de forma significativa. Y, por último, el tener muchos hijos, la vía de parto, la ITS, en la investigación, estuvo vinculado al inicio de la enfermedad.

Finalmente, en su estudio, Jaramillo (2017) planteó como objetivo examinar los principales factores de influencia en la neoplasia cervical en usuarias de 25 a 45 años. Se trata del trabajo descriptivo, transversal, cuantitativo-cualitativo, con consentimiento informado de las mujeres y recolección de datos mediante entrevistas a una muestra de 75 mujeres; analizando los datos conseguidos, de verificó que los principales factores de susceptibilidad de las pacientes que laboran en el mercado chico de Loja a las neoplasias cervicales son multifacéticos, como se menciona a continuación: parejas sexuales, IRS temprano, multiparidad, enfermedades de transmisión sexual. y coitorragia. Además, lo más alarmante es

que las mujeres están teniendo relaciones sexuales sin un método anticonceptivo de barrera, como los condones, y más alarmante y peligroso aún son las mujeres que nunca en su vida se han hecho un frotis de PAP.

En cuanto a la regulación nacional, Cabrera (2013) planteó en su estudio que el objetivo fue establecer la distribución de los casuales de riesgo de neoplasia cervical entre las usuarias, del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. La tesis fue un estudio descriptivo-observacional-retrospectivo que involucró a 104 pacientes. Se recopiló datos, mediante formularios diseñados para este estudio. Los causales de riesgo más asociados con la oncología cervical, resultaron ser la exposición al VPH (64,8 %) y la paridad (68,5 %).

Conde (2014) también buscó identificar factores asociados con lesiones cervicales en mujeres en edad fértil en su estudio. este análisis es de tipo retrospectivo de casos y controles. La recolección de datos se realizó utilizando herramientas basadas en el formato utilizado y aprobado por la institución de investigación. Encontró asociaciones significativas con el riesgo de tener más de dos partos, el embarazo precoz entre los 14 y los 19 años, y el uso medicamentos que inhiben la concepción de tipo hormonales orales (la píldora) más de tres años, y de manera similar se encontró que estaba asociado con la protección contra el riesgo de un solo nacimiento; primer embarazo entre los 25 y 34 años; el último método hormonal usado por menos de un año

De igual forma, Ruiz (2015) en su estudio tuvo como objetivo establecer la prevalencia con los factores que se asocian a los hallazgos anormales de citología cervical en esposas de pescadores de ciudades del norte del Perú; este estudio fue un estudio transversal analítico. Los datos se recopilaron mediante encuestas estructuradas para preparar perfiles epidemiológicos de los pacientes. De los 144 individuos examinados se concluyó que unas de cada cinco mujeres de los pescadores presentan lesiones del cuello uterino según anatomía patológica; la frecuencia de lesiones citológicas aumentó con VPH previamente diagnosticado, con inflamación severa, IRS antes de los 15 años y papanicolaou previo, por el contrario, las bacterias en frotis redujeron la frecuencia de lesiones citológicas.



Finalmente, Bonilla (2015) tuvo como objetivo identificar los causales de peligro en relación con las lesiones pre oncológicas cervicales, en su estudio. El estudio fue, retrospectivo de casos y controles con dos grupos de sujetos, uno basado en lesiones precancerosas cervicales (n1 = 96) confrontado con el conjunto de sujetos sin enfermedad ni comorbilidad (m = 192). La información se recolectó utilizando como fuente secundaria de información de formatos clínicos de usuarias femeninas, que se efectuaron el Papanicolaou en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Ramos Guardia. Los resultados mostraron que el 88,5% de la población comenzó a tener actividad coital, entre los 15 y los 25 años, el 66,7% era de la zona rural, el 61,5% tenía más de 4 parejas sexuales y el 59,4% eran féminas de entre los 30 y los 49 años. durante muchos años. La convivencia (59,4%), el analfabetismo 53,1%, los partos múltiples 50% y el antecedente materno de patología oncológica cervical 49% no fueron medios causales, utilizando el método KPKL. Por tamaño de lesión, el 41,7% tenían LEI BG HPV. Concluyendo, que hubo una asociación significativa entre los causales de peligro y las patologías pre oncológicas cervicales.

Para los factores reproductivos, Capia (2017) en su estudio sobre factores reproductivos define los factores reproductivos como “un conjunto de características que aumentan la probabilidad de repetir el embarazo durante la adolescencia, poniendo en riesgo a la madre y al niño” (p. 39).

Por su parte Del Palacio (2011) como “la posibilidad (grado de peligro) que presenta toda usuaria en edad reproductiva, así como su producto de tener algún tipo de patología” (p. 64). Así mismo, Bendezú (2010) lo define como el grado de peligro, de enfermedad o muerte que tiene la madre o su futuro hijo en caso de una gestación en circunstancias no ideales” (p. 57). Gutiérrez (2006) considera como la “probabilidad en la Salud reproductiva: concepto y trascendencia de soportar una noxa durante el transcurso de procreación, el cual traerá consecuencias que afectará principalmente al binomio madre-niño, e incluso al padre y al entorno familiar” (p.17).

Asimismo, Rigol (2004) precisa como la “posibilidad de sufrir una lesión durante procreación, que afectará principalmente al binomio madre-niño”. (p. 129). Así mismo es considerado como cuanta posibilidad existe de enfermar o morir, presenta en toda usuaria /o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales. (Tena ,2003).

López (1992) lo define como “una característica o condición demostrable en un individuo o grupo asociada con una mayor probabilidad de angustia, desarrollo o exposición específica a un proceso patológico” (p. 2).

Íntimamente ligado a las dimensiones de los Factores Reproductivos, se encuentra la *Gestación*, que según la Bio Enciclopedia (2016) lo denomina etapa de gestación a un ciclo en el que las personas, se desarrollan en el útero de su madre hasta el alumbramiento. Por su parte para Vinuesa (2014) es “un período durante el embrión se desarrolla y crece en la parte interna del organismo de la mamá y cuya permanencia comprende a partir de la fecundación del óvulo hasta el instante del alumbramiento”. (p. 7).

Según Cebrián (2016) indica que es igualmente llamado gestación o gravidez; el embarazo es la etapa que sucede desde la implantación en la matriz del ovulo fecundado y el instante del alumbramiento. Para Vásquez y Lara (2012) la gestación es un estado fisiológico, cuya duración media consta de 280 días, sumados desde el 1º día del último sangrado, así mismo el período gestacional esta expresada en semanas.

Y, Planned Parenthood (2018) define la “gestación es el período en el que un feto se desarrolla dentro del útero” (p. 28). Para Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el embarazo de una mujer dura nueve meses, durante los cuales el feto se desarrolla en el útero hasta el alumbramiento.

Por otro lado, FIGO (2012) indica que “que la gestación es, una etapa que se da inicio con la implantación del “conceptus” en el seno de toda fémica, y se da fin con el alumbramiento” (p. 51).

Para un mejor entendimiento la gestación se divide en tres grupos: (a) *Nuligesta*, según el Diccionario Médico Futura Médica es la mujer que nunca ha estado embarazada. Por su parte Williams (2011) lo define como “una mujer que no está embarazada ni lo ha estado nunca”. (p. 194). De acuerdo a Fournier (2016) lo describe como una paciente que nunca ha estado embarazada. es decir que no ha llevado a un feto en su vientre. (b) *Primigesta*, según Williams (2011) lo establece como aquella mujer con su primer embarazo. A su vez Doctissimo (1998) lo considera como la mujer que está embarazada por primera vez. Según el Instituto Bernabeu es la mujer que sólo ha estado embarazada una vez. (c) *Multigesta*, según Gutarra (2012) lo considera como una mujer en su segundo o posterior embarazo. Muy relacionado con lo propuesto por Tuesta (2011) al considerar como segundo o posterior embarazo. Así mismo Williams (2011) lo considera como embarazos sucesivos. Finalmente, el Instituto Bernabeu lo define como mujer que ha estado embarazada en más de una ocasión. (p.68).

En referencia a la Paridad, según Gutarra (2012) está definida como el número de partos a las 20 semanas que superan los 500 grs. de peso, 25 cms. de talla, independientemente del parto, el alumbramiento y corte del cordón umbilical. (p. 27). Por su parte para Fournier (2016) lo considera como una mujer que ha estado embarazada, incluido los abortos. Similar definición es compartida por el Instituto Bernabeu al mencionar como el estado de haber tenido un hijo o haber parido. Asimismo, Ticona & Huanco (2012) lo consigno como “el número de partos ocurridos inclusive hasta 7 a más”. (p. 10).

Para un estudio ordenado se dividió a las parturientas en cuatro en cuanto a la paridad: (a) *Nulípara*, según Parenthood (1999) es aquella persona que no dio a luz nunca. Así mismo Gutarra (2012) por su parte lo considera como mujer que no ha parido nunca. Similar afirmación es propuesta por Tuesta (2011) quien consigno como mujer que nunca ha parido. Por su parte Williams (2011) la definió como una mujer cuyo embarazo nunca superó las 20 semanas. (p. 194). Y el Instituto Bernabeu lo considera como alguna fémina que haya alumbrado un producto de 20 semanas o 500 gramos de peso. (b) *Primípara*, según Ticona &

Huanco (2012) lo define como el primer parto actual. (p.10). Así mismo Gutarra (2012) considera como aquella mujer que ha parido una vez. Similar definición es brindada por Tuesta (2011) al mencionar que es la mujer solo ha parido una vez. Por su parte Williams (2011) lo definió como que tuvo como parto a 1 o más productos vivos o muertos, en un tiempo de embarazo de 20 semanas a más. (p. 194). Y el Instituto Bernabeu menciona como la mujer que ha completado una gestación hasta el estado de viabilidad fetal, independientemente de si se trata de un parto simple o múltiple y de si el feto está o no vivo. (c) *Múltipara*, de acuerdo a Gutarra (2012) lo considera como aquella mujer que ha parido dos o más veces. Por su parte Tuesta (2011) menciona como la mujer que ha parido de dos o más veces. Según Williams (2011) definió como aquella fémina que culminó una gestación las 20 semanas o más. (p.194). por su parte El Instituto Bernabeu considera como la mujer que ha parido varias veces. Y, por último, (d) *Gran Múltipara* de acuerdo a Solomons (1934) consideraba “a aquella mujer que ha pasado del período máximo de procreación”. (p. 58). Figo (1993) definió a la “gran múltipara como parturienta de 5 o más bebés” (p. 71). A su vez Scharwcz (1987) lo define como “la mujer que ha tenido muchos embarazos viables; suele considerarse de cinco a más hijos”. (p.45). Finalmente, Gutarra (2012) lo define como “mujer que ha parido 6 veces o más” (p. 25).

De acuerdo con los *Métodos Anticonceptivos*, Schwarcz (1987) lo define como “toda sustancia que logrará impedir el inicio de la gestación, por lo general inhibe la implantación” (p. 520). Asimismo, Rigol (2004) afirma que “las técnicas modernas intentan terminar el proceso de embarazo de diversas formas al afectar la unión e implantación de óvulo, espermatozoide, óvulo y espermatozoide” (p. 252).

La Guía Práctica para Profesionales de la Salud (2012) lo define como “un método que puede prevenir o reducir la posibilidad de embarazo” (p. 43). Por otro lado, los Institutos Nacionales de Salud (2018) afirman que la anticoncepción puede prevenir y planificar el embarazo.

Cuando se trata del método anticonceptivo más efectivo, se encuentra dividido en los que tiene hormonas y las que no. Y en el lado hormonal, para una mejor comprensión se ha realizado el siguiente trabajo: **(a)** Hormonas orales, que según Carvajal (2017) “pueden ser dadas por estrógeno más progestina (anticonceptivos combinados) o solo progestina” (584) por su parte el MINSA (2016) mediante la Norma Técnica de Planificación Familiar define como “métodos hormonales las que bloquean el proceso ovulatorio y espesa la mucosidad de cérvix, dificultando el paso de los espermatozoides” (p. 21). Para Williams (2014) estos tipos de anticonceptivos están en base a un estrógeno y un progestágeno. Esto es consistente con lo sugerido por Rigol (2004), quien argumentó que los anticonceptivos orales mediados por progesterona suprimen la ovulación a través de la progesterona. **(b)** Inyecciones mensuales (AIC), UNFPA (2015) afirma que contienen un estrógeno de acción corta y una progestina de acción prolongada Así mismo el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (2018) lo define “como inyecciones que contienen 2 hormonas: estrógeno y progestágeno” (p. 79). Según la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (2005) considera al inyectable como los anticonceptivos hormonales combinados. De acuerdo a Planned Parenthood (1997) lo define como “el anticonceptivo inyectable combinado que contiene la hormona de estrógeno de acción corta y progestágeno de acción prolongada” (p. 120). Y, por último, García (2014) indica que “los inyectables de mes combinan estrógenos y progestágenos en forma de inyectable”. (p.41). **(c)** en cuanto al *Inyectable Trimestral (AMPD)*, UNFPA (2012) lo define como “una inyección libre de estrógenos, solo de progestina; administrada cada dos o tres meses, dependiendo del tipo de inyección (p.125). Para National Institute of Health (2014) lo define como “el método que implica la inyección de una progestina, Depo-Provera (DMPA—acetato de medroxiprogesterona de depósito) de vía intramuscular, una vez cada 3 meses. Según la Guía de Métodos Anticonceptivos (2017) lo considera como una sustancia que impide la concepción, hecha en suspensión inyectable la que almacena progestágeno a nivel intramuscular, donde la absorción es forma controlada. Similar concepción es brindada por Carbajal (2017) quien menciona como “un método en que se utiliza de progestágenos puros” (p.588). Asimismo, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004) lo define “el más preferido por las mujeres es el acetato de

medroxiprogesterona de 150 miligramos (DMPA)". (p.16). y (d) Finalmente, al implante, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2012) lo define como "una pequeña varilla (1 o 2) implantada bajo la dermis de la parte superior e interna del brazo en cirugía menor bajo anestesia local" (p. 78). Para National Institute of Health (2014) lo define como: una varilla de un plástico flexible. El profesional sanitario, lo inserta bajo la dermis. Esta varilla, libera progestina y se mantienen en el lugar durante hasta 5 años. (p. 134). Carbajal (2017) lo describió al "implante que contiene un sistema de liberación sostenida de progesterona sintética que no provoca cambios en el metabolismo de lípidos, carbohidratos, tiroides o suprarrenales". Williams (2014) lo describe como "una barra subcutánea delgada que contiene 68 mg del etonogestrel, recubierta por un copolímero de acetato de etilvinilo", el cual tiene una duración entre 3 a 5 años dependiendo del tipo. (p.143).

