



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS A RESULTADO DE BIOPSIA DE
CUELLO UTERINO. IPRESS DE LIMA. 2018-2019**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública con mención en
Salud Reproductiva

Autora:

Jeri Cribillero, Mercedes Lupe

Asesora:

Torres Prada, Estrella Rosanna

(ORCID: 0000-0001-7135-3821)

Jurado:

Yovera Ancajima, Cleofé del Pilar

Zuzunaga Infantes, Flor de Maria

Lezama Cotrina, Irene Doraliza

Lima - Perú

2023



Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

Fecha del Análisis:

Analizado por:

Correo del analista:

Porcentaje:

Título:

Enlace:



DRA. MIRIAM LILIANA FLORES CORONADO
JEFA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS A RESULTADO DE BIOPSIA
DE CUELLO UTERINO. IPRESS DE LIMA. 2018-2019**

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el grado académico de:

Maestro en Salud Pública con mención en Salud Reproductiva

Autor:

Jeri Cribillero, Mercedes Lupe

Asesor:

Torres Prada, Estrella Rosanna
(ORCID: 0000-0001-7135-3821)

Jurado:

Yovera Ancajima, Cleofé del Pilar

Zuzunaga Infantes, Flor de Maria

Lezama Cotrina, Irene Doraliza

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

Dedico el trabajo a mis padres, e hijo que con tanto amor y comprensión han apoyado mi esfuerzo, en esta larga tarea llena de satisfacciones.

AGRADECIMIENTO

A mi familia que me brinda todo su apoyo incondicional, especialmente, a mi madre quien con sus consejos me enseñó a luchar por lo que más quiero, a mis hermanos que siempre estuvieron apoyándome con sus consejos y mi hijo que es fuente de mi inspiración.

A mi asesora Dra. Estrella Rosanna Torres Prada, quien me motivó a culminar este proyecto y me brinda sus consejos para lograr mi desarrollo profesional.

A los verdaderos amigos que se presentaron a lo largo de mi carrera, que con su apoyo me motivaron a seguir adelante y con los que compartí momentos agradables durante todos estos años.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Descripción del problema.....	3
1.3. Formulación del problema.....	6
1.3.1. <i>Problema general</i>	6
1.3.2. <i>Problemas específicos</i>	6
1.4. Antecedentes	7
1.4.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	7
1.4.2. <i>Antecedentes nacionales</i>	8
1.5. Justificación de la investigación	10
1.6. Limitaciones de la investigación	12
1.7. Objetivos de la investigación	13
1.7.1. <i>Objetivo general</i>	13

1.7.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
1.8. Hipótesis.....	14
1.8.1. <i>Hipótesis general</i>	14
1.8.2. <i>Hipótesis específicas</i>	14
II. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Marco conceptual	15
2.1.1. <i>Teorías del cáncer</i>	15
2.1.2. <i>Anatomía del cuello uterino</i>	16
2.1.2. <i>Epitelio cervical y vaginal</i>	17
2.1.3. <i>Cáncer de cuello uterino</i>	19
2.1.4. <i>Resultados patológicos - Sistema Bethesda</i>	22
2.2. Definiciones conceptuales	26
2.2.1. <i>Factores ginecoobstétricos</i>	26
2.2.2. <i>Biopsia de cuello uterino</i>	29
2.2.3. <i>Variables de control</i>	29
2.3. Definiciones operacionales	30
2.3.1. <i>Factores ginecoobstétricos</i>	30
2.3.2. <i>Resultado de biopsia de cuello uterino</i>	31
2.3.3. <i>Variables de control</i>	31
III. MÉTODO.....	33
3.1 Tipo de investigación	33

3.2 Población y muestra	33
3.3. Operacionalización de variables	35
3.4. Instrumentos	37
3.5. Procedimientos	37
3.6 Análisis de datos.....	37
3.7. Consideraciones éticas.....	38
IV. RESULTADOS.....	40
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
VI. CONCLUSIONES	59
VII. RECOMENDACIONES	60
VIII. REFERENCIAS.....	61
IX.ANEXOS	71
Anexo A. Matriz de consistencia.....	71
Anexo B. Validación y confiabilidad de los instrumentos	72
Anexo C. Política de trata de datos personales de la IPRESS de Lima.....	74
Anexo D. Tablas estadísticas descriptivas.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factor obstétrico número de embarazos y resultado de biopsia de cuello uterino.....	40
Tabla 2. Factor obstétrico número de partos y resultado de biopsia de cuello uterino.....	41
Tabla 3. Factor obstétrico número de cesáreas y resultado de biopsia de cuello uterino.....	42
Tabla 4. Factor ginecológico edad de primera menstruación y resultado de biopsia de cuello uterino	43
Tabla 5. Factor ginecológico inicio de relaciones sexuales y resultado de biopsia de cuello uterino	44
Tabla 6. Factor ginecológico número de parejas sexuales y resultado de biopsia de cuello uterino	45
Tabla 7. Factor ginecológico uso de métodos anticonceptivos y resultado de biopsia de cuello uterino	46
Tabla 8. Factor ginecológico realización de tamizaje y resultado de biopsia de cuello uterino.....	47
Tabla 9. Factor ginecológico resultado de tamizaje y resultado de biopsia de cuello uterino.....	48
Tabla 10. Edad de la paciente y resultado de biopsia de cuello uterino	49
Tabla 11. Grado de instrucción y resultado de biopsia de cuello uterino.....	50
Tabla 12. Estado civil y resultado de biopsia de cuello uterino	51

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación causa - efecto entre los factores ginecoobstétricos con resultado de biopsia de cérvix en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019. **Metodología.** Tesis analítica, observacional, transversal y retrospectiva. Con diseño de caso control y la participación de 62 mujeres en grupo caso y 62 mujeres en grupo control. **Resultados.** No existe asociación entre los factores obstétricos: número de embarazos, partos y cesáreas, y el resultado de biopsia de cuello uterino. Entre los factores ginecológicos sólo existe relación causa- efecto entre el indicador tamizaje con resultado biopsia de cérvix (OR: 6.59; IC 95% 2.93 – 14.85). El perfil sociodemográfico de la mujer con resultado positivo de biopsia es entre 21 y 30 años (2 de cada 10 mujeres), con secundaria completa (7 de cada 10) y convivientes (4 de cada 10). **Conclusiones.** Existe asociación entre la realización de tamizaje y el resultado de biopsia de cérvix. Tener un resultado positivo de cáncer cérvix por biopsia es 6 veces más probable en aquellas que tuvieron un tamizaje positivo previo.

Palabras clave: Causalidad, factores sexuales, factores de riesgo, cuello del útero, Neoplasias del Cuello Uterino, biopsia.

ABSTRACT

Objective. To determine the cause-effect relationship between the gynecological and obstetric factors with the result of a cervical biopsy in women who were treated at an IPRESS in Lima during 2018 and 2019. **Methodology.** Analytical, observational, cross-sectional and retrospective thesis. With a case control design and the participation of 62 women in the case group and 62 women in the control group. **Results.** There is no association between obstetric factors: number of pregnancies, deliveries and cesarean sections, and the result of cervical biopsy. Among the gynecological factors, there is only a cause-effect relationship between the screening indicator and the cervical biopsy result (OR: 6.59; 95% CI 2.93 – 14.85). The sociodemographic profile of women with a positive biopsy result is between 21 and 30 years old (2 out of 10 women), with completed high school (7 out of 10) and cohabitants (4 out of 10). **Conclusions.** There is an association between screening and the result of cervical biopsy. Having a positive result for cervical cancer by biopsy is 6 times more likely in those who had a previous positive screening.

Keywords: Causality, sex factors, risk factors, cervix uteri, Uterine Cervical Neoplasms, biopsy.

I. INTRODUCCIÓN

En América Latina - El Caribe se han identificado 1,412,732 casos nuevos cada año, de los cuales 730,239 son de mujeres. Asimismo, se han registrado 672,758 decesos por año, 327,033 de ellos son del sexo femenino “(International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018)”.

En el Perú, se identificaron “1,479,359 casos nuevos de cáncer por año en ambos sexos”. A diferencia de otras estadísticas a nivel mundial, las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia en diversos tipos de cáncer, representando el 51.78% “(International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018)”.

Las clases de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia son cáncer de mama (206,719), neoplasia de vías digestivas bajas (67,325), cérvix (60,290), cáncer de tiroides (46,733) y cáncer de pulmón (39,657) “(International Agency for Research on Cancer (IARC), 2018)”.

Sin embargo, 344,072 mujeres fallecieron a causa de cáncer. Las peruanas mueren, en su mayoría, con neoplasia de senos (54,416), en pulmones (34,732), neoplasia de vías digestivas bajas (33,442), cérvix (30,154) y neoplasia de vías digestivas altas (23,377) “(International Agency for Research on Cancer (IARC), 2018)”.

Para mayor entendimiento el trabajo de investigación se desarrolló según estructura de la universidad. Dando inicio con el Planteamiento, descripción y formulación del problema, Antecedentes nacionales e internacionales acordes con las variables a relacionar. Justificación y limitaciones de la investigación, además el objetivo y la hipótesis. Se amplió con el Marco teórico, bases teóricas, definición de conceptuales y operacionales. Método de la investigación: tipo, nivel, diseño, población y muestra tabla de operacionalización de variables, instrumento,

procedimiento, análisis y consideraciones éticas. Para concluir con los resultados y la discusión de los resultados y finalizar con las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

1.1. Planteamiento del problema

La neoplasia maligna es una enfermedad que ataca a 18,078,957 personas cada año. Desde el 2013, se lograron identificar casi 44,000,000 de individuos con neoplasia, de todos ellos, el 51.23% de las personas con alguna neoplasia son mujeres (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018)

Esta enfermedad ha causado la muerte a 9,555,027 personas cada año, de las cuales 4,169,387 son mujeres” (International Agency for Research on Cancer -IARC, 2018)”

Dentro de los tipos más frecuentes de cáncer en mujeres, se encuentra cáncer de mama (2,088,849 casos), neoplasia de vías digestivas bajas (823,303), en pulmones (725,352), en cérvix (569,847) y en tiroides (436,344) “(International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018)”.

El único registro de la capital del 2010-2012, reporta 32,865 casos sólo en la ciudad de Lima. En nuestra ciudad capital, el 40.9% padece cáncer de mama (6,030), el 21.1% cáncer de cuello uterino (3,163), 13.8% cáncer de estómago (2,150), 11% cáncer de tiroides (1,655) y 10.3% cáncer de colon (1,609) “(Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016)”

Además, dentro del cáncer por grupo etario se destaca que en los ciudadanos varones con cero a catorce años y en los mayores de sesenta y cinco presentan cáncer con mayor frecuencia; en contraste con el grupo de mujeres de 15 a 64 años,

donde predominan las neoplasias. (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016)

1.2. Descripción del problema

La neoplasia maligna de cérvix es una amenaza latente para las mujeres de todo el orbe. En 2018, se registraron 385,540 casos y 311,365 muertes por cáncer de cervix (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2018)". Además, se ha estimado que dentro de veinte años se elevará a 70% los diagnósticos de cáncer. (Saldaña y Silva, 2018)

En el Perú, en los últimos 5 años se han presentado 169,547 casos de cáncer cervical que constituyen el 8.7% de todos los tipos de cáncer. Sólo en el año 2018, se registraron 44,063 diagnósticos de este "tipo de cáncer (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018)".

Los registros de muertes por cáncer cervical más altos se identificaron en la región Loreto en 18%, seis puntos porcentuales menos siguen Huánuco con 12%, la región Ucayali con 10%, Cerro de Pasco con 9% y Lima en 4.2%". (Ministerio de Salud, 2017a)

El cáncer cervicouterino es la enfermedad con mayor prevalencia en la mujer. La OMS afirma que casi todas las personas que tienen sexo son infectadas por VPH en algún momento de sus vidas. Además, el período de mayor número de infecciones se presenta poco después de la iniciación de la vida sexual activa". "(*Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino, s. f.*)"

La infección de VPH de alto riesgo se detecta en mayor cantidad en mujeres. El serotipo 16 es la primera cepa detectada en la mayoría de las mujeres, el segundo serotipo más frecuente es el VPH 18. Estos virus se detectan 7 a 9 diagnósticos de

lesiones escamosas intraepiteliales (LIE)” sobre todo en LIE de alto riesgo. (Marañón et al., 2017)

Las mujeres que tienen cáncer de cérvix tienen alguno de los ocho tipos más comunes que son el serotipo 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58, y causan cáncer de cérvix en 8 de cada 10 usuarias. (Marañón et al., 2017)

Muchos autores concluyen que los factores de riesgo son tener actos sexuales antes de los diecisiete años, tener muchos embarazos, uso anticoncepción oral, cantidad de compañeros en la intimidad e infectarse con VIH. Otro factor poco considerado es el fumar por diez a 20 años continuos y no tener ningún tamizaje de CaCu (OR = 6,538; IC=2,621 – 16,306; p = 0,000). (Rocha, et al., 2012; Saldaña y Silva, 2018)

Respecto a empezar el coito, se ha descrito que el acto sexual con dieciocho años o menos, tiene más riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino versus las mujeres que tienen relaciones después de diecinueve años “(OR=5M663; I.C.=2,916 – 11,000; p = 0,000)”. (Saldaña y Silva, 2018)

Asimismo, se ha identificado como factor protector tener como máximo dos compañeros sexuales en toda su vida (Arias y Escobar, 2017) pues aquellas que tienen más de 2 compañeros sexuales tienen cuatro veces más riesgo de padecer CaCu. (Saldaña y Silva, 2018)

Se describe que las enfermedades sexuales y tomar anticoncepción oral por más de cinco años predisponen a las mujeres a padecer CaCu “(chi²=33.54 p=0.0000 OR 11.70 IC 4.78– 28.64)”. (Espino et al., 2016; Saldaña y Silva 2018)

También, se menciona que tener hijos antes de los dieciocho años (p = 0.007; OR = 5.12, IC: 95% 1.41 - 18.52)” y tener más de tres gestaciones (p = 0.001, OR = 5.03, IC95% 1.94 - 13.05) predisponen a CaCu. (Vitorino, 2018)

Incluso, respecto a la raza, se concluyó que las mujeres de raza nativa en la selva del Perú son más propensas a padecer cáncer de cuello uterino (CaCu) en relación con las de raza mestiza (OR = 2,043; IC. = 1,793 – 2,329; p = 0,001)". (Saldaña y Silva, 2018a)

El diagnóstico más frecuente en los precáncer de CaCu es la displasia leve en 54,5% de los casos y moderada en 36,3%; en mujeres con edad entre 40 y 44 años y los 25 a 29 años. (Sanjuán et al., 2019a). Sin embargo, en términos generales, 90 de cada 100 casos detectados de CaCu son carcinomas en el exocérvix. (Méndez, 2016)

Acorde a los estadios, se estableció supervivencia de noventa y dos por ciento para el estadio I, cincuenta y nueve por ciento para el estadio II, treinta y siete por ciento para el estadio III y dieciocho por ciento para el estadio IV de CaCu. Es importante mencionar que la supervivencia va relacionada con la edad. (Amengual et al., 2021).

Si bien, cada año se incrementa la supervivencia a este tipo de cáncer, la prevención constituye una de las principales acciones que realizamos los obstetras o personal de salud para diagnosticar los casos en estadios tempranos. Así, se utilizan muchas pruebas para identificar las lesiones precancerosas y/o CaCu como el PAP y la IVAA. En contraste con la citología, la biopsia es el Gold Standard. Se determina que la citología es una prueba poco sensible (30.6%), pero muy específica (88.4%) que nos es útil para determinar la capacidad de detectar a las mujeres verdaderamente sanas". "Cuando se compara el IVAA frente a la biopsia muestra al IVAA con muy alta sensibilidad (99.3%) que permite detectar lesiones de cuello en personas enfermas, pero obtuvo una especificidad muy baja (5.8%), representando una alta tasa de falsos positivos". Si se combina el PAP con IVAA se obtiene una

sensibilidad moderada (74%) y la especificidad baja (35%). Por tanto, estos hallazgos concluyen que es mejor una biopsia para determinar CaCu. (Rosado et al., 2017)

La IPRESS donde se realizará el estudio está situada en la zona de Lima Este. En esta parte de la ciudad se evidencia un crecimiento notable de la población femenina, registrándose 144,284 habitantes “mujeres en edad fértil (MEF)”. En promedio hacen anualmente 13,056 tamizajes por Papanicolaou, IVAA y Test ADN-VPH”, de los cuales se diagnosticaron a 1 de cada 20 mujeres con displasias leves y severas (DIRIS Lima Este, 2018). Considerando que sólo se logra tamizar al 9% de la MEF en esta zona de Lima, es preciso determinar las conductas riesgosas ginecoobstétricas para CaCu, a fin de fortalecer la prevención y empoderar a la mujer peruana en favor de su salud reproductiva.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores ginecoobstétricos asociados a resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores obstétricos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino?
- ¿Cuáles son los factores ginecológicos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino?
- ¿Existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Rodríguez et al. (2019). En su investigación realizaron un estudio con 1,010 señoras entre treinta y sesenta y cuatro años entre diciembre 2014 y agosto de 2017. En la presente investigación el grupo etario con más casos de lesiones precancerosas fue el de mujeres con edad entre 40 y 49 años y el de 30 a 39 años. Además, se concluye que 1 de cada 100 mujeres tuvo diagnóstico de lesión precancerosa. Este estudio permitió el contraste de PAP con la biopsia donde se observa que el PAP tiene “sensibilidad de 54% y una especificidad de 84%, mientras que el test de VPH tuvo una sensibilidad de 100% y una especificidad de 88.7%”

Marañón (2017). En su revisión concluyeron que la neoplasia cervical uterina es una enfermedad que afecta a residentes en países desarrollados o en proceso de desarrollo. Asimismo, en seres que asumen conductas sexuales irresponsables, es por ello que se promueve una mejor comunicación para fomentar acciones de cultura en sexual.

Velázquez et al. (2019). En su efectuaron una investigación observacional, descriptiva, con la participación de 129 mujeres con edad. En este estudio concluyeron que las lesiones precancerosas de cérvix se presentan con mayor frecuencia en mujeres entre 25 y 44 años en más del 70% de los casos. Asimismo, tuvieron su primera menstruación antes de los 12 años, su primera relación fue antes de los 15 años y más del 80% fueron multíparas.

Sarmiento y Puerto de Amaya (2020) En su investigación realizaron un estudio hacia el pasado, transversal para valorar la frecuencia de exposición a factores de riesgo para CaCu. En ese sentido, se encontró como factores con alta prevalencia el

tener relaciones sexuales por debajo de catorce años, tener más de un contacto sexual, no uso de condón y persona fumadora.

Montero et al. (2018) en su investigación efectuaron un estudio de una sola variable y transversal a 125 usuarias en las cuales se presentó como factores de riesgo el inicio de actividad sexual entre los quince y diecinueve años, leucorrea y sangrado postcoital.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Efectuaron un estudio con diseño observacional, hacia el pasado, una sola variable y con recolección de datos una sola vez en el tiempo en el cual se estudiaron a 1,108 mujeres con biopsia y resultado positivo para PAP e IVAA. Así, se destaca que el promedio fue 41 años en las cuales el 8.2% fue PAP positivo y 27.6% fueron IVAA positivo. El PAP frente a la biopsia tuvieron una sensibilidad de 30.6% y especificidad de 88.4%; en el caso de IVAA frente a biopsia obtuvieron una sensibilidad de 99.3% y especificidad de 5.8%. (Rosado et al., 2017)

Realizaron un estudio con los resultados de biopsias, IVAA y PAP. Los resultados indican: PAP tiene sensibilidad: 60.9% y especificidad: 73.8%, IVAA: sensibilidad: 71.4% y especificidad: 34.5%. Cuando se utilizan ambas pruebas la sensibilidad disminuye a 42.9% e incrementa la especificidad a 82.8%. (Millones y Gonzales, 2017)

Santillán realizó un estudio hacia el pasado, analítico y con 294 usuarias divididas en dos grupos. Los resultados indicaron que el grado de paridad y la obesidad fueron factores significativos en el grupo de las mujeres con CaCu. (Santillan, 2020)

Utilizaron la metodología retrospectiva y observacional para identificar conductas riesgosas asociadas a CaCu. Así, concluyeron que las conductas riesgosas son el inicio de relaciones sexuales en menores de edad, tener 2 o más parejas sexuales e ITS. Asimismo, se detectó como factor protector tener como máximo 2 compañeros sexuales en toda su vida sexual (Arias y Escobar, 2017)

Kuroki et al., (2018) En su investigación utilizaron el tipo de estudio retrospectivo en 100 mujeres con CaCu. Los resultados reportan que hubo mayores casos en mayores de treinta y cinco años, con pareja estable, multíparas y no usuarias de anticoncepción hormonal; sin embargo, no hubo asociación entre la anticoncepción hormonal y el CaCu.

Saldaña y Silva (2018) En su estudio de tipo casos y controles en 125 pacientes cáncer de cérvix, concluye que las conductas riesgosas más habituales son empezar relaciones sexuales por debajo de 19 años (OR=5.663) y fumar cigarrillos (OR=6.538). Además, no se encuentra la susceptibilidad genética como un factor de riesgo.

Ruiz et al. (2017) En su investigación "Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015" realizaron un estudio transversal a 144 mujeres con vida sexual activa. Del total de mujeres, el 14% fue positivo para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Así, se concluye que existe una asociación citológica al VPH, tener inflamación severa en cérvix y haber iniciado relaciones sexuales a los 14 años.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

Este estudio pretende innovar en el registro e identificación de conductas riesgosas en mujeres potenciales a desarrollar CaCu, de modo que se permita ampliar los conocimientos e implementar nuevas estrategias en el primer contacto con las usuarias en los servicios obstétricos.

1.5.2. Justificación práctica

El cáncer afecta a más de 18,000,000 de personas por año y desde hace 7 años se han reportado casi 44,000,000 millones de casos. “(International Agency for Research on Cancer -IARC, 2018)”. Sólo en Centro y Sudamérica, la mortalidad por cáncer de cérvix es 3 veces más altas en contraste con América del Norte, lo que demuestra la disparidad en temas de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2018) En Perú se registran alrededor de 380,000 casos de CaCu y 311,000 muertes por este tipo de cáncer (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2018). El CaCu tiene el segundo puesto entre los cáncer prevalentes en el último lustro (International Agency for Research on Cancer - IARC, 2018) y uno de los que se detecta tardíamente. Por ello, esta investigación pretende aportar información sobre aquellas conductas riesgosas que predispone a que las usuarias desarrollen CaCu, los cuales servirán para establecer nuevas estrategias de atención e identificación de casos en los registros clínicos y en la atención médica. Incluso, se espera reducir la cantidad de usuarias con CaCu al identificarlos oportunamente.

1.5.3. Justificación metodológica

Los instrumentos utilizados pueden ser soporte para investigaciones similares, y así ampliar los conocimientos en la identificación precoz de mujeres con conductas riesgosas para CaCu.