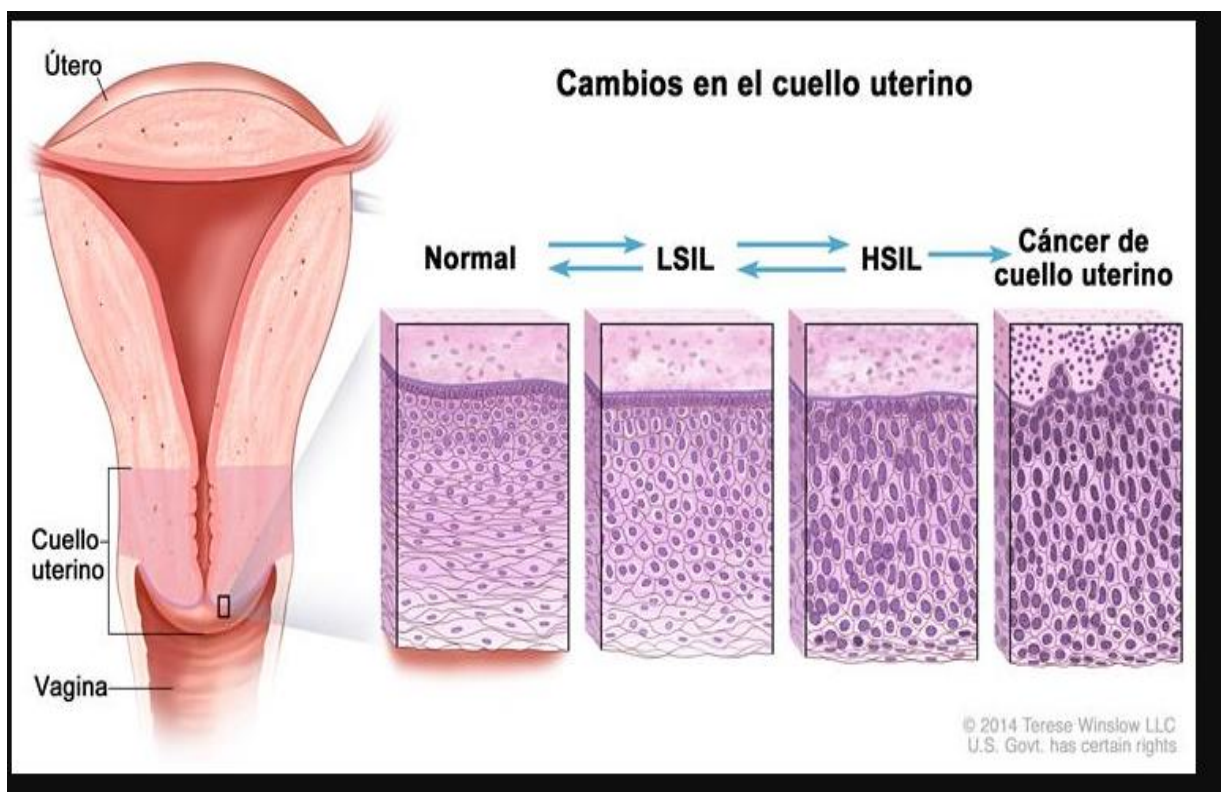
Y para los no hormonales y más efectivos, tenemos la espiral, que, según Carvajal (2017), se define como un método anticonceptivo que, cuando se introduce un cuerpo extraño, provoca cambios inflamatorios a nivel del endometrio y así reduce el esperma. rango. trompa e interfieren con el proceso productivo que sucede antes de que el embrión llegue a la cavidad uterina. (p. 600). Según UNFPA (2015), se define como un pequeño dispositivo plástico insertado en cavidad uterina de la mujer para impedir una gestación, que almacena cobre (CuT 380A) y tiene una vigencia de hasta 12 años. Por sí solo, la Organización Mundial de la Salud (2018) lo define como un "método anticonceptivo a largo plazo" (p. 27). Según Rigol (2004), afirma que el DIU "impide la implantación de un óvulo fecundado a pesar de otros mecanismos" (p. 251). Las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004) establece que "son dispositivos que se aplican en el útero para impedir gestaciones". (p. 18).

La forma más eficiente de plantear el tratamiento del cáncer del cuello uterino es determinar los estadios premalignos. Para lo cual mencionaremos que las lesiones pre malignas del cuello uterino de acuerdo a Carbajal (2017) menciona que "son anomalías de tipo oncológico pero que solo se encuentran circunscritas al epitelio (intraepiteliales)". (p. 555). Según la OPS (2014), las

lesiones precancerosas cervicales son cambios en la diferenciación de células epiteliales en la zona de transformación en el cérvix; en la infección por VPH persistente a largo plazo, las células comienzan a desarrollarse de manera anormal. (p. 40). La Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia (2014) afirma que se trata de lesiones precancerosas denominadas lesiones escamosas. Dependiendo de la extensión de los cambios, se clasifican como de bajo grado (LSIL/CIN1) o de alto grado (HSIL/CIN2-3). La OMS (2016) la define como “un tipo de neoplasia intraepitelial que puede presentarse en tres estadios: CIN1, CIN2 o CIN3 (p. 64). Desde la posición del Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) determina que son “Lesiones intraepiteliales que anteceden al de bajo y alto grado, de avance lento y gradual hacia cáncer invasor” (p. 68).

### Figura 1

Cambios en el Cérvix por el Papiloma Virus Humano.



Nota: (Winslow, Terese, 2017)

Según los cambios en las células estas se clasifican en **(a) Células Escamosas ASC-US**, para la National Institute Health (2018) es la “tipificación de anomalías celulares, en el tejido que reviste la parte externa del cérvix”. (p.32). Por su parte La Cruz (2003) determino que son las siglas de «Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance» o células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto. (p.7). Para Agudelo (2015) lo define como: alteraciones patológicas enmarcadas en manifestaciones reactivas inflamatorias, incluyendo el crecimiento nuclear, pequeño crecimiento del núcleo-citoplasma, binucleación y otros cambios, pero van a indicar las alteraciones inflamatorias que no están dentro de los criterios para el diagnóstico de LEI. (P.449). Según la Guía de Prácticas Integrales de la OMS (2004) lo define como “las células escamosas atípicas de significado indeterminado”. (p. 374). Finalmente, para Muñiz y Fernandez (2005) es atipia escamosa de significado incierto. **(b) ASC-H (Atipia de células escamosas sin poder descartar lesión de alto grado)** de acuerdo a La Cruz (2003) lo definió como “aquellas células con algunas alteraciones, como inflamación, hemorragias. (p. 8). Para National Institute Health (2018) es un resultado patológico en el examen de Papanicolaou. Significando que hay células escamosas anormales en el tejido en la parte externa del tejido cervical. Según la Guía de Prácticas Integrales de la OMS (2004) lo define como las “LEIAG”. (p. 374). Para Direnzo (2015) se encuentran incluidos los hechos en el que se ven alguna alteración, sugestiva de SIL de alto grado, pero no se encuentran enmarcadas en una calificación definitiva. En este sentido Toro (2010) indica que “es cuando no se descarta LEIAG”. (p. 525). **(c) Lesión intraepitelial de bajo grado (LEIBG)**, para Saulo (2018) lo define como “Lesiones intraepiteliales que afectan sólo el tercio inferior del grosor total del epitelio y las alteraciones celulares asociadas al Virus del Papiloma Humano” (p.217). El MINSA (2017) indica que las lesiones de bajo grado suelen ser transitorias y se resuelven con el tiempo, pero en algunos casos se desarrollan a lesiones de bajo grado. Mientras que el National Institute of Health (2016) lo denomina la especie celular con escasa patología recubriendo el cérvix. La LEIAG es originada por algunos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y el hallazgo común en una citología. Así mismo la LEIAG varía de un poco anormal a muy anormal. Por lo general, esta lesión obedece a una infección crónica por ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH). Por su parte Tintoré (2015) indica que

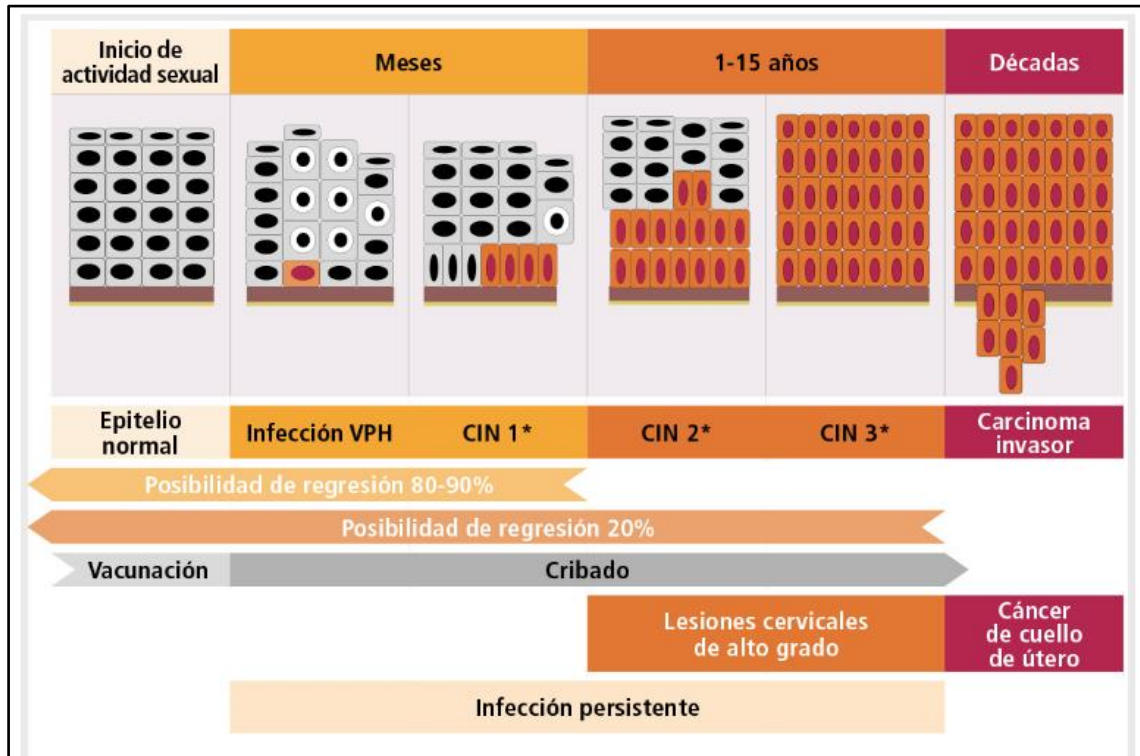


estas lesiones se presentan en su mayoría más por infecciones víricas. Según Torres (1998) lo denomina como una lesión intraepitelial en el cérvix que altera el tercio inferior del componente general, vinculado al VPH, **(c) Lesión intraepitelial de alto grado (LEIAG)**, el MINSA (2017) las considera significativamente menos frecuentes que las displasias de bajo grado. Pueden desarrollarse a partir de LEIBG o directamente a partir de una infección por VPH. Para Torres (1997) lo define como la afectación que incluye dos tercios hasta todo el espesor del epitelio. Por ello, el Diccionario del Cáncer (2018) lo define como: áreas de células anormales que se forman en la superficie de ciertos órganos, como el cuello uterino, la vagina, la vulva, el ano y el esófago. Cuando se observa bajo un microscopio, LEIAG tiene una apariencia un tanto anormal. (p. 127). Asimismo, Gómez (2007) señaló que es un verdadero precursor del cáncer de cérvix, que en muchos casos se desarrolla espontáneamente y se transforma en lesiones neoplásicas. **(d) VPH**, según los Institutos Nacionales de Salud (2016), se define como el agente viral, que provoca el desarrollo de tejido patológico (como verrugas) y otras alteraciones celulares. La contaminación por tiempo prolongado, puede ocasionar, con ciertos tipos de VPH, cáncer de cuello uterino. También el VPH, puede provocar otros tipos de patología oncológica, como el cáncer de ano, vagina, vulva, pene y orofaringe. (página 58). Asimismo, Carbajal (2017) los define como “pertenecientes a la familia Papilloma viridae, son virus sin envoltura con ADN circular de doble cadena y cápside viral”. (p. 556). Williams Ginecológico (2012) define “es un virus de DNA de doble cadena, simple con una cápside proteínica. Infecta predominantemente células del epitelio escamoso o metaplásico de mujeres” (p. 885). Para Vircell (2015) es un virus icosaédrico, con 2 cadenas de ADN, con un diámetro de 45 a 55 nm. Las que alteran todo tejido celular, ocasionado alteraciones benignas y de orden maligno, dentro de estas las verrugas en la zona de infección. Siguiendo esta idea Planned Parenthood (2018) lo define como un contagio sexual muy común. Por lo general, el VPH no causa riesgo y remite de forma espontánea, pero algunos provocan verrugas genitales o cáncer” (p.69).

De acuerdo con la Evolución de la Neoplasia Intraepitelial (figura 2), se divide en:

**Figura 2**

Evolución de la Neoplasia Intraepitelial



Nota: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, 2018.

Según el Sistema Bethesda el resultado de citología cervical se divide en: **(a) NIC 1 o Displasia Leve**, la OMS (2004) la define como: cuando está bien madura, con escasa alteración en el núcleo y mínimas acciones de división. Las células indiferenciadas se localizan en las partes más internas del epitelio (tercio inferior). Las figuras mitóticas son visibles, pero pocas. La citopatía causada por la infección por VPH se puede ver en toda la capa epitelial. (en la página 57). Del mismo modo, Carbajal (2017) afirma que “las alteraciones están en el tercio interno de la zona epitelial, se exageran levemente y la maduración celular se produce más allá del tercio inferior del epitelio” (p. 555). Respecto a Arenas (2009), lo define como “cuando el cambio celular que incluye el tercio de grosor del tejido epitelial escamoso” (p. 373). Por otro lado, La Cruz (2003) los identificó como alteraciones celulares vinculados a la infección por VPH. Por su parte Sellors (2003) indica que en la displasia leve “concorre buena madurez, con pocas anomalías en el

núcleo, y pocas figuras mitóticas. Se observan cambios citopáticos ocasionados por el VPH en toda la extensión del epitelio". (p.16), **(b) NIC 2 o Displasia Moderada**, según Carbajal (2017) lo define "como aquella patología celular muy notoria, que se encuentra circunscrita en los dos tercios basales del epitelio" (p. 555). Así mismo Arenas (2009) lo define "cuando afectan a dos tercios del epitelio" (p. 555). Para Sellors (2003) señaló que la NIC 2 se encuentra caracterizado por las alteraciones de tipo displásicos confinados principalmente a la mitad inferior o dos tercios del epitelio, y las alteraciones a nivel del núcleo, son más pronunciadas que en la NIC 1. Los patrones mitóticos se observan en toda la parte inferior del epitelio. Células epiteliales. Según Gómez (2007), determinó que "el crecimiento disparejo de células con núcleos poco comunes y merma en la madurez citoplasmática ocupan no más de los 2 tercios inferiores del epitelio. El tercio superior son células con núcleos atípicos y células citoplasmáticas maduras. (p.18). Siguiendo esta idea, Sarduj (2008) señaló que, si la displasia se limita a los dos tercios inferiores del epitelio, (c) CIN 3 o displasia severa, refiriéndose a Carbajal (2017), definió como "cambios citológicos que son más prominentes y de mayor compromiso que altera los dos tercios de la parte inferior del epitelio, no incluyendo toda su extensión" (p. 555). Por su parte Arenas (2009) lo define "cuando es todo el epitelio el que está afecto. (p. 33). Según Sarduy (2008) señala que es "si existe una alteración en más de dos tercios de todo el espesor del epitelio" (p. 2). Mientras que Gómez (2007) indico que es "este crecimiento de células atípicas con merma de la madurez del citoplasma, supera los dos tercios inferiores del epitelio, afectando al tercio superior bien parcialmente o bien en su totalidad" (p.18). Sellor (2003) señaló que en NIC 3, la diferencia y la estratificación, pueden estar completamente ausentes o limitadas al cuarto superficial del epitelio con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas inusuales. (p. 17). Y, en cuanto a **(d) Sospecha de Cáncer**, según Sellors (2003) afirmó que "el tejido epitelial de tipo cilíndrico normal es sustituido por un tejido epitelial anormal con pérdida de polaridad, células y núcleos agrandados, hiper cromasia, actividad mitótica, expresión reducida de mucinas citoplasmáticas y estratificación o acumulación celular (p.19). Para Gómez (2007) este sería "el nivel máximo de daño preinvasor". (p.18). mientras que para INH es un tipo de neoplasia cervical que

inicia en las células glandulares del cérvix. Este componente celular ocasiona moco que se encuentran en el tejido que cubre el cuello uterino y el útero. Según Polterauer (2013) esta entidad surge en “el epitelio glandular del cuello uterino y es el precursor reconocido del adenocarcinoma invasivo. Adenocarcinoma in situ: actualización y manejo” (p. 85). Según la Sociedad Estadounidense del Cáncer (2010), los adenocarcinomas del cérvix se originan en las células de las glándulas endocervicales secretoras de moco.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

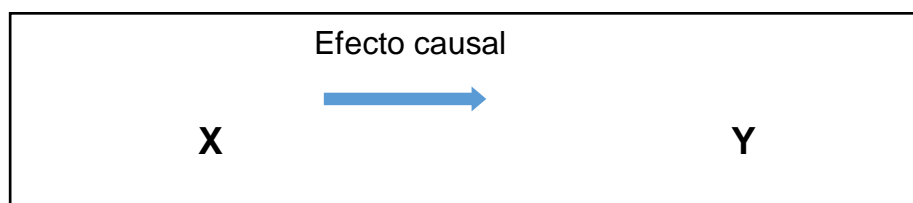
##### 3.1.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica (observacional), los datos fueron recogidos de las mujeres atendidas en la Red 1, SJL del 2018.