Las pruebas más utilizadas en el país son el test de ADN-VPH, el PAP e IVAA (Ministerio de Salud, 2017b) (Rosado Flores et al., 2017a). En la IPRESS donde se realizó el estudio pertenece a la DIRIS Lima. Este. Esta DIRIS logra tamizar sólo al 9% del total de la población de MEF cada año, de estos casos se identificó a 816 usuarias con lesiones precancerosas de CaCu. En esta IPRESS sólo se toman 204 tamizajes de CaCu al año, limitando la oportunidad de las mujeres a conocer y actuar prontamente sobre su estado de salud (DIRIS Lima Este, 2018). Por ello, este estudio se hizo con la intención de generar conciencia en la población y a los profesionales de la salud en la importancia de detectar a tiempo las conductas riesgosas, y se insta al análisis de los gestores de salud sobre los motivos por los cuales no se logra extender los tamizajes de a todas las mujeres del país y sugerir alternativas de mejora.

1.5.4. Justificación social

A nivel nacional, este estudio beneficiará a las usuarias quienes podrán reconocer sus propias características y comportamientos de riesgo para valorar la importancia de una pronta atención e inspección con pruebas que les permitan saber si están sanas, tienen lesiones o CaCu.

A nivel de la IPRESS donde se realizó el estudio, como institución pública, tiene la finalidad de atender a las personas enfermas, y además proporcionar a las usuarias atenciones en prevención de enfermedades a fin de evitar diagnósticos tardíos de CaCu que constituyen un mayor gasto en la salud de los peruanos.

1.6. Limitaciones de la investigación

Las pacientes proceden de un solo establecimiento, con sus características particulares que podrían afectar al estudio. Esto se controló ajustando los resultados por las variables de control. La asignación de los pacientes que tuvieron biopsia se basó únicamente en la disposición de la población registrada en dos años de estudio y no debido a características de los pacientes, por lo que no debería introducir sesgo. Asimismo, por la poca demanda de los servicios de salud contemplados en nuestras variables de estudio, se consideró la totalidad de pacientes con biopsia atendidas entre los años 2018 y 2019.

Este es un estudio observacional, en el que los resultados reflejan las situaciones de riesgo sexual y reproductivo de las pacientes que persisten en el tiempo.

Este estudio no generó una carga extra de trabajo al personal asistencial, y fue posible realizarse debido a que la información necesaria viene recolectándose estadísticamente como parte de los indicadores de servicios de este establecimiento de salud.

Este proyecto buscó estudiar si existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.

Espacio:

Área de Gineco- Obstetricia de una IPRESS de Lima.

Tiempo:

Se desarrolló durante un periodo del año 2018 y 2019, periodo que permitió medir las variables.

Unidades de estudio:

Mujeres que se hayan realizado biopsia de cuello uterino en una IPRESS de Lima.

Temático:

Se delimita en sus dos variables los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres en una IPRESS de Lima.

Recursos:

La investigadora cuenta con los recursos necesarios para desarrollar esta investigación.

1.7. Objetivos de la investigación

1.7.1. Objetivo general

Determinar si existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.

1.7.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores obstétricos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.

- Identificar los factores ginecológicos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.
- Asociar los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

Existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.

1.8.2. Hipótesis específicas

- Existe asociación entre los factores obstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.
- Existe asociación entre los factores ginecológicos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.
- Los factores ginecoobstétricos se asocian al resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1. Teorías del cáncer

Respecto a la teoría viral del cáncer, Dosne Pasqualini nos explica que, en el año 1911, Peyton Rous realizó un descubrimiento en el cual se podía trasplantar un sarcoma de ave a otra ave con extractos del tumor cuyo origen atribuyó a un virus al que hoy se denomina Rous sarcoma virus. (Dosne Pasqualini, 2003). En 1936, Bittner identificó la transmisión del cáncer de mama entre ratones por medio del amamantamiento, a esto se le llamó "factor leche", evitando la palabra virus para el agente que hoy es conocido como MMTV (mouse mammary tumor virus). (Dosne, 2003)

A lo largo de las décadas se descubrieron virus causantes de sarcomas y leucemias y empezó a lo denominado como "oncovirus humano". Este oncovirus no era exógeno en un inicio, luego de ello en 1970 Temin y Baltimore demostraron que el virus de Rous (virus ARN) se copiaba al ADN mediante la transcriptasa inversa incorporándose así al genoma celular en forma de provirus. Temin afirmaba que detectado el antígeno se puede identificar el anticuerpo, y por ende se podría llegar a "vacunar" contra el cáncer; sin embargo, ello no pudo concretarse. A esto se le denominó la teoría del oncogén. (Dosne Pasqualini, 2003) (Rubiano, 2010). Luego de muchos estudios se descubrió que las células que causan cáncer se copian, por tanto, la célula neoplásica era parte del organismo. (Dosne, 2003; Niederhuber et al., 2020)

Posterior a ello, nace la teoría del anti-oncogén o genes supresores de tumor, en 1984, la cual afirma que el hecho que algunas células desarrollen cáncer y otras no se debe a la inactivación de los dos alelos de un gen determinado. Estos son

considerados como anti-oncogénos o genes supresores de tumor, pues frenan el desarrollo de cualquier enfermedad y mantienen a la célula normal. (Mukherjee, 2014)

Con las teorías de los precursores y supresores de tumores, se plantea una nueva teoría: la teoría génica del cáncer. Esta nueva teoría génica plantea que el cáncer surge como consecuencia de cambios y/o alteraciones en el ADN genómico. Con ello, se concluye que el cáncer es una secuencia de eventos mutagénicos. (Dosne 2003)

Finalmente, se postula la teoría de la inflamación o del microambiente, en la cual el hecho que una célula se modifique genéticamente no necesariamente forma un tumor. Sin embargo, la estimulación inflamatoria del microambiente (linfocitos, macrófagos, células dendríticas, etc) y la vascularización provocan un crecimiento y proliferación del cáncer. Así, muchos utilizan tratamientos para reducir esta vascularización y con ello buscan reducir el tumor. (Dosne, 2003)

2.1.2. Anatomía del cuello uterino

El cuello uterino está tapizado por dos tipos de epitelio, el exocervical, que es plano pavimentoso y el endocervical, que es cilíndrico muco-secretor. El sitio de unión de ambos epitelios es muy variable, ya que está relacionado con la edad, y depende en gran parte de la acción de las hormonas ováricas, de la menarca, del coito y del embarazo. En las mujeres que aún no han tenido relaciones sexuales, el 28% presenta una ubicación endocervical y en el restante 72% ocupa el exocérvix (Carchipulla, 2018).

El sitio de unión de estos dos epitelios se llama zona de unión escamocolumnar (UEC) y consiste en un área dinámica, sujeta a fenómenos proliferativos y de remodelación que transforman el epitelio cilíndrico al epitelio pavimentoso. El cambio

del epitelio cilíndrico al epitelio plano se denomina metaplasia, el cual es un fenómeno fisiológico. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

2.1.2. Epitelio cervical y vaginal

El epitelio pavimentoso que recubre el exocérnix y la mucosa vaginal está constituido primordialmente por tres zonas, en donde hay igual número de tipos celulares con características morfológicas comunes a cada área. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

La capa profunda, en la que se presentan los fenómenos constantes de regeneración, tiene varias hileras de células basales, cuya capa más profunda (capa germinal), está formada por los elementos responsables del recambio celular y, en consecuencia, de la integridad del epitelio. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

Las células basales contienen abundantes ribosomas y escasos tonofilamentos; los restantes orgánulos son escasos, a diferencia de las células intermedias, en las cuales la diferenciación es casi completa, hay glucógeno y tonofilamentos; los núcleos y los desmosomas sufren cambios acentuados conforme se acercan a la superficie. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

Hay una serie de características inmunohistoquímicas en las células de los diversos estratos del epitelio escamoso cervical: la proteína p53 presenta su máxima expresión en las células parabasales; la proteína p63 se expresa difusamente en las células parabasales e intermedias; Ki67 solo se encuentra en las células basales más profundas, mientras que las parabasales son negativas; esta inmunorreacción demuestra la actividad proliferativa y de regeneración que poseen estas células que son consideradas células madre. (Maturana et al., 2014)

La capa intermedia, que es la más gruesa, presenta varias hileras de células cuya diferencia morfológica fundamental con las células superficiales consiste en el núcleo de mayor tamaño; está formada por células aplanadas, poligonales, de núcleo vesiculoso. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

La presencia de glucógeno citoplasmático se manifiesta en las células intermedias y superficiales, de preferencia en las células intermedias en forma cíclica, por la acción de ciertas hormonas, como la progesterona. (Borja y Franco, 2001)

La queratinización del epitelio, perceptible tanto clínicamente como microscópicamente, es un fenómeno raro, que se hace aparente en forma de cornificación celular y leucoplasia, el cual se presenta únicamente en condiciones patológicas, como la irritación física por infección por ciertos virus. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

El epitelio cervical recubre un estroma fibroconectivo, rico en vasos capilares, y está separado del mismo por una banda eosinófila que corresponde a la membrana basal. Dicha membrana, o lámina basal, tiene una gran importancia en las alteraciones del crecimiento y la diferenciación de las células epiteliales. (Chuaqui, 2000)

Epitelio endocervical, la mucosa endocervical esta tapizada por una hilera de células cilíndricas productoras de moco. Esta secreción tiene funciones específicas y suele modificarse por la influencia de las hormonas ováricas. (Alonso de Ruiz et al., 2005)

El epitelio del canal endocervical es cilíndrico mucosecretor, y reviste tanto la superficie como las hendiduras y criptas subyacentes a la mucosa superficial. Esta arquitectura del endocérvix tiene un especial interés clínico, pues se integran conglomerados de las prolongaciones de la mucosa y constituyen túneles o

estructuras tubulares que en ocasiones forman lóbulos. (Sellors & Sankaranarayanan, 2000)

2.1.3. Cáncer de cuello uterino

Es la neoplasia maligna que se origina, por lo general en la unión escamo columnar del cuello uterino y que normalmente se encuentra asociado a la infección por virus del papiloma humano (Sociedad Americana de Cáncer, 2020). La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y al dar a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación. (InfoCancer México, 2019)

Historia natural

La historia natural del cáncer de cérvix muestra un desarrollo lento en su fase precancerosa, transcurriendo un periodo de varios años entre la detección de las lesiones precancerosas (neoplasia cervical intraepitelial: C.I.N.) y la aparición del cáncer invasor. Se considera que las C.I.N. tienen una posibilidad de curación de prácticamente el 100%, y su detección se realiza mediante una técnica sencilla, la citología cervicovaginal. (Serman, 2002)

La historia natural de la enfermedad comienza con la infección del virus del papiloma humano, sin embargo, debe quedar claro que la infección por sí sola, no es suficiente para inducir carcinoma en una paciente inmunocompetente. La infección por un virus de tipo oncogénico (alto riesgo) más la presencia de cofactores en el proceso de la enfermedad (factores de riesgo) pueden condicionar la carcinogénesis cervical. Dicho proceso inicia con la presencia de células atípicas en el epitelio cervical lo cual es conocido como displasia (Organización Mundial de la Salud, 2019). Las lesiones displásicas pueden ser leves, moderadas o severas las cuales son

consideradas precursoras del carcinoma in situ y del carcinoma invasor. Estas lesiones son también llamadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC I, NIC II o NIC III). Es importante mencionar que no todas las lesiones displásicas evolucionaran a cáncer, las lesiones con displasia leve tienen una mayor probabilidad de regresar espontáneamente que las lesiones con displasia severa. Así las lesiones NIC I solo progresarán a cáncer invasor en un 1% mientras que las lesiones NIC III lo harán en más del 15%. Una vez que dicha lesión ha traspasado las membranas basales considerada como carcinoma invasor. (Sellors & Sankaranarayanan, 2000)

Desde el punto de vista histológico entre el 80% y el 90% de los carcinomas son de tipo epidermoide, asociado principalmente al VPH 16; mientras que el 10% al 15% son diagnosticados como adenocarcinoma, que se asocia principalmente al VPH 18. Otros tipos menos frecuentes son el carcinoma adenoescamoso, el carcinoma adenoideo quístico y el carcinoma de células claras. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

El cáncer escamoso de cuello uterino se origina a partir de tres tipos celulares: células de reserva, células basales del epitelio escamoso o células basales de metaplasia. Por otra parte, los adenocarcinomas de cérvix, del mismo modo, proceden de células de reserva o de células del epitelio columnar. De la misma manera que el origen celular puede ser múltiple, otro tanto ocurre con el número de células. Procede de una célula o de varias. A veces puede presentarse de forma multicéntrica. En los carcinomas escamosos lo más frecuente es que el cáncer se origine a partir de las células de reserva que probablemente proceden del epitelio columnar y no del estroma, como clásicamente se decía (marcadores positivos a citoqueratinas y negativos a vimetinas). Estas células de reserva inician el proceso de metaplasia para transformarse en epitelio pavimentoso y modifican su evolución fisiológica en sentido

maligno por efecto de estímulos oncogénicos múltiples entre los cuales el mejor conocido es el VPH (García A et al., 2009).