##### 3.1.2 Diseño de Investigación

El diseño o programa en este estudio no fue experimental, como lo define Hernández (2010), “es un estudio realizado sin manipulación deliberada de variables. Es decir, no se modifica de forma intencional la variable independiente para modificar los resultados en la otra variable” (p.149) Este es el nivel de causalidad probado según Hernández et al., (2010), refiriéndose a estos diseños “donde dos o más variables Correlación entre variables, determinando la relación entre variables, indicando una relación causal relación entre variables” (pág. 58). Primero se identificaron dos variables, los factores reproductivos y las lesiones precancerosas del segundo cáncer de cuello uterino, y este estudio nos ayudará a detallar la relación entre estas 2 variables a lo largo del tiempo. Primero establecemos la correlación, luego la causalidad mediante la observación y luego el informe.

Esquema del diseño correlacional causal



Dónde:

VI : Factores reproductivos

VD : Lesiones pre malignas

## **3.2 Variables y operacionalización:**

### **Variable 1: Factores Reproductivos**

#### **Definición conceptual:**

Rigol (2004) define como “la posibilidad de presentar una alteración, que se presente en la etapa concepcional, que alterará primordialmente a la madre en todas sus etapas de concepción, al no nacido y al recién nacido.” (p. 2).

#### **Definición operacional:**

La variable factores reproductivos fue dimensionada en 3 aspectos:

Gestación, Paridad y Método anticonceptivo. Las cuales fueron medidas a través de un formulario de compilación de información (anexo 1)

### **Variable 2: Lesiones Pre malignas de cáncer uterino**

#### **Definición conceptual:**

Según Botella (1993) definió como “situaciones con grados de alteraciones en la morfología y fisiológicos de la célula en fase intermedio entre el tejido estratificado adecuado y el llamado neoplasia insitu o intraepitelial “(pág. 886)

#### **Definición operacional:**

La variable Lesiones Pre malignas fue dimensionada en 3 aspectos:

Células escamosas atípicas, LEIBG y LEIAG. Se mide mediante un formulario de recopilación de información. (anexo 2)

## **3.3 Población, muestra y muestreo**

### **3.3.1 Población**

Para Hernández, et al (2014), se precisa a la población como “agrupación de situaciones que van a coincidir, de alguna forma ya sea en, descripciones o características, las mismas que deben situarse visiblemente en relación con sus propias peculiaridades de lugar, contenido y tiempo”.

El estudio se realizó en la Red 1 en SJL, con atención a las mujeres que viven en esta jurisdicción. La población, es de 53 historiales médicos de pacientes que asistieron para el tamizaje de Papanicolaou en los ambientes de salud mujer, en el primer semestre del 2018 y que por diagnóstico presento lesiones pre cancerosas.

### **3.3.2 Muestra**

Para que una población sea estudiada no se va a poder intervenir en el 100% por lo que se va a necesitar utilizar un sub grupo de la población total a esto lo vamos a denominar muestra.

López (1998), indica que la muestra censal representa una porción de una población. (p.123); siendo así, en nuestro estudio, como la población de estudio es pequeña se consideró la totalidad como muestra constituyéndose en una **muestra censal** de 53 pacientes con resultados de lesiones pre malignas. Esta técnica implica trabajar con toda la población objeto del estudio a investigar

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se usó la técnica de recolección de datos para obtener la información de estudio.

Para la recopilación de la información de la Variable Factores Reproductivos y Lesiones Pre malignas se empleará la técnica de la observación.

Según Fidias (2012), definió la observación como “una forma de identificar de forma visual, en forma coherente, ordenada, cualquier eventualidad que se presente en el medio, estos estarán en función a lo que se desea estudiar” (p. 69)

Fue usado el instrumento de compilación de información, que consta de dos partes, la que fue hecha en función al problema y los objetivos de la tesis: primera parte: factores reproductivos; presenta 3 ítems en total; segunda parte; informe citológico: presenta 3 ítems en total.

### **Ficha técnica para la variable: Factores Reproductivos**

Nombre: Ficha de observación del examen cervicouterino

Tiempo de duración: 10 minutos aproximadamente.

Contenido: El análisis del registro en las fichas de observación del examen cervicouterino se realizará a través una revisión cualitativa y cuantitativa de las historias clínicas seleccionadas. El instrumento se encuentra estructurado en 16 ítems.

La escala de medición con que se desarrolló fue:

Si (1)

No (0)

### **Validez del Instrumento**

Según Hernández, et al (2014) la Validez evalúa si el instrumento a usar se relaciona con la medición de la variable de estudio (p. 200). Es la relación.

Para este estudio, el instrumento de la encuesta se validó mediante un juicio de experto.

### **Tabla 1**

*Validación del instrumento para evaluar factores reproductivos*

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Valoración</b>
Rivera Arellano, Edith Gissela	Aplicable

### **Confiabilidad**

La prueba piloto constó de 20 fichas para asegurar la usabilidad del instrumento. Dicho instrumento debe obtener los mismos resultados o similares si se aplican en otro lugar. El instrumento utilizado presento dos opciones de respuesta; por ende, al ser esta opción de tipo dicotómica, se usó la prueba de confiabilidad de Kuder Richardson, el método a utilizado es K-R20.



$$kr = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum p * q}{St^2} \right]$$

Dónde:

St2= variación de las cuentas de la prueba.

K= a un número total de ítems en la prueba

p=es la proporción de respuestas correctas al ítem.

q= proporción de respuestas incorrectas al ítem.

Una escala de ítems dicotómicos presenta afirmaciones y las personas o registros obtenidos, optan por las respuestas 'sí' o 'no', con puntajes 1 y 0 respectivamente. p es la proporción de personas de acuerdo con el ítem, y q es la proporción en desacuerdo, en el caso de este estudio es 1 registro completo en la historia clínica, 0 ausencia o registro incompleto de dicho registro.

Los resultados se interpretan de acuerdo con el valor de:

$$\mathbf{KR (20) = 0.83}$$

El valor de 0,83 indica una correlación positiva muy alta entre los ítems; siendo así, que todos los ítems del instrumento tienen una alta tendencia a medir la variable factor de reproducción; por lo tanto, llamado instrumento del factor reproductivo, tiene un alto grado de consistencia interna, lo que significa que, con base en los resultados obtenidos en un sujeto, se puede predecir con alta confianza su propensión a responder a otros sujetos.

### **Ficha técnica para la variable: lesiones pre malignas**

Nombre: Ficha de observación del examen cervico uterino

Tiempo de duración: 10 minutos aproximadamente.

Contenido: El análisis del registro en las fichas de observación del examen cervico uterino se realizará a través una revisión cualitativa y cuantitativa de las historias clínicas seleccionadas. El instrumento se encuentra estructurado en 10 ítems.

La escala de medición con que se desarrolló fue:

Si (1)

No (0)

## Validez del Instrumento

La prueba de juicio de expertos sometió al instrumento de recolección de datos para su validación.

**Tabla 2**

*Validación del instrumento para evaluar lesiones premalignas*

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Valoración</b>
Rivera Arellano, Edith Gissela	Aplicable

### Confiabilidad:

En este estudio, la información obtenida, se analizó, usando el método de Kuder Richardson, y los resultados obtenidos para los ítems de respuesta:

$$\text{KR (20)} = 0.9$$

De acuerdo al dato obtenido, el valor de 0.9 indica una correlación positiva y muy alta entre los ítems, por consiguiente, el instrumento denominado lesiones pre malignas, posee un alto grado de consistencia interna y fiabilidad; puesto que, se puede pronosticar de acuerdo al resultado obtenido en un ítem su tendencia a respuesta en los ítems restantes.

### 3.5 Procedimiento

Según Fidias (2012) una herramienta de obtención de sucesos “viene a ser cualquier medio, o archivo (en papel o digital), utilizado para lograr registrar, almacenar datos “(p. 68).

La información se recopiló utilizando el historial médico de pacientes que dieron positivo para “precáncer de cuello uterino” en el consultorio de obstetricia en la institución preespecificado como fuente secundaria de información.

### **3.6 Método de Análisis de Datos**

Estuvo conformada por el historial médico de las pacientes con diagnóstico de “lesiones pre malignas cervicales” positivo.

Los métodos de análisis de datos utilizados son cuantitativos y la información se extrae del cuestionario aplicando métodos estadísticos relacionados con el paquete de software estadístico SPSS 22 y Excel y se proporcionan tablas y gráficos apropiados.

Por ende, se usó los pasos analíticos, considerando el marco teórico. Las apreciaciones, se realizan en tablas que permiten establecer la calidad de las muestras tomadas en los consultorios, la calidad de la lectura de los frotis de papanicolaou en el laboratorio referencial de citología, así como asegurarse la correcta atención que se ofrece en los consultorios de obstetricia de las IPRESS que corresponde a la Red 1.

### **3.7 Aspectos éticos**

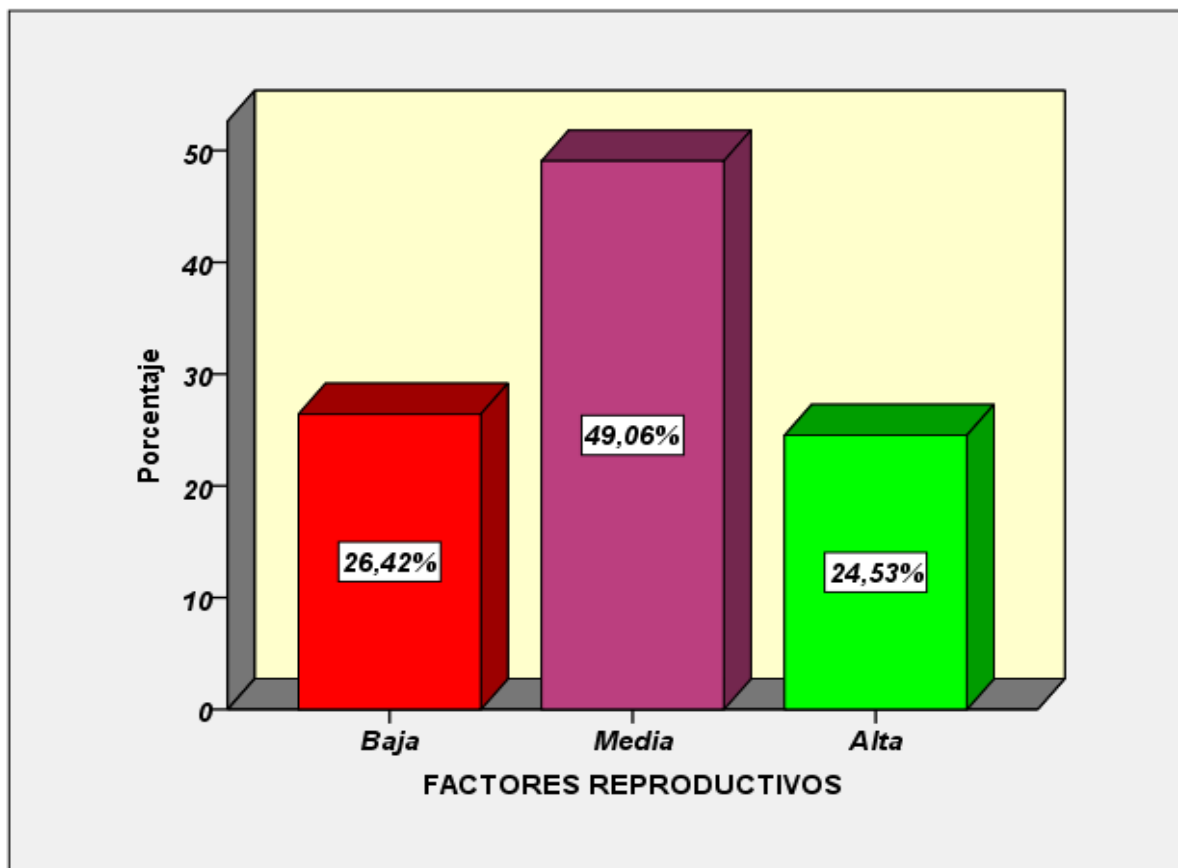
Para la actual tesis se utilizaron el historial médico de las mujeres y los resultados de papanicolaou que se lograron obtener en el lugar determinado, durante un tiempo de estudio.

Los datos generados por la herramienta se utilizan únicamente con fines de investigación y los autores de este estudio se comprometen a mantener la seguridad y la privacidad.