Otros factores que pueden estar implicados en la oncogénesis han sido discutidos en el apartado de epidemiología (factor masculino, estímulos hormonales, otras infecciones (herpes, VIH, etc.). También se ha implicado en el origen del cáncer cervical uterino la pérdida de la heterocigocidad (LOH) con pérdida de segmentos cromosómicos especialmente en los cromosomas 3,5,11,17 y X. Las mutaciones de la P53 en ausencia de VPH se relacionan con este tipo de tumores (Chuaqui et al., 1999).

El NIC I es más prevalente entre los 15 y 30 años, el NIC II entre los 30 a 34 años, y el NIC III entre los 35 a 49 años. La progresión de estas lesiones premalignas depende actualmente de las condiciones de los diferentes países, de sus distintas estrategias de detección precoz con distintas poblaciones, de diferentes factores socioculturales y de distintos estándares de atención sanitaria. La NIC II muestra tasas de progresión a una neoplasia más severa de 25%, la NIC III presenta una tasa de progresión hasta carcinoma invasor de hasta 70% y regresiona hasta en un 32%.

Por este motivo se ha considerado a la NIC I de bajo grado y a NIC II Y III de alto grado. El tiempo de evolución de una displasia hacia un carcinoma de cuello uterino es de aproximadamente entre 10 y 20 años, lo que hace que el cáncer cérvico-uterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir. La edad promedio de las mujeres con cáncer in situ es 10 a 15 años inferior a la media de las pacientes con carcinoma invasor (Moré et al., 2013).

2.1.4. Resultados patológicos - Sistema Bethesda

El sistema Bethesda divide esta categoría en dos grupos, los cuales se describen a continuación:

- ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado, (atypical squamous cells of undetermined significance, ASC-US). A veces los cambios están relacionados con una infección por VPH, pero pueden ser causados también por otros factores. (Muñoz, 2018)
- ASCH, (atypical squamous cells), las células escamosas atípicas, no pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Las células no parecen normales, pero los médicos no están seguros del significado de los cambios celulares. Es posible que exista un riesgo mayor de que las lesiones ASC-H sean precancerosas en comparación con las lesiones ASC-US. (Muñoz, 2018)
- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, (low-grade squamous intraepithelial lesions, LSIL), se consideran anomalías leves causadas por una infección por VPH. De bajo grado significa que se han observado los primeros cambios en el tamaño y en la forma de las células. Intra-epitelial se refiere a la capa de células que forma la superficie del cérvix. (Muñoz, 2018)

Las LSIL a veces se clasifican como displasias leves. Estas también se pueden clasificar como neoplasias intraepiteliales de cérvix (CIN-1, cervical intraepithelial neoplasia) (Muñoz, 2018)

- Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, (high-grade squamous intraepithelial lesions, HSIL), las HSIL comprenden lesiones con displasia moderada o grave y carcinoma in situ (CIS). A veces las lesiones HSIL se clasifican como CIN-2, CIN-3, o CIN-2/3. El CIS normalmente se incluye en la categoría CIN-3. (Muñoz, 2018)

- Carcinoma de células escamosas, (squamous cell carcinoma).

Las células escamosas anormales han invadido más profundamente el cérvix, así como otros tejidos u órganos. (Muñoz, 2018)

Las anomalías de las células glandulares se dividen en las siguientes categorías:

- Células glandulares atípicas, (atypical glandular cells, AGC), significan que las células no parecen normales, sin embargo, no hay seguridad del significado de los cambios celulares. (Muñoz, 2018)
- Adenocarcinoma endocervical in situ, (endocervical adenocarcinoma in situ, AIS), significa que las células precancerosas se encuentran solamente en el tejido glandular del cérvix. El adenocarcinoma incluye no solamente el cáncer del canal endocervical mismo, sino también, en algunos casos, el cáncer endometrial, el cáncer extrauterino y otros cánceres (Muñoz, 2018).

Estadios del cáncer de cuello uterino

Se utilizan varios sistemas de estadificación del cáncer cervicouterino. El de la FIGO, basado en el tamaño del tumor y el grado de propagación de la enfermedad dentro de la pelvis y a órganos distantes, es el más utilizado. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

El sistema de estadificación de la FIGO describe cuatro etapas progresivamente más avanzadas de cáncer cervicouterino, del estadio I al estadio IV. (Junta Editorial CancerNet, 2012).

Estadio I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

El diagnóstico de los estadios **IA1 y IA2** debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IA: Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IA1: La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IA2: La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IB: Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IB1: Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.

Estadio IB2: Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IIA: Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IAB: Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio III

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IIIA: Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IIIB: Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IVA: Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

Estadio IVB: Extensión a los órganos distantes. (Junta Editorial CancerNet, 2012)

2.2. Definiciones conceptuales

2.2.1. Factores ginecoobstétricos

Un comportamiento de riesgo es cualquier característica del paciente o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad.(Organización Mundial de la Salud, 2002). En el caso de este estudio, corresponde a los comportamientos de riesgo respecto a su salud sexual y reproductiva (Martínez-López et al., 2019)

A continuación, se enlistará todos los factores encontrados en diversas fuentes de información:

2.2.1.1. Número de embarazos. Relacionado al número de gestaciones que tiene una mujer, independiente del resultado del embarazo.(Agüero et al., 2001)

2.2.1.2. Número de partos. Relacionado al número de embarazos a término. (Agüero et al., 2001)

En cuanto a la paridad, se ha observado que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor que las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; si tienen más de cuatro hijos el riesgo se triplica, con más de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces.(Saldaña et al.,2018)

2.2.1.3. Número de cesáreas. Número de cirugía realizadas a la gestante para el nacimiento de su bebé. El bebé será retirado a través de una incisión en el abdomen de la madre. (Medline, s. f.)

2.2.1.4. Edad de la menarca. Edad en la que inicia su menstruación (Rodríguez Gómez et al., 2007)

2.2.1.5. Edad de inicio de relaciones sexuales. Definido como la edad en la que inició relaciones sexuales coitales. El coito es referido a la introducción del pene en la vagina. Puede ser también un coito anal o un coito oral, cuando la introducción del pene es en el recto a través del ano o en la boca respectivamente. (Universidad de Chile, s. f.)

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. (Naranjo Hernández et al., 2017)

2.2.1.6. Número de parejas sexuales. Definido como la cantidad de personas con las que ha mantenido coitos (Rodríguez Mármol et al., 2016). Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.^{3, 23} Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales. (Alonso Fleites et al., 2011)

2.2.1.7. Uso de anticonceptivos. Se define a método anticonceptivo cómo cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo (Oficina para la Salud de la Mujer en la Oficina del Subsecretario de Salud y el Depto. de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2020)

2.2.1.8. Tipo de anticonceptivos. Entre los métodos anticonceptivos se destacan la anticoncepción reversible de larga duración, métodos hormonales, métodos de barrera, anticonceptivos de emergencia y la esterilización (Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver [NICHD], 2019).

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

2.2.1.9. Se realizó algún tamizaje en los últimos 3 años. Según los estudios es preciso que las mujeres en edad fértil se realicen tamizaje con Papanicolaou, IVAA o Test ADN – VPH para detectar lesiones precancerosas (American Cancer Society, s. f.)

2.2.1.10. Año del último tamizaje. Definido como el último año en el que se realizó un tamizaje de Papanicolaou, IVAA o Test ADN – VPH (American Cancer Society, s. f.)

2.2.2. Biopsia de cuello uterino

El Instituto Nacional del Cáncer define biopsia como la “extracción de células o tejidos para ser examinados por un patólogo”. (*Definición de biopsia - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer, 2011*)

Los tejidos que se extraen del cuello uterino pasarán por una técnica de procesamiento de tejidos, sea inclusión con parafina o congelación-deseccación. Posterior a este tratamiento, el patólogo observará las células de cérvix por medio de un microscopio. (*Definición de biopsia - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer, 2011*)

Las formas más comunes para realizar la biopsia son:

- Biopsia por incisión. Mediante este proceso se extrae solo una muestra del tejido.
- Biopsia por escisión. Mediante la cual se extirpa una masa o porción de tejido.
- Biopsia con aguja. Por la cual se extrae una muestra de tejido o líquido con una aguja. (*Definición de biopsia - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer, 2011*)

2.2.3. Variables de control

La variable de control se utiliza con la finalidad de reducir el riesgo de generar cambios en las variables de estudio. (Namakforoosh, 2000)

2.3. Definiciones operacionales

2.3.1. Factores ginecoobstétricos

- **Número de embarazos**

Número de gestaciones que tiene la mujer hasta la fecha en la que participa en el estudio.

- **Número de partos**

Número de partos que tiene la mujer hasta la fecha en la que participa en el estudio.

- **Número de cesáreas**

Número de cesáreas que tiene la mujer hasta la fecha en la que participa en el estudio.

- **Edad de la menarca**

Edad en años en que la mujer tuvo su primera menstruación.

- **Edad de inicio de relaciones sexuales**

Edad en años en que la mujer tuvo por primera vez relaciones sexuales coitales.

- **Número de parejas sexuales**

Número de personas con las que la mujer que participa en el estudio tuvo coitos.

- **Uso de anticonceptivos**

Definido como el uso de métodos anticonceptivos, en la cual podrá elegir las opciones si y no, debiendo marcar sólo una de las alternativas.

- **Tipo de anticonceptivos**

Respecto a este ítem, la mujer deberá marcar que tipo de anticonceptivos usa.

Si marcó No en la pregunta anterior, deberá colocar la opción “ninguno”. Caso

contrario, podrá elegir entre los anticonceptivos orales combinados, inyectable mensual, inyectable trimestral, preservativo y dispositivos intrauterinos.

– **Se realizó algún tamizaje en los últimos 3 años**

Referido al tipo de tamizaje que se realizó en los últimos 3 años. Si la usuaria indicó que no se ha realizado alguna prueba, pasa a la siguiente pregunta. Si marca sí, deberá indicar si se realizó Papanicolaou, IVAA y/o test ADN – VPH.

– **Año del último tamizaje**

Se refiere al año en el que se realizó el último tamizaje de Papanicolaou, IVAA y/o test ADN – VPH.

– **Resultado del tamizaje**

Se deberá indicar el resultado del tamizaje de Papanicolaou, IVAA y/o test ADN VPH.

2.3.2. Resultado de biopsia de cuello uterino

2.3.2.1. Resultado de biopsia de cuello uterino. Posterior a la realización de la biopsia de cuello uterino, con resultado se verificará si se encontró algún tipo de lesión precancerosa o no.

2.3.2.2. Registro de diagnóstico histopatológico. Asimismo, se deberá indicar el resultado histopatológico hallado en la biopsia de cuello uterino.

2.3.3. Variables de control

2.3.3.1. Edad de la paciente. Referido a la edad en años cumplidos a la fecha del estudio.

2.3.3.2. Grado de instrucción. Referido a los años de estudios concluidos, en la cual seleccionará educación primaria, secundaria o superior.

2.3.3.3. Estado civil. Referido al estado marital de la mujer en la fecha que se realiza el estudio. Las opciones son casada, conviviente, soltera y otros.

2.3.3.4. Distrito. Definido como el distrito donde reside la mujer que participa en el estudio

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación fue de tipo analítico, observacional, transversal y retrospectivo.

Con un diseño de caso control, con el fin de encontrar la asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Está representada por todas las mujeres entre 21 y 65 años que se atendieron en la IPRESS de Lima, se realizaron biopsia de cuello uterino y tienen resultado del procedimiento en los años 2018 y 2019.

3.2.2 Muestra

La muestra ha sido determinada a través del cálculo del tamaño muestral en estudio de casos y controles de Pértiga y Pita mediante la siguiente fórmula:

Mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

Frecuencia de exposición entre los casos (p_1): 0.10

Frecuencia de exposición entre los casos (p_2): 0.30

Odds ratio a detectar: 2.00

Nivel de confianza o seguridad (α): 0.95

Potencia: 0.80

Número de controles por caso: 1

Por ello, la muestra está constituida por 62 mujeres en cada grupo.

Para delimitar los grupos caso y control, se dividió a la población en dos grupos con la misma cantidad de usuarias. El grupo caso estuvo conformado por 62 mujeres con resultado positivo de biopsia de cuello uterino; y el grupo control lo conformaron 62 mujeres con resultado negativo de biopsia de cuello uterino, es decir sanas.

3.2.3 Criterios de selección de las mujeres del grupo caso.

3.2.3.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres adultas en edad fértil que se atendieron en la IPRESS de Lima
- Cuenten con resultado positivo de biopsia de cuello uterino

3.2.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes
- Mujeres con menopausia
- Mujeres con trastornos mentales
- Mujeres con diagnóstico de cáncer

3.2.4 Criterios de selección de las mujeres del grupo control.

3.2.4.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres adultas en edad fértil que se atendieron en la IPRESS de Lima

- Cuenten con resultado negativo de biopsia de cuello uterino, es decir que estén sanas.

3.2.4.2. Criterios de exclusión

- Gestantes
- Mujeres con menopausia
- Mujeres con trastornos mentales

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS	Factores obstétricos Factores ginecológicos	Número de embarazos Número de partos Número de cesáreas Edad de la menarca Edad de inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales Uso de anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No Tipo de anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Anticonceptivos orales combinados • Inyectable mensual • Inyectable trimestral • Preservativo • Dispositivos intrauterinos Se realizó algún tamizaje en los últimos 3 años <ul style="list-style-type: none"> • Si • No Tipo de tamizaje <ul style="list-style-type: none"> • PAP • IVAA • Test ADN - VPH Año del último tamizaje Resultado del tamizaje	Cuantitativo Cuantitativo Cuantitativo Cuantitativo Cuantitativo Cuantitativo Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal	Fuente de información secundaria (Ficha de recolección de datos basada en el registro de historias clínicas)
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE Resultado de biopsia VARIABLES DE CONTROL	Resultado de biopsia de cuello uterino Registro de diagnóstico histopatológico Edad de la paciente Grado de instrucción Estado civil Distrito	<ul style="list-style-type: none"> • Positiva • Negativa • Primaria • Secundaria • Superior • Casada • Conviviente • Soltera • Otros 	Nominal Nominal Cuantitativo Ordinal Nominal Nominal	Ficha de recolección de datos basada en el registro de historias clínicas Fuente de información secundaria (Ficha de recolección de datos basada en el registro de historias clínicas)

3.4. Instrumentos

Para realizar esta investigación se utilizaron las historias clínicas de la IPRESS donde se realizó el estudio. Para ordenar mejor la información se diseñó una ficha de recolección de datos, que permitió tomar solo la información correspondiente al estudio.

3.5. Procedimientos

Toda paciente contemplada en este estudio firmó un consentimiento para el tratamiento de datos personales y clínicos con fines netamente científicos y con la intención de mejorar los servicios de salud. Por ello, se cuenta con el registro de la información sexual y reproductiva de la usuaria.

Previa autorización, se accedió al sistema de datos para proceder con la revisión de historias clínicas, las mismas que se sistematizaron en una ficha de registro de datos, colocando sólo la información que fue medida en este estudio.

Posterior a ello, la información de estas fichas se colocó en una base de datos virtual para su respectivo análisis estadístico.

Se asistió tres veces por semana de 8 a 14 horas, constituyendo 6 horas de trabajo semanal para la revisión de las historias.

3.6 Análisis de datos

Los datos recolectados fueron ordenados y tabulados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS versión 26 para Windows. Con el fin de realizar el análisis, se calcularon frecuencias, porcentajes, pruebas de estadística descriptiva y medidas de asociación como Odds ratio (OR).

Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos si $p < 0.05$, para comprobar estas significancias nos apoyamos en los estadísticos de Chi Cuadrado.

3.7. Consideraciones éticas

La ejecución del presente estudio se realizó luego de recibida la correspondiente autorización del Comité de Ética del Facultad Universitaria de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal, con el fin de dar cumplimiento al principio de respeto a la dignidad humana.

Dado que esta investigación no es de tipo experimental, no existe el riesgo de daños a las personas, ya que no hubo ningún tipo de experimentación o intervención dentro del mismo. Se garantizó el anonimato de los/as participantes y el manejo confidencial de la información. Por ende, solo la investigadora accedió a la información recopilada durante el estudio, no se permitió la presencia a ningún miembro de la coordinación del departamento médico, y/u otra dependencia de la IPRESS, durante los momentos de recolección de los datos, con el fin de proporcionar en ese momento total privacidad y confidencialidad.

Los procedimientos para recolectar la información fueron autorizados por la autoridad competente de la IPRESS de Lima. Además, las historias clínicas de los usuarios que participaron en este estudio autorizaron la trata de datos personales y clínicos.

Es preciso mencionar que no hubo beneficios directos para los participantes; sin embargo, los resultados de esta investigación podrían beneficiar en la atención y detección oportuna de lesiones precancerosas de cuello uterino. Asimismo, no hubo algún tipo de compensación monetaria ni de otra forma de retribución por su participación.

Los instrumentos físicos y la información recolectada no contienen datos personales de los participantes. Pero, por motivos de seguridad, se codificó el archivo que quedó bajo llave en custodia de la investigadora.

Toda publicación generada con datos de la presente investigación no contiene información personal de las investigadas. La información es confidencial y está disponible cuando las instancias reguladoras de la IPRESS de Lima y de la Universidad, lo requieran.

El presente estudio no discrimina a los datos de los participantes por etnia, religión u orientación sexual. No incluyó la participación de menores de edad, por requerir consentimiento de los padres.

Este estudio fue evaluado por el Comité de ética de la Universidad y evaluado por las autoridades competentes de la IPRESS de Lima.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Factor obstétrico número de embarazos y resultado de biopsia de cuello uterino

Embarazo	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Por lo menos 1 embarazo	54 87.1%	57 91.9%	111 89.5%
Ningún embarazo	8 12.9%	5 8.1%	13 10.5%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 0.78

Valor de p: 0.37

GL: 1

OR: 0.59 (IC 95% 0.18 – 1.9)

En esta tabla se observa que, en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, el 87% de las mujeres tuvieron por lo menos un embarazo mientras que el 13% no tuvo ningún embarazo. Resultados similares se obtuvieron en el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia donde el 91% tuvo uno o más embarazos y el 9% no tuvo ningún embarazo.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Cómo el OR contiene a la unidad, se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 2

Factor obstétrico número de partos y resultado de biopsia de cuello uterino

Parto	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Por lo menos 1 parto	54 87.1%	56 90.3%	110 88.7%
Ningún parto	8 12.9%	6 9.7%	14 11.3%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 0.322

Valor de p: 0.57

GL: 1

OR 0.72 (IC 95% 0.24 – 2.22)

En esta tabla se observa que el 87% de las mujeres que tuvieron resultado positivo de biopsia tuvieron por lo menos un parto, en contraste con el 13% con el mismo resultado de biopsia que no tienen paridad. Para el grupo de mujeres con biopsia negativa, el 90% tuvo por lo menos un parto y el 10% no ha tenido parto alguno.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Como el OR contiene a la unidad, se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 3

Factor obstétrico número de cesáreas y resultado de biopsia de cuello uterino

Cesárea	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Por lo menos 1 cesárea	4 6.5%	0 0%	4 3.2%
Ninguna cesárea	58 93.5%	62 100.0%	120 96.8%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 4.133

Valor de p: 0.42

GL: 1

OR: 0

En esta tabla se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde casi el 7% ha tenido por lo menos una cirugía tipo cesárea y el 93% no ha tenido antecedente de cesárea. En el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, el 100% no ha tenido cesárea.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Como el OR contiene al cero, el resultado resulta inválido y se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 4

Factor ginecológico edad de primera menstruación y resultado de biopsia de cuello uterino

Edad de primera menstruación	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Menstruación mayor a 12 años	18 29.0%	17 27.4%	35 28.2%
Menstruación en edad promedio (11 a 12 años)	44 71.0%	45 72.6%	89 71.8%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 0.40

Valor de p: 0.842

GL: 1

OR: 1.083 (IC 95% 0.49 – 2.37)

En esta tabla se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde el 29% de mujeres tuvo su primera menstruación a partir de los 13 años y el 71% tuvo su menstruación entre los 11 y 12 años. En el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, el 27% tuvo su menarca a partir de los 13 años y casi el 73% tuvo su primera menstruación en la edad promedio de 11 a 12 años.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Como el OR contiene a la unidad, se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 5

Factor ginecológico inicio de relaciones sexuales y resultado de biopsia de cuello uterino

Inicio de relaciones sexuales	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Relaciones sexuales en edad mayor a 16 años	40 64.5%	33 55.0%	73 59.8%
Relaciones sexuales en edad promedio (15 a 16 años)	22 35.5%	27 45.0%	49 40.2%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 1.15

Valor de p: 0.284

GL: 1

OR: 1.488 (IC 95% 0.72 – 3.08)

En esta tabla se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde el 65% de mujeres inició su actividad sexual a partir de los 17 años y el 35% de las mujeres que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 16 años. En contraste con el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, donde el 55% inició relaciones sexuales a partir de los 17 años y el 45% entre los 15 y 16 años.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Como el OR contiene a la unidad, se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 6

Factor ginecológico número de parejas sexuales y resultado de biopsia de cuello uterino

Número de parejas sexuales	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Más de 2 parejas sexuales	43 69.4%	44 71.0%	87 70.2%
Una pareja sexual	19 30.6%	18 29.0%	37 29.8%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 0.04

Valor de p: 0.84

GL: 1

OR: 0.926 (IC 95% 0.43 – 1.9)

En esta tabla se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde el 69% de mujeres afirma tener más de 2 parejas sexuales y el 31% sólo una pareja sexual. En contraste con el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, donde el 71% inició afirma tener más de 2 parejas sexuales y el 29% sólo una pareja sexual.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Como el OR contiene a la unidad, se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 7

Factor ginecológico uso de métodos anticonceptivos y resultado de biopsia de cuello uterino

Uso de métodos anticonceptivos	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Si	28 45.2%	25 40.3%	53 42.7%
No	34 54.8%	37 59.7%	71 57.3%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 0.29

Valor de p: 0.84

GL: 1

OR: 0.586 (IC 95% 0.60 – 2.49)

En esta tabla se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde el 45% usa algún método anticonceptivo y el 55% que no usa ningún tipo de método. En el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, el 40% usa métodos anticonceptivos y el 60% no usa ningún método anticonceptivo.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Como el OR contiene a la unidad, se concluye que el efecto es indiferente sobre los grupos expuestos.