#### IV. RESULTADOS

**Figura 3**

*Nivel de Factores Reproductivos y sus dimensiones*

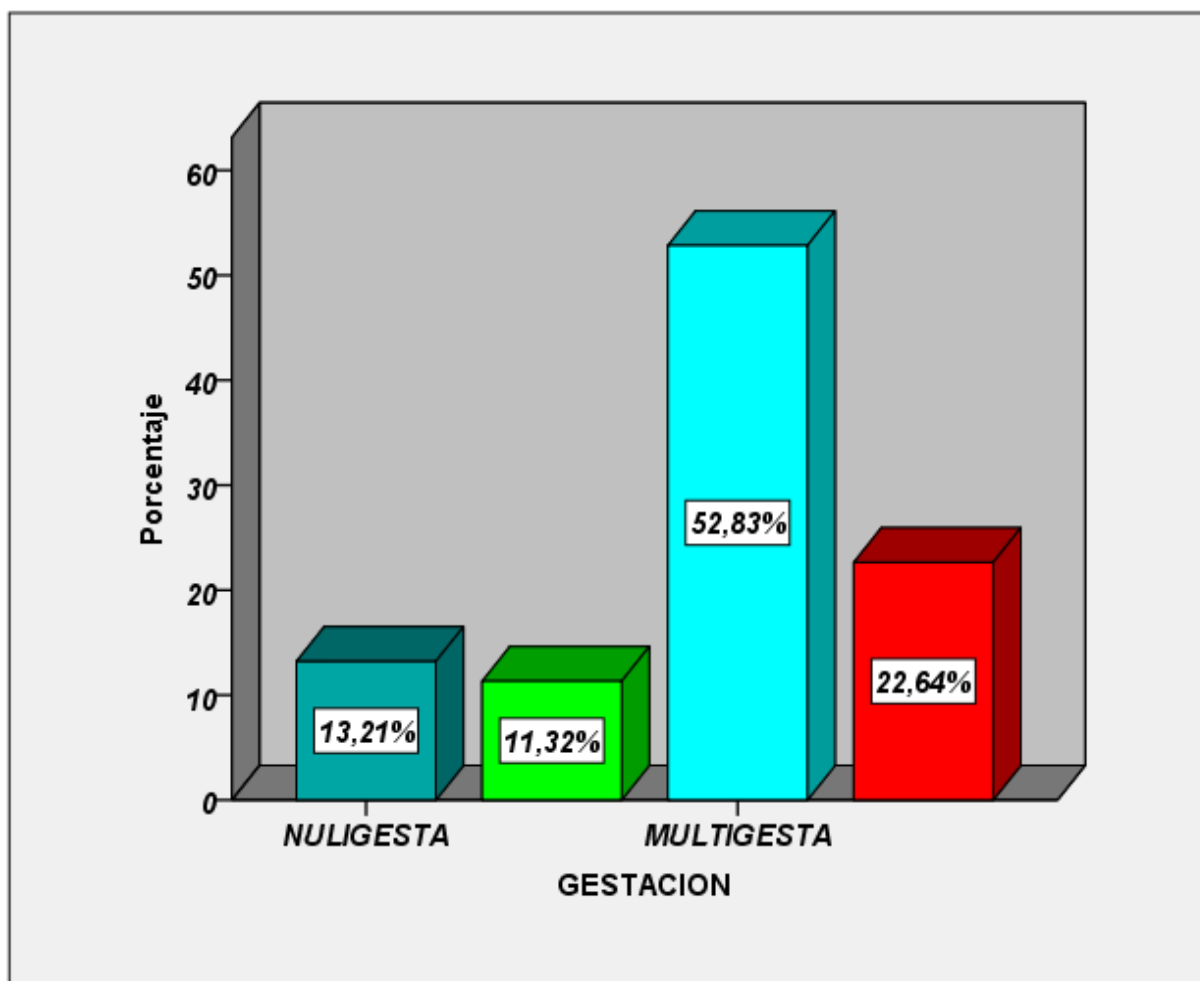


*Nota:* base de datos (bd) de SPSS.

Con respecto a la figura 3, referente a los niveles de los factores reproductivos, se llegó a la conclusión, que del 100% (53), el 49.06 % (26) presentaron un nivel medio de riesgo, el 26.4% (14) con nivel bajo de riesgo y el 24.5% (13) presentan un nivel alto. Por lo que se concluye, que las mujeres con lesiones premalignas presentaron un nivel medio de riesgo de factores reproductivos.

**Figura 4**

*Nivel de la dimensión Gestación*

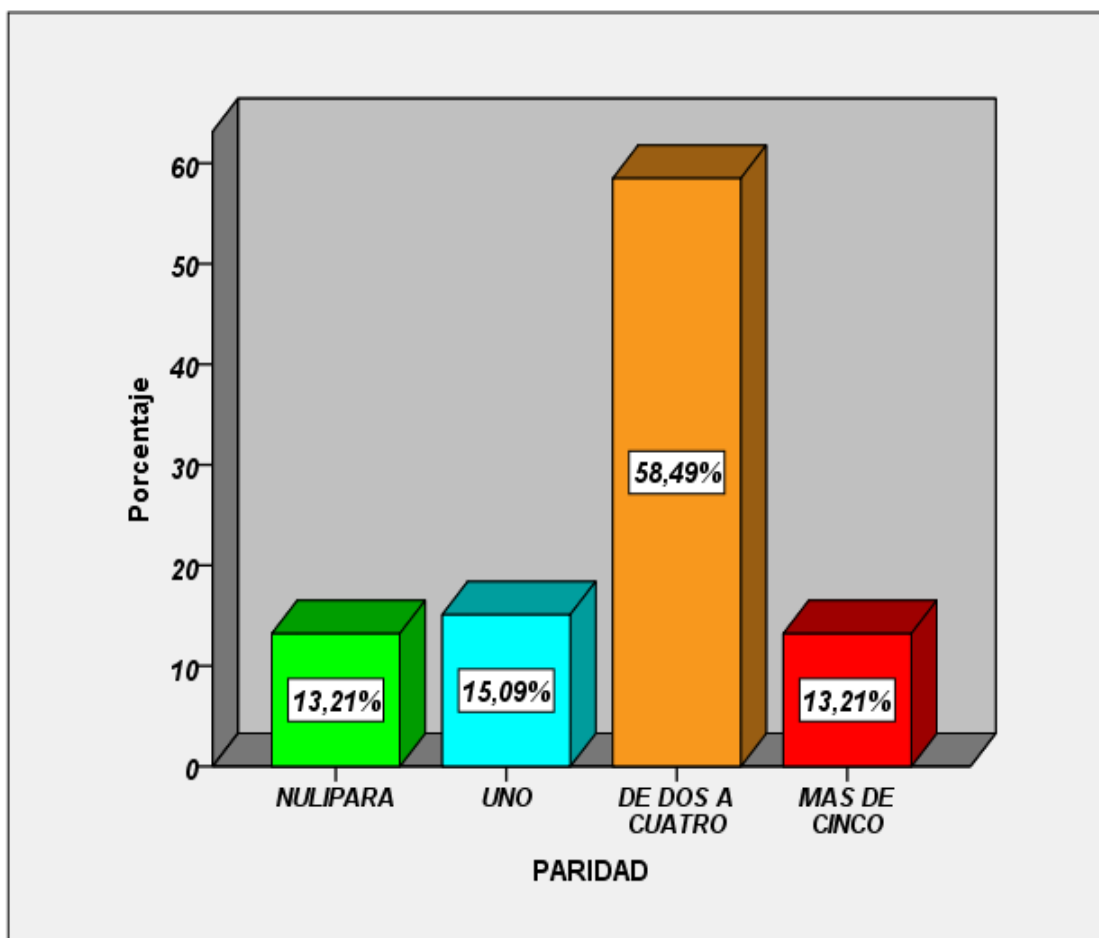


*Nota:* bd de SPSS.

En cuanto a los resultados sobre las dimensiones de gestación, en la figura 4, se llegó a afirmar que del 100.0% (53) de mujeres con lesiones premalignas, el 52,8. % (26) son multigestas, siendo este el de mayor porcentaje, el 22.6% (12) son gran multigestas; el 13.2% (7) son primigestas y el 11.3% (6) son nulíparas.

**Figura 5**

*Nivel de la dimensión Paridad*

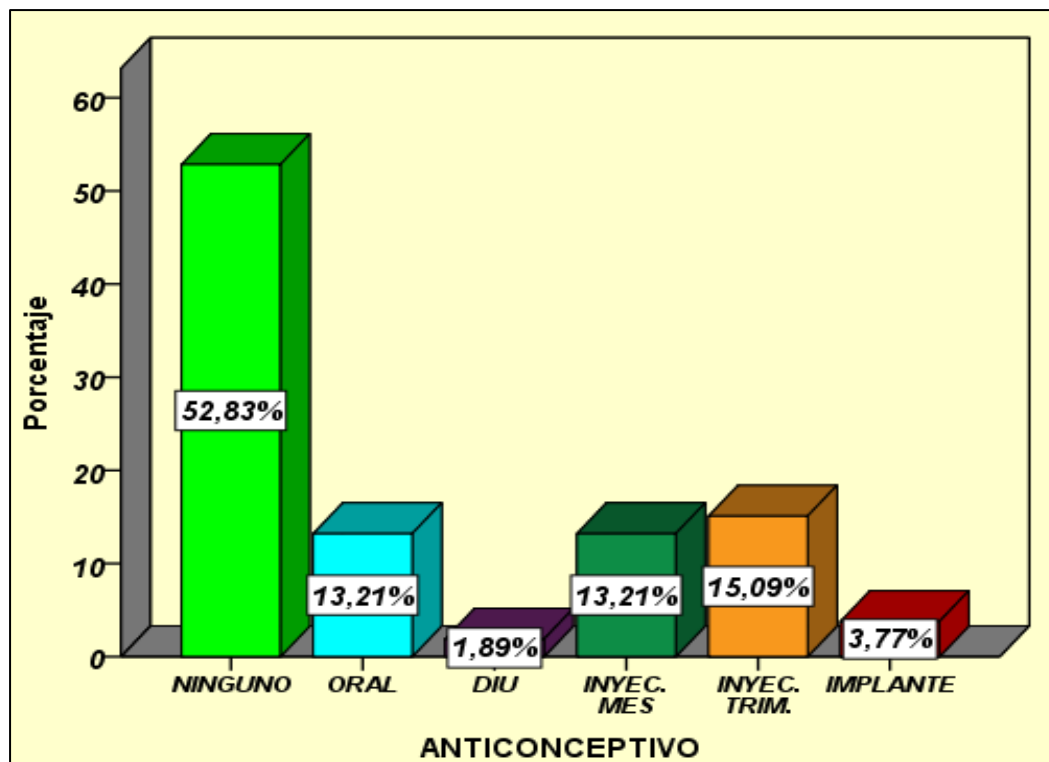


*Nota:* bd de SPSS

Respecto a los resultados que se obtuvieron al valorar la paridad, en la figura 5, muestra que del total 100.0% (53) mujeres con lesiones pre malignas, el 58,4. % (31) eran mujeres con dos a cuatro partos, el 15,2% (8) presentó un solo parto; el 13,2% (7) presentó más de cinco partos y, por último, el 13,2% (7) no presentó ningún parto. Ante las deducciones conseguidas, se afirma, que en las mujeres con lesiones premalignas el mayor porcentaje se presentó en mujeres con dos a cuatro partos.

**Figura 6**

*Nivel de la dimensión nivel de método anticonceptivo*

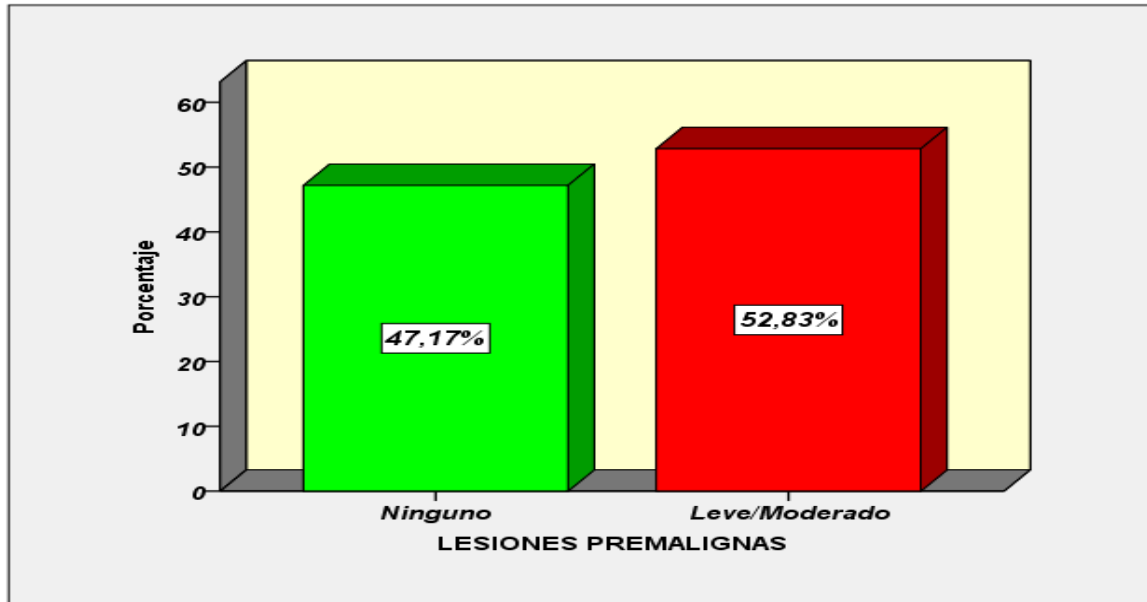


*Nota:* bd de SPSS

Sobre los resultados de las dimensiones de anticonceptivo ,en la figura 6, se llegó a concluir que detalla que del total de 100.0% (53) mujeres con lesiones premalignas, se observa que el 52,8 % (28) no usó ningún método anticonceptivo, el 15.09% (8) se aplicó la inyección trimestral; el 13.2% (7) se aplicó la inyección mensual, así mismo el 13.2% (7) opto por anticonceptivo oral combinado (AOC), 3.8% (2) tuvo como método anticonceptivo el implante y el 1.9% (1) usó el dispositivo intrauterino como anticoncepción. Ante información lograda, se sostiene, que, en las mujeres con lesiones premalignas, el mayor porcentaje de esta patología se presentó en mujeres que prefirieron como método anticonceptivo las inyecciones trimestrales.

## Figura 7

*Nivel de la variable Lesiones Premalignas de Cáncer Uterino*



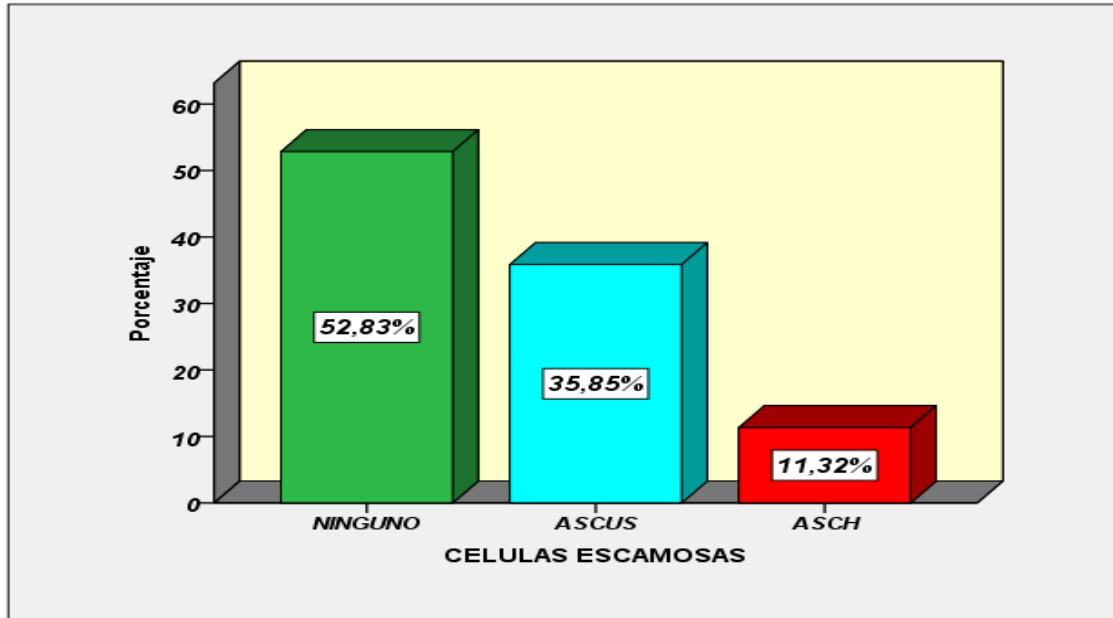
*Nota:* bd de SPSS

En la figura 7, se detalla que el 52.8% (28) presenta un nivel leve y/o moderado de lesiones premalignas y el 47.17 % (25) no presentaron ningún nivel lesiones premalignas Al observar los resultados, se puede afirmar que las mujeres con lesiones premalignas el mayor porcentaje se presentó en mujeres con un nivel leve a moderado de lesiones.