Tabla 8

Factor ginecológico realización de tamizaje y resultado de biopsia de cuello uterino

¿Se realizó tamizaje en los últimos 3 años?	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Si	62 100%	62 100%	124 100.0%
No	0 0%	0 0%	0 0%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

En esta tabla se observa que todas las mujeres tanto del grupo con resultado positivo como las del resultado negativo de biopsia, se realizaron algún tamizaje en los últimos 3 años.

Tabla 9

Factor ginecológico resultado de tamizaje y resultado de biopsia de cuello uterino

Resultado de tamizaje	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Positivo	38 61.3%	12 19.4%	50 40.3%
Negativo	24 38.7%	50 80.6%	74 59.7%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 22.66

Valor de p: 0.000002

GL: 1

OR: 6.59 (IC 95% 2.93 – 14.85)

En esta tabla se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde el 61% que se realizó algún tamizaje de cáncer de cuello uterino tuvo resultado positivo (NIC I, NIC II) versus el 39% que tuvo resultado negativo en su tamizaje. En el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, el 19% de las mujeres que se realizó un tamizaje obtuvo resultado positivo (NIC I, NIC II) en comparación con el 81% que obtuvo resultado negativo en su tamizaje.

Con un valor de p menor a 0.05, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Cómo el OR es mayor a 1, se concluye tener una biopsia de cáncer de cuello uterino positiva es 6 veces más probable en las mujeres que tuvieron un tamizaje positivo.

Tabla 10*Edad de la paciente y resultado de biopsia de cuello uterino*

Edad	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
21 a 30 años	15 24.2%	12 19.4%	27 21.8%
31 a 40 años	14 22.6%	18 29.0%	32 25.8%
41 a 50 años	14 22.6%	19 30.6%	33 26.6%
51 a 60 años	14 22.6%	12 19.4%	26 21.0%
61 a 65 años	5 8.1%	1 1.6%	6 4.8%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 4.41

Valor de p: 0.35

GL: 4

En esta tabla se observa que en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia predomina las edades de 21 a 30 años en 24% y 22.6% en mujeres de 21 a 30 años, 31 a 40 años y 41 a 50 años. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia predomina las edades de 41 a 50 años en 31%.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

Tabla 11*Grado de instrucción y resultado de biopsia de cuello uterino*

Grado de instrucción	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Primaria	8 12.9%	8 12.9%	16 12.9%
Secundaria	48 77.4%	49 79.0%	97 78.2%
Superior	6 9.7%	5 8.1%	11 8.9%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 0.101

Valor de p: 0.951

GL: 2

En esta tabla se observa que en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia el 77% tiene educación secundaria y sólo un 9.7% tiene educación superior. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia el 79% tiene educación secundaria y el 8% tiene educación superior.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

Tabla 12*Estado civil y resultado de biopsia de cuello uterino*

Estado Civil	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Casada	10 16.1%	13 21.0%	23 18.5%
Conviviente	26 41.9%	26 41.9%	52 41.9%
Soltera	25 40.3%	23 37.1%	48 38.7%
Otros	1 1.6%	0 0%	1 0.8%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 1.46

Valor de p: 0.688

GL: 3

En esta tabla se observa que, en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, el 42% es conviviente y el 40% es soltera. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia el 42% es conviviente y el 37% es soltera.

Con un valor de p mayor a 0.05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentarán los resultados contrastados con diversas investigaciones.

El objetivo general de este estudio fue determinar la asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2019. Por ello, la discusión se realizará contrastando la información de los factores obstétricos y ginecológicos con la variable dependiente.

Respecto a los factores obstétricos en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, se observa que el 87% de las mujeres tuvieron por lo menos un embarazo y parto mientras que el 13% no tuvo ningún embarazo o parto. Asimismo, de este grupo el 7% culminó alguno de sus embarazos por cesárea. Resultados similares se obtuvieron en el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia donde el 90 a 91% tuvo uno o más embarazos que culminaron en parto y el 9 a 10% no tuvo ningún embarazo o parto. En ese sentido, Velázquez, Kawabata y Ríos-González también encontraron que más del 80% de mujeres con resultados positivos para cáncer de cuello uterino fueron multíparas (Velázquez et al., 2019b). Otros autores como Santillán, Kuroki-Yshii, Rocha concluyen que a mayor cantidad de hijos, mayor es el riesgo de tener cáncer de cuello uterino (Kuroki-Yshii et al., 2018; Rocha Rodríguez et al., 2012; Santillan, 2020). Gallegos identificó que el 72% de mujeres con lesiones premalignas de cuello uterino tienen 2 o más hijos y el 96% tuvo partos vaginales (Gallegos, 2019).

Con esta investigación, el factor obstétrico no tiene asociación con la variable dependiente, en ninguno de sus indicadores. En contraste con nuestro estudio,

Vitorino determinó que tener más de tres embarazos constituye un riesgo para cáncer cervicouterino ($p = 0.001$, $OR = 5.03$, $IC95\% 1.94 - 13.05$) (Vitorino Grajeda, 2018b).

Respecto a los factores ginecológicos, el indicador edad de la primera menstruación, en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia se determinó que el 29% de mujeres tuvo su primera menstruación a partir de los 13 años y el 71% tuvo su menstruación entre los 11 y 12 años, una edad promedio (Sandoval Paredes et al., 2013). En el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, el 27% tuvo su menarca a partir de los 13 años y casi el 73% tuvo su primera menstruación en la edad promedio de 11 a 12 años. Si bien con este indicador no se establece asociación entre las variables de estudio, Gallegos también concluye que el 72% de las mujeres con lesiones premalignas tuvieron su primera menstruación entre los 11 y 12 años y afirma que tienen 2 veces más probabilidad de tener una lesión premaligna que aquellas que menstruaron a partir de los 13 años (Gallegos Pérez, 2019). Velázquez, Kawabata y Ríos-González afirman que es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino que la mujer haya tenido su primera menstruación antes de los 12 años (Velázquez et al., 2019).

Respecto a los factores ginecológicos, indicador edad de inicio de relaciones sexuales se observa al grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, donde el 6 de cada 10 de mujeres de nuestro estudio inició su actividad sexual a partir de los 17 años y el resto iniciaron su vida sexual entre los 15 y 16 años. En contraste con el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, donde 5 de cada 10 mujeres inició relaciones sexuales a partir de los 17 años y el resto entre los 15 y 16 años. Si bien no existe asociación entre las variables de estudio, Velázquez, Kawabata y Ríos-González afirma que existe mayor riesgo de contraer cáncer de cuello uterino en

mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (Velázquez et al., 2019b). Resultados similares encontraron Sarmiento y Ruiz-Leud quienes afirman que le factor de riesgo se produce al iniciar actividad sexual antes de los 14 años (Ruiz-Leud et al., 2017; Sarmiento y Puerto de Amaya, 2020). Montero y Rocha amplían el ratio y encontraron que la mayoría de mujeres con lesiones precancerosas de cuello uterino iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años (Montero et al., 2018b; Rocha Rodríguez, Juárez Juárez, Ruiz Jiménez, Ramírez Banda, Gaytán Sánchez, et al., 2012). afirman el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años es un riesgo para cáncer de cuello uterino (Arias y Escobar 2017). Saldaña y Guevara determinaron como factor de riesgo el inicio de relaciones sexuales antes de los 19 años (OR=5.663; I.C.=2,916 – 11,000; p = 0,000).

Respecto a los factores ginecológicos, indicador número de parejas sexuales en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, el 69% de mujeres afirma tener más de 2 parejas sexuales y el 31% sólo una pareja sexual. En contraste con el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, donde el 71% inició afirma tener más de 2 parejas sexuales y el 29% sólo una pareja sexual. Si bien no existe asociación entre las variables de estudio, Sarmiento & Puerto y Rocha afirman que tener 2 o más parejas sexuales es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino (Rocha Rodríguez, Juárez Juárez, Ruiz Jiménez, Ramírez Banda, Gaytán Sánchez, et al., 2012; Sarmiento y Puerto de Amaya, 2020b). Saldaña y Guevara concluyeron que aquellas mujeres con más de 2 compañeros sexuales en toda su vida, tienen 4 veces más riesgo de presentar cáncer cervicouterino (Saldaña y Guevara, 2018). Arias Rico & Escobar Riveros determinaron que tener relaciones sexuales con 2 personas como máximo es un factor protector contra cáncer de cuello uterino (Arias y

Escobar 2017). Asimismo, Gallegos indica que el promedio de parejas sexuales en mujeres con lesiones precáncer es de 2 a 3 parejas y concluye que si se tiene 5 o 6 parejas sexuales tiene 4 veces más probabilidad de padecer lesiones premalignas (Gallegos Pérez, 2019).

Respecto a los factores ginecológicos, indicador uso de métodos anticonceptivos se ha identificado en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, que el 45% usa algún método anticonceptivo y el 55% que no usa ningún tipo de método. Resultados similares se encontraron en el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, donde el 40% usa métodos anticonceptivos y el 60% no usa ningún método anticonceptivo. Si bien no existe asociación entre las variables de estudio, Kuroki-Yshii et tampoco encontraron asociación entre la anticoncepción hormonal como factor para cáncer cervicouterino (Kuroki-Yshii et al., 2018). Sarmiento & Puerto de Amaya si bien no reportan algún tipo de asociación o relación con el uso de métodos anticonceptivos, hacen referencia que el no usar preservativo si es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino (Sarmiento y Puerto de Amaya, 2020). Gallegos afirma que de todas las mujeres con lesiones premalignas sólo el 30% usa anticonceptivos orales (Gallegos, 2019). En contraste con mi investigación, Rocha et al., () afirman que usar anticoncepción oral por más de 5 años sumado a infecciones de transmisión sexual son un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino (Espino et al., 2016; Rocha et al., 2012; Saldaña y Guevara, 2018).

Respecto a los factores ginecológicos, indicador realización y resultado de tamizaje, se observa que todas las mujeres con resultado positivo y negativo de biopsia que participaron en este estudio, se realizaron algún tamizaje en los últimos 3 años. Asimismo, de este indicador se concluye que, del grupo de mujeres con

resultado positivo de biopsia, el 61% tuvo también algún hallazgo de lesión precancerosa en el tamizaje, es decir NIC I o NIC II y el 39% tuvo un resultado negativo previo a la biopsia. En el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia, el 19% tuvo un resultado positivo de tamizaje y en el 81% de los casos se confirmó que realmente estaban sanas. Con este indicador, se determinó que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio y que tener un resultado positivo de cáncer de cuello uterino por biopsia es 6 veces más probable en aquellas mujeres que tuvieron un tamizaje positivo previo. En ese sentido, Alonso Fleites et al encontraron que 2 de cada 10 mujeres de su investigación se les diagnosticó NIC I y a 4 de 10 se les detectó NIC II (Alonso Fleites et al., 2011). Asimismo, Rodríguez et al concluyen que 1 de cada 100 mujeres que se realizan un tamizaje, tienen un diagnóstico de lesión precancerosa (Rodríguez et al., 2019). Además, el diagnóstico más frecuente cuando se tiene un tamizaje positivo es de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado o displasia leve en más del 50% de los casos (Ruiz-Leud et al., 2017b), y para displasia moderada se observa en el 36% de los casos (Sanjuán et al., 2019b). Gallegos informó que el 75% de las mujeres con PAP positivo se realiza biopsias, lo que pone en evidencia la poca conciencia de la población en cáncer de cuello uterino (Gallegos Pérez, 2019). Gómez Moya et al confirmó que del total de casos positivos por tamizaje, el 85% de los casos se confirmaron con biopsia de cuello uterino (Gómez Moya et al., 2019). Zamora et al concluye que hay 86% de concordancia de resultados positivos entre la citología y la biopsia de cuello uterino (Zamora-Julca et al., 2019).

Respecto a las variables de control, dimensión edad, se observa que en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia predomina las edades de 21 a 30

años en 24% y 22.6% en mujeres de 21 a 30 años, 31 a 40 años y 41 a 50 años. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia predomina las edades de 41 a 50 años en 31%. Así, Velázquez, Kawabata y Ríos-González concluyeron que las lesiones precancerosas de cuello uterino se presentan en 7 de cada 10 mujeres con edades entre 25 y 44 años (Velázquez et al., 2019b). Rosado flores et al también encontró mayor prevalencia de tamizajes positivos en mujeres de 41 años (Rosado Flores et al., 2017b). Carchipulla determinó que predominan las lesiones premalignas en mujeres de 23 a 43 años (Carchipulla, 2018).

En contraste con nuestra investigación, Rodríguez et al afirman que se presenta mayores casos de lesiones precancerosas en mujeres de 30 a 49 años (Rodríguez et al., 2019b). Kuroki-Yshii et al también encontraron más casos positivos en mujeres mayores de 35 años (Kuroki-Yshii et al., 2018b). además, Sanjuán et al concluyeron que el diagnóstico de lesiones precáncer de cuello uterino se da en edades de 40 y 44 años (Sanjuán et al., 2019b). Gallegos afirma que la edad promedio de mujeres en la que se detectaron lesiones premalignas fue de 30 a 49 años (59%) (Gallegos Pérez, 2019)

Respecto a las variables de control, dimensión grado de instrucción, se identificó que, en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, el 77% tiene educación secundaria y sólo un 9.7% tiene educación superior. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia el 79% tiene educación secundaria y el 8% tiene educación superior. Si bien no encontramos diferencias significativas entre las variables de estudio, Kuroki-Yshii afirma que hay más casos de lesiones precancerosas en mujeres con estudio de nivel primario o sin estudios (Kuroki-Yshii et al., 2018b). Gallegos afirma que el 53% de las mujeres con tamizajes positivos de

cáncer de cuello uterino son analfabetas o con educación primaria (Gallegos Pérez, 2019). Becerra determinó en su investigación que a menor grado de instrucción, mayor rechazo a tamizajes de cáncer de cuello uterino (Becerra Alvites, 2020).

Respecto a las variables de control, dimensión estado civil, se determinó que, en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, el 42% es conviviente y el 40% es soltera. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia el 42% es conviviente y el 37% es soltera. Así, Kuroki-Yshii afirmó que hay mayor presencia de cáncer de cuello uterino en mujeres con pareja estable (Kuroki-Yshii et al., 2018b). El mismo resultado obtuvo Gallegos, donde evidenció que el 88% de las mujeres con precáncer eran casadas o convivientes (Gallegos Pérez, 2019). Becerra determinó que las mujeres solteras son las que tienen mayor rechazo a realizarse tamizajes de cuello uterino (Becerra Alvites, 2020).

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. No existe asociación entre los factores obstétricos: número de embarazos, partos y cesáreas, y el resultado de biopsia de cuello uterino.
- 6.2. Existe asociación entre el factor ginecológico: realización de tamizaje y el resultado de biopsia de cuello uterino.
- 6.3. Tener un resultado positivo de cáncer de cuello uterino por biopsia es 6 veces más probable en aquellas mujeres que tuvieron un tamizaje positivo previo (OR: 6.59; IC 95% 2.93 – 14.85)
- 6.4. El perfil sociodemográfico de la mujer con resultado positivo de biopsia es entre 21 y 30 años (2 de cada 10 mujeres), con secundaria completa (7 de cada 10) y convivientes (4 de cada 10).

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Se recomienda a los futuros profesionales, profesionales y gestores en salud, valorar la marcada asociación entre resultado positivo de tamizaje y resultado positivo de biopsia, para la identificación y registro de los casos, a fin de realizar seguimiento y/o poner a disposición servicios de salud que permitan controlar oportunamente la enfermedad.
- 7.2. Se recomienda fortalecer al Primer Nivel de Atención especialmente al I-4, brindando la logística y a las capacitaciones por los especialistas para las tomas de Biopsias oportunas.
- 7.3. Se recomienda al profesional Obstetra, empatizar con las usuarias para la realización de la consejería a toda paciente, con la finalidad de concientizar y sensibilizar a la población, incrementando los tamizajes y contribuyendo a la disminución de la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino.
- 7.4. Se recomienda a los estudiantes e investigadores, considerar las variables de estudio en grupos con mayor población, y así comprobar su validez externa.
- 7.5. Se recomienda a las mujeres peruanas, realizarse tamizajes para cáncer de cuello uterino, sobre todo si tiene resultados tamizajes anteriores positivos y acudir a los establecimientos de salud más cercanos para el seguimiento respectivo, de esta forma se reducirá situaciones de riesgo, gastos y costo social.

VIII. REFERENCIAS

- Agüero, O., y Avilán Rovira, J. M. (2001). Edad, paridad, embarazo y parto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 61(3), 147-152.
- Alonso de Ruiz, P., Lazcano, E. C., y Hernández, M. (2005). *Cáncer Cervicouterino: Diagnóstico, prevención y control*. Ed. Médica Panamericana.
- Alonso, Y., González M., Vázquez, V., González, J., Enríquez, I., y Leyva, I. (2011). Lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años. *MediSur*, 9(6), Art. 6.
- Amengual, J., Montañó, J., Franch, P., y Ramos, M. (2021). Supervivencia por estadio del cáncer de cuello uterino en Mallorca y factores asociados recogidos por el Registro de Cáncer. *Gaceta Sanitaria*, 34, 589-594.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.007>
- American Cancer Society. (s. f.). *Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello uterino*. Recuperado 21 de noviembre de 2021, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/guias-de-deteccion-del-cancer-de-cuello-uterino.html>
- Arias, P., y Escobar, F. (2017). Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2015. *Universidad Nacional de Huancavelica*.
<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1138>
- Becerra, S. (2020). Factores de riesgo sociodemográficos asociados a la no adherencia a papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria. *Universidad*

Privada

Antenor

Orrego.

<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6308>

Borja, G., y Franco, D. (2001). *Factores de riesgo que pronostica el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: Mujeres de obreros de construcción civil vs mujeres de control en la posta médica Construcción civil—Essalud, de junio a setiembre del 2000*. UNMSM. Biblioteca de la Facultad de Medicina Humana.

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/borja_v_g/cap_2.htm

Carchipulla, C. (2018). *Prevalencia de Asc-us y Lesiones Intraepiteliales Escamosas en mujeres que utilizan anticonceptivos vs mujeres que no los utilizan en el Hospital General Enrique Garcés en el periodo Enero 2016 – Junio 2017*.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IWvafOykutsJ:200.1>

2.169.19/bitstream/25000/17233/1/T-UCE-0014-CME-

058.pdf+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=pe

Chuaqui, R., Cuello, M., y Emmert, M. (1999). Inactivación de genes supresores de tumores en la carcinogénesis del cuello uterino. *Revista médica de Chile*, 127(12), 1501-1512. <https://doi.org/10.4067/S0034-98871999001200014>

Chuaqui, R. (2000). *Lecciones Anatomía Patológica. Capítulo 6: Aparato Genital Femenino—Patología Especial del Cuello Uterino*.

http://publicacionesmedicina.uc.cl/AnatomiaPatologica/06Genital_fem/6cuello.html

html

Definición de biopsia—Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer (nciglobal,ncienterprise). (2011, febrero 2). [NciAppModulePage].

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/biopsia>

- DIRIS Lima Este. (2018). *Análisis de Situación de Salud de DIRIS Lima Este*.
http://www.dirislimaeste.gob.pe/Epidemio_d.asp
- Dosne, C. (2003). La etiología del cáncer: Vigencia de cinco paradigmas sucesivos. *Medicina (Buenos Aires)*, 63(6), 757-760.
- Espino, E. , Armenteros, L., Domínguez, P., Castro, G., y Escobar, R. (2016). Factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 6(3), Art. 3.
- Gallegos, D. (2019). Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018. *Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco*. <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/3977>
- García, E., Martínez, W., Patiño, D., y Vásquez, S. (2009). Carcinoma papilar de células escamotransicionales del cérvix: Presentación de 16 casos y revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(3), 159-171.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262009000300005>
- Gómez, D., González, M., González, F., Quintana, O., Gómez, D., González, M., González, S., y Quintana, O. (2019). Correlación de resultados de los métodos diagnósticos de las patologías del cuello uterino en el Hospital “Camilo Cienfuegos”. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2019000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- InfoCancer México. (2019). *Estructura del órgano—Cáncer Cervicouterino*.
<https://www.infocancer.org.mx/?t=estructura-del-organo-uterino>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Registro de Cáncer en Lima Metropolitana: Estudio de Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012*. V, 173.

- Instituto Nacional del Cáncer. (2018, marzo 1). *Píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer* (nciglobal,ncienterprise) [CgvArticle].
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-pildoras-anticonceptivas>
- International Agency for Research on Cancer - IARC. (2018). *Cancer today: Women Peru*. <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Junta Editorial CancerNet. (2012, junio 21). *Cáncer de cuello uterino—Estadios*. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estadios>
- Kuroki, A., Franco, A., y Alaba, K. (2018). Anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un hospital en Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 7(2), Art. 2. <https://doi.org/10.35563/rmp.v7i2.19>
- Kuroki-Yshii, A., Franco-Kuroki, A., y Alaba-Tucto, K. (2018b). Anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un hospital en Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 7(2), Art. 2. <https://doi.org/10.35563/rmp.v7i2.19>
- Marañón, T., Mastrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L., y Landazuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1), 187-203.
- Martínez, M., Vargas, . R., y Mini, H. (2019). Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: Estudio de casos y controles en un hospital de Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(3), 322-326. <https://doi.org/10.15381/anales.803.16855>
- Maturana, A., Aitken, J., Reyes, M., y Rojas-Alcayaga, G. (2014). *Expresión inmunohistoquímica de ki-67 y p53 en tumorodontogénico queratoquístico en*

comparación conameblastoma multiquístico.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K8yvBmtcgA8J:https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v7n1/art03.pdf+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Méndez, G. (2016). *Cáncer cervicouterino asociado a infección por virus del papiloma humano factores de riesgo estudio a realizarse en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el período: 2013-2015* [Thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/24560>

Millones, A., y Gonzales, V. (2017). Papanicolaou e inspección visual con ácido acético en la detección de lesiones intraepiteliales de alto grado del cuello uterino. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 2(2), Art. 2.