## Figura 8

*Nivel de dimensión Células Escamosas*

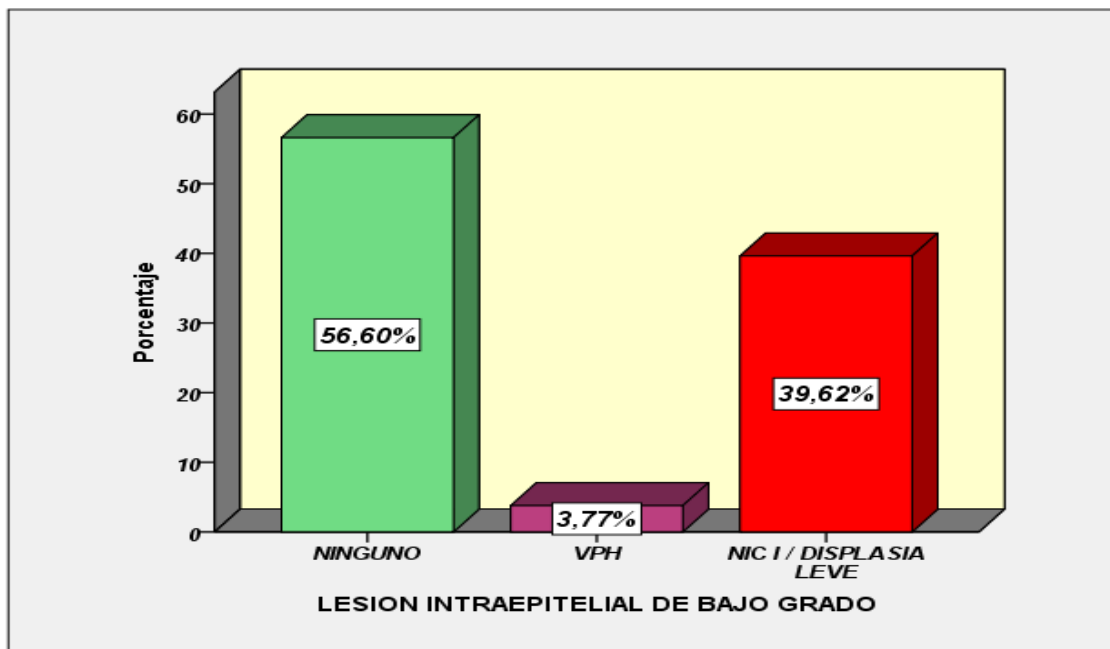


Nota: bd de SPSS

En la figura 8, sobre la información conseguida en la dimensión de células escamosas, en la figura 8, se detalla que del 100.0% (53), el 52.8% (28) no presentó células escamosas, siendo esta la de mayor porcentaje seguido de un 35.8% (19) presentó ASCUS y finalmente un 11.3 % (6) presentó ASCH.

**Figura 9**

*Nivel de la dimensión “Lesión Intraepitelial de Bajo Grado”*

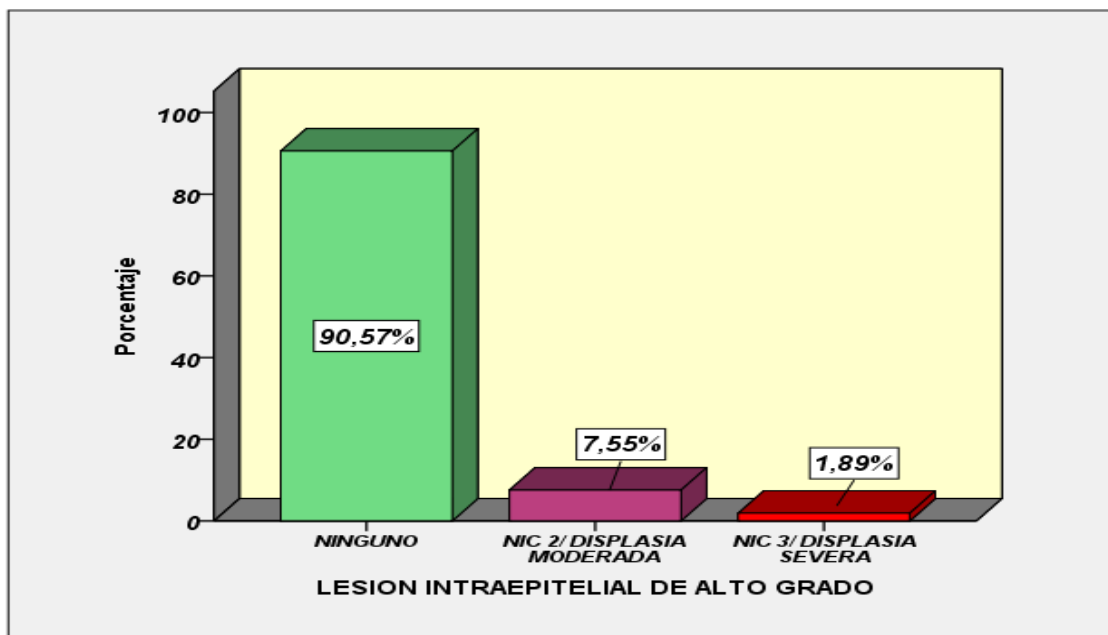


*Nota:* bd de SPSS

En la figura 9, en cuanto a la dimensión de Lesión Epitelial de Bajo Grado, se detalla que del 100.0% (53) de las mujeres estudiadas, el 56.6% (30) no presentó ninguna LEIBG, el 39.6% (21) de mujeres presentaron NIC I / Displasia Leve y el 3.8% (2) de mujeres presentaron VPH. De acuerdo con lo evaluado, se identificó que la gran mayoría de mujeres no presento LEAIG, sin embargo, si se visualizó mujeres que presentaron NIC I y en menor porcentaje de las que tuvieron VPH.

**Figura 10**

*Nivel de la dimensión Lesión Intraepitelial de Alto Grado*



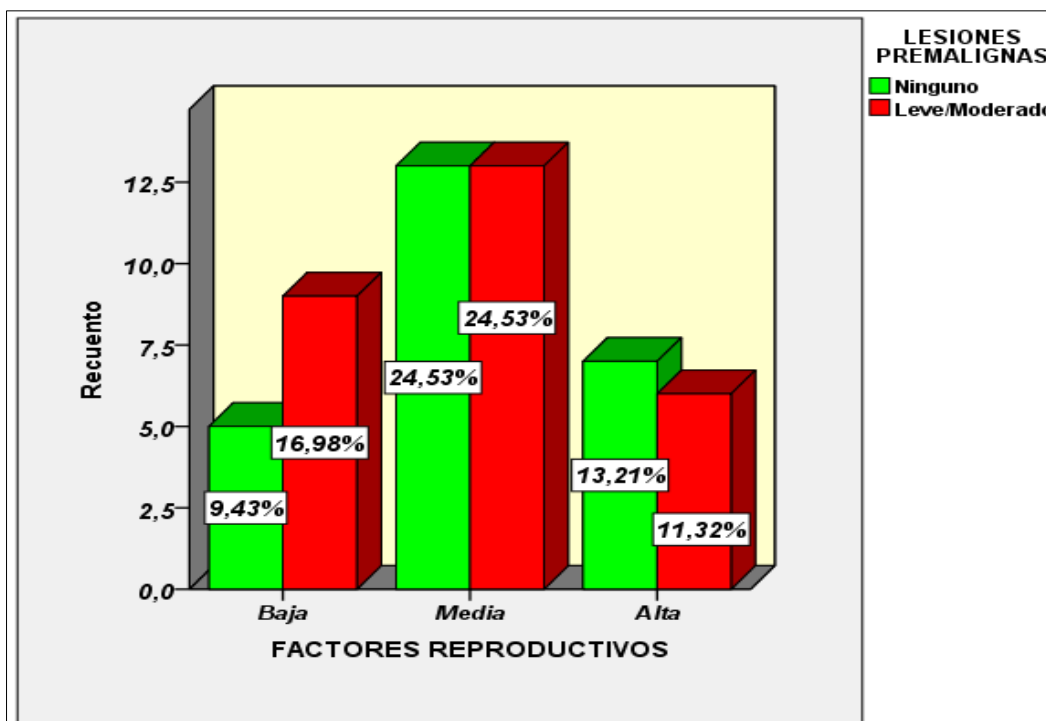
*Nota:* bd de SPSS

En la figura 10, se detalla un 90.6% (48) de mujeres no presentó lesiones intraepiteliales, el 7.5% (4) de mujeres presentó NIC 2/ Displasia moderada y el 1.9% (1) mujer con NIC 3 / Displasia severa. De acuerdo con lo visualizado en los resultados es posible afirmar que el LEIAG no fue un diagnóstico de mayor porcentaje, seguido de las mujeres que presentaron NIC 2/ Displasia moderada y en menor porcentaje de las que presentaron NIC 3/ Displasia severa.

**Tabla 3***Nivel Comparativo Factores Reproductivos & Lesiones Premalignas*

		Lesiones premalignas		Total	
		Ninguno	Leve/Moderado		
Factores reproductivos	Baja	Recuento	5	9	14
		% del total	9,4%	17,0%	26,4%
	Media	Recuento	13	13	26
		% del total	24,5%	24,5%	49,1%
	Alta	Recuento	7	6	13
		% del total	13,2%	11,3%	24,5%
Total		Recuento	25	28	53
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

Nota: bd de SPSS

**Figura 11***Nivel Comparativo Factores Reproductivos & Lesiones Premalignas*

Nota: bd de SPSS.

En la tabla 3 y figura 11, se detalla, del total de mujeres, el 24.5% de mujeres con un nivel medio de factores reproductivos, presentó lesiones leves a moderadas de lesiones pre malignas, el 16.9%, con un nivel bajo de factores reproductivos, presento lesiones leves a moderadas de lesiones pre malignas, el 13.2% con un nivel alto de factores reproductivos, no presento lesiones pre malignas; el 11.3% equivale a 6 mujeres con un alto nivel de factores reproductivos, presento lesiones pre malignas leve a moderada; el 9.4% de mujeres presento bajo nivel de factores reproductivos, no desarrollo lesiones pre malignas. Ante lo expuesto, el mayor porcentaje se presentó en mujeres con un nivel medio de factores reproductivos que desarrollaron lesiones pre malignas leves a moderadas, seguido de las féminas que mostraron un nivel medio de factores reproductivos, no desarrollaron lesiones pre malignas, el porcentaje más bajo se presentó en mujeres con bajo nivel de factores reproductivos que no presentaron lesiones pre malignas.

**Tabla 4**

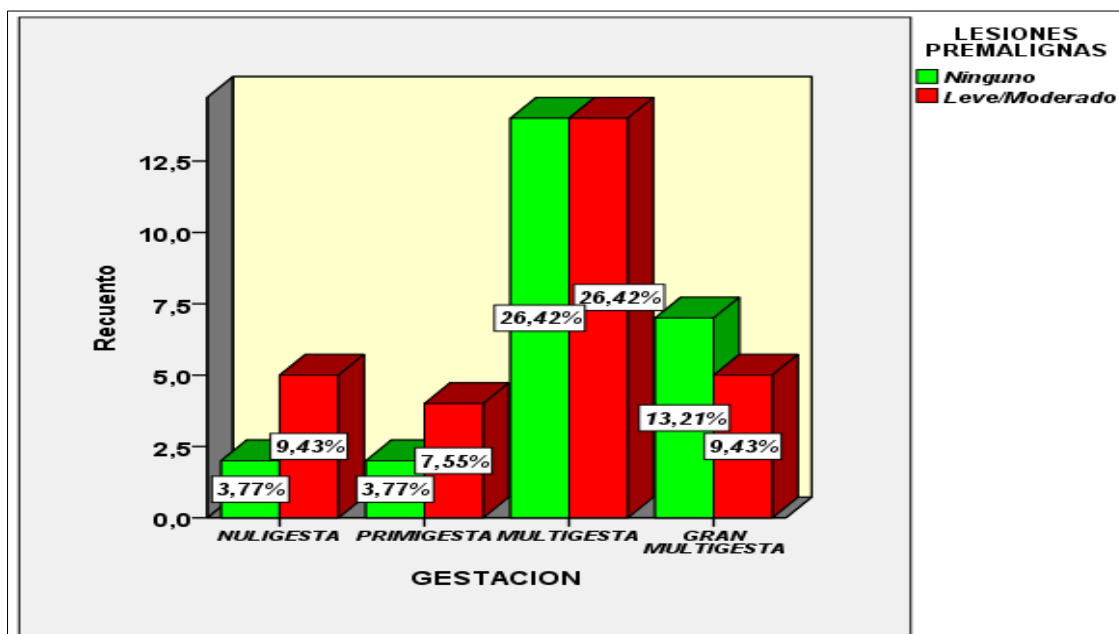
*Nivel Comparativo Gestación y Lesiones Premalignas*

		Lesiones premalignas		Total	
		Ninguno	Lev/Mod		
Gestación	Nuligesta	Recuento	2	5	7
		% del total	3,8%	9,4%	13,2%
	Primigesta	Recuento	2	4	6
		% del total	3,8%	7,5%	11,3%
	Multigesta	Recuento	14	14	28
		% del total	26,4%	26,4%	52,8%
	Gran multigesta	Recuento	7	5	12
		% del total	13,2%	9,4%	22,6%
Total	Recuento	25	28	53	
	% del total	47,2%	52,8%	100,0%	

*Nota:* bd de SPSS

**Figura 12**

*Nivel Comparativo Gestación y Lesiones Premalignas*



Nota: bd de SPSS

Para la tabla 4 y figura 12, se detalla que el 26.4% (14) fueron multigestas que desarrollaron lesiones pre malignas de leve a moderada, el 26.4% (14) hubieron mujeres multigestas que no desarrollaron lesiones pre malignas, el 9.4% (5) fueron nuligestas que desarrollaron lesiones pre malignas de leve a moderada, el 13.2% (7) fueron gran multigestas que no desarrollaron lesiones pre malignas, el 9.4% (5) fueron mujeres gran multigestas que desarrollaron lesiones pre malignas de leve a moderadas, el 7.5% (4) fueron mujeres primigestas que desarrollaron lesiones premalignas de leve a moderadas, y el 3.8% (2) mujeres nuligestas no desarrollo lesiones pre malignas. En cuanto a los resultados podemos indicar que el mayor porcentaje de lesiones pre malignas se presentó en mujeres multigestas y el porcentaje más bajo se presentó en mujeres nulíparas que no presentaron lesiones pre malignas.

**Tabla 5**

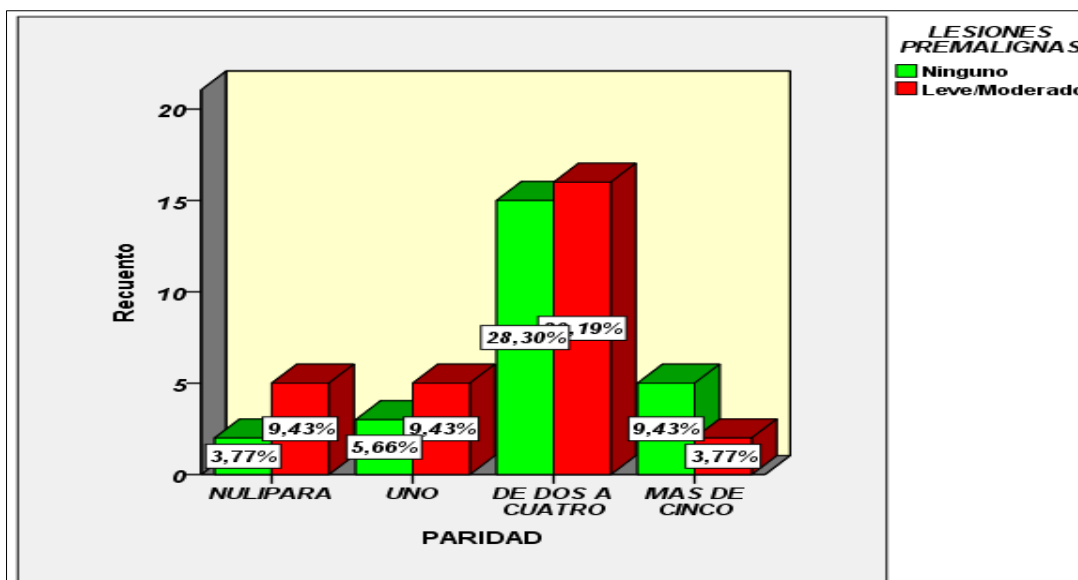
*Nivel Comparativo Paridad y Lesiones Premalignas*

		Lesiones premalignas		Total	
		Ninguno	Leve/Moderado		
Paridad	Nulípara	Recuento	2	5	7
		% del total	3,8%	9,4%	13,2%
	Uno	Recuento	3	5	8
		% del total	5,7%	9,4%	15,1%
	De dos a cuatro	Recuento	15	16	31
		% del total	28,3%	30,2%	58,5%
	Más de cinco	Recuento	5	2	7
		% del total	9,4%	3,8%	13,2%
	Total	Recuento	25	28	53
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

Nota: bd de SPSS

**Figura 13**

*Nivel Comparativo Paridad & Lesiones Premalignas*



Nota: bd de SPSS

En cuanto a paridad y lesiones premalignas, en la tabla 5 y figura 13, se detalla que el 30.2% (16) de mujeres que presento de dos a cuatro partos, presento lesiones pre malignas de leve a moderada; el 28.3% (15) con dos a cuatro partos, no presentó lesiones pre malignas, el 9.4% (5) de mujeres que presentó un solo parto, presento lesiones pre malignas de leves a moderadas, el 9.4% (5) que equivale mujeres nulíparas, presento lesiones pre malignas leves a moderadas, el 9.4% (5) mujeres que presentaron más de cinco partos, no desarrollo lesiones pre malignas, el 3.8% (2) de mujeres nulíparas, no presento lesiones pre malignas. Ante los resultados conseguidos se puede visualizar que el mayor porcentaje se presentó en mujeres con dos a cuatro partos que no presentaron lesiones pre malignas, el mismo porcentaje equivale a mujeres con dos a cuatro partos que presentaron lesiones pre malignas de leve a moderada, el porcentaje más bajo se presentó en mujeres nulíparas que no presentaron lesiones pre malignas.



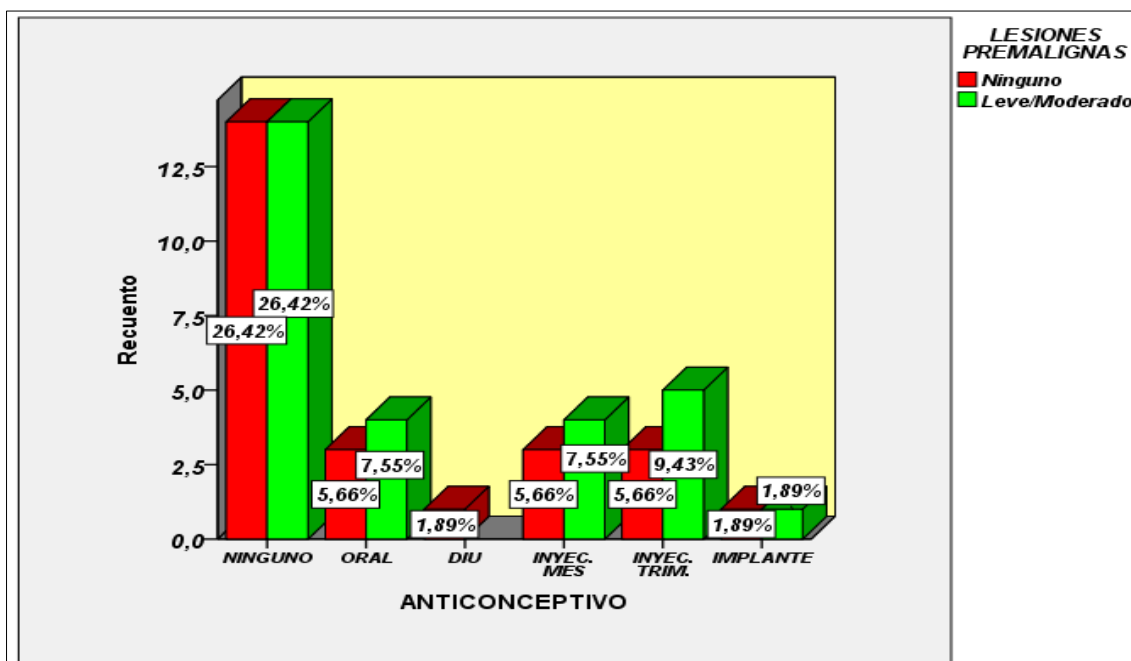
**Tabla 6***De Contingencia, Nivel Comparativo Anticoncepción & Lesiones Premalignas*

		Lesiones premalignas		Total	
		Ninguno	Leve/Moderado		
Anticonceptivo	Ninguno	Recuento	14	14	28
		% del total	26,4%	26,4%	52,8%
	Oral	Recuento	3	4	7
		% del total	5,7%	7,5%	13,2%
	Diu	Recuento	1	0	1
		% del total	1,9%	0,0%	1,9%
	Inyec. mes	Recuento	3	4	7
		% del total	5,7%	7,5%	13,2%
	Inyec. trim.	Recuento	3	5	8
		% del total	5,7%	9,4%	15,1%
	Implante	Recuento	1	1	2
		% del total	1,9%	1,9%	3,8%
	Total	Recuento	25	28	53
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

*Nota: bd de SPSS*

**Figura 14**

*Nivel Comparativo Anticoncepción y Lesiones Premalignas*



Nota: bd de SPSS

Con referencia a los resultados de Anticoncepción y Lesiones Pre malignas, en la tabla 6 y figura 14, el 26.4% (14) de mujeres que no usaron anticoncepción presentaron lesiones pre malignas de leve a moderada, el 26.4% (14) de mujeres que no usaron anticoncepción no presentaron lesiones pre malignas, el 9.4% (5) que usaron como anticonceptivo el AMPD desarrollaron lesiones pre malignas de leves a moderadas, el 7.5% (4) mujeres que usaron como anticoncepción oral combinado desarrollaron lesiones pre malignas de leve a moderadas, el 5.7% (3) de mujeres que usaron el AIC no desarrollaron lesiones pre malignas y el 5.7% (3) mujeres que usaron como anticoncepción el AOC, no desarrollaron lesiones pre malignas. De acuerdo a los resultados obtenidos se advierte que el 26.4% (14) mujeres no usaron anticonceptivos, desarrollaron lesiones pre malignas, el mismo porcentaje de mujeres, no desarrollo lesiones pre malignas, el porcentaje más bajo se presentó en mujeres que usaron el implante y el dispositivo, quienes no desarrollaron lesiones pre malignas.

## Análisis Inferencial

### Prueba de normalidad

Tabla 7

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*

		Factores reproductivos	Lesiones premalignas
N		53	53
Parámetros normales. <sup>a,b</sup>	Media	26,30	24,61
	Desviación típica	5,468	2,641
	Absoluta	,070	,122
Diferencias más extremas.	Positiva	,064	,079
	Negativa	-,070	-,122
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,000	1,742
Sig. asintót. (bilateral)		,002	,005

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos

El **p\_valor** obtenido (Kolmogorov- Smirnov  $n > 50$ ) es significativo ( $p^* < 0.05$ ) para la variable factores reproductivos y es significativo ( $p^* < 0.05$ ) para la variable lesiones premalignas, por lo tanto, se aprecia que no existe normalidad; ante ello, se emplea pruebas no paramétricas.

## Prueba de hipótesis

### Hipótesis General:

H<sub>1</sub>: Existe influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018.

H<sub>0</sub>: No existe influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018.

### Tabla 8

*Pseudo R<sup>2</sup>, Hipótesis general*

Cox y Snell	Nagelkerke	McFadden
0.121	0.121	0.024

Se observa la influencia de los factores reproductivos en las “lesiones pre malignas de cáncer cervical” en las féminas atendidas (dependencia porcentual). Sobre el p valor del coeficiente de McFadden este es menor a 0.20 lo que indicaría que no se encuentra dentro del rango aceptable. Sin embargo, en cuanto al coeficiente de Nagelkerke, este explica que la variabilidad o el comportamiento de la influencia de los factores reproductivos se debe en un 12.1% en las lesiones pre malignas de cáncer de cervical.

### Tabla 9

*Modelo de regresión logística ordinal, determinación la bondad de ajuste de las variables*

	Chi-cuadrado	GI	Sig.
Pearson	166,571	190	,004
Desviación	147,254	190	,002

Se observa una bondad de ajuste la dependencia de las variables de estudio, en la cual se obtuvo el p valor (sig.) de 0.002, la cual es menor a 0.05. lo que significa que si el p valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere la influencia de los factores reproductivos en las “lesiones pre malignas de cáncer cervical” en las pacientes observadas; por lo tanto, se

demuestra la dependencia de las variables de estudio.

### Hipótesis Específica 1

H<sub>1</sub>: Existe influencia de las gestaciones en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018

H<sub>0</sub>: No existe influencia de las gestaciones en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018

**Tabla 10**

*Pseudo R<sup>2</sup>, Hipótesis específica 1*

Cox y Snell	Nagelkerke	McFadden
0.189	0.172	0.045

Se observa que existe dependencia porcentual en la influencia de la dimensión evaluada. El p valor del coeficiente de McFadden es menor a 0.20 lo que indica que su rango es no aceptable (0,20 a 0,40) por lo que no se puede explicar la dependencia de las variables, sin embrago, el coeficiente de Nagelkerke, explica que el comportamiento de la dimensión gestaciones se debe en un 17.2% en las lesiones pre malignas de cáncer cervical. Por la cual si existe dependencia de la dimensión con la variable.

**Tabla 11**

*Modelo de regresión logística ordinal, determinación la bondad de ajuste de la dimensión 1 y la variable*

	Chi-cuadrado	GI	Sig.
Pearson	92,568	125	,001
Desviación	78,234	125	,003

Se observa la dependencia de las variables de estudio, en la cual se obtuvo el p valor (sig.) de 0.003 que es menor a 0.05, lo que significa que si el p valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere influencia y se demuestra la dependencia de la dimensión 1 con la variable de estudio.

### Hipótesis Específica 2:

H<sub>1</sub>: Existe influencia de la paridad en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL. - 2018

H<sub>0</sub>: No existe influencia de la paridad en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018

**Tabla 12**

*Pseudo R<sup>2</sup>, Hipótesis específica 2*

Cox y Sello	Nagelkerke	McFadden
0.324	0.312	0.302

Se observa que existe dependencia porcentual de la dimensión 1 sobre la variable. Sobre el valor del coeficiente de McFadden es menor a 0.20 lo que indica que no se encuentra dentro del rango aceptable (0,20 a 0,40) por lo que no se puede explicar la dependencia de las variables, sin embrago, el coeficiente de Nagelkerke, explica que la variabilidad o el comportamiento de la dimensión paridad se debe en un 30.2% en las lesiones pre malignas de cáncer cervical. Por la cual si existe dependencia de la dimensión sobre la variable.

**Tabla 13**

*Modelo de regresión logística ordinal, determinación la bondad de ajuste de la dimensión 2 y la variable*

	Chi-cuadrado	Gal	Sig.
Pearson	76,724	85	,006
Desviación	85,413	85	,002

Se aprecia un p valor (sig.) de 0. 002 que es menor a 0.05, lo que significa que si el p valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere la influencia y se demuestra la dependencia de la dimensión 2 sobre la variable de estudio.

### Hipótesis Específica 3:

H<sub>1</sub>: Existe influencia de los métodos anticonceptivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018

H<sub>0</sub>: No existe influencia de los métodos anticonceptivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en las mujeres atendidas en la Red 1, SJL- 2018.

**Tabla 14**

*Pseudo R<sup>2</sup>, Hipótesis específica 3*

Cox y Snella	Nagelkerke	McFadden
0.420	0.317	0.251

En la tabla 14, se observa que no existe dependencia porcentual en la influencia de la dimensión de estudio. El p valor del coeficiente de McFadden es menor a 0.20, encontrándose como no aceptable (0,20 a 0,40) por lo que no se puede explicar la dependencia de las variables, al igual que el coeficiente de Nagalkerke, este explica que el comportamiento de la dimensión métodos anticonceptivos se debe en un 25.1% en las lesiones pre malignas de cáncer cervical. Por la cual no existe dependencia entre la dimensión y l variable de estudio.

**Tabla 15**

*Modelo de regresión logística ordinal, determinación la bondad de ajuste de la dimensión 3 y la variable.*

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	69,894	84	,000
Desvianza	68,147	84	,003

La dependencia de las variables de estudio, en la cual se obtuvo el p valor (sig.) de 0. 003 que es menor a 0.05, lo que significa que si el p valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere la influencia y se admite la hipótesis del estudio y se demuestra la dependencia de la dimensión en la variable de estudio

## V. DISCUSIÓN

Las conclusiones alcanzadas con las pruebas de estimación nos precisan que la variable factores reproductivos influye en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” para las féminas tratadas en la jurisdicción escogida, proporcionando respuesta al objetivo general “Determinar la influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre malignas de cáncer cervical en mujeres atendidas en la Red 1, SJL – 2018”.

Una vez obtenida las conclusiones, se compararon con el contexto propuesto por el estudio y se analizó la investigación sobre las variables propuestas en la tesis. Factores reproductivos y “las lesiones pre malignas de cáncer cervical”.

Con respecto a la evaluación de lo encontrado en la hipótesis general, se identificó que, si hay influencia de los factores reproductivos en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” en las usuarias atendidas, encontrándose un  $p$  valor (sig.) de 0.002, la cual es menor a 0.05. lo que significa que si el  $p$  valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere la influencia de los factores reproductivos en las lesiones pre oncológicas de cáncer cervical en las usuarias atendidas De acuerdo a lo alcanzado por la hipótesis general , se encontraron trabajos semejantes a la investigación realizada lo hallados concuerda con el estudio de Galván (2013) quien consiguió como consecuencia que los “factores de riesgo” identificados para LEIAG fueron IVSA  $\leq 18$  años, compañeros sexuales mayor de 1 durante su vida, control de natalidad mediante contraceptivos y ausencia al despistaje de cáncer de cuello uterino anualmente. Estos resultados serán respaldados por Capia (2017) quien considera a los factores reproductivos como una “serie de particularidades que aumentan la probabilidad de tener gestaciones repetidas durante la pubertad previo al embarazo, alumbramiento y postparto que logre situar en riesgo el bienestar de la mamá y su neonato” (p.39).