Ministerio de Salud. (2017a). *Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino.* <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Zw1nit8HxIUJ:bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Ministerio de Salud. (2017b). *Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de cuello uterino 2017—2021.* <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0igQFICshH0J:bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Ministerio de Salud. (2018). *Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA para Aprobar la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: «Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica».* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187487-214-2018-minsa>

- Montero, Y., Ramón, R., Valverde, C., Escobedo, F., y Hodelín, E. (2018). Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. *MediSan*, 22(05), 531-537.
- Moré, A., Moya, C., Pino, F, Gálvez, M., Espinosa, L., y Ávalos, L. (2013). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4), 354-367.
- Mukherjee, S. (2014). *El emperador de todos los males: Una biografía del cáncer*. Penguin Random House Grupo Editorial España.
- Muñoz, C. (2018). *Informe de los Resultados de la Prueba de Papanicolaou*. Geosalud.com. https://www.geosalud.com/vph/informe_citologia.html
- Namakforoosh, N. (2000). *Metodología de la investigación*. Editorial Limusa.
- Naranjo, L., Mesa, Z., Pérez, G., y Amechea, G. (2017). Lesiones cervicouterinas en jóvenes fuera de programa. *Revista Finlay*, 7(3), 207-212.
- Niederhuber, E., Armitage, O., Doroshow, H., Kastan, B., y Tepper, E. (2020). *Abeloff. Oncología clínica* (Sexta edición). Elsevier Health Sciences.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa—Cualitativa y redacción de la tesis* (4° edición). Ediciones de la U.
- Oficina para la Salud de la Mujer en la Oficina del Subsecretario de Salud y el Depto. de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2020). *Métodos anticonceptivos / Oficina para la Salud de la Mujer*. <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-methods>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Factores de riesgo*. Who.int; World Health Organization. https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer Cervicouterino*.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. (s. f.). Recuperado 26 de octubre de 2020, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Rocha, M., Juárez, E., Ruiz M., Ramírez, G., Gaytán, M., y Contreras, P. (2012). Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 244-255.
- Rodríguez, G., García, L., Beracochea, A., Alonso, R., Caserta, B., Pérez, N., Larrosa, D., Vero, M., Ardao, G., Santos, N., Hernández, L., Almonte, M., Herrero, R., Rodríguez, G., García, L., Beracochea, A., Alonso, R., Caserta, B., Pérez, N., ... Herrero, R. (2019). Tamizaje del cáncer de cuello uterino con test de HVP. Primeros resultados en el sistema público de Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 35(4), 52-90. <https://doi.org/10.29193/rmu.35.4.3>
- Rodríguez, M., Muñoz, R., y Sánchez, I. (2016). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén. *Enfermería Global*, 15(41), 164-173.
- Rosado, M., Ocon, R., Navarrete, P., y Loayza, M. (2017a). Utilidad de la citología e inspección visual con ácido acético en la detección de lesiones neoplásicas de

- cuello uterino Centro Médico Oncomujer 2013-2014. Lima, Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(4), 15-18. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n4.03>
- Rubiano, J. (2010). *Fundamentos de oncología*. Programa Editorial UNIVALLE.
- Ruiz, A., Bazán, S., y Mejía, R. (2017a). Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(1), 26-34. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262017000100005>
- Saldaña, E., y Silva, E. (2018). Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital II – 2 Tarapoto, periodo 2013—2017. *Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto*. <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2845>
- Sandoval, J., Madrid, A., Sandoval, C., y Paz, P. (2013). Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes, según estrato socioeconómico. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(2), 95-100.
- Sanjuán, P., Luis, R., Peña, F., y Pérez, S. (2019). Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*, 23(4), Art. 4. <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3418>
- Sanjuán, P., Luis, R., Peña, F., y Pérez, S. (2019). Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*, 23(4), Art. 4. <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3418>
- Santillan, N. (2020). Dislipidemia como factor de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. *Universidad Privada Antenor Orrego*. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6529>

- Sarmiento, I., y Puerto de Amaya, M. (2020). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 37-52.
- Sellors, W., y Sankaranarayanan, R. (2000). *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes*.
<https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=1&lang=3>
- Serman, F. (2002). Cáncer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano—Perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(4), 318-323.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262002000400011>
- Sociedad Americana de Cáncer. (2020). *¿Qué es cáncer de cuello uterino?*
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
- Universidad de Chile. (s. f.). *Características de la relación sexual humana—Programa de Educación Sexual*. Recuperado 21 de noviembre de 2021, de <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/sexualidad-humana/caracteristicas-de-la-relacion-sexual-humana>
- Velázquez, C., Kawabata, A., y Ríos, M. (2019). Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. *Revista de salud pública del Paraguay*, 8(2), Art. 2.
- Villegas, S. (2020). Impacto del índice neutrófilo linfocito en la sobrevida de pacientes con cáncer de cuello uterino del Hospital Daniel Alcides Carrión atendido en los años 2013 – 2016. *Universidad Ricardo Palma*.
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2997>

Vitorino, C. (2018). Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud, Cusco, 2017. *Universidad Andina del Cusco*. <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/1425>

Zamora E., Ybaseta J., y Palomino A. (2019). Relación entre citología, biopsia y colposcopia en cáncer cérvico uterino. *Revista Médica Panacea*, 8(1), Art. 1. <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i1.13>

IX.ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores ginecoobstétricos asociados a resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los factores obstétricos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino?</p> <p>¿Cuáles son los factores ginecológicos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino?</p> <p>¿Existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar si existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.I.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar los factores obstétricos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019</p> <p>Identificar los factores ginecológicos en mujeres que tuvieron resultado de biopsia de cuello uterino que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.</p> <p>Asociar los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe asociación entre los factores ginecoobstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe asociación entre los factores obstétricos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.</p> <p>Existe asociación entre los factores ginecológicos y el resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.</p> <p>Los factores ginecoobstétricos se asocian al resultado de biopsia de cuello uterino en mujeres que se atendieron en una IPRESS de Lima durante el año 2018 y 2019.</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>analítico, observacional, transversal y retrospectivo.</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>No experimental</p> <p>Población:</p> <p>La población está representada por todas las mujeres entre 21 y 65 años que se atendieron en la IPRESS de Lima, se realizaron biopsia de cuello uterino y tienen resultado del procedimiento en los años 2018 y 2019.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra ha sido determinada a través del cálculo del tamaño muestral en estudio de casos y controles de Pértega y Pita. Por ello, la muestra está constituida por 62 mujeres en cada grupo</p>

Anexo B. Validación y confiabilidad de los instrumentos

Siendo la historia clínica el instrumento por medio del cual se recabará la información, según la Norma Técnica para la gestión de la Historia Clínica, se describe que es la fuente que proporciona información para uso de investigación. (Ministerio de Salud, 2018)

Asimismo, se adjunta el modelo de ficha de registro de datos

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

En la presente ficha, se registrarán los datos del tiempo de tratamiento

Código: _____

H.C. _____

Edad de la paciente: _____

Grado de instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Estado civil:

- Casada
- Conviviente
- Soltera
- Otros

Distrito: _____

Factores obstétricos

Número de embarazos _____

Número de partos _____

Número de cesáreas _____

Factores ginecológicos

Edad de la menarca _____

Edad de inicio de relaciones sexuales _____

Número de parejas sexuales _____

Uso de anticonceptivos:

- Si
- No

Tipo de anticonceptivos:

- Ninguno
- Anticonceptivos orales combinados
- Inyectable mensual
- Inyectable trimestral
- Preservativo
- Dispositivos intrauterinos

Se realizó algún tamizaje en los últimos 3 años

- Si
- No

Tipo de tamizaje

- PAP
- IVAA
- Test ADN - VPH

Año del último tamizaje _____

Resultado del tamizaje _____

Resultado de biopsia de cuello uterino

- Positiva
- Negativa

Registro de diagnóstico histopatológico: _____

Anexo C. Política de trata de datos personales de la IPRESS de Lima

Previa a cualquier consulta, el usuario recibe el siguiente formato de política de trata de datos personales, en la cual acepta o rechaza la autorización:

De conformidad con la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante D.S. 003-2013-JUS, estamos autorizados a dar tratamiento a tus datos personales que son necesarios para que puedas recibir una atención médica, pues de no obtenerlos no podremos cumplir con dicha atención. El/ la interesado (a) otorgará su consentimiento expreso para que los datos personales que faciliten su atención y quedarán incorporados en la Base de Datos Personales de los (as) usuarios (as) de la IPRESS de Lima y sean usados con la finalidad de absolver sus consultas y brindarles información, dándoles usos que incluyen temas referidos al análisis de perfiles, fines estadísticos, históricos y científicos. El/ la usuario (a) autoriza a que la IPRESS de Lima mantenga sus datos personales en el banco de datos referido en tanto sean útiles para la finalidad y usos antes mencionados. La IPRESS de Lima adopta las medidas técnicas, organizativas y legales necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Además, cuenta con las medidas de seguridad apropiadas, acordes con el tratamiento que se vaya a efectuar y con la categoría de datos personales de que se trate.

- He leído y acepto la política de privacidad
- No estoy de acuerdo

Nombre del / la usuaria:
DNI N°

Anexo D. Tablas estadísticas descriptivas

Factor ginecológico tipo de método anticonceptivo y resultado de biopsia de cuello uterino

Tipo de anticonceptivo	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Ninguno	34 54.8%	37 59.7%	71 57.3%
Anticonceptivos orales combinados	7 11.3%	4 6.5%	11 8.9%
Inyectable mensual	1 1.6%	0 0%	1 0.8%
Inyectable trimestral	14 22.6%	15 24.2%	29 23.4%
Preservativo	5 8.1%	5 8.1%	10 8.1%
Dispositivos intrauterinos	1 1.6%	1 1.6%	2 1.6%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 1.98

Valor de p: 0.852

GL: 5

En esta tabla se observa que el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia usa en mayor proporción el inyectable trimestral (22.6%). Resultados similares se encontraron en el grupo de mujeres con resultado de biopsia negativo (24.2%)

Factor ginecológico resultado de tamizaje y resultado de biopsia de cuello uterino

Resultado de tamizaje	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Negativo	24 38,7%	50 80,6%	74 59,7%
NIC I	32 51,6%	10 16,1%	42 33,9%
NIC II	6 9,7%	2 3,2%	8 6,5%
Total	62 100,0%	62 100,0%	124 100,0%

Chi cuadrado: 22.65

Valor de p: 0.000012

GL: 2

En esta tabla se observa que el 52% tuvo resultado NIC I en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia versus el 81% de mujeres con resultado negativo en el grupo con resultado negativo de biopsia.

Con un valor de p menor a 0.05, se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio.

Factor ginecológico resultado positivo de diagnóstico histopatológico

Resultado de diagnóstico histopatológico en casos positivos	N° / %
Lesión intraepitelial de bajo grado	36 58,0%
Lesión intraepitelial de alto grado	21 33,9%
Carcinoma invasor escamocelular	4 6,5%
Carcinoma invasor: Adenocarcinoma	1 1,6%
Total	62 100,0%

En esta tabla se observa que el 58% tuvo como resultado de resultado NIC I, 34% para los casos de NIC II y en menor proporción el adenocarcinoma.

Distrito de residencia y resultado de biopsia de cuello uterino

Distrito de residencia	Resultado de biopsia de cuello uterino		Total
	Positiva	Negativa	
Santa Anita	4 6.5%	6 9.7%	10 8.1%
San Juan de Lurigancho	7 11.3%	11 17.7%	18 14.5%
Ate	13 21.0%	9 14.5%	22 17.7%
Villa El Salvador	4 6.5%	2 3.2%	6 4.8%
El Agustino	22 35.5%	29 46.8%	51 41.1%
Rímac	3 4.8%	0 0%	3 2.4%
San Luis	3 4.8%	1 1.6%	4 3.2%
Carabayllo	4 6.5%	2 3.2%	6 4.8%
Comas	2 3.2%	2 3.2%	4 3.2%
Total	62 100.0%	62 100.0%	124 100.0%

Chi cuadrado: 8.31

Valor de p: 0.404

GL: 8

En esta tabla se observa que, en el grupo de mujeres con resultado positivo de biopsia, el 36% vive en El Agustino, distrito donde está ubicado el establecimiento donde se realizó este estudio y el 21% reside en Ate. Para el grupo de mujeres con resultado negativo de biopsia el 47% vive en El Agustino, 18%