En lo que corresponde a la hipótesis específica 1, se halló que, si existe influencia de las gestaciones en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” en las



féminas que acuden para su atención pero que viven en la jurisdicción, encontrándose un  $p$  valor (sig.) de 0.003 que es menor a 0.05, lo que significa que si el  $p$  valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere influencia de las gestaciones en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” en las damas atendidas. Similar resultado obtuvo Vicente (2014) al demostrar que se halló la relación como motivos de alarma entre el tiempo de vida, actividad sexual a temprana edad, número de hijos, andría y las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical”. Van a estar más expuestas a presentar las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical, aquellas féminas que provengan de la ciudad, que hayan iniciado su actividad sexual previo a los 20 años, que son multíparas y que cuentan con más de 2 parejas sexuales y la patología informada con mayor repetición en estas mujeres es la cervicitis de leve a severa. Estos resultados son reforzados por lo mencionado por Vinuesa (2014) al indicar que es “un período durante el embrión se desarrolla y crece en la parte interna del organismo de la mamá y cuya permanencia comprende a partir de la fecundación del óvulo hasta el instante del alumbramiento”. (p. 7).

Con referencia a la H 2, se identificó que existe influencia de la paridad en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” en las usuarias atendidas, encontrándose un  $p$  valor (sig.) de 0.002 que es menor a 0.05, lo que significa que si el  $p$  valor es menor a 0.05, existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere la influencia de la paridad en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” en las féminas atendidas. Estos logros guardan relación con los encontrados por Conde (2014), quien obtuvo como resultado una asociación significativa de riesgo la fémina que poseía dos a más nacimientos; embarazo precoz, el consumo de contraceptivo hormonal (píldoras) mayor de 36 meses y así mismo, se predispone a no presentar una neoplasia uterina aquella mujer que presentaba pocos factores de riesgo como haber alumbrado un solo parto, la edad de la primera gestación entre 25 y 34 años; y el tiempo de uso de contraceptivo hormonal, menor a 12 meses. Estas aseveraciones corresponden con lo señalado por Gutarra (2012) el cual indica que la paridad es el número de embarazos de una mujer que ha alumbrado, un feto mayor de 20 semanas, con 500 grs. a más de

peso, con 25 cms. a más de talla, vivo o muerto, aparte del alumbramiento como parte final del proceso del parto

En cuanto a la H 3, se encontró que, si existe atribución de los métodos anticonceptivos en las “patologías pre oncológicas de cáncer cervical” para las pacientes atendidas, encontrándose un p valor (sig.) de 0. 003 es menor a 0.05, es decir que existe dependencia de una variable sobre otra, por lo que se infiere la influencia de los métodos anticonceptivos en las “lesiones pre malignas de cáncer cervical” en la población objetivo. Similar resultado encontró Jaramillo (2017), cuando realizo su investigación en las damas que trabajaban en el Mercado de Loja, ya que hallo múltiples causas que influyen para tener predisposición al cáncer de cérvix que a continuación se detallan: múltiples andrías, relaciones maritales prematuras, numerosos hijos, enfermedades de transmisión sexual y coitorragia. Estos resultados son respaldados por el mismo Rigol (2004) quien indica que se afecta el óvulo, la calidad del semen, la fecundación y la implantación mediante el uso de diferentes métodos anticonceptivos. (p.252).

De acuerdo a lo mencionado podemos expresar, que igual como en otras investigaciones realizadas ya sea en el Mundo o a nivel Nacional, los factores reproductivos en las mujeres atendidas influyen en las lesiones pre malignas de cáncer cervical que presentan, esto nos ayuda como institución para realizar acciones y actividades dirigidas a una mejor atención que se brinda en los consultorios que atienden a las mujeres , los cuales deben adecuados , garantizando la calidad de profesionales que deben estar capacitados en el tema de tratamiento de lesiones pre malignas y con el compromiso de dar un tratamiento adecuado y así disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino.

## VI. CONCLUSIONES

### **Primera:**

Para determinar la hipótesis general se demostró mediante la prueba de determinación de la bondad de ajuste donde el nivel de significancia bilateral  $p$  valor (sig.) fue de 0.002, la cual es menor a 0.05, lo que significa que existe influencia entre las 2 variables.

### **Segunda:**

Para determinar la H 1 se demostró mediante la prueba de determinación de la bondad de ajuste donde el nivel de significancia bilateral  $p$  valor (sig.) fue de 0.003 que es menor a 0.05, lo que significa que existe influencia de la dimensión gestación con la variable de lesiones en el cuello uterino.

### **Tercera:**

Para determinar la H 2 se demostró mediante la prueba de determinación de la bondad de ajuste donde el nivel de significancia bilateral fue menor el  $p$  valor (sig.) de 0.002, la cual es menor a 0.05, lo que significa que existe influencia de la dimensión paridad con la variable de lesiones en el cuello uterino.

### **Cuarta:**

Para determinar la H 3 se demostró mediante la prueba de determinación de la bondad de ajuste donde el nivel de significancia bilateral fue menor el  $p$  valor (sig.) de 0.003, la cual es menor a 0.05, lo que significa que existe influencia de la dimensión método anticonceptivo con la variable de lesiones en el cérvix.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **Primera:**

Realizar intervenciones estratégicas de atención, de prevención y de promoción con el objetivo de mitigar el riesgo de cáncer cervico uterino; estas acciones deben ser dirigidas a la población objetivo organizadamente y de acuerdo a las características geográficas, de costumbres y educativas de la población femenina.

### **Segunda:**

Promover y consolidar las funciones del profesional obstetra en la localización oportuna y adecuada del daño que presente el cérvix uterino; asimismo en ejecutar programas de búsqueda activa, enfatizando más en las féminas con complicaciones en su salud reproductiva

### **Tercera:**

Fomentar que la población de riesgo tenga más conocimiento de la importancia de la prevención y con más énfasis en el cáncer, mediante el uso de los diferentes medios de comunicación.

### **Cuarta:**

Supervisar, monitorizar y controlar la correcta codificación y el padrón para un adecuado seguimiento de estas u otras mujeres que tengan factores de riesgo

## REFERENCIAS

- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. (2018). *Infección por el virus del papiloma humano lesiones premalignas y cáncer*. España. Obtenido de [http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/10/Infeccion\\_AEPCC\\_def.pdf](http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/10/Infeccion_AEPCC_def.pdf)
- Bendezú Carrillo, R. (30 de Abril de 2010). *Riesgo reproductivo*. Lima, Perú. Obtenido de <http://inpparesinforma.blogspot.com/2010/04/riesgo-reproductivo.html>
- Bernabeu, I. (s.f.). *Diccionario ginecologico* <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/v/nuligravida/>.
- Cabrera Guerra, I. I., Ortiz Sánchez, y., Suárez Gómez, Y. L., Socarrás Rodríguez, R., & Vázquez Rosales, N. (2016). Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Multimed Granma*, 20(5). Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392/611>
- Capia, R. (2017). *Factores Reproductivos y obstétricos que influyen en el embarazo reincidente en las adolescentes entre 15 a 19 años*. 39. Tacna, Peru. Obtenido de [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2358/1215\\_2017\\_capia\\_flores\\_r\\_facos\\_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2358/1215_2017_capia_flores_r_facos_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Carvajal C., J., & Ralph T., C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (VIII ed.). Chile. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Del Palacio, F. (02 de Marzo de 2011). *Embarazo de Alto Riesgo*. Recuperado el 2018, de <https://clasesylibros.files.wordpress.com/2011/03/alto-riesgo-obstetrico-aro.ppt>
- Direnzo, C. (2018). *Sociedad Argentina de Citología*. Obtenido de *ASC-H en paciente menopausica*. recuperado de:

<http://sociedaddecitologia.org.ar/sac/casos-junio-de-2015-asc-h-en-paciente-perimenopausica/>

Doctissimo. (s.f.). *Gestación*. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <http://www.doctissimo.com/es/salud/atlas-del-cuerpo-humano/gestacion>

Dunán Cruz, L. K., Cala Calviño, L., Infante Tabío, N. I., & Hernández Lin, T. (2011). Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. *Medisan*, 15(5). Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de [https://www.researchgate.net/publication/262668298\\_Factores\\_de\\_riesgo\\_ginecoobstetricos\\_para\\_el\\_cancer\\_cervicouterino\\_en\\_la\\_atencion\\_primaria\\_de\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/262668298_Factores_de_riesgo_ginecoobstetricos_para_el_cancer_cervicouterino_en_la_atencion_primaria_de_salud)

FIGO. (2012). *Recomendaciones sobre temas de ética*. FIGO. Recuperado el 13 de Julio de 2018, de <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

Fournier, Sofia;. (2016). *El Blog de Sofia Fournier*. Obtenido de <http://www.unamamiquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega/>

Futura Médica. (2010). Obtenido de <http://futuramedica.com/nuligesta/>

Galván Meléndez, M. F., Barragán Fernández, M., & Meléndez Hurtado, R. B. (Abril de 2013). Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales. *Revista Salud Quintana Roo*(24). Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <http://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/24/1.pdf>

García D., P., Martínez M., F., & Pintor M., A. (s.f.). *Anticonceptivos Hormonales*. (F. Martínez M., & J. Faus D., Edits.) Granada. Obtenido de [https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA\\_ANTIORMONO.pdf](https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMONO.pdf)

*Gestación*. (s.f.). Obtenido de <https://ppryc.files.wordpress.com/2012/06/gestacion-y-parto.pdf>

- Globocan. (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado el 12 de julio de 2018, de [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- Gómez Fernández , J. (2007). Patología benigna y lesiones premalignas. En *Patología benigna y lesiones premalignas de cervix* (pág. 26). Granada. Obtenido de [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr07.patologia\\_benigna\\_cervix.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.patologia_benigna_cervix.pdf)
- Gutarra, F. (17 de Marzo de 2012). *Conceptos Básicos de Obstetricia*. Recuperado el 13 de Julio de 2018, de <https://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>
- Gutierrez, D. (2006). *Salud reproductiva: Concepto e importancia*. Obtenido de <https://epifesz.files.wordpress.com/2011/01/salud-reproductiva-concepto-e-importancia-ops.pdf>
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. (2018). *Anticonceptivos combinados inyectables mensuales*. Obtenido de [http://icmer.org/wp\\_ae/anticonceptivos-inyectables-combinados-mensuales/](http://icmer.org/wp_ae/anticonceptivos-inyectables-combinados-mensuales/)
- Instituto Mexicano del seguro Social. (2011). *Prevención y Detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el primer nivel de atención*. Recuperado el 14 de Julio de 2018, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>
- Jaramillo Vicente, M. (2017). *Factores de riesgo que predisponen al cáncer de cuello uterino en mujeres que laboran en el mercado Pequeño Productor de Loja*. Tesis previa a la obtención de título de Médico General, Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19706/1/TESIS%20Maritza%20Jaramillo.pdf>
- Kitchener, H., Castle, P., & Cox, T. (15 de Mayo de 2006). *ScienceDirect*. Recuperado el 12 de julio de 2018, de

<https://pdfs.semanticscholar.org/d0f0/559d0e0ada9460885b8e2959d6de5e3322d5.pdf>

Lacruz Pelea, C. (2003). *Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001)*. Revista española patológica. Obtenido de <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/pdf%20patologia%2036-1/36-1-02.pdf>

López. (1998). Obtenido de <http://tesisdeinvestig.blogspot.pe/2013/06/poblacion-y-muestra-ejemplo.html>

López, J., & Cárcamo, A. (1992). Investigación Operacional Riesgo Reproductivo: Aplicación en la Salud Materno Infantil. *Revista Médica Hondureña*, 60, 111-121.

Martínez , A., Díaz, I., Carr, A., Varona, J., Borego, J., & de la Torre, A. (2010). Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(1), 52-65. Recuperado el 12 de Julio de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008)

Ministerio de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima. Obtenido de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)

Ministerio de Salud. (2016). *Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar R.M, N° 652 - 2016*. Lima. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4130.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Registro de Cáncer de Lima Incidencia y Mortalidad 2010-2012*. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima. Obtenido de [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners\\_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012\\_02092016.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf)



- Ministerio de Salud. (Junio de 2017). pág. 7. Obtenido de Resolución Ministerial N° 440.
- Ministerio de Salud. (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino*. Recuperado el 14 de Julio de 2018, de [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion\\_salud/guia\\_tecnica\\_cancer\\_cuello\\_uterio.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterio.pdf)
- Muñiz F., N., & Fernandez F., E. (2005). *Revisión de la categoría citológica "ASCUS" en el Hospital de Jove*. Obtenido de <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/325.pdf>
- National Institute Health. (2018). *Diccionario*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/ascus>.
- National Institute of Health . (2018). Obtenido de <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/contraception/Pages/default.aspx>
- OMS. (2018). Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. Obtenido de <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=2>
- OMS. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Ginebra. Obtenido de <apps.who.int/iris/bitstream/10665/259814/1/9789243565408-spa.pdf>
- OMS. (2018). *Temas de Salud*. Recuperado el 02 de Octubre de 2018, de <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- OPS - OMS. (2016). *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas de las lesiones precancerosas cervico uterino*. Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (15 de Febrero de 2018). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. Recuperado el 12 de Julio de 2018, de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (3 de Octubre de 2008). *Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención*. Recuperado el 12 de Julio de 2018, de <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r10-s.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales*. Washington, DC. Obtenido de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799\\_spa.pdf?ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1)
- Pacheco, H. H. (2015). *Factores de Riesgo Relacionados a Lesiones pre Malignas de Cáncer del Cuello Uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012*. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1571>
- Planned Parenthood Federation of America*. (2018). Recuperado el 02 de Octubre de 2018, de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud>
- Polterauer, S., Reinthaller, A., & Hovart, R. (2013). *Cervical Adenocarcinoma in Situ: Update and Management*. Austria. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13669-013-0039-6>
- Programa de Educación Médica Continua Certificada (PEMCC). (2018). *Publicaciones y Libros*. Obtenido de <https://www.edimeco.com/medicina-laboratorio/2016/otros-articulos/item/408-seguimiento-de-pacientes-con-atipia-de-celulas-escamosas-de-significado-indeterminado-ascus>.
- Puig-Tintore, L. (2015). Lesión de bajo grado, ¿observación o tratamiento?. seguimiento con colposcopia digital. *ResearchGate*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/267994858\\_lesion\\_de\\_bajo\\_grad\\_o\\_observacion\\_o\\_tratamiento\\_seguimiento\\_con\\_colposcopia\\_digital](https://www.researchgate.net/publication/267994858_lesion_de_bajo_grad_o_observacion_o_tratamiento_seguimiento_con_colposcopia_digital)
- Quezada Reyes, E., Ninaquispe Chuquimango, M., Tantes Huerta, A., & Acosta Jara, K. (2012). Factores asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María (Chimbote) del 2008 al 2010. *Conocimiento para el desarrollo*, 3(1).

Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <https://revista.usanpedro.edu.pe/index.php/CPD/article/view/206>

Quispe, N., & Aguilar, K. (2017). *Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016*. Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado el 13 de Julio de 2018, de <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1395/TP-UNH-OBST.00101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rigol, O. (2004). *Obstetricia y ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Salud Pública. (s.f.). Guía de Métodos anticonceptivos. *Salud Sexual*. Obtenido de [http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven\\_Guia\\_Anticonceptivos.pdf](http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf)

Sarduy Nápoles, M. (18 de Agosto de 2008). Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34\\_2\\_08/gin04208.htm.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin04208.htm.pdf)

Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. Argentina: El Ateneo.

Solomons, B. (1934). The dangerous multipara. *The Lancet*.

Tena Tamayo, C. (2003). *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*. Mexico. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7590.pdf>

Ticona Rendon, M., & Huanco Apaza, D. (2012). *Características del Peso al Nacer en el Perú*. Tacna, Tacna, Peru. Obtenido de <http://www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/20140505-LibroCaracteristicasPesoNacerPeru.pdf>


Toro Montoya, A., & Piedrahita, C. (s.f.). Tamización y prevención del cáncer cervical.

- Toro Ana M. (s.f.). Tamización y prevención del cáncer cervical causado por papilomavirus. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2010/myl1011-12b.pdf>
- Torres, S. (1998). Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. L.E.I.C. *Revista colombiana de obstetricia y ginecologia*. Obtenido de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/1073/1213>
- Tuesta Nole, J. R. (2014). *Propedéutica Obstétrica*. Obtenido de <http://www.authorstream.com/Presentation/jurotuno-1055949-propedeutica-obstetrica/>
- UNFPA. (2011). *Principales Métodos Anticonceptivos*. Lima. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2012/Noviembre2012/Swop2012/Documentos/MetodosAnticonceptivos.html>
- Vinuesa Sebastian, M. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. JUNTA DE ANDALUCIA. Obtenido de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)
- Vircell Microbiologist*. (2018). Obtenido de <https://www.vircell.com/enfermedad/38-papilomavirus/>
- Winslow, Terese. (21 de Febrero de 2017). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/significado-cambios-en-cuello-uterino>

## ANEXOS

### Anexo 1: Instrumentos de Recolección de Datos

#### Ficha técnica de Factores Reproductivos

	N° Código:
<b>FICHA DE OBSERVACIÓN DEL EXAMEN CERVICO UTERINO PARA PAP</b>	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	FECHA:
APELLIDOS Y NOMBRES:	EDAD:                      DNI:
DIRECCIÓN:	
GESTACION : NULIGESTA ( 1 ) PRIMIGESTA ( 2 ) MULTIGESTA ( 3 ) GRAN MULTIGESTA ( 4 )	
PARIDAD : NULIPARA ( 1 ) UNO ( 2 ) DOS A CUATRO ( 3 ) MAS DE CINCO ( 4 )	
ANTICONCEPTIVOS: NINGUNO( 1 ) ORAL( 2 ) DIU( 3 ) INYEC. MES ( 4 ) INYEC. TRIM. ( 5 ) IMPLANTE( 6 )	
PAP: NO( 1 ) SI( 2 ) Resultado: Negativo( 1 ) Positivo( 2 )	
ASCUS( 1 ) AGUS( 2 ) PVH( 3 ) NIC1( 4 ) NIC2( 5 ) NIC3( 4 )      CARCINOMA IN SITU( 5 )	
SINTOMAS:    NINGUNO(   ) DOLOR(   ) LEUCORREA(   ) PRURITO(   ) COITORRAGIA(   ) OTRO(   )	
EXAMEN CERVICO UTERINO(ESPÉCULO)	
(   ) CONGESTIÓN	
(   ) EROSIÓN	
(   ) ULCERACIÓN	
(   ) PÓLIPOS	
(   ) TUMORACIÓN	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:	
N° DE REG. LABORATORIO(Solo llena laborator)	

## Anexo 2: Instrumentos de Recolección de Datos

### Ficha técnica de Lesiones Premalignas

FICHA DE OBSERVACIÓN DEL INFORME CITOLÓGICO CÉRVICO UTERINO					
SISTEMA BETHESDA					
<b>* CALIDAD DE MUESTRA:</b>					
SATISFACTORIA: Con ( 1 ) ó Sin ( 2 ) Células Endocervicales					
INSATISFACTORIA: Escasas células( 1 ) , > 75% Leucocitos PMN( 2 ) , > 75% Hematíes( 3 ) , Mala fijación ( 4 )					
NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y/O MALIGNIDAD ( )					
<b>ANORMALIDAD DE CÉLULAS EPITELIALES ESCAMOSAS :</b>					
Células escamosas atípicas: (1) ASCUS (2) ASCH					
L.I.E de bajo grado : ( 1 ) VPH ( 2 ) NIC 1/DISPLASIA LEVE					
L.I.E. de alto grado: ( 1 ) NIC 2/DISPLASIA MODERADA ( 2 ) NIC 3/DISPLASIA SEVERA ( 3 ) CON CARACTERÍSTICAS SOSPECHOSAS DE INVASIÓN					
<b>ANORMALIDAD DE CÉLULAS EPITELIALES GLANDULARES:</b>					
( ) AGUS ( ) ADENOMACARCINOMA IN SITU ( ) ADENOMACARCINOMA					
<b>CAMBIO CELULARES BENIGNOS :</b>					
( ) METAPLASIA ESCAMOSA ( ) ATROFIA ( ) CAMBIO POR DIU					
( ) TRICHOMONAS VAGINALIS ( ) CÁNDIDA ( ) VAGINOSIS					
( ) HERPES ( ) INFLAMACIÓN PMN ( ) L ( ) M ( ) S					
<b>OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:</b>					

### Anexo 3

#### FICHA DE OBSERVACION SOBRE FACTORES REPRODUCTIVOS

En la presente ficha se tomara datos de las pacientes que acudieron al consultorio de obstetricia y se realizaron una detección de cáncer de cuello uterino

**INSTRUCCIONES:** Marca con una equis (X) la alternativa que corresponde de acuerdo a la siguiente tabla de valoración:



Tabla de	NO	SI
Valoración	0	1

GESTACION		0	1
1.	La paciente ha estado embarazada alguna oportunidad		
2.	La paciente ha estado embarazada una vez		
3.	La paciente ha estado embarazada de 2 a 4 veces		
4.	Ha estado embarazada más de 5 veces		
PARIDAD		0	1
5.	La paciente nunca ha tenido un parto		
6.	La paciente ha tenido un parto		
7.	La paciente ha tenido 2 a 4 partos		
8.	La paciente ha tenido 5 partos		
TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO		0	1
9.	No usa ningún método anticonceptivo		
10.	La paciente usa píldoras anticonceptivas		
11.	La paciente usa inyectables mensual		
12.	La paciente usa inyectables trimestrales		
13.	La paciente usa el implante		
14.	La paciente usa dispositivo intrauterino		
15.	La paciente usa condón		
16.	La paciente usa coitos interruptus		

## Anexo 4

### FICHA DE OBSERVACION SOBRE LESIONES PREMALIGNAS

En la presente ficha se tomara datos de las pacientes que acudieron al consultorio de obstetricia y se realizaron una detección de cáncer de cuello uterino.

**INSTRUCCIONES:** Marca con una equis (X) la alternativa que corresponde de acuerdo a la siguiente tabla de valoración

Tabla de Valoración	NO	SI
	0	1

CELULAS ESCAMOSAS		0	1
17	No tiene resultado		
18	El resultado de Papanicolaou fue ASCUS		
19	El resultado de Papanicolaou fue ASCH		
LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO		0	1
20	No tiene resultado		
21	El resultado de Papanicolaou es VIRUS PAPILOMA HUMANO		
22	El resultado de Papanicolaou es NIC I /Displasia Leve		
LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO		0	1
23	No tiene resultado		
24	El resultado de Papanicolaou es NIC II / DISPLASIA MODERADA		
25	El resultado de Papanicolaou es NIC III / DISPLASIA SEVERA		
26	El resultado de Papanicolaou es CON SOSPECHA DE INVASION		




## Anexo 5

### Base de Datos

Codigo	FACTORES REPRODUCTIVOS							Niv_V1	LESIONES PREMALIGNAS						
	GESTACION		PARIDAD		ANTICONCEPTIVO		ST1		CELULAS ESCAMOSAS		LESION INTRAEPITELIAL		LESION INTRAEPITELIAL		ST2
	P1	S1	P2	S2	P3	S3			P4	S3	P5	S4	P6	S5	
1	3	3	3	3	6	6	12	2	1	1	0	0	0	0	1
2	3	3	3	3	1	1	7	2	0	0	0	0	1	1	1
3	4	4	4	4	1	1	9	2	0	0	0	0	1	1	1
4	3	3	3	3	1	1	7	2	0	0	2	2	0	0	2
5	3	3	3	3	5	5	11	3	1	1	0	0	0	0	1
6	3	3	3	3	5	5	11	3	0	0	2	2	0	0	2
7	3	3	3	3	4	4	10	2	0	0	2	2	0	0	2
8	3	3	3	3	5	5	11	2	2	2	0	0	0	0	2
9	3	3	2	2	1	1	6	3	2	2	0	0	0	0	2
10	4	4	3	3	2	2	9	1	1	1	0	0	0	0	1
11	3	3	2	2	1	1	6	2	1	1	0	0	0	0	1
12	3	3	3	3	5	5	11	3	1	1	0	0	0	0	1
13	3	3	3	3	1	1	7	1	0	0	2	2	0	0	2
14	4	4	4	4	1	1	9	2	0	0	2	2	0	0	2
15	4	4	4	4	1	1	9	2	1	1	0	0	0	0	1
16	2	2	2	2	1	1	5	2	2	2	0	0	0	0	2
17	3	3	3	3	1	1	7	2	1	1	0	0	0	0	1
18	3	3	3	3	1	1	7	2	0	0	2	2	0	0	2
19	2	2	2	2	1	1	5	2	1	1	0	0	0	0	1
20	2	2	2	2	1	1	5	2	0	0	2	2	0	0	2
21	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1
22	4	4	3	3	6	6	13	2	0	0	2	2	0	0	2
23	4	4	3	3	1	1	8	2	0	0	2	2	0	0	2
24	3	3	3	3	1	1	7	2	2	2	0	0	0	0	2
25	4	4	4	4	1	1	9	2	2	2	0	0	0	0	2
26	1	1	1	1	5	5	7	2	0	0	2	2	0	0	2
27	1	1	1	1	4	4	6	2	0	0	2	2	0	0	2
28	1	1	1	1	4	4	6	2	0	0	2	2	0	0	2
29	1	1	1	1	3	3	5	1	1	1	0	0	0	0	1
30	4	4	4	4	1	1	9	2	1	1	0	0	0	0	1
31	3	3	3	3	4	4	10	2	1	1	0	0	0	0	1
32	3	3	3	3	4	4	10	3	1	1	0	0	0	0	1
33	3	3	3	3	1	1	7	2	0	0	2	2	0	0	2
34	3	3	3	3	5	5	11	2	0	0	2	2	0	0	2
35	4	4	3	3	1	1	8	2	0	0	2	2	0	0	2

Codigo	FACTORES REPRODUCTIVOS							Niv_V1	LESIONES PREMALIGNAS						
	GESTACION		PARIDAD		ANTICONCEPTIVO		ST1		CELULAS ESCAMOSAS		LESION INTRAEPITELIAL		LESION INTRAEPITELIAL		ST2
	P1	S1	P2	S2	P3	S3			P4	S3	P5	S4	P6	S5	
36	4	4	4	4	1	1	9	2	1	1	0	0	0	0	1
37	1	1	1	1	4	4	6	2	2	2	0	0	0	0	2
38	3	3	3	3	5	5	11	1	0	0	1	1	0	0	1
39	3	3	3	3	1	1	7	1	0	0	1	1	0	0	1
40	2	2	2	2	2	2	6	2	0	0	2	2	0	0	2
41	3	3	3	3	1	1	7	2	0	0	2	2	0	0	2
42	2	2	2	2	2	2	6	3	0	0	2	2	0	0	2
43	3	3	3	3	1	1	7	3	1	1	0	0	0	0	1
44	3	3	3	3	1	1	7	3	1	1	0	0	0	0	1
45	4	4	3	3	2	2	9	2	1	1	0	0	0	0	1
46	2	2	2	2	2	2	6	3	1	1	0	0	0	0	1
47	3	3	3	3	5	5	11	3	0	0	2	2	0	0	2
48	1	1	1	1	2	2	4	2	0	0	2	2	0	0	2
49	3	3	3	3	2	2	8	2	0	0	0	0	2	2	2
50	3	3	3	3	1	1	7	3	0	0	2	2	0	0	2
51	4	4	4	4	1	1	9	3	0	0	0	0	1	1	1
52	3	3	3	3	1	1	7	3	1	1	0	0	0	0	1
53	3	3	3	3	4	4	10	3	0	0	0	0	1	1	1

## Anexo 5: Validación de los instrumentos

MATRIZ DE VALIDACION DE INSTRUMENTO				
<b>NOMBRE DEL INSTRUMENTO:</b> "Factores Reproductivos"				
<b>OBJETIVO:</b> Determinar la influencia de las gestaciones en las lesiones pre malignas				
<b>VARIABLE QUE EVALÚA:</b> Lesiones pre malignas				
<b>DIRIGIDO A:</b> Mujeres atendidas en la Red 1 San Juan de Lurigancho				
<b>APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:</b> <u>RIVERA ARELLANO FOIHA GISELA</u>				
<b>GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:</b> <u>MAGISTER</u>				
<b>VALORACIÓN:</b>				
Muy alto	Alto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio	Bajo	Muy bajo
 ----- Mg. Rivera Arellano Gissela FIRMA DEL EVALUADOR				
DNI <u>41054085</u>				

## Anexo 6 Carta de presentación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

*“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”*

Lima, 10 de julio de 2018

Carta P.338 – 2018 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)

M.C. Luz María Vasquez Chavez

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Atención:

DIRECTORA GENERAL

Asunto: Carta de Presentación de la estudiante Nelly Delfina Angulo Rivera

De nuestra consideración

Es grato dirigirme a usted, para presentar a Nelly Delfina Angulo Rivera identificado(a) con DNI N.º 06154302 y código de matrícula N.º 7001135797; estudiante del Programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**FACTORES REPRODUCTIVOS EN LAS LESIONES PRE MALIGNAS DE CÁNCER CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN LA RED 1, SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2018**

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,



**Dr. Raúl Delgado Arenas**

Jefe de Unidad

ESCUELA DE POSGRADO

FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

**LIMA NORTE** Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4243  
**LIMA ESTE** Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.  
**ATE** Carretera Central Km. 8.2 Tel.:(+511) 200 9030 Anx.: 8184  
**CALLAO** Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.: 2650.

## Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Rivera Arellano Edith Gissela, docente Escuela de posgrado y Programa académico Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo (Sede Lima Este), asesora de la Tesis titulada:

“Factores Reproductivos en las Lesiones Pre malignas de Cáncer Cervical en mujeres atendidas en la Red 1, San Juan de Lurigancho - 2018”

de la autora Angulo Rivera, Nelly Delfina, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo 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.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

San Juan de Lurigancho, 18 de marzo de 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:  
Rivera Arellano Edith Gissela

DNI  
41154085

ORCID  
0000-0002-3712-5363

Firma